



# *Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VII

**RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO  
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125  
“LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI”**

**ANNO 2015**



## INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

I

### PARTE I

<b>1.</b>	<b>IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO</b>	<b>1</b>
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
	<i>Il consumo di bevande alcoliche nel Mondo ed in Europa</i>	1
	<i>Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana</i>	7
	<i>I comportamenti di consumo a rischio</i>	10
	<i>Evoluzione delle raccomandazioni nutrizionali italiane in tema di consumo di bevande alcoliche</i>	19
1.2	La morbilità e la mortalità alcol correlate	24
	<i>Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili</i>	25
	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	31
	<i>Gli incidenti stradali</i>	37
1.3	Rilevazione statistica delle attività nel settore dell'alcoldipendenza	43
<b>2.</b>	<b>LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE</b>	<b>45</b>

### PARTE II

<b>3.</b>	<b>I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 ANNI 2013- 2014</b>	<b>53</b>
3.1	Il personale dei Servizi	54
3.2	Le caratteristiche demografiche dell'utenza	54
3.3	I consumi alcolici dell'utenza	55
3.4	I modelli di trattamento	55
3.5	La collaborazione dei Servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, privato sociale e privato	55
	<i>Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto – AICAT, AA</i>	56

Table e grafici

### **PARTE III**

<b>4.</b>	<b>GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125</b>	<b>65</b>
4.1	Gli interventi di indirizzo	65
4.2	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	76
4.3	La partecipazione alle politiche internazionali	78
4.4	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio	84

### **PARTE IV**

<b>5.</b>	<b>I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI</b>	<b>85</b>
<b>6.</b>	<b>LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITA' DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 n. 125</b>	<b>95</b>
6.1	Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità	96
6.2	Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati	119
6.3	Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	146
6.4	Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	157
6.5	Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale <i>no profit</i>	163
6.6	Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11	171
6.7	Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	177
6.8	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	187
6.9	Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	194
6.10	Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	202
6.11	Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001	207

## 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 stessa legge 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 medesima.

La presente Relazione si riferisce agli interventi effettuati dalle Regioni nel corso dell'anno 2014 e dal Ministero della Salute nell'anno 2015.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII, avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute.

Per l'elaborazione della presente Relazione al Parlamento, il Ministero della Salute, inoltre, si è avvalso della collaborazione di diversi *partners* che hanno apportato contributi di notevole interesse scientifico e conoscitivo del fenomeno correlato al consumo di alcol.

Pertanto si ringrazia:

\*l'Istituto Superiore di Sanità – CNESPS - Osservatorio Nazionale Alcol e C. C del WHO

\*l'Istituto Superiore di Sanità – Ufficio di Statistica

\*l'ISTAT –Direzione Centrale delle Statistiche socio-demografiche e ambientale, Servizio Struttura e Dinamica Sociale

\*ISTAT – Direzione Centrale delle Statistiche socio-demografiche e ambientale; Servizio Sanità, salute e assistenza; Incidentalità stradale

\*CREA-AN, Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del CREA (ex-INRAN)

\*AIFA, Agenzia Italiana del Farmaco

\*Gruppo Interregionale Alcol – FVG

\*Centro Alcolologico Regionale Toscano

\*AICAT, Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali

\*AA, Alcolisti Anonimi



## PRESENTAZIONE

Nell'ultimo decennio si è andato progressivamente affermando il consumo di alcol occasionale e al di fuori dei pasti, mentre risulta meno diffuso, pur persistendo nella popolazione adulta e anziana, il modello tradizionale di consumo basato sull'assunzione di vino durante i pasti.

Il fenomeno del *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo, soprattutto nella popolazione più giovane, costituisce un serio problema di sanità pubblica ed è da diversi anni all'attenzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità e dell'Unione Europea oltre che degli ambienti scientifici.

Secondo i **dati ISTAT**, nel corso del 2014 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 319 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (76,6%) rispetto alle femmine (50,2%).

Il 22,1% dei consumatori (12 milioni circa di persone) beve quotidianamente (33,8% tra i maschi e 11,1% tra le femmine).

Nel decennio 2005-2014 l'ISTAT ha rilevato la diminuzione della quota di consumatori totali (dal 69,7% del 2005 al 63,0% del 2014), la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% del 2005 al 22,1% del 2014), l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% del 2005 al 41,0% del 2014), l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% del 2005 al 26,9% del 2014).

Nel 2014 si osserva ancora un lieve calo rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri (nel 2013 rappresentavano il 22,7% e nel 2014 il 22,1%) mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto (nel 2013 erano il 25,8% e nel 2014 erano il 26,9%).

Il consumo fuori pasto è soprattutto diffuso tra i giovani (18-24 anni) e i giovani adulti (25-44), che lo adottano spesso nell'ambito di occasioni e contesti legati al divertimento e alla socializzazione. Continua in modo preoccupante la crescita negli ultimi dieci anni del consumo fuori pasto tra le femmine che sono passate dal 14,9% del 2005 al 16,5% del 2014, tale crescita nelle femmine si è verificata in tutte le fasce di età, mentre il dato complessivo dei consumi fuori pasto tra i maschi risulta in lieve diminuzione (37,3% nel 2005, 36,1% nel 2014).

Desti particolare allarme il fenomeno del *binge drinking*, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Nel 2014, il 10,0% degli uomini e il 2,5% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi che corrispondono ad oltre 3.300.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano progressivamente nel secondo decennio di vita e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,0%; F=7,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere i valori minimi nell'età anziana (M=2,1%; F=0,3%). La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, (11-15 anni), ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età.

Al fine di prevenire nella popolazione italiana l'esposizione a rischi per la salute del singolo bevitore e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, è molto importante monitorare attentamente **i comportamenti**

**di consumo a rischio** e quindi individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento. Sono molteplici i parametri da prendere in considerazione per una corretta valutazione dei rischi: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione concomitante di farmaci e di sostanze psicoattive e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS), tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale, quotidiano eccedentario ed il *binge drinking*. Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi; di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2014 del 22,7% per uomini e dell'8,2% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.300.000 individui (M=6.000.000, F=2.300.000) che nel 2014 non si sono attenuti alle nuove indicazioni di salute pubblica. Tali dati sono leggermente in calo rispetto all'anno precedente quando si registrava una prevalenza rispettivamente del 23,4% per gli uomini e dell'8,8% delle femmine per un totale di 8.600.000 individui.

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=46,91%, F=39,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e quella degli uomini così detti "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica. Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, soprattutto nelle fasce più giovani, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica. Complessivamente la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2007 di circa 6,1 punti percentuali (punti percentuali) (M=-7,9pp, F=-4,4pp). L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi (M=-7,2 p.p.; F=-3,7 p.p.).

Lo **studio sui consumi alcolici nelle Regioni Italiane** dimostra che il consumo di alcol nell'anno è più diffuso nel Centro-nord, soprattutto nel Nord-est ed in particolare tra i maschi. Nel 2014, rispetto all'anno precedente, si osserva nel Nord-est una diminuzione nel consumo di alcol nell'anno (da 68,7 a 67%), e una diminuzione anche al Centro (da 65,5% a 62,3%). Nell'Italia meridionale si registra una riduzione soprattutto nel consumo di alcol giornaliero (da 22,1% a 20,3%).

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, la quota di consumatori nell'anno è più elevata nei Comuni metropolitani e nei Comuni con più di 50.000 abitanti; nei Comuni fino a duemila abitanti è, invece, più alta la percentuale dei consumatori giornalieri. Rispetto al 2013, si riducono in maniera significativa sia la quota di consumatori nell'anno sia quella di consumatori giornalieri nei Comuni con più di 50.000 abitanti.

Dall'analisi del **tipo di bevande** consumate si conferma la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registra nei giovani e i giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e gli anziani. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici, *alcolpops*) oltre a vino e birra. Per tutte le altre classi di età si osserva, tra gli uomini, una diminuzione sia il numero di quanti consumano solo vino e birra sia la quota di chi beve anche altri alcolici come aperitivi, amari e superalcolici; tra le donne è stabile la quota di chi beve anche altri alcolici ed è in diminuzione il numero di coloro che bevono solo vino e birra. In ogni caso complessivamente tra le bevande consumate nel 2014 il vino resta al primo posto seguito dalla birra e quindi al terzo posto altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici).

L'**alcoldipendenza** è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. La stima puntuale del numero di alcolodipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nei Servizi alcolologici pubblici nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi servizi pubblici o in maniera autonoma. Nel 2013 e nel 2014 sono stati presi in carico presso i Servizi dedicati o nei gruppi di lavoro all'interno dei Servizi rispettivamente 69.880 e 72.784 soggetti. L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati. Il rapporto M/F mostra una maggiore presenza maschile, che risulta ancor più evidente al centro-sud. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categorie di utenti. Tuttavia, come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2014 si osserva che il 12,4% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 6,7%; gli ultracinquantenni sono invece il 35,5% per i nuovi utenti e il 43,4% per quelli già in carico, confermando un'età media superiore degli utenti già in carico.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2014 il 25,7% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,8% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,8% 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'11,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,1% del totale degli utenti rilevati (2,7% in istituti pubblici, 1,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Dall'anno della loro prima costituzione, avvenuta con D.M. del 1996, il numero dei Servizi alcolologici è progressivamente aumentato, accompagnandosi a un contestuale, progressivo calo dei

ricoveri ospedalieri per sindrome di dipendenza da alcol. Tuttavia resta ancora una rilevante criticità la frammentazione dell'organizzazione dei Servizi nelle varie Regioni.

E' cresciuto nel contempo anche il numero complessivo delle unità di personale addette al trattamento dell'alcol dipendenza, gran parte di tale personale tuttavia risulta addetto solo parzialmente ai Servizi alcolologici e il numero degli addetti esclusivi resta ancora troppo basso rispetto al fabbisogno, soprattutto tra i medici e gli psicologi, nonostante l'aumento rilevato negli ultimi anni. Il buon funzionamento dei Servizi alcolologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, espressamente prevista dalla legge 125/2001, per attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcolodipendenti ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale.

**Il consumo complessivo farmaceutico** (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel 2014 a 6.870.107 dosi mentre nel 2013 le dosi erano state 10.527.916. Pertanto, nel 2014 rispetto all'anno precedente, il consumo è diminuito del -35% (rispettivamente -43% la farmaceutica non convenzionata e +9% la farmaceutica convenzionata).

La **spesa farmaceutica complessiva** (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a 8.114.569 euro per l'anno 2014. L'87% della spesa è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture pubbliche, comprendente i consumi sia di ambito ospedaliero che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto; il restante 13% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Tra il 2007 e il 2013 l'andamento della spesa complessiva ha registrato un aumento del +81%, mentre rispetto all'anno precedente, 2013, la spesa è aumentata del +8%.

In conclusione, l'andamento generale dei consumi e della spesa farmaceutica registrano uno spostamento delle prescrizioni verso le strutture pubbliche, attribuibile al forte incremento dell'utilizzo dell'acamprosato e del disulfiram. La spesa di questi farmaci registra una riduzione delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile alla diminuzione degli acquisti dell'acamprosato, facendo ipotizzare uno spostamento degli acquisti di questo medicinale dalle farmacie territoriali verso le strutture sanitarie pubbliche.

L'elaborazione dei dati provenienti dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** confermano anche per l'anno 2014 l'andamento in calo del numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili. La tipologia diagnostica prevalente per entrambi i generi è la cirrosi epatica alcolica (40,5%) immediatamente seguita dalla sindrome di dipendenza da alcol (26,3%) e poi da abuso di alcol (12,8%). Va peraltro evidenziato che l'andamento nel tempo del numero assoluto delle diagnosi ospedaliere per cirrosi epatica alcolica, a partire dal 2007 si presenta in progressivo calo, soprattutto negli ultimi anni.

Dai dati forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA-CNESPS e Ufficio di Statistica) relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili**, si evince che rispetto al 2007 il fenomeno nel corso degli anni è andato progressivamente diminuendo. Infatti, negli anni più recenti, dal 2007 al 2012, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi e in tutte le classi di età.

Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2012; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri).

Nell'anno 2012 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.308, di cui 1.050 (80,3%) uomini e 258 donne (19,7%); questi numeri se rapportati alla popolazione corrispondono a circa 4.3 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e 1 decesso per milione tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore

di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche e sindromi psicotiche indotte da alcol che nel complesso causano oltre il 95% dei decessi alcol-attribuibili.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcol-correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante l'**incidentalità stradale**. Nel 2014, in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013, il numero di incidenti scende del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta: -0,6%.

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali, per il 2014 sono state rese disponibili anche le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali. Per quanto concerne la Guida in stato di ebbrezza alcolica (violazione articolo 186) e la Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (violazione articolo 187), nel 2014 la Polizia stradale ha effettuato rispettivamente 21.703 (1,5% sul totale violazioni Titolo V) e 1.462 contravvenzioni. I Carabinieri ne hanno registrate 16.666 per l'art. 186 (3,2% sul totale violazioni Titolo V) a fronte di 34.119 controlli su strada con etilometro e 2.178 per l'art.187. Per le stesse infrazioni la Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia ha dichiarato invece di avere elevato rispettivamente 5.356 e 754 contravvenzioni. Il numero di controlli mirati alla rilevazione di comportamenti scorretti, in particolare legati alla guida in stato di ebbrezza, dipende sicuramente anche dalle dotazioni di etilometri e precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine. Purtroppo la dotazione di etilometri e di precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine è ancor oggi inadeguata. Dai dati provenienti dai procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica, infine, si possono avere informazioni sulle persone per cui si è proceduto all'inizio dell'azione penale nelle Procure per tipo di reati ad essi ascritti. Nel 2013, i conducenti che guidavano sotto l'influenza dell'alcol sono stati 49 mila circa, valore in calo del 23,9% rispetto all'anno precedente. I conducenti di età inferiore a ventuno anni, i neo-patentati e chi esercita professionalmente l'attività di autotrasportatore che guidavano sotto l'influenza dell'alcol nel 2013 erano 2 mila 400, in calo del 15,9% rispetto al 2012. I valori assoluti presentati, benché forniscano elementi per valutare la dimensione del fenomeno, sono, comunque, legati al numero dei controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine.

**Il "Global status report on alcohol and health 2014"** ovvero "*Rapporto Globale su alcol e salute 2014*" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ultima pubblicazione risale al 12 maggio 2014, fornisce un profilo nazionale sul consumo di alcol in 194 Stati membri della OMS, sull'impatto sulla salute pubblica e suggerisce le scelte politiche che devono essere perseguite. Il rapporto enuncia che nel 2012 l'uso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti ovvero il 5,9% di tutti i decessi nonché il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (Disability Adjusted Life Years, DALYs) attribuibili all'alcol. La Regione Europea risulta essere l'area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati.

I litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne tra il 1980 e il 2010 sono diminuiti sia in Europa che in Italia.

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro capite* più elevato, nel 2010 e per il terzo anno consecutivo, è quello con il valore più basso tra tutti i 28 Paesi considerati dell'UE con 6,1 litri, valore ormai vicino a 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).

Certamente questo dato riconosciuto a livello internazionale sembra confermare la validità delle politiche di contrasto attivate a livello nazionale e regionale e incoraggia, in linea con gli orientamenti della legge 125/2001, un loro ulteriore rafforzamento.

\*Nello spirito della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha sostenuto e sostiene politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati in ambito internazionale, sia a livello di Unione Europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità. A tale proposito particolare valenza strategica rivestono la Strategia Comunitaria 2006-2012 per la riduzione dei danni alcol correlati (**European Alcohol Action Plan**), la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol (**Global Strategy on alcohol**) e più recentemente, il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 (**Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2013-2020-WHO**), nell'ambito del quale è prevista per i prossimi anni una riduzione del consumo dannoso di alcol pari al 10%. In ambito OMS inoltre importante documento di riferimento resta per il nostro Paese il nuovo Piano di Azione Europeo per l'Alcol 2012-2020 (**European Alcohol Action Plan 2012-2020**), un importante obiettivo di tale Piano di Azione è stato recentemente raggiunto dall'Italia con l'introduzione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, che il Piano propone agli Stati Membri nell'ambito della specifica area strategica finalizzata alla riduzione della disponibilità dell'alcol.

Le strategie e i piani elaborati in ambito U.E. e nel contesto internazionale hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti. Per il raggiungimento dei predetti obiettivi il Ministero della Salute Italiano, tramite il Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche di Salute Alcol-correlate presente presso l'Istituto Superiore di Sanità, collabora all'attuazione delle azioni finalizzate alla definizione, monitoraggio e valutazione delle politiche europee ed internazionali sull'alcol. In particolare il Ministero, tramite il Centro Collaboratore, è attualmente e sarà impegnato in futuro nel supporto e nell'attivazione di attività formali di *data collection e reporting* annuale da parte del Ministero della Salute all'OMS (svolte dall'Osservatorio Nazionale Alcol) per lo "**EU Status Report on Alcohol**" e del "**Global Status Report on alcohol**" secondo un sistema di indicatori complessivi e di sintesi che il Centro Collaboratore OMS e l'Osservatorio Nazionale Alcol sono chiamati a predisporre anche per l'OMS nel *Working Group* specifico attivato presso l'Ufficio OMS EURO di Copenaghen.

Numerose sono anche le attività progettuali europee a sostegno di un sistema di monitoraggio alcol-correlato condiviso, tra queste la "Joint Action RARHA" per il quale il Ministero della Salute ha finanziato un progetto CCM – "ITA-RARHA", a supporto della Joint Action europea seguita per il Ministero della Salute dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA-CNESPS) su mandato formale. La *Joint Action* ha lo scopo di sostenere la collaborazione tra gli Stati Membri al fine di migliorare la comparabilità dei dati sul consumo, il rischio e il danno alcol-correlato e favorire approcci comuni ed efficaci d'informazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione.

Inoltre, l'Italia ha partecipato attivamente ai lavori per la predisposizione del Piano di Azione Europeo sulla prevenzione dei danni alcol correlati nei settori del bere giovanile e del bere pesante episodico, "**Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)**" pubblicato in data 16 settembre 2014. Il Piano di azione considera sei aree di azioni prioritarie: ridurre il *binge drinking*; ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani; ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al marketing delle bevande alcoliche; ridurre il danno da alcol in gravidanza; assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani; supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.

Nel corso del 2015 si sono svolti numerosi incontri orientati alla discussione di merito dello "**Scoping Paper**" per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol come richiesto dagli Stati Membri. Nel corso delle riunioni del CNAPA in Lussemburgo è stato, come di consueto, assicurato l'aggiornamento periodico sull'implementazione nazionale delle misure legislative, delle iniziative di prevenzione e delle strategie specifiche indicate dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni e del rischio alcol correlati e risultante in una serie di azioni ritenute efficaci secondo un approccio multisettoriale, tramite interventi o Piani di azione nazionali, come il Piano Sanitario Nazionale e il Piano di Prevenzione.

Dai dati nazionali, si evince la necessità di mantenere alta l'attenzione soprattutto per i modelli di consumo di alcol più rischiosi per la salute (consumo abituale eccedentario e *binge drinking*) e in particolare per **gruppi specifici di popolazione più a rischio (giovani e anziani)**. Per queste finalità andranno pertanto rivolti adeguati interventi di prevenzione in grado di adattarsi ai diversi contesti culturali e sociali, tenendo conto delle evidenze emerse dall'attuale ricerca scientifica ed epidemiologica.

Il consumo alcolico dei giovani deve essere monitorato con particolare attenzione in quanto può comportare non solo conseguenze patologiche molto gravi quali l'intossicazione acuta alcolica e l'alcoldipendenza, ma anche problemi sul piano psicologico e sociale, influenzando negativamente lo sviluppo cognitivo ed emotivo, peggiorando le performances scolastiche, favorendo aggressività e violenza. Per prevenire tali conseguenze è necessario rafforzare nei giovani la capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere operando in contesti significativi quali la scuola, i luoghi del divertimento, della socializzazione e dello sport. Inoltre per i giovani che manifestano comportamenti di grave abuso è necessario prevedere efficaci azioni di intercettazione precoce e di *counseling* per la motivazione al cambiamento, con eventuale avvio ad appropriati interventi di sostegno per il mantenimento della sobrietà. Per la protezione dei giovani appare importante anche la collaborazione dei settori della distribuzione e vendita di bevande alcoliche, che devono essere opportunamente sensibilizzati sulla particolare responsabilità del proprio ruolo anche ai fini di una corretta applicazione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, recentemente introdotto con la legge 8.11.2012 n. 189. Nella fascia di popolazione giovanile si sta assistendo sempre più al cambiamento del consumo alcolico femminile che tende alla omologazione con i maschi nella assunzione di comportamenti a rischio. Pertanto, occorre curare maggiormente l'informazione delle donne sulla specificità dei loro rischi nel consumo dell'alcol, sia in relazione alla propria salute che a quella del feto (Sindrome Feto-Alcolica – FAS). In particolare a tutte le donne in gravidanza dovrebbero essere offerte dai competenti servizi socio-sanitari informazioni e consigli specifici per evitare di bere, secondo quanto raccomandato dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati e dal Piano di Azione Europeo per l'alcol dell'OMS.

La popolazione più anziana deve essere aiutata a superare le difficoltà soprattutto culturali che ostacolano l'adeguata percezione dei rischi correlati al consumo alcolico più tradizionale, ricevendo istruzioni chiare e sicure sui limiti da rispettare per un consumo realmente moderato, in relazione all'età, al genere e alle patologie più frequenti ed ai farmaci assunti. A tale finalità possono dare un importante contributo gli operatori socio-sanitari, tramite una formazione che li renda consapevoli della specificità del rischio alcol per le persone anziane e offra loro adeguati strumenti per aiutare gli anziani al rispetto dei parametri di consumo prescritti. Gli operatori sanitari, e in particolare i medici di base, possono svolgere un importante ruolo di prevenzione per tutte le categorie di popolazione dedicando una maggiore attenzione ai consumi alcolici dei propri assistiti.

Tutte queste tematiche sono state esaminate nell'ambito del gruppo di lavoro sulla sanità Pubblica che si riunisce in ambito europeo e che, per quanto concerne le politiche sull'alcol, ha definito un documento conclusivo sulla strategia europea per la riduzione del rischio correlato all'alcol, con l'attivo contributo del Ministero della Salute. Il documento è stato approvato ufficialmente in sede di Consiglio Europeo in data 7.12.2015 sotto la Presidenza lussemburghese.

La prevenzione del consumo a rischio di alcol richiede cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni. La collaborazione intersettoriale, infatti, permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro, in linea con gli obiettivi del WHO - *Global Action Plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2014–2020*.

Il Programma “**Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari**”, approvato dal Governo (DPCM 4 maggio 2007), in accordo con le Regioni e le Province autonome, promuove a livello nazionale una strategia per salvaguardare la salute come bene pubblico, attraverso l'integrazione di azioni che competono alla collettività e quelle di cui sono responsabili i singoli cittadini. Il programma mira, dunque, a sviluppare l'impegno condiviso e collaborativo di tutti i settori della società e il coinvolgimento del settore sanitario per azioni specifiche di prevenzione e cura delle malattie, rafforzando politiche e interventi che tengano in debito conto tutti i “determinanti della salute”, attraverso l'attuazione di adeguate politiche “intersettoriali” a livello nazionale, regionale e locale. Pertanto, negli ultimi anni, attraverso l'attuazione del Programma “Guadagnare Salute”, si sta assistendo ad un progressivo cambiamento della visione e degli approcci in tema di promozione della salute, che riguarda in primo luogo proprio il mondo sanitario e quello della scuola, consentendo finalmente il consolidamento del concetto di “promozione della salute” come quel processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni, e la cui responsabilità non è esclusiva del settore sanitario. In questo ambito è di grande importanza l'attuazione del Protocollo d'Intesa tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute “Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione” sottoscritto ad aprile 2015. Tra le aree prioritarie di intervento individuate, per quanto attiene al diritto alla salute, vi sono quelle relative alla promozione di corretti stili di vita e alla prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali, alla promozione della cultura delle vaccinazioni, alla promozione di una corretta relazione di genere, attraverso interventi sulle tematiche dell'affettività.

Il Programma Guadagnare Salute, al fine di promuovere la salute e contrastare l'epidemia di malattie cronico generative interviene principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-

2018 ha fatto proprio l'approccio di popolazione di Guadagnare Salute e ha individuato un numero limitato di macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi.

Il **Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018**, infatti, rinnova l'attenzione focalizzata alla prevenzione delle malattie cronico-degenerative che spesso hanno in comune alcuni fattori di rischio in gran parte correlati a comportamenti individuali non salutari tuttavia modificabili come abuso di alcol. Il nuovo PNP individua in due macro obiettivi le strategie di prevenzione da attuare per la fascia di popolazione giovanile e per le età successive; sia il macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT" sia il macro obiettivo "Prevenire la dipendenza da sostanze" prevedono azioni svolte in *setting* specifici per giungere ad incidere sulla popolazione giovanile principalmente (scuole, famiglie, luoghi di svago). Le strategie individuate sono essenzialmente focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi "*life skills education*" e "*peer education*". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Per gli interventi sui determinanti ambientali le strategie indicate sono quelle che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze nel quadro di un approccio di promozione della salute. Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell'abuso di alcol hanno apprezzabili prove di efficacia.

Inoltre, il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, nel macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT" prevede tra le strategie mirate all'individuo la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. L'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili. Pertanto tra le azioni suggerite dal nuovo PNP vi è l'applicazione dello strumento di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) da attuarsi nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori dei MMG, Medici Competenti, ecc.).

La promozione degli stili di vita salutari, in cui rientra la prevenzione dei danni alcol correlati, si avvale anche dello strumento della Comunicazione Istituzionale. Il Ministero della Salute, in ottemperanza a quanto disposto dalla Legge 125/2001, ogni anno promuove iniziative di comunicazione per la prevenzione dei danni alcol correlati.

Le **Campagne di Comunicazione** del Ministero hanno l'obiettivo di motivare al cambiamento, diffondere empowerment, far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari, negli ultimi anni tali campagne di comunicazione si sono focalizzate in modo particolare sui giovani.

In linea con le indicazioni espresse dall' *Action Plan on Youth Drinking on Heavy Episodic Drinking* per gli anni 2014-2016, sul contrasto al consumo di alcol tra i giovani e sul fenomeno del *binge-drinking* approvato dall'Unione Europea, la Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei e Internazionali ha realizzato, nel corso del 2015, l'iniziativa di informazione e

sensibilizzazione: **“Alcol Snaturato - Una serata speciale”**. **“Alcol Snaturato”** è il titolo della canzone che il Ministero ha prodotto avvalendosi della collaborazione di un testimonial d’eccezione: il famoso ed affermato gruppo musicale **“Elio e le Storie Tese”**. L’obiettivo della campagna è stato quello di rendere **“poco appeal”**, nei confronti dei ragazzi, il modello comportamentale di chi abusa di sostanze alcoliche e di correggere il difetto di percezione alimentato dai media che nei giovanissimi descrive l’alcol come facilitatore di successo.

Anche quest’anno, nell’ambito dell’accordo di collaborazione **“Promozione di iniziative di comunicazione per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol”** con l’Istituto Superiore di Sanità, si è dato seguito e continuità all’iniziativa on line **“Non perderti in un bicchiere”** avviata in collaborazione con l’Agenzia Dire Giovani. Per coinvolgere attivamente i ragazzi e avviare con loro un dialogo costruttivo sulla problematica, sul sito [www.diregiovani.it](http://www.diregiovani.it) sono stati realizzati una rubrica informativa ed uno sportello d’ascolto *on-line* gestito in collaborazione con medici ed psicologi.

Il Ministero della Salute ha sostenuto e finanziato la quattordicesima edizione **dell’ALCOL PREVENTION DAY** che si è tenuta il 16 aprile 2015 a Roma presso l’Istituto Superiore di Sanità e promosso in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia, l’Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, l’AICAT ed Eurocare. Durante il convegno, che rappresenta da anni il momento centrale nel calendario degli eventi di sensibilizzazione ed informazione sull’alcol organizzati dalla comunità scientifica, sono stati presentati gli ultimi dati emersi da studi e monitoraggi istituzionali raccolti in vari paesi europei ed extra europei.

A margine dell’Alcol Prevention Day (19 Aprile 2015), allo Stadio delle Terme di Caracalla, si è svolta la XVII edizione della tradizionale **“Roma Appia Run”**, che quest’anno ha corso per l’Alcohol Prevention Race, gara podistica non competitiva.

Le Regioni e Province Autonome proseguono lo svolgimento delle funzioni loro assegnate dalla legge 125/2001 per la programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, per l’organizzazione di servizi dedicati, per la formazione e l’aggiornamento del personale. Il Ministero della Salute può monitorare annualmente lo svolgimento delle attività regionali tramite l’esame delle relazioni predisposte dalle stesse Regioni ai sensi della legge 125/2001.

Inoltre, tramite il sistema informativo Nazionale, in fase di aggiornamento, è in grado di monitorare le attività svolte dai servizi per le dipendenze in ambito alcologico registrando il numero di utenti in carico, il personale impiegato e gli interventi praticati su base regionale. Nella presente relazione sono stati inseriti i dati e le informazioni relative agli anni 2013 e 2014.

Da tali relazioni emerge un crescente impegno nelle attività di prevenzione, che sempre più frequentemente si ispirano al modello di approccio interdisciplinare e intersettoriale raccomandato dai Piani e Programmi nazionali anche in adesione alla legge 125/2001, ciò sebbene i fondi regionali finalizzati a tali scopi siano progressivamente sempre più esigui. Secondo tale modello le Regioni favoriscono la collaborazione tra interlocutori di vari ambiti istituzionali e l’integrazione delle diverse risorse disponibili, promuovendo i contatti dei servizi sociosanitari con le scuole, i servizi sociali, le Forze dell’Ordine, il mondo del lavoro, il mondo del divertimento giovanile, le associazioni sportive, il mondo del volontariato e i gruppi di auto-mutuo aiuto.

Da alcuni anni le Regioni hanno costituito, nell’ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, uno specifico Gruppo tecnico interregionale per l’Alcolologia, che assicura un puntuale coordinamento degli interventi nel settore. Tale coordinamento ha consentito tra l’altro di organizzare a Trieste, nell’Ottobre 2012, la prima Conferenza delle Regioni e Province autonome sui problemi

alcol correlati, che ha affrontato, con grande partecipazione e impegno degli operatori regionali e territoriali, aspetti di grande rilievo per le future politiche di ambito regionale e nazionale. Gli atti della Conferenza sono in fase di pubblicazione e costituiranno sicuramente un importante documento di riferimento per tutte le istituzioni e i soggetti impegnati nel contrasto dei problemi derivanti dall'uso dannoso di alcol.

Il Ministero ha promosso negli ultimi anni specifici programmi e progetti per diffondere l'adozione delle migliori pratiche di prevenzione e contrasto dei danni alcol correlati nei vari gruppi di popolazione, in adesione ai principi e alle finalità della legge 125/2001.

Nel 2015 sono in fase di attività il progetto “*SisMA. Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato*” finalizzato all'analisi dell'impatto alcol-correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione; si tratta di un progetto rientrante tra le Azioni Centrali del PNP e finanziato con fondi CCM, il progetto è affidato all'Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS. Altro progetto in fase di attività nell'anno 2015 è il progetto CCM “*ITA-RARHA*” già citato in precedenza, finalizzato a sostenere le attività nazionali di supporto al progetto europeo “RARHA: Joint Action on reducing Alcohol related harm” seguito sia in ambito nazionale che internazionale dall'Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) continua a svolgere un'importante funzione di orientamento delle politiche sull'alcol, unitamente alle finalità previste dalla legge 125/2001, ed entrambi gli atti costituiscono ancora un valido punto di riferimento del Ministero della Salute per l'implementazione e il rafforzamento, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, di efficaci interventi di prevenzione e contrasto dei problemi alcol correlati.

Al fine di consolidare i risultati ottenuti e stimolare ulteriori progressi, sarebbe auspicabile che quanto delineato nell'ambito del PNAS fosse recepito a livello regionale puntando inoltre a superare la notevole frammentazione e disomogeneità che si registra nell'organizzazione dei Servizi di Alcolologia nelle diverse Regioni e realtà territoriali, mediante una più puntuale definizione delle caratteristiche e degli standard degli stessi.

Nello spirito della stessa legge, inoltre, è essenziale la continuità della collaborazione e la presenza attiva del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità nei contesti internazionali dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per la costruzione di politiche internazionali condivise ed in grado di sostenere gli Stati Membri ad adottare, nel rispetto delle proprie peculiarità culturali, tutte le misure di provata efficacia per il contenimento del consumo dannoso di alcol.

Roma,

Beatrice Lorenzin

## PARTE PRIMA

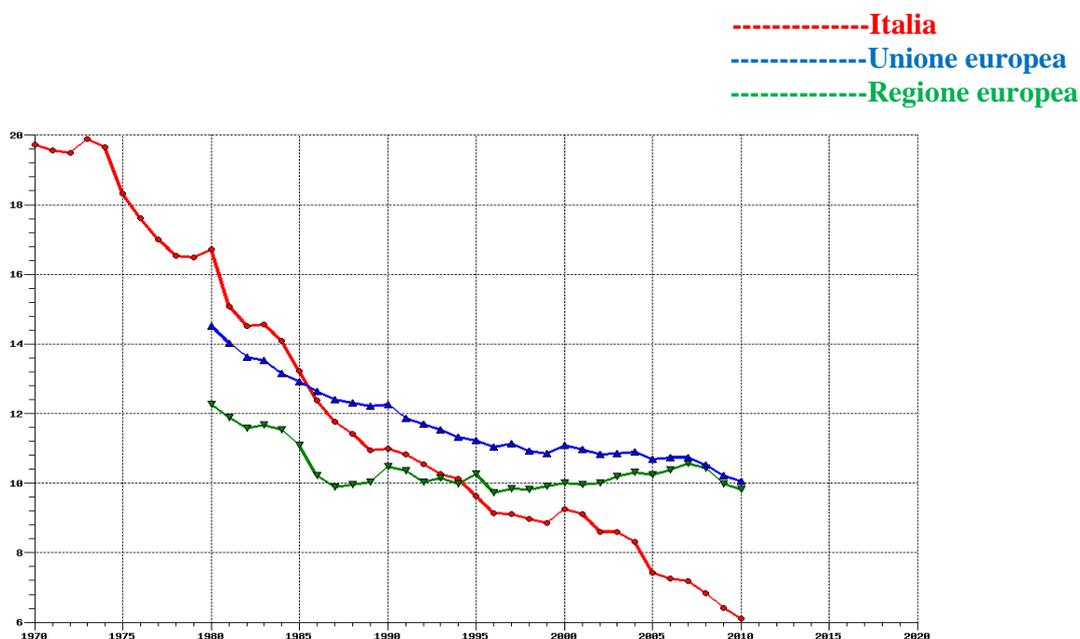
### 1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

#### 1.1 I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

##### IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEL MONDO E IN EUROPA

Il consumo dannoso di alcol costituisce un importante problema di salute pubblica del mondo. Il *“Global status report on alcohol and health 2014”* ovvero *“Rapporto Globale su alcol e salute 2014”* dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato il 12 maggio 2014, fornisce un profilo nazionale sul consumo di alcol in 194 Stati membri della OMS, sull’impatto sulla salute pubblica e suggerisce le scelte politiche che devono essere perseguite. Il rapporto *“Global status report on alcohol and health”* enuncia che nel 2012 l’uso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti ovvero il 5,9% di tutti i decessi (7,6% uomini e il 4,0% donne) nonché il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (Disability Adjusted Life Years, DALYs) attribuibili all’alcol. L’Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che nel mondo ogni persona di età maggiore ai 15 anni in media consuma ogni anno 6,2 litri di alcol puro, ma poiché solo il 38,3% della popolazione globale beve alcolici ne consegue che coloro che effettivamente bevono in realtà consumano una media di 17 litri di alcol puro annualmente. La Regione Europea risulta essere l’area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati (**Graf.1**).

**Graf. 1- Consumo annuo pro capite di alcol puro nella popolazione con più di 15 anni di età; confronto Italia, Unione Europea, Regione Europea - anni 1970-2010**



Fonte: WHO/Europe European HFA Database, April 2014

### ***Health for All*, il database europeo della WHO**

Il database europeo *Health For All* (HFA-DB) è uno strumento messo a disposizione dalla WHO per monitorare numerosi fenomeni sanitari negli Stati membri della regione Europea. Lo strumento è stato sviluppato dalla metà degli anni 1980 per monitorare e confrontare lo stato di salute nell'Unione Europea (UE). I dati vengono direttamente trasmessi dagli Stati membri, ed alla data del 01 dicembre 2015 l'Italia non aveva ancora fornito un aggiornamento rispetto alla precedente pubblicazione.

L'indicatore utilizzato prende in considerazione solo il consumo medio pro capite di alcol puro che è contabilizzato a livello nazionale (spesso attraverso i dati di produzione, importazione, esportazione, e vendita) e non tiene quindi conto del consumo di alcol prodotto a livello domestico o acquistato all'estero tramite canali di vendita non tassati o registrati (ad esempio i *duty free*) o acquistato in maniera illegale (*unrecorded consumption*).

Nel 2015 l'OMS ha avviato la realizzazione di una nuova sezione da includere nel rapporto *WHO Global Survey on Alcohol and Health 2015*, con l'obiettivo di migliorare la comprensione delle importanti dinamiche legate al consumo di alcol *unrecorded*.

L'ONA (Osservatorio Nazionale Alcol) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato infatti chiamato in qualità di Centro collaboratore OMS a lavorare insieme al Centro collaboratore di Toronto alle attività di pianificazione del nuovo report OMS sulla mortalità alcol attribuibile relativo all'intera Regione Europea dell'OMS; il Centro OMS ha partecipato alla riunione per esperti organizzata a Barcellona a novembre 2015 per pianificare la pubblicazione della mortalità alcol-attribuibile per la Regione Europea e per il livello globale. Sulla base delle indicazioni di merito risultate dalla valutazione tecnico-scientifica dell'esperienza italiana e dei risultati delle stime già predisposte per l'Europa, è emersa chiaramente la necessità di sviluppare un sistema di monitoraggio su base nazionale di valenza europea e standard armonizzati favorevoli la piena comparazione dei trend registrati nel corso degli anni, rispondendo ad una domanda emergente dagli Stati Membri e tenendo in debito conto che le tendenze temporali evidenziate in forma aggregata non sono in grado di fornire spunti informativi ai decisori politici sulle attività da implementare a livello nazionale. La decisione degli esperti e gli impegni presi in sede tecnica consentiranno di descrivere nel prossimo Report 2016 l'andamento dei consumi (compresi gli *unrecorded*) e della mortalità alcol-attribuibile per ogni Nazione appartenente alla Regione Europea dell'OMS con stime periodiche proposte per il periodo 1990-2014 supportando e incoraggiando, secondo quanto richiesto dalla Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità, anche i singoli Stati Membri a sviluppare un sistema di monitoraggio di supporto alle politiche da implementare in ogni Paese basato su *survey* specifiche già in corso.

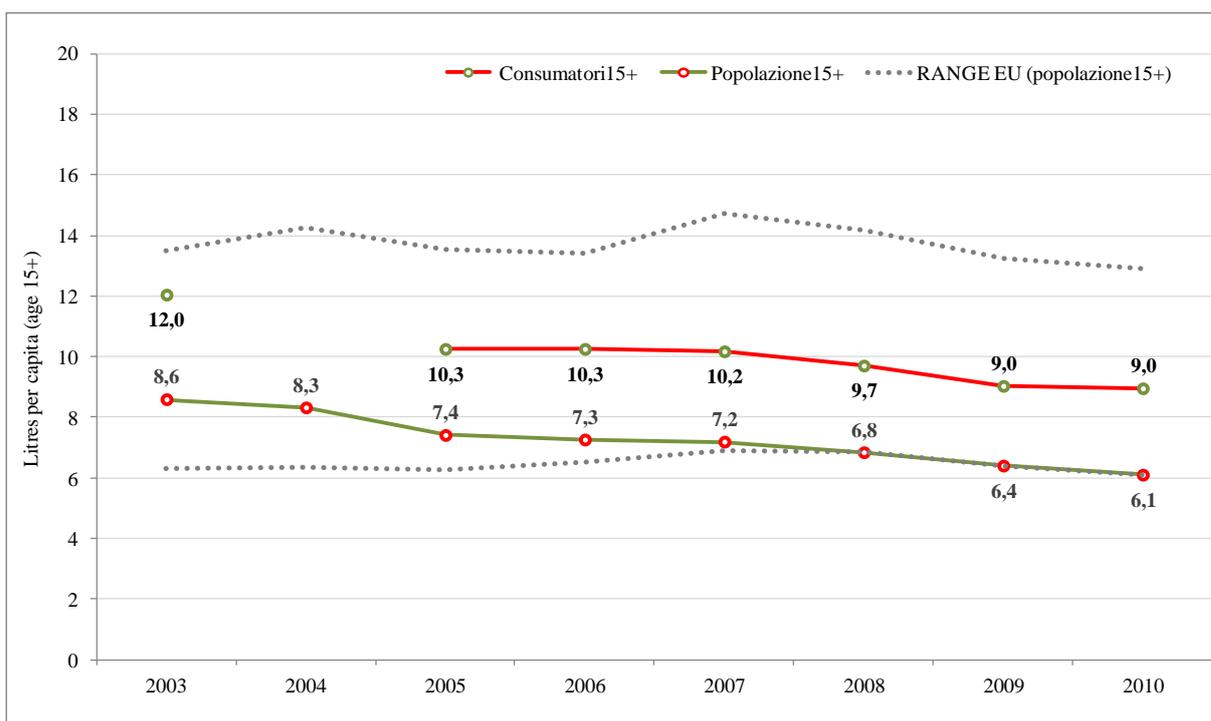
Un'altra limitazione dell'indicatore presentato nel database europeo è inoltre rappresentata dal ripartire il consumo di alcol sull'intera popolazione superiore a quindici anni anziché sui soli consumatori. A decorrere dall'anno 2015 l'ONA dell'Istituto Superiore di Sanità ha introdotto un nuovo indicatore nel sistema di monitoraggio sviluppato nell'ambito dell'azione centrale approvata dal Ministero della Salute "SisMA" (Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato finalizzato all'analisi dell'impatto alcol-correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione). L'indicatore aggiuntivo proposto, sulla base dei dati dell'indagine multiscope sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT, permette di stimare il consumo medio pro capite di alcol puro rapportandolo ai soli individui che hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno anziché all'intera popolazione.

I litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne tra il 1980 e il 2010 sono diminuiti sia in Europa che in Italia.

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro capite* più elevato, nel 2010 e per il terzo anno consecutivo, è quello con il valore più basso tra tutti i 28 Paesi considerati dell'UE con 6,1 litri (**Figura 1**).

In base all'indicatore sviluppato dall'ONA tuttavia, il consumo *pro consumatore* di alcol puro stimato per il 2010 è pari a 9.0 litri.

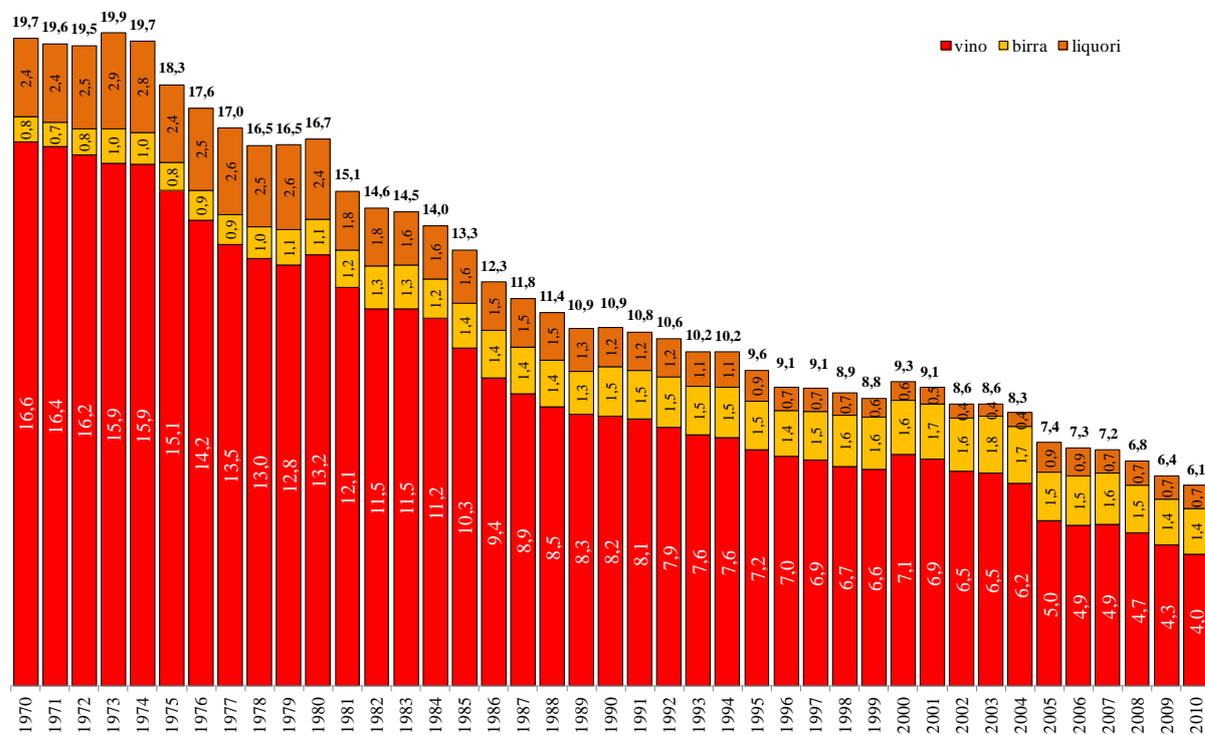
**Figura 1. Trend di consumo di alcol (espresso in litri *pro capite* di alcol puro) in Italia**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati *HFA-DB* della WHO (al 01/12/2015) e Indagine Multiscopo sulle famiglie –Aspetti della vita quotidiana (2003; 2005-2010)

Disaggregando il consumo medio espresso in litri *pro capite* di alcol puro per tipologia di bevanda alcolica, si evince che il vino è la bevanda che maggiormente contribuisce al consumo di alcol in Italia (**Figura 2**). L'analisi dei trend mostra che nel 1970 il consumo di alcol puro ascrivibile al vino era pari a 16,6 a fronte di un solo 0,8 ascrivibile alla birra e un 2,4 dei liquori; nel 2010 invece, la componente consumata attraverso l'assunzione di vino pur rimanendo la più consistente sul totale di alcol puro consumato, fa registrare una diminuzione pari a 12,5 litri di alcol puro mentre la componente relativa alla birra, nello stesso periodo aumenta di 0,7 litri di alcol puro (**Figura 2**).

**Figura 2. Distribuzione(%) dei litri di alcol puro per tipologia di bevanda tra gli adulti in Italia (1970-2010)**

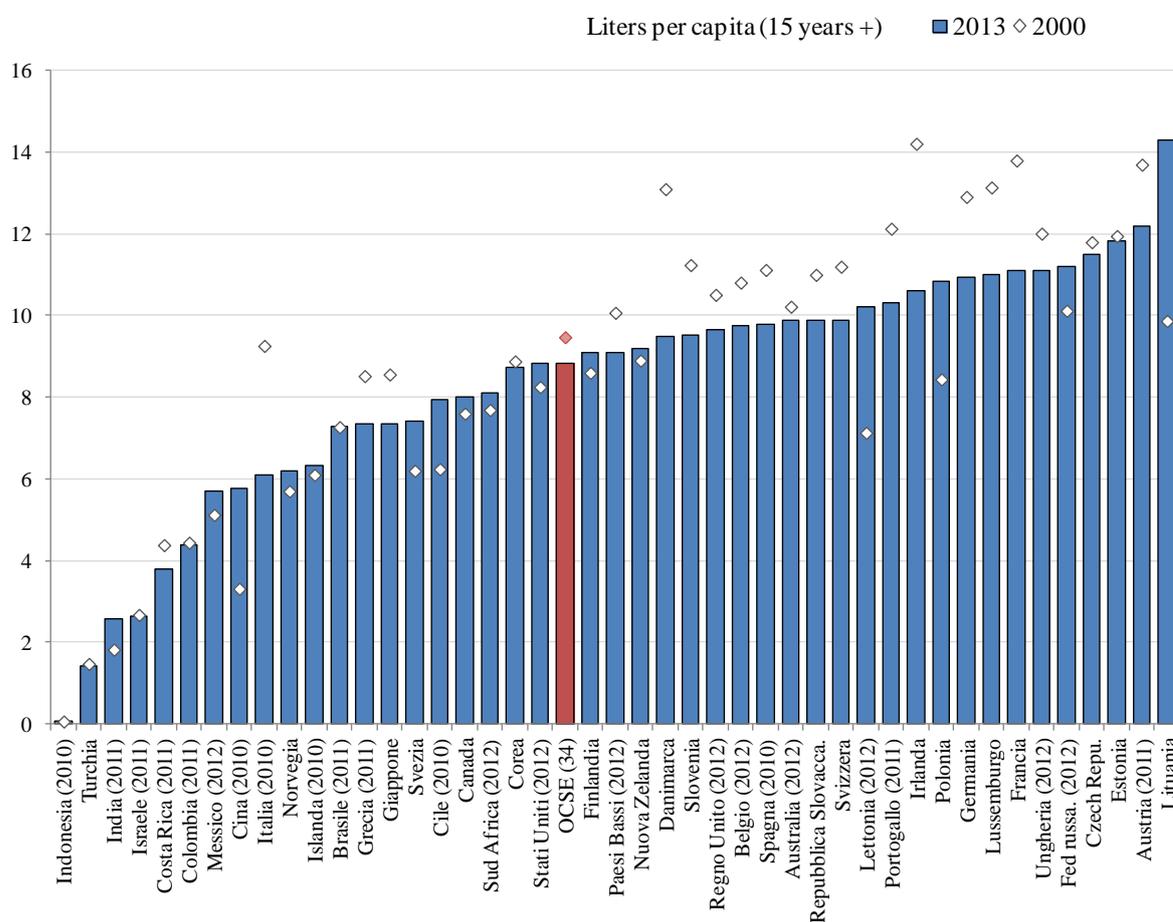


Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (al 31 gennaio 2015)

## I rapporti dell'OCSE

Le stime sulla quantità di alcol consumata si basano generalmente sui dati rilevati attraverso le più recenti indagini nazionali sulla salute condotte in tredici paesi OCSE e non tengono conto dei consumi “*unrecorded*” cioè non rilevati attraverso le statistiche ufficiali (ad esempio le bevande alcoliche prodotte in casa). I dati pubblicati nell'ultimo rapporto dell'OCSE mostrano che tra i 34 paesi considerati il consumo medio pro-capite di alcol, sulla base dei dati disponibili, si attesta intorno agli 8,9 litri per gli adulti. Austria, l'Estonia e la Repubblica ceca, così come la Lituania, fanno registrare il più alto consumo di alcol con oltre 11,5 litri per adulto nel 2013; viceversa il più basso consumo di alcol si registrato in Turchia e Israele, così come in Indonesia e in India, dove probabilmente le tradizioni culturali e religiose limitano il consumo di alcol in una parte della popolazione (**Figura 3**).

**Figura 3. Consumo annuo pro-capite di alcol puro nei Paesi considerati nel Rapporto OCSE (2015)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati OCSE

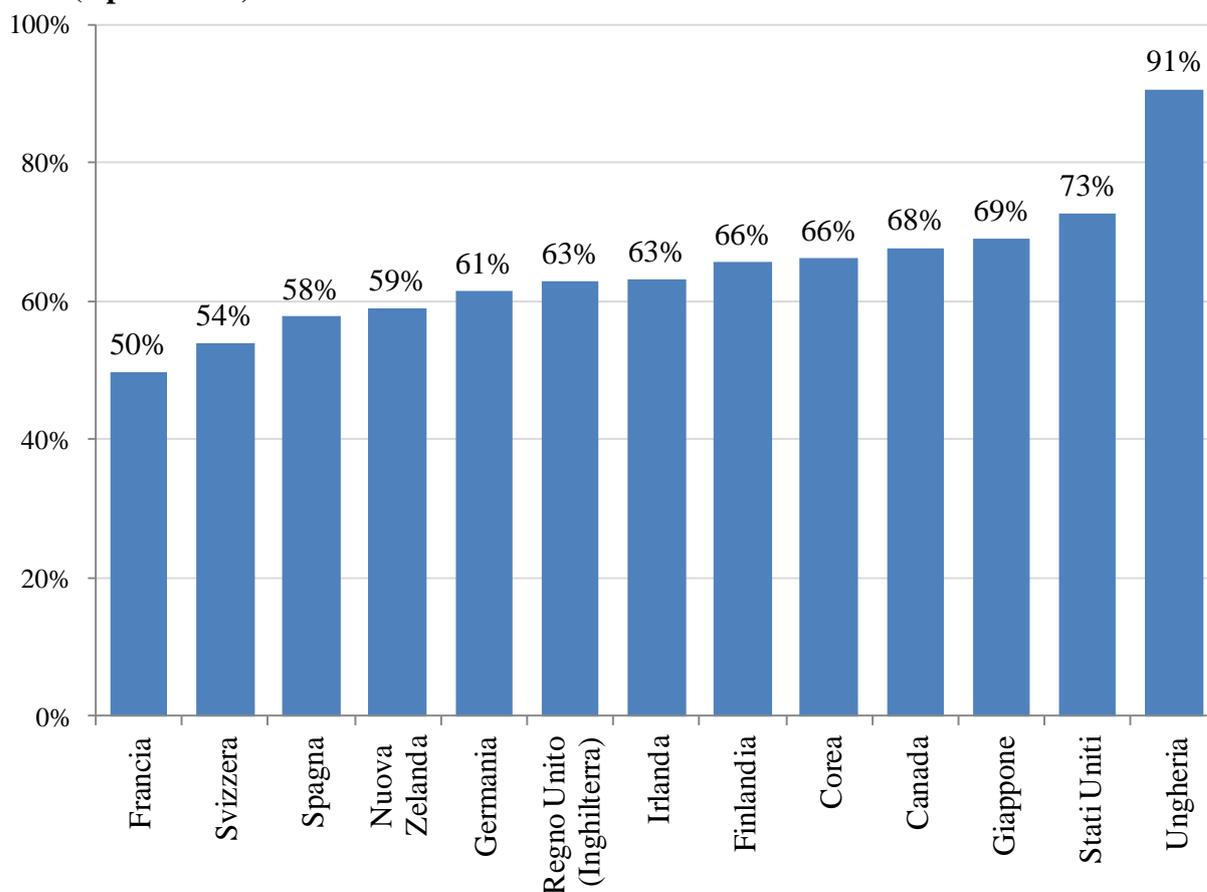
Sebbene il consumo medio di alcol sia gradualmente diminuito in molti paesi OCSE dal 2000, si registra tuttavia un incremento in Polonia, Svezia e Norvegia, oltre che in Lettonia, in Lituania e nella Federazione russa.

L'analisi condotta dall'OCSE a livello nazionale sulle modalità di consumo mostra inoltre che:

- il consumo a rischio ed il bere occasionale eccessivo sono comportamenti in aumento in particolarmente nelle fasce giovanili e tra le donne
- gli uomini con un basso livello economico consumano alcol in quantità eccessive più frequentemente di quelli livello economico più elevato
- le donne con un basso livello economico consumano alcol in quantità eccessive più raramente di quelle con un livello economico più elevato.

Nonostante le difficoltà riscontrate nella standardizzazione delle definizioni utilizzate, un'analisi recentemente condotta in alcuni Paesi dell'OCSE, mostra che il consumo di bevande alcoliche tende ad essere concentrato nel 20% della popolazione che beve di più con qualche variazione tra Paesi; il 20% dei forti bevitori in Ungheria ad esempio consumano circa il 90% di tutto l'alcol consumato, mentre in Francia la quota è di circa il 50% (**Figura 4**).

**Figura 4. Percentuale di alcol consumata dal 20% della popolazione che beve più, anno 2012 (o più vicino)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati OCSE

## IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'elaborazione delle Indagini annuali Multiscopo, l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute.

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2014 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 319 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (76,6%) rispetto alle femmine (50,2%).

Il 22,1% dei consumatori (12 milioni circa di persone) beve quotidianamente (33,8% tra i maschi e 11,1% tra le femmine).

**Nell'anno 2014 si osserva ancora un lieve calo rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri** (nel 2013 rappresentavano il 22,7% e nel 2014 il 22,1%) **mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto** (nel 2013 erano il 25,8% e nel 2014 erano il 26,9%).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2005-2014 (**tab.1**) l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 69,7% al 63,0%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 22,1%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% al 41,0%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% al 26,9%).

**Tab.1- Persone 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età. Anni 2005 e 2014 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)**

Consumo di bevande alcoliche	11-17		18-24		25-44		45-64		65 e più		Totale	
	2005	2014	2005	2014	2005	2014	2005	2014	2005	2014	2005	2014
<b>MASCHI</b>												
Nell'anno	32,1	21,5	82,1	74,3	87,5	83,3	89,2	82,9	83,2	78,9	82,1	76,6
Tutti i giorni	3,4	1,5	20,6	12,4	40,8	26,7	59,7	42,3	61,5	52,1	45,2	33,8
Occasionalmente	28,7	20,0	61,5	61,9	46,7	56,5	29,5	40,6	21,6	26,9	36,9	42,8
Fuori pasto	13,0	10,5	49,7	50,1	45,8	50,5	38,3	38,5	24,6	24,6	37,3	36,1
<b>FEMMINE</b>												
Nell'anno	23,9	17,3	63,2	59,6	64,7	58,1	63,9	54,2	50,9	43,6	56,8	50,4
Tutti i giorni	0,5	0,3	4,5	3,1	13,2	6,7	24,9	13,8	25,5	18,1	17,8	11,1
Occasionalmente	23,4	16,9	58,7	56,5	51,5	51,4	39,1	40,4	25,4	25,5	40,3	39,2
Fuori pasto	9,7	7,9	33,7	37,4	20,3	25,7	13,0	14,0	5,0	5,7	14,9	16,5
<b>MASCHI E FEMMINE</b>												
Nell'anno	28,2	19,4	72,8	67,1	76,2	70,7	76,3	68,3	64,4	58,8	69,7	63,0
Tutti i giorni	2,0	0,9	12,6	7,9	27,1	16,7	41,9	27,8	40,6	32,8	31,0	22,1
Occasionalmente	26,1	18,5	60,1	59,2	49,1	54	34,4	40,5	23,8	26,1	38,6	41,0
Fuori pasto	11,4	9,2	41,8	43,9	33,1	38,2	25,4	26,0	13,2	13,8	25,7	26,9

Fonte: Statistica report "L'uso e l'abuso di alcol in Italia". Istat. Anno 2015

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino a 24 anni e tra gli adulti 25-44enni a diminuire di più sono i consumatori giornalieri; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

### Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2014

Si conferma la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le femmine e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che riguarda i giovani e i giovanissimi ma in misura maggiore gli adulti oltre i 44 anni e gli anziani.

In particolare, dalle elaborazioni dell'ISTAT emerge che fra i maschi diminuisce sia il numero di quanti consumano solo vino e birra sia la quota di chi beve anche altri alcolici come aperitivi, amari e superalcolici. Fra le femmine, invece, è stabile la quota di chi beve anche altri alcolici e si riduce il numero di coloro che bevono solo vino e birra.

Nel 2014, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve **vino** il 50,5% di cui 64,1% maschi e 29,8% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 45,1%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (60,1%) doppia rispetto a quella femminile (31,1%). Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati nel 2014 dal 39,9% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (53,2%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (27,5).

Nell'anno 2014 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 19,7% (29,8% maschi e 10,3% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,4% (7,6% maschi e 1,4% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,6% (1,1% maschi e 0,2% femmine) (**Tabella 2**).

**Tab.2. Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2014 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)**

Tipo di bevanda alcolica	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>
Vino	64,1	29,8	37,7	10,3	50,5	19,7
Birra	60,1	7,6	31,1	1,4	45,1	4,4
Aperitivi, amari, superalcolici	53,2	1,1	27,5	0,2	39,9	0,6
<b>Totale</b>	<b>76,6</b>	<b>33,8</b>	<b>50,2</b>	<b>11,1</b>	<b>63,0</b>	<b>22,1</b>

Fonte: Statistica report "L'uso e l'abuso di alcol in Italia". Istat. Anno 2015

### **Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia**

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-nord, soprattutto nel Nord-est (67%), in particolare tra i maschi (78,3%). In modo analogo si distribuiscono i consumatori giornalieri, con una quota nel Nord del 23,7%.

Rispetto al 2013, si osserva nel Nord-est una diminuzione di quasi due punti percentuali nel consumo di alcol nell'anno (da 68,7 a 67%), e di tre punti percentuali al Centro (da 65,5% a 62,3%). Nell'Italia meridionale si registra, invece, una riduzione di 1,8 punti percentuali nel consumo di alcol giornaliero (da 22,1% a 20,3%).

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, la quota di consumatori nell'anno è più elevata nei Comuni centro e periferie dell'area metropolitana e nei Comuni con più di 50.000 abitanti, nei Comuni fino a duemila abitanti è, invece, più alta la percentuale dei consumatori giornalieri.

Rispetto al 2013, si riducono in maniera significativa sia la quota di consumatori nell'anno sia quella di consumatori giornalieri nei Comuni con più di 50.000 abitanti (rispettivamente da 66,8% a 63,5% e da 23,7% a 21,3%).

### **Il consumo di alcol giornaliero diminuisce all'aumentare del titolo di studio**

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol il 39,4%, quota che sale al 68,9% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, sia per gli uomini che per le donne.

## **I COMPORTAMENTI DI CONSUMO A RISCHIO**

Il carico di malattie legate al consumo dannoso di alcol, sia in termini di morbilità e mortalità, è notevole in molte parti del mondo. Il consumo di alcol produce conseguenze dannose per la salute e conseguenze sociali per il bevitore, tra cui un aumento del rischio di una serie di tumori, dell'ictus e della cirrosi epatica. L'esposizione del feto all'alcol aumenta il rischio di difetti alla nascita e deficit cognitivo. L'alcol infine contribuisce alla morte e all'invalidità a causa degli incidenti, di lesioni, aggressioni, violenza, omicidi e suicidi. Si stima che l'alcol sia la causa ogni anno di oltre 3,3 milioni di morti in tutto il mondo, e contribuisca al 5,1% del globale carico di malattia (OMS, 2014). Il consumo di alcol ha infine conseguenze sociali dovute alla perdita di produttività lavorativa a causa dell'assenteismo e della mortalità prematura, anche a causa delle lesioni e della morte dei non bevitori (ad esempio a causa di incidenti stradali causati da conducenti sotto l'influenza di alcol).

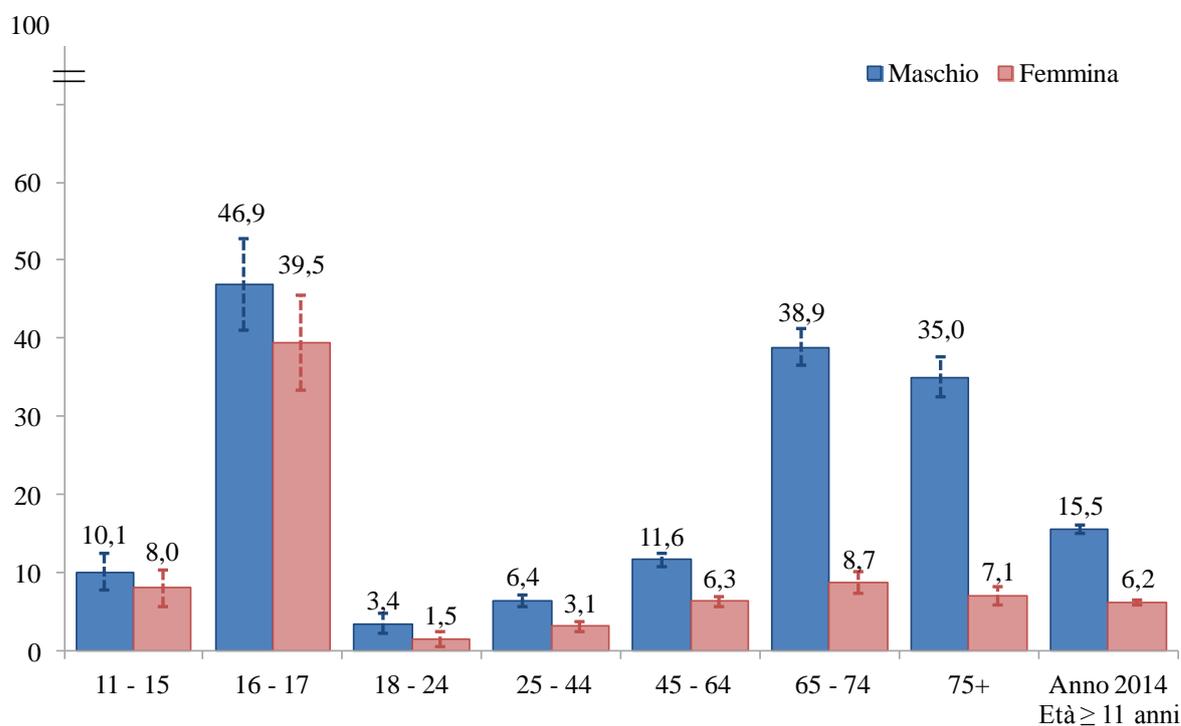
Le Linee Guida per una sana alimentazione, di prossima pubblicazione, rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali sanitarie ed alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. Esse hanno come *target* principale e privilegiato il consumatore, per orientarlo verso scelte consapevoli e idonee alla prevenzione di patologie croniche e al raggiungimento di un buono stato di salute. Le linee guida rappresentano la traduzione dei LARN (Livelli di assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia) i quali ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche - UA = 12 grammi di alcol puro).

### **Consumatori abituali eccedentari**

I nuovi limiti, basati sulle valutazioni pubblicate nel 2014 dai nuovi LARN, già acquisite dal Ministero della Salute, stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). Sotto i diciotto anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2014, il 15,5% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.800.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M: 46,9%; F: 39,5%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (**Figura 5**).

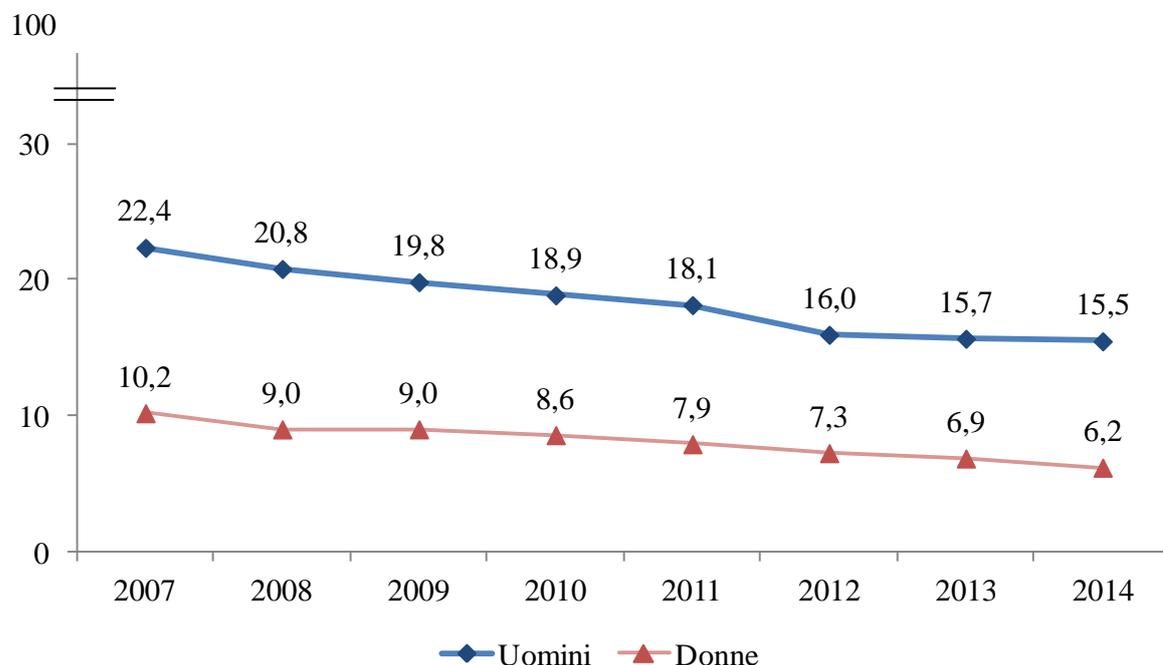
**Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere ed età (Anno 2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari condotta separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2014. La diminuzione è stata più consistente tra gli uomini (M=-6,9 p.p.) sebbene nel corso dell'ultimo anno per questi ultimi non si sono rilevate differenze significative; tra le donne invece la diminuzione rispetto al 2007 è stata pari a 4 p.p. ma nel corso dell'ultimo anno si è registrata una diminuzione pari a 0,7 p.p (**Figura 6**).

**Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

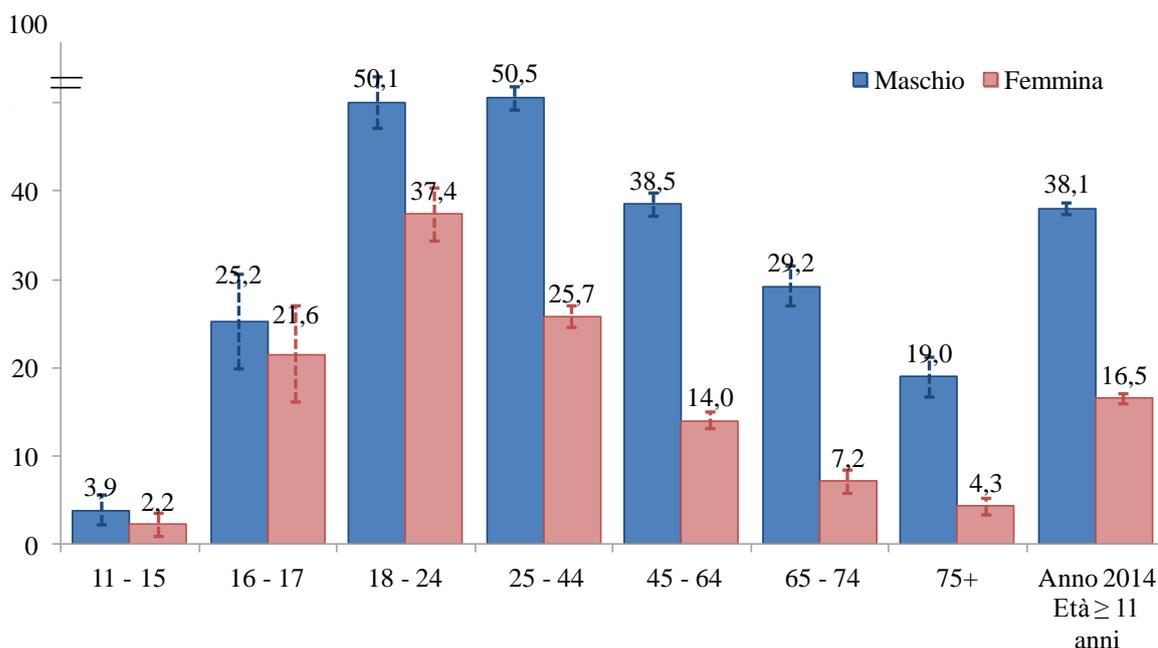
### **I consumatori fuori pasto**

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2014 il 38,1% degli uomini e il 16,5% delle donne, pari a circa quattordici milioni e cinquecento persone di età superiore a 11 anni.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=50,1% e 25-44=50,5%); tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (37,4%); per entrambi i sessi, oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente.

Le classi di età con percentuali più basse sono quelle al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi, a cui si aggiunge quella delle ultra 75enni per le donne. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali invece non le differenze non risultano significative (**Figura7**).

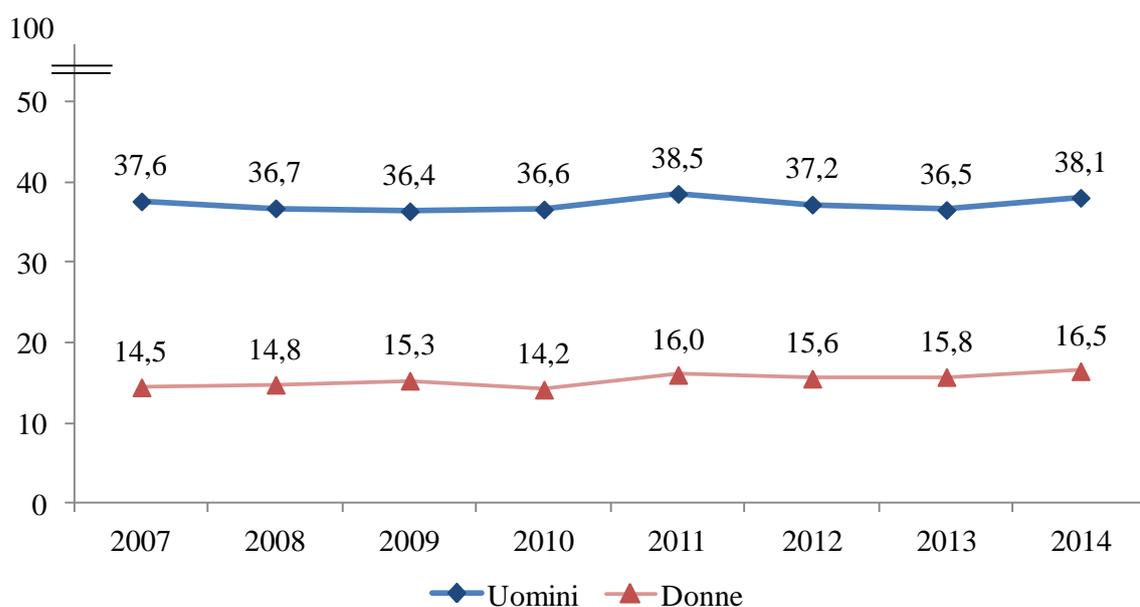
**Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che rispetto all'anno 2007 la prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli uomini ha subito delle oscillazioni nel corso degli anni mentre è significativamente aumentata nel corso dell'ultimo anno di +1,5 punti percentuali; tra le donne invece si registra rispetto all'anno 2007 un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto pari a +2,0 punti percentuali ma l'indicatore è rimasto pressoché stabile rispetto all'anno 2013 (**Figura 8**).

**Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥14 anni) di vino o alcolici fuori pasto (2007-2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

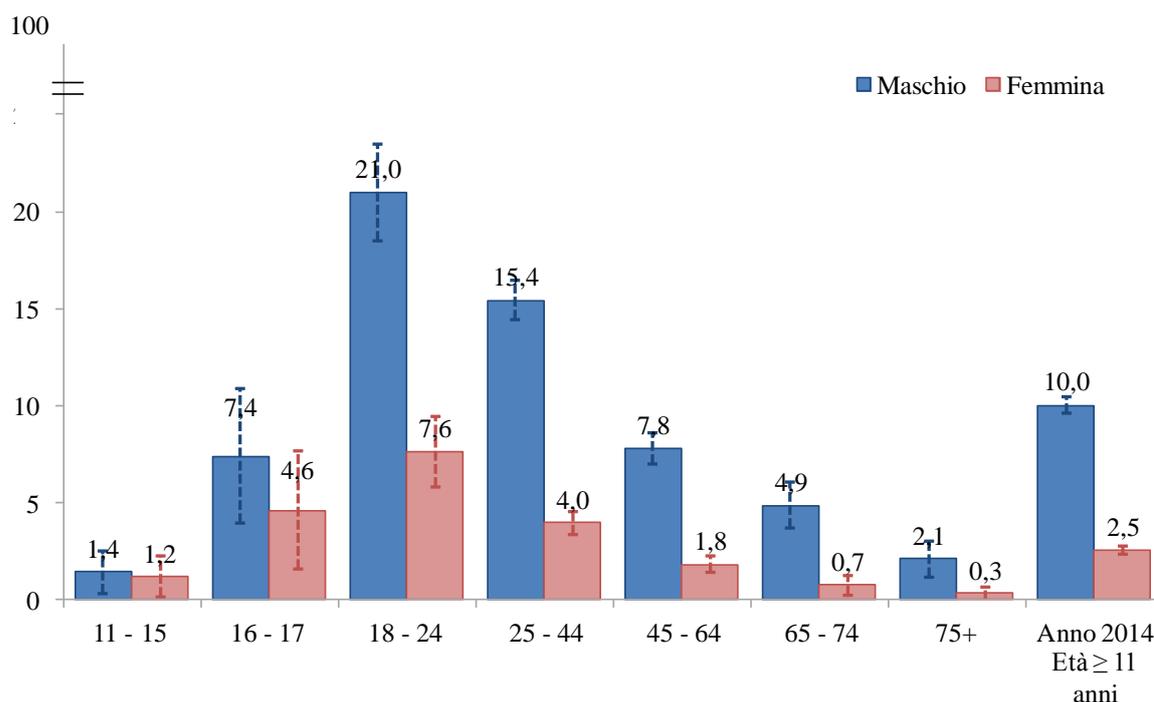
## I consumatori “binge drinking”

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche caratteristica in particolar modo delle fasce di popolazione giovanile e sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa. Con questo termine si vuole normalmente identificare una modalità di “consumo eccessivo episodico” concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo. In Italia questo tipo di comportamento è da molti anni rilevato dall’ISTAT attraverso l’indagine Multiscopo sulle famiglie come un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un’unica occasione di consumo.

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell’area mediterranea, compresa l’Italia, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata “Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)” (23) che si concluderà il prossimo anno e che identifica sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani. Nel documento una particolare enfasi è posta sulla necessità di ridurre gli episodi di *binge drinking*, l’accessibilità e la disponibilità di alcolici, l’esposizione alle pubblicità e al *marketing* legato all’alcol, di ridurre i danni causati dall’assunzione di bevande alcoliche in gravidanza, di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, e infine di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

A partire dall’anno 2003 l’ISTAT in accordo con l’ISS ha introdotto nel questionario dell’indagine Multiscopo sulle famiglie una domanda specifica sul consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione, e a decorrere da quell’anno è stato possibile monitorare la prevalenza dei consumatori *binge drinking* nella popolazione. I dati mostrano che nel 2014, il 10,0% degli uomini e il 2,5% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi che corrispondono ad oltre 3.300.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell’adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,0%; F=7,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere i valori minimi nell’età anziana (M=2,1%; F=0,3%). La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età (**Figura 9**).

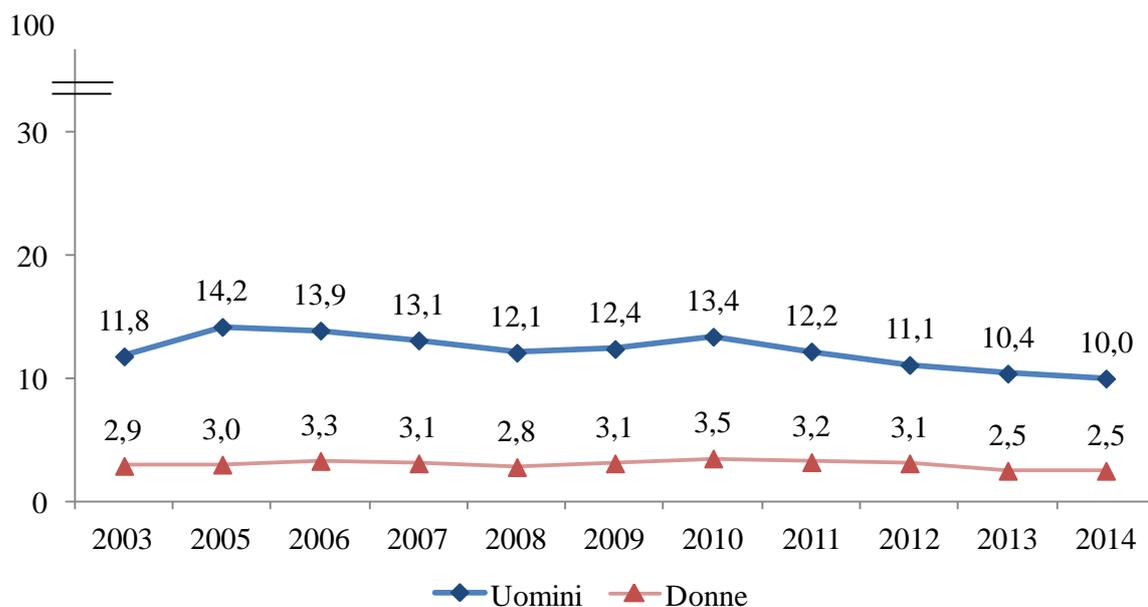
**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne. Rispetto alla precedente rilevazione infine non si registrano variazioni statisticamente significative né tra gli uomini né tra le donne (**Figura 10**).

**Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003; 2005-2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità sui comportamenti di consumo a rischio

Ad oggi tutte le strategie comunitarie ed i Piani di Azione della WHO ribadiscono che non si può parlare, in una prospettiva di salute pubblica, di soglie, di livelli raccomandabili o "sicuri", dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza. Sono infatti molteplici i parametri da prendere in considerazione per una corretta valutazione dei rischi: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

L'ONA-CNESPS, tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale, quotidiano eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.

Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e un'analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore. Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi; di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2014 del 22,7% per uomini e dell'8,2% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.300.000 individui (M=6.000.000, F=2.300.000) che nel 2014 non si sono attenuti alle nuove indicazioni di salute pubblica (**Figura 11**).

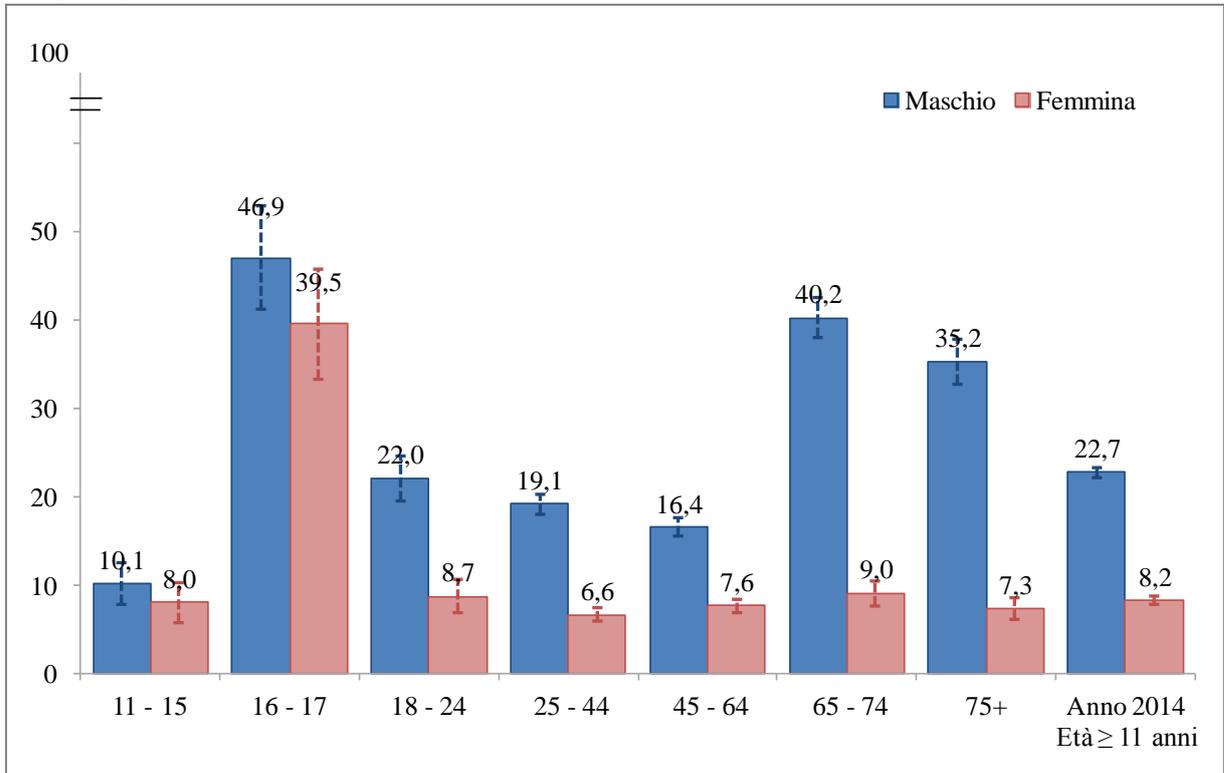
L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=46,91%, F=39,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e quella degli uomini "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (**Figura 11**).

Complessivamente la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2007 di circa 6,1 punti percentuali (punti percentuali) (M=-7,9pp, F=-4,4pp).

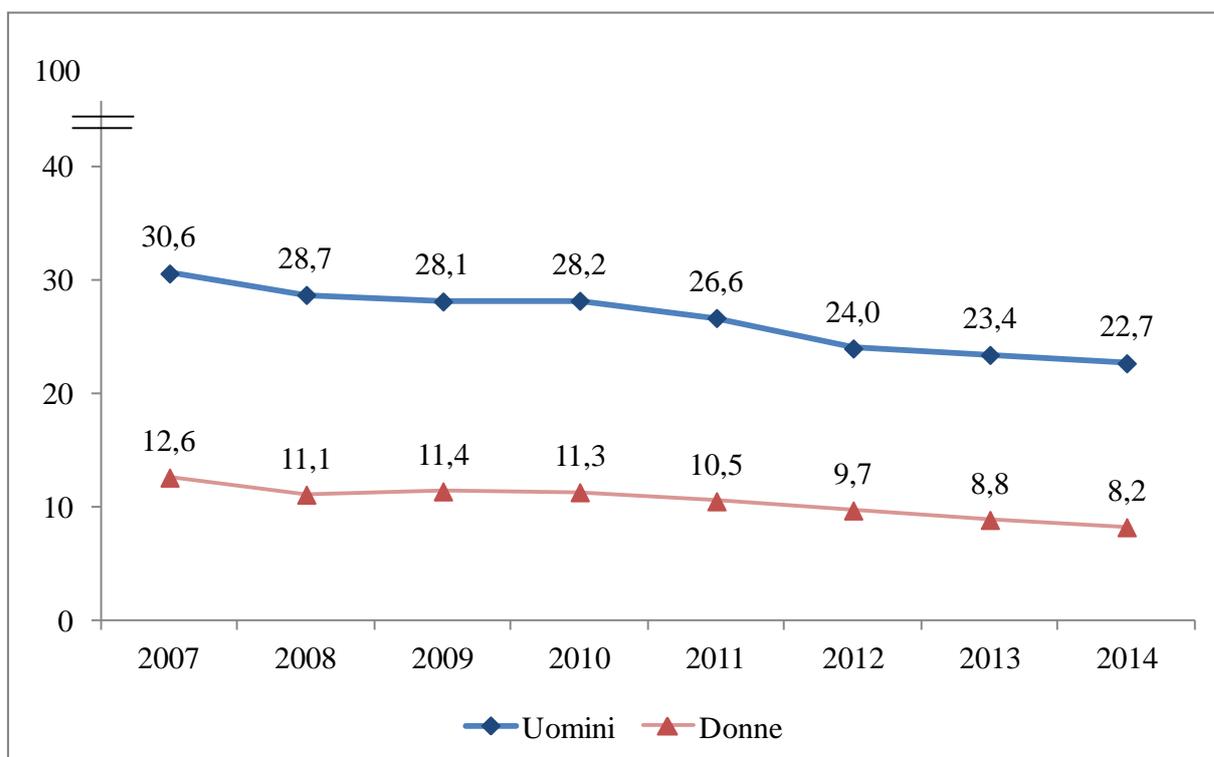
L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi (M=-7,2 p.p.; F=-3,7 p.p.) e che la diminuzione più consistente si è registrata tra il 2011 ed il 2012 (**Figura 12**).

**Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2014)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

**Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori ( $\geq 11$  anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2013)**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## **Evoluzione delle raccomandazioni nutrizionali italiane in tema di consumo di bevande alcoliche**

Nel nostro Paese il consumo di bevande alcoliche (quasi esclusivamente vino fino a qualche decennio fa) è sempre stato parte integrante della cultura e quindi della dieta degli italiani, per i quali anzi, è servito come prezioso contributo al raggiungimento del fabbisogno energetico in tempi di estrema carenza.

Questo atteggiamento nei confronti dell'alcol viene espresso nelle "indicazioni nutrizionali per la popolazione italiana" del 1979, un documento dell'allora Istituto Nazionale della Nutrizione, in collaborazione con l'allora Ministero della Sanità, che stabilisce una razione giornaliera raccomandabile di vino in 500 ml di per l'uomo e 300 per la donna. Colpisce alla luce delle conoscenze e delle indicazioni attuali la presenza di una razione di vino di 300 ml per la gestante e la nutrice, ma è chiara indicazione del pensiero scientifico del tempo. Già dieci anni dopo, nella seconda revisione (1987) del documento nazionale per la definizione delle assunzioni raccomandate di nutrienti ed energia (LARN), si poneva l'attenzione sul pericolo del consumo di qualsiasi quantità di bevande alcoliche per la donna durante la gravidanza e per i giovani al di sotto dei 18 anni di età, ma l'alcol era ancora considerato un **nutriente**. E, trattandosi di un nutriente ad alto valore energetico, il documento riportava espressamente che: "la soluzione più ragionevole per identificare la quantità accettabile di alcol per ciascun individuo è quella di collegarla all'entità del fabbisogno energetico".

Per tale motivo, i LARN 1987 definivano l'accettabilità entro il limite del 10% del fabbisogno energetico dell'individuo, generalizzabili nella tabella 3.

I limiti erano quindi stabiliti non sulla base delle differenze metaboliche e di composizione corporea tra i due generi e nell'anziano, ma semplicemente delle differenze energetiche tra i due sessi e nelle diverse età. Dopo trasformazione dei valori in grammi, in Unità Alcoliche (UA) questa raccomandazione corrisponde, a 3.6 U.A. per l'uomo, 2,5 nella donna e circa 2 nell'anziano.

Considerare l'accettabilità del consumo di alcolici sul fabbisogno energetico porta con sé l'errore che fabbisogni energetici superiori consentano un consumo di alcol superiore, benché fosse difficile sopporre fabbisogni superiori alle 3000 kcal al giorno quand'anche si considerasse il più intenso lavoro manuale di un tempo, rispetto ai tempi attuali.

Tuttavia l'alcol non può essere definito un nutriente - e ciò è stato riportato nel "Glossario di alimentazione e nutrizione umana" edito della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (2010) - perché apporta sì calorie, ma inutili, in quanto non "*ha un ruolo definito nei processi fisiologici e nel metabolismo dell'organismo umano. Sono nutrienti: acqua, proteine - peptidi - aminoacidi, carboidrati, grassi, minerali e vitamine*". Fibra alimentare ed alcol sono sostanze non nutrienti di interesse nutrizionale.

Le prime linee guida vere e proprie per una sana popolazione italiana, seconde alla prima edizione dell'omologo statunitense, portano la data 1986 definiscono la quantità accettabile di bevande alcoliche come 1 grammo per ogni peso di chilo corporeo al giorno (Tabella 3) quindi circa 450-600 ml di vino per l'uomo e 250-350 ml per la femmina, a seconda dell'età e del peso.

La seconda edizione (1997), non cambia sostanzialmente la raccomandazioni, ma abbassa un pochino la quantità di vino per l'uomo prendendo il limite più basso (450 ml), mentre rimane di 350 ml il limite per la donna e comincia ad apparire il fatto che tali differenze rendono ragione non già di differenze nei fabbisogni energetici ma di differenze nel peso corporeo e nelle capacità metaboliche. Tali valori sono il risultato del recepimento degli appena usciti LARN 1996 che indicavano in 40 grammi per l'uomo e 30 per la donna, la quantità ammissibile di alcol, indicando ancora che tali quantità sono un valore limite che comunque

deve rimanere all'interno del 10% del fabbisogno energetico complessivo. L'accenno fatto nei LARN 1987 alla curva a J della mortalità e al fatto che i bevitori moderati avessero migliore salute degli astemi, viene ribadito nei LARN 1996 e nelle Linee Guida 1997 si accenna al vino come bevanda alcolica da preferire per le sue proprietà "benefiche". Non viene detto apertamente ma lasciato intuire con una frase secondo la quale oltre ad una certa quantità di consumo "gli effetti negativi dell'alcol cominciano a prevalere sui possibili effetti benefici del vino".

Comincia a delinearsi l'idea, suffragata dalla letteratura scientifica del tempo, dell'effetto protettivo delle molecole fenoliche contenute nel vino e ciò in un certo senso non solo "sopporta" il consumo di moderate quantità di vino, ma in un certo senso lo incoraggia, benché il titolo rimanga: **bevande alcoliche: se sì con moderazione.**

Anche nella versione successiva, del 2003, benché sia finalmente un'edizione con diverse modifiche sostanziali rispetto alle bevande alcoliche, permane l'impressione di una certa benevolenza riguardo al vino tra le varie bevande alcoliche. Indubbiamente però le novità rispetto al passato sono significative e tra tutte l'introduzione del concetto di Unità Alcolica corrispondente 12 g di alcol, l'avvertenza del pericolo di consumo di bevande alcoliche e interazione con i farmaci, la riduzione del consumo di alcol per l'anziano in virtù dei diminuiti sistemi metabolici. E' l'inizio di una graduale tendenza all'abbassamento delle indicazioni precedenti verso le indicazioni dei documenti scientifici di consenso: 2 unità alcoliche per l'uomo e 1 per la donna.

A ribadire questa tendenza al ribasso la IV edizione dei LARN, pubblicata nel 2014 e che costituirà il riferimento per le prossime Linee Guida non parla più di consumi moderati, ma di consumi a basso rischio, definendo il basso rischio entro le 2 unità alcoliche per l'uomo e 1 per la donna.

#### **LARN 2014 – da consumo raccomandabile a consumo a basso rischio**

Il 2014 segna l'anno del cambiamento, per la prima volta nei LARN l'etanolo viene descritto come una sostanza tossica, cancerogena e potente sostanza psicoattiva, per la quale non è possibile individuare quantità "raccomandabili" ma nemmeno "ammissibili" o sicure per la salute, per cui le modalità di consumo vengono classificate a seconda del rischio e del danno.

- **consumo a basso rischio:** è quello inferiore a 10 g/die – circa una unità alcolica (alcohol unit, UA) – per le donne adulte e a 20 g/die per gli uomini adulti;
- **consumo a rischio (hazardous):** è quel livello di consumo o modalità di bere che supera le quantità a basso rischio (20-40 g/die per le donne e 40-60 g/die per i maschi) e che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini;
- **consumo dannoso (harmful):** modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale (oltre i 40 g/die per le donne e 60 g/die per i maschi). A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto;
- **alcol-dipendenza:** insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Ovviamente questo cambia completamente lo scenario epidemiologico perché non esiste più un consumo ritenuto privo di rischio ma solo un consumo che ha un più basso rischio. Nel corso degli anni la comune considerazione dell'alcol come sostanza nutriente, alla stessa stregua e nobiltà degli altri macronutrienti, prevalente negli anni '70 anche in documenti

internazionali OMS è evoluta alla luce delle crescenti evidenze scientifiche, verso la considerazione dell'alcol come sostanza tossica.

**Tabella 3. Evoluzione delle raccomandazioni sul consumo di alcol**

	Indic Nut. 1979 [1]	LARN 1986 [2]	Linee Guida 1986 [4]	LARN 1996 [6]	Linee Guida 1997 [5]	Linee Guida 2003 [7]	LARN 2014 [10]
	Vino (ml)	Alcol (g)	Vino (ml)	Alcol (g)	Vino (ml)	Alcol (U.A.)	Alcol (U.A.)
Maschi	500	43.5-41.4g	646-437	40 g	450 ml	2-3	2
Femmine	300	30,7 g	371-270	30 g	350 ml	1-2	1
Anziani	220	28,5 g	311	30 g		1	-
Anziane	180	24,2 g	194	25 g		1	-
Gestanti	300	0	-	0		0	0
Nutrici	300	-	-			0	0

### Fonti di etanolo nella dieta e consumi della popolazione italiana

Dai dati dello studio INRAN-SCAI 2005-2006 emerge che l'etanolo assunto deriva per l'84% dal "Vino e sostituti", per il 9% dalla "Birra, sidro e sostituti" e per il 7% dalle altre bevande alcoliche "Vino dolce, spumanti, aperitivi e liquori".

La maggior parte dei bevitori di bevande alcoliche con più di 11 anni consuma vino (53%), cui segue il consumo di birra (45%) e di aperitivi alcolici, amari e superalcolici (44%). Tra i maschi c'è una percentuale maggiore di bevitori (67%) rispetto alle femmine (41%). Considerando i valori medi utilizzati per la definizione di UA è possibile stimare che il 6% dei maschi e l'1% delle femmine consuma oltre 50 g/die di etanolo mediante il consumo più di 500 mL di vino. Il 31% dei maschi e il 13% delle femmine consuma dai 12 ai 25 g/die di etanolo sotto forma di 1-2 bicchieri di vino. Nell'ambito dell'indagine INRAN-SCAI 2005-06 il 47% della popolazione ha riportato il consumo di bevande alcoliche come tali (non come ingredienti di ricette) con una percentuale di consumatori maggiore nei maschi (59%) che nelle femmine (37%) ed un consumo medio tra i consumatori di 194 mL/die.

Per quanto riguarda gli adulti consumatori di vino, è risultato un apporto medio di etanolo di 19 g/die (circa un bicchiere e mezzo di vino) per i maschi e 10 g/die (circa un bicchiere di vino) per le femmine. Per gli anziani consumatori di vino è risultato un apporto medio di etanolo di 23 g/die (circa due bicchieri di vino) e di 14 g/die (poco più di un bicchiere di vino) rispettivamente per i maschi e per le femmine.

Dai dati dell'ISTAT emerge una percentuale non trascurabile di adolescenti di 11-15 anni che dichiarano di consumare vino (5%) e birra (8%) nonostante siano al di sotto dell'età legale per il consumo di bevande alcoliche.

### Consumo di alcol e effetti sulla salute

I classici studi sui rapporti tra bevande alcoliche e salute mettono in evidenza una tipica curva a J o a U (Farchi et al., 1992; Gronbaek, 2002; Keil et al., 1997) nella quale i bevitori di basse quantità di bevande alcoliche sono un gruppo a più bassa mortalità sia rispetto ai bevitori a

rischio sia rispetto ai non bevitori. Ciò è stato interpretato come indicazione di un effetto protettivo (Marmot et al., 1981) esercitato dal basso consumo di bevande alcoliche, con un rischio ridotto per alcune importanti patologie come cardiopatia ischemica, ictus ischemico, osteoporosi e diabete (Beulens et al., 2012; Rehm et al., 2010); un consumo dannoso aumenta invece il rischio di varie tipologie di cancro, di pancreatite cronica, d'ipertensione, di epatopatie croniche (cirrosi epatica), di neuropatie degenerative, di incidenti ecc. (Anderson et al., 2005).

Bisogna tuttavia essere molto prudenti nell'interpretazione di questo fenomeno, sia perché l'associazione di per sé, in assenza di chiare evidenze dei meccanismi coinvolti, non conferisce necessariamente all'etanolo un valore protettivo, sia e soprattutto perché, se pure si dimostrasse un nesso causale tra consumo a basso rischio di etanolo e malattie cardiovascolari, non può essere trascurato il pericolo di aumento di rischio di cancro anche per consumi molto modesti di alcol. Diversi studi, alcuni molto recenti, infatti, hanno infatti riportato un aumento del rischio, se pure limitato, anche con una quantità di etanolo che rientra nel cosiddetto consumo a basso rischio, cioè pari a 10 g/die, corrispondenti a un bicchiere di vino (Levi et al., 2005; Tramacere et al., 2010).

Tanto è vero che l'OMS nel 2014 ha inserito nel codice di prevenzione del cancro la astensione dall'alcol, da qualunque fonte esso provenga.

Anche le associazioni tra consumo di vino e minore rischio di mortalità vanno riviste nel merito dei nessi causali; infatti, il merito non va ascritto tanto al tipo di bevanda o alle quantità assunte, quanto ad una serie di fattori correlati e di cui quelle tipologie di consumo rappresentano un semplice marcatore (Hansel et al., 2010). Tali fattori (maggiore consapevolezza, alto stato socio-economico, migliore stile di vita, migliore stato di salute ecc.) svolgono un ruolo protettivo nei consumatori di vino, effetto che spesso viene erroneamente attribuito alle sostanze fenoliche in esso contenute; tali sostanze presenti nel vino in bassissima concentrazione, sono peraltro diffuse, e in grande quantità, in tutti gli alimenti vegetali, prodotti che per tipica abitudine il consumatore di vino maggiormente predilige sia rispetto a chi non beve sia rispetto ai bevitori di altre bevande alcoliche (Tjonneland et al., 1999).

L'alcol è causa di moltissime e differenti disfunzioni e patologie che possono riguardare tutti gli organi ed apparati dell'organismo. Tra lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità e problemi prenatali, tumori ecc., se ne contano più di 60 (Anderson et al., 2005). Per questo anche la WHO conclude che l'impatto su mortalità, morbilità e disabilità in tutte le realtà mondiali è comunque negativo se espresso correttamente al netto dei possibili scarsi effetti benefici riportati in letteratura (WHO, 2009). Le ultime evidenze di letteratura mostrano che per molte di queste patologie, tra cui il cancro, non si può definire un livello di consumo privo di rischio, una specie di "dose-soglia" sotto la quale non si corrano rischi per la salute, poiché il rischio sale in maniera proporzionale alla dose di alcol ingerita e indipendentemente dalla fonte di alcol (Cleophas, 1999; Park et al., 2009; Rehm et al., 2010), rispettando la sola regola che quanto maggiore è la quantità ingerita, tanto più alto il rischio.

Per i tumori il rischio è molto basso per consumi inferiori ai 20-25 g/die di etanolo (Corrao et al., 2004), ossia sotto le due UA/die; tuttavia bisogna considerare che almeno per il cancro della mammella, anche quantità inferiori (10 g/die, corrispondenti a meno di 1 UA/die) comportano un aumento di rischio, valutabile attorno al 4-5% dei casi (Collaborative Group

on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Seitz et al., 2012; WCRF/AICR 2007). Per quantità di consumo  $\geq 3$  UA/die il rischio arriva al 40-50% (Seitz et al., 2012).

Tenendo dunque conto dei rischi di cancro da una parte e degli effetti sulle malattie cardiovascolari dall'altra, si può dire che il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di mortalità per gli uomini è pari a 0 g/die sotto il 35° anno di età, mentre è intorno ai 5 g/die per gli uomini di mezza età ed è meno di 10 g/die oltre i 65 anni. Per le donne è invece molto prossimo a 0 g/die per un'età inferiore ai 65 anni, e a meno di 5 g/die oltre i 65 anni (Anderson et al., 2005). Infatti il sesso femminile ha una minore tolleranza all'alcol rispetto al sesso maschile e raggiunge concentrazioni più elevate di alcol nel sangue dopo aver bevuto quantità equivalenti, anche dopo correzione per il peso corporeo.

Altro gruppo vulnerabile di popolazione sono gli anziani che sembrano divenire più sensibili agli effetti dell'alcol non solo per la minore efficienza dei meccanismi di detossicazione e per l'eventuale uso di farmaci, ma anche in relazione ai cambiamenti nella composizione corporea (riduzione dell'acqua corporea e aumento della massa adiposa).

Particolare attenzione al consumo di bevande alcoliche deve essere posta durante la gravidanza e l'allattamento. Vi è comune accordo nella comunità scientifica che il consumo (anche in piccole quantità) di bevande alcoliche durante la gravidanza aumenti il rischio di alterazioni di sviluppo e turbe neurologiche nel nascituro (Kaiser e Allen, 2008); nonostante questo c'è da notare che una percentuale estremamente ridotta di donne rinuncia all'assunzione di alcol una volta accertato lo stato di gravidanza. Sarebbe opportuna la astensione dal consumo di bevande alcoliche anche durante l'allattamento anche se visti i vantaggi della somministrazione di latte materno si suggerisce, in caso di bevute occasionali, di non interrompere l'allattamento al seno ma di allattare il bambino interponendo un tempo tra bevuta e somministrazione di latte che permetta la metabolizzazione dell'etanolo assunto.

In conclusione è bene ricordare che alcune situazioni fisiologiche o patologiche impongono l'astensione totale dal consumo di bevande alcoliche di qualunque tipo: gravidanza e allattamento, età <18 anni, epatopatie, patologie digestive e comunque condizioni che richiedano l'assunzione di farmaci, intenzione di accingersi alla guida di veicoli o macchinari pericolosi per sé o per gli altri, pregressa storia di alcolismo o altra dipendenza.

La valutazione e l'analisi delle evidenze scientifiche disponibili non consentono di poter sostenere o promuovere il consumo pur moderato di bevande alcoliche.

In conseguenza della costante e crescente produzione di nuove conoscenze sulle relazioni tra etanolo e salute, appare dunque adeguato adottare a livello di popolazione e di tutela della salute pubblica il principio di precauzione, che è l'unico che consente di ridurre l'adozione di comportamenti potenzialmente nocivi o pericolosi per l'individuo.

A tale riguardo gioca un ruolo fondamentale una comunicazione istituzionale corretta.

## 1.2 LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

La Comunità Scientifica Internazionale ha dimostrato ampiamente che sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. L'uso continuativo di alcol in quantità eccessive produce inoltre effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope illegali, con induzione di dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, provocando danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

L'alcol è la causa principale di molte malattie considerate totalmente alcol correlate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico, di infertilità e problemi prenatali, di cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

Come ribadito nella Global Strategy dell'OMS, l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale di consumo alcolico della popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: l'aumento del consumo complessivo di alcol in una determinata popolazione si associa ad un aumento della prevalenza di disturbi da uso di alcol e di modelli di consumo dannosi; mentre, d'altra parte, la riduzione della prevalenza dei forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del consumo di alcol complessivo.

Il "Global status report on alcohol and health" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato il 12 maggio 2014, riporta che nel 2012 l'uso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti ovvero il 5,9% di tutti i decessi, di questi il 7,6% sono uomini ed il 4,0% sono donne. Inoltre il rapporto dell'OMS stima il 5,1% degli anni di vita persi a causa di disabilità (Disability Adjusted Life Years, DALYs) attribuibili all'alcol.

La Regione Europea dell'OMS continua a presentare la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol, ciò non sorprende se consideriamo che è anche la Regione dell'OMS con i consumi di alcol più elevati. Tuttavia occorre specificare che i valori più elevati sia per i consumi di alcol che per i decessi attribuiti all'alcol si registrano soprattutto nei Paesi dell'Europa Orientale, mentre tra i Paesi della Regione europea aderenti all'OMS l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale.

Il Report rileva inoltre che nel mondo le percentuali più elevate di morti attribuite all'alcol sono causate da patologie cardiovascolari, seguite da infortuni, patologie gastrointestinali (soprattutto cirrosi epatica) e tumori.

In Europa l'alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione.

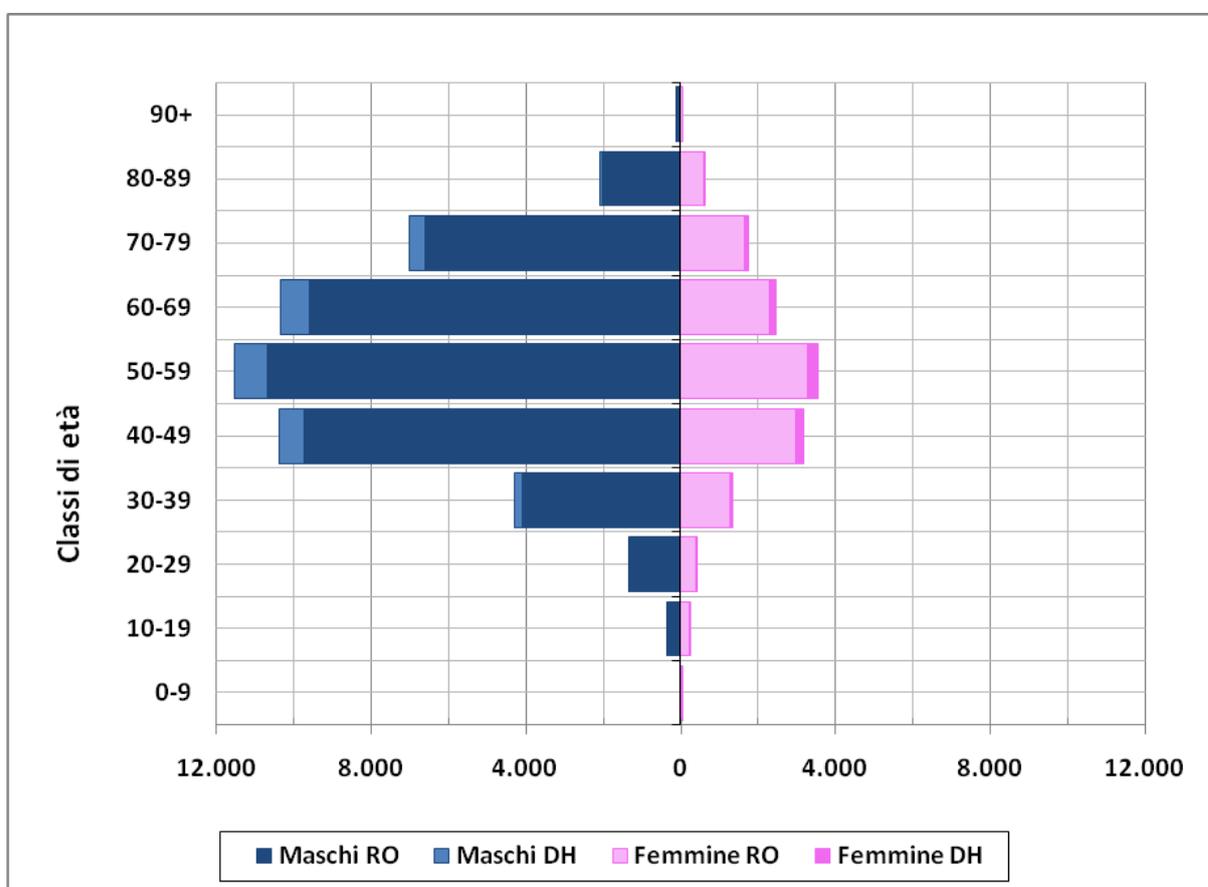
**Il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020** conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale.

## DIMISSIONI OSPEDALIERE CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI

Nel corso del 2014 si sono avuti complessivamente 61.043 dimissioni a seguito di ricovero ospedaliero (94% in regime ordinario e 6% in regime diurno), di pazienti cui sono state diagnosticate patologie alcol attribuibili. Nel caso dei ricoveri in regime ordinario si sono avuti mediamente 11,7 giorni di degenza e per i ricoveri diurni il numero medio di accessi è stato di 8,1.

Il **Grafico.2** rappresenta la distribuzione del numero assoluto delle suddette dimissioni per genere e classi di età (decennali) dei pazienti, tenendo anche conto della composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario (RO) e diurno (DH).

**Grafico.2 – PIRAMIDE PER CLASSI DI ETÀ DECENNALI E PER GENERE DEI DIMESSI CON DIAGNOSI (\*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNO 2014**



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Questa rappresentazione grafica fornisce un'immediata indicazione sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi affetti da patologie alcol attribuibili rispetto alle femmine.

La prevalenza del genere maschile caratterizza sia i ricoveri ordinari che quelli diurni.

Inoltre si osserva che la numerosità dei ricoveri caratterizzati da queste patologie cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo nella fascia 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine.

Le patologie diagnosticate alcol-attribuibili costituiscono, nel 42% dei casi, la condizione clinica principalmente responsabile del ricovero, mentre per il restante 58%, queste rappresentano patologie secondarie che coesistono al momento del ricovero.

Si precisa a tal riguardo che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

In generale si rileva che il numero complessivo delle dimissioni con queste patologie presenta un andamento temporale progressivamente decrescente: 61.043 nel 2014, 63.666 nel 2013, 67.273 nel 2012 e 70.959 nel 2011.

La **Tab.4** riporta la distribuzione assoluta e percentuale delle diagnosi totalmente alcol attribuibili che caratterizzano le suddette dimissioni ospedaliere, prescindendo dal regime di ricovero. Il codice premesso a ciascuna diagnosi è quello della classificazione ICD-9-CM (vers. 2007), classificazione attualmente utilizzata nel flusso informativo (SDO).

La patologia prevalente per entrambi i generi è la **cirrosi epatica alcolica** (40,5 % nel 2014; 39,6% nel 2013; 39,0% nel 2012, e 38,6% del 2011), seguita dalla **sindrome di dipendenza da alcol** (26,3% nel 2014; 26,8% nel 2013; 26,6 % nel 2012; 26,9 % del 2011) e da **abuso di alcol** (12,8% nel 2014; 12,5% nel 2013; 12,2% nel 2012; 11,8% nel 2011).

**Tab. 4 - DISTRIBUZIONE DELLE DIAGNOSI (\*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI PER GENERE - ANNO 2014**

Diagnosi di dimissione	Valore assoluto			Valore percentuale		Valori % delle diagnosi alcol attrib.
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291 Sindrome psicotiche indotte da alcol	2.519	686	3.205	78,6%	21,4%	4,7%
303 Sindrome di dipendenza da alcol	13.109	4.707	17.816	73,6%	26,4%	26,3%
305.0 Abuso di alcol	6.159	2.531	8.690	70,9%	29,1%	12,8%
357.5 Polineuropatia alcolica	808	218	1.026	78,8%	21,2%	1,5%
425.5 Cardiomiopatia alcolica	294	33	327	89,9%	10,1%	0,5%
535.3 Gastrite alcolica	268	137	405	66,2%	33,8%	0,6%
571.0 Steatosi epatica alcolica	3.486	942	4.428	78,7%	21,3%	6,5%
571.1 Epatite acuta alcolica	1.301	328	1.629	79,9%	20,1%	2,4%
571.2 Cirrosi epatica alcolica	22.503	4.980	27.483	81,9%	18,1%	40,5%
571.3 Danno epatico da alcol, non specificato	2.051	436	2.487	82,5%	17,5%	3,7%
977.3 Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	8	5	13	61,5%	38,5%	0,0%
980 Effetti tossici dell'alcol	237	98	335	70,7%	29,3%	0,5%
<b>Totale</b>	<b>52.743</b>	<b>15.101</b>	<b>67.844</b>	<b>77,7%</b>	<b>22,3%</b>	<b>100%</b>

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera.

Ciascuna patologia prevalentemente attribuibile all'alcol presenta una spiccata prevalenza dei maschi rispetto alle femmine.

Il tasso di ospedalizzazione complessivo per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 100,4 per 100.000 abitanti nel 2014; continua pertanto il trend discendente del fenomeno, in atto a livello nazionale a partire dall'anno 2002, che trova riscontro, sebbene con andamenti meno lineari, anche a livello delle singole Regioni (Tab.5).

Nel 2014, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni e P.A. con più alto tasso di ospedalizzazione sono Valle D'Aosta e P.A. di Bolzano; seguono Sardegna e Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento e Liguria. I tassi di ospedalizzazione più bassi continuano a riscontrarsi in Sicilia e Campania, seguite da Calabria, Umbria e Puglia.

Resta ancora molto alta la differenza del tasso di ospedalizzazione tra le Regioni con i valori massimi e quelle con i valori minimi.

**Tab.5 - Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi (\*) totalmente alcol-attribuibili - anni 2003-2014. (Dimessi per 100.00 ab.).**

<b>Regioni di dimissione</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Piemonte	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4	150,9	137,7	130,9	127,8
Valle d'Aosta	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4	290,1	349,1	330,9	257,4
Lombardia	204,6	193,4	179,0	169,3	156	138,5	130,3	122,1	116,0	108,6	98,9	92,7
P. A. Bolzano	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461,0	389,9	344,0	316,7	307,5	270,0	255,2
P. A. Trento	349,0	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8	205,3	186,3	179,9	167,5
Veneto	244,8	232,2	212,0	188,0	170,3	167,3	150,7	141,1	132,3	125,6	122,8	120,6
Friuli V.G.	264,0	255,6	268,0	256,0	248,1	228,5	220,8	215,8	209,3	206,2	202,4	176,2
Liguria	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9	175,7	171,2	164,3	155,1
Emilia Rom.	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6	149,4	149,3	145,0	136,2
Toscana	138,9	139,7	124,8	112,0	115,9	108,6	108,9	100,7	97,4	101,2	91,8	91,1
Umbria	125,0	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96,0	94,7	94,7	86,4	79,7
Marche	194,7	189,5	189,6	176,0	176,7	167,3	160,2	160,0	143,2	150,0	147,8	142,6
Lazio	143,0	142,7	142,2	148,0	123,8	115,2	107,6	111,0	96,7	96,4	92,1	80,9
Abruzzo	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119,0	121,1	113,4	116,5	106,9
Molise	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8	163,6	150,4	128,7	152,2	127,7
Campania	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2	72,0	70,1	61,6	57,9
Puglia	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8	89,8	90,5	87,3	80,5
Basilicata	153,1	159,0	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2	126,0	106,8	96,0	94,6
Calabria	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4	93,2	88,4	70,4	68,6
Sicilia	84,5	86,0	79,0	83,4	77,4	69,0	68,8	67,0	62,4	56,5	51,6	47,4
Sardegna	195,2	198,0	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179,0	181,6	187,0	179,4	180,7
<b>Italia</b>	<b>167,9</b>	<b>165,5</b>	<b>159</b>	<b>154,9</b>	<b>147,0</b>	<b>137,0</b>	<b>129,1</b>	<b>123,6</b>	<b>117,0</b>	<b>113,3</b>	<b>106,7</b>	<b>100,4</b>

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera.

Osservando la distribuzione percentuale delle diagnosi alcol correlate per classi di età dei pazienti (Tab. 6), si rileva la prevalenza della classe 45-64 anni per quasi tutte le diagnosi. Fa eccezione la diagnosi *avvelenamento da antagonisti dell'alcol*, prevalente nella classe 18-44 anni e gli *effetti tossici dell'alcol* si equi ripartiscono percentualmente nelle classi 18-44 e 45-64.

**Tab.6 - Distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcol-attribuibili (\*) secondo la classe di età del dimesso – anno 2014**

Diagnosi di dimissione (*)		<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	> 75 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,5	26,4	51,5	12,7	8,9	100
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,7	36,0	50,8	8,8	3,8	100
305.0	Abuso di alcol	2,6	43,2	44,0	6,5	3,6	100
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	15,5	53,1	21,9	9,5	100
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,3	12,5	53,5	23,9	9,8	100
535.3	Gastrite alcolica	1,0	15,3	52,6	19,3	11,9	100
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,3	21,1	47,1	17,9	13,6	100
571.1	Epatite acuta alcolica	0,2	27,6	50,3	14,8	7,1	100
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	7,0	49,9	27,1	16,0	100
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,1	19,1	49,8	17,9	13,1	100
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,0	61,5	30,8	0,0	7,7	100
980	Effetti tossici dell'alcol	9,6	36,4	36,4	11,3	6,3	100
<b>Totale</b>		<b>0,6</b>	<b>22,4</b>	<b>49,3</b>	<b>17,5</b>	<b>10,2</b>	<b>100</b>

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera.

Con riferimento alla prima classe di età, ossia quella dei pazienti con età inferiore a 18 anni, prevale la diagnosi *effetti tossici dell'alcol*, seguita da *abuso di alcol*.

Per la classe di età 18-44 le diagnosi maggiormente segnalate, oltre ad *avvelenamento da antagonisti dell'alcol*, sono *Abuso di alcol*, *Effetti tossici dell'alcol* e *Sindrome di dipendenza da alcol*.

Per la classe di età 65-74 le diagnosi prevalenti sono, in ordine decrescente *Cirrosi epatica alcolica*, *Cardiomiopatia alcolica* e *Polineuropatia alcolica*.

Infine le diagnosi maggiormente segnalate per gli ultra settantacinquenni sono nell'ordine *Cirrosi epatica alcolica*, *Steatosi epatica alcolica* e *Danno epatico da alcol, non specificato*. Negli anni esaminati la distribuzione percentuale delle diagnosi ospedaliere totalmente alcol attribuibili (Tab.7) evidenzia la prevalenza dei pazienti maschi, con un rapporto di circa 3:1 rispetto alle femmine.

**Tab. 7 - Distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcol-attribuibili (\*) secondo il sesso del dimesso - anni 2003- 2014**

ANNI	Maschi	Femmine	Totale
2003	78,5%	21,5%	100%
2004	77,6%	22,4%	100%
2005	77,4%	22,6%	100%
2006	77,5%	22,5%	100%
2007	77,7%	22,3%	100%
2008	77,1%	22,9%	100%
2009	77,6%	22,4%	100%
2010	77,8%	22,2%	100%
2011	78,0%	22,0%	100%
2012	77,4%	22,6%	100%
2013	77,9%	22,1%	100%
2014	77,7%	22,3%	100%

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera.

Osservando la variazione nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi ospedaliere totalmente alcol correlate (Tab.8), si evidenzia tra il 2003 e il 2014 il progressivo incremento, in termini percentuali, della *cirrosi epatica alcolica* rispetto al totale delle diagnosi. Questa diagnosi passa infatti dal 30,0 % del 2003 al 40,5 % del 2014, con un incremento complessivo di ben 10 punti percentuali.

Al contempo si rileva la progressiva riduzione percentuale della *sindrome di dipendenza da alcol*, che passa dal 31,4 % del 2003 al 26,3 % del 2014.

Infine si segnala il progressivo incremento in termini percentuali, nel periodo considerato, della diagnosi *abuso di alcol* che dal 2003 al 2014 passa da 9,6% a 12,8%.

**Tab. 8. Distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcol-attribuibili - Anni 2003-2014**

Diagnosi di Dimissione (*)		% DIAGNOSI											
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,1	5,0	5,0	5,1	5,0	5,0	5,3	5,0	5,2	5,0	4,9	4,7
303.0	Sindrome di dipendenza da alcol	31,4	30,8	30,1	28,8	29,0	28,7	28,0	27,2	26,9	26,6	26,8	26,3
305.0	Abuso di alcol	9,6	10,2	10,6	11,0	11,2	11,0	11,1	11,5	11,8	12,2	12,5	12,8
357.5	Polineuropatia alcolica	2,4	2,1	2,0	2,1	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
535.3	Gastrite alcolica	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,1	9,2	9,4	9,2	8,8	8,2	7,9	7,6	7,1	6,9	6,4	6,5
571.1	Epatite acuta alcolica	4,2	4,0	3,9	4,0	3,9	3,7	3,4	3,2	2,8	2,8	2,5	2,4
571.2	Cirrosi epatica alcolica	30,0	30,9	31,7	32,9	33,6	35,0	36,4	37,7	38,6	39,0	39,6	40,5
571.3	Danno epatico da alcol non specificato	6,3	5,9	5,6	5,3	5,2	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,2	3,7
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
980	Effetti tossici dell'alcol	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

In ultima analisi va peraltro evidenziato che la diagnosi ospedaliera di *cirrosi epatica alcolica* presenta nel tempo in termini assoluti una relativa stabilità, con lievi incrementi rilevabili tra l'anno 2000 e l'anno 2006.

A partire dal 2007 la diagnosi di cirrosi epatica alcolica, segnalata nelle dimissioni ospedaliere presenta valori progressivamente decrescenti, con particolare riguardo agli ultimi anni esaminati (Tab.9).

**Tab. 9 - Diagnosi principali e secondarie di cirrosi epatica alcolica in regime di ricovero ordinario e Day-hospital - Anni 2003-2014**

Anni	Valori assoluti
2003	32.523
2004	33.406
2005	33.072
2006	33.653
2007	32.886
2008	32.117
2009	31.795
2010	31.614
2011	30.731
2012	29.389
2013	28.231
2014	27.483

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

## **LE STIME DI MORTALITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'**

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” quei decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10:I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0,T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche la “*Miopia alcolica* (ICD10: G72.1)” e “*Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD10: R78)”, ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall'ONA-CNESPS e dall'Ufficio di Statistica dell'ISS. Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2012; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione i tassi sono stati standardizzati utilizzando come standard di riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.

Poiché la mortalità alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni effettuate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

### ***Mortalità alcol-attribuibile per età e genere***

Nell'anno 2012 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.308, di cui 1.050 (80,3%) uomini e 258 donne (19,7%) (**Tabella 10**); questi numeri se rapportati alla popolazione corrispondono a circa 43 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e 1 decesso per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche e sindromi psicotiche indotte da alcol che nel complesso causano oltre il 95% dei decessi alcol-attribuibili.

Per il complesso delle patologie alcol-attribuibili, il tasso standardizzato di mortalità tra la popolazione di 15 anni e più è pari a 4,41 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,95 per le donne.

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata tra le fasce di popolazione di età più avanzata e tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato raggiunge il valore di 8,22 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,56 tra le donne. (**Tabella 11**).

Negli anni più recenti, dal 2007 al 2012, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi e in tutte le classi di età (**Tabella 11, Figura 13**). Se si confronta l'anno 2012 con il 2007 la riduzione del tasso di mortalità per la popolazione di 15 anni e più è stata di circa l'11% tra gli uomini e del 24% tra le donne.

**Tabella 10. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi (M) e Femmine (F). Italia. Anni 2007-2012.**

		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>F10</i>	Sindromi psicotiche indotte da alcol	177	39	191	45	179	45	190	35	184	40	178	45
<i>G31.2</i>	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	23	7	24	5	20	5	21	3	32	4	17	4
<i>G62.1</i>	Polineuropatia alcolica	4	2	10	2	6	1	8	3	8	2	5	4
<i>I42.6</i>	Cardiomiopatia alcolica	15	2	14	1	12	0	11	2	14	3	12	1
<i>K29.2</i>	Gastrite alcolica	4	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
<i>K70</i>	Epatopatie alcoliche	890	269	960	231	971	217	888	227	889	211	825	202
<i>K86.0</i>	Pancreatite cronica indotta da alcol	8	1	7	0	1	1	1	2	6	0	3	1
<i>T51</i>	Effetti tossici dell'alcol	7	5	10	1	15	4	15	6	12	2	9	1
<b>Totale decessi</b>		<b>1.128</b>	<b>325</b>	<b>1.217</b>	<b>285</b>	<b>1.205</b>	<b>273</b>	<b>1.135</b>	<b>279</b>	<b>1.146</b>	<b>262</b>	<b>1.050</b>	<b>258</b>
<b>Totale tasso grezzo</b>		<b>4,69</b>	<b>1,24</b>	<b>5,02</b>	<b>1,08</b>	<b>4,95</b>	<b>1,03</b>	<b>4,65</b>	<b>1,05</b>	<b>4,69</b>	<b>0,98</b>	<b>4,28</b>	<b>0,97</b>
<b>Totale tasso std</b>		<b>4,96</b>	<b>1,25</b>	<b>5,37</b>	<b>1,08</b>	<b>5,24</b>	<b>1,02</b>	<b>4,87</b>	<b>1,05</b>	<b>4,88</b>	<b>0,97</b>	<b>4,41</b>	<b>0,95</b>

**Tabella 11. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati e relativi Intervalli di confidenza (IC95%). Anni 2007-2012**

<b>15-34 anni</b>												
<b>MASCHI</b>				<b>FEMMINE</b>				<b>TOTALE</b>				
<b>ANNO</b>	<b>Morti</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>Tasso STD</b>	<b>95%IC</b>	<b>Morti</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>Tasso STD</b>	<b>95%IC</b>	<b>Morti</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>Tasso STD</b>	<b>95%IC</b>
2007	14	0,2	0,19	0.10-0.32	5	0,073	0,068	0.022-0.163	19	0,137	0,129	0.077-0.203
2008	9	0,13	0,12	0.06-0.23	2	0,03	0,027	0.003-0.104	11	0,08	0,074	0.037-0.135
2009	11	0,16	0,16	0.08-0.28	3	0,045	0,045	0.009-0.133	14	0,104	0,102	0.056-0.172
2010	13	0,19	0,19	0.10-0.33	2	0,031	0,029	0.004-0.108	15	0,113	0,11	0.062-0.182
2011	15	0,23	0,23	0.13-0.38	3	0,046	0,046	0.009-0.135	18	0,138	0,137	0.081-0.216
2012	7	0,11	0,11	0.04-0.22	0	0	0	--	7	0,054	0,054	0.022-0.112

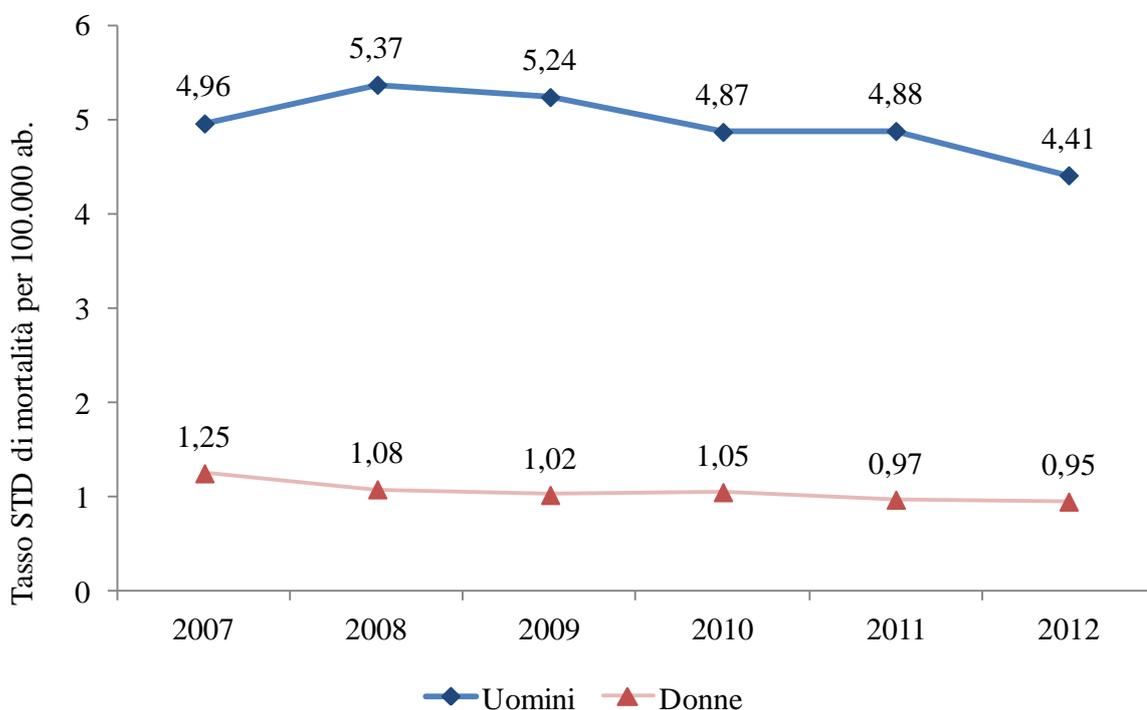
<b>35-54 anni</b>												
<b>MASCHI</b>				<b>FEMMINE</b>				<b>TOTALE</b>				
<b>ANNO</b>	<b>Morti</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>Tasso STD</b>	<b>95%IC</b>	<b>Morti</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>Tasso STD</b>	<b>95%IC</b>	<b>Morti</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>Tasso STD</b>	<b>95%IC</b>
2007	346	3,98	4,07	3.65-4.52	97	1,1	1,13	0.92-1.38	443	2,53	2,59	2.35-2.84
2008	385	4,37	4,49	4.05-4.96	74	0,83	0,85	0.66-1.06	459	2,58	2,65	2.41-2.90
2009	345	3,87	3,95	3.55-4.39	82	0,9	0,92	0.73-1.14	427	2,37	2,42	2.19-2.66
2010	328	3,65	3,70	3.31-4.12	116	1,27	1,27	1.05-1.53	444	2,45	2,47	2.25-2.71
2011	333	3,69	3,71	3.33-4.14	81	0,88	0,88	0.70-1.09	414	2,27	2,28	2.06-2.51
2012	302	3,33	3,33	2.96-3.72	89	0,96	0,95	0.77-1.17	391	2,13	2,12	1.92-2.34

55 anni e più												
ANNO	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	Morti	Tasso grezzo	Tasso STD	95%IC	Morti	Tasso grezzo	Tasso STD	95%IC	Morti	Tasso grezzo	Tasso STD	95%IC
2007	768	9,16	8,91	8.28-9.58	223	2,12	2,14	1.87-2.45	991	5,25	5,19	4.87-5.52
2008	823	9,7	9,60	8.95-10.30	209	1,97	1,98	1.72-2.27	1032	5,41	5,38	5.06-5.72
2009	849	9,88	9,76	9.10-10.45	188	1,76	1,76	1.52-2.03	1037	5,37	5,35	5.03-5.69
2010	794	9,12	9,02	8.40-9.68	161	1,49	1,51	1.29-1.77	955	4,89	4,88	4.57-5.20
2011	798	9,07	9,00	8.38-9.66	178	1,63	1,65	1.42-1.91	976	4,95	4,95	4.64-5.27
2012	741	8,32	8,22	7.64-8.85	169	1,53	1,56	1.33-1.81	910	4,56	4,57	4.27-4.87

15 anni e più												
ANNO	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	Morti	Tasso grezzo	Tasso STD	95%IC	Morti	Tasso grezzo	Tasso STD	95%IC	Morti	Tasso grezzo	Tasso STD	95%IC
2007	1128	4,69	4,96	4.67-5.27	325	1,24	1,25	1.12-1.40	1453	2,89	2,97	2.82-3.13
2008	1217	5,02	5,37	5.07-5.68	285	1,08	1,08	0.96-1.21	1502	2,97	3,06	2.90-3.22
2009	1205	4,95	5,24	4.95-5.55	273	1,03	1,02	0.91-1.15	1478	2,91	2,97	2.82-3.12
2010	1135	4,65	4,87	4.59-5.17	279	1,05	1,05	0.93-1.18	1414	2,78	2,81	2.66-2.96
2011	1146	4,69	4,88	4.60-5.18	262	0,98	0,97	0.85-1.09	1408	2,76	2,77	2.63-2.92
2012	1050	4,28	4,41	4.15-4.69	258	0,97	0,95	0.83-1.07	1308	2,55	2,55	2.41-2.69

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “ Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “ Ricostruzione Intercensuaria della popolazione (<http://demo.istat.it/>)

**Figura 13. Mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili. Popolazione di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Italia, anni 2007- 2012**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

#### ***Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza***

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità piuttosto elevata. Le regioni che nel 2012 hanno fatto registrare il numero maggiore di decessi in rapporto alla popolazione (tasso grezzo) sono state la Valle D'Aosta (8,23 decessi ogni 100.000 abitanti) e la provincia autonoma di Bolzano (7,54 decessi ogni 100.000 abitanti) con valori quasi tre volte superiori alla media nazionale (2,55 decessi ogni 100.000 abitanti); valori estremamente elevati sono stati registrati anche nella provincia autonome di Trento (5,37 decessi ogni 100.000 abitanti), in Molise (4,37 decessi ogni 100.000 abitanti), Basilicata (3,20 decessi ogni 100.000 abitanti) e Calabria (3,09 decessi ogni 100.000 abitanti). Le regioni in cui si riscontrano il minor numero di decessi in rapporto alla popolazione sono invece state la Sicilia (1,64 decessi ogni 100.000 abitanti), la Toscana (1,71 decessi ogni 100.000 abitanti) e la Campania (1,78 decessi ogni 100.000 abitanti) (**Figura 14**).

**Figura 14. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi grezzi per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione di 15 anni e più.**



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## GLI INCIDENTI STRADALI

### **Gli incidenti stradali in Italia nel 2014: l'andamento del fenomeno, le circostanze di incidente e le violazioni**

Nel 2014, in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013, il numero di incidenti scende del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta: -0,6%.

Per la prima volta, e in via sperimentale, è stato anche calcolato il numero dei feriti gravi in incidente stradale in Italia, secondo le indicazioni della Commissione europea.

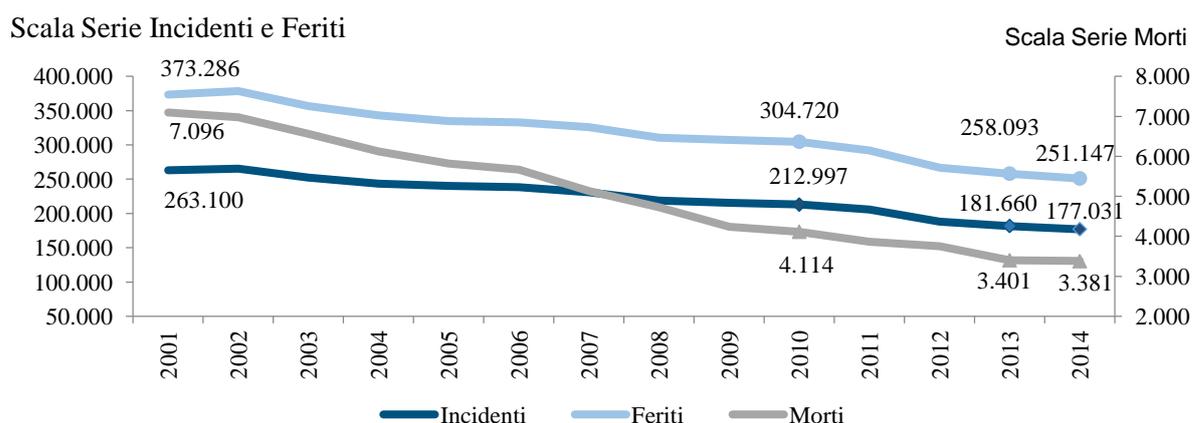
Nel 2014, sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi sono stati circa 15 mila, contro i 13 mila del 2013 (+16%). Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 4,4 (3,8 nel 2013).

A partire dal 2011 è stata inaugurata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea la nuova decade di iniziative per la Sicurezza Stradale 2011-2020. L'obiettivo fissato per il 2020 consiste nell'ulteriore dimezzamento, a partire dal 2010, dei morti sulle strade in Europa e nel mondo.

Fra il 2010 e il 2014 le vittime della strada diminuiscono del 17,8%. Benché, anche nel 2014, prosegua il trend discendente della mortalità, già rilevato nella precedente decade, si registra una battuta di arresto che potrebbe condurre ad una fase di stagnazione o persino di aumento del numero dei morti in incidenti stradali nei prossimi anni. Tra il 2001 e il 2014, ad ogni modo, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 177.031 (-32,7%), i morti da 7.096 a 3.381 (-52,4%) e i feriti da 373.286 a 251.147 (-32,7%) (Figura 15).

Il numero di morti per milione di abitanti, calcolato come rapporto tra il numero di morti in incidenti stradali e la popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 55,6 del 2014.

**FIGURA 15. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2014**  
(valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

## Le cause degli incidenti stradali

La rilevazione degli incidenti stradali condotta dall'Istat, con la partecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, tra le altre anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti. Le circostanze di incidente sono elencate in una lista, predisposta dall'Istat e organizzate in tre diverse categorie: per inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli e allo stato psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime stato di ebbrezza alcolica e assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

A causa dell'esiguo numero di casi comunicati dagli Organi di rilevazione per le circostanze legate allo stato psico-fisico alterato, però, a partire dal 2009, l'Istat ha scelto di sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per tali circostanze.

Purtroppo, ad oggi, infatti, la compilazione di tale informazione continua a essere non esaustiva e conduce a valori del dato molto diversi se comparati con dati diffusi da organismi internazionali o indagini demoscopiche sui comportamenti a rischio dei conducenti, condotte sulla popolazione a livello nazionale (Cfr. Rapporti Istituzionali 11/04 Scafato E. et al. 2011 [http://www.iss.it/binary/publ/cont/11\\_4\\_web.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/11_4_web.pdf) ).

Passando all'analisi delle circostanze accertate o presunte per inconvenienti di circolazione, causa degli incidenti stradali con lesioni a persone, sono i comportamenti errati di guida, il mancato rispetto delle regole di precedenza, la guida distratta e la velocità troppo elevata a balzare tre le prime posizioni in graduatoria. I tre gruppi costituiscono complessivamente il 43,9% dei casi.

Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (21.633 casi), la manovra irregolare (15.790 casi) e il comportamento scorretto del pedone (8.172 casi) rappresentano rispettivamente il 9,8%, il 7,2% e il 3,7% delle cause di incidente (**Tabella 12**).

**TABELLA 12. Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2014 (valori assoluti e valori percentuali)**

DESCRIZIONE CAUSE (a)	Totale	
	Valore assoluto	Valore %
<b>Procedeva con guida distratta o andamento indeciso</b>	37.197	16,9
<b>Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo</b>	34.904	15,8
- procedeva senza rispettare lo stop	12.343	5,6
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	8.989	4,1
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	11.365	5,2
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	2.207	1,0
<b>Procedeva con velocità troppo elevata</b>	24.643	11,2
- procedeva con eccesso di velocità	23.910	10,9
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	733	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	21.633	9,8
Manovrava irregolarmente	15.790	7,2
Svoltava irregolarmente	5.427	2,5
Procedeva contromano	4.648	2,1
Sorpassava irregolarmente	3.794	1,7
Ostacolo accidentale	5.473	2,5
Veicolo fermo evitato	2.453	1,1
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.224	3,3
Buche, ecc. evitato	1.769	0,8
Circostanza imprecisata	25.530	11,6
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	2.547	1,2
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	7.975	3,6
Comportamento scorretto del pedone	8.172	3,7
<b>Totale cause per comportamento scorretto del conducente e del pedone</b>	<b>209.179</b>	<b>94,9</b>
<b>Altre cause</b>	<b>11.148</b>	<b>5,1</b>
<b>Totale cause (b)</b>	<b>220.327</b>	<b>100</b>

(a) Sono incluse nel prospetto tutte le circostanze registrate per i primi due veicoli coinvolti. Per ogni veicolo possono essere indicate fino a tre tipologie di circostanze.

(b) Il totale cause è riferito al numero complessivo delle cause accertate o presunte, corrispondenti ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente, comunicate dalle forze dell'ordine al momento del rilievo. Il dettaglio delle singole voci in tabella è riferito alle sole circostanze legate ad inconvenienti di circolazione.

### **Le violazioni al codice della strada contestate dalle Forze dell'ordine**

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali e colmare alcune lacune informative, per il 2014 sono state rese disponibili anche le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nella tabella 13 per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

Oltre alle infrazioni legate al mancato possesso di documenti di circolazione e assicurazione o alla sosta vietata, principalmente contestate da Polizia stradale e Polizie locali, nelle prime posizioni si trovano l'eccesso di velocità, il mancato uso di dispositivi di sicurezza (cinture, casco e sistemi di ritenuta per bambini), ma anche il mancato uso di lenti o l'uso di telefoni cellulari o cuffie.

Per quanto concerne la Guida in stato di ebbrezza alcolica (violazione articolo 186) e la Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (violazione articolo 187), nel 2014 la Polizia stradale ha effettuato rispettivamente 21.703 (1,5% sul totale violazioni Titolo V) e 1.462

contravvenzioni. I Carabinieri ne hanno registrate 16.666 per l'art. 186 (3,2% sul totale violazioni Titolo V) a fronte di 34.119 controlli su strada con etilometro e 2.178 per l'art.187. Per le stesse infrazioni la Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia ha dichiarato invece di avere elevato rispettivamente 5.356 e 754 contravvenzioni (**Tabella 13**).

**TABELLA 13. Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2014 (valori assoluti)**

CODICE DELLA STRADA <sup>1</sup>	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	50.330	22.500	32.734
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	651.757	1.858	2.018.019
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	17.727	9.634	16.754
Art.145	Obblighi di precedenza	7.525	8.434	20.222
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	42.789	16.454	254.497
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	13.078	14.604	4.010
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.184	2.626	4.632
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	18.381	6.282	1.414
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.691	3.172	18.480
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	742	1.253	8.982
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	17.547	18.831	2.703.680
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.475	522	252
Art.164	Norme sulla sistemazione dei carico sui veicoli	6.125	645	787
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	43.525	148	1.209
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	1.858	81	32
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	6.903	2.107	3.396
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	536	1.065	1.003
Art.171	Uso del casco	4.095	15.512	63.450
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	70.204	69.970	34.133
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	33.153	27.937	81.325
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	39.524	544	2.534
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane principali	37.014	272	120
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	5.514	294	642
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	270.656	179.478	147.705
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	158	227	589
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	21.703	16.666	5.356
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.462	2.178	754
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.034	2.112	4.101
Art.190	Comportamento dei pedoni	376	440	3.943
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	934	981	7.375
Art.193	Obbligo di assicurazione	59.288	99.205	51.654
<b>Totale</b>	<b>Violazioni al codice della strada : Titolo V - Norme di comportamento</b>	<b>1.439.28</b>	<b>526.032</b>	<b>5.493.784</b>

(a) Fonte: Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale; (b) Fonte: Comando generale Arma dei carabinieri - Statistiche operative – Registro cronologico violazioni contestate c) Fonte: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia

<sup>1</sup> Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

Il numero di controlli mirati alla rilevazione di comportamenti scorretti, in particolare legati alla guida in stato di ebbrezza, dipende sicuramente anche dalle dotazioni di etilometri e precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine.

Per quanto concerne le dotazioni dichiarate dalle Polizie Locali dei comuni capoluogo di provincia che hanno risposto ai quesiti posti dalla rilevazione condotta dall'ACI (su 110 comuni in totale, non hanno fornito risposta l'8,5%), è stata dichiarata in totale la disponibilità di 302 etilometri (25% al Nord Est, 31% a Nord Ovest, 28% al Centro e 16% al Sud e Isole) e di 914 precursori (13% al Nord Est, 28% a Nord Ovest, 23% al Centro e 36% al Sud e Isole).

### **I reati per i quali ha avuto inizio un'azione penale**

Dai dati provenienti dai procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica, infine, si possono avere informazioni sulle persone per cui si è proceduto all'inizio dell'azione penale nelle Procure per tipo di reati ad essi ascritti.

La rilevazione, basata su dati estratti dagli archivi informatici delle Procure della Repubblica, riferiti agli adulti, mira a produrre statistiche sui procedimenti penali per i quali nelle Procure si procede all'archiviazione o all'inizio dell'azione penale. Si rilevano informazioni delle persone indagate (età genere, luogo di nascita) e dei reati ad essi ascritti (delitti o contravvenzioni e luogo del reato) secondo una classificazione analitica o una classificazione sintetica dei reati.

Nel 2013, ultimo anno disponibile, i conducenti che guidavano sotto l'influenza dell'alcol sono stati 49 mila circa, valore in calo del 23,9% rispetto all'anno precedente. I conducenti di età inferiore a ventuno anni, i neo-patentati e chi esercita professionalmente l'attività di autotrasportatore che guidavano sotto l'influenza dell'alcol nel 2013 erano 2 mila 400, in calo del 15,9% rispetto al 2012. I conducenti che guidavano sotto l'influenza di sostanze stupefacenti sono stati circa 6 mila nel 2013, in calo del 14,1%. I valori assoluti presentati, benché forniscano elementi per valutare la dimensione del fenomeno, sono, comunque, legati al numero dei controlli effettuati dalle Forze dell'ordine (**Tabella 14** e **Figura 15**).

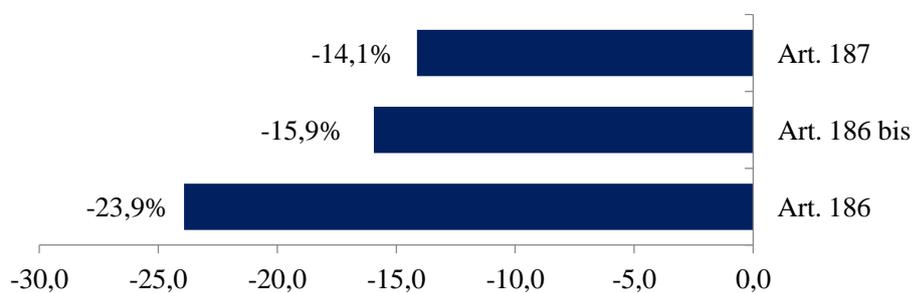
**TABELLA 14. Persone per cui è stata avviata un'azione penale per tipo di reato.**

**Anni 2012-2013 (valori assoluti)**

<b>Tipo di reati per i quali ha avuto inizio azione penale (violazione articoli di legge)</b>	<b>Descrizione reati ascritti</b>	<b>Anno 2012</b>	<b>Anno 2013</b>
Codice della strada art.186 e Legge 285 del 1992 art.186	Guida sotto l'influenza dell'alcol	64.671	49.207
Codice della strada 186 bis e Legge 285 del 1992 art. 186 bis	Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose	2.880	2.421
Codice della strada art. 187 e Legge 285 del 1992 art. 187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	6.863	5.893

Fonte: Procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica. Anni 2012 e 2013 (Elaborazione su dati acquisiti dall'Istat).

**FIGURA 15. Persone per cui è stata avviata un'azione penale per tipo di reato.  
Variazione Percentuale 2013/2012**



Fonte: Procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica. Anni 2012 e 2013.

### 1.3 RILEVAZIONE STATISTICA DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DELL'ALCOLDIPENDENZA (D.M. 04/09/1996)

Con il D.M. 4 settembre 1996 "Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza" sono state definite le modalità per la rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcolismo, in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90 e al D.M. 3 agosto 1993.

La stima puntuale del numero di alcolodipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito.

Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcolologici pubblici nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi servizi pubblici o in maniera autonoma.

#### *Gli alcolisti nei servizi pubblici (Vedi Parte II della Relazione)*

Nel 2013 e nel 2014 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rispettivamente 69.880 e 72.784 soggetti.

L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati.

Circa il 28% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,5-3,6 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Oltre il 70% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano circa il 9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari a circa il 15%.

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2014 si osserva che il 12,4% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 6,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 35,5% per i nuovi utenti e il 43,4% 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): sempre nel 2014, il 28,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 22,0% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 39,9% nei maschi e al 45,5% nelle femmine.

Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categorie di utenti.

Nel 2013-2014 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (circa 50%), seguito dalla birra (circa 25%), dai superalcolici (circa 11%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (circa 5%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre il sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (nel 2014 tutte le regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2014 il 25,7% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,8% al “*counseling*” rivolto all’utente o alla famiglia, il 5,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,8% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l’inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,5% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l’11,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,1% del totale degli utenti rilevati (2,7% in istituti pubblici, 1,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

## 2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE<sup>2</sup>

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute nell'abuso alcolico. Attualmente in Italia sono approvati per tale trattamento sei farmaci: disulfiram, naltrexone cloridrato, sodio oxibato, metadoxina, acamprosato ed il nalmefene di recente commercializzazione.

Quasi tutte le molecole impiegate nel trattamento della dipendenza alcolica sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, ad eccezione della metadoxina, del nalmefene e del di non rimborsabilità (fascia C).

Il **disulfiram** presenta una lunga storia d'uso. L'interferenza del farmaco con il metabolismo dell'alcol, causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l'assunzione dell'alcol e pertanto viene utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol.

Il **naltrexone**, antagonista oppioide orale a lunga durata di azione, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale.

L'**acamprosato**, derivato sintetico della taurina e strutturalmente simile all'acido gamma amino butirrico (GABA), agisce riducendo la trasmissione glutamnergica e modulando l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica. Per questo motivo viene utilizzato nell'assistenza dei pazienti alcolodipendenti in associazione con un sostegno psicologico individuale e di gruppo.

Il **sodio oxibato**, noto come il sale sodico dell'acido gamma idrossi butirrico (GHB), è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol e nella fase iniziale o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica.

La **metadoxina**, molecola presente nel sistema nervoso centrale, agisce riducendo l'alcolemia e la durata di azione di esposizione dei tessuti all'azione lesiva dell'alcol, oltre ad esercitare un'azione centrale sul GABA, riducendo il desiderio compulsivo e aggressivo e migliorando quindi le relazioni sociali.

Il **nalmefene**, distribuita in Europa con il nome farmaceutico di "Selincro", è il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol e si presenta come un trattamento per ridurre il consumo di alcol in pazienti con dipendenza che abbiano intrapreso un percorso, congiuntamente alla terapia psicologico comportamentale, con l'obiettivo dell'astinenza completa. Tali pazienti presentano livelli di consumo ad elevato rischio (*Drinking Risk Level – DRL*) senza sintomi fisici da sospensione e che, pertanto, non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Il trattamento con questo medicinale deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio due settimane dopo la valutazione iniziale.

---

<sup>1</sup>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Codice AIC	ATC	Principio attivo	Nome specialità	Regime rimborsabilità e fornitura
034208013	N07BB03	ACAMPROSATO	CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	Classe A/RR
004308019	N07BB01	DISULFIRAM	ANTABUSE DISPERG*24CPR 400MG	Classe C/RR
010681029	N07BB01	DISULFIRAM	ETILTOX*30CPR 200MG	Classe A/RR
025316011	N07BB	METADOXINA	METADOXIL*30CPR 500MG	Classe C/RR
025316023	N07BB	METADOXINA	METADOXIL*10F 5ML 300MG/5ML	Classe C/RR
025316035	N07BB	METADOXINA	METADOXIL*OS SOL 10FL 15ML500M	Classe C/RR
025855014	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*10CPS 50MG	Classe A/RR
025855065	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*OS 10FL 50MG/10ML	Classe A/RR
025855077	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*14CPS 50MG	Classe A/RR
025969039	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	NALOREX*14CPR RIV 50MG	Classe A/RR
040955027	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	NALTREXONE ACC*14CPR RIV 50MG	Classe A/RR
042683021	N0788	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*14 CPR RIV 18 mg	Classe C/RR
027751066	N07BB	SODIO OXIBATO	ALCOVER*OS SOLUZ 140ML 17,5%	Classe H/RNR

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Per il trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle sintomatologie alcol correlate (allucinazioni, agitazione, convulsioni, depressione, irrequietezza, insonnia ecc.) vengono utilizzate anche diverse classi di farmaci antipsicotici, antidepressivi e antiepilettici nonché le benzodiazepine; ma ai fini della valutazione dell'impatto del trattamento della dipendenza alcolica sulla spesa farmaceutica a carico del SSN vengono qui analizzati i consumi e la spesa convenzionata (canale farmacie) e non convenzionata (canale strutture pubbliche) relativi ai soli farmaci che presentano una indicazione unicamente specifica per il trattamento della dipendenza da alcol. Inoltre i dati relativi alla prescrizione in ambito ospedaliero dei farmaci oggetto di analisi sono comprensivi sia dei consumi interni alla struttura ospedaliera che della eventuale distribuzione territoriale (distribuzione diretta e distribuzione per conto). Il dato di consumo è espresso in dosi giornaliere, DDD (o giornate di terapia).

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

Nel 2014 sono state dispensate, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, 1.823.989 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (**tabella 15**). L'**81%** di queste dosi è rappresentato dalla specialità medicinale a base di disulfiram. Una nuova quantità, seppur minima in termini di consumo, riguarda il nalmefene (112 dosi), che ha iniziato a conquistare il mercato italiano dal 24 settembre 2013. E' opportuno sottolineare che il consumo farmaceutico del naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei; pertanto il suo impatto sul consumo farmaceutico nel trattamento della dipendenza alcolica dovrebbe essere ben inferiore alle 102.652 dosi.

**Tabella 15**

**DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA CONVENZIONATA**  
(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

<b>Molecola</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - METADOXINA	327	325	-2	-1
N07BB - NALMEFENE CLORIDRATO	56	112	56	100
N07BB01 - DISULFIRAM	1.247.184	1.475.208	228.024	18
N07BB03 - ACAMPROSATO	328.293	245.692	-82.601	-25
N07BB04 - NALTREXONE	101.810	102.652	842	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.677.670</b>	<b>1.823.989</b>	<b>146.319</b>	<b>9</b>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Rispetto all'anno precedente si è verificato un aumento dei consumi (+9%) dovuto essenzialmente all'utilizzo crescente del nalmefene (+100) e del disulfiram (+18). In particolare, nel 2014 il nalmefene è entrato sul mercato con una nuova confezione, costituita da 7 compresse, determinando il raddoppio dei consumi registrati rispetto all'anno precedente. Differentemente, per l'acamprosato si è registrata una riduzione dei consumi pari al -25%.

**Dosi prescritte farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)**

Nel 2014 sono state acquistate dalle strutture pubbliche 5.046.118 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (**tabella 16**).

Come già registrato nel 2013, l'incidenza percentuale più elevata rispetto al totale della spesa per farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol è rappresentata dal sodio oxibato (48%) e dal disulfiram (38%).

Rispetto all'anno precedente, si registra una notevole riduzione del numero di dosi consumate pari al -43%, attribuibile sostanzialmente alla rilevante diminuzione dell'utilizzazione del sodio oxibato (-64%), del naltrexone (-13%) e della metadoxina (-10%). Differentemente dai consumi territoriali, l'acamprosato mostra una crescita significativa (+48%), seguita dal disulfiram (+26%).

**Tab. 16**

**DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA  
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)**

<b>Molecola</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - SODIO OXIBATO	6.796.905	2.425.302	-4.371.603	-64
N07BB - METADOXINA	46.422	41.990	-4.432	-10
N07BB01 - DISULFIRAM	1.507.002	1.895.832	388.830	26
N07BB03 - ACAMPROSATO	386.503	571.230	184.727	48
N07BB04 - NALTREXONE	113.414	98.758	-14.656	-13
N07BB - NALMEFENE		13.006	13.006	
<b>Totale complessivo</b>	<b>8.850.246</b>	<b>5.046.118</b>	<b>-3.804.128</b>	<b>-43</b>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

**Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)**

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2014 è stato di 1.035.039 euro (**tabella 17**). Il 57% della spesa totale è rappresentato dall'acamprosato, seguito dal disulfiram (23%) e dal naltrexone (19%).

Rispetto all'anno precedente, si registra una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata del -14%, attribuibile sostanzialmente alla diminuzione degli acquisti relativi all'acamprosato (-25%). Analogamente a quanto accade per i consumi, sia il nalmefene (+100%) che il disulfiram (+18%) continuano a registrare un incremento della spesa.

**Tabella 17**

**SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA  
(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)**

<b>Spesa convenzionata</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - METADOXINA	292	315	23	8
N07BB – NALMEFENE CLORIDRATO	381	762	381	100
N07BB01 - DISULFIRAM	202.177	239.097	36.920	18
N07BB03 - ACAMPROSATO	792.683	593.238	-199.446	-25
N07BB04 - NALTREXONE	202.393	201.628	-765	0
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.197.926</b>	<b>1.035.039</b>	<b>-162.887</b>	<b>-14</b>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

**Spesa farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)**

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2014 è stato di 7.079.530 euro (tabella 18). Analogamente a quanto accade per i consumi, la spesa per il sodio oxibato rappresenta una buona parte (81%) del valore complessivo della spesa per i farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol.

Rispetto all'anno precedente si registra un aumento della spesa farmaceutica non convenzionata pari al 12%. Tale incremento è attribuito, come per i consumi, alla rilevante crescita degli acquisti dell'acamprosato (+47%) e del disulfiram (+41%).

**Tabella 18**

**SPESA FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA  
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)**

<b>Spesa non convenzionata</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - SODIO OXIBATO	5.393.182	5.723.765	330.583	6
N07BB - METADOXINA	39.017	38.378	-639	-2
N07BB01 - DISULFIRAM	231.223	325.416	94.193	41
N07BB03 - ACAMPROSATO	579.690	849.505	269.816	47
N07BB04 - NALTREXONE	91.728	84.307	-7.421	-8
N07BB – NALMEFENE CLORIDRATO		58.158	58.158	
<b>Totale complessivo</b>	<b>6.334.839</b>	<b>7.079.530</b>	<b>744.691</b>	<b>12</b>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

### **Il trend del consumo farmaceutico totale (convenzionata + non convenzionata)**

Il consumo complessivo farmaceutico (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel periodo intercorrente dal 2007 al 2014 a 46.817.401 dosi (**Tabella 19**). Il 75% circa di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle strutture pubbliche (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto); il restante 25% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

L'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) è aumentato nel 2014 rispetto al 2007 del +49% (rispettivamente + 45% la farmaceutica non convenzionata e + 60% per quella convenzionata). Nel 2014 rispetto all'anno precedente 2013, il consumo è diminuito del -35% (rispettivamente -43% la farmaceutica non convenzionata e +9% la farmaceutica convenzionata).

**Tabella 19**

### **TREND DEL CONSUMO FARMACEUTICO TOTALE (CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)**

<b>Trend di consumo (dosi)</b>					
<b>Periodo</b>	<b>Conv.</b>	<b>non conv.</b>	<b>totale</b>	<b>% conv.</b>	<b>% non conv.</b>
2007	1.139.168	3.469.404	4.608.572	25	75
2008	1.203.408	3.199.049	4.402.457	27	73
2009	1.489.313	2.739.753	4.229.066	35	65
2010	1.348.897	3.574.714	4.923.611	27	73
2011	1.376.793	4.055.678	5.432.471	25	75
2012	1.470.652	4.352.549	5.823.201	25	75
2013	1.677.670	8.850.246	10.527.916	16	84
<b>2014</b>	<b>1.823.989</b>	<b>5.046.118</b>	<b>6.870.107</b>	<b>27</b>	<b>73</b>
Totale complessivo	11.529.890	35.287.511	46.817.401	25	75
<b>Var % 2007-2014</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>49</b>		
<b>Var % 2013-2014</b>	<b>9</b>	<b>-43</b>	<b>-35</b>		

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

### **Il trend della spesa farmaceutica totale (convenzionata + non convenzionata)**

La spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel periodo intercorrente dal 2007 al 2014 a 51.835.487 euro (**Tabella 20**). L'88% della spesa è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture pubbliche, comprendente i consumi sia di ambito ospedaliero che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto; il restante 12% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

Tra il 2007 e il 2014 l'andamento della spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del +81% (rispettivamente: + 117% la farmaceutica convenzionata e +76 % quella non convenzionata); mentre, nel 2014, rispetto al 2013 la spesa è aumentata del +8% (rispettivamente +12% la farmaceutica non convenzionata mentre si è registrato un -14% per la farmaceutica convenzionata).

**Tabella 20**

### **TREND DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE (CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)**

<b>Trend di spesa (euro)</b>					
<b>Periodo</b>	<b>conv.</b>	<b>non conv.</b>	<b>totale</b>	<b>% conv.</b>	<b>% non conv.</b>
2007	477.553	4.014.723	4.492.276	11	89
2008	480.467	3.990.040	4.470.507	11	89
2009	544.176	5.552.441	6.096.617	9	91
2010	490.998	5.714.803	6.205.801	8	92
2011	717.974	7.156.472	7.874.446	9	91
2012	1.043.052	6.005.453	7.048.505	15	85
2013	1.197.926	6.334.839	7.532.765	16	84
<b>2014</b>	<b>1.035.039</b>	<b>7.079.530</b>	<b>8.114.569</b>	<b>13</b>	<b>87</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.987.186</b>	<b>45.848.301</b>	<b>51.835.487</b>	<b>12</b>	<b>88</b>
<b>Var % 2007-2014</b>	117	76	<b>81</b>		
<b>Var % 2013-2014</b>	-14	+12	<b>+8</b>		

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

In conclusione, come si evince dalle analisi (**tabelle 19 e 20**), l'andamento generale dei consumi e della spesa farmaceutica registrano uno spostamento delle prescrizioni verso le strutture pubbliche, attribuibile al forte incremento dell'utilizzo dell'acamprosato e del disulfiram. La spesa di questi farmaci registra una riduzione delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile alla diminuzione degli acquisti dell'acamprosato, facendo ipotizzare uno spostamento degli acquisti di questo medicinale dalle farmacie territoriali verso le strutture sanitarie pubbliche.

## **PARTE SECONDA**

### **3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 - ANNI 2013-2014**

#### **Introduzione**

Con il D.M. 4 settembre 1996 "Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza" sono state definite le modalità per la rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcolismo, in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90 e al D.M. 3 agosto 1993. Le finalità di tale rilevazione sono:

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

Le informazioni contenute nei modelli di rilevazione, di cui al su indicato decreto, devono essere raccolte annualmente, ad opera delle Regioni, dalle aziende USL e dalle aziende ospedaliere, o per gli Enti convenzionati rilevate direttamente dalle Regioni, ed inviate, dopo le opportune verifiche, al Ministero della sanità il quale provvede ad elaborare e divulgare i dati raccolti.

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del servizio o gruppo di lavoro che eroga prestazioni socio-sanitarie in regime di assistenza diretta pubblica (modello ALC.01);
- caratteristiche del personale assegnato al servizio o gruppo di lavoro (situazione al 31 dicembre di ciascun anno) (modello ALC.02);
- utenti (nuovi, già in carico o rientrati) distribuiti per fasce di età e per sesso (modello ALC.03);
- utenti (nuovi, già in carico o rientrati) distribuiti per bevanda alcolica di uso prevalente e per sesso (modello ALC.04);
- tipologia di funzioni svolte dal servizio o gruppo di lavoro in relazione alle linee di indirizzo di cui al D.M. 3 agosto 1993 (modello ALC.05);
- utenti distribuiti per tipologia di trattamento (modello ALC.06);
- attività di collaborazione del servizio o gruppo di lavoro con enti del volontariato, del privato sociale o privati (modello ALC.07);
- dati strutturali e di attività relativi agli enti convenzionati che operano nel settore alcoldipendenza (a cura della Regione) (modello ALC.08).

## **Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza** **Anni 2013-2014**

Al 31.12.2013 e al 31.12.2014 sono stati rilevati circa 500 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; oltre il 90 % sono di tipo territoriale (tab.1-2; graf.1).

### **3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI**

In totale nel 2013 e nel 2014 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza circa 4.600 unità di personale la maggior parte delle quali (intorno all'80%) sono addette solo parzialmente a tali attività (tab.3-4; graf.1).

Considerando la distribuzione del personale totale per ruolo professionale, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si osservano le proporzioni più alte, in ordine, per gli infermieri professionali (26,2%), per i medici (23,7%) e per gli psicologi (16,9%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (29,8%), mentre quella dei medici rimane stabile, intorno al 23%, anche negli addetti parziali (graf. 2-3-4).

### **3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA**

Nel 2013 e nel 2014<sup>1</sup> sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati rispettivamente 69.880 e 72.784 soggetti (tab.5). L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati (graf.5).

Circa il 28% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,5-3,6 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Oltre il 70% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano circa il 9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari a circa il 15% (tab.6).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2014 si osserva che il 12,4% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 6,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 35,5% per i nuovi utenti e il 43,4% 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

---

<sup>1</sup> E' importante sottolineare 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.

popolazione generale): sempre nel 2014, il 28,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 22,0% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 39,9% nei maschi e al 45,5% nelle femmine.

Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categoria di utenti (Graf.6).

### **3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA**

Nel 2013-2014 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (circa 50%), seguito dalla birra (circa 25%), dai superalcolici (circa 11%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (circa 5%) (Tab.8-9, Graf.7).

La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre il sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (nel 2014 tutte le regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici.

### **3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO**

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2014 il 25,7% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,8% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,8% 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'11,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,1% del totale degli utenti rilevati (2,7% in istituti pubblici, 1,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (Tab.10-11-12, Graf.8).

### **3.5 LA COLLABORAZIONE DEI SERVIZI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO; PRIVATO SOCIALE E PRIVATO**

I servizi o gruppi di lavoro svolgono attività di collaborazione con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale e del privato in materia di alcolodipendenza (tabelle 22a-22b). Si osserva che nel 2014 il 52,8% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 39,9% con gli A.A. e il 14,1% 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 44,4% e il 22,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 37,1%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (18,3%) o private (0,2%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

## **ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO**

Le associazioni di Auto Mutuo Aiuto (AMA) sono formate da persone che condividono lo stesso problema, con lo scopo di aiutarsi reciprocamente. Le più note associazioni nel settore dell'alcoldipendenza sono di seguito rappresentate.

### **Associazione Italiana Club Alcolici Territoriali - AICAT**

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcolici Territoriali- Metodo Hudolin) è stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club in Italia, dopo la fondazione del primo CAT avvenuta a Trieste il 22 novembre 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria e fondatore dell'omonimo Metodo (che si è evoluto nell'Approccio Ecologico o Sociale ai problemi alcol-correlati e complessi). L'AICAT è un'associazione no-profit che coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcolici Territoriali (CAT), che è la nuova denominazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento adottata dopo il Congresso AICAT di Paestum del 2010.

I Club Alcolici Territoriali sono comunità multifamiliari presenti su tutto il territorio nazionale e organizzati in 230 Associazioni territoriali (**ACAT** o **APCAT**) e 18 associazioni regionali (**ARCAT**).

I Club lavorano secondo i principi e i metodi dell'approccio sistemico e multifamiliare, promuovendo la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri di una famiglia e della rete relazionale prossima nelle sofferenze nei disagi e nei disturbi correlati al consumo di bevande alcoliche, all'uso associato di altre droghe e/o alla presenza di altri disturbi (es.: problemi psichici, gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare; rapporto problematico con internet; lo shopping, ecc.), stimolando un processo di cambiamento di stile di vita orientato alla riconquista della propria salute e libertà.

Il Club non si presenta come sede di terapia e opera sulla base dell'assunto che l'uso di alcol non è una patologia ma un tipo di comportamento.

Fanno parte del Club anche un "*servitore-insegnante*" nonché coloro che scelgono di fungere da "*famiglia sostitutiva*" delle persone sole con problemi alcol-correlati e complessi. Elemento chiave dell'attività dei Club in quanto gruppi di auto-mutuo aiuto è la convinzione che problemi come l'alcolismo possono essere meglio affrontati dalle persone che li hanno vissuti in prima persona. Nel Club l'attenzione viene focalizzata, più che sul rapporto che una persona ha con l'alcol o altre sostanze d'abuso, sulla persona stessa nella sua totalità e complessità, tenendo conto anche del contesto familiare e sociale in cui essa è inserita. In particolare i problemi di un alcolista sono considerati problemi dell'intera famiglia, che viene quindi anch'essa seguita e aiutata a modificare il proprio stile di vita e a crescere e maturare assieme alla persona alcolista.

### Attività e Servizi promossi o sostenuti dall'AICAT

- I Congressi: l'AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti di Club e il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- I Servizi.
- Il Numero Verde 800 974250
- Il Sito WEB: **www.aicat.net**
- La Banca Dati

### Collaborazioni:

- La rivista dei CAT "Camminando Insieme"
- L'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale sull'Alcol
- La SIA (Società Italiana di Alcolologia)
- La ConVol (Conferenza Nazionale Associazioni di Volontariato)
- EUROCARE (network europeo per lo Studio la Ricerca e l'Advocacy sull'alcol)
- La "Scuola Europea di Psichiatria ed Alcolologia Ecologica" per i programmi di formazione internazionale secondo il metodo Hudolin.
- La WACAT (Associazione Mondiale dei Club degli Alcolisti in Trattamento).

### LA BANCA DATI

A partire dall'anno 2004 con cadenza annuale, l'AICAT promuove, in collaborazione con le ARCAT, una rilevazione sulle attività svolte dai Club Alcolologici Territoriali (CAT) nelle diverse regioni d'Italia. La Banca Dati è una fotografia sul lavoro dei Club Alcolologici Territoriali, delle associazioni e dei programmi di attività ad essi collegati, scattata con cadenza annuale grazie ai contributi delle associazioni regionali e alla regia di un gruppo di lavoro nazionale coordinato dall'ARCAT Veneto.

I dati più attuali disponibili - pubblicati nel 2013- risalgono all'anno 2011, anno in cui è stata effettuata l'ultima rilevazione su scala nazionale. Oltre a quello nazionale, esistono anche Report regionali anche più recenti tra cui quello della Toscana, che risale all'anno 2013.

Lo scopo dell'indagine è quello di conoscere alcuni aspetti dell'attività delle ARCAT, delle ACAT, dei Club e dei servitori insegnanti del territorio nazionale.

Le Regioni che hanno partecipato a questa ultima raccolta sono state 19.

Nel 2011, quindi, sono state raccolte:

- 18 schede ARCAT
- 182 schede ACAT
- 1.221 schede Club servitore insegnante

### L'organizzazione delle ARCAT

Le ARCAT sono le associazioni regionali dei CAT; hanno un compito organizzativo, propongono eventi formativi e cercano di fare rete con le istituzioni locali.

Dai dati rilevati si osserva come i corsi di sensibilizzazione organizzati in Italia siano una trentina, in calo nell'ultimo anno; essendo frequentati da una media di 35-40 persone, si può stimare che nel 2011 in Italia sono state "sensibilizzate" circa un migliaio di persone.

Il 76% delle ARCAT partecipa a qualche forma di coordinamento con le Consulte di Volontariato, il 56% con le Amministrazioni Regionali. Mettendo insieme le varie forme di

sovvenzione economica, il 50% delle ARCAT (era il 32% nel 2010) ha ricevuto qualche forma di finanziamento: 7 ARCAT da amministrazioni regionali, 5 da consulte di volontariato.

Il lavoro di rete sembra migliorato nel 2011 rispetto al 2010, ma ci sono ancora alcune regioni molto popolate come la Campania, la Lombardia e il Lazio che hanno dichiarato di non partecipare ad alcun tavolo di lavoro in Regione o nelle Consulte di Volontariato.

Ogni ARCAT è organizzata in APCAT o ACAT. Le APCAT fanno riferimento alle province, le ACAT a territori più piccoli.

### Le ACAT e la diffusione dei Club in Italia

Le ACAT censite in Italia sono in totale 257, 182 di queste hanno inviato la scheda (70,8% fra tutte le ACAT, 90,5% fra le ACAT associate).

Dalle schede ACAT si rilevava il numero di Club presenti nel territorio (2.041 nel 2011). Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, "contare" i Club non è risultato semplice. Dal 2010, inoltre, si è cominciato a differenziare i Club associati in ARCAT dagli altri Club.

In generale negli ultimi 10 anni i Club in Italia sono diminuiti del 9%, ed anche la loro densità è passata da un Club ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2000 ad un Club ogni 30.000 abitanti nel 2011.

I Club associati come Club degli Alcolisti in Trattamento sono circa un quarto, un quinto del totale. Difficile però conoscere il numero esatto in quanto molte volte non hanno risposto alle richieste di informazioni.

Rispetto all'andamento storico si possono considerare tre gruppi di Regioni:

- ci sono regioni con un incremento dei Club: la Sardegna, con un raddoppio del numero dei Club (da 53 a 95), il Molise (da 4 a 10 Club), il Lazio (da 29 a 42), l'Umbria (da 32 a 44 Club), ma anche Marche e Alto Adige;
- dall'altra parte, si registrano situazioni critiche: in Calabria in 10 anni sono stati persi i  $\frac{3}{4}$  dei Club (da 46 a 12). In Piemonte i Club si sono dimezzati; la Val d'Aosta è in difficoltà;
- nelle rimanenti regioni si registrano situazioni sostanzialmente stabili o comunque con lievi decrementi.

E' interessante andare a vedere anche quanti Club sono stati aperti e sono stati chiusi nelle varie Regioni negli ultimi due anni. Ogni anno in Italia vengono aperti una settantina di nuovi Club, mentre ne vengono chiusi 90-100 ogni anno. Le Regioni in cui si aprono di più nuovi club sono il Veneto, la Toscana e la Sardegna. Le Regioni in cui se ne chiudono di più sono sempre il Veneto con l'Emilia Romagna e il Trentino.

Per quanto riguarda la diffusione capillare dei Club si osserva che nel Nord-Est (Friuli V. G., Veneto, provincia autonoma di Trento e Bolzano ed Emilia Romagna) si concentrano più della metà dei CAT italiani (1.066), uno ogni 10.922 abitanti. Anche nella Sardegna i Club sono molto diffusi.

All'opposto si evidenzia in alcune regioni del Centro Sud una grossa difficoltà nella diffusione dei Club, con un numero di abitanti per ogni Club superiore ai 100.000: la Campania (un Club ogni 216 mila abitanti), la Calabria (un Club ogni 167 mila abitanti), la Sicilia (un Club ogni 158 mila abitanti) e il Lazio (un Club ogni 136 mila abitanti).

Per quanto riguarda le attività formative organizzate nel territorio delle ACAT si è rilevato che la Scuola Alcolologica Territoriale di primo modulo viene organizzata da tre ACAT su quattro (77-78%), mentre quelle di secondo e terzo modulo da una ACAT su due; in leggero calo rispetto al 2010, in particolare la SAT 3.

Relativamente alle collaborazioni con gli altri Enti del territorio risulta che poco più di metà ACAT partecipano a tavoli di lavoro allargati, “piano di zona e dipartimento delle dipendenze” mentre quasi 2 ACAT su 3 partecipano a tavoli di lavoro con il SerT o le Alcologie. Viene confermato anche in questo caso il buon rapporto con le consulte di Volontariato (64-66%).

Ancora una volta si nota un leggero peggioramento rispetto alle iniziative di coordinamento del 2010.

### Le famiglie nel Club

Mediamente nell'anno 2011 hanno frequentato ciascun Club 8.6 famiglie, mentre le famiglie presenti nel mese di dicembre erano 6,6. Ipotizzando valido questo dato per tutti i Club italiani, è possibile stimare che nel corso del 2011 i 2.041 Club sono stati frequentati da 17.275 famiglie. Rispetto al 2001 il calo è di più di 2.000 famiglie.

Negli ultimi due/tre anni il numero delle famiglie sembra essersi stabilizzato.

Il dato che definisce l'effettiva dimensione dei Club è il numero di famiglie presenti a dicembre pari a 6,6 famiglie per Club. Nei Club italiani a fine anno 2011 c'erano circa 13.500 famiglie<sup>2</sup>, di cui circa 2.790 nuove (negli anni il numero di famiglie nuove varia dalle 2.700 alle 3.000).

Rispetto alla numerosità dei Club si evidenzia un 15-17% di Club “piccoli” (da 0 a 3 famiglie) ed un 6% circa di Club da moltiplicare (con 12 o più famiglie).

### Il servitore insegnante

Il 97% dei Club ha un servitore insegnante. Ritenendo valido tale dato per tutti i Club italiani, si può stimare che 64 Club nel 2011 sono senza servitore insegnante (SI). Va considerato poi che il 4,6% dei servitori insegnanti dichiara di prestare servizio in due Club e lo 0,5% in più di due Club.

E' pertanto possibile quantificare per l'anno oggetto di indagine un “fabbisogno” di 167 servitori insegnanti (per i Club privi e per “alleggerire” quei servitori impegnati in più Club, per un totale sui Club del 8,2%).

Si conferma, dunque, la difficoltà a coinvolgere nei programmi nuovi servitori insegnanti, conseguenza anche dell'organizzazione di un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione.

Tra i servitori abbiamo il 45,5% di maschi ed il 54,5% di femmine; poco più della metà di questi (53,8%) sono membri di Club.

Tra i SI membri di Club prevalgono i maschi, tra i servitori insegnanti non membri di Club prevalgono le femmine.

L'età media dei servitori insegnanti è di 53,6 anni nel 2011 (53,3 nel 2010).

Più della metà dei servitori insegnanti (53,7%) ha un'età pari/superiore ai 55 anni (erano il 51,6% l'anno precedente). A conferma del processo di “invecchiamento” dei servitori insegnanti, si consideri che nella rilevazione del 2000 l'età media degli stessi era di 45,2 anni.

Il 38,8% circa è servitore insegnante da più di 10 anni: 123 servitori fra questi (l'11,2%) svolgono questo servizio da più di 20 anni.

Negli anni è aumentato il numero di SI che svolge servizio a titolo gratuito, mentre sono decisamente diminuiti i SI con rimborso spese (dal 35% al 20%).

Il 95,3% dei servitori insegnanti ha frequentato il Corso di Sensibilizzazione; l'87% partecipa alle giornate di aggiornamento.

---

<sup>2</sup> Le stime si riferiscono alla totalità dei Club presenti nel territorio nazionale

Tutte le percentuali che si riferiscono all'aggiornamento/formazione stanno crescendo negli anni.

Molti servitori insegnanti si sono resi disponibili in attività di insegnamento.

Nell'ultimo anno un SI su quattro ha insegnato in una SAT di primo modulo e uno su cinque in una SAT di secondo modulo. Si conferma la difficoltà nell'attivazione di Scuole Alcolologiche Territoriali di terzo modulo.

Anche in questo caso si nota un leggero peggioramento della situazione rispetto al 2010.

In generale la buona collaborazione con il servizio pubblico è migliorata passando dal 63% al 69%.

### Conclusioni

Riflettendo sui dati, colpisce il notevole numero di persone e famiglie osservate. In un anno passano per i duemila Club italiani più di 17.000 famiglie che si attivano per migliorare la propria salute e di conseguenza per migliorare la salute della Comunità locale. Le famiglie però sono in leggera ma costante diminuzione.

Oltre al calo delle famiglie presenti emergono altri aspetti critici.

Nell'Italia del Sud (ad eccezione della Sardegna) e in alcune regioni del Centro Italia il movimento stenta a radicarsi. In generale è un sistema che sta decrescendo in termini di famiglie coinvolte. Inoltre vengono organizzati un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione e mancano circa 170 servitori insegnanti; quest'ultimi stanno invecchiando. Infine alcune cariche nei Club ruotano poco.

I segnali positivi sono dovuti al fatto che è un movimento molto diffuso e ben radicato nell'Italia del Nord e nell'Italia Centrale (fino all'Umbria); in queste zone basta fare pochi chilometri per trovare un Club. Inoltre è un movimento dai costi bassissimi come dimostrato dal fatto che i servitori insegnati (SI) fanno servizio per il 70% a livello completamente gratuito, senza nemmeno rimborsi chilometrici. Altro aspetto positivo è la presenza di un processo di formazione permanente, partecipato sia dalle famiglie che dai SI. Infine, in gran parte, anche se non ovunque, c'è un buon lavoro di rete e un buon rapporto con il servizio pubblico.

### **Alcolisti Anonimi - AA**

Alcolisti Anonimi (AA) è un'associazione di auto-mutuo aiuto in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima e mettono in comune la loro esperienza e capacità di aiuto con il fine di risolvere il comune problema di alcolismo. L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere. L'associazione si sostiene in modo completamente autonomo con i contributi dei soci, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi soci operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del Programma di recupero, ma esso riguarda solo i singoli membri e non l'associazione, che al contrario opera apertamente nella società tramite i suoi organi di servizio.

L'anonimato ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti; tuttavia la sua funzione principale è quella di garantire una completa uguaglianza fra tutti i membri del gruppo, al di là delle differenze sociali, culturali, economiche e di storia personale; attraverso l'anonimato è più facile accettare e considerare tutti i membri del gruppo allo stesso modo, senza giudicare o escludere nessuno. L'anonimato inoltre garantisce che i membri aiutino i loro simili per puro spirito di servizio, senza attendersi in cambio niente che non sia la soddisfazione personale che ne ricavano, con un atteggiamento di umiltà che è una chiave molto importante dell'intero programma di recupero.

In Italia l'Associazione A.A. è attiva dal 1972 ed attualmente consta di circa 450 Gruppi presenti su tutto il territorio nazionale, soprattutto al centro-nord, che mediamente tengono due riunioni a settimana. La media dei membri del gruppo si aggira sulle 10/15 persone, la maggior parte delle quali frequentano con regolarità le riunioni. I giovani e le donne sono in costante aumento. Si lavora in stretta sinergia con i servizi sanitari e sociali territoriali: ove sono ubicati i gruppi sono aperti alla collaborazione con i Sert, con professionisti, sacerdoti, con operatori sociali e con qualsivoglia figura professionale sia disponibile. Questa collaborazione avviene nel rispetto delle reciproche competenze; talvolta, anche in ambiti regionali, viene formalizzata dalla stesura di protocolli. Gli A.A. collaborano anche con altre Associazioni quali Acat ed Al-Anon e 12 gruppi sono presenti nelle carceri italiane.

Nella tabella vengono quantificate tutte le attività esterne svolte dagli A.A.

ATTIVITA'	Abruzzo Molise	Basilica cata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli V. G.	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino Alto Adige	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Collaborazioni con Sert o servizi analoghi	1	3	2	3	27	5	1	7	50	10	19	22	2	5	6			1	11	175
Collaborazioni con Ospedali e/o Alcologie	1	3	2	4	12	2	5	3	40		1	12	1	2		1	1		6	96
Collaborazioni con Comunità di recupero		3		2	7	1	1	1	12		5	18	1	1	1	1			1	55
Collaborazioni con Cliniche Private	2		1	3	6					3		2	1	2	1		2		5	28
Collaborazioni con Istituti di Pena	1				1	1			5					1	1				3	13
Collaborazione con istituti religiosi/parrocchie		6	5	4	4	7			60			18	3	2			15	5	1	130
Collaborazione con altre Associazioni	2	1	4	4	11	4	7		20			29	2	3	1					88
Altre Collaborazioni	1				11	5			40	1	1	6					2	1		68
Attività di formazione in ambito Universitario				1	1			5					2				2			11
Attività di formazione in altri ambiti istituzionali						25							1	2						28
Attività di informazione in ambito socio-sanitario		2	6		6	12				1	10	2	3					5	25	72
informazione in Istituti Scolastici	4	10	5	3	16	22	18	6	100	10	6	2	3	6	1	2	3	12	30	259
informazione su radio/tv/media regionali		7	4	2	13	9	15	5	45		7	5	2	1		4	1	3	35	158
Attività di informazione in altri ambiti			1			6						2	1							10
Partecipazioni a seminari e convegni di rilevanza regionale o nazionale				3				5				3				1				12

Le attività svolte dall'Associazione sono state suddivise in Collaborazioni, finalizzate all'arrivo nei gruppi di coloro che cercano il recupero dall'alcolismo attraverso il programma; Informazioni, al fine di favorire la conoscenza delle finalità dell'Associazione; Formazioni, destinate a particolari ambiti (es. Friuli V.G. con il personale delle questure) ed infine la partecipazione a seminari e convegni.

Per quanto l'Associazione non si occupi di raccogliere o elaborare dati, attraverso delle indagini interne si è tentato di offrire uno spaccato dell'Associazione a quanti ne hanno interesse. L'ultima rilevazione effettuata risale agli anni 2011/2012.

#### Indagine Alcolisti Anonimi 2011 – 2012 “Autoritratto davanti allo specchio”

L'indagine è stata realizzata dai Servizi Generali di Alcolisti Anonimi Italia ed è stata effettuata su una parte dei membri dell'associazione, coloro che vi hanno aderito liberamente e non può per questo motivo ritenersi esaustiva dell'immagine di A.A. tutta, né della totalità dei suoi membri. Fotografa comunque uno spaccato dell'associazione che nell'esperienza appare una realistica rappresentazione della media di coloro che frequentano i gruppi. Hanno aderito 765 membri di Alcolisti Anonimi nell'anno 2011.

Il campione che ha risposto al questionario proviene per oltre la metà dal nord (66%). Sono per buona parte membri di A.A. che hanno partecipato al raduno Nazionale di Rimini 2011 anche se non manca una quota di persone che hanno risposto dalle loro aree di riferimento. I

partecipanti dichiarano che il loro gruppo di appartenenza ha rapporti di collaborazione con associazioni, servizi ed enti del territorio rappresentati per lo più da AlAnon (associazione dei Familiari di A.A.), Servizi Alcolologici, ospedali e parrocchie.

Nel campione pochi sono i rispondenti sotto i 30 anni (2,2%). La massima concentrazione si ha tra i 40 ed i 60 anni (56,2%) non mancano gli ultrasessantenni (29,7%). In maggior parte sono maschi (68,9%). Quasi i 2/3 (59,5%) ha un nucleo familiare ovvero è separato/divorziato (12,6%). Lo stato di single è tale per 1/5 (18,1%) e raggiunge il 23%, cioè quasi 1/4, se si sommano i vedovi. Circa la metà (48,5%) ha un qualche tipo di occupazione lavorativa. A ciò, aggiungendo casalinghe (5,2%) e studenti (0,5%), oltre la metà (54,2%) ha una occupazione definita da assolvere. Da un punto di vista del sostegno economico ben l'82% ha una qualche forma di reddito definito.

Oltre 1/3 del campione dichiara di aver iniziato a bere regolarmente prima dei 16 anni (35%) e ben 510 su 756, ha comunque iniziato sotto i 20 anni. Solo il 6,7% ha avuto qualcuno che gli ha detto "di bere eccessivamente" a breve distanza dall'inizio del problema, la maggior parte invece ha avuto questo segnale a distanza di molti anni: entro i 30 (32,6%) o i 40 anni (28,8%). Una parte non esigua attorno ai 50 anni (16,2%) o oltre. La maggior parte ha raggiunto la consapevolezza di avere un problema con l'alcol sopra i 30 anni (69,6%). Solo circa 1/4 si è reso conto del problema in età più giovanile (20-30 anni).

Circa 1/3 dei rispondenti è venuto a conoscenza dell'esistenza di A.A. da un amico o un familiare (33,3%), un altro terzo da medici/operatori (29,9%), un 15% da un altro A.A. L'approccio attraverso i media vede la prevalenza dei giornali o altra forma cartacea (7,4%), della televisione/radio (3,1%), di internet (2,6%) per un totale complessivo del 13,1%. La quasi totalità di coloro che hanno avuto l'informazione da internet è entrata in A.A. negli ultimi 5 anni, senza differenze per fasce di età. Residuali appaiono altre vie di informazione. Il contatto vero e proprio con A.A. vede uno sviluppo siffatto attraverso: un familiare o amico (32%), un altro A.A. (15,2%) ovvero un altro alcolista (3,4%), oppure un professionista (25,4%). Una parte non esigua ha avuto un contatto con A.A. autonomamente, senza aiuto di nessuno (15%). L'esito del primo approccio è stato per la maggior parte di frequenza regolare (72,4%). Per una minoranza vi è stata una certa irregolarità (10,6%) o periodi di abbandono (16,5%). Il 76,9% dei rispondenti, ovvero i 3/4, da quando è in A.A. non ha avuto ricadute (62%) o ne ha avuta una (14,9%). Una minoranza (21,1%) è ricaduta due o più volte. La tipologia dell'alcolista anonimo più rappresentata è quella con una sobrietà che va dai 3 ai 10 anni (29,3%). Una sobrietà superiore ai 10 anni è complessivamente dichiarata dal 31,7%. Inoltre 1/5 degli intervistati ha una sobrietà inferiore all'anno (19,1%). Infine il 35,7% ha meno di 3 anni di sobrietà.

Una parte non piccola di persone che frequentano riferisce di aver avuto anche altri problemi, con sostanze o comportamenti compulsivi, oltre all'alcol. Nell'ordine problemi con le sostanze (20,9%), quindi col sesso (18,7%), con farmaci (15,7%), col cibo (14,8%), col gioco (7,8%). Infine con video/internet (2,7%). Per oltre la metà questi problemi sono migliorati con la frequenza di A.A. (54,4%), per altri no (10,3%), con un alto numero di non risposte, circa 1/3, che rende difficile la lettura finale. Si è analizzato anche quanto riferito sui ricoveri alcol correlati per due aree di grande interesse come quelle associate ad incidentalità stradale e domestica. Per la prima circa 1/3 dichiara di aver avuto da uno a più incidenti con ricovero (28%), prima di iniziare a frequentare, scesi nel complesso al 7,5% dopo aver frequentato A.A. Per l'incidentalità domestica invece i ricoveri sono passati nel totale dal 22% al 7,6%. Il numero di ricoveri complessivamente è diminuito per ogni categoria e nel complesso, per quanto riguarda quelli da incidenti stradali, del 19,2% soprattutto a carico delle categorie che denunciavano un solo incidente (- 8,9%) e 4 o più (- 6,4%). Anche per gli incidenti casalinghi vi è un decremento visibile (-14,2%) prevalentemente a carico della categoria più bassa (1

incidente, -5,5%). Tali decrementi ovviamente indicano uno speculare incremento di persone che dichiarano di non averne più avuto alcuno dopo aver iniziato a frequentare.

Area di maggior miglioramento dichiarata è la famiglia (47,4%), seguita dalla salute (13,4%) e dalla vita sociale (11%). Riguardo a quest'ultima i rispondenti sembrano per la maggior parte impegnati attivamente in vari ambiti e contesti (61,7%) diversamente che nel periodo di attività dell'alcolismo durante il quale buona parte risponde dichiarando di aver avuto problemi nella vita sociale (34,5%), migliorata poi per ben il 78%. Il 72,3% degli intervistati nell'ultimo mese ha frequentato il gruppo 1-2 volte a settimana

### **Al-Anon e Alateen**

Al-Anon è una associazione di auto-mutuo aiuto che opera con la finalità di aiutare le famiglie di alcolisti a recuperare dagli effetti negativi procurati dal problema di alcolismo di un familiare o di un amico. L'unica condizione richiesta per far parte della Associazione è di avere un parente o un amico che ha problemi con l'alcol. Chiunque si renda conto che la propria vita è stata condizionata dal rapporto con un alcolista può diventare membro di Al-Anon. Al-Anon opera in maniera indipendente e senza alcuna affiliazione con altre organizzazioni. Il programma di recupero è adattato da Alcolisti Anonimi e si basa sullo stesso percorso dei "Dodici Passi" che costituisce il nucleo fondamentale del programma di A.A.. L'anonimato ne è un aspetto fondamentale; nei gruppi i membri usano solamente il nome di battesimo e tutto quello che si dice nelle riunioni è considerato rigorosamente confidenziale. Le persone sono incoraggiate a darsi reciproco sostegno e a comunicare tra di loro anche al di fuori del funzionamento dei gruppi. Nelle riunioni i membri del gruppo a turno svolgono il ruolo di conduttori. Altro strumento di recupero utilizzato dalla associazione è la produzione, diffusione e lettura di letteratura specifica che riflette la filosofia del programma, anche scritta dagli stessi membri dei gruppi.

**Alateen** è lo specifico programma di recupero per gli adolescenti di Al-Anon, di cui costituisce parte integrante. Ogni gruppo Alateen fa riferimento a un membro adulto di Al-Anon, che funge da sponsor e guida attiva del gruppo verso la conoscenza dei dodici passi e delle altre regole previste dal programma. I giovani di Alateen possono anche scegliere uno sponsor personale tra i membri di un gruppo Al-Anon o Alateen. Al-Anon e Alateen tengono riunioni chiuse riservate esclusivamente ai propri membri ma anche un certo numero di riunioni aperte a chiunque sia interessato ai problemi relativi all'alcol.

## **TABELLE E GRAFICI**

**Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2013**

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	73	-	-	-	73
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	51	-	-	-	51
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	10	-	-	-	10
VENETO	26	1	-	1	28
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	6	-	-	-	6
EMILIA ROMAGNA	44	-	-	-	44
TOSCANA	39	-	1	-	40
UMBRIA	13	-	-	-	13
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	26	-	-	9	35
ABRUZZO	10	-	-	-	10
MOLISE	4	-	-	-	4
CAMPANIA	45	-	-	-	45
PUGLIA	33	-	-	6	39
BASILICATA	3	-	-	-	3
CALABRIA	9	-	-	3	12
SICILIA	51	-	-	-	51
SARDEGNA	9	-	-	-	9
<b>ITALIA</b>	<b>478</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>500</b>

**Tab.2- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2014**

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	72	-	-	2	74
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	59	-	-	-	59
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	9	-	-	1	10
VENETO	23	1	-	7	31
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	5	-	-	-	5
EMILIA ROMAGNA	46	-	-	-	46
TOSCANA	39	-	1	-	40
UMBRIA	9	-	-	-	9
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	22	-	-	11	33
ABRUZZO	10	-	-	-	10
MOLISE	4	-	-	1	5
CAMPANIA	43	-	-	-	43
PUGLIA	18	-	-	15	33
BASILICATA	3	-	-	2	5
CALABRIA	7	-	-	6	13
SICILIA	50	-	-	1	51
SARDEGNA	8	-	-	2	10
<b>ITALIA</b>	<b>453</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>504</b>

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2013

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	6	126	132	7	111	118	4	77	81	8	106	114
VALLE D'AOSTA	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
LOMBARDIA	33	70	103	18	72	90	19	57	76	20	28	48
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	2	23	25	1	5	6	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	1	11	12	0	2	2	4	3	7	4	1	5
VENETO	6	48	54	8	36	44	6	33	39	8	45	53
FRIULI VENEZIA GIULIA	10	9	19	10	7	17	5	7	12	3	2	5
LIGURIA	5	41	46	3	21	24	1	23	24	1	9	10
EMILIA ROMAGNA	12	63	75	9	42	51	3	37	40	8	44	52
TOSCANA	5	78	83	2	42	44	0	53	53	2	33	35
UMBRIA	2	10	12	3	11	14	1	9	10	0	4	4
MARCHE	5	32	37	1	21	22	2	17	19	0	2	2
LAZIO	20	87	107	14	68	82	13	45	58	1	5	6
ABRUZZO	6	14	20	3	10	13	5	9	14	4	1	5
MOLISE	8	2	10	6	0	6	9	0	9	-	-	-
CAMPANIA	33	87	120	19	52	71	21	48	69	3	18	21
PUGLIA	9	57	66	10	45	55	8	44	52	1	21	22
BASILICATA	2	6	8	3	5	8	1	3	4	1	1	2
CALABRIA	12	12	24	7	9	16	9	8	17	2	2	4
SICILIA	5	105	110	2	61	63	6	66	72	0	8	8
SARDEGNA	17	17	34	10	8	18	6	8	14	3	3	6
<b>ITALIA</b>	<b>201</b>	<b>881</b>	<b>1.082</b>	<b>139</b>	<b>646</b>	<b>785</b>	<b>126</b>	<b>552</b>	<b>678</b>	<b>73</b>	<b>334</b>	<b>407</b>

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	4	148	152	0	31	31	1	37	38	30	636	666
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	4	4	-	-	-	10	4	14
LOMBARDIA	27	79	106	7	15	22	8	7	15	132	328	460
PROV.AUTON.BOLZANO	0	15	15	1	7	8	0	1	1	8	58	66
PROV.AUTON.TRENTO	2	4	6	-	-	-	1	0	1	12	21	33
VENETO	8	75	83	2	23	25	1	10	11	39	270	309
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	12	32	1	5	6	3	1	4	52	43	95
LIGURIA	4	61	65	0	7	7	1	6	7	15	168	183
EMILIA ROMAGNA	16	69	85	2	3	5	0	4	4	50	262	312
TOSCANA	7	73	80	0	8	8	0	18	18	16	305	321
UMBRIA	6	9	15	0	1	1	1	3	4	13	47	60
MARCHE	4	27	31	0	5	5	0	6	6	12	110	122
LAZIO	32	100	132	2	4	6	11	36	47	93	345	438
ABRUZZO	9	13	22	0	3	3	1	3	4	28	53	81
MOLISE	9	0	9	1	0	1	6	0	6	39	2	41
CAMPANIA	40	90	130	5	16	21	4	25	29	125	336	461
PUGLIA	19	61	80	0	7	7	4	16	20	51	251	302
BASILICATA	2	6	8	0	1	1	0	2	2	9	24	33
CALABRIA	10	15	25	4	2	6	8	8	16	52	56	108
SICILIA	4	96	100	1	20	21	1	34	35	19	390	409
SARDEGNA	20	12	32	1	4	5	0	3	3	57	55	112
<b>ITALIA</b>	<b>245</b>	<b>965</b>	<b>1.210</b>	<b>27</b>	<b>166</b>	<b>193</b>	<b>51</b>	<b>220</b>	<b>271</b>	<b>862</b>	<b>3.764</b>	<b>4.626</b>

Tab. 4- UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2014

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	8	127	135	10	113	123	5	74	79	10	107	117
VALLE D'AOSTA	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
LOMBARDIA	46	69	115	28	72	100	35	53	88	24	34	58
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	3	26	29	1	5	6	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	2	10	12	0	2	2	2	3	5	3	2	5
VENETO	5	52	57	8	35	43	7	32	39	14	40	54
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	9	18	10	7	17	5	6	11	2	3	5
LIGURIA	33	8	41	15	7	22	19	5	24	6	4	10
EMILIA ROMAGNA	4	62	66	5	32	37	2	38	40	3	40	43
TOSCANA	4	69	73	2	43	45	0	47	47	2	36	38
UMBRIA	1	7	8	1	7	8	0	5	5	0	4	4
MARCHE	5	30	35	1	20	21	3	17	20	0	2	2
LAZIO	34	74	108	19	56	75	16	39	55	1	3	4
ABRUZZO	6	13	19	3	11	14	5	10	15	2	1	3
MOLISE	9	3	12	7	0	7	11	0	11	-	-	-
CAMPANIA	37	92	129	13	57	70	22	57	79	3	20	23
PUGLIA	4	59	63	4	44	48	2	38	40	0	25	25
BASILICATA	2	8	10	3	4	7	2	4	6	1	1	2
CALABRIA	15	8	23	6	7	13	8	6	14	3	1	4
SICILIA	2	105	107	3	65	68	2	63	65	0	10	10
SARDEGNA	20	26	46	11	14	25	7	10	17	4	4	8
<b>ITALIA</b>	<b>250</b>	<b>837</b>	<b>1.087</b>	<b>154</b>	<b>622</b>	<b>776</b>	<b>156</b>	<b>512</b>	<b>668</b>	<b>82</b>	<b>338</b>	<b>420</b>

Segue tab.4

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	7	141	148	1	30	31	1	36	37	42	628	670
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	4	4				10	4	14
LOMBARDIA	37	82	119	11	14	25	5	3	8	186	327	513
PROV.AUTON.BOLZANO	0	15	15	1	7	8	0	1	1	9	61	70
PROV.AUTON.TRENTO	2	3	5	1	0	1	1	0	1	11	20	31
VENETO	9	74	83	3	19	22	3	11	14	49	263	312
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	14	34	1	5	6	3	1	4	50	45	95
LIGURIA	57	9	66	8	4	12	3	3	6	141	40	181
EMILIA ROMAGNA	2	73	75	0	3	3	1	6	7	17	254	271
TOSCANA	8	84	92	1	7	8	1	10	11	18	296	314
UMBRIA	2	8	10				0	1	1	4	32	36
MARCHE	4	27	31	0	6	6	0	6	6	13	108	121
LAZIO	42	69	111	3	4	7	15	25	40	130	270	400
ABRUZZO	9	14	23	0	3	3	2	3	5	27	55	82
MOLISE	13	0	13	1	0	1	7	0	7	48	3	51
CAMPANIA	49	91	140	3	14	17	4	25	29	131	356	487
PUGLIA	6	55	61	0	5	5	3	10	13	19	236	255
BASILICATA	5	9	14	0	3	3	0	1	1	13	30	43
CALABRIA	14	9	23	5	3	8	6	8	14	57	42	99
SICILIA	2	92	94	1	23	24	1	30	31	11	388	399
SARDEGNA	24	20	44	1	6	7	0	5	5	67	85	152
<b>ITALIA</b>	<b>314</b>	<b>889</b>	<b>1.203</b>	<b>41</b>	<b>160</b>	<b>201</b>	<b>56</b>	<b>185</b>	<b>241</b>	<b>1.053</b>	<b>3.543</b>	<b>4.596</b>

Segue tab.4

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI		AMMINISTRATIVI		ALTRO		TOTALE	
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente
PIEMONTE	4,0	96,0	7,4	92,6	2,0	98,0	6,1	93,9
VALLE D'AOSTA	66,7	33,3	0,0	100,0	0,0	0,0	36,8	63,2
LOMBARDIA	34,7	65,3	31,6	68,4	75,0	25,0	39,2	60,8
PROV.AUTON.BOLZANO	0,0	100,0	14,3	85,7	0,0	100,0	14,3	85,7
PROV.AUTON.TRENTO	28,6	71,4	-	-	100,0	0,0	34,4	65,6
VENETO	8,2	91,8	14,3	85,7	5,6	94,4	11,9	88,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	66,7	33,3	0,0	100,0	100,0	0,0	53,8	46,2
LIGURIA	5,5	94,5	0,0	100,0	12,5	87,5	7,2	92,8
EMILIA ROMAGNA	3,0	97,0	25,0	75,0	0,0	100,0	7,0	93,0
TOSCANA	8,9	91,1	0,0	100,0	0,0	100,0	3,8	96,2
UMBRIA	50,0	50,0	-	-	0,0	100,0	23,6	76,4
MARCHE	23,3	76,7	0,0	100,0	0,0	100,0	18,3	81,7
LAZIO	35,8	64,2	50,0	50,0	10,8	89,2	27,8	72,2
ABRUZZO	100,0	0,0	100,0	0,0	16,7	83,3	64,1	35,9
MOLISE	75,0	25,0	100,0	0,0	100,0	0,0	72,0	28,0
CAMPANIA	26,5	73,5	35,3	64,7	6,9	93,1	22,0	78,0
PUGLIA	17,9	82,1	0,0	100,0	57,1	42,9	20,2	79,8
BASILICATA	35,3	64,7	0,0	100,0	0,0	100,0	30,4	69,6
CALABRIA	50,0	50,0	-	-	33,3	66,7	43,8	56,3
SICILIA	5,5	94,5	10,5	89,5	8,1	91,9	9,0	91,0
SARDEGNA	42,0	58,0	12,5	87,5	0,0	100,0	31,5	68,5
<b>ITALIA</b>	<b>21,5</b>	<b>78,5</b>	<b>15,9</b>	<b>84,1</b>	<b>14,5</b>	<b>85,5</b>	<b>19,4</b>	<b>80,6</b>

**Tab.5 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

**UTENTI TOTALI**

REGIONE	2010				2011				2012				2013				2014			
	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	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,2	5.694	1.830	7.524	3,1	5.504	1.294	6.798	4,3	5.111	1.654	6.765	3,1
VALLE D'AOSTA	279	74	353	3,8	239	72	311	3,3	251	67	318	3,7	271	58	329	4,7	257	73	330	3,5
LOMBARDIA	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,2	9.289	2.144	11.433	4,3	9.399	2.261	11.660	4,2	11.136	2.656	13.792	4,2
PROV.AUTON.BOLZANO	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,1	1.372	468	1.840	2,9	1.354	456	1.810	3,0	2.531	602	3.133	4,2
PROV.AUTON.TRENTO	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,5	2.825	671	3.496	4,2	2.397	493	2.890	4,9	2.414	705	3.119	3,4
VENETO	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,8	7.768	2.008	9.776	3,9	6.907	1.808	8.715	3,8	7.575	2.084	9.659	3,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,6	3.053	866	3.919	3,5	3.362	991	4.353	3,4	3.545	924	4.469	3,8
LIGURIA	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,8	1.353	544	1.897	2,5	1.273	538	1.811	2,4	1.230	534	1.764	2,3
EMILIA ROMAGNA	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,4	3.987	1.534	5.521	2,6	3.988	1.578	5.566	2,5	4.120	1.623	5.743	2,5
TOSCANA	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,6	3.791	1.535	5.326	2,5	3.684	1.499	5.183	2,5	3.750	1.597	5.347	2,3
UMBRIA	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,3	2.100	463	2.563	4,5	2.410	604	3.014	4,0	1.791	446	2.237	4,0
MARCHE	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,4	1.027	402	1.429	2,6	1.161	519	1.680	2,2	1.185	479	1.664	2,5
LAZIO	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,5	1.476	496	1.972	3,0	2.033	620	2.653	3,3	1.743	559	2.302	3,1
ABRUZZO	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,8	874	224	1.098	3,9	1.081	264	1.345	4,1	839	227	1.066	3,7
MOLISE	360	72	432	5,0	246	48	294	5,1	369	80	449	4,6	369	86	455	4,3	400	64	464	6,3
CAMPANIA	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,2	2.204	540	2.744	4,1	2.429	525	2.954	4,6	2.400	477	2.877	5,0
PUGLIA	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,6	321	74	395	4,3	1.344	330	1.674	4,1	1.012	272	1.284	3,7
BASILICATA	93	30	123	3,1	375	78	453	4,8	424	95	519	4,5	261	54	315	4,8	358	77	435	4,6
CALABRIA	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,1	120	10	130	-	1.350	262	1.612	5,2	985	183	1.168	5,4
SICILIA	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,7	2.399	444	2.843	5,4	2.593	534	3.127	4,9	2.641	523	3.164	5,0
SARDEGNA	1.771	437	2.208	4,1	3.190	693	3.883	4,6	3.734	844	4.578	4,4	1.533	403	1.936	3,8	1.541	461	2.002	3,3
<b>ITALIA</b>	<b>35.125</b>	<b>9.902</b>	<b>45.027</b>	<b>3,5</b>	<b>45.771</b>	<b>12.351</b>	<b>58.122</b>	<b>3,7</b>	<b>54.431</b>	<b>15.339</b>	<b>69.770</b>	<b>3,5</b>	<b>54.703</b>	<b>15.177</b>	<b>69.880</b>	<b>3,6</b>	<b>56.564</b>	<b>16.220</b>	<b>72.784</b>	<b>3,5</b>

Segue Tab.5

**UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI**

REGIONE	2010				2011				2012				2013				2014			
	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	3.849	1.232	5.081	3,1	3.676	1.236	4.912	3,0	3.973	1.335	5.308	3,0	4.286	997	5.283	4,3	3.974	1.310	5.284	3,0
VALLE D'AOSTA	218	57	275	3,8	210	61	271	3,4	203	59	262	3,4	218	50	268	4,4	223	50	273	4,5
LOMBARDIA	1.105	322	1.427	3,4	5.577	1.279	6.856	4,4	6.174	1.517	7.691	4,1	6.395	1.612	8.007	4,0	7.463	1.838	9.301	4,1
PROV.AUTON.BOLZANO	1.041	267	1.308	3,9	1.038	324	1.362	3,2	1.111	347	1.458	3,2	1.083	362	1.445	3,0	1.945	467	2.412	4,2
PROV.AUTON.TRENTO	1.369	456	1.825	3,0	1.978	330	2.308	6,0	2.106	405	2.511	5,2	1.211	294	1.505	4,1	1.888	599	2.487	3,2
VENETO	4.095	1.081	5.176	3,8	4.154	1.116	5.270	3,7	5.878	1.501	7.379	3,9	5.222	1.332	6.554	3,9	5.728	1.586	7.314	3,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.590	373	1.963	4,3	177	37	214	4,8	1.692	519	2.211	3,3	2.034	648	2.682	3,1	2.409	603	3.012	4,0
LIGURIA	1.426	566	1.992	2,5	949	349	1.298	2,7	1.155	437	1.592	2,6	1.036	433	1.469	2,4	952	426	1.378	2,2
EMILIA ROMAGNA	251	87	338	2,9	782	326	1.108	2,4	2.977	1.170	4.147	2,5	3.093	1.181	4.274	2,6	3.177	1.281	4.458	2,5
TOSCANA	2.576	995	3.571	2,6	2.796	1.065	3.861	2,6	2.874	1.192	4.066	2,4	2.823	1.179	4.002	2,4	2.848	1.247	4.095	2,3
UMBRIA	529	120	649	4,4	1.865	454	2.319	4,1	1.266	297	1.563	4,3	1.241	360	1.601	3,4	1.027	239	1.266	4,3
MARCHE	685	241	926	2,8	532	217	749	2,5	795	305	1.100	2,6	881	379	1.260	2,3	819	353	1.172	2,3
LAZIO	467	149	616	3,1	1.575	437	2.012	3,6	985	318	1.303	3,1	1.322	424	1.746	3,1	1.210	389	1.599	3,1
ABRUZZO	460	149	609	3,1	434	127	561	3,4	558	138	696	4,0	753	179	932	4,2	500	132	632	3,8
MOLISE	284	49	333	5,8	210	38	248	5,5	272	68	340	4,0	286	59	345	4,8	296	53	349	5,6
CAMPANIA	1.127	234	1.361	4,8	1.452	328	1.780	4,4	1.574	341	1.915	4,6	1.824	387	2.211	4,7	1.732	340	2.072	5,1
PUGLIA	897	210	1.107	4,3	703	155	858	4,5	243	58	301	4,2	1.001	239	1.240	4,2	740	196	936	3,8
BASILICATA	71	24	95	3,0	277	58	335	4,8	328	71	399	4,6	204	40	244	5,1	279	57	336	4,9
CALABRIA	-	-	-	-	973	151	1.124	6,4	62	2	64	-	1.013	170	1.183	6,0	650	97	747	6,7
SICILIA	911	176	1.087	5,2	1.053	199	1.252	5,3	1.527	284	1.811	5,4	1.814	371	2.185	4,9	1.857	359	2.216	5,2
SARDEGNA	1.274	303	1.577	4,2	2.326	512	2.838	4,5	2.452	578	3.030	4,2	1.017	284	1.301	3,6	942	303	1.245	3,1
<b>ITALIA</b>	<b>24.225</b>	<b>7.091</b>	<b>31.316</b>	<b>3,4</b>	<b>32.737</b>	<b>8.799</b>	<b>41.536</b>	<b>3,7</b>	<b>38.205</b>	<b>10.942</b>	<b>49.147</b>	<b>3,5</b>	<b>38.757</b>	<b>10.980</b>	<b>49.737</b>	<b>3,5</b>	<b>40.659</b>	<b>11.925</b>	<b>52.584</b>	<b>3,4</b>

Segue Tab.5

**UTENTI NUOVI**

REGIONE	2010				2011				2012				2013				2014			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F																
PIEMONTE	1.535	405	1.940	3,8	1.451	382	1.833	3,8	1.721	495	2.216	3,5	1.218	297	1.515	4,1	1.137	344	1.481	3,3
VALLE D'AOSTA	61	17	78	3,6	29	11	40	2,6	48	8	56	6,0	53	8	61	6,6	34	23	57	1,5
LOMBARDIA	555	115	670	4,8	2.388	608	2.996	3,9	3.115	627	3.742	5,0	3.004	649	3.653	4,6	3.673	818	4.491	4,5
PROV.AUTON.BOLZANO	287	102	389	2,8	253	97	350	2,6	261	121	382	2,2	271	94	365	2,9	586	135	721	4,3
PROV.AUTON.TRENTO	433	148	581	2,9	548	232	780	2,4	719	266	985	2,7	1.186	199	1.385	6,0	526	106	632	5,0
VENETO	1.987	429	2.416	4,6	1.580	402	1.982	3,9	1.890	507	2.397	3,7	1.685	476	2.161	3,5	1.847	498	2.345	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.209	254	1.463	4,8	378	63	441	6,0	1.361	347	1.708	3,9	1.328	343	1.671	3,9	1.136	321	1.457	3,5
LIGURIA	309	128	437	2,4	242	83	325	2,9	198	107	305	1,9	237	105	342	2,3	278	108	386	2,6
EMILIA ROMAGNA	102	39	141	2,6	198	90	288	2,2	1.010	364	1.374	2,8	895	397	1.292	2,3	943	342	1.285	2,8
TOSCANA	787	316	1.103	2,5	900	369	1.269	2,4	917	343	1.260	2,7	861	320	1.181	2,7	902	350	1.252	2,6
UMBRIA	772	118	890	6,5	891	180	1.071	5,0	834	166	1.000	5,0	1.169	244	1.413	4,8	764	207	971	3,7
MARCHE	216	84	300	2,6	183	81	264	2,3	232	97	329	2,4	280	140	420	2,0	366	126	492	2,9
LAZIO	226	55	281	4,1	695	214	909	3,2	491	178	669	2,8	711	196	907	3,6	533	170	703	3,1
ABRUZZO	395	144	539	2,7	288	128	416	2,3	316	86	402	3,7	328	85	413	3,9	339	95	434	3,6
MOLISE	76	23	99	3,3	36	10	46	3,6	97	12	109	8,1	83	27	110	3,1	104	11	115	9,5
CAMPANIA	516	110	626	4,7	546	147	693	3,7	630	199	829	3,2	605	138	743	4,4	668	137	805	4,9
PUGLIA	329	107	436	3,1	263	53	316	5,0	78	16	94	4,9	343	91	434	3,8	272	76	348	3,6
BASILICATA	22	6	28	3,7	98	20	118	4,9	96	24	120	4,0	57	14	71	4,1	79	20	99	4,0
CALABRIA	-	-	-	-	428	78	506	5,5	58	8	66	-	337	92	429	3,7	335	86	421	3,9
SICILIA	586	77	663	7,6	775	123	898	6,3	872	160	1.032	5,5	779	163	942	4,8	784	164	948	4,8
SARDEGNA	497	134	631	3,7	864	181	1.045	4,8	1.282	266	1.548	4,8	516	119	635	4,3	599	158	757	3,8
<b>ITALIA</b>	<b>10.900</b>	<b>2.811</b>	<b>13.711</b>	<b>3,9</b>	<b>13.034</b>	<b>3.552</b>	<b>16.586</b>	<b>3,7</b>	<b>16.226</b>	<b>4.397</b>	<b>20.623</b>	<b>3,7</b>	<b>15.946</b>	<b>4.197</b>	<b>20.143</b>	<b>3,8</b>	<b>15.905</b>	<b>4.295</b>	<b>20.200</b>	<b>3,7</b>

**Tab.6- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2013**

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	143	0,9	41	1,0	184	0,9	140	0,4	48	0,4	188	0,4	283	0,5	89	0,6	372	0,5
20-29	2.173	13,6	449	10,7	2.622	13,0	2.785	7,2	572	5,2	3.357	6,7	4.958	9,0	1.021	6,7	5.979	8,5
30-39	3.646	22,8	895	21,2	4.541	22,5	7.909	20,3	1.782	16,2	9.691	19,4	11.555	21,0	2.677	17,6	14.232	20,3
40-49	4.877	30,5	1.275	30,3	6.152	30,4	12.642	32,5	3.362	30,5	16.004	32,1	17.519	31,9	4.637	30,4	22.156	31,6
50-59	3.254	20,3	956	22,7	4.210	20,8	9.805	25,2	3.242	29,4	13.047	26,1	13.059	23,8	4.198	27,6	17.257	24,6
>=60	1.905	11,9	598	14,2	2.503	12,4	5.627	14,5	2.017	18,3	7.644	15,3	7.532	13,7	2.615	17,2	10.147	14,5
<b>TOTALE</b>	<b>15.998</b>	<b>100,0</b>	<b>4.214</b>	<b>100,0</b>	<b>20.212</b>	<b>100,0</b>	<b>38.908</b>	<b>100,0</b>	<b>11.023</b>	<b>100,0</b>	<b>49.931</b>	<b>100,0</b>	<b>54.906</b>	<b>100,0</b>	<b>15.237</b>	<b>100,0</b>	<b>70.143</b>	<b>100,0</b>

*Tab.7- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2014*

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	125	0,8	46	1,1	171	0,8	114	0,3	47	0,4	161	0,3	239	0,4	93	0,6	332	0,5
20-29	1.954	12,3	390	9,1	2.344	11,6	2.791	6,9	585	4,9	3.376	6,4	4.745	8,4	975	6,0	5.720	7,8
30-39	3.548	22,3	850	19,8	4.398	21,7	7.856	19,3	1.821	15,2	9.677	18,4	11.404	20,1	2.671	16,4	14.075	19,3
40-49	4.802	30,2	1.335	31,0	6.137	30,3	12.843	31,5	3.789	31,7	16.632	31,6	17.645	31,1	5.124	31,5	22.769	31,2
50-59	3.394	21,3	988	23,0	4.382	21,7	10.894	26,7	3.574	29,9	14.468	27,5	14.288	25,2	4.562	28,1	18.850	25,9
>=60	2.099	13,2	692	16,1	2.791	13,8	6.241	15,3	2.141	17,9	8.382	15,9	8.340	14,7	2.833	17,4	11.173	15,3
<b>TOTALE</b>	<b>15.922</b>	<b>100,0</b>	<b>4.301</b>	<b>100,0</b>	<b>20.223</b>	<b>100,0</b>	<b>40.739</b>	<b>100,0</b>	<b>11.957</b>	<b>100,0</b>	<b>52.696</b>	<b>100,0</b>	<b>56.661</b>	<b>100,0</b>	<b>16.258</b>	<b>100,0</b>	<b>72.919</b>	<b>100,0</b>

Tab.8 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2013

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	13,5	13,4	13,5	1,7	1,6	1,7	35,8	40,6	36,9	13,0	10,4	12,4	36,1	34,0	35,6
VALLE D'AOSTA	3,7	-	3,0	0,0	1,7	0,3	89,7	93,1	90,3	6,6	5,2	6,4	0,0	-	0,0
LOMBARDIA	9,2	11,3	9,6	4,3	5,2	4,5	45,5	54,2	47,2	28,6	20,7	27,1	12,4	8,5	11,6
PROV.AUTON.BOLZANO	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	6,0	6,1	6,0	1,5	2,8	1,8	71,7	75,1	72,5	20,8	16,0	19,7	0,0	-	0,0
VENETO	4,1	6,7	4,6	6,9	7,3	7,0	60,0	61,7	60,3	25,1	19,9	24,1	3,9	4,5	4,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,2	7,6	5,0	1,7	1,8	1,7	40,0	33,6	38,5	30,6	22,5	28,7	23,5	34,4	26,0
LIGURIA	12,1	13,8	12,6	1,2	1,7	1,3	57,2	65,8	59,7	27,7	16,7	24,5	1,7	2,1	1,8
EMILIA ROMAGNA	11,0	11,1	11,0	2,9	3,2	3,0	51,1	54,6	52,1	22,5	17,7	21,1	12,4	13,4	12,7
TOSCANA	11,7	9,0	10,9	6,2	4,4	5,6	53,3	57,4	54,5	21,2	19,5	20,7	7,7	9,7	8,3
UMBRIA	8,0	10,2	8,5	12,0	9,3	11,4	34,8	37,9	35,5	43,9	40,7	43,2	1,3	1,9	1,4
MARCHE	7,2	7,0	7,1	4,8	1,0	3,7	45,7	56,3	49,0	12,0	10,5	11,5	30,2	25,2	28,7
LAZIO	13,1	12,8	13,0	6,4	7,0	6,6	46,1	43,1	45,3	27,4	33,0	28,8	7,0	4,0	6,3
ABRUZZO	8,6	4,8	7,8	5,8	8,8	6,4	58,0	60,6	58,6	27,3	24,8	26,8	0,2	0,9	0,4
MOLISE	18,4	18,6	18,5	3,5	14,0	5,5	51,2	52,3	51,4	25,2	15,1	23,3	1,6	-	1,3
CAMPANIA	19,6	14,2	18,7	8,0	6,3	7,7	50,6	58,6	52,0	19,4	20,1	19,5	2,4	0,7	2,1
PUGLIA	17,4	15,7	17,0	6,0	6,2	6,0	42,3	45,8	43,0	32,0	30,5	31,7	2,4	1,8	2,3
BASILICATA	13,1	11,5	12,8	3,0	8,2	4,0	53,8	57,4	54,5	28,0	21,3	26,6	2,1	1,6	2,0
CALABRIA	17,2	14,6	16,8	6,1	5,7	6,0	43,5	52,8	45,0	31,1	26,0	30,3	2,1	0,8	1,9
SICILIA	18,1	17,2	18,0	9,8	12,4	10,3	41,6	44,8	42,1	29,0	23,3	28,0	1,5	2,2	1,6
SARDEGNA	12,1	9,6	11,7	7,1	14,6	8,3	40,9	41,4	41,0	39,9	34,4	39,0	0,0	-	0,0
ITALIA	10,6	10,7	10,6	5,3	5,2	5,3	47,5	51,5	48,4	25,6	20,7	24,5	11,1	11,8	11,3

Tab.9 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2014

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	12,2	12,3	12,2	1,4	1,5	1,4	33,5	36,8	34,3	13,0	10,6	12,4	40,0	38,8	39,7
VALLE D'AOSTA	2,3	-	1,8	0,0	1,4	0,3	89,5	90,4	89,7	8,2	8,2	8,2	0,0	-	0,0
LOMBARDIA	9,7	10,2	9,8	4,1	4,0	4,1	48,2	57,4	50,0	33,0	23,8	31,2	5,0	4,6	4,9
PROV.AUTON.BOLZANO	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	33,3	-	25,0	0,0	-	0,0	66,7	100,0	75,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
VENETO	4,8	6,8	5,2	5,8	7,6	6,2	62,0	63,0	62,2	26,1	21,2	25,1	1,3	1,4	1,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,1	8,0	5,0	1,6	2,2	1,7	52,1	36,6	48,4	30,9	23,6	29,2	11,3	29,6	15,7
LIGURIA	10,1	15,0	11,6	2,8	2,5	2,7	58,4	58,3	58,4	28,2	24,2	27,0	0,5	-	0,3
EMILIA ROMAGNA	13,1	10,4	12,4	3,0	3,4	3,1	56,5	65,6	59,1	24,5	19,0	23,0	2,8	1,6	2,5
TOSCANA	10,4	9,3	10,1	6,2	5,8	6,1	55,4	55,4	55,4	22,6	22,3	22,5	5,4	7,3	6,0
UMBRIA	6,7	9,0	7,2	15,3	13,9	15,0	42,1	44,8	42,6	35,1	32,3	34,5	0,9	-	0,7
MARCHE	7,2	6,9	7,1	4,8	2,3	4,1	45,7	50,9	47,2	11,4	12,3	11,6	30,8	27,6	29,9
LAZIO	15,8	11,4	14,7	6,2	6,1	6,1	50,9	55,4	52,0	25,6	25,6	25,6	1,5	1,6	1,5
ABRUZZO	9,8	7,8	9,4	3,4	7,4	4,2	60,5	61,1	60,6	26,3	23,7	25,8	0,0	-	0,0
MOLISE	20,4	18,1	20,1	4,2	4,2	4,2	43,6	55,6	45,5	31,7	22,2	30,2	0,0	-	0,0
CAMPANIA	21,2	13,7	20,0	8,1	5,7	7,7	50,9	58,7	52,1	19,5	21,3	19,8	0,3	0,7	0,4
PUGLIA	21,6	17,9	20,8	7,9	6,9	7,7	37,1	50,2	39,8	30,6	24,1	29,3	2,8	1,0	2,4
BASILICATA	10,6	11,4	10,8	8,6	17,1	10,2	49,0	54,3	50,0	29,1	14,3	26,3	2,6	2,9	2,7
CALABRIA	13,7	7,8	12,8	5,6	11,1	6,4	52,7	60,6	53,9	28,1	20,6	26,9	0,0	-	0,0
SICILIA	17,9	15,3	17,5	7,5	8,4	7,7	42,1	43,5	42,4	32,0	32,8	32,1	0,5	-	0,4
SARDEGNA	10,1	16,2	11,6	6,1	9,3	6,8	40,7	43,8	41,5	43,1	30,8	40,1	0,0	-	0,0
ITALIA	10,8	10,4	10,7	5,0	5,1	5,0	50,1	54,1	51,0	26,7	21,5	25,5	7,5	8,9	7,8

**Tab.10 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2013**

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	21,4	6,6	0,0	46,2	2,0	0,9	2,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0	20,2
VALLE D'AOSTA	47,4	7,5	1,3	16,0	2,9	8,0	9,5	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	23,9	10,4	4,3	22,8	1,8	18,6	2,3	0,8	0,4	0,2	0,2	0,0	0,1	14,2
PROV.AUTON.BOLZANO	25,8	14,1	5,0	16,3	5,4	9,2	4,1	3,0	0,2	0,0	2,4	0,0	0,0	14,6
PROV.AUTON.TRENTO	8,7	0,0	0,0	76,1	7,9	3,8	0,6	1,8	0,0	0,0	1,0	0,1	0,0	0,0
VENETO	28,8	6,2	3,5	23,8	9,8	11,0	2,2	2,7	1,2	0,3	0,4	0,2	0,0	9,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	9,5	3,4	5,8	28,0	10,9	10,8	0,7	6,4	0,2	0,9	0,3	0,0	10,0	13,2
LIGURIA	34,6	20,6	2,4	23,0	2,9	9,3	2,7	2,5	0,8	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	47,1	2,9	1,7	10,5	2,5	23,4	4,5	0,4	0,1	0,7	0,2	0,1	0,2	5,8
TOSCANA	35,1	2,2	1,3	28,8	9,8	13,2	2,0	2,0	1,3	1,0	1,4	0,7	0,4	0,9
UMBRIA	19,1	10,2	6,2	33,3	13,7	8,7	2,6	2,4	1,4	0,1	2,2	0,2	0,0	0,0
MARCHE	24,3	10,7	4,2	34,8	0,7	12,6	3,2	4,1	1,1	0,0	3,1	0,2	0,0	0,8
LAZIO	26,7	12,8	4,7	22,3	5,9	12,9	2,4	1,0	0,5	0,1	1,7	0,4	0,0	8,5
ABRUZZO	22,9	8,7	3,1	37,0	5,3	12,7	2,5	0,9	0,6	0,2	1,8	0,0	0,2	4,2
MOLISE	26,2	16,3	6,5	22,8	8,9	14,8	2,1	0,8	0,9	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0
CAMPANIA	35,1	9,1	3,6	29,2	3,4	12,3	2,0	1,8	2,5	0,0	0,7	0,2	0,0	0,2
PUGLIA	28,7	11,8	3,2	22,4	5,4	15,0	6,3	2,2	2,2	0,8	1,3	0,2	0,1	0,5
BASILICATA	21,7	13,9	6,9	40,7	7,6	5,1	2,7	1,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	32,1	9,0	3,6	20,7	16,5	14,0	2,9	0,6	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
SICILIA	26,4	12,1	10,6	27,0	2,8	15,4	2,3	1,0	1,4	0,0	0,7	0,4	0,0	0,0
SARDEGNA	29,5	10,4	5,1	29,1	12,5	6,6	2,6	1,6	1,8	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0
ITALIA	27,1	8,3	3,5	28,3	5,6	12,1	2,5	1,6	0,8	0,3	0,7	0,2	0,5	8,5

**Tab.11 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2014**

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	21,4	8,3	0,0	17,3	1,9	27,4	2,4	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,0	20,4
VALLE D'AOSTA	46,1	9,5	1,6	17,8	2,3	6,5	8,7	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	21,9	7,7	4,3	24,7	2,5	20,3	2,5	0,9	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	14,4
PROV.AUTON.BOLZANO	20,9	21,1	0,0	28,9	0,1	10,9	2,3	0,6	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	14,0
PROV.AUTON.TRENTO	11,2	0,4	0,1	50,7	25,2	5,8	2,7	2,4	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
VENETO	27,0	5,1	2,3	22,5	11,1	13,5	2,2	2,9	1,3	0,2	0,3	0,2	0,0	11,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	9,6	2,6	7,0	30,1	8,2	11,3	0,7	6,7	0,5	1,0	0,1	0,1	10,0	12,2
LIGURIA	32,9	14,3	2,8	29,2	2,5	10,9	2,9	1,9	0,6	0,0	0,7	0,0	1,2	0,1
EMILIA ROMAGNA	46,0	3,3	1,8	9,4	2,4	24,0	4,6	0,5	0,2	0,9	0,0	0,0	0,0	6,9
TOSCANA	33,1	4,6	0,8	31,1	10,3	9,6	3,3	1,2	1,6	1,4	1,2	0,9	0,1	0,8
UMBRIA	18,8	9,3	4,4	35,4	7,4	17,2	1,4	1,6	1,9	0,0	2,2	0,3	0,0	0,0
MARCHE	25,6	12,8	2,4	28,6	0,7	17,5	4,4	3,8	1,2	0,0	2,0	0,1	0,0	0,8
LAZIO	25,4	13,8	4,7	20,1	6,9	10,4	2,1	0,9	0,8	0,1	2,0	0,3	0,2	12,3
ABRUZZO	12,5	8,1	2,6	25,8	4,8	8,0	1,1	0,6	0,5	0,0	1,0	0,0	0,0	35,0
MOLISE	31,1	5,2	5,7	32,0	6,2	14,5	2,8	0,9	0,7	0,0	0,9	0,1	0,0	0,0
CAMPANIA	33,1	8,7	4,0	29,6	3,4	12,5	2,4	2,3	2,1	0,0	1,2	0,4	0,0	0,2
PUGLIA	39,5	6,0	1,5	18,8	8,0	14,4	3,5	2,0	0,4	0,3	1,3	0,3	0,1	3,9
BASILICATA	21,0	17,9	10,0	30,6	2,8	6,3	5,4	3,2	1,6	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	31,6	11,3	4,3	28,0	5,2	13,2	3,4	0,2	0,5	2,0	0,0	0,1	0,0	0,0
SICILIA	27,1	13,2	4,9	29,8	3,0	15,0	2,4	1,3	1,9	0,0	0,9	0,4	0,0	0,1
SARDEGNA	34,9	12,3	5,3	26,3	4,2	9,9	1,8	1,9	1,7	0,1	0,5	0,2	0,2	0,7
ITALIA	25,7	8,2	2,9	24,8	5,5	15,8	2,5	1,6	0,8	0,3	0,7	0,2	0,5	10,4

**Tab.12 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO**  
*percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma*

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Medico farmacologico ambulatoriale</b>		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7
<b>Psicoterapeutico</b>	individuale	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2
	di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9
<b>Counseling all'utente o alla famiglia</b>		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8
<b>Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto</b>		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5
<b>Trattamento socio-riabilitativo</b>		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8
<b>Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.</b>		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5
<b>Ricovero ospedaliero o day hospital per:</b>	sindrome di dipendenza da alcool	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6
	altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8
	altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3
<b>Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:</b>	sindrome di dipendenza da alcool	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7
	altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
	altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5
<b>Altro</b>		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4

**Tab.13 - PERCENTUALI\* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE  
CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2014**

**a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale**

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio- sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	64,9	39,2	13,5	39,2	20,3	45,9	2,7
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
LOMBARDIA	76,3	72,9	11,9	59,3	30,5	66,1	-
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	66,7	83,3	83,3	50,0	83,3	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	50,0	-	60,0	60,0	60,0	-
VENETO	93,5	74,2	35,5	58,1	29,0	74,2	9,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	66,7	16,7	16,7	50,0	66,7	16,7
LIGURIA	80,0	80,0	20,0	80,0	-	40,0	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	72,5	37,5	17,5	30,0	22,5	30,0	2,5
UMBRIA	88,9	66,7	22,2	66,7	77,8	55,6	-
MARCHE	50,0	64,3	14,3	71,4	14,3	57,1	14,3
LAZIO	42,4	45,5	15,2	72,7	30,3	39,4	6,1
ABRUZZO	50,0	40,0	20,0	70,0	40,0	30,0	20,0
MOLISE	60,0	40,0	-	80,0	-	-	-
CAMPANIA	39,5	25,6	11,6	41,9	18,6	18,6	4,7
PUGLIA	18,2	18,2	9,1	30,3	12,1	15,2	-
BASILICATA	80,0	60,0	20,0	40,0	-	20,0	-
CALABRIA	23,1	30,8	38,5	38,5	15,4	7,7	-
SICILIA	33,3	19,6	-	43,1	19,6	23,5	2,0
SARDEGNA	90,0	30,0	30,0	50,0	30,0	60,0	-
ITALIA	52,8	39,9	14,1	44,4	22,6	37,1	3,2

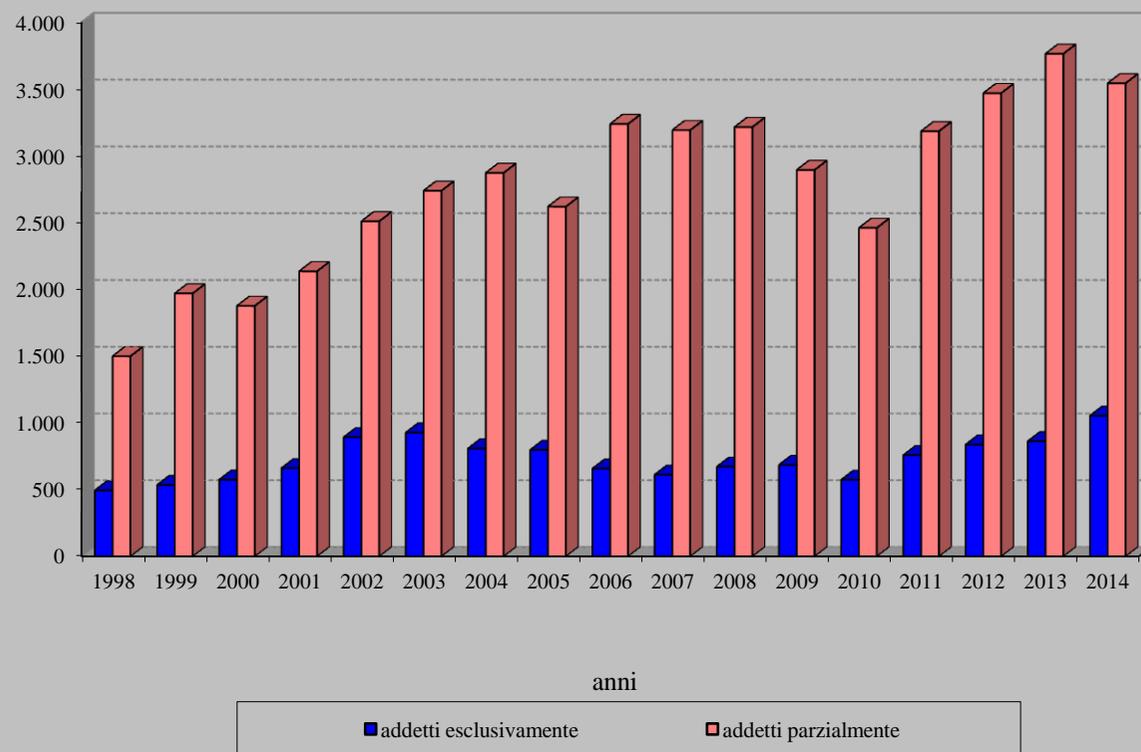
\*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello ALC.07)

Segue tab.13

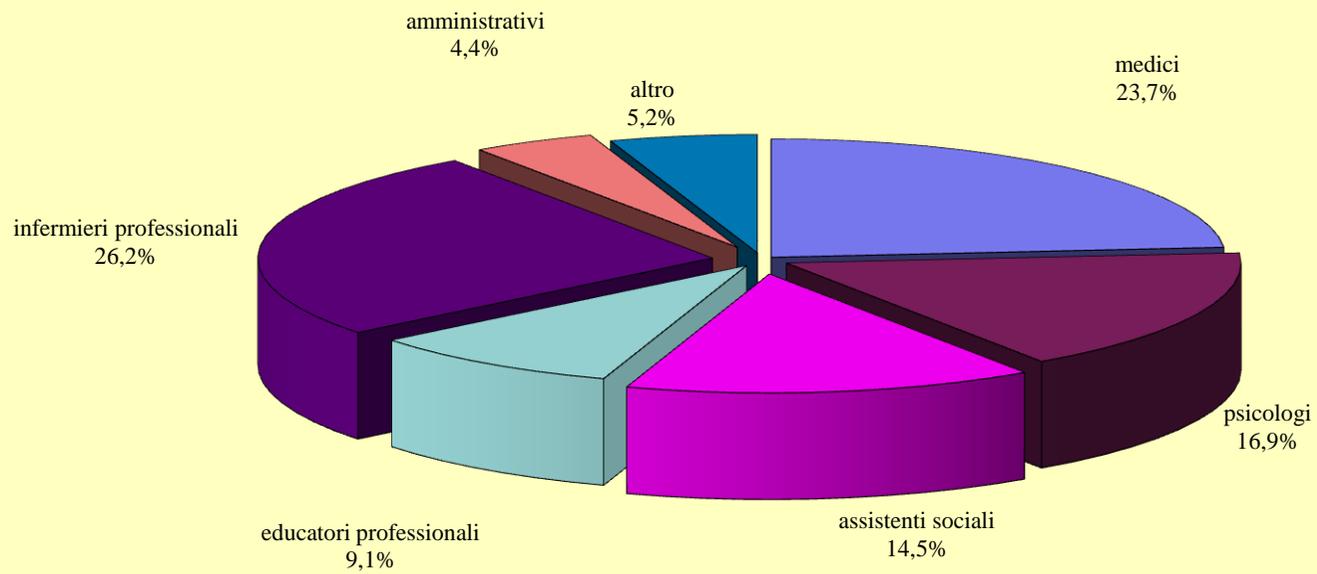
**b) Enti privati**

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	29,7	-	5,4
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	23,7	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	33,3	-	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	10,0	-	-
VENETO	9,7	3,2	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	16,7	-	-
LIGURIA	20,0	-	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-
TOSCANA	5,0	-	-
UMBRIA	33,3	-	-
MARCHE	50,0	-	-
LAZIO	30,3	-	-
ABRUZZO	20,0	-	-
MOLISE	20,0	-	-
CAMPANIA	25,6	-	-
PUGLIA	9,1	-	-
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	15,4	-	-
SICILIA	9,8	-	-
SARDEGNA	20,0	-	-
ITALIA	18,3	0,2	1,0

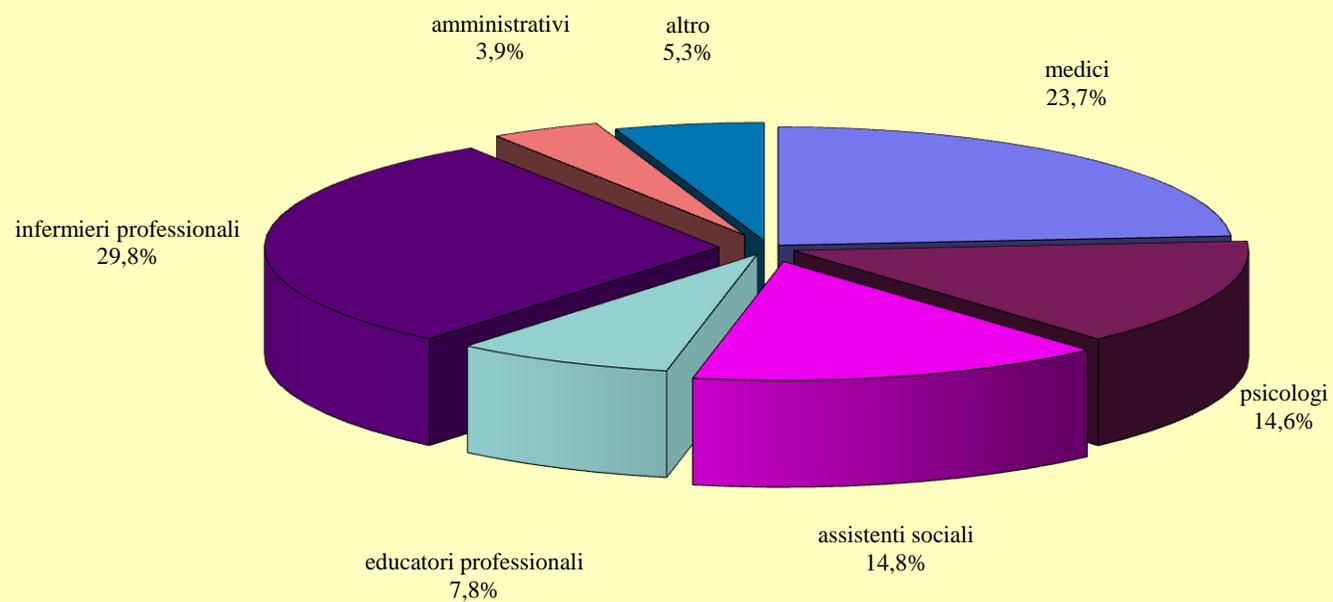
**Graf. 1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE  
ALLA ALCOOLDIPENDENZA**



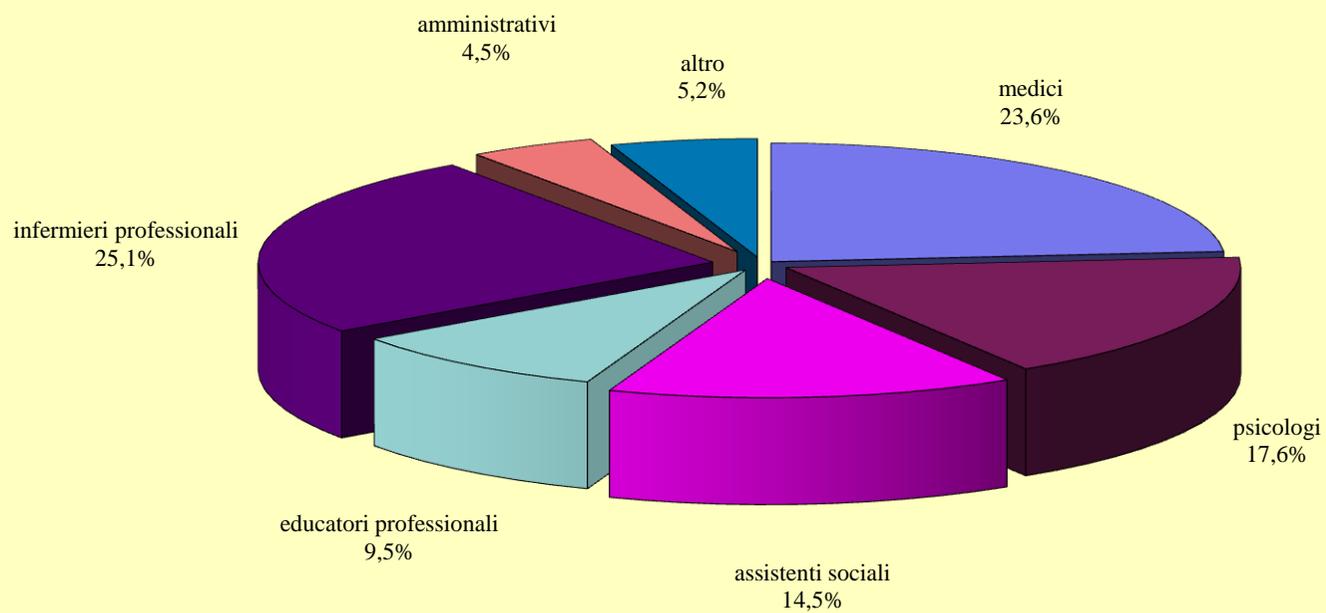
**Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA  
ANNO 2014**



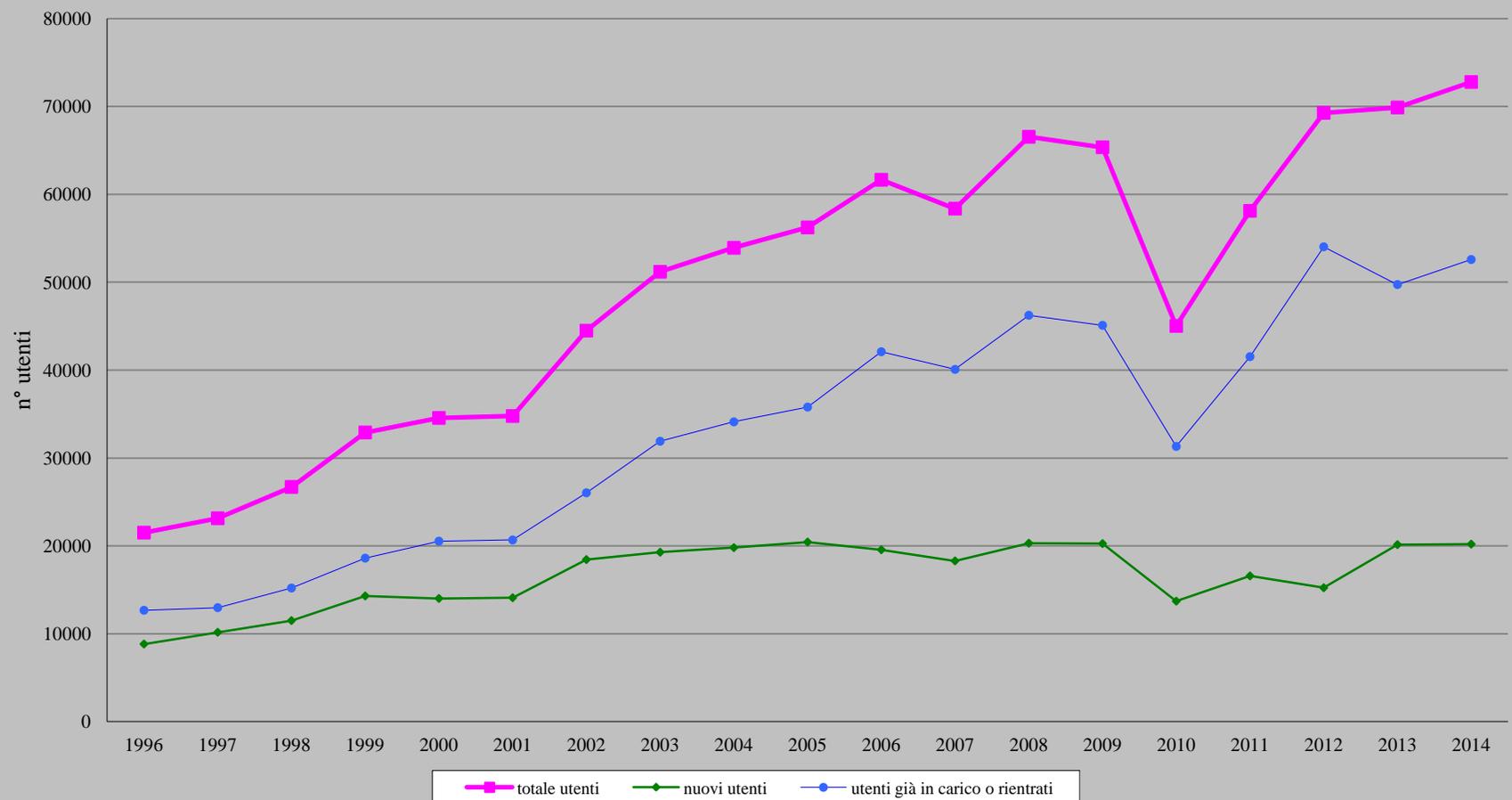
**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO  
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2014**



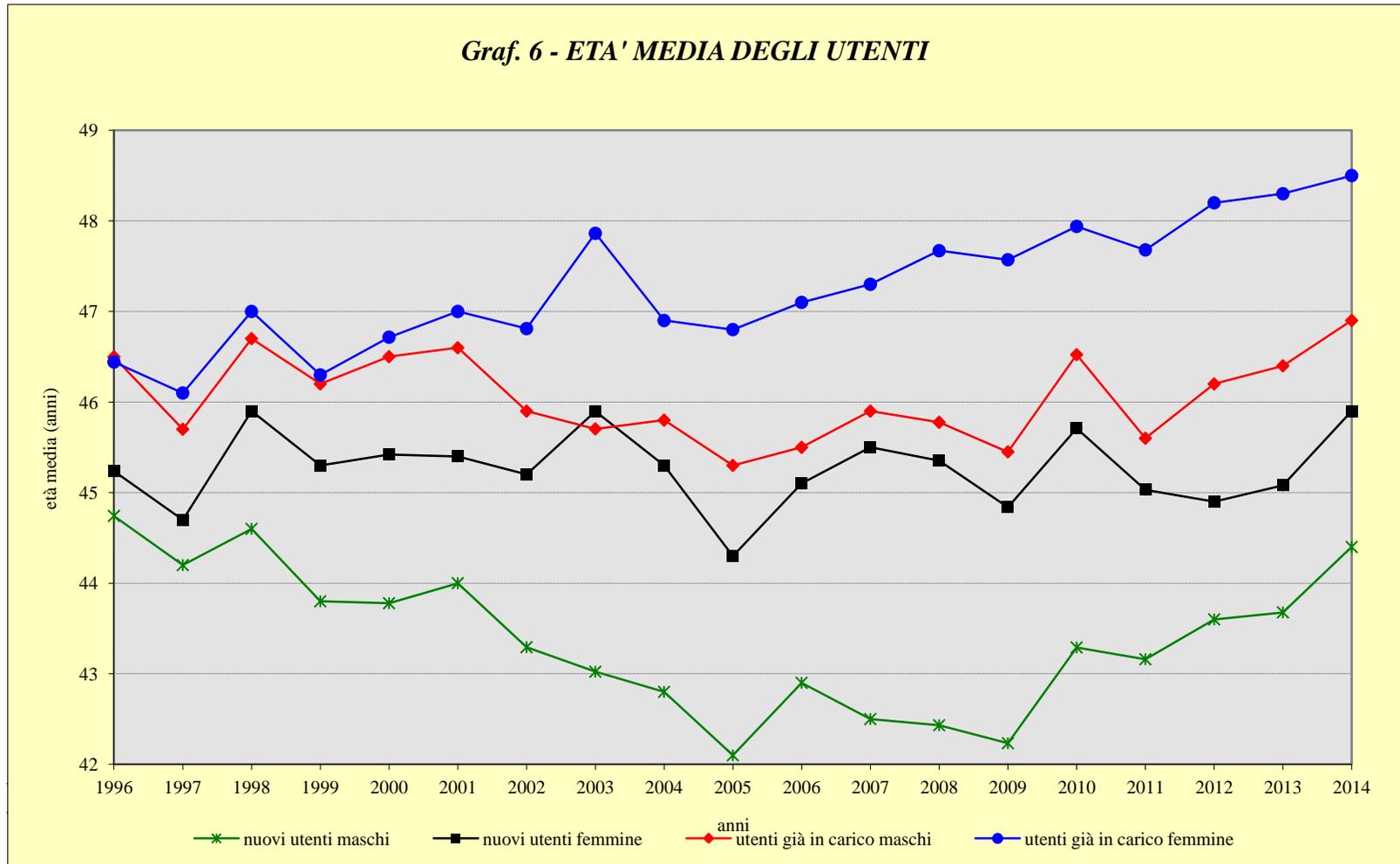
**Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2014**



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

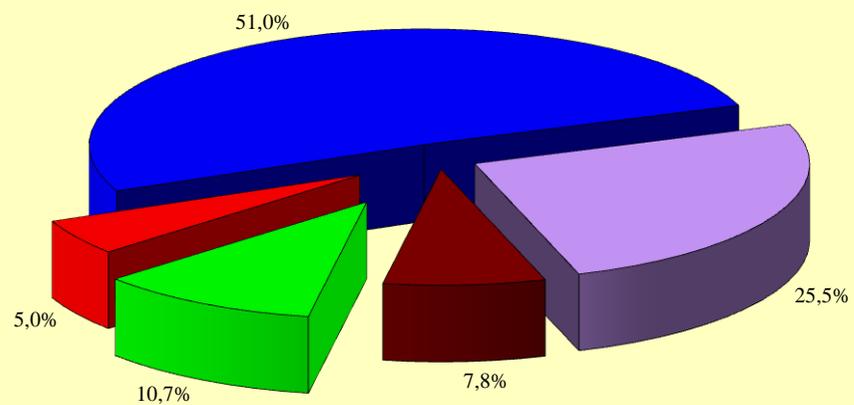


**Graf. 6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI**



**Graf.7 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA  
DI USO PREVALENTE - ANNO 2014**

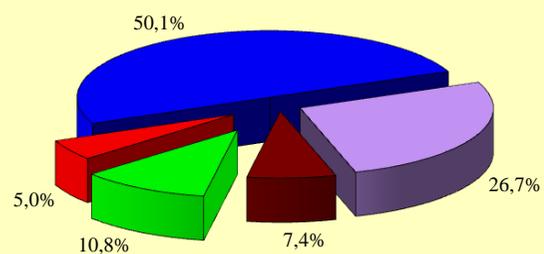
**a) Totale utenti**



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

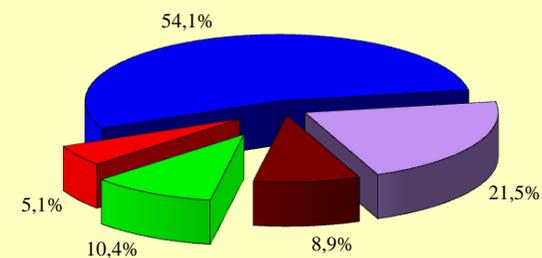
Segue graf.7

*b) Totale utenti maschi*



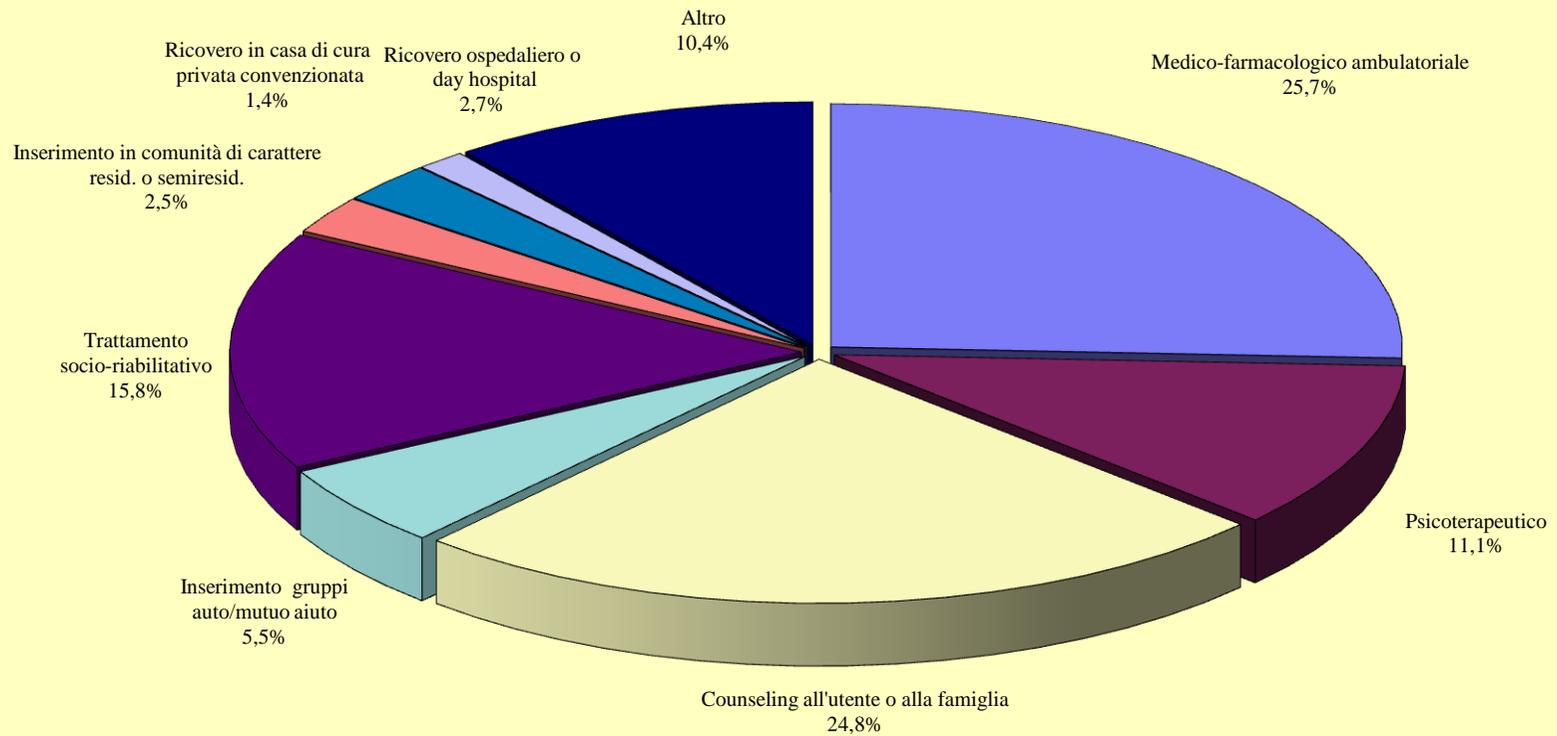
■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

*c) Totale utenti femmine*



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

**Graf.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO  
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (\*)  
ANNO 2014**



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



## **PARTE TERZA**

### **4. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125**

#### **4.1. Gli interventi di indirizzo**

##### **II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE**

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), 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 alcol correlate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio legati all'abuso di alcol. Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma le indicazioni in esso contenute sono tutt'ora valide ed inserite tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione come punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale.

Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da realizzare e i risultati attesi, secondo lo schema sotto indicato.

##### **1. *Informazione /educazione***

*Risultati attesi:* nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere.

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

##### **2. *Bere e guida***

*Risultati attesi:* riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani.

*Azioni:* collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità.

##### **3. *Ambienti e luoghi di lavoro***

*Risultati attesi:* riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi.

*Azioni:* collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio.

##### **4. *Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza***

*Risultati attesi:* disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie.

*Azioni:* formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto aiuto, 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 alcol correlati all'uscita degli ambienti dove si beve.

Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione.

## **6. Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol**

Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali.

Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcol correlati.

## **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 alcol correlato.

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 alcol correlato 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 alcol correlati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcol correlato e dell'efficacia degli interventi adottati.

## **L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute**

Per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute il Ministero ha finanziato 5 progetti, tutti già conclusi, finalizzati a rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni, a migliorare il monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e problemi alcol correlati a livello nazionale e regionale, a promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nella assistenza sanitaria di base.

Il PNAS ha poi trovato collocazione dapprima nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2013 e successivamente nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018; entrambi i PNP ne hanno previsto il recepimento tra gli obiettivi dell'area della prevenzione universale, riguardante la prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari. Le linee strategiche del PNAS restano un valido punto di riferimento per gli interventi di livello centrale e regionale.

In tale quadro di riferimento, nel 2014 è giunto al termine l'implementazione del progetto "L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute", promosso con le risorse del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero per l'anno 2011 e realizzato a cura dell'Istituto Superiore di

Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute della Popolazione e suoi Determinanti.

Il progetto, di durata biennale, e finanziato con 240.000 Euro, ha tra gli obiettivi l'analisi e il superamento delle criticità relative alla mancanza di omogeneità degli attuali sistemi di monitoraggio disponibili a livello regionale, derivante dalla diversa organizzazione dei servizi e dalle differenti problematiche delle Regioni in relazione al consumo dannoso di bevande alcoliche. Obiettivo specifico è favorire l'applicazione omogenea nelle diverse Regioni dei sistemi di raccolta e trasmissione dei dati e delle metodologie di calcolo degli indicatori suggeriti dalle agenzie di sanità pubblica a livello nazionale e internazionale.

Uno dei risultati del progetto è di fornire gli elementi per la creazione di uno standard di indicatori e di un sistema di monitoraggio e *reporting* epidemiologico regionale in grado di fornire ai decisori politici informazioni più incisive sui trend temporali e sulle misure di prevenzione più efficaci per contrastare i problemi alcol correlati.

Sono stati utilizzati strumenti standardizzati, indicatori raccomandati a livello europeo ed internazionale e tecniche di rilevazione in grado di garantire una dettagliata conoscenza dei fenomeni di interesse, misurandone anche l'evoluzione nel tempo. Tramite questo progetto il Ministero della Salute potrà pertanto acquisire, e rendere disponibili per le Regioni, Reports annuali contenenti i risultati della elaborazione e analisi, a livello nazionale e regionale, dei più aggiornati dati disponibili in relazione alle diverse situazioni territoriali, avvalendosi delle fonti formali ed informali più affidabili.

L'ISS ha provveduto a completare per ciascuna Regione, tramite l'utilizzo o l'elaborazione dei dati dell'Indagine multiscopo ISTAT sulle famiglie per gli anni 2007-2012, il calcolo delle prevalenze, suddivise per sesso e fasce di età, degli astemi, dei consumatori di bevande alcoliche, dei consumatori delle specifiche bevande alcoliche, delle diverse categorie di consumatori a rischio, dei consumatori giornalieri a basso, medio ed alto rischio, dei consumatori *binge drinking*, degli adolescenti con diverse tipologie di consumi a rischio.

L'ISS ha inoltre provveduto alla predisposizione degli strumenti tecnici necessari per il monitoraggio della mortalità alcol correlata, distinta per sesso e fasce di età, a livello nazionale e regionale.

Il progetto, per l'importanza strategica dei propri obiettivi finalizzati a supportare le iniziative programmatiche di livello centrale e regionale, verrà implementato anche per i prossimi anni.

## **II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”**

Il programma “Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari” è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute.

Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

“Guadagnare Salute” punta su un approccio intersettoriale e sull’avvio di una “politica delle alleanze” tra soggetti portatori di interesse e diversi settori della società (amministrazioni centrali e locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc) secondo i principi della “*Health in all policies*”, poiché buona parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari va oltre gli ambiti di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007.

Si riporta di seguito il paragrafo del Programma Guadagnare Salute relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo “*Guadagnare salute rendendo più facile evitare l’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 alcol correlati***

- *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.*
- *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 sociodemografica, 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 alcolcorrelati 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 alcol correlato**

- *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 - Le attività dell'anno 2015**

La salute, in particolare, quella delle generazioni future, è un bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle Istituzioni ed alla Società, ponendo particolare attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute che maggiormente influenzano i comportamenti delle persone.

Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili e fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora.

L'abuso di alcol, il tabagismo e l'uso di sostanze stupefacenti, tra i principali fattori di rischio comportamentali che spesso si instaurano già durante in età giovanile o durante l'adolescenza, dipendono, infatti, solo in parte da scelte individuali: l'ambiente fisico e sociale esercita spesso una forte pressione e facilita l'adozione di stili di vita non salutari.

La personalità si forma dall'interazione tra ambiente, comportamenti e processi psicologici individuali. Assume, pertanto, particolare importanza il ruolo dei fattori sociali in grado di determinare la "normalità" di un comportamento, come ad esempio l'azione della scuola, le campagne di informazione, i "media". L'influenza dei pari ha un maggior impatto sul comportamento individuale di quanto non abbiano i fattori biologici, della personalità, familiari, religiosi e culturali.

I determinanti sociali (livello di istruzione, reddito, lavoro, situazione familiare ecc.) possono, inoltre, contribuire a favorire condizioni di disagio predisponenti all'uso e alla dipendenza da sostanze. Tra i determinanti individuali che influenzano i comportamenti d'uso di sostanze e, forse, anche la progressione dall'uso alla dipendenza, vi sono la capacità di gestione dello stress e delle emozioni, di relazionarsi con i pari e la resistenza alla loro pressione, alla resilienza.

La prevenzione dell'abuso/uso scorretto di alcol richiede cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni. La collaborazione intersettoriale, infatti, permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro, in linea con gli obiettivi del WHO - Global Action Plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2014–2020.

Pertanto, è essenziale definire strategie integrate focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita, attraverso i metodi "life skills education" e "peer education". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza.

Per gli interventi sui determinanti ambientali le strategie indicate sono quelle che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze, nel quadro di un approccio di promozione della

salute. Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol cominciano ad avere apprezzabili prove di efficacia.

Con il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", approvato dal Governo (DPCM 4 maggio 2007), in accordo con le Regioni e le Province autonome, l'Italia ha adottato a livello nazionale una strategia per promuovere la salute come bene pubblico, attraverso l'integrazione di azioni che competono alla collettività e quelle di cui sono responsabili i singoli cittadini. Il programma mira, dunque, a sviluppare l'impegno condiviso e collaborativo di tutti i settori della società e il coinvolgimento del settore sanitario per azioni specifiche di prevenzione e cura delle malattie, rafforzando politiche e interventi che tengano in debito conto tutti i "determinanti della salute", attraverso l'attuazione di adeguate politiche "intersettoriali" a livello nazionale, regionale e locale.

Il Programma, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche", mira a promuovere la salute e contrastare l'epidemia di malattie cronico generative intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 ha fatto proprio l'approccio di popolazione di Guadagnare Salute e ha individuato un numero limitato di macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi.

Le strategie delineate dal Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018 hanno sia l'obiettivo di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili sia di prevenire le dipendenze valorizzando e promuovendo (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza.

La promozione della salute sin dalla prima infanzia, in un'ottica di prevenzione di fattori di rischio (tabagismo, abuso di alcol e consumo di sostanze, ecc) richiede, quindi, la partecipazione di molteplici attori e di istituzioni, a partire dalla scuola. Attraverso l'attuazione del Programma "Guadagnare Salute", negli ultimi anni si sta assistendo ad un progressivo cambiamento della visione e degli approcci in tema di promozione della salute, che riguarda in primo luogo proprio il mondo sanitario e quello della scuola, consentendo finalmente il consolidamento del concetto di "promozione della salute" come "quel processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni, e la cui responsabilità non è esclusiva del settore sanitario.

Nel contesto scolastico, pertanto, si sta passando dal tradizionale concetto di "educazione alla salute" ad un approccio in grado di favorire ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, in raccordo con le attività di altri servizi rivolti alla popolazione, a partire da quelli sanitari, per sostenere processi di empowerment delle comunità e delle organizzazioni in cui le persone vivono quotidianamente.

In questo ambito è di grande importanza l'attuazione del **Protocollo d'Intesa tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute** "Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" sottoscritto ad aprile 2015. Tra le aree prioritarie di intervento individuate, per quanto attiene al diritto alla salute, vi sono quelle sono relative alla **promozione di corretti stili di vita e alla prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali**, alla promozione della cultura delle vaccinazioni, alla promozione di una corretta relazione di genere, attraverso interventi sulle tematiche dell'affettività.

Tra gli obiettivi del Programma "Guadagnare salute" è previsto il contrasto all'abuso di bevande alcoliche e la protezione dei minori dai rischi dell'alcol, anche attraverso campagne

di comunicazione e sensibilizzazione, al fine di ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche e contenere i comportamenti a rischio, anche per evitare gli incidenti stradali alcol-correlati.

L'obiettivo della comunicazione, per la promozione degli stili di vita salutari, è motivare al cambiamento, diffondere empowerment, per far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari.

In linea con gli obiettivi del Programma "Guadagnare Salute", DIAGEO, Pernod Ricard Italia, Caviro e Ruffino, col supporto di Unione Italiana Vini e Wine in Moderation ed in collaborazione con Auchan, Simply e Gallerie Commerciali Italia hanno realizzato la terza edizione di "CONOSCERE L'ALCOL" una campagna sociale di sensibilizzazione sul consumo moderato e responsabile delle bevande alcoliche.

L'obiettivo principale della campagna, premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, è stato quello di migliorare l'informazione e di far acquisire ai cittadini la consapevolezza dell'importanza di un consumo moderato e responsabile di bevande alcoliche. Sono stati coinvolti 150 punti vendita tra ipermercati Auchan, supermercati Simply e Gallerie Commerciali Italia diffusi su tutto il territorio nazionale, dove sono stati messi a disposizione dei clienti allestimenti e materiali informativi inerenti la gradazione delle bevande alcoliche più comuni e le situazioni in cui è necessaria un'astensione totale dall'alcol (minore età, guida, gravidanza, allattamento, etc.). Inoltre, all'interno delle di 12 Gallerie Commerciali AUCHAN e SIMPLY, sono state realizzate giornate di sensibilizzazione in cui personale appositamente formato ha sensibilizzato i consumatori sulla necessità di un consumo moderato e responsabile e sui comportamenti da evitare (ad esempio binge drinking, guida di veicoli dopo l'assunzione di bevande alcoliche, assunzione di alcol e farmaci).

L'utilizzo del "Logo" di Guadagnare Salute per la Campagna oltre a favorire la riconoscibilità, da parte dei cittadini, di un'iniziativa finalizzata a "facilitare le scelte salutari", contribuisce ad evidenziare la responsabilità di un settore dell'industria nell'assumere un ruolo attivo per sensibilizzare i consumatori sui rischi derivanti da un consumo eccessivo e/o non responsabile di bevande alcoliche e far sì che essi possano fare scelte informate e consapevoli.

## **IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018**

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il quinquennio 2014-2018, approvato con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 13 novembre 2014, costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, predispongono ed implementano i Piani Regionali di Prevenzione per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione.

Le Regioni, entro il 31 dicembre 2014, recepiscono con apposita Delibera il PNP 2014-2018, ed entro il 31 maggio 2015 si impegnano ad adottare il Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP attraverso i programmi individuati. E' stata stanziata la somma di 200 milioni di euro finalizzata a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Inoltre le Regioni dovranno trasmettere annualmente al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), la documentazione delle attività svolte.

Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 è affidato al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Gli Obiettivi e gli Indicatori per misurare il progresso della prevenzione sono definiti congiuntamente fra Governo e Regioni. A tale scopo il documento approvato, oltre a definire la *vision* di prevenzione della salute e i principali macro-obiettivi, chiama attivamente le Regioni a seguire priorità e scadenze precise.

In questo PNP si è scelto di individuare pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi. I macro obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di queste priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili; considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

I **dieci macro-obiettivi** del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione sono: ridurre il carico delle malattie non trasmissibili; prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale di bambini e giovani; prevenire le dipendenze; prevenire gli incidenti stradali; prevenire gli incidenti domestici; prevenire infortuni e malattie professionali; ridurre le esposizioni ambientali dannose; ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie; attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

### **Il contrasto del danno alcol correlato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018**

Sin dal precedente PNP 2010-2012 il consumo dannoso di alcol era stato pienamente riconosciuto quale importante fattore di rischio per la salute nel nostro Paese ed inserito tra gli obiettivi delle più importanti strategie di contrasto adottate nelle politiche di prevenzione di livello nazionale e regionale. La prevenzione dei danni alcol correlati è specificamente contemplata anche nel nuovo PNP in diversi ambiti, infatti i macro obiettivi che individuano nell'abuso di alcol uno dei fattori di rischio che contribuiscono a determinare criticità in termini di salute pubblica, sono essenzialmente quattro:

- MACRO OBIETTIVO “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili”.
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire la dipendenza da sostanze”

- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti domestici”

Con il nuovo PNP 2014-2018 si rinnova l’attenzione focalizzata alla prevenzione delle malattie cronico-degenerative che spesso hanno in comune alcuni fattori di rischio in gran parte correlati a comportamenti individuali non salutari e tuttavia modificabili come abuso di alcol, fumo, dieta non corretta e inattività fisica. La complessità di questo macro obiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT” richiede un approccio concettualmente articolato in: 1) strategie di promozione della salute, per definizione orientata all’empowerment di comunità e ad azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.); 2) strategie di prevenzione primaria in gruppi a rischio; 3) strategie di prevenzione secondaria, per l’identificazione di malattie in fase precoce. I tre livelli non sono necessariamente sempre distinti, ma convergono sulla riduzione della frequenza di determinanti di MCNT.

Le Strategie di Comunità prevedono programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l’adozione di comportamenti salutari, che adottino un approccio multi componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), e intersettoriale (politiche educative, sociali, ecc.), con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali.

Esse comprendono:

- La definizione di accordi intersettoriali a livello nazionale (Guadagnare salute/salute in tutte le politiche)
- L’attivazione in ogni Regione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche
- In ambiente scolastico lo sviluppo di programmi di promozione della salute integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative
- In ambiente di lavoro lo sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e “datori di lavoro”, volti a favorire l’adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali
- In comunità lo sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l’adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali.

Le strategie basate sull’individuo prevedono la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l’attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l’insorgenza delle complicanze più gravi. L’identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili.

In questo ambito si citano:

- L’identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un’adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l’adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari

- L'offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori dei MMG, Medici Competenti, ecc.)

La prevenzione alcolologica rientra a pieno titolo anche nel macro obiettivo "Prevenire la dipendenza da sostanze"; è ormai ampiamente risaputo che la dipendenza da sostanze è una patologia con un importante impatto socio-sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale e, in quanto tale, oggetto di interventi generici e specifici dello Stato.

Le strategie individuate sono essenzialmente focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi "life skills education" e "peer education".

Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza.

Per gli interventi sui determinanti ambientali le strategie indicate sono quelle che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze nel quadro di un approccio di promozione della salute.

Le prove scientifiche suggeriscono alcuni interventi di setting:

- scuole che promuovono la salute, con l'adozione di policy in cui l'alcol ed il fumo siano esplicitamente proibiti in ogni ambiente scolastico e in ogni orario (inclusi gli spazi pubblici antistanti la scuola, le gite scolastiche ecc.);
- famiglie che promuovono salute, in cui i genitori escludano l'uso di tabacco nelle case e utilizzino l'alcol in modo moderato nei limiti del pasto;
- interventi di regolazione dell'uso dell'alcol e del fumo in ambiente di lavoro, di vita, di svago, nel quadro di strategie di promozione della salute.

Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alla de-normalizzazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol cominciano ad avere apprezzabili prove di efficacia.

Il Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM) ha approvato, tra le azioni centrali di sostegno alle Regioni per la verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione alcolologica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto "*SisMA. Sistema di Monitoraggio alcol correlato*" (A.F. 2014) affidato all'Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti.

## **4.2. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione**

L'art. 3 comma 4 della Legge 30 marzo 2001 n.125 assegna annualmente risorse finanziarie al Ministero della Salute per azioni di informazione e di prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.

Nel corso del 2015 sono state realizzate le seguenti iniziative.

### **Campagna del Ministero della Salute “Alcol Snaturato -Una Serata Speciale” contro l'abuso di alcol tra i giovani.**

In linea con le indicazioni espresse dall'*Action Plan on Youth Drinking on Heavy Episodic Drinking*, per gli anni 2014-2016, sul contrasto al consumo di alcol tra i giovani e sul fenomeno del *binge-drinking* approvato dall'Unione Europea, la Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei e Internazionali ha realizzato, nel corso del 2015, la seguente iniziativa di informazione e sensibilizzazione:

#### **“Alcol Snaturato - Una serata speciale”**

Per veicolare in modo efficace tra i giovani e giovanissimi i messaggi di prevenzione contro l'abuso di alcol, la Direzione ha scelto di realizzare una campagna innovativa che ha utilizzato linguaggi e codici espressivi tipici dei ragazzi.

“Alcol Snaturato” è il titolo della canzone che il Ministero ha prodotto avvalendosi della collaborazione di un testimonial d'eccezione: il famoso ed affermato gruppo musicale “Elio e le Storie Tese”.

L'obiettivo della campagna è stato quello di rendere “poco appeal”, nei confronti dei ragazzi, il modello comportamentale di chi abusa di sostanze alcoliche e di correggere il difetto di percezione alimentato dai *media* che nei giovanissimi descrive l'alcol come facilitatore di successo.

Il brano “Alcol Snaturato” è stato accompagnato da un videoclip innovativo, girato interamente con una videocamera che permette allo spettatore una visione attiva a 360° della scena, nonché da 8 *miniclip* da 15” e dall'attivazione di una *landing page* della campagna contenente i dovuti approfondimenti scientifici sul tema.

Nell'ambito delle varie modalità espressive, si è scelto di privilegiare la musica poiché favorisce la memorizzazione di messaggi anche complessi e permette di avviare velocemente un processo di comunicazione virale spontaneo.

La campagna è stata presentata con una conferenza stampa nel mese di maggio presso il Liceo Scientifico Statale J.F. Kennedy di Roma alla presenza del Ministro, del gruppo musicale “Elio e le storie tese” e di tutti gli studenti e del corpo insegnanti del liceo.

La canzone è stata quindi veicolata facendo ricorso al canale di comunicazione abitualmente più utilizzato dai giovani, il *web*. La viralizzazione dello *spot*-canzone è stata immediata e al termine del primo mese sono stati riscontrati 110.000 contatti sul sito; 38.000 sul canale *Youtube*, e 210.000 contatti su *Facebook*.

Lo *spot*-canzone inoltre è stato inserito nelle maggiori librerie musicali come *soundcloud* e *iTunes* e in occasione della 28a Edizione di International Grand Prix Advertising Strategies, Elio e le Storie Tese hanno vinto il “Premio Musica e Comunicazione Sociale” con la seguente motivazione: “Con il loro inconfondibile stile hanno collaborato alla nuova campagna del Ministero della Salute contro l'abuso di alcol tra i giovanissimi, scrivendo una canzone divertente e ricca d'informazioni. (...) Attraverso l'utilizzo di un videoclip è stato realizzato un contenuto innovativo e all'avanguardia che ha permesso a questo storico gruppo italiano di essere testimonial credibile e non convenzionale di una comunicazione forte ed efficace”.

### **Campagna educativo-informativa “Non perderti in un bicchiere”**

Anche quest'anno, nell'ambito dell'accordo di collaborazione “Promozione di iniziative di comunicazione per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol” con l'Istituto Superiore di Sanità, si è dato seguito e continuità all'iniziativa *on line* “Non perderti in un bicchiere” avviata in collaborazione con l'Agenzia Dire Giovani. Per coinvolgere attivamente i ragazzi e avviare con loro un dialogo costruttivo sulla problematica, sul sito [www.diregiovani.it](http://www.diregiovani.it) sono stati realizzati una rubrica informativa ed uno sportello d'ascolto *on-line* gestito in collaborazione con medici ed psicologi.

I contatti totali sulle pagine del sito sono stati, per i primi 11 mesi del 2015, circa 600.000.

La supervisione scientifica e lo sportello d'ascolto con i giovani sono stati curati all'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Anche per l'anno scolastico 2015-2016, si sono tenuti i consueti incontri con gli alunni delle **Scuole medie e medie superiori**. Sono state coinvolte 8 scuole per un totale di circa 1000 studenti a cui sono stati distribuiti altrettanti opuscoli informativi. Durante gli incontri si è voluto coinvolgere in modo costruttivo anche il corpo insegnante.

Per una maggiore diffusione di conoscenze e una maggiore consapevolezza del problema, durante gli incontri nelle scuole è stato promosso il **Concorso per studenti “Indipendenza Alcolica”** che terminerà a marzo 2016 con la premiazione del miglior elaborato pervenuto. Tutta l'attività di comunicazione e divulgazione è stata accompagnata da oltre 100 lanci di agenzia pubblicati su siti [www.dire.it](http://www.dire.it) , [www.diregionavi.it](http://www.diregionavi.it) , e su i notiziari DireGiovani, Welfare e Sanità, e le newsletter collegate.

### **Alcol Prevention Day (APD 2015)**

Il Ministero della Salute ha sostenuto e finanziato la quattordicesima edizione dell'ALCOL PREVENTION DAY che si è tenuta il 16 aprile 2015 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità e promosso in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia, l'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, l'AICAT ed EURO CARE.

Durante il convegno, che rappresenta da anni il momento centrale nel calendario degli eventi di sensibilizzazione ed informazione sull'alcol organizzati dalla comunità scientifica, sono stati presentati gli ultimi dati emersi da studi e monitoraggi istituzionali raccolti in vari Paesi Europei ed extra europei. Tutti gli interventi presentati dai partecipanti al convegno sono state pubblicati sul sito <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd15.asp>

### **Alcol Prevention Race edizione 2015**

A margine dell'Alcol Prevention Day (19 Aprile 2015), allo Stadio delle Terme di Caracalla, si è svolta la XVII edizione della tradizionale “Roma Appia Run”, che quest'anno ha corso per l'Alcohol Prevention Race, gara podistica non competitiva. Alla gara, sponsorizzata dal Ministero della Salute, hanno partecipato 3500 atleti a cui è stato distribuito oltre la maglietta commemorativa del materiale informativo.

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

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2015 a numerose attività internazionali finalizzate alla definizione di politiche, strategie, iniziative basate sul monitoraggio per indicatori, sulla programmazione e sulla valutazione dell'implementazione delle azioni utili alla riduzione dell'impatto dell'alcol a livello di popolazione attraverso un approccio ampio e comprensivo di salute pubblica dedicato alla prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva.

Il Ministero della Salute collabora dal 2001 attraverso il Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche di Salute Alcol-correlate (WHO CC – ITA 79) attivo presso l'Istituto Superiore di Sanità con lo scopo di partecipare alla individuazione di azioni finalizzate alla definizione, monitoraggio e valutazione delle politiche europee ed internazionali sull'alcol svolte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in termini formalmente concordati. Il Reparto Salute della Popolazione, Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), è dal 2001 la sede formale del Centro Collaboratore OMS (WHO CC) per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol-correlate. La collocazione, la direzione e il piano di lavoro quadriennale sono regolamentati da un accordo tra Governo Italiano e OMS. Il Direttore del Centro OMS è nominato direttamente dal Direttore Generale dall'Head Quarter di Ginevra a seguito di una certificazione internazionale comunicata al Presidente dell'ISS, al Direttore del Centro e al Ministro della Salute.

Il piano di lavoro corrente del WHO CC (terms of reference) è pubblicato sul sito dell'OMS di Ginevra ([http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc\\_ref=ITA-79&cc\\_code=ita](http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=ITA-79&cc_code=ita)) ed è concordato sino al 2017 anche se le attività nei Working Group e Comitati d'interesse dell'Ufficio Regionale Europeo di Copenaghen e dell'Head Quarter di Ginevra consentono di proiettare le attività sino al 2020, con valenza e ricadute immediate per le attività nazionali, seguendo le scadenze naturali **dell'European Alcohol Action Plan** e della **Global Strategy on Alcohol**.

In particolare, il Ministero, tramite il Centro Collaboratore è attualmente e sarà impegnato in futuro nel supporto e nell'attivazione di attività formali di *data collection* e *reporting* annuale da parte del Ministero della Salute all'OMS (svolte dall'Osservatorio Nazionale Alcol) per lo **"EU Status Report on Alcohol "** e del **"Global Status Report on alcohol"** secondo un sistema di indicatori complessivi e di sintesi che il Centro Collaboratore OMS e l'Osservatorio Nazionale Alcol sono chiamati a predisporre anche per l'OMS nel Working Group specifico attivato presso l'Ufficio OMS EURO di Copenaghen.

L'attuale piano di lavoro formale concordato tra Ministero, ISS e OMS come contributo del WHO CC (quadriennio 2013-2017), nell'ambito dell'area **"Substance Abuse (including alcohol & drugs)"**, comprende 5 mandati:

1. Fornire consulenza e assistenza di esperti in programmi, attività di prevenzione, strategie e promozione della salute dell'OMS in Europa. Fornire collaborazione al fine di raggiungere gli obiettivi strategici del programma su alcol e droghe illecite dell'OMS (gli Stati membri hanno rafforzato i loro programmi nazionali per ridurre l'uso dannoso di alcol in linea con il **Piano d'Azione Europeo 2012-2020** alcol e le strategie sulle droghe);
2. Partecipare alle attività di ricerca dell'OMS, alla raccolta dei dati, al monitoraggio e all'attuazione dei progetti e collaborare **all'European Alcohol Information System**.

3. Rafforzare le attività per l'identificazione precoce del consumo dannoso di alcol, le attività di formazione, raccomandazione, trattamento e strategie di intervento per ridurre il danno alcol-correlato nella popolazione generale.

4. Collaborare all'implementazione del supporto tecnico agli Stati Membri partecipando alle attività relative ad abuso di alcol e sostanze;

5. Collaborare alla pianificazione e implementazione dei meeting annuali e delle conferenze dell'OMS.

Le tipologie delle attività in cui il Ministero ha assicurato nel corso del 2015 un'attiva partecipazione europea ed internazionale collegata alle politiche sull'alcol in ambito OMS sono così riassumibili in:

a) implementazione a livello nazionale dei programmi e delle attività dell'OMS;

b) raccolta e confronto di informazioni;

c) standardizzazione di terminologie e nomenclatura.

Il Ministero della Salute, attraverso le competenze condivise in collaborazione con l'ONA e il WHO CC in ISS ha partecipato e garantito nel 2014 ampia collaborazione:

- nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
- nella definizione d'interventi per il rafforzamento delle attività nazionali ai fini dell'identificazione precoce dell'uso dannoso di alcol, della sensibilizzazione e della riduzione del danno alcol-correlato nella popolazione generale;
- nel rafforzamento della prevenzione dei problemi alcol-correlati e delle relative patologie attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute e nel programma Alcol e Droga, per il settore relativo al consumo di alcol, dei piani di azione e delle strategie di prevenzione in Europa;
- assicurando la consulenza e assistenza del Direttore del WHO CC presso l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa e l'HQ di Ginevra ;
- partecipando alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e assistenza **all'European Alcohol Information System**;
- supportando l'implementazione e valutazione del Programma Quadro del Piano di azione europeo dell'Ufficio Regionale OMS.

Sia in ambito U.E., che a livello internazionale il Ministero della Salute ha in particolare assicurato attraverso le competenze attive in Istituto Superiore di Sanità dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS e del Centro OMS per la Ricerca e la Promozione della salute su Alcol e problematiche di salute alcol-correlate, la collaborazione tecnico-scientifica nei gruppi e nei contesti formali della Commissione Europea partecipando alle attività della Committee for National Alcohol Policy and Action - CNAPA in Lussemburgo, di *observer* all'European Forum on Alcohol in Bruxelles e in qualità di organismo consulente esperto e di membro di nomina OMS nelle riunioni tecniche e scientifiche presso l'Ufficio Regionale OMS di Copenaghen e l'Head Quarter di Ginevra.

Le riunioni svolte nel corso del 2015 sono state prevalentemente orientate alla valutazione periodica del **"Piano di Azione sui Giovani e sul *binge drinking*"** e alla discussione di

merito dello *scoping paper* per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol come richiesto dagli Stati Membri nel corso degli High Level Committee svolti nel corso del 2013.

L'Italia è stata richiesta in numerose sessioni dei meeting comunitari dedicati dalla **Joint Action RARHA** in cui il Ministero della Salute ha delegato formalmente l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS a svolgere il piano di lavoro cofinanziato per il periodo 2014-2016. Le riunioni in ambito EU di lavoro si sono svolte prevalentemente in Lussemburgo e a Bruxelles secondo modalità di "back-to-back meeting" contestuali allo svolgimento delle riunioni del CNAPA (28-29.04.2015 Committee on National Alcohol Policy and Action, 16<sup>th</sup> Meeting, 22.09.2015 Committee on National Alcohol Policy and Action, 17<sup>th</sup> Meeting), che ha esaminato nel corso dell'anno attraverso consultazioni e meeting tecnico-scientifici le principali priorità su cui è emersa la convergenza e consolidato il consenso alla predisposizione di proposte per *policy* comuni di valenza e respiro europee identificate dalle attività specifiche. In considerazione del ruolo di membro dell'Advisory Group e del Management Board della Joint Action RARHA, l'Osservatorio Nazionale Alcol, su designazione del Ministero della Salute ha partecipato alle riunioni e meeting RARHA (21.01.2015 Joint Action RARHA WP5 Work Meeting; Dublino, 22.01.2015 Joint Action RARHA WP6 Work Meeting; Atene, 13-14.03.2015 Joint Action RARHA WP4 Work Meeting; Bruxelles, 27-28.04.2015 Joint Action RARHA Management Group Meeting ; Lisbona, 21.09.2015 Joint Action RARHA Management Group Meeting; 21.09.2015 Joint Action RARHA Advisory Group Meeting, Lisbona). La partecipazione italiana alle riunioni dei rappresentanti gli Stati membri per lo svolgimento delle azioni definite dalla Joint Action europea sulle tematiche specifiche delle linee guida finalizzate alla prevenzione ha assicurato la disponibilità degli elementi tecnici e scientifici da utilizzare al fine di garantire per le fasce giovanili e per la popolazione sistemi efficienti di monitoraggio epidemiologico alcol correlato negli Stati Membri.

L'esperienza in sede Europea si è riversata nel sistema collegato al monitoraggio del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), predisposto e implementato dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione e su finanziamento del CCM. Nel corso delle riunioni del CNAPA in Lussemburgo è stato, come di consueto, assicurato l'aggiornamento periodico sull'implementazione nazionale delle misure legislative, delle iniziative di prevenzione e delle strategie specifiche indicate dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni e del rischio alcol correlati e risultante in una serie di azioni ritenute efficaci secondo un approccio multisettoriale, tramite interventi o Piani di azione nazionali, come il Piano sanitario nazionale e il Piano di prevenzione. Il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - ha fornito nell'ambito del Working Party on Public Health (gruppo di lavoro in Sanità Pubblica, 6/7/2015, 17/7/2015 e seguenti) il contributo di competenza richiesto a livello Europeo, tenuto conto anche dell'orientamento espresso dall'Osservatorio Nazionale Alcol, partecipando attivamente in sede Europea alla definizione del "Draft Council Conclusion on an EU Strategy on the reduction of alcohol related harm". Il documento è stato approvato definitivamente in sede del Consiglio Europeo in data 7/12/2015 sotto la presidenza Lussemburghese.

Le attività svolte a livello nazionale dal Ministero della Salute inerenti le policy sull'alcol e le strategie previste dal Piano Alcol e Salute e dal Piano Nazionale di Prevenzione sono state oggetto di richiesta condivisione in numerosi meeting e workshop tecnico-scientifici nazionali e internazionali a cui il Centro OMS ha partecipato (*Edimburgo, 6.10.2015 APN Alcohol Policy Network in Europe Symposium; Edimburgo, 7-9.10.2015 Global Alcohol Policy Conference "Momentum for change: research and advocacy reducing alcohol harm"*).

Le caratteristiche del sistema di monitoraggio epidemiologico nazionale sull'alcol comprensivo delle fonti nazionali di rilevazione, valutazione e reporting nella Relazione annuale al Parlamento da parte del Ministro della salute ai sensi della Legge 125/2001 che

erano state presentate precedentemente in maniera formale in Lussemburgo e pubblicate sul sito comunitario ([http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev\\_200110301\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_200110301_rd01_en.pdf)), sono state oggetto di ulteriore aggiornamento, a cura dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal Centro collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute sulle problematiche alcol correlate, anche alla luce dei gruppi di lavoro insediati presso il Ministero relativi al perfezionamento del Sistema di Rilevazione Nazionale sulle caratteristiche e sulle attività dei Centri Regionali per l'alcoldipendenza, in fase di confluenza nel Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze – Settore alcol (SIND ALCOL), già incardinato nella Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica (ex DGSISS) e di quello di supporto alla Relazione annuale al Parlamento che alimenta i flussi informativi e di monitoraggio europeo ed internazionale secondo gli standard concordati con OMS e Commissione Europea, ai quali l'Italia partecipa direttamente in virtù della presenza dell'Osservatorio Nazionale Alcol nei comitati tecnico scientifici creati ad hoc per le attività specifiche di valutazione d'implementazione dell' **“European Action Plan on Youth and on binge drinking”** 2014-2016 , dell' **European Alcohol Action Plan 2012-2020**, della **Global Strategy on Alcohol**. Presso l'Ufficio Regionale Europeo OMS di Copenaghen, nell'ambito del working group formale (Copenaghen, 10.04.2015 WHO Alcohol Expert Group follow-up on how to provide WHO with feedback on a list of proposed summary indicators), il Ministero della Salute, attraverso le competenze del Centro OMS per la Ricerca e la Promozione della salute su Alcol e problematiche di salute alcol-correlate, ha assicurato la collaborazione richiesta per la definizione, la metodologia di rilevazione e valutazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol come previsto dalla Risoluzione di lancio della Strategia Globale sull'Alcol da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

A latere si segnala che il Centro Collaboratore dell'OMS presso l'Istituto Superiore di Sanità ha fornito consulenze specifiche, su richiesta dall'OMS, in relazione alla definizione dei sistemi di monitoraggio su alcol e droghe (Ginevra, 23-25.11.2015 WHO Meeting of the Technical Advisory Group on Alcohol and Drug Epidemiology) determinando la nomina formale del WHO CC dell'ISS a membro del gruppo tecnico mondiale, con ricadute per le attività specifiche svolte dal Ministero della Salute con allargamento della partecipazione ad attività che vedono l'alcol come sostanza di raccordo per altre dipendenze in particolare comportamentali, per le quali il WHO CC ha presentato in coordinamento con il Ministero della Salute lo stato dell'arte in Italia nell'ambito del gruppo di lavoro internazionale (Seoul, Corea, 24-26.08.2015 WHO Behavioural disorders associated with excessive use of internet, computers, smartphones and similar electronic devices: clinical descriptions, diagnostic guidelines and priorities for international research) in cui è stata particolarmente richiesta la competenza epidemiologica del WHO CC e del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti per la revisione ed integrazione dell'ICD11 di prossima approvazione con le dipendenze comportamentali.

Le strategie e iniziative nazionali promosse dal Ministero della Salute, quali quelle legate all'implementazione della Legge 125/2001, alle campagne di comunicazione attraverso i materiali e gli standard d'intervento predisposti dai gruppi di lavoro del Centro Servizi Documentazione Alcol (CSDA) dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, alle attività di monitoraggio epidemiologico oltre che di rilevazione periodica delle attività dei Servizi di alcolologia per il trattamento degli alcoldipendenti e alle attività di formazione relative all'Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) su standard PHEPA e INEBRIA, International Network Brief Intervention on Alcohol, sono state oggetto di presentazione e dibattito in ambiti internazionali come nel corso dei progetti europei ALICE RAP, Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe, Reframing Addictions FP7 Project, ODHIN, Optimizing Delivery of Health Care Interventions FP7 Project, e nel meeting internazionale della rete INEBRIA (Atlanta, settembre 2015) che ha visto l'attivazione italiana nel progetto

europeo BISTAIRS dedicato all'identificazione delle caratteristiche di identificazione e intervento alcol correlati nei settori sociali e sanitari tra cui quelli specifici dei luoghi di lavoro e di emergenza e pronto soccorso.

Nel mese di settembre 2015 il Ministero della Salute ha patrocinato insieme all'ISS la campagna europea per la prevenzione della Sindrome Fetoalcolica (**Too young to drink**) promossa in Italia dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. Nel mese di novembre 2015 l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS ha partecipato **all'Alcohol Awareness Week** europea garantendo nell'ambito del meeting annuale *dell'Alcohol Policy Network* la presentazione delle policy nazionali sull'alcol in Italia, dei risultati delle ricerche e dei risultati delle *survey* condotte in collaborazione con tutti i rappresentanti governativi dei Ministeri della Salute attivi nel CNAPA.

Attraverso il WHO CC dell'Istituto Superiore di Sanità, in linea con gli orientamenti del Ministero della Salute, sono state garantite competenze specifiche nell'ambito della valutazione continua dell'implementazione della Risoluzione OMS sulla Global Strategy on Alcohol approvata nel maggio 2010 dall'Assemblea Mondiale della Sanità in Ginevra. Sono state assicurate tutte le azioni ricomprese nel piano di lavoro concordato dal Centro Collaboratore con l'Head Quarter OMS di Ginevra con condivisione e validazione delle attività di promozione delle strategie previste *dall'European Alcohol Action Plan* e dalla *Global Strategy on Alcohol*. Il Ministero della Salute ha fornito all'OMS il contributo di competenza prodotto dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS in merito al monitoraggio effettuato dal WHO sull'implementazione delle dieci aree per le azioni nazionali elencate nella Strategia Globale e lo sviluppo di politiche complessive all'interno degli Stati Membri, nonché sugli obiettivi raggiunti. Si segnala inoltre la rete collaborativa nazionale ICONA (Italian Collaborative Network on Alcohol) realizzata e coordinata dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità e comprendente le competenze del Centro Alcolologico Regionale della Regione Toscana, del Centro Alcolologico Regionale della Regione Liguria e dell'organismo per la formazione professionale sanitaria regionale del Friuli Venezia Giulia che in coordinamento con il WHO CC dell'ISS hanno garantito l'expertise richiesto per la predisposizione dei feedback formali richiesti all'OMS (10.12.2015 WHO Global Questionnaire on Progress in Alcohol Policy 2015 ; 5.12.2015 WHO Global Survey on alcohol and health 2015 additional component on unrecorded alcohol consumption).

Il Ministero ha infine partecipato con suoi rappresentanti alla riunione richiesta dalla Cour des Comptes francese all'Osservatorio nazionale Alcol per l'organizzazione di un incontro in ISS con la delegazione formale francese e commissione formale di studio per la valutazione comparata in alcuni Stati membri Europei in merito all'implementazione delle strategie nazionali sull'alcol. E' stata organizzata a tale fine presso l'ISS una giornata di lavoro, che si è tenuta il 28 settembre 2015, finalizzata all'illustrazione delle strategie italiane attraverso la presentazione dell'attuazione situazione in Italia del consumo di alcol e della relativa morbilità/mortalità, nonché dei trend degli ultimi anni, del sistema di monitoraggio dei dati, degli aspetti salienti della strategia nazionale, del piano nazionale per la riduzione del danno alcolcorrelato, delle strategie di prevenzione rivolte in particolar modo ai giovani e altri target specifici, della gestione del paziente con problemi alcol-correlati nel sistema sanitario nazionale, delle politiche relative al prezzo e alla tassazione delle bevande alcoliche, della normativa nazionale con particolare riferimento ai temi di alcol e guida, alcol e minori, licenze, pubblicità e delle attuali attività di ricerca.

Le valutazioni poste dall'Osservatorio Nazionale Alcol e dal WHO CC in merito alle iniziative del Ministero e alle politiche sull'alcol che hanno condotto alla riduzione dei consumi sono state oggetto di presentazione internazionale a Seoul, Corea, (27.08.2015 Public Forum for Addiction Prevention, Seoul) e pubblicazione internazionale sul web.

## **Documento prodotto in ambito internazionale nel 2014**

### **Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)**

Il piano d'azione, che si concentra sulla prevenzione dei danni alcol correlati nei settori del bere giovanile e del bere pesante episodico, è stato prodotto dalla Commissione per le politiche e le azioni nazionali in campo alcolico (CNAPA - Committee on National Alcohol Policy and Action) in data 16 settembre 2014. Questo piano d'azione ha una durata di due anni (2014-2016) e si propone di supportare gli Stati Membri al raggiungimento degli obiettivi della Strategia sull'alcol dell'UE per ridurre i danni alcol-correlati soprattutto tra la fascia di popolazione più giovane, che manifesta in modo sempre più frequente nel tempo comportamenti di consumo di alcol a rischio.

Il Piano di azione richiama tutti i Governi a considerare sei aree di azioni prioritarie:

- ridurre il binge drinking (inteso come consumo eccessivo episodico)
- ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani
- ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al marketing delle bevande alcoliche
- ridurre il danno da alcol in gravidanza
- assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani
- supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.

#### **4.4. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio**

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone l'autorizzazione di una spesa massima di lire 1 milione annue ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.

**A causa delle politiche di riduzione della spesa pubblica, nel corso degli anni, lo stanziamento di tali risorse finanziarie nell'apposito capitolo di bilancio del Ministero della Salute si è discostato anche notevolmente dal limite massimo previsto dalla legge.**

Secondo gli accordi assunti nelle sedi della Conferenza Stato-Regioni le risorse per il monitoraggio dei dati alcolologici sono sempre state ripartite tra le stesse Regioni secondo specifici criteri concordati. Tali criteri prevedono:

- l'assegnazione a ciascuna Regione di una quota di risorse calcolata suddividendo in parti uguali tra le Regioni il 50% dell'intera somma disponibile e distribuendo tra le stesse il restante 50% per quota capitaria
- l'erogazione delle risorse alle Regioni successivamente all'invio da parte di queste ultime, ed alla positiva valutazione da parte del Ministero, di una relazione contenente dati e informazioni sulle attività svolte dalle Regioni stesse in attuazione della legge 125/2001, predisposte sulla base di una griglia concordata di argomenti.

#### **I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2014**

Per l'anno 2014 sono stati stanziati per il monitoraggio Euro 87.243,00 risultato di una serie di successive decurtazioni intervenute, in adempimento alla normativa vigente, sull'originario stanziamento di risorse nel relativo Capitolo di bilancio del Ministero della Salute.

Tali risorse sono state ripartite tra le Regioni secondo la tabella di seguito riportata, definita in base ai citati criteri e su cui la Commissione Salute delle Regioni ha confermato il proprio consenso.

Tutte le Regioni hanno inviato in tempi utili i dati e le informazioni richiesti ai fini dell'erogazione delle risorse e il Ministero, valutate positivamente le relazioni pervenute, ha completato l'avvio delle procedure per la corresponsione della rispettiva quota di riparto per l'anno 2014 alle Regioni interessate.

<b>Regioni</b>	<b>Popolazione</b>	<b>Quota fissa</b>	<b>Quota capitaria</b>	<b>Totale</b>
Valle d'Aosta	127.844	2.077,00	94,00	2.171,00
Molise	313.341	2.077,00	229,00	2.306,00
Prov.Aut.Bolzano	530.308	2.077,00	388,00	2.465,00
Prov.Aut.Trento	509.626	2.077,00	373,00	2.450,00
Basilicata	576.194	2.077,00	421,00	2.498,00
Umbria	886.239	2.077,00	648,00	2.725,00
Friuli Venezia Giulia	1.221.860	2.077,00	893,00	2.970,00
Abruzzo	1.312.507	2.077,00	959,00	3.036,00
Marche	1.545.155	2.077,00	1.130,00	3.207,00
Liguria	1.565.127	2.077,00	1.144,00	3.221,00
Sardegna	1.640.379	2.077,00	1.199,00	3.276,00
Calabria	1.958.238	2.077,00	1.431,00	3.508,00
Toscana	3.692.828	2.077,00	2.699,00	4.776,00
Puglia	4.050.803	2.077,00	2.961,00	5.038,00
Emilia Romagna	4.377.487	2.077,00	3.200,00	5.277,00
Piemonte	4.374.052	2.077,00	3.197,00	5.274,00
Veneto	4.881.756	2.077,00	3.568,00	5.645,00
Sicilia	4.999.932	2.077,00	3.654,00	5.731,00
Lazio	5.557.276	2.077,00	4.062,00	6.139,00
Campania	5.769.750	2.077,00	4.217,00	6.294,00
Lombardia	9.794.525	2.077,00	7.159,00	9.236,00
<b>Totale</b>	<b>59.685.227</b>	<b>43.617,00</b>	<b>43.626,00</b>	<b>87.243,00</b>

## PARTE QUARTA

### 5. CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

Tra le attività previste dalla legge 125/2001 e dal PNAS - Piano Nazionale Alcol e Salute - grande importanza assume il “Monitoraggio dei dati relativi consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. In linea con questa premessa, ogni Regione ha il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di Monitoraggio su Alcol e Salute per analizzare l’andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell’implementazione del PNAS. Al fine di sostenere le Regioni ed a seguito dell’inserimento nel Piano Statistico Nazionale 2011-2013, 2014-2016 e approvata anche per gli anni 2017-2019 della statistica derivata ISS-00034 “Monitoraggio dell’impatto del consumo di alcol sulla salute in Italia in supporto all’implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)”, il Ministero della Salute ha approvato un progetto CCM denominato “SisMA”. Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato”, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. Parte dei risultati del progetto CCM vengono presentati in questo capitolo al fine di fornire una valutazione del rischio alcol-correlato a livello territoriale e delle tendenze temporali.

#### ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nell’anno 2014 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 76,8% tra gli uomini e al 52,7% tra le donne. Nel corso dell’ultimo anno non si rilevano variazioni significative della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche ed il valore tra le donne risulta superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di birra (57,9%) e di amari (35,0%) tra gli uomini è inferiore alla media nazionale. Non si rilevano infine variazioni significative delle prevalenze dei consumatori delle diverse tipologie di bevande rispetto alla precedente rilevazione né tra gli uomini né tra le donne.

L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest’area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio (criterio ISS) superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2013. (**Tabella 21 - 22**).

#### Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 77,3% tra gli uomini ed al 54,1% tra le donne; per queste ultime il valore risulta superiore al dato medio nazionale ed è aumentato rispetto al 2013 di 4,8 punti percentuali (p.p.). L’analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che le consumatrici di vino, di birra e di aperitivi alcolici sono aumentate rispetto al 2013 rispettivamente di 4,5 p.p., 4,2 p.p. e 3,9 p.p.; risulta inoltre inferiore al dato nazionale tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra e amari. L’analisi dei comportamenti a rischio mostra valori superiori alla media nazionale per entrambi i sessi della prevalenza dei *binge drinkers* e dei consumatori a rischio per il criterio ISS oltre alla prevalenza dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini e delle consumatrici fuori pasto per le donne, queste ultime peraltro aumentate rispetto al 2013 di 3,9 p.p. (*vedi Tabella 21 - 22*).

**Tabella 21 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2014)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	64,4	41,2	57,9	30,4	42,4	23,3	35,0	13,2	35,7	13,1
Piemonte	66,2	41,6 ↗	56,9	31,9 ↗	40,5	23,1 ↗	35,3	15,2	33,9	13,1
Valle d'Aosta	74,0	43,4	67,9	31,0	52,5	31,3	41,1	14,4	38,3	17,9
Lombardia	63,3	40,8	58,7	29,3	43,4	23,4	34,9	12,2	36,3	12,9
Liguria	65,5	42,5	54,8	32,4	40,5	22,6	34,3	13,2	36,1	13,8
<b>Italia nord-orientale</b>	67,5	44,9	61,5	34,3	42,6	26,4	33,6	14,4	35,2	14,6
PA Bolzano	64,2	48,7	67,7	37	45,9	41,0	38,6	33,2	44,4	26,2
PA Trento	65,3	42,1	66,1	37,6	47,0	31,7	34,3	12,3	37,5	16,3
Veneto	66,2	41,7	58,9	32,7	45,7	27,4	32,9	13,9	34,3	13,2
Friuli-Venezia Giulia	67,7	48,8	69,0 ↗	42,1 ↗	44,5	31,3	35,3	15,2	36,5	15,2
Emilia Romagna	69,5	47,4	61,0	33,1	37,6	21,7	33,2	12,9	34,5	14,5
<b>Italia centrale</b>	63,9	38,2	58,6	31,0	41,7	21,2	36,4	10,8	33,9	11,0
Toscana	64,7 ↘	41,1	56,2	31,2 ↘	39,3	21,0	28,2 ↘	8,0 ↘	33,0	10,7
Umbria	65,2 ↘	42,3	57,4	30,1	40,8	22,4	40,1	12,5	33,5	11,9
Marche	65,6	43,2	57,5	31,9	37,5	21,9	36,3 ↗	11,4	34,8	14,2
Lazio	62,7	34,3	60,7	30,9	44,5	21,0	41,1	12,3 ↘	34,3	10,3 ↘
Abruzzo	64,8	32,6	65,7	29,9	47,3	21,1	47,7	14,1	34,7	10,9
Molise	66,5	31,4	63,8	29,0	44,7	19,8	43,8	15,6 ↗	34,7	11,9
<b>Italia meridionale</b>	63,1	31,4	62,2	29,5	40,5	17,2	46,8	16,2	32,5	10,1
Campania	63,4	32,3	61,0	29,2	42,5	17,0	46,7	15,9	33,0	10,1
Puglia	61,0	30,8	62,3	30,1	35,7	16,2	48,2	19,4	32,1	10,9
Basilicata	60,3	28,3	58,2	21,4	38,2	14,8	41,0	11,7	30,1	7,9
Calabria	65,4	30,4	64,1	31,1 ↘	39,8 ↘	17,2	46,1 ↘	13,6 ↘	30,4 ↘	8,2
<b>Italia insulare</b>	60,1	28,9	61,6	31,2	40,4	20,9	40,1	15,1	30,5	9,1
Sicilia	59,7	27,6	60,5	31,0	40,6	21,2 ↗	40,3	15,2	29,9	7,9
Sardegna	61,3	32,8	64,7	31,7	39,8	19,8	39,2	15,1	32,5	12,6
<b>Italia</b>	64,1 ↘	37,7	60,1	31,1	41,6	21,8	38,3	13,9	33,9	11,8

↘ diminuito rispetto al 2013  
↗ aumentato rispetto al 2013

<b>VALORE MINIMO NAZIONALE</b>	<i>Valore inferiore alla media nazionale</i>	<i>Valore superiore alla media nazionale</i>	<b>VALORE MASSIMO NAZIONALE</b>
--------------------------------	--	--	---------------------------------

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

**Tabella 22 Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2014)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	76,8	52,7	17,0	7,5	41,6	19,4	10,9	3,0	24,5	9,9
Piemonte	77,3	54,1 ↗	18,2	7,1	37,1	19,3 ↗	12,2	4,1	26,3	10,5
Valle d'Aosta	83,6	56,1	19,4	9,9	55,7	24,4	15,4	4,3	30,6	13,2
Lombardia	76,8	52,2	16,2	7,5	44,2 ↗	19,4	10,9	2,7	23,9	9,5
Liguria	75,2	52,3	18,0	8,7	37,2	19,1	7,5	1,5	22,8	9,9
<b>Italia nord-orientale</b>	78,3	56,3	17	7,2	45,9	23,9	12,9	3,8	26,7	10,3
PA Bolzano	81,1	68,8	13,6	9,2	61,7	39,5	25,5	10,4	34,2	18,2
PA Trento	79,4	58,6	18,0	4,5	55,6	27,6	17,0	4,8	30,4	9,0
Veneto	77,3	54,1 ↘	17,8	6,9	46,8	23,2	14,5	3,2	28,7	9,2
Friuli-Venezia Giulia	80,2	62,6	18,3	8,2	56,4	30,0	17,7	4,0	31,2	11,1
Emilia Romagna	78,5	55,2	16,1	7,5	39,0	20,8	7,8 ↘	3,7	21,9 ↘	10,6
<b>Italia centrale</b>	75,3	50,2	15,2	6,3	35,7	14,7	7,4	1,8	20,8	7,6
Toscana	74,0	51,4 ↘	17,7	7,5	36,9	15,5	8,7	2,4	24,0	9,3
Umbria	75,6 ↘	52,6	15,9	6,8	31,2	14,8	7,4	2,1	21,8	8,5
Marche	75,5	53,7	16,0	7,0	36,1 ↗	17,4	6,2	2,0	20,6	8,3
Lazio	76,0	48,1	13,3	5,2	35,4	13,5	6,9	1,4	18,5	6,2
Abruzzo	79,8	45,9	17,0	4,4	42,0	14,9	13,1	3,2	25,9	7,3
Molise	78,7	44,4	19,6	4,9	43,4	13,1	17,9	1,6	31,2	6,2
<b>Italia meridionale</b>	77,1	45,1	14,7	4,5	30,7	11,1	8,5	1,9	20,4	6,0
Campania	76,3	44,4	13,3	4,1 ↘	29,4	11,6	7,6	1,6	18,5	5,3 ↘
Puglia	77,7	47,2	16,2	5,8	26,2	10,2	6	1,4	20,4	6,8
Basilicata	75,6	40,7	18,7	3,9	35,7	10,3	14,7	2,7	25,0	6,1
Calabria	76,7	43,9 ↘	11,9	3,6	32,4	8,6	10,0	2,6	19	5,7
<b>Italia insulare</b>	74,3	45,6	11,3	4,4	35,3	11,4	10,6	2,0	19,2	6,2
Sicilia	73,2	44,6	9,9	4,3	31,5	9,7	8,1	1,5	15,8	5,5
Sardegna	77,5	48,6	15,6	4,8	46,1	16,2	17,9	3,7	29,0	8,2
<b>Italia</b>	76,6	50,4	15,5	6,2 ↘	38,1 ↗	16,5	10,0	2,5	22,7	8,2

↘ diminuito rispetto al 2013  
↗ aumentato rispetto al 2013

<b>VALORE MINIMO NAZIONALE</b>	<i>Valore inferiore alla media nazionale</i>	<i>Valore superiore alla media nazionale</i>	<b>VALORE MASSIMO NAZIONALE</b>
--------------------------------	--	--	---------------------------------

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

### **Valle d'Aosta**

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è stata dell'83,6% tra gli uomini e 56,1% tra le donne ed è superiore alla media nazionale per entrambi i generi, come la prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici; sono inoltre superiori al dato nazionale la prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile e delle consumatrici di super alcolici.

Analizzando le modalità di consumo delle bevande alcoliche si evince che sono al di sopra della media nazionale i valori delle prevalenze dei consumatori abituali eccedentari, dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e di quelli a rischio ISS per entrambi i generi (*vedi Tabella 21 -22*).

### **Lombardia**

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è stata del 76,8% tra gli uomini e 52,2% tra le donne e non si rilevano differenze statisticamente significativa rispetto alla rilevazione precedente. Tra gli uomini risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre tra le donne risulta superiore alla media nazionale la prevalenza di consumatrici di vino.

L'analisi sulle abitudini di consumo mostra valori al di sopra della media nazionale della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontane dai pasto sia tra le donne che tra gli uomini e per questi ultimi il valore risulta aumentato di 4,1 p.p. rispetto alla precedente rilevazione. (*vedi Tabella 21-22*).

### **Liguria**

I consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e delle diverse tipologie di bevande nel 2014 sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione (M: 75,2%; F:52,3%). La prevalenza delle consumatrici di vino è superiore alla media italiana mentre risultano inferiori alla media italiana quelle dei consumatori di birra e amari.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra un dato di prevalenza superiore alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari di sesso femminile e viceversa un valore inferiore alla media degli uomini che consumano in modalità *binge drinking*. (*vedi Tabella 21-22*).

## **ITALIA NORD-ORIENTALE**

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord orientale sono quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è stata pari al 78,3% tra gli uomini e al 56,3% tra le donne e il valore è rimasto stabile rispetto al 2013. Le prevalenze rilevate per entrambi i generi risultano più elevate della media nazionale (per le donne le più elevate rispetto a qualsiasi altra realtà territoriale). La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i sessi così come quella di birra ed aperitivi alcolici tra le donne sono le più elevate di tutte le altre realtà territoriali italiane. L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che gli indicatori sono tutti superiori

al dato medio nazionale e che la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto per entrambi i sessi e dei consumatori binge drinking per i soli maschi sono i più elevati di tutte le ripartizioni territoriali analizzate. (**Tabella 21-22**).

### **Provincia Autonoma di Bolzano**

Per il terzo anno consecutivo nel 2014 la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risulta la più elevata di tutte le regioni italiane (68,8%) così come quella delle consumatrici di aperitivi alcolici (41,0%), di amari (33,2%) e superalcolici (26,2%); sempre tra le donne risultano inoltre superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatrici di vino e birra. Tra gli uomini la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica, così come quella dei consumatori di birra e aperitivi alcolici e superalcolici risulta più elevata della media nazionale. I dati che si riferiscono alle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano per entrambi i sessi i valori più elevati di tutte le altre realtà territoriali della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche in modalità *binge drinking* (M: 25,5%; F:10,4%) e delle consumatrici fuori pasto (F: 39,5%); sono infine superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio ISS per entrambi i generi e dei consumatori abituali eccedentari tra le donne. Non si registrano infine variazioni percentuali significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle diverse bevande alcoliche e delle abitudini di consumo (*vedi Tabella 21-22*).

### **Provincia Autonoma di Trento**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 79,4% tra gli uomini e 58,6% tra le donne ed è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione; i valori rilevati per entrambi i generi sono superiori alla media italiana così come quelli relativi alla prevalenza di birra, aperitivi alcolici e super alcolici; tra gli uomini si registra inoltre un dato di prevalenza dei consumatori di amari inferiore alla media nazionale. L'analisi della modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori *binge drinking* sono superiori alla media nazionale per entrambi i sessi (*vedi Tabella 21-22*)

### **Veneto**

La prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è diminuita di 6 p.p. sebbene comunque il valore continui a mantenersi superiore a quello medio nazionale (54,1%). Sono inoltre superiori alla media italiana le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi (M=45,7%; F=27,4%) e la prevalenza delle consumatrici di vino (41,7%); la prevalenza dei consumatori maschi di amari è invece come già rilevato lo scorso anno, inferiore alla media nazionale. Nel 2014 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto sia tra gli uomini che tra le donne e *binge drinking* tra i soli uomini sono più elevati dei valori nazionali. Complessivamente sono quindi a rischio per il criterio ISS il 28,7% degli uomini ed il 9,2% delle donne che risiedono in Veneto (*vedi Tabella 21-22*).

### **Friuli-Venezia Giulia**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 in Friuli Venezia Giulia è pari all' 80,2% degli uomini ed al 62,6% delle donne ed in entrambi i casi il valore è superiore a quello medio nazionale. Nel dettaglio sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi le prevalenze dei consumatori di vino e di birra ed in quest'ultimo caso il valore è aumentato rispetto al 2013 di 5,9 p.p per gli uomini e di 6,8 p.p. per le donne. Sono inoltre superiori alla media italiana anche i valori di prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e di super alcolici. Nel 2014 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto sia tra gli uomini che tra le donne e *binge drinking* tra i soli uomini sono più elevati dei valori

nazionali. Complessivamente sono a rischio per il criterio ISS il 31,2% degli uomini ed il 11,1% delle donne ed il valore rilevato è superiore a quello medio italiano (*vedi Tabella 21-22*).

### **Emilia Romagna**

Nel 2014 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata del 78,5% tra gli uomini e del 55,2% tra le donne e per queste ultime il valore risulta superiore a quello medio nazionale. Il vino è la bevanda maggiormente consumata sia tra gli uomini che tra le donne ed il dato risulta superiore a quello medio italiano mentre relativamente ai soli uomini si registrano valori più bassi rispetto alla media italiana della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e amari.

Non si rilevano tra gli uomini variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche mentre si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori in modalità binge drinking (7,8%) che risultano nel 2014 inferiori alla media nazionale e più in generale dei consumatori a rischio (21,9%); tra le donne risultano superiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio mentre si mantengono in linea con il dato italiano le prevalenze di consumatrici abituali eccedentarie e di binge drinking (*vedi Tabella 21-22*).

## **ITALIA CENTRALE**

Nel 2014 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 75,3% tra gli uomini e al 50,2% tra le donne e rispetto all'anno 2013 non si rilevano variazioni statisticamente significative né delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche né delle abitudini di consumo. La prevalenza dei consumatori di tutte le bevande considerate è in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa agli amari tra le donne che risulta invece inferiore (10,8%). L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per entrambi i sessi nel centro Italia la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è statisticamente inferiore alla media nazionale e per i soli uomini anche quella relativa ai *binge drinking* ed ai consumatori a rischio per il criterio ISS (*Tabella 21-22*).

### **Toscana**

Nel 2014 le percentuali dei consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è risultata inferiore alla media nazionale (74,0%) e quella tra le donne è diminuita di 6,7 p.p. . A livello di singole bevande si registra un valore della prevalenza di consumatori di vino di sesso femminile al di sopra della media nazionale ed un valore invece tra gli uomini approssimabile a quello medio, che risulta diminuito rispetto al 2013 di 5,6 p.p. Una diminuzione rispetto alla precedente rilevazione si registra anche della prevalenza delle consumatrici di birra (-5,2 p.p.) e per entrambi i sessi dei consumatori di amari (M=-8,1 p.p., F=-4,6 p.p.) i cui valori nel 2014 risultano essere i più bassi di tutte le realtà territoriali (M=28,2%, F=8,0%). L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana sia per gli uomini che per le donne tutti i valori sono in linea con il dato medio nazionale (*vedi Tabella 21-22*).

### **Umbria**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini nel 2014 risulta inferiore al dato medio nazionale ed in questo anno si è registrata una diminuzione del valore dell'indicatore pari a 7,1 p.p.; contemporaneamente si è registrata una diminuzione anche della prevalenza dei consumatori di vino pari a 5,6 p.p.; tra le donne invece la prevalenza delle consumatrici di vino è rimasta pressoché stabile ed il valore rimane superiore alla media nazionale. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio considerati, sono in

linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza degli uomini che consumano lontano dai pasti o che praticano il binge drinking, che sono più bassi (*vedi Tabella 21-22*).

### **Marche**

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 75,5% tra gli uomini ed al 53,7% tra le donne. La prevalenza dei consumatori di tutte le bevande considerate tra gli uomini è in linea con la media nazionale ad eccezione degli aperitivi alcolici per i quali risulta più basso; si registra inoltre sempre tra gli uomini un incremento della prevalenza di consumatori di amari pari a 6,7 p.p. Tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino è superiore alla media italiana. Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale, ad eccezione dei *binge drinker* tra gli uomini il cui valore è inferiore alla media e si rileva inoltre un incremento dei consumatori fuori pasto tra gli uomini pari a 6,6 p.p. (*vedi Tabella 21-22*).

### **Lazio**

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2014 ed è stata pari al 76,0% tra gli uomini ed al 48,1% tra le donne. Non si rilevano differenze significative rispetto alla media nazionale delle prevalenze dei consumatori delle diverse bevande ad eccezione del vino per le donne che risulta inferiore; sempre tra le donne si registrano delle diminuzioni dei valori di prevalenza delle consumatrici di amari (-5,0 p.p.) e di super alcolici (-4,4 p.p.). La prevalenza di *binge drinker* e quella dei consumatori a rischio ISS sono inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne e per queste ultime anche quella delle consumatrici fuori pasto. (*vedi Tabella 21-22*).

### **Abruzzo**

Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e amari, viceversa tra le donne risultano in linea con il dato medio nazionale le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche ad eccezione del vino, il cui valore risulta inferiore. Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla media italiana ad eccezione della prevalenza dei *binge drinkers* di sesso maschile che risulta superiore e della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie che risulta invece inferiore alla media. (*vedi Tabella 21-22*).

### **Molise**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 78,7% tra gli uomini ed al 44,4% tra le donne ed in quest'ultimo caso il valore risulta statisticamente inferiore alla media nazionale. Analizzando le singole bevande si evince che la prevalenza delle consumatrici di vino è inferiore alla media italiana, che la prevalenza dei consumatori di birra ed amari tra gli uomini è superiore alla media e che tra le donne, nonostante il dato rimanga in linea con quello medio nazionale, la prevalenza delle consumatrici di amari è aumentata di 2 p.p. . Tra gli uomini tutti e quattro gli indicatori relativi alle modalità di consumo a rischio sono superiori alla media nazionale mentre tra le donne i valori risultano in linea con quello nazionale ad eccezione delle consumatrici fuori pasto che sono invece inferiori (*vedi Tabella 21-22*).

## ITALIA MERIDIONALE

L'Italia meridionale ha fatto registrare nel 2014 percentuali di consumatori di almeno una bevanda alcoliche pari al 77,1% ed in linea con il dato medio nazionale tra gli uomini e pari al 45,1% tra le donne (dato inferiore alla media). La prevalenza dei consumatori di vino sia tra gli uomini che tra le donne non si differenzia dalla media italiana. Tra gli uomini si registrano valori superiori alla media italiana di consumatori di birra ed amari ed in quest'ultimo caso il dato risulta essere il più elevato di tutte le realtà territoriali considerate. Molto diversa appare invece la situazione delle donne dove risultano inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di birra, super alcolici e aperitivi alcolici e per quest'ultima bevanda il valore è anche il più basso di tutte le regioni italiane; unico valore al di sopra della media per le donne (come già sottolineato per gli uomini) risulta essere la prevalenza delle consumatrici di amari.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che nel meridione la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è in linea con il dato italiano per gli uomini e statisticamente inferiore alla media nazionale per le donne; risultano inoltre inferiori alla media i valori di tutti gli altri indicatori relativi ai comportamenti a rischio ed in particolare la prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli uomini è la più bassa di tutte le regioni italiane. Tra il 2013 e il 2014 non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio. (**Tabella 21-22**).

### Campania

La prevalenza degli uomini consumatori di almeno una bevanda alcolica, dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e di quelli di super alcolici nel 2014 è in linea con il dato medio nazionale per gli uomini ed inferiore alla media tra le donne; la prevalenza dei consumatori di amari tra gli uomini è l'unico dato superiore alla media italiana (46,7%).

Per entrambi i generi tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale e tra le donne si rilevano anche delle diminuzioni delle prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie (-2,9 p.p.) e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (-2,7 p.p.) (*vedi Tabella 21-22*).

### Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 77,7% tra gli uomini e 47,2% tra le donne. Per entrambe i generi sono inferiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici mentre l'unico valore superiore al dato medio si rileva per i consumatori di amari di sesso maschile (48,2%), come già rilevato nel 2013. Per entrambi i sessi anche la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti e dei consumatori *binge drinker* è inferiore alla media nazionale. Tra il 2013 e il 2014 non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio. (*vedi Tabella 21-22*).

### Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 75,6% tra gli uomini e 40,7% tra le donne ed in quest'ultimo caso il valore risulta inferiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di vino e super alcolici è inferiore al dato medio italiano sia per gli uomini che per le donne e per queste ultime si registra anche il valore di

prevalenza di consumatrici di birra più basso di tutte le regioni italiane. Tra gli uomini sono superiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori in modalità *binge drinking*, viceversa tra le donne sono inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie, delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio (criterio ISS). Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2013 e il 2014 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi Tabella 21-22*).

### **Calabria**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 76,7% tra gli uomini e 43,9% tra le donne; il valore relativo alle donne inoltre, oltre ad essere inferiore alla media nazionale è diminuito rispetto al 2013 di 5,3 p.p. Per entrambi i sessi è diminuita la prevalenza dei consumatori amari (M:-6,3 p.p. ; F:-8,0 p.p.) sebbene il valore degli uomini sia rimasto superiore alla media nazionale; per gli uomini si rileva una diminuzione statisticamente significativa rispetto alla precedente rilevazione anche dei consumatori di aperitivi alcolici (-6,9 p.p.) e di superalcolici (-7,2 p.p.) mentre per le donne si registra una diminuzione delle consumatrici di birra pari a 6,4 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sotto della media nazionale della prevalenza dei consumatori fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS per entrambi i generi (*vedi Tabella 21-22*).

## **ITALIA INSULARE**

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2014 pari al 74,3% tra gli uomini e al 45,6% tra le donne. Per entrambi i sessi i valori dei consumatori di bevande alcoliche risultano inferiori alla media nazionale così come quelli della prevalenza di consumatori di super alcolici e di vino; per quest'ultima bevanda l'Italia insulare mostra il valore più basso della prevalenza dei consumatori di sesso maschile rispetto a tutte le altre realtà territoriali. L'analisi delle abitudini di consumo mostra che per entrambi i generi le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio (criterio ISS) e dei consumatori abituali eccedentari sono stati nel 2014 inferiori a quelli medi italiani e che per quest'ultimo indicatore si è registrato il valore più basso rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate. Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2013 e il 2014 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*Tabella 21-22*).

### **Sicilia**

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 in Sicilia è stata pari al 73,2% tra gli uomini e al 44,6% tra le donne e per entrambi i generi i valori risultano inferiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e super alcolici per entrambi i generi sono inferiori alla media italiana e tra le donne si registra rispetto al 2013 un incremento della prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici pari a 3,7 p.p. Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione. (*vedi Tabella 21-22*).

## **Sardegna**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano e pari al 77,5% tra gli uomini e 48,6% tra le donne, senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che la prevalenza delle consumatrici di vino è inferiore a quella nazionale mentre quella dei consumatori di birra di sesso maschile è superiore al dato medio. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2014 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumi fuori pasto, dei consumi in modalità *binge drinking* e di quelli a rischio ISS tra gli uomini mentre tra le donne i valori registrati sono in linea con quelli nazionali. Per tutti gli indicatori considerati non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione. (vedi **Tabella 21-22**).

## 6. LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITA' 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 sotto riportato 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 2014 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 e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche
  - 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, 19 Regioni e le Province Autonome. E' possibile pertanto per l'anno 2014 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

## **6.1. Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità**

### **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Formalizzazione di un gruppo di lavoro, denominato "Equipe Giovani Adulti", per lavorare su tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei giovani consumatori di alcol e stupefacenti. Tale équipe è composta da sei operatori: un dirigente medico psichiatra, due dirigenti psicologi, una assistente sociale e due educatori professionali. Tale équipe multidisciplinare, nel 2014, ha contattato 220 giovani, ha preso in carico 65 giovani adulti e ha approntato 98 programmi terapeutici.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **ASL TO1**

- Nel corso del 2014 sono state sviluppate attività atte ad aumentare l'accessibilità ai Servizi per la presa in carico di diverse tipologie di pazienti: minori, extracomunitari ed anche giocatori patologici che presentano spesso anche abuso concomitante di alcol.
- *Progetto "Fuori e dentro me"*: sviluppo di un intervento domiciliare per pazienti multiproblematici, in condizione di marginalità sociale e/o comorbilità psichiatrica. Il progetto è stato realizzato nell'ambito del Piano Locale, in collaborazione con gli Enti del Privato Sociale del nostro territorio.
- All'interno delle attività di prevenzione realizzate dal Dipartimento per le Dipendenze (PDP), interventi in alcuni istituti superiori del territorio di competenza, volti alla formazione di gruppi di *peer educator*, con l'obiettivo che si facciano promotori di attività rivolte a studenti delle classi inferiori sui temi delle dipendenze patologiche e dei comportamenti a rischio connessi all'abuso di sostanze, alcol e al gioco d'azzardo.

#### **ASL TO2**

- Attivazione di percorsi assistenziali per i pazienti alcolisti con i medici di medicina generale, anche mediante l'intervento breve, e coinvolgimento delle *équipes* territoriali per favorire l'accesso ai trattamenti presso il Servizio di Alcologia.
- Consolidamento del protocollo di collaborazione con il D.E.A. dell'Ospedale San Giovanni Bosco e fornitura nei locali del D.E.A. di materiale cartaceo e opuscoli illustrativi rivolti all'utenza per facilitare l'accesso al Servizio di Alcologia.
- Avvio di una sperimentazione con il reparto di Ortopedia dell'Ospedale San Giovanni Bosco al fine di facilitare la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'Ospedale e ricoverati per problematiche ortopediche secondarie all'abuso di alcol.
- Consolidamento del protocollo di collaborazione con la S.C. Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Maria Vittoria per la prevenzione secondaria dei tumori della sfera ORL.
- Attivazione di percorsi riabilitativi individualizzati in area sociale di orientamento al lavoro, con ampliamento delle competenze lavorative e delle abilità trasversali per pazienti alcolisti, anche con il coinvolgimento del Privato Sociale.

### ASL TO3

Il Servizio di alcolologia della S.C. Ser.T. Pinerolo svolge l'attività di presa in carico e trattamento con approccio multidisciplinare e multimodale nelle sedi di Pinerolo, Torre Pellice e Perosa Argentina.

La sede di Pinerolo, attraverso il *Coordinamento alcolologico del pinerolese*, attivato nel 2011, in continuità con il precedente gruppo GLA (Gruppo di Lavoro Alcologia) attiva e coordina percorsi assistenziali di "care" nonché iniziative di prevenzione (mese di prevenzione alcolologica, incontri, dibattiti) e di intervento nella comunità locale promuovendo una fattiva rete di collaborazione e di integrazione tra Servizi socio-sanitari, Terzo settore (ACAT; AA; Ass. ALISEO) e Amministrazioni locali.

Proseguono le attività di tipo terapeutico del gruppo "Ametista".

### ASL TO4

Sono proseguite le attività di numerosi progetti volti alla presa in carico delle persone alcolodipendenti, ad esempio:

- *Progetto "A casa Tua"*: sviluppo di interventi domiciliari in pazienti alcolisti in condizione di comorbilità psichiatrica e marginalità sociale. Il progetto è stato realizzato dall'*équipe* del Ser.T. e dall'*équipe* del Servizio di alcolologia.

- *Laboratorio Attività Espressiva*, gruppo settimanale rivolto a soggetti alcolodipendenti, in carico al Servizio di alcolologia e alle Comunità terapeutiche del territorio, che si trovano in condizione di particolare fragilità e marginalità sociale, e necessitano di un'attività concreta in un ambiente informale che favorisce la socializzazione.

- *Laboratorio Monili*, un'attività di gruppo rivolta specificamente alle donne, strutturata con l'attivazione di un laboratorio di costruzione di monili integrato da una proposta psicologica centrata sulle criticità e sulla vulnerabilità femminile all'alcol, sul recupero degli aspetti concreti del "prendersi cura di sé", e sul sostegno del recupero di un'immagine positiva di sé nella vita socio-familiare.

- *Progetto "Achille e la Tartaruga"*, finalizzato alla promozione del benessere psico-fisico e al contrasto dei rischi di patologie connesse alla sedentarietà.

- *Centro riabilitativo alcolologico "ALTER EGO"*: costituito nel 2006 con finanziamento regionale, accoglie persone con gravi problemi alcol correlati in comorbilità psichiatrica. È stato progettato come struttura riabilitativa che accoglie sia i pazienti che i loro familiari.

- *Progetto "Help Center Chivasso stazione solidale"*, consiste in un intervento sulle persone in difficoltà presenti nell'area della stazione ferroviaria di Chivasso (TO), secondo il modello proposto dalla rete dell'Osservatorio Nazionale del Disagio e della Solidarietà nelle stazioni Italiane. La S.S. Alcologia è capofila del progetto, mentre il Comune di Chivasso è il partner principale. La progettualità è tuttavia complessa e vede la partecipazione attiva anche dei seguenti partner: Consorzio CISS Chivasso, ONDS, Conferenza San Vincenzo De Paoli, Associazione "Punto a Capo".

### ASL TO5

- È stata rinnovata, nel corso del 2014, la formazione continua degli operatori sanitari coinvolti nel settore del "Percorso Nascita", da parte degli operatori del Dipartimento Dipendenze, finalizzata all'accompagnamento alla nascita e alla prevenzione dei problemi alcol correlati nelle donne in età fertile.

- È proseguito il progetto "*Liaison – alcol e gravidanza*", attivato nel 2012, che prevede la collaborazione fra Servizio di alcolologia, i Consulenti familiari e i MMG. Il progetto ha come obiettivi la sensibilizzazione delle donne e i loro partner circa i rischi dell'assunzione di alcol, la prevenzione FASD (fetopatia alcolica), il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari sull'approccio e sulle conoscenze dei rischi legati all'uso dell'alcol per la donna e il bimbo in riferimento a tutto il periodo del percorso nascita. Il risultato atteso è l'attivazione di

un percorso integrato che faciliti l'accesso al Servizio di alcologia delle donne e dei loro *partner*, come portatori di problematiche alcol-correlate. In relazione a tale progetto è stata avviata la realizzazione di locandine informative rivolte alle donne.

- In collaborazione con l'Associazione di volontariato ACAT di Chieri, si sono realizzate diverse iniziative con associazioni sportive, con la Coop e con il Cipes Piemonte, tese a sensibilizzare la popolazione sui comportamenti a rischio di assunzione di bevande alcoliche.

#### ASL AL

- Attivazione di percorsi integrati per pazienti in doppia diagnosi (alcologica e psichiatrica). Introduzione di nuove terapie farmacologiche nella pratica clinica aziendale.

- Attivazione di valutazioni osservazionali sull'integrazione di strumenti valutativi cartacei e terapie farmacologiche specifiche.

- Attivazione di iniziative congiunte con i DL per percorsi per lavoratori in mansioni a rischio.

#### ASL BI

- Attivazione dal giugno 2013 di un Centro Semiresidenziale per l'osservazione, la valutazione e il trattamento dei pazienti alcolisti, oltre alla normale attività ambulatoriale.

- Attivazione di un gruppo di lavoro Ser.T./DSM per l'individuazione di percorsi integrati per pazienti comorbili.

- Interventi di *counseling* effettuati da medici e infermieri a favore delle persone inviate dalla Commissione Medico Legale sui rischi legati all'abuso di alcol.

- Prosegue l'attività di prevenzione per le scuole secondarie di primo e secondo grado attraverso i progetti *Unplugged* (le scuole di primo grado) e *peer education* (scuole di secondo grado).

#### ASL CN1

Nell'anno 2014 è stata predisposta una formazione sul campo che ha portato alla formulazione di un PDTA diagnostico per la valutazione/diagnosi dei soggetti con sospetto di disturbo da uso di alcol che si rivolgono al servizio sia volontariamente che su invio istituzionale.

#### ASL CN2

Presenza in carico congiunta dei pazienti con altri Servizi di riferimento e attivazione di protocolli tra Servizi per la relativa gestione congiunta. Protocollo con il DSM per i ricoveri di pazienti con comorbidità e prassi definite con le cliniche per i ricoveri finalizzati alla disintossicazione. Convenzione con il volontariato per il trasporto di pazienti all'ambulatorio da zone disagiate o mal servite da Servizi Pubblici.

#### ASL VC

- Procedura condivisa tra S.C. Ser.T, S.C. Psichiatria Unificata VC-Borgosesia, S.S.D.SPDC e S.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza nella gestione del paziente con dipendenza da sostanze psicotrope e patologie psichiatriche.

- Collaborazione tra Reparto di Medicina Interna e Ser.T che consiste nell'invio dal Ser.T al Reparto di Medicina di pazienti alcolodipendenti per la valutazione di patologie internistiche alcol-correlate, ed invio dal Reparto al Ser.T di pazienti ricoverati per il trattamento dell'alcolodipendenza.

- Rimane attivo l'Ambulatorio di Alcologia in Santhià con la collaborazione del Privato Sociale "Comunità Il Punto", e nell'anno 2014 in tale centro sono stati accolti anche i Giocatori d'Azzardo (GAP).

## ASL VCO

-Prosecuzione del progetto “*Servizio di accoglienza Alcolologica*” (SdAA), in collaborazione con Gruppo Abele di Verbania, gestito da due psicologi. Il progetto nasce sperimentalmente nel 2009 e prosegue tutt’ora a regime, con particolare attenzione ai soggetti che hanno avuto una sospensione di patente per guida in stato di ebbrezza alcolica. Si tratta di un Servizio di accoglienza di gruppo, presso la sede del distretto sanitario di base. L’accesso è diretto.

- Partecipazione al gruppo di lavoro aziendale (capofila SOC ORL) per la definizione del percorso di cura per i tumori della laringe. Corso di formazione per il personale medico al fine di migliorare l’individuazione di condizioni di abuso e dipendenza alcolica in pazienti che accedono al servizio ORL per diagnosi e trattamento dei tumori della laringe.

## ASL NO

Avvio del progetto “*Alcol e Marginalità*” in collaborazione con il Gruppo Abele di Verbania e l’ACAT Novarese. Il progetto si rivolge a una fascia specifica e sempre più ampia di soggetti in carico all’ssvd Alcolologia, quelli definibili “a basso funzionamento sociale” e “multiproblematici”; soggetti che presentano, associate fra loro, alcune delle seguenti caratteristiche: scarse/insufficienti competenze nella gestione del quotidiano (igiene, alimentazione, spese...), presenza di sintomatologia fisica e psichica di media/grave entità, scarsa o inesistente rete familiare o sociale, insufficienti competenze nella relazione con la rete dei Servizi, assenza di dimora o precarietà dell’alloggio, alta frequenza di disturbi psichiatrici e/o di personalità, eventuali difficoltà linguistiche o “*gap*” culturali/relazionali (immigrati), stato di detenzione, assenza di riferimenti territoriali. Obiettivo del progetto è potenziare l’offerta di interventi di cura differenziati e specializzati per i soggetti alcolodipendenti più marginali, ad integrazione degli interventi istituzionali già assicurati dal Servizio di Alcolologia e incrementare la capacità dei soggetti destinatari di fruire in modo adeguato dei Servizi sanitari e sociali.

Il progetto è stato finanziato dalla Fondazione Comunità Novarese - onlus.

## ASL AT

- **Drop in:** centro diurno adiacente al SerT volto alla riduzione del danno e ad attrarre in trattamento le persone alcol- tossicodipendenti più emarginate.

- **Alcol e patente:** continua il protocollo con la Medicina Legale per l’accoglimento di alcune categorie di sanzionati art. 186 C. d. S.

## PRESIDIO OSPEDALIERO RIABILITATIVO

- Presidio Ospedaliero Riabilitativo “Beata Vergine della Consolata” - Fatebenefratelli – Da anni è attivo un progetto di Coordinamento delle diverse realtà in ambito di alcolologia residenziale per tutta Italia. Il progetto è “**Corral- Coordinamento delle Residenzialità Riabilitative Alcolologiche**”. Il Corral si occupa di ricerca, definizione di criteri di intervento, modelli riabilitativi, al fine di creare una modalità di riferimento d’eccellenza a livello nazionale. Al progetto partecipano 12 Centri di Riabilitazione alcolologica sparsi sul territorio nazionale, prevalentemente nel nord Italia.

Il progetto ha come obiettivi:

- iniziative di promozione attraverso strumenti diversi, inclusi i media;
- iniziative di formazione: corsi, convegni, formazione sul campo a livello locale, nazionale ed internazionale;
- redazione di documenti specifici come stimolo e contributo al confronto in campo alcolologico;
- promozione e realizzazione di ricerche scientifiche in ambito alcolologico.

## PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

### *Cooperativa Il Punto Onlus.*

Avvio del Centro Semiresidenziale in collaborazione con l'ASL di Biella.

Prosegue l'attività di accoglienza ambulatoriale non residenziale in cogestione con l'ASL di Vercelli. Tale progettazione congiunta ha prodotto significativi risultati sia in termini di incremento di nuovi pazienti afferenti al Servizio, sia nella riduzione dei ricoveri ospedalieri o residenziali per patologie alcol-correlate dei soggetti trattati, nonché nelle attività di prevenzione, in particolare per l'area giovanile-scolastica del distretto Vercelli-sud oggetto dell'intervento.

## REGIONE LOMBARDIA

- Delibera d.g.r. n.499/2013, dispone l'attuazione della fase di sperimentazione, così come indicato con la precedente d.g.r. 3239/2012, e da avvio alla realizzazione delle correzioni migliorative e alle azioni di rafforzamento delle buone prassi.

- Delibera d.g.r. n.2022/2014 approva il percorso per la stabilizzazione delle azioni innovative e migliorative necessarie a mettere a regime il sistema di risposte ai bisogni delle famiglie fragili, all'inclusione sociale, alle modalità di supporto grazie anche al coinvolgimento del volontariato e dell'associazionismo.

Le Linee Guida, strumento tecnico introdotto nel 2009, ha permesso di sviluppare il Piano di Azione Regionale per le Dipendenze, poi di seguito indicato con P.A.R.

Con il P.A.R., è stato possibile inquadrare gli obiettivi e i risultati in materia di educazione, di prevenzione e di trattamento delle dipendenze, affrontando con nuove prospettive i problemi dell'uso/abuso/dipendenza. In particolare il fenomeno dell'uso/abuso di alcol viene affrontato, come le altre dipendenze, non solo da un punto di vista tecnico ma anche attraverso l'osservazione dei fattori sociali, con il coinvolgimento di tutti gli attori societari così da poter fornire risposte appropriate ed efficaci.

In questo quadro, s'inserisce il Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT), che si riunisce periodicamente per impostare una politica corrispondente alle strategie di condivisione del problema, d'integrazione e di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Si evidenzia così come la complessità del tema e la sua evoluzione oltre i confini del sistema di cura socio sanitario e sanitario abbia comportato, da parte di Regione Lombardia, l'adozione di un nuovo approccio metodologico improntato, con un maggior ascolto dei diversi soggetti sociali interessati al fenomeno (mondo del lavoro, della scuola, del tempo libero, della sanità, della sicurezza, dei servizi ...) e quindi, alla individuazione condivisa di obiettivi e strategie attraverso uno strumento di *governance*.

Con l'approvazione della d.g.r. n.499/2013, è stata approvata la sperimentazione di un nuovo modello d'intervento, nel quale il sistema dei Servizi pubblici e privati, ambulatoriali e residenziali per le dipendenze, doveva fornire delle risposte appropriate ed efficaci alle persone.

Nel biennio in corso, 2014-2015, si sta consolidando una messa a sistema definitiva della rete dei servizi con:

- una residenzialità per le persone con una lunga storia di riabilitazione comunitaria, con attività occupazionali, relazionali e d'inclusione sociale;
- contesti specifici per l'accoglienza di adolescenti con problemi di consumo/abuso/dipendenza;

- nuove modalità d'intervento a favore di persone con comportamenti compulsivi che determinano anche nuove forme di abuso;
- interventi socio sanitari di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi riferiti alla popolazione giovanile.

La revisione del modello d'intervento non può prescindere dalla ridefinizione del modello di valutazione dei bisogni delle Dipendenze indirizzato verso una maggiore personalizzazione e coerenza rispetto ai reali bisogni della persona.

In questa direzione sta lavorando il Gruppo Tecnico composto dai referenti della Regione, dai Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze e degli S.M.I. e dai rappresentanti del Terzo Settore.

Questo approccio esige quindi un complesso processo di valutazione multidimensionale per facilitare l'accesso del cittadino bisognoso, alle diverse unità d'offerta, utilizzando anche l'informazione e l'orientamento per garantirgli risposte più appropriate alle sue necessità.

La rilevazione effettuata in collaborazione con i 15 Dipartimenti Dipendenze, ha evidenziato l'adozione di circa n. 41 iniziative per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali.

## **P.A. BOLZANO**

I Servizi per le Dipendenze, denominati di seguito "Ser.D", dell'Alto Adige e le Organizzazioni Private Convenzionate hanno proseguito ed incentivato il lavoro di rete e la collaborazione con tutto il Sistema dei Servizi Sanitari e Sociali del territorio.

Le principali azioni che hanno favorito l'accesso ai trattamenti di pazienti che presentano un consumo a rischio, una dipendenza o un abuso cronico da alcol, sono state:

- l'attività di consulenza psicologica dell'ambulatorio di alcologia presso l'Ospedale di Bolzano che ha svolto con utenti degenti per patologie riconducibili ad uso dannoso/dipendenza da alcol, su richiesta dei medici dei singoli reparti di degenza. Le richieste di consulenza alcologica arrivano in prevalenza dai reparti di psichiatria, gastroenterologia, medicina interna e astanteria;
- le consulenze effettuate presso una clinica privata di Merano ove, attraverso apposita convenzione, vengono ricoverati soggetti per cura di disassuefazione da alcol e per patologie alcol-correlate. È presente apposito protocollo di intesa che facilita la segnalazione da parte della clinica, nel rispetto della normativa della *privacy*, di soggetti che afferiscono per problemi legati all'abuso o dipendenza da alcol permettendo l'attivazione di apposita consulenza;
- le consulenze effettuate presso i vari reparti ospedalieri tra cui il reparto di psichiatria;
- la prosecuzione e il rafforzamento della collaborazione con i Medici di Medicina Generale, i Centri di Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e le Strutture Sanitarie Convenzionate aumentando così le offerte trattamentali e la progettazione dei trattamenti psico-sociali-medici, infermieristici ed educativi;
- la collaborazione con la Commissione Medica Multizonale che invia pazienti per interventi medico-legali dai quali in alcuni casi e dopo opportuna valutazione è emerso un problema di abuso/dipendenza favorendo quindi l'accesso del soggetto alla dimensione trattamentale/curativa;
- la diffusione capillare di materiale informativo anche attraverso siti web, con l'obiettivo di dare visibilità ai Servizi sulla loro ubicazione, organizzazione ed offerta di prestazioni.

## **P.A. TRENTO**

In tutto il territorio provinciale sono attivi undici Servizi di Alcologia, indipendenti dal Ser.D., sebbene entrambi facciano parte di un unico Dipartimento Dipendenze Interdistretto. I Servizi assicurano visite alcolologiche senza tempi di attesa e in ogni Servizio di alcologia (organizzazione di tipo funzionale) è presente un Responsabile medico, dipendente o convenzionato, che dedica alcune ore del proprio orario settimanale al Servizio stesso ed almeno un Operatore di rete (educatore professionale, assistente sociale, infermiere, psicologo).

Progetto UFE (Utenti Familiari Esperti): in via sperimentale, in due Servizi di Alcologia è stata attivata la figura dell'UFE, che è appunto un utente o un familiare "esperto", che aggiunge il suo sapere esperienziale al sapere professionale degli operatori. Tale sapere esperienziale risulta un valore aggiunto sia nella motivazione e nel sostegno delle famiglie con problemi alcol correlati, sia nelle attività di promozione della salute sul territorio.

Progetto RAR (Referente Alcolologico di Reparto): in tutti i reparti ospedalieri è attiva almeno una figura professionale (solitamente Infermiere Professionale), specificatamente formata. Queste figure professionali, basandosi su un'apposita cartella anamnestica sugli stili di vita somministrata a tutti i pazienti al momento del ricovero indipendentemente dalla patologia presentata e che permette l'individuazione dei bevitori problematici e/o alcolisti, svolgono i colloqui motivazionali con le persone e, se possibile, con le loro famiglie al fine di inviarli ai Servizi di alcologia e, conseguentemente, ai gruppi di auto mutuo aiuto. Questo progetto, e quindi anche la figura che ne consegue, è ormai stabilizzato da lungo tempo, con aggiornamenti periodici.

Incontri di sensibilizzazione/informazione per gruppi omogenei di persone attive nel sociale (assistenti sociali, educatori professionali, sacerdoti, insegnanti, forze dell'ordine, amministratori pubblici ed altre), al fine di incoraggiare l'invio delle persone con PAC (problematiche alcol correlate) ai Servizi di alcologia.

Incontri rivolti ai medici di medicina generale al fine di sensibilizzarli ad una particolare attenzione riguardo al consumo di alcol da parte dei loro assistiti e, nel caso, all'invio delle persone con PAC ai Servizi di alcologia.

Stampa e diffusione in luoghi pubblici di manifesti e materiali informativi sui Servizi di alcologia ed i Centri anti-fumo.

Continua ad essere attivo il coordinamento dei vari Servizi di alcologia presenti nei Distretti Sanitari da parte del Servizio di alcologia centrale al fine di coordinare le varie attività di trattamento, di prevenzione e di promozione della salute dei vari Servizi territoriali. L'obiettivo di questo coordinamento è quello di fare in modo che una famiglia con problemi di alcol abbia accesso a tutti i Servizi idonei possibili in maniera omogenea sull'intero territorio provinciale.

## **REGIONE VENETO**

Le Unità Operative Alcolologiche fanno parte di un più ampio sistema dei Servizi per le Dipendenze che, nella Regione Veneto, è rappresentato dal Dipartimento per le Dipendenze. Ciascuna Azienda Unità Locale Socio Sanitaria ha istituito il Dipartimento secondo le

indicazioni e le linee tecniche regionali previste dalla Delibera della Giunta Regionale n. 2217/1999, che raggruppa al proprio interno sia le Strutture pubbliche, sia il Volontariato e il Privato sociale interessato alla cura della dipendenza da alcol.

Nella Regione Veneto, il 2014 è caratterizzato da un sostanziale mantenimento del sistema dei Servizi che si occupa delle problematiche alcol correlate. Le sedi dei Servizi per l'alcolologia sono sostanzialmente le stesse da diversi anni, 38 in totale. Le 21 Aziende ULSS in cui è articolata la Regione sono così organizzate: 5 Aziende hanno una sola sede, 13 Aziende hanno due sedi, le altre Aziende presentano in alcuni casi 3 o 4 sedi, in altri casi nessuna sede. Una distribuzione quindi abbastanza uniforme delle strutture che rappresenta un primo elemento favorevole all'accesso alle cure.

All'interno dei Dipartimenti trovano spazio non solo le strutture pubbliche sopra menzionate ma anche quelle del Volontariato e del Privato sociale. In particolare, le Associazioni dei Club Alcolologici Territoriali (A.C.A.T.) e Alcolisti Anonimi (A.A.) sono realtà estremamente radicate nel territorio con una diffusione capillare, resa possibile da circa 800 unità presenti, di cui 624 Club Alcolologici Territoriali (C.A.T.), 132 gruppi di A.A e altri 47 gruppi, che costituiscono un ulteriore punto di accoglienza e di accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali relativi alla dipendenza da alcol.

L'impegno offerto dalle centinaia di volontari si aggiunge quindi all'attività professionale dei 400 operatori presenti nell'anno 2014, all'incirca gli stessi degli anni precedenti, che si dedicano in modo esclusivo all'attività alcolologica nel 13,7% dei casi, mentre l'86,3% è impegnato a tempo parziale, dovendosi occupare per il resto del tempo anche di altre patologie, soprattutto di altre dipendenze.

L'accessibilità ai trattamenti continua, senza sostanziali novità, ad essere favorita dalla gratuità delle prestazioni erogate, ad eccezione delle visite specialistiche o altri interventi relativi alla perizia richiesta dalle commissioni mediche locali per le patenti di guida, e dall'accesso libero ai Servizi negli orari di apertura previsti, senza liste di attesa e con la garanzia di riservatezza per ogni forma di intervento.

Il miglioramento della qualità degli interventi si persegue anche attraverso la sottoscrizione di accordi e la predisposizione di protocolli tra vari Servizi di Alcolologia, le Divisioni specialistiche ospedaliere e altri Servizi della rete territoriale, in particolare: Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.), Medici di Medicina Generale (M.M.G.), Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro (S.P.I.S.A.L.), Servizi integrazione lavorativa (S.I.L.), Consultori familiari (C.F.), Servizi tutela minori, Neuropsichiatrie infantili (N.P.I.), Unità Operative per la Disabilità, Servizio di Educazione e Promozione della Salute (S.E.P.S.).

Altri soggetti importanti per il potenziamento della rete alcolologica sono gli operatori presenti nei Comuni, le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, le Forze dell'Ordine, il Volontariato e il Privato sociale, i Medici competenti aziendali, le Parrocchie, ecc.

L'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali anche per il 2014 è garantito da un'ampia pubblicizzazione delle proposte, come ad esempio la predisposizione di corsi di formazione per migliorare la sensibilità del personale sanitario sul tema dell'alcolologia, fornendo loro strumenti per l'applicazione del *counseling* breve motivazionale nei propri ambiti lavorativi. Si è potuto constatare come tale proposta rafforzi il coordinamento dei diversi interventi sulle

problematiche alcol correlate, agevoli l'individuazione precoce di situazioni a rischio e favorisca ulteriormente l'invio e l'accesso al Servizio specialistico di Alcologia.

## **REGIONE FRIULI -VENEZIA GIULIA**

Prosecuzione dei lavori del Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol in seno alla Direzione Centrale della Salute e delle Politiche Sociali, formato dai rappresentanti dei Servizi pubblici, delle Associazioni di volontariato e delle Università della Regione autonoma FVG.

## **REGIONE LIGURIA**

I Nuclei Operativi Alcologia (NOA), attivati presso tutte le Aziende Sanitarie Locali della Liguria a seguito della Legge 125, sono punti di offerta trattamentale specifici riguardo all'alcoldipendenza ed ai problemi alcol correlati. Tali punti di offerta sono per lo più dislocati in luoghi diversi dall'ubicazione del locale Ser.T di riferimento, al fine di consentirne la frequentazione a soggetti di età, genere e condizione socio economica diversa da quella degli utenti tossicodipendenti. Le azioni di diagnosi e terapia si svolgono di norma su appuntamento, durante le ore di apertura del Servizio, mentre le attività domiciliari o consulenze presso altri Ospedali sono programmate.

All'interno dei NOA sono stati predisposti Servizi di trattamento in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura.

Tutti i Servizi delle dipendenze prevedono un accesso libero agli utenti con patologie alcol correlate negli orari di apertura per 5 giorni alla settimana attraverso un primo contatto che viene gestito dall'*équipe* multiprofessionale. I canali di invio spesso sono i Servizi territoriali e i reparti ospedalieri.

L'attività dei NOA si è negli anni consolidata e si è diversificata e intensificata l'offerta di trattamenti ambulatoriali, in *Day hospital* e in regime di ricovero.

Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri, d'elezione vengono utilizzate Strutture convenzionate con le ASL di riferimento. Sono stati consolidati gli ambulatori alcolologici presenti in ogni distretto migliorandone la qualità.

Ad alcuni NOA è stato concesso l'accreditamento regionale e la certificazione di qualità del sistema inglese HQS per il Servizio di alcologia

In tutti i Ser.T è presente un ambulatorio infettivologico-internistico con personale dedicato che si occupa del trattamento e della prevenzione delle patologie organiche correlate e degli accertamenti di laboratorio indispensabili in questo settore (accertamenti per provvedimenti giudiziari, per revisione patenti, per accertamenti di idoneità al lavoro, per controlli HIV, epatite C, epatopatie alcoliche, ecc).

Particolarmente importante è l'attività per la revisione patenti per guida in stato di ebbrezza che vanno svolte in tempi coordinati con quelli della Commissione medico-legale.

Personale qualificato effettua inoltre consulenze urgenti presso le case circondariali e i reparti ospedalieri per patologie alcol correlate.

Sono state attivate collaborazioni con il tribunale ordinario, il tribunale per i minori e l'UEPE per gli affidi terapeutici alternativi alla carcerazione o trattamenti ordinati dai magistrati.

Nel 2014 sono stati mantenuti standard elevati di prestazioni in relazione alle visite per la revisione della patente. Inoltre è stata sperimentata una forma di cooperazione con i medici di base.

L'attività dei NOA ha visto lo sviluppo della “*Rete alcologica metropolitana*” che ha come finalità l'implementazione degli interventi clinici e di prevenzione, la formazione per il personale sanitario e la cooperazione con le Associazioni operanti nel settore.

Si sono rafforzate ed implementate le già presenti sinergie e convergenze con l'Alcologia dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST di Genova attraverso la condivisione degli obiettivi e dei trattamenti, pur mantenendo ognuno la sua autonomia e specificità.

Il Servizio è costituito da due psichiatri a tempo pieno, che effettuano anche il servizio di guardia attiva presso il SPDC di zona, 1 psichiatra borsista a part-time, 3 psicologi part-time, un educatore professionale e un'assistente sociale a tempo pieno, un'infermiera professionale dedicata a tempo pieno e due infermiere professionali part time.

Inoltre, presso la maggior parte dei Servizi per l'alcologia sono stati presi in carico soggetti con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

La Regione Emilia Romagna, con scadenza triennale, approva con apposita delibera un Programma regionale “Dipendenze Patologiche” che descrive azioni ed obiettivi per il livello regionale e per quello delle Aziende Sanitarie.

A tale programma triennale viene assegnata annualmente una quota di finanziamenti del fondo sanitario con destinazione vincolata per sostenere progetti di particolare rilevanza.

I Centri Alcologici ambulatoriali della Regione afferiscono ai Servizi per le Dipendenze Patologiche, vi sono inoltre tre Centri Alcologici Ospedaliero Universitari (a Parma, Modena e Bologna). Vi è un Coordinatore alcologico regionale che opera avvalendosi di un gruppo tecnico composto da 7 professionisti scelti tra i Coordinatori alcologici delle AUSL integrati da rappresentanti di Enti esterni (LILT e IOR) e da un professionista SPSAL. Questi 7 professionisti coordinano a loro volta quattro gruppi tematici regionali a cui partecipano operatori di tutti i Centri Alcologici della Regione, uno per AUSL, con riconoscimento di ECM su:

- promozione di sani stili di vita
- alcol e cura
- alcol negli ambienti di lavoro
- alcol e guida sicura.

Questi gruppi, a cui il Coordinatore alcologico regionale partecipa come invitato permanente, producono documenti di proposta e di consenso tecnico che forniscono la base per gli atti regionali di indirizzo nella materia oggetto dell'approfondimento del gruppo tematico.

I Servizi di Alcologia (Centri Alcologici) costituiscono un'articolazione organizzativa dei Servizi per le Dipendenze in tutte le Aziende USL della Regione per un totale di 41 Ser.T./Centri Alcologici.

Sono inquadrati nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Condividono con i Ser.T. il personale delle équipes pluriprofessionali, quasi ovunque anche la sede fisica, per quanto spesso l'orario possa prevedere percorsi dedicati (ad es. in orari o luoghi separati dagli ambulatori di distribuzione del Metadone).

Il personale (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, psicologi) è a scavalco tra Ser.T. e Centro Alcológico tranne alcune unità a tempo pieno in due AUSL.

Nei 41 Ser.T. della Regione operano circa 800 operatori, di cui poco meno di 300 sono impegnati anche nei Centri Alcológicos con una media di 14 ore a settimana.

In ogni Azienda USL, su richiesta della Regione, è stato nominato un professionista denominato “Coordinatore alcológico aziendale” dotato di competenza in alcologia e con ruoli organizzativi riconosciuti con il compito di:

- coordinare l'attività delle aree tematiche prevenzione, cura, lavoro, guida attraverso gruppi di lavoro locali composti da operatori dei Centri Alcológicos presenti nel territorio aziendale
- stabilire collaborazioni con altri Soggetti della rete sanitaria e sociale (altri Dipartimenti, Ente locale)
- mantenere contatti con Associazioni di auto mutuo aiuto
- promuovere collaborazioni interaziendali con le Aziende Ospedaliere
- essere l'interlocutore per progetti innovativi e di miglioramento ecc.

I Servizi per le Dipendenze sono stati accreditati con le loro articolazioni interne di Ser.T., Centro Alcológico e Centro Antifumo.

Nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM- DP) è stato istituito un Programma aziendale Dipendenze Patologiche con un Direttore nominato che ha il compito di organizzare e gestire la trasversalità del Servizio, ad es. i contratti di fornitura con gli Enti accreditati (Comunità e Case di Cura private), il rapporto con l'Ente Locale, il rapporto di collaborazione interno al Dipartimento ad es. con la Psichiatria, la NPIA, la Psicologia Clinica, in accordo con il Direttore di Dipartimento.

L'alcologia rientra quindi in questo contesto organizzativo di AUSL.

In ogni AUSL è attivo inoltre un Osservatorio per le Dipendenze Patologiche che coordina la raccolta dei dati epidemiologici su record individuali (anche per alcol) trasmettendoli all'Osservatorio regionale.

## **REGIONE TOSCANA**

La Regione Toscana con il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010 e con il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 ha previsto lo sviluppo dei Servizi di prevenzione collettiva, dei Servizi ospedalieri in rete, dei Servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i Servizi di assistenza sociale e ha avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo dell'offerta territoriale.

Fra gli interventi più importanti:

- promozione della continuità delle cure attraverso l'utilizzo integrato delle Strutture residenziali a carattere socio sanitario e socio assistenziale, dei Servizi ambulatoriali di diagnosi e cura e di quelli di riabilitazione;
- ampliare e facilitare l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini residenti nelle zone di confine delle tre Aree Vaste della Toscana, sono state sollecitate le Aziende sanitarie ad attivare idonee modalità di raccordo ed opportuni adeguamenti delle procedure;
- integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei Servizi e dei livelli di assistenza;
- riordino delle Strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro

diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i Servizi di accoglienza, terapeutico-riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico-riabilitativo. Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale;

- prosecuzione del processo di accreditamento istituzionale dei Ser.T e delle *équipes* alcolologiche in un'ottica di qualità e di efficacia nell'erogazione delle prestazioni;
- continuità dell'attività di ricovero per gravi patologie alcol correlate del Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e nella presa in carico delle persone con problemi alcol correlati in un processo di continuità terapeutico assistenziale con i Servizi territoriali;
- riconoscimento dell'attività svolta dall'Associazionismo e dal Terzo settore (Alcolisti Anonimi, AlAnon, Alteen, Narcotici Anonimi, Club Alcolisti in Trattamento, Comunità Terapeutiche) ed attivazione di accordi/protocolli di intesa tra le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere e i Presidi Ospedalieri con le Associazioni di volontariato, che stabiliscano ambiti e modelli di collaborazione, di volontariato e di tutela dei diritti, che intendono essere presenti con la propria attività all'interno dell'Azienda.

Nel corso del 2014 sono proseguite le seguenti iniziative:

- Incontri con medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per promuovere e favorire la collaborazione professionale e interventi di rete, con l'invio ai Servizi specialistici per le persone con PPAC.
- Percorsi riabilitativi di inserimento sociale.
- Collaborazione con i Servizi di Mediazione Linguistica per la realizzazione di materiali informativi e facilitare l'accesso delle persone straniere.
- Implementazione della rete territoriale di riferimento (ospedale, servizi sociali territoriali e del tribunale dei minori, dipartimenti di salute mentale, cooperative sociali e centri per l'impiego, consultori).
- Accordi con i Reparti di medicina generale per ricoveri programmati finalizzati alla disintossicazione.
- Implementazione interventi socio-educativi di gruppo in ambulatorio.
- Implementazione della metodologia dell'Intervento Breve attraverso il Progetto "*Alcol: Interventi brevi e sostegno ai soggetti in trattamento*".
- Inserimenti residenziali a breve e medio periodo.
- Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Aziende USL e Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Toscana.
- Gruppi terapeutici e psicoeducativi per pazienti e familiari.
- Interventi terapeutici e motivazionali all'interno degli Istituti penitenziari.
- Collaborazione con tutti gli organi preposti ai procedimenti medico-legali (certificazione idoneità patente, certificazione dell'idoneità lavorativa) e procedure condivise con i laboratori di analisi.
- Gruppi di sensibilizzazione ed educazione rivolti ad utenti inviati dalla CML per rinnovo patenti e utenti con PPAC.
- Sede e orari (aumento dell'orario di apertura) distinti da quelli del Ser.T per l'attività dedicata all'alcologia. Percorsi assistenziali differenziati per dipendenza da sostanze legali e illegali e sviluppo di modelli di continuità terapeutica (MODICA).
- Ampliata la diffusione *on line* dei Servizi previsti in alcologia anche attraverso i siti aziendali.
- Collaborazione attiva e stesura di protocolli di intesa con i Pronto Soccorsi e i Reparti di medicina di urgenza.
- Implementazione della formazione congiunta tra gli operatori delle dipendenze e gli operatori della salute mentale per il trattamento delle "doppie diagnosi".

- Formazione specifica in ambito alcologico (Master Alcol e Tabacco, scuole alcologiche di I e II modulo, convegni).
- Diffusione e informazione circa l'accesso al Servizio e ai trattamenti attraverso il foglio di accoglienza aggiornato (cartaceo e digitale) e la Carta dei Servizi.
- Collaborazione con le Associazioni di volontariato sul territorio e autoaiuto.
- Realizzazione materiale informativo.
- Interventi di Comunità e di *Empowerment* dei contesti di vita.
- Interventi negli Istituti Scolastici, con particolare riferimento alle Scuole Medie Superiori.

## **REGIONE UMBRIA**

I Servizi territoriali di Alcologia afferiscono ai Dipartimenti per le dipendenze, presenti in ciascuna Azienda Sanitaria Locale, e sono articolati in Unità Operative distribuite in maniera omogenea in tutto il territorio regionale, di norma una per ciascun distretto sociosanitario, nella maggior parte dei casi collocate in sedi diverse dai Ser.T., nel complesso, in Regione sono presenti 11 Unità Operative di Alcologia, che assicurano:

- Interventi di prevenzione e promozione della salute. I servizi di alcologia fanno parte delle Reti di promozione della salute, attivate presso ciascuna ASL e composte da tutti i Servizi coinvolti in questo tipo di attività; le metodologie più frequentemente utilizzate fanno riferimento ad un approccio di comunità.
- La presa in carico, attraverso trattamenti multidisciplinari integrati, delle persone con uso problematico o dipendenza da alcolici.
- La realizzazione di interventi:
  - rivolti alla riduzione dei rischi e dei danni associati all'uso di alcolici;
  - a supporto dell'inclusione sociale e lavorativa;
  - rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate;
  - rivolti alle famiglie.

I Servizi nella maggior parte dei casi hanno sedi distinte rispetto ai Ser.T. e personale specificamente dedicato, anche se, in molti casi, in *part time* con altri Servizi.

Nel caso di utenti multiproblematici, assicurano una presa in carico integrata con i Servizi portatori delle necessarie competenze, poiché hanno sviluppato integrazioni ormai consolidate con gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, le risorse del Privato sociale accreditato.

I Servizi di alcologia hanno inoltre un rapporto "storico" con le Associazioni di auto mutuo aiuto, soprattutto l'Associazione dei Club Alcologici Territoriali ed Alcolisti Anonimi, entrambe presenti in tutto il territorio regionale.

Gli operatori dell'Alcologia assicurano una presenza costante all'interno degli Istituti penitenziari, con realizzazione, oltre a colloqui ed attività informative, di gruppi di sostegno e di auto mutuo aiuto.

I Servizi assolvono infine a pratiche inerenti il rilascio di certificazioni a valenza medico legale, che comportano un notevole carico di lavoro; in particolare, accolgono le persone fermate per guida in stato di ebbrezza, secondo procedure stabilite da un protocollo regionale, DGR n. 1423 del 3/9/2007, "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza", che includono attività diagnostiche, informative e di sensibilizzazione, colloqui individuali e gruppi.

I Servizi garantiscono un buon livello di accessibilità, con massima semplificazione delle procedure di contatto e di accoglienza; gli utenti accedono con contatto diretto e/o telefonico, non necessita alcuna richiesta medica né pagamento di *ticket*; non esistono liste di attesa.

L'ampliamento delle opportunità di accesso è stato rivolto in particolare a quei *target* che usufruiscono con difficoltà, per svariati motivi, dei Servizi percepiti come “*tradizionali*”; in questo senso, sono state attivate le seguenti strategie:

- avvio di sperimentazioni per l'accoglienza di giovani (adolescenti/giovani adulti) con problematiche connesse al consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali, attraverso *équipe* multidisciplinari e con utilizzo di sedi appropriate;
- attività di formazione e sensibilizzazione rivolte ad operatori socio sanitari di Servizi diversi, focalizzate in particolare sul *Minimal Advice* e sul Colloquio Motivazionale Breve in tema di alcol, per favorire l'identificazione delle situazioni a rischio e consentire un approccio precoce ai Servizi;
- la collocazione dei Servizi in sedi autonome o comunque con caratteristiche logistiche che favoriscano una percezione non stigmatizzante.

Le attività volte a migliorare la qualità dell'assistenza erogata si riassumono per il 2014 nelle seguenti aree principali:

- prosecuzione delle attività inerenti la raccolta di dati e il monitoraggio epidemiologico, al fine di orientare l'offerta dei Servizi in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute in ambito regionale;
- completamento della riorganizzazione seguita all'accorpamento delle Aziende USL.

I Servizi di Alcologia sono inclusi nella rete informativa regionale per le dipendenze; tutte le sedi sono state dotate di uno specifico *software*, che è lo stesso in uso da tempo presso i Ser.T, con relativa cartella clinica informatizzata.

Nel corso del 2014 sono proseguite le attività rivolte all'ottimizzazione del sistema, anche nella prospettiva di un prossimo ampliamento del SIND all'area dell'alcologia. Nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale per l'area delle dipendenze (istituito con DGR n. 1847/2011) sono stati posti sotto monitoraggio sia i consumi di sostanze illegali che di sostanze legali, con una valorizzazione importante del tema “alcol”, ed i problemi correlati, da indagare secondo una serie ampia di indicatori: dalle stime di consumo, alla domanda di trattamento e all'offerta dei Servizi, fino alla mortalità e alle patologie correlate; è stata quindi completata la strutturazione di una rete informativa che comprende tutte le Istituzioni ed i Servizi in possesso di dati utili.

E' stato inoltre completato un lavoro di valutazione dell'offerta dei Servizi e delle politiche rivolte all'area delle dipendenze, con un focus specifico inerente i Servizi di Alcologia, che era stato avviato nell'anno precedente.

Come esito di tutto il lavoro descritto, è stato redatto il primo Rapporto epidemiologico regionale per l'area delle dipendenze (pubblicato a marzo 2015), con un ampio *focus* sul tema del consumo di alcol e problemi correlati.

Infine, nello stesso ambito dell'Osservatorio epidemiologico, è stato avviato un lavoro per l'analisi delle frazioni alcol-attribuibili nelle patologie e mortalità.

## **REGIONE MARCHE**

Nel 2014, nella Regione Marche, si è registrato un incremento del numero dei soggetti che,

per problemi di uso/abuso/dipendenza da alcol, sono afferiti ai Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche-DDP (incremento del 12,38%). Tale dato, oltre a confermare la diffusività del fenomeno, dimostra la buona capacità di attrazione da parte dei Servizi. L'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali è infatti garantito sia dalla forte e consolidata integrazione dei Servizi che dalla uniforme distribuzione degli stessi nel territorio regionale.

Dal punto di vista organizzativo, i 5 Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP), che hanno competenza di Area Vasta (coincidenti con le cinque Province della Regione) dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR Marche), sono i Servizi che espletano le attività di cura, riabilitazione e prevenzione anche per ciò che attiene l'area alcolica. I DDP si configurano come "sistemi pubblici dei Servizi pubblici e privati integrati" (DGRM 747/04 e DGRM 1534/13) e si articolano in quattordici Servizi, i quali, in tutti i casi, dispongono di un ambulatorio territoriale che, tra le altre dipendenze, si occupano anche di alcol. Due DDP (AV2 Ancona e AV4 Fermo) sono dotati di Unità Operativa specifica per l'alcol, un DDP (AV3 Macerata) di un Nucleo Operativo (c/o Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche Civitanova Marche) e di un Ambulatorio Alcolico (c/o Ospedale di Tolentino) e un DDP (AV 1 Pesaro) di una *équipe* che si occupa esclusivamente di dipendenze da alcol.

Alla disponibilità sul territorio dei Servizi si associa un buon livello di accessibilità. Tutti i Servizi garantiscono ampie fasce orarie di apertura al pubblico e gli utenti accedono con contatto diretto, libero o telefonico, e senza pagamento *ticket*. Solo per specifiche situazioni è prevista una lista di attesa o la richiesta del medico curante.

Le *équipe* deputate all'accoglienza ed alla predisposizione dei piani terapeutici personalizzati sono multiprofessionali (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri).

Importante è il lavoro di rete svolto sia all'interno del sistema dei Servizi sanitari che sul territorio. Numerose e consolidate sono le collaborazioni, attraverso protocolli ed accordi, tra i Servizi che si occupano di alcolologia dei DDP con le varie divisioni specialistiche sia ospedaliere che territoriali. Gli accordi, le cui finalità vanno dal garantire le consulenze specialistiche alla predisposizione e gestione dei progetti d'intervento, coinvolgono i Dipartimenti e Centri di Salute Mentale, i Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri, in particolare di neurologia e di medicina, i MMG, le Unità Operative Minori, il Comitato Trapianti Epatici-AOU Ospedali Riuniti di Torrette, i Dipartimenti di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro.

All'esterno, la rete dei servizi comprende un importante lavoro integrato portato avanti con le tre Case di cura private convenzionate presenti nelle Marche, con le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate del privato sociale, le Associazioni, il Volontariato, tra cui in particolare gli Alcolisti Anonimi oltre ai CAT ed Alanon, le Cooperative sociali.

Nel campo della sanità penitenziaria, gli operatori assicurano la propria presenza, periodica e costante.

Tre dei DDP (AV1 Pesaro, AV2 Ancona e AV5 San Benedetto –Ascoli Piceno) della Regione Marche dispongono, in collaborazione con il Privato sociale, del Servizio di Unità di Strada. Infine anche rispetto all'area dell'intercettazione ed al contatto precoce, i Servizi per l'alcolologia delle Marche operano in costante e stretta sinergia con i vari servizi territoriali e con le Agenzie sia educative che del tempo libero: Ambiti Territoriali Sociali, Forze dell'Ordine, Scuole, Centri di Aggregazione Giovanile, Associazioni sportive, Parrocchie, Esercizi pubblici ed Imprese private.

L'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali è quindi promosso in molteplici forme ed attraverso differenziate strategie.

I Servizi favoriscono l'informazione anche attraverso la divulgazione della carta dei Servizi, in alcuni casi, la produzione di opuscoli informativi o siti *web* ed un costante lavoro di organizzazione e/o partecipazione ad iniziative pubbliche per la sensibilizzazione al problema. La Regione Marche si è dotata recentemente di un *software* finalizzato al monitoraggio dell'utenza e delle attività relativamente alle dipendenze.

## **REGIONE LAZIO**

Nella Regione Lazio è attivato da diversi anni il Centro di Riferimento Alcolologico Regionale (CRARL), il Centro svolge attività di prevenzione e cura garantendo visite ambulatoriali, ricoveri ordinari e di Day Hospital per utenti con problemi di alcoldipendenza.

Il CRARL, nel 2014, ha promosso le seguenti iniziative:

- 1) è stato attivato un Servizio di monitoraggio della positività per alcolismo attraverso la somministrazione dell'Audit al momento del Triage nel DEA del Policlinico Umberto I;
- 2) è proseguita l'attività volta ad incrementare il numero degli assistiti con la stipula di contratti a termine per medici, psicologi e assistenti sociali;
- 3) sono stati effettuati due Corsi di Formazione teorica e due di Formazione pratica (Roma e Rieti) per gli operatori della Regione per promuovere la *Evidence Based Medicine* nel settore alcolologico.

Sul territorio regionale da diversi anni si attuano strategie di accoglienza/presa in carico dei pazienti attraverso differenti modalità:

- accesso in ambulatorio alcolologico con impegnativa del medico di base o direttamente dal DEA (Azienda Ospedaliera S. Camillo – Forlanini);
- accoglienza con accesso diretto due giorni a settimana e per appuntamento quattro giorni a settimana, non ci sono liste di attesa (ASL RMH);
- collaborazione Servizi territoriali. Progetto per la realizzazione di un ambulatorio alcolologico presso la sede di via Tagaste. Accesso facilitato al Ser.T. ai pazienti dimessi dall'Ospedale "G.B. Grassi" dopo ricovero per patologie alcol correlate (ASL RMD);
- accoglienza/presa in carico secondo MCQ (miglioramento continuo di qualità). Diagnosi multi assiale secondo DSM IV (ASL RMB);
- accesso diretto, non ci sono liste di attesa (Latina);
- intervento di accoglienza Front Office in tempo reale senza lista di attesa per l'aggancio al Servizio (Formia);
- accoglienza ambulatoriale tutti i giorni dalle ore 9,00 alle ore 11,00 senza appuntamento. Ampliamento rete integrata (Cassino – Frosinone);
- istituzione di due gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (Viterbo).

## **REGIONE ABRUZZO**

In Abruzzo per l'assistenza e la cura dei soggetti alcolodipendenti, sono operative complessivamente 10 Servizi per le dipendenze, comprensivi anche dei 2 specifici Servizi di Alcologia (Ser.A) funzionanti autonomamente nel corso dell'anno 2012 (uno a Chieti ed uno a Pescara), ormai incardinati all'interno dei Servizi per le dipendenze, così gli 8 Ser.T (Avezzano, Vasto, Lanciano, L'Aquila, Sulmona, Giulianova, Nereto e Teramo), che seguono

anche i soggetti con problematiche alcol-correlate. Tutte le strutture preposte assicurano l'accesso ai trattamenti sanitari per la dipendenza da bevande alcoliche e le attività di sensibilizzazione/informazione rivolte alla popolazione generale e a *target* specifici - prevalentemente giovani.

Nell'anno 2014 gli operatori di detti Servizi hanno condotto diversi interventi sul territorio, per rispondere ai bisogni e per favorire l'accesso alla cura, soprattutto nel territorio aquilano dove la popolazione è ancora sofferente a causa del sisma del 06.04.2009.

Proprio nell'area del capoluogo di regione è in funzione uno spazio di *counseling* per minori, sia presso la sede del Centro Diurno Terapeutico (CDT) sia presso alcuni Istituti Scolastici del territorio.

Infatti, nell'ambito delle attività del CDT di L'Aquila, sono stati realizzati, per gli utenti (alcolodipendenti e tossicodipendenti) in fase di recupero, percorsi di orientamento delle competenze individuali finalizzati al reinserimento socio-lavorativo. Come per gli anni precedenti è stato assicurato in tutte le strutture della regione l'accesso ai trattamenti sanitari facilitati rispetto ad altre realtà, anche regionali, dove non sono stati attivati specifici Servizi.

Sono stati garantiti sistematicamente i rapporti con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Servizi del territorio, quali principali invianti e per il rafforzamento di una rete di Servizi a sostegno delle persone disagiate.

Presso il Servizio di Chieti è proseguito uno specifico programma di sensibilizzazione e rieducazione per persone con problemi relativi alla guida in stato di ebbrezza, che ha previsto la frequenza di un gruppo psico-educativo oltre a colloqui alcolologici e controlli ematochimici degli indicatori di abuso alcolico. Si sono tenuti gruppi educativi indirizzati a persone con consumo problematico di alcol.

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

Anche nel corso del 2014 i Servizi regionali hanno proseguito la loro collaborazione con gruppi di auto-aiuto e con i reparti ospedalieri coinvolti per:

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

Risulta valido, inoltre, il raccordo con le strutture interne ed esterne alle Aziende Unità Sanitarie Locali: Medicina di Comunità (Consultori e Medicina Scolastica), Centri di Salute Mentale, Servizi Tossicodipendenze, Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali dei Comuni, Case Circondariali. Frequenti sono i contatti tra le varie realtà del territorio ed è stata riscontrata una fattiva collaborazione.

## **REGIONE MOLISE**

I Servizi per le Tossicodipendenze hanno realizzato programmi terapeutici garantendo l'accesso ai trattamenti sanitari ed essenziali per gli alcolodipendenti.

I Ser.T hanno offerto all'utenza un trattamento integrato fra le varie aree interne ai Servizi favorendo un rafforzamento del lavoro di *équipe* e sviluppando, ulteriormente, la collaborazione con Enti pubblici e privati e con il Privato sociale (CAT - Club degli alcolisti e Comunità terapeutiche accreditate e convenzionate).

I Servizi garantiscono consulenze nei vari reparti ospedalieri provvedendo alla presa in carico ed al trattamento post-ospedaliero.

Le attività ambulatoriali sono state strutturate in maniera da offrire all'utenza risposta immediata ai problemi alcol correlati, trattamenti strettamente sanitari, anche con terapie sostitutive e risposte più complesse e integrate attraverso personalizzazione di terapie sia di tipo medico sia psico-sociale, terapie di gruppo.

Una collaborazione con i medici di Medicina Generale mirate a favorire la conoscenza e all'opportunità di rivolgersi al Servizio da parte dei pazienti e dei familiari.

Sensibilizzazione sul tema della prevenzione nelle scuole medie e superiori con interventi mirati all'educazione alla salute.

Una stretta collaborazione con Tribunali degli adulti e minorenni per la definizione e attivazione di programmi di osservazione e messa alla prova di soggetti con P.A.C.

Attività di informazione e sensibilizzazione dei lavoratori e loro familiari che si rivolgono ai Servizi sulle problematiche legate all'abuso di alcol.

Si provvede, dove il caso lo richieda, all'invio dei pazienti in strutture specializzate, Centri di Alcologia, di cui tutt'oggi la Regione Molise ne è sprovvista.

I Servizi per le Tossicodipendenze, tramite la realizzazione di programmi terapeutici multi-modali, garantiscono l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali degli alcolodipendenti, tenendo conto delle specificità che contraddistinguono tali soggetti. Tali Servizi assicurano un accesso facilitato "a bassa soglia" riconoscendo i problemi alcol-correlati come facenti parte a tutti gli effetti delle "dipendenze patologiche".

## **REGIONE CAMPANIA**

Le AASSLL della Regione Campania hanno raggiunto nel corso del 2014 un livello uniforme di offerte di prestazioni specifiche relative alla presa in carico degli utenti alcolisti con particolare riferimento all'accoglienza rapida, diagnosi e trattamento di tipo farmacologico e/o integrato con interventi di tipo psicosociale.

Complessivamente vi è uno sforzo istituzionale di tipo organizzativo, professionale e culturale teso ad aprire e innovare l'intero sistema dei Servizi verso gli alcolisti e i consumatori problematici di alcol al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza nei confronti delle problematiche complesse e variegate legate ai consumi problematici di sostanze alcoliche.

ASL NAPOLI 1 CENTRO

La ASL Na1 Centro ha da tempo adottato un modello organizzativo trasversale tra i diversi Servizi delineando un sistema di offerte differenziato ed articolato nell'ambito delle diverse tipologie di Servizi e azioni al fine di garantire interventi specifici corrispondenti ai diversi modelli e stili di consumo di sostanze alcoliche, in una logica di bassa soglia e di pronta accoglienza.

In particolar modo i Servizi territoriali, le strutture intermedie e le Unità Mobili, sono funzionalmente organizzate per consentire un concreto ed effettivo abbassamento della soglia di accesso ai Servizi erogati.

Tale quadro dell'offerta è realizzato prevedendo spazi, orari e strategie di risposte ad hoc per l'utenza. Inoltre grande attenzione è rivolta anche alle diverse espressioni del consumo problematico giovanile legato ai molteplici stili e modelli di consumo (giovani, di strada, adulti, detenuti ...) di sostanze alcoliche attraverso una diversa modalità di azione (dal livello ambulatoriale, a quello intermedio a quello di strada fino a quello nei contesti del divertimento). E' inoltre ben rappresentato l'impegno nella organizzazione di eventi di sensibilizzazione ed informazione nonché nella integrazione con le diverse realtà dei gruppi di auto mutuo aiuto. L'Unità di Strada contatta alcolisti senza dimora e migranti clandestini e affronta sia la problematica del consumo non controllato che soprattutto quella delle patologie associate. Il Progetto "*MamaCoca*" opera prevalentemente nei confronti di consumatori problematici che associano l'alcol e la cocaina.

Nell'anno 2014, a parte le attività ordinarie di informazione e prevenzione nelle scuole, le attività si sono in modo particolare concentrate nell'ambito dei contesti del divertimento e degli interventi di riduzione del danno per strada. Entrambe le attività sono realizzate in partnership con il Comune di Napoli e in integrazione con diversi Enti del Terzo settore. Gli interventi di strada realizzati *nell'ambito delle attività della Unità di Strada BOB Rock* che gestisce anche il *Drop in kafila*, e coinvolge diversi *mediatori culturali*; in particolare nel corso del 2014 sono *state attivate due strutture notturne a bassa soglia* in collaborazione con l'Associazione il Pioppo la *PAS (Pronta Accoglienza Sociale)* e con l'associazione la Tenda "*Casa Crescenzo*".

#### ASL NAPOLI 2 NORD

Gli obiettivi principali sui quali l'ASL Napoli 2 nord, per il tramite del Dipartimento Dipendenze, ha posto particolare attenzione sono stati diversi:

- istituzione di una Linea Verde finalizzata alla ottimizzazione e alla facilitazione dell'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali;
- attivazione e potenziamento dei programmi terapeutici ad impronta psicoterapica (psicoterapia individuale, di coppia, familiare, di gruppo); psicoterapia in cui trovano accoglimento anche pazienti in comorbilità con dipendenze comportamentali (gioco patologico, shopping compulsivo, disturbi alimentari);
- attivazione di risorse nel territorio di competenza per quanto attiene alla prevenzione (*peer-education*, alcol e sicurezza alla guida, alcol e sicurezza nei luoghi di lavoro) e all'epidemiologia;
- collaborazioni con il Terzo settore ed in particolare con le Associazioni no-profit presenti sul proprio territorio (CAT, AA, ecc.) che hanno permesso la realizzazione del progetto "*Il filo di Arianna*" (percorsi riabilitativi di tipo educativo, di reinserimento sociale e formazione al lavoro).

#### NAPOLI 3 SUD

Nell'intero territorio della ASL si registra, per il 2014, un costante aumento del numero di nuovi soggetti presi in carico grazie anche all'attivazione, presso il Ser.T. di Castellammare di Stabia - Sorrento, di specifico ambulatorio multidisciplinare.

Continuano le campagne di interventi di sensibilizzazione, prevenzione e informazioni dei Servizi erogati dall'Azienda in tema di Alcoldipendenza (opuscoli, *brochure*, locandine, ecc.) grazie anche alla presenza costante dell'Unità Mobile per gli eventi di piazza, Bar- Luoghi di Musica e Discoteche.

L'Unità Psicosociale di Nola, nell'ambito delle attività di prevenzione sull'alcol ha da alcuni anni attivato un progetto denominato "*On the Road*" presso quasi tutti gli Istituti Superiori dell'agro Nolano.

Continuano le collaborazioni con la Polizia Stradale per il progetto denominato "*Forze dell'Ordine e Ser.T.: Insieme per la sicurezza*" finalizzato alla prevenzione della incidentalità stradale alcol-droga correlata.

#### ASL CASERTA

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'A.S.L. Caserta nell'anno 2014 ha osservato, così come negli anni precedenti, un aumento del numero dei nuovi soggetti presi in carico con problematiche alcol-correlate. Questo incremento a fronte della costante depauperamento delle risorse ha determinato una vera e propria emergenza operativa che il personale del Dipartimento per le Dipendenze affronta con immutata professionalità.

Numerose le iniziative sui temi della formazione, della presa in carico e della riorganizzazione territoriale

In particolare si segnala :

- aggiornamento per il personale con il corso di formazione aziendale "Interventi specialistici nelle dipendenze"(temi trattati: Relazione terapeutica, adeguatezza delle prescrizioni, alcol e giovani, alcol e gravidanza, migranti, carcere, etc).
- Incremento degli interventi nelle scuole del territorio con particolare riguardo per le medie inferiori, sensibilizzazione e informazione per la popolazione studentesca con il progetto "Dipende da te"
- Potenziamento degli interventi della Unità Mobile soprattutto nei luoghi di aggregazione giovanile negli istituti scolastici
- Promozione dei percorsi di integrazione con il Terzo settore ed il Volontariato dei GAMA.
- Progetto NIDAC: creazione di una rete operativa con le Forze dell'Ordine, Prefettura, Magistratura e Enti Locali ; la rete è finalizzata alla implementazioni delle azioni per la realizzazione dei Progetti terapeutici riabilitativi individuali.

#### ASL AVELLINO

Continuano le attività dell'*équipe* territoriale multidisciplinare presso l'Ospedale "*Criscuoli*" di S. Angelo dei Lombardi finalizzata alla presa in carico dei soggetti in fase post acuta. La ASL ha poi realizzato, in partenariato con una Cooperativa, la C.T. Punto Giovani, un progetto di Centro Diurno per alcol e Gioco d'azzardo.

Presso la sede Ser.T di Grottaminarda è stata attivata, con *équipe* specifica, una linea telefonica dedicata.

Numerose le iniziative di formazione e aggiornamento per il personale sanitario e gli interventi di prevenzione e sensibilizzazione presso luoghi di lavoro, Istituti di istruzione e università.

#### ASL BENEVENTO

L'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali nel contesto territoriale della ASL di Benevento viene garantito senza liste di attesa ed in regime libero all'interno di un circuito costituito da tre Ser.T, Ospedale di Benevento, Servizi sanitari territoriali specialistici ed il Centro Trapianti di Fegato. Esiste un avviato rapporto di collaborazione con l'associazione di Volontariato in integrazione con i GAMA per la presa in carico dei soggetti PAC.

## ASL SALERNO

Nonostante l'assenza di un Dipartimento e tanto meno di un coordinamento dell'area dipendenze nella ASL Salerno, si registra comunque un grande sforzo messo in campo dai Ser.T nel contrastare l'alta incidenza delle problematiche alcol correlate che si registra nella popolazione della ASL Salerno. Azioni omogenee e buona diffusione degli accordi e delle intese locali con Servizi sanitari specialistici, Ospedali, Piani di zona, Scuole e gruppi AMA.

Tra le varie esperienze realizzate nel vastissimo territorio della ASL di Salerno citiamo, tra le altre:

- Ambulatorio specialistico a Olivetro Citra;
- Collaborazione del Ser.T di Salerno con la Ct *Emmanuel*;
- Organizzazione di eventi formativi per la popolazione studentesca realizzati dal Ser.T di Vallo D. Lucania;
- Progetto "Zero dipendenze" – Ser.T Cava;
- Progetto "Focus Lens" – in collaborazione con le Forze dell'Ordine, Prefettura, Magistratura e Enti Locali finalizzato alla implementazione della rete delle risorse territoriali;
- Protocollo operativo con la CC di Sala Consilina.

## REGIONE PUGLIA

Il quadro assistenziale complessivo è costituito da Servizi Sanitari territoriali (Ser.T e, in alcune realtà, da specifici Servizi di Alcologia) e ospedalieri (pubblici e privati) oltre a realtà del Privato sociale e del Volontariato (Alcolisti Anonimi e CAT, nonché Comunità terapeutiche che prendono in carico anche soggetti affetti da abuso/dipendenza da alcol).

Sul territorio regionale si rileva una modalità omogenea di prestazioni che prevede:

1. accesso dei soggetti alcolisti, ai trattamenti presso i Ser.T o gli specifici Servizi di Alcologia, attraverso una diversificazione delle giornate e degli orari d'ingresso.
2. interventi di rete finalizzati alla presa in carico del paziente alcolista, unitamente alla sua famiglia, attraverso sistematici e continuative forme di collaborazione con realtà territoriali quali: Caritas Diocesane, Centri Parrocchiali, UEPE, USSM, ecc..
3. costante collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale del territorio per la presa in carico di alcolisti con doppia diagnosi.
4. forme di collaborazione tra Ser.T e Strutture Ospedaliere Territoriali che prevedono la presenza e la collaborazione degli operatori dei Ser.T nei reparti di medicina interna. Al riguardo si segnala l'importante ruolo che riveste nella regione Puglia, il polo sanitario Mater Dei, allocato nella città di Bari, che ha registrato, nell'anno 2014, quasi 100 ricoveri per patologie alcol correlate.

## REGIONE BASILICATA

Ex-ASL 3 Lagonegro:

- azzeramento della lista d'attesa per l'accoglienza, la presa in carico e l'accesso alle cure degli utenti.

Ex-ASL 2 Villa d'Agri:

- conferma "tempo zero" di attesa del Ser.T. di Villa d'Agri per l'accoglienza, la presa in carico e l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali all'utenza;

- collaborazione alle attività del CRA (Centro di Riabilitazione Alcolologica) di Chiaromonte - ASP per ricoveri utenti;
- “captazione” dell’utenza (rapporto tra n° di soggetti che hanno accettato la presa in carico sul totale dei soggetti che si sono presentati al Servizio) > 96%.

Ex-ASL 1 Venosa:

- lista di attesa di max 7 giorni;
- intervento sanitario e psicoterapeutico, se necessario.

Ex-ASL 2 Potenza:

- consolidamento della rete alcolica assistenziale e di supporto che vede coinvolti, oltre il Ser.T., il C.R.A. di Chiaromonte, i medici di medicina generale, i reparti di medicina generale, i CAT e gli A.A e i Servizi sociali comunali.
- conferma “tempo zero” per l’accoglienza, la presa in carico e l’accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali all’utenza;
- adeguamento agli standard ed alle proposte formulati dalla commissione mista ASL-Tribunale per i Diritti del Malato.
- attività presso centro distrettuale di Stigliano per la continuità terapeutica con la presenza di un medico di continuità assistenziale nel giorno di mercoledì con cadenza quindicinale e la verifica periodica delle attività mediante il medico del Ser.T.

## **REGIONE CALABRIA**

Le iniziative adottate dalla Regione Calabria si basano su strategie d’intervento definite dal Piano d’Azione Regionale 2011/2014 e dall’approvazione del Piano Operativo Regionale 2013/2015, che si muove su quattro aree d’intervento:

- prevenzione organica e pluriennale;
- cura e prevenzione per patologie alcol-correlate, seguendo le linee d’azione per interventi e progetti in grado d’incidere sulla riduzione dell’abuso di alcol;
- riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, teso a rafforzare interventi di assistenza, cura e riabilitazione offerti dai Servizi;
- formazione, valutazione e monitoraggio.

Le Unità Alcoliche presenti sul territorio della Regione Calabria, per la presa in carico dei pazienti, seguono percorsi assistenziali individualizzati e diversificati nonché percorsi di sensibilizzazione, di prevenzione primaria e secondaria in collaborazione delle Forze dell’ordine, gli Uffici Territoriali di Governo e le commissioni medico locali.

Il Dipartimento Tutela della Salute da alcuni anni ha istituito il servizio “*Linea verde droga*” con l’obiettivo di offrire interventi di informazione e consulenza, di accoglienza e di orientamento, volti ad indirizzare anche i soggetti *alcolisti* verso i servizi sanitari dedicati.

## **REGIONE SICILIA**

Nel corso dell’anno 2013 le Aziende sanitarie territoriali hanno favorito l’accesso ai Servizi eliminando le liste d’attesa e consentendo l’accesso diretto. L’apertura dei Servizi per tale

tipologia di utenti è stata programmata oltre che nelle ore antimeridiane anche nella fascia oraria pomeridiana soprattutto nelle realtà dove l'esiguità degli spazi lo richiedeva.

## **REGIONE SARDEGNA**

L'*équipe* di operatori che si occupa di alcologia e che opera nei Servizi per le Dipendenze della Regione Sardegna, è generalmente costituita da un medico, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale. Il Servizio garantisce, con professionalità e cortesia, l'accoglienza, la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con problemi alcol correlati, associati o meno a patologie psichiatriche (doppia diagnosi), sia in regime ambulatoriale, domiciliare o eventualmente anche presso le Case Circondariali. Tutti i Ser.D della Regione Sardegna effettuano un'accoglienza immediata e conseguente presa in carico del paziente alcoldipendente, dando continuità all'apertura degli ambulatori periferici.

In alcuni Servizi per le Dipendenze sono attivi ambulatori di Alcologia, logisticamente dislocati rispetto ai luoghi deputati al trattamento della dipendenza da eroina, in prossimità dei Centri di Salute Mentale, con conseguente facilitazione nella presa in carico dei soggetti con Doppia Diagnosi, dedicando altresì uno spazio agli adolescenti con problemi alcol-correlati, prevedendo dove necessario un'apertura pomeridiana.

L'accesso al Ser.D è a totale carico del SSN, non è indispensabile la richiesta del MMG se non per coloro che fanno parte di altre ASL.

L'accesso preliminare e l'analisi della domanda vengono svolte tempestivamente dal personale infermieristico formato all'uopo, mediante:

- compilazione di una scheda di accettazione predefinita;
- somministrazione di strumenti diagnostici di screening (AUDIT, CAGE);
- *counselling* infermieristico;
- inserimento in un gruppo motivazionale strutturato in tre incontri;

Il Centro è dotato di un *Day Hospital* territoriale per la disintossicazione rapida e per la stabilizzazione degli episodi astinenziali non complicati.

## **6.2. Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati**

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

- Organizzazione di un evento, dal 2 al 6 dicembre 2014, presso i locali della Cittadella dei Giovani denominato “**L’alternativa c’è: Saper evadere rinunciando alle dipendenze**”, con l’obiettivo di sensibilizzare la popolazione giovanile sui temi delle dipendenze patologiche, con specifico riferimento a quelle da alcol.
- Attivazione, in collaborazione con la cooperativa “**Noi & Gli altri**” del progetto “**Rock Addicted**”, rivolto alla popolazione giovanile della Valdigne. Tale progetto si è avvalso della competenza della Cooperativa “**Noi & Gli altri**” nell’aggregare i giovani minorenni e maggiorenni attorno a iniziative di formazione musicale.
- Partecipazione all’evento informativo-preventivo organizzato dal CONI della Valle d’Aosta, denominato “**Progetto scuola e sport: scuola e sport come modello di vita**” 2014. Tale progetto ha avuto come fine il portare l’informazione sull’abuso di alcol in quegli ambiti sportivi maggiormente praticati dai giovani del nostro territorio.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **REGIONE**

- *Progetto “**I Moltiplicatori dell’azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali**”*. In continuità con il precedente Piano Regionale di Prevenzione, la sorveglianza e la prevenzione degli incidenti stradali sono state inserite nella programmazione delle attività delle ASL Piemontesi (Piano Locale Prevenzione 2013), in particolare dei Dipartimenti di Patologia delle dipendenze (Ser.T, Servizi di Alcolologia) e dei Dipartimenti di Prevenzione (SISP, SpreSAL, Medicina legale ecc.), dei Servizi di Epidemiologia e Promozione della salute.

In tutte le AASSLL piemontesi continua ad essere presente un buon livello di integrazione fra gli “attori” interni (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento delle Dipendenze, PS/DEA, Servizi Emergenza sanitaria 118, MMG e PLS) e “attori” esterni (Enti quali Comuni, Province e Scuola; forze dell’ordine: Polizia locale, Polizia stradale, Carabinieri, Prefettura; Associazioni di categoria ecc.).

Nel 2014 sono stati attuati/implementati, in contesti del divertimento e/o in contesti educativi, diversi interventi di promozione di comportamenti di guida responsabile e prevenzione degli

incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di alcol o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, con il coinvolgimento dei *moltiplicatori dell'azione preventiva*\* individuati localmente (\*ossia quei soggetti - es. insegnanti e istruttori di autoscuole, insegnanti impegnati nei corsi per il patentino, forze dell'ordine, volontari, gestori dei locali, tecnici della Motorizzazione DTT, operatori delle ASL e della Polizia Stradale - che, pur non avendo un ruolo specifico nell'ambito della prevenzione, entrano a vario titolo in contatto con i destinatari finali - es. giovani, neopatentati - e svolgono una funzione educativa).

#### - *Coordinamento SAFE NIGHT Piemonte*

Il progetto *Safe night*, che in Piemonte comprende diversi progetti (*Vivi la notte, Buona notte, progetto SommerAgibile, progetto SAR-Neuttravel, Sicura la notte, Sicurezza in festa* ecc), è stato attivo nei territori delle AASSLL TO2 -TO3- TO4-VC-VCO. Gli interventi attuati hanno riguardato: uscite serali/notturne delle *équipes* con contatto con soggetti all'interno di locali/luoghi del divertimento o in occasione di eventi/sagre-feste; somministrazione questionario *go card*; previsione e considerazioni circa il proprio consumo di alcol; misurazione del tasso alcolemico; *counselling*; verifica sulle intenzioni di guida ecc.

### AZIENDE SANITARIE LOCALI

#### ASL TO1

- *Dispensario alcolologico ambulatoriale*. Si tratta di una iniziativa periodica del Servizio di Alcologia (2 edizioni all'anno) orientata all'informazione/formazione di pazienti e famigliari sui seguenti argomenti: la salute, l'alcol, i problemi sanitari alcol correlati, la famiglia, alcol e società, alcol e cinema, le associazioni di volontariato, gruppo discussione finale.

- *Progetto Scuole Elementari* in collaborazione con le Associazioni Club Alcologici Territoriali Torino Centro e Torino Sud. L'iniziativa, finanziata dal Piano Locale del Dipartimento Patologia Dipendenze Est, ha coinvolto due istituti scolastici elementari: "Silvio Pellico" e "Gaetano Salvemini". In entrambe le scuole si sono individuate classi 3° e 4° per un'attività di sensibilizzazione rivolta a bambini, genitori e insegnanti. Per quanto riguarda gli allievi il progetto si è svolto con il coinvolgimento di consulenti per la realizzazione di un fumetto, e l'elaborazione di una fiaba. Ai genitori si sono proposte serate su promozione e protezione della salute con particolare riferimento alle risorse famigliari e della comunità, mentre agli insegnanti si è offerto un panorama delle nozioni in alcologia.

- *Iniziativa pubblica in occasione del mese di Prevenzione Alcolologica (Alcohol Prevention Day)* - Aprile - in collaborazione con ACAT TO Centro e TO Sud presso il Presidio ospedaliero Valletta e nel centro di Torino. E' stata approvata in autunno 2014 una convenzione con ACAT Torino Centro ai fini della collaborazione continuativa sul territorio.

- Riproposizione di un percorso di gruppo a termine di durata trimestrale a conduzione psicoeducativa rivolto a pazienti alcolisti. Obiettivo principale è quello di proporre uno spazio di supporto e motivazione al cambiamento del comportamento additivo, attraverso la presa di coscienza e il rafforzamento delle abilità emotive, cognitive e sociali.

#### ASL TO2

- Prosecuzione anche nell'anno scolastico 2013/2014 degli interventi di prevenzione specifica sull'alcol all'interno dei programmi avviati nelle scuole medie inferiori e dell'intervento "*Alcol e guida*" nelle scuole medie superiori, con il coinvolgimento degli operatori dei Servizi di Alcologia e del Dipartimento Patologia Dipendenze "*Claude Olievenstein*", attraverso l'utilizzo di strumenti didattici interattivi e multimediali.

- Interventi nelle scuole medie inferiori e superiori di promozione della salute e di prevenzione dei “comportamenti a rischio” di sviluppo di dipendenza da sostanze legali ed illegali e da comportamento con la metodologia della *peer education*.
- Realizzazione di un evento di prevenzione in occasione dell’*Alcohol Prevention Day 2014* che ha visto il coinvolgimento degli studenti di alcuni istituti di II grado appartenenti ad alcune circoscrizioni cittadine e alla cittadinanza torinese in generale.

#### ASL TO3

- “*Alcol Stop - Licenza di guida responsabile*”, progetto di durata biennale che coinvolge le classi quarte e quinte superiori (*target*: patentandi e/o neo-patentati).

In via sperimentale, a partire dal 2012, il progetto è stato esteso alle classi terze superiori. L’obiettivo è di far acquisire e trasmettere conoscenze, atteggiamenti e comportamenti responsabili alla guida atti a prevenire gli incidenti stradali. A tal fine il progetto prevede incontri con gli studenti e con gli insegnanti per sensibilizzare e informare rispetto all’utilizzo di dispositivi di sicurezza e ai rischi connessi a comportamenti scorretti alla guida, con particolare attenzione agli effetti del consumo di alcolici sulla guida (causa maggiore di incidenti stradali).

- Prosecuzione del *Progetto “Ti Vuoi bene? Scegli la strada della Sicurezza”*, attivato nel corso dell’anno scolastico 2009-2010, è rivolto ai ragazzi di età compresa tra 14 e 18 anni che frequentano le scuole professionali.

L’obiettivo è di favorire l’acquisizione delle conoscenze utili a incrementare le capacità critiche rispetto al consumo di bevande alcoliche e rischi connessi alla guida; favorire lo sviluppo di una corretta percezione dei limiti e del rischio evitabile; promuovere l’adozione di comportamenti e stili di consumo salutari.

La metodologia di lavoro è basata sulla partecipazione attiva degli studenti e fa riferimento ai modelli teorici dello sviluppo di competenze vitali (*life-skills*).

- *Progetto “Insieme... ad altri... per la sicurezza”*, nel corso del 2013 il Gruppo di Lavoro per la promozione della Sicurezza Stradale dell’ASL TO3 ha inoltre collaborato con ANPAS Piemonte, Polizia Municipale di Torino, il Dipartimento Emergenza Urgenza 118 del Piemonte, il centro MotorOasi di Susa e la Croce Verde di Torino, per un progetto finalizzato alla realizzazione di un manuale multimediale e relativi materiali video, dedicato alla formazione degli autisti soccorritori delle 81 Associazioni di Volontariato piemontesi, aderenti ad ANPAS, e operanti nell’ambito del Servizio di emergenza-urgenza 118 e del trasporto sanitario a mezzo ambulanza, e alla formazione di altri destinatari intermedi o finali appartenenti a Enti, Associazioni o categorie.

È stato realizzato il previsto manuale formativo e il supporto multimediale-DVD.

#### ASL TO4

- Prosecuzione di interventi di prevenzione, nel contesto scolastico, territoriale, in occasioni aggregative e di socialità giovanile. In alcune progettazioni la prevenzione è realizzata non in modo settoriale sulla sostanza alcol, ma in forma più ampia e mirata a tutte le forme di abuso e dipendenza (*Progetti “Adolesco”, “Invisibile elefante”, “Unplugged” “Sommergibile”, “Locomotiva”*).

Sono inoltre state sviluppate alcune progettazioni specifiche, in particolare sulle problematiche di “Alcol e guida sicura”; si tratta di interventi di prevenzione degli incidenti stradali correlati all’uso di alcolici nel *setting* di comunità con *target* gli adolescenti e i giovani, che si basano metodologicamente sul “*behavioral – life – skills – focused*”: potenziamento dei comportamenti e delle abilità sociali considerati protettivi rispetto all’uso dell’alcol, e sul “*knowledge – focused*”: trasmissione di informazioni in merito alle proprietà dell’alcol, in collaborazione con altri Enti e Associazioni c/o Scuole secondarie 2° grado e scuole secondarie di 1° grado.

La progettazione si sviluppa con interventi differenziati nei territori, e nello specifico “*Stasera non bevo ho voglia di guidare*”, “*Scegli le strade della sicurezza*”, “*Una guida al limite*”, “*Per strada*”, “*Clubhouse*”, “*Ant*”.

#### ASL TO5

– Nell’ambito del progetto CCM “Guadagnare salute in adolescenza” l’ASL TO5 ha aderito sia al Programma “*Insieme per la sicurezza. Moltiplichiamo le azioni preventive. Contesti educativi*” e sia al programma “*Unplugged*”. Relativamente ad “*Unplugged*” questo è stato sostenuto e implementato nelle scuole del territorio che già da anni lo utilizzano, inserendolo tra l’altro come attività stabile nel POF scolastico. Nel contempo sono stati attivati due nuovi corsi rivolti a insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado del territorio.

In riferimento, invece, al Programma di Prevenzione degli Incidenti Stradali, sono stati considerati i progetti “*I moltiplicatori dell’azione preventiva nel territorio dell’ASL TO5*”, “*Un Messaggio per Te!*”, “*Alcol e giovani*”. Il Programma di Prevenzione degli Incidenti Stradali trova inserimento nel Piano Locale della Prevenzione 2014 ASL TO5

relativamente al progetto “*I Moltiplicatori dell’azione preventiva nel territorio dell’ASL TO5*”. Nel 2014 sono state consolidate iniziative di promozione della sicurezza stradale caratterizzate dallo sviluppo di una rete di collaborazione e conoscenza tra le scuole guida, i comuni e le scuole che offrono la possibilità di acquisire il patentino per ciclomotori.

È stato ulteriormente ampliato il gruppo dei formatori locali individuati tra gli operatori degli Enti Ausiliari, Volontari e membri dei Club alcolisti in Trattamento presenti nel territorio dell’ASL TO5. In occasione del trentennale dei C.A.T sono state promosse ed organizzate iniziative ed eventi volti a sensibilizzare la popolazione giovanile rispetto al rischio dell’uso di alcol alla guida. In particolare sono è stato organizzato un evento musicale “ubriacati di vita” durante il quale è stato proposto un percorso didattico “guida sicura”, sono stati consegnati test alcolimetrici monouso, proposti cocktail analcolici e consegnato materiali informativo. Le attività relative all’evento sono state promosse attraverso la costruzione di una pagina facebook, attiva ad oggi. Infine è stata organizzata un’attività con le Scuole Guida del territorio denominata “Cin Cin” che prevedeva un modulo didattico specifico per i neopatentati e la diffusione di una locandina informativa sugli effetti dell’alcol alla guida.

Sono stati anche realizzati interventi territoriali in occasione di feste patronali.

- “*Alcol e Guida*”, progetto ideato come intervento nelle scuole superiori, con la collaborazione del Comune Locale, la Polizia municipale e Informagiovani.

- “*Un messaggio per TE!*”, iniziativa formativa/comunicativa in collaborazione con le scuole presenti sul territorio attraverso un’attività “ponte” che ha visto coinvolte realtà di cura e di prevenzione. L’iniziativa ha previsto la possibilità di leggere sui *monitor* posizionati nei DEA e nelle relative sale di attesa, i messaggi (spot, slogan, mini-video) creati dai giovani delle scuole, in quanto “Moltiplicatori”, attinenti al tema incidentalità stradale e consumo di alcolici. A tal fine è stato predisposto un CD che raccoglie i messaggi a cura dell’Ufficio Comunicazione e Stampa dell’ASL TO5. Tra le finalità sostenute dall’iniziativa è stata considerata quella di promuovere la creatività e il protagonismo dei ragazzi. L’iniziativa ha voluto inoltre rinforzare il ruolo di “Moltiplicatori” degli operatori del DEA opportunamente sensibilizzati sul tema. L’attività nel suo complesso può essere considerata come una “spinta” verso la diffusione di una cultura libera dall’alcol e la promozione di stili di vita sani. L’iniziativa proseguirà nell’anno scolastico 2015/2016 presso ulteriori scuole secondarie del territorio. Gli slogan prodotti all’interno del progetto sono presenti in rete tramite *youtube*.

#### ASL AL

- “*Creativamente senza alcol*”, intervento informativo rivolto alle scuole secondarie di 1° grado attuato dai Ser.T. di tutta la provincia, in collaborazione con il coordinamento e supporto PLP, con Lions Clubs della Provincia e con Fondazione CRA Alessandria.

- “*Progetto Trabalho*”, progetto comunicativo-educativo rivolto ad adolescenti e giovani adulti promosso dal Ser.T. di Alessandria in collaborazione con Associazione Comunità S. Benedetto al Porto con estensione su tutto il territorio della provincia.
- “Meno alcol più gusto” ad AcquiT. rivolto alla popolazione giovanile, con la partecipazione di associazione, bar e agenzie del territorio.
- “*Guida e alcol*” (una rete territoriale di sensibilizzazione). Giovani-Strade sicure, percorso formativo per insegnanti che coinvolge SISP - Dipartimento di Prevenzione, Ser.T. di Alessandria, Prefettura, scuole professionali della provincia, Eclectica, Motorizzazione.
- *Gruppo "rilettura emozionale fiabe"* per donne con problemi alcol correlati, maggio 2013-giugno 2014, lavoro su gruppo di 10 persone afferenti al Servizio a cadenza quindicinale.
- “*motociclisti... strana, meravigliosa gente!*” (alcol/sostanze). PLP Dipartimento. Indagine su partecipanti al 68° motoraduno internazionale “Madonnina dei centauri”, per conoscenza comportamenti alla guida e prevenzione traumi stradali. Viene associata anche l’iniziativa presso l’ENAIIP su adolescenti e giovani adulti.
- Attivazione progetto di incontri su aspetti legali inerenti le sostanze d’abuso (alcol e droghe) e di prevenzione su sostanze d’abuso e malattie sessualmente trasmissibili con persone ospiti a Casale Monferrato e paesi limitrofi col programma ministeriale “Mare Nostrum”. Gli incontri, di tipo informativo/partecipativo, sono rivolti a gruppi di persone, uomini e donne, ospiti del progetto ministeriale “Mare Nostrum” a Casale e nei paesi limitrofi. Partecipano Insegnanti, Pubblica Sicurezza, Ser.D, mediatori linguistici per gruppo.

#### ASL BI

- Progetto “*Safer-Tour*”, curato dagli operatori del *Drop in*, finalizzato alla sensibilizzazione delle fasce giovanili ai comportamenti a rischio relativi all’uso di alcol.
- Continua la distribuzione dell’opuscolo informativo dal titolo “*Alcol: sai cosa bevi?*” che al suo interno racchiude argomenti inerenti agli effetti dell’alcol sull’organismo, sulla guida, sul luogo di lavoro e sulla famiglia. In tale opuscolo sono altresì indicati i riferimenti e gli orari di accesso dei Servizi di alcologia dell’ASL di Biella. Tale materiale viene consegnato ai pazienti durante il loro primo accesso al Servizio.

#### ASL CN1

Da alcuni anni sono attivi interventi di prevenzione, nel contesto scolastico, territoriale, in occasioni aggregative e di socialità giovanile, tra questi si segnala:

- *Pronti a ripartire!* (Settembre 2006 – in corso)
- Interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di “incidenti sulla strada”, causati in particolare dagli effetti dell’alcol nei conducenti di veicoli a motore. Gli interventi vengono realizzati sotto forma di incontri di gruppo su tutto il territorio del Dipartimento per quegli utenti segnalati dalla Commissione Locale Patenti per guida in stato di ebbrezza che non mostrino ancora una compromissione nell’uso di alcol tale da richiedere una presa in carico terapeutica.
- *Progetto SP.INT.A info (spazio informativo azione interattiva)*. Attività di prevenzione rivolta agli studenti delle terze classi della scuola media superiore del territorio di Mondovì. Progetto UNPLUGGED rivolto agli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado con l’obiettivo di fornire strumenti di lavoro per la prevenzione delle dipendenze tra cui l’alcol.
- All’interno del Piano Locale Prevenzione dell’ASL-CN1 sono state previste attività formative rivolte a target specifici orientate alla prevenzione sia dell’incidentalità stradale (legata all’uso di sostanze) sia dei comportamenti da uso/abuso di alcol.

#### ASL CN2

- *Centro di Documentazione Steadycam.*

- progetto “*Vivere con Stile*” incentrato sugli stili di vita e sulle situazioni di rischio, si tratta di interventi negli Istituti scolastici (scuole professionali e superiori).

#### ASL NO

- “*Chiocciola 2000*”, attivo dal 2002, progetto finanziato dalla Regione Piemonte nell’ambito del Fondo Regionale per la lotta alla droga - programmi integrati di prevenzione primaria, Legge 45/99 e relativo alla realizzazione di interventi informativi (gestiti da un medico e uno psicologo dipartimentali). Tale Progetto ha l’obiettivo di portare sul territorio aziendale risorse informativo-formative riguardanti l’uso di droghe e sostanze stupefacenti e nel contempo rendere più visibili ed accessibili i Servizi e le risorse d’aiuto presenti. Nell’ambito di *Chiocciola 2000* è stato attivato l’omonimo sito internet ([www.chiocciola2000.it](http://www.chiocciola2000.it)) sul quale si possono reperire informazioni su: tabacco, alcol, droghe d’abuso, doping e sulle problematiche correlate, recenti normative.

È possibile inoltre esprimere in modo anonimo le proprie opinioni e richiedere anche l’intervento gratuito dello *staff*, per incontri informativi e di sensibilizzazione sulle stesse tematiche, rivolti a gruppi di persone.

- “*Decido quindi sono*”, progetto informativo/formativo (a cura di un medico, uno psicologo e un CPE del Dipartimento), realizzato in collaborazione con gli insegnanti della Scuola media inferiore “Castelli” di Novara e dell’istituto comprensivo “P.Ramati” di Vespolate, per la prevenzione dell’uso e abuso di alcol e altre sostanze, rivolto agli studenti delle classi terze.

- “*La mia macchina è ubriaca!*”, progetto informativo, a cura di un CPE e di un’assistente sociale del DPD, rivolto alle classi quinte delle scuole secondarie di secondo grado, con presentazione di diapositive relative alle informazioni medico scientifiche di interesse alcologico e informazioni sulla normativa vigente alcol e guida. Lavori di gruppo e discussioni in classe.

- “*Percorsi salute*”, progetto informativo (es. discussione sostenuta dalla visione di materiale informativo) ed educativo (es. educazione ad un comportamento, stile di vita) gestito da una psicologa del DPD e rivolto a studenti frequentanti la classe IV Ginnasio, del Liceo “Don Bosco” di Borgomanero. Il progetto si inserisce all’interno del percorso, proposto dalla scuola, inerente la tutela della salute. Agli studenti vengono fornite conoscenze in merito all’uso di fumo, alcol e sostanze psicoattive. Oltre ad una parte informativa si sono trattati, attraverso giochi di ruolo, aspetti motivazionali e individuati percorsi alternativi per gestire situazioni relazionali e conflittuali.

- *Progetto “Oblò”*, progetto promosso dalla Prefettura di Novara. All’interno dei laboratori di Oblò, gli operatori del DPD offrono attività di *counselling* per la prevenzione, nelle situazioni di disagio, del consumo di alcol e sostanze stupefacenti, nella fascia di età 18-25 anni, e attività di drammatizzazione sui fondamenti dello psicodramma analitico junghiano e di arte terapia con i gruppi classe degli istituti scolastici del territorio novarese. Il progetto ha l’obiettivo di individuare i comportamenti a rischio, di individuare gli stati d’animo e le emozioni sottesi all’adozione di tali comportamenti, promuovere il confronto e la riflessione, facilitare l’espressione delle proprie idee e il confronto tra pari e con le figure adulte, proporre e condividere scelte alternative positive e offrire l’opportunità di riconoscere, attivare e sviluppare le proprie risorse personali.

- “*Indipendente-Mente*” progetto rivolto alle classi prime del Liceo Psicopedagogico e delle Scienze Umane di Gozzano. Il progetto affronta il tema delle dipendenze da sostanze e da alcol e si inserisce nei percorsi di prevenzione della salute che il liceo sviluppa lungo tutto il quinquennio. Obiettivo è di fornire informazioni corrette, individuare le motivazioni sottese all’uso e abuso di alcol e attivare, attraverso giochi di ruolo e attività di gruppo, condotte comportamentali a tutela della salute.

- “*Guida in stato di ...ebbrezza*”. Il progetto informativo/formativo è rivolto agli studenti del quarto anno di scuola secondaria con l’obiettivo di aumentare nei ragazzi la consapevolezza

dei loro atteggiamenti verso il consumo di bevande alcoliche, di favorire atteggiamenti responsabili in tema di alcol/droghe e guida, di informare sugli effetti dell'alcol sull'organismo e sulle abilità di guida, sulle norme e sulle sanzioni previste dal Codice della Strada.

- *“Educazione alla salute”*. Progetto informativo/educativo rivolto agli studenti delle terze classi della scuola secondaria di primo grado finalizzato al miglioramento della qualità della vita e all'acquisizione di un sano stile di vita libero dalle dipendenze, attraverso incontri interattivi e di discussione all'interno dei gruppi classe.

- *“Unplugged”* un programma di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute, gestito da una psicologa del DPD, basato sul modello dell'influenza sociale, formulato e validato da un team di esperti a livello europeo, rivolto a ragazzi da 12 a 14 anni. Il programma è articolato in 12 unità di 1 ora ciascuna ed è condotto dall'insegnante con metodologia interattiva. Affronta le tematiche dei comportamenti a rischio, l'abuso alcolico, il consumo di droghe, il potenziamento delle *skills*.

La formazione per gli insegnanti è articolata in due giornate e mezzo intensive e consente di padroneggiare i presupposti teorici del programma e di sperimentare le tecniche di attivazione degli studenti nelle classi. Nelle supervisioni si forniscono aggiornamenti sul progetto, si raccolgono dati sull'attuazione nelle classi, si affrontano i problemi nello svolgimento delle attività con il coinvolgimento attivo dei partecipanti, elaborando in gruppo indicazioni operative.

- *“Ballo o... sballo?”*. Intervento informativo, rivolto a studenti delle classi seconde della scuola media (Varallo Pombia) sul concetto di dipendenza, su sostanze (alcol e fumo in particolare) e comportamenti che possono dare dipendenza. L'obiettivo è di aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei loro atteggiamenti e dei loro comportamenti, volti o meno alla protezione della salute.

- *“Consapevoli di... le dipendenze”*. Intervento informativo, rivolto agli studenti di una classe CSF ENAIP, con l'obiettivo di far conoscere il concetto di dipendenza e di dipendenza patologica, compresa la dipendenza “senza sostanze”, e aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei loro comportamenti e di loro eventuali dipendenze.

#### ASL VC

– Procedura condivisa tra S.C. Ser.T, S.C. Psichiatria Unificata VC-Borgosesia, S.S.D.SPDC e S.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza nella gestione del paziente con dipendenza da sostanze psicotrope e patologie psichiatriche.

- Collaborazione tra Reparto di Medicina Interna e SerT: invio dal Ser.T al Reparto di Medicina di pazienti alcolodipendenti per la valutazione di patologie internistiche alcolcorrelate, ed invio dal Reparto al SerT di pz. ricoverati, per il trattamento dell'alcolodipendenza. Rimane attivo l'Ambulatorio di Algologia in Santhià con la collaborazione del Privato Sociale “Comunità Il Punto”, e nell'anno 2014 in tale centro sono stati accolti anche i Giocatori d'Azzardo (GAP).

#### ASL VCO

Progetto Interregionale ***“UP2Peer: Peer e media Education Vs rischio alcol correlato per la prevenzione degli incidenti stradali”***:

- Ambito scolastico: interventi di Peer Education in 8 Istituti scolastici di 2° grado, che hanno visto coinvolgere 20 insegnanti, 66 Peer e 900 studenti.
- Ambito territoriale: interventi con postazioni mobilifuori dai locali del divertimento giovanile (15 interventi) che ha coinvolto circa 800 utenti. La formazione dell'Equipe, riproposta nel 2014 ha visto coinvolti 70 soggetti.
- Ambito web: è stata rilasciata l'applicazione cALCOLapp, destinata alla valutazione dell'attitudine alla guida in presenza di ebbrezza alcolica, sia in ambiente iOS(Apple), sia in quello Android. I download di cALCOLapp nei due store sono stati 4500. I contatti che

hanno visualizzato le news di cALCOLapp nella pagina Facebook del progetto sono state 2500. L'applicazione prevede quattro sezioni:

1. ***l'alcol test***, che misura in maniera approssimativa l'alcolemia. In particolare, questa sezione prevede la possibilità di: salvare i propri dati in memoria, far provare in anonimato l'alcolemia a soggetti terzi, valutare quante volte si è rischiato di perdere punti sulla patente durante il mese in corso, tramite la funzione agenda
2. ***test driver*** con il quale è possibile, attraverso due giochi, valutare i propri riflessi e tempi di reazione. Il primo gioco stimola la memoria visiva e il livello di attenzione di chi partecipa; durante la fase di ideazione si è preso spunto da uno dei giochi "Brain training" sponsorizzato dalla società Nintendo. Il secondo, invece, raffigura un percorso stradale con ostacoli da schivare, limiti e limitatori di velocità da rispettare. La finalità di questa sezione sono: 1. Ludiche e puramente ricreative 2. Educative, in presenza di un operatore sociale e di un *peer educator* che sia in grado di stimolare valutazioni rispetto alla guida sicura.
3. ***Quiz***, con il quale migliorare la propria conoscenza sul tema dell'alcol e della guida sicura. Ogni quiz è composto da 4 domande, scelte a random dal sistema. Le domande sono di varia natura e mirano a fornire informazioni su: normativa stradale in materia di guida in stato d'ebbrezza e l'influenza dell'alcol sulle capacità del sistema umano. Inoltre, grazie alla collaborazione degli studenti incontrati in una prima fase di testing, è stato possibile inserire alcune domande relative ai falsi miti sull'alcol e le strategie alternative e non scientifiche di mettersi alla guida sotto l'effetto della sostanza psicoattiva.
4. ***Help***, tramite la quale in caso di emergenza si possono attivare i soccorsi o valutare le soluzioni alternative per il rientro a casa se non si è in grado di guidare. A nostro avviso, questa è la sezione più importante, in quanto può essere uno strumento di prevenzione efficace agli incidenti stradali e di supporto nelle situazioni di emergenza. In questa prima versione i recapiti di ospedali, carro attrezzi, taxi e mezzi pubblici sono attivi solo per i territori del Verbano Cusio Ossola (Verbania) e del Canton Ticino, coinvolti nel progetto. Il servizio di geolocalizzazione sarà presto esteso a tutto il territorio nazionale, proprio perché riteniamo che questo possa essere un progetto non di pochi, ma di tutti.

- ***Progetto UNPLUGGED***: Continua il processo di ampliamento della rete di scuole che attivano il progetto, sul territorio provinciale. Nel corso del 2014 si sono realizzati 2 corsi di formazione e sono stati formati complessivamente 29 insegnanti; sono state coinvolte 5 scuole primarie di 2°, per un totale di 106 studenti.

ASL AT

- Partecipazione su invito ad iniziative di co-gestione presso scuole secondarie di secondo grado del territorio al fine di stimolare una riflessione critica sul concetto di dipendenza, presentare il Servizio per le dipendenze e promuovere il progetto di **peer education "Di pari in/mpari"**.

- **Progetto "Unplugged"** rivolto ad insegnanti delle scuole secondarie di primo grado.

- **Carcere: cicli di giornate formative-informative** per detenuti e personale penitenziario su alcolismo e dipendenze.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

**Centro CUFRAD**

- *“Progetto Radio”*, progetto di prevenzione dei problemi e delle patologie alcol correlate che consiste in trasmissioni radiofoniche sui problemi delle patologie alcol correlate con la partecipazione di psicologi e dibattito con gli ascoltatori per complessive 4-5 ore mensili per 12 mesi all’anno.
- *Progetto: “Alcol accoglienza ambulatoriale”*, accoglienza e orientamento ambulatoriale di soggetti con problematiche correlate al consumo di alcol.
- *Progetto via internet*: news su alcolismo e problemi alcol-correlati, news quotidiane su alcolologia e problemi e patologie alcol-correlate redatte da psicologi.

### **Associazione ALISEO Onlus**

- *Progetto “– Sballo + Scuola”* rivolto a insegnanti e studenti delle Scuole secondarie inferiori del Comune di Rivalta e Frossasco di Torino. Hanno partecipato al progetto 275 ragazzi tra gli 11 e i 13 anni. L’obiettivo è stato quello di fornire informazioni corrette rispetto all’uso di alcol ma anche di potenziare e fortificare competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni della vita (*life skills*).
- *Intervento di prevenzione* realizzato nella Scuola superiore Spinelli di Torino. L’intervento ha coinvolto circa 50 ragazzi tra i 15 e 17 anni, l’obiettivo è stato quello di aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol, fornire informazioni corrette per ritardare l’inizio di assunzione dell’alcol.
- *Intervento di prevenzione* realizzato presso la Proloco di Foglizzo rivolto ad adolescenti e genitori con l’obiettivo di aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol, fornire informazioni corrette per ritardare l’inizio di assunzione dell’alcol. Hanno partecipato circa 20 ragazzi e 10 genitori.
- *Attività di formazione* sul tema *“Adolescenti e Alcol”* rivolto ad operatori della Novacoop.
- *Attività di sensibilizzazione* dal titolo *“Illegalità, abusi e corruzione. Sconfiggerle è possibile se diventiamo cittadini responsabili.”* con la presenza di Don Luigi Ciotti. A tale incontro hanno partecipato circa 100 persone.

## **REGIONE LOMBARDIA**

Il Piano di Azione Regionale, ha recepito le indicazioni dell’Unione Europea sulle strategie d’intervento per le dipendenze, mettendo l’informazione quale obiettivo primario, in quanto considerata la principale azione significativa da intraprendere.

Il tema delle dipendenze è caratterizzato dalla presenza massiccia di stereotipi e tabù che confondono, e non rispecchiano le caratteristiche del fenomeno, dov’è costante, la mancanza di riferimenti e approfondimenti che orientino qualitativamente la comunicazione ai cittadini, nelle differenti fasce di età. Pertanto, l’attenzione all’informazione “corretta” è uno degli obiettivi delle attività dei professionisti di settore e della loro azione divulgativa.

La rete degli Osservatori Territoriali coordinato dal Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori Territoriali (un referente per ogni Dipartimento Dipendenze) permette il monitoraggio dei cambiamenti e consente di comprendere le possibili evoluzioni del fenomeno al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento, grazie anche al completo adeguamento dei sistemi informatici, allo standard SIND (Sistema Informatico Nazionale Dipendenze).

In considerazione dei buoni risultati ottenuti nelle scuole secondarie della Lombardia, le attività dei progetti *“Unplugged”* e *“Life Skills Training Program”* sono proseguite e sono state ampliate con l’adesione di nuovi plessi scolastici. La decisione di proseguire i due progetti scolastici, *“Unplugged”* e *“Life Skills Training Program”*, s’inserisce nel programma generale di prevenzione selettiva, il cui obiettivo è quello di educare e di prevenire nei giovani studenti, i comportamenti a rischio di abuso di sostanze illecite, e lecite, come l’alcol.

Come per gli anni precedenti, nel territorio lombardo sono state effettuate diverse iniziative locali. La rilevazione effettuata in collaborazione con i 15 Dipartimenti Dipendenze, ha evidenziato la realizzazione di circa n. 56 interventi nelle aree dell'informazione, prevenzione ed educazione.

In coerenza con il P.A.R., la maggior parte delle iniziative sono indirizzate a aumentare l'influenza dell'informazione in ogni ambito sociale, con particolare sensibilizzazione delle aree d'interesse giovanili. Questo avviene attraverso la rete internet oppure mediante la distribuzione di *brochure* informative sul territorio e nei luoghi di aggregazione giovanile.

Altri esempi di iniziative a carattere preventivo ed educativo, riguardano la collaborazione dei Dipartimenti Dipendenze con le diverse Commissioni Medico Locali Patenti, e dei Ser.T, con le case Circondariali e gli Istituti di Pena per Minori.

Molte sono le iniziative che riguardano le azioni per la riduzione dei rischi connessi all'abuso di alcol/droghe nei luoghi di divertimento in tutta la Lombardia, effettuate dalle Unità di strada con il coinvolgimento dei frequentatori per l'utilizzo dell'alcol-test e con la somministrazione di questionari anonimi.

## **P.A. BOLZANO**

Una possibile risposta al comportamento legato al consumo di alcol accettato o almeno praticato nella nostra cultura, è una formazione a lungo termine della consapevolezza che possa motivare positivamente il gruppo dei giovani adulti dove il rischio di consumo dell'alcol è più alto e avviene più frequentemente. Per ottenere una strategia fondata che aiuti a risolvere i problemi e che fornisca miglioramenti pratici e misurabili, è necessario investire nella prevenzione, settore al quale la Provincia di Bolzano dedica da anni impegno e sforzo con una campagna di prevenzione all'alcol in Alto Adige ([http://www.bereresponsabile.it/it\\_IT](http://www.bereresponsabile.it/it_IT)) avviata nel 2006, realizzata dal "Forum Prevenzione" e che prosegue anno per anno. La pagina web [www.bereresponsabile.it](http://www.bereresponsabile.it) è stata ampliata nel 2014 con l'introduzione di moduli interattivi: quiz, test di autovalutazione per verificare la concentrazione di alcol nel sangue, test di auto valutazione per osservare il proprio consumo collegato ai valori limite consigliati dall'OSM. Inoltre la campagna è presente anche su "Facebook".

I risultati della valutazione di questa iniziativa hanno evidenziato come il 95% degli intervistati telefonicamente appoggi in generale una campagna a larga diffusione sul rapporto consapevole con l'alcol in Alto Adige. Il suo grado di notorietà è ulteriormente cresciuto negli ultimi anni: quasi due terzi della popolazione sudtirolese conosce la campagna o si ricorda il logo, la vasta diffusione delle iniziative legate alla campagna hanno raggiunto i più diversi gruppi *target* ed i relativi messaggi hanno ottenuto consenso e sono stati condivisi da una larga maggioranza della popolazione. La sensibilità della popolazione sudtirolese rispetto al rapporto con l'alcol è nettamente aumentata.

### **Attività di informazione e di prevenzione universale:**

In generale sono aumentati gli interventi di prevenzione universale presso istituzioni scolastiche, centri giovanili e altre forme di associazionismo giovanile attraverso incontri specifici con l'obiettivo di fornire informazioni sul tema non solo delle sostanze illegali ma, e soprattutto, delle sostanze legali tra cui quelle legate al consumo, abuso e abuso cronico di alcol. Il lavoro attivato e svolto ha favorito l'entrata ai Ser.D di utenza giovanile che abbina spesso l'uso di sostanze illegali con un consumo se non abuso di alcol.

Importante è stato il supporto fornito alla Provincia dalle Organizzazioni Private Convenzionate, in particolare dal centro specialistico "Forum Prevenzione" che ha partecipato

alla gestione degli interventi preventivi, all'elaborazione di concetti, alla ricerca e al lavoro con i media, alle offerte di seminari, *workshops* e serate informative per i diversi gruppi *target*. Le pagine web “*www.forum-p.it*”, “*www.io-rinuncio.it*” e “*www.bereresponsabile.it*” gestite dal Forum Prevenzione forniscono informazioni su progetti ed offerte. Inoltre sulla sottopagina “*sauftirol/alcoladige*” su facebook.com oltre 14.000 persone hanno avuto la possibilità di informarsi e confrontarsi sul tema dell'alcol.

Nel 2014 sono stati effettuati dal “Forum Prevenzione” 514 interventi con 53.804 partecipanti e sono stati distribuiti 50.000 opuscoli e *flyers* anche sulla tematica riconducibile all'alcol nei diversi ambiti di vita (alcol e lavoro, alcol e gravidanza, alcol e guida di veicoli, alcol e fare festa, ecc.).

### **Prevenzione selettiva:**

È proseguita anche la rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano e di Silandro per intossicazione da alcol e/o altre sostanze psicoattive di giovani fino ai 29 anni. È stata anche definita una modalità di collaborazione tra il Reparto Medicina dell'Ospedale di Bolzano ed i servizi ambulatoriali di Bolzano per migliorare la qualità dell'assistenza nei ricoveri di disintossicazione alcolica ed abbreviare il tempo della degenza.

All'interno del Ser.D di Merano è funzionante un modulo operativo (denominato “STEP”) dedicato alla prevenzione selettiva a cui afferiscono soggetti che congiuntamente sono a rischio di abuso di THC e alcol. La prevenzione selettiva normalmente si occupa di consumatori, ma non di rado in essi si evidenzia in tempi più o meno brevi problemi di abuso saltuario e/o occasionale. Pertanto si ritiene che questi moduli facilitino, in un primo tempo, l'accesso al Servizio e in un secondo momento, se necessario, alla dimensione trattamentale vera e propria.

## **P.A. TRENTO**

### *- Progetto “In punta di piedi sul pianeta” per le scuole dell'infanzia*

Rivolto non solo agli insegnanti ma a tutto il personale attivo nelle scuole dell'infanzia e ai genitori dei bambini, allo scopo di fornire a tutti gli adulti di riferimento strumenti idonei a realizzare uno specifico percorso educativo con i bambini, improntato allo sviluppo delle capacità di vita, dell'intelligenza emotiva e delle abilità pro sociali, con un'attenzione agli stili di vita e al loro impatto sulla salvaguardia del pianeta. Questo progetto è supportato da una guida contenente il materiale didattico comprensivo di giochi, fiabe ed altri strumenti da sviluppare con i bambini.

### *- Progetto “In punta di piedi sul pianeta” per Istituti Comprensivi*

Rivolto agli insegnanti e ai genitori delle scuole primarie e secondarie di primo grado. Il progetto ha come obiettivo finale la formazione degli adulti di riferimento, riguardo a salute, stili di vita e stili di relazione, partendo da un percorso di alfabetizzazione emozionale e di ascolto del proprio corpo, per arrivare agli stili di vita (alcol, fumo, altre droghe, alimentazione, attività fisica, gioco d'azzardo, conflitti non gestiti, stili di relazione) e al loro impatto su salute, benessere e salvaguardia del pianeta.

### *- Progetto “In punta di piedi sul pianeta” per le Scuole Superiori*

Rivolto ai ragazzi e ai loro insegnanti, al fine di sensibilizzarli riguardo a salute, stili di vita, (alcol, fumo, altre droghe, alimentazione, attività fisica, gioco d'azzardo, conflitti non gestiti, stili di relazione) partendo dalle Capacità di Vita e da percorsi di alfabetizzazione emotiva, ponendo attenzione anche all'impatto degli stili di vita sulla salvaguardia del pianeta. Il percorso prevede una prima fase informativa e di sensibilizzazione rivolta agli insegnanti a

cura dell'operatore del Servizio di Alcologia, una seconda fase in classe con i ragazzi a cura dell'insegnante, e una terza fase in classe con i ragazzi a cura dell'esperto del Servizio di Alcologia.

- *Progetto di peer education “alcol e fumo” per le Scuole Superiori*

La *peer education* è una strategia educativa raccomandata dall'O.M.S., che permette lo scambio di informazioni, valori ed esperienze tra persone della stessa età o appartenenti allo stesso gruppo sociale. Negli Istituti Superiori tale progetto favorisce la dinamica di gruppo e l'autonomia progettuale dei ragazzi, incidendo positivamente sulla capacità critica e sulla consapevolezza nell'assunzione di scelte, rafforzando l'adesione individuale e collettiva ai sani stili di vita e prevenendo comportamenti a rischio, in particolare bere alcolici e fumare. In un Servizio di Alcologia si è sperimentato con successo un progetto di *peer education* non solo su alcol e fumo ma su “stili di vita e sostenibilità ambientale”.

- *Progetto “Altrinoi”*

Rivolto agli insegnanti degli Istituti Superiori che afferiscono ad uno solo dei Servizi di Alcologia. Tale progetto ha lo scopo di formare gli insegnanti, affinché siano in grado di gestire autonomamente un percorso di esplorazione del mondo emozionale, relazionale e pro sociale dei ragazzi all'interno del gruppo classe, nell'ottica della promozione della salute e della salvaguardia del pianeta. Il percorso si articola in tre fasi: formazione degli insegnanti, realizzazione del progetto da parte degli insegnanti con la classe, e valutazione finale.

- *Progetto “Strada amica”*

Rivolto agli studenti delle classi quarte o quinte degli Istituti Superiori (prossimi a conseguire la patente di guida) che afferiscono a tre dei Servizi di Alcologia. Il progetto mira a favorire la promozione del benessere e più nello specifico della guida sicura, attraverso informazioni sulle norme del codice della strada e sugli effetti delle sostanze sul nostro benessere e sulle prestazioni di guida.

- *Progetto “Unplugged”*.

Questo progetto è stato attivato nel 2011 dopo che la Provincia ha aderito alla proposta giunta dalla Regione Piemonte nell'ambito del Progetto “*Guadagnare salute in Adolescenza*”. Si tratta di un Progetto Europeo che ha come scopo la prevenzione dall'uso di sostanze sia legali che illegali da parte degli adolescenti, specialmente nella fascia scolastica dell'ultima classe delle scuole secondarie di primo grado e nelle prime di secondo grado. L'intervento di formazione, basato sulle *life skills*, è realizzato con gli insegnanti che a loro volta lo attueranno in classe. La peculiarità di questo progetto è la sinergia che si è venuta a creare con il Ser.D. che, nella nostra realtà geografica, è del tutto autonomo dai Servizi di alcologia; inoltre presenta numerose caratteristiche innovative sia nella didattica che nei contenuti oltre ad un marcato coinvolgimento attivo dei docenti e degli studenti.

- *Progetto pilota di Peer Education.*

Svolto da alcuni anni su tutto il territorio provinciale attraverso l'arruolamento di ragazzi dal contesto territoriale e di comunità, per formare un gruppo di *peer leaders* in grado di promuovere sani stili di vita e di prevenire scelte a rischio rispetto al bere e ad altri aspetti della salute, individuati all'interno del percorso formativo.

Il progetto di *peer education* si è rilevato essere un progetto capace di sensibilizzare anche il mondo adulto rispetto all'azione dei *peer leader* e ai sani stili di vita, così da poter diventare adeguato sostenitore dell'azione educativa degli adolescenti nella comunità di riferimento.

- *Progetto “Scommesse Impertinenti”*.

Prosecuzione anche nel 2014 di questo progetto con il quale si intende raggiungere gli adulti di riferimento (genitori dei ragazzi frequentanti tutti i livelli di scuole e della comunità, insegnanti ed altri educatori) attraverso l'organizzazione di momenti formativi e la diffusione del libro "*Scommesse Impertinenti*". Il libro è diffuso solo nei momenti informativi. Da questa pubblicazione è stato tratto un opuscolo, che è stato inviato a tutte le famiglie tramite i figli, contattati in altri momenti formativi. Assieme è stato distribuito ai ragazzi anche l'opuscolo "*Frena l'alcol... fai correre la vita*".

- Progetto "*Coordinamenti alcol, guida e promozione della salute*".

I vari Servizi di alcologia da anni si sono fatti promotori dell'istituzione, in tutto il territorio provinciale, di coordinamenti stabili con le autoscuole, le Forze dell'ordine, le Scuole, i Comuni, le Comunità di valle e le Associazioni del Privato-sociale, al fine di promuovere iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcol correlate e principalmente quelle inerenti ai rischi che l'alcol presenta per la guida. I Coordinamenti hanno elaborato vari documenti di proposte pratiche per la prevenzione del consumo di alcol soprattutto per i giovani e l'ordinamento delle feste pubbliche che è stato in seguito presentato come proposta operativa alla Giunta Provinciale. In alcune realtà territoriali si sono di conseguenza effettivamente concretizzati aggiustamenti normativi nella direzione auspicata dai Coordinamenti stessi. Questi Coordinamenti sono rimasti operativi negli anni solo in alcune zone.

- Interventi di sensibilizzazione rivolti all'intera Comunità quale, ad esempio, conferenze serali, trasmissioni radio e televisive locali, conferenze stampa, ecc.

## **REGIONE VENETO**

Anche l'anno 2014 ha visto il permanere della fase di assenza di finanziamenti pubblici specifici dedicati alla prevenzione delle dipendenze da alcol o da altre sostanze psicotrope. La mancanza di risorse pubbliche dedicate specificatamente alla prevenzione ha comportato un'importante revisione delle progettualità, fino a tre anni prima finanziate dalle Regione Veneto; la maggioranza delle iniziative di prevenzione sono state finanziate dalle Aziende Socio-Sanitarie o da Associazioni filantropiche, sono quelle maggiormente diffuse e apprezzate dal territorio ove agiscono, sostenute dalla fattiva rete interistituzionale e cooperativistica presente nei diversi contesti sociali di intervento preventivo del Veneto. Attraverso fondi sostenuti direttamente dalle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie, e con una attenta valutazione del rapporto costo/benefici, i Servizi alcologici nel 2014 hanno potuto garantire ancora alcune progettualità, caratterizzate dalla diffusione di informazioni aggiornate e dall'*evidence based*, relativamente ai danni legati all'assunzione di alcol, alla prevenzione dell'abuso alcolico tra le fasce giovanili e all'esercizio di *life skills* (definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) in ambito prettamente scolastico, intese come fattori di protezione dei giovani in età evolutiva.

In Veneto l'ambito primario di intervento rimane quello scolastico, con specifici programmi di prevenzione quali la realizzazione di corsi di formazione e informazione rivolti a docenti, studenti, personale non docente e genitori, alimentati dall'essenziale collaborazione tra servizio pubblico, terzo settore, comuni, scuole secondarie di 1° e 2° grado, aziende, associazionismo, università.

Per quanto riguarda le iniziative di promozione alla salute rivolte alla popolazione in generale, nel corso del 2014 sono rimasti costanti gli interventi diretti ad un *target* adulto, con una

capillare attività di informazione sulle problematiche alcol correlate e uso di sostanze psicotrope, tramite incontri con la distribuzione di materiale informativo.

Nel territorio Veneto il mese di aprile è il momento privilegiato per la messa in atto di specifiche iniziative, essendo il periodo dedicato alla prevenzione della dipendenza da alcol denominato «*Aprile mese di prevenzione alcologica*». L'attività di tipo informativo viene realizzata grazie alla stretta collaborazione con le Agenzie del territorio: parrocchie, circoli, autoscuole, associazioni di volontariato, gruppi auto mutuo aiuto, A.C.A.T., A.A., A.I.D.O., F.I.D.A.S., C.R.I., associazioni sportive e aziende private.

Grazie a finanziamenti ministeriali confermati, alcune Aziende unità locali socio sanitarie della Regione Veneto hanno potuto dar seguito al programma preventivo nazionale di comunità denominato «*Guadagnare Salute*».

L'iniziativa di prevenzione e promozione della salute, attivata nel 2012, anche per il 2014 si è posta come obiettivo lo sviluppo nelle comunità di uno specifico territorio, della consapevolezza dei fattori di rischio connessi all'alcol, al fumo e all'alimentazione. Le Aziende unità locali socio sanitarie interessate hanno deciso di impegnare risorse e progettazioni in particolare sulla tematica specifica dell'uso consapevole e responsabile dell'alcol, affinché una Comunità acquisisca l'importanza della tutela della propria salute e quella dei propri giovani. Le varie progettualità territoriali sono per lo più indirizzate ad attivare all'interno di *social contest* dei giovanissimi sempre maggiori spazi *alcol free*, stimolando in essi la curiosità alla scelta di un bere alternativo analcolico al fine di promuovere il piacere del drink analcolico.

Varie sono state anche le iniziative sul tema "sicurezza" sia negli ambienti di lavoro che sulle strade, durante il divertimento notturno e nei luoghi di aggregazione giovanile e popolare.

Nel corso del 2014 il programma «*Guadagnare Salute*», tramite l'iniziativa formativa denominata «*Non solo cura, ma cultura*», ha continuato ad interessare migliaia di operatori socio-sanitari delle ULSS della Regione Veneto, portando in evidenza le problematiche alcol correlate.

Interessanti sono state le iniziative segnalate da alcune Associazioni convenzionate con le Aziende Socio-Sanitarie venete, che si sono avvalse di unità mobili per svolgere attività di informazione e promozione della salute e prevenzione dell'abuso alcolico nei pressi di famosi locali frequentati da un *target* giovane e in alcune occasioni di grandi manifestazioni e concerti di forte attrattività giovanile.

La Regione Veneto, attraverso la Delibera della Giunta Regionale n. 473 del 2006, ha definito la politica regionale in materia di problemi alcol correlati (*P.A.C.*) e nel 2014 si è consolidata una Rete alcologica tra tutte le Aziende Unità Locali Socio Sanitarie del Veneto, attraverso la informazione/formazione del personale socio sanitario concernente l'efficacia nell'attività di prevenzione del *counseling* breve (*brief intervention*) e avendo come garanzia di valutazione il sistema di sorveglianza «*PASSI*» che si caratterizzerà per la semplicità dell'intervento.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Sono state attivate iniziative di prevenzione rivolte alla popolazione generale, mediante la strutturazione di percorsi di formazione e informazione relativi agli effetti dell'uso e abuso di alcol, grazie alla collaborazione con le agenzie educativo/formative del territorio.

L'ambito privilegiato dalle iniziative rimane quello scolastico, attraverso corsi di formazione e informazione per docenti, studenti, personale non docente e genitori.

In particolare, si menzionano tre attività progettuali intraprese nel 2014:

- progetto “*Meglio sapere tutto*” rivolto a 6 Istituti Superiori di II grado, secondo la metodologia della *peer education*, inerente la prevenzione dei rischi delle malattie sessualmente trasmissibili e l'abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali con il coinvolgimento attivo degli insegnanti ed interventi in classe gestiti dai *peer educators* nel corso dell'anno scolastico;
- progetto “*Ulisse*” rivolto ai lavoratori della Fincantieri (Monfalcone) ed a gruppi target “a rischio”, finalizzato ad aumentare le conoscenze e le capacità di intervento sul consumo di bevande alcoliche e sui rischi associati;
- progetto “*Overnight*” (ASS2 e Gorizia) che prevede il coinvolgimento nelle attività di prevenzione dei gestori dei locali frequentati dai giovani nei fine settimana.

Molte sono state anche le iniziative intraprese nei luoghi di ritrovo e di divertimento giovanile e nelle numerose manifestazioni organizzate sul territorio regionale:

- partecipazione con materiale informativo alle manifestazioni “Bavisela” e “Barcolana”;
- iniziative molteplici poste in essere in occasione del “Mese di prevenzione alcolica”: 9 maggio giornata informativa sulla rete alcolica a Trieste gestita da Ass1 Triestina insieme ad Acat, As.Tr.A. e Hyperion; 12 maggio, serie di iniziative dedicate alla “Guida sicura”, con la Polizia Municipale e l'AcI, utilizzo di simulatori di guida e percorsi attrezzati per sperimentare gli effetti delle alterazioni neurologiche indotte dagli alcolici; 13 maggio conferenza “Mode & stili di consumo giovanili”, organizzata in collaborazione con As.Tr.A; 15 maggio 7° concorso “Un cocktail per la salute”, gara regionale di ideazione e preparazione di cocktail analcolici a Muggia con i ragazzi della Scuola Alberghiera di Trieste e l'Associazione Italiana Barman.
- 2 edizioni del corso accreditato ECM sul *minimal advice* su alcol e fumo nei reparti ospedalieri svolto presso l'AOU Trieste nei giorni 21 maggio e 22 ottobre.
- Implementazione con contenuti specifici su problematiche alcol correlate di piattaforma multimediale dell'AAS1 “sito CONTATTO” rivolto alla cittadinanza.
- Presso tutti i distretti dell'ASS 4 “Medio Friuli” sono stati effettuati corsi di prevenzione a tutti gli utenti che hanno violato l'art. 186 c.d.s.
- Varie conferenze rivolte alla popolazione sul territorio.

## **REGIONE LIGURIA**

Gli interventi di educazione alla salute e prevenzione sono stati attivati soprattutto nelle scuole, sia medie inferiori che medie superiori.

A febbraio 2014 si è svolto il seminario rivolto ai giovani “*Alcol e guida sicura*”, promosso dalla Regione Liguria dal Servizio Socio-Sanitario del Ser.T ASL4 e dal Centro Giovani Casette Rosse di Sestri Levante. L'iniziativa rientra nel percorso “*Informato e Connesso*”, percorso che ha coinvolto gli adolescenti di tutto il Tigullio con l'obiettivo principale di realizzare esperienze partecipative per sensibilizzare i giovani alla cultura della legalità e all'adozione di stili di vita adeguati e comportamenti consapevoli, coinvolgendo nelle azioni e nelle attività territori, Enti locali, ASL, Scuole superiori, Università, Consulte giovanili,

Informagiovani, Centri giovani, Associazioni di categoria e tutti quei soggetti che in Liguria si occupano di giovani. Questa modalità di lavoro nasce dalla volontà di creare e consolidare reti di collaborazione che costituiscano un sistema e un positivo metodo di lavoro e che permangano nel territorio ligure come “*modus operandi*” al di là della conclusione del progetto.

E' stato attivato il progetto di educazione alla legalità denominato “*Insieme per te*”, promosso dalla Questura di Genova e rivolto agli studenti delle Scuole primarie e alle loro famiglie per creare una rete di protezione affinché i giovani non debbano trovarsi soli e disarmati di fronte ai pericoli della società moderna. All'iniziativa hanno collaborato Istituzioni e Associazioni cittadine quali il Comune, la Prefettura, l'Ufficio Scolastico Provinciale, le Aziende Ospedaliere, il Ser.T e l'Associazione *Genitori Insieme*; hanno aderito diversi Istituti scolastici e oltre 500 bambini. L'obiettivo è far conoscere ai preadolescenti e adolescenti i pericoli che possono derivare dalla mancata informazione ed educazione al consumo di bevande alcoliche. Tra gli argomenti anche le problematiche giovanili quali le corrette modalità di utilizzo di strumenti tecnologici, come videogiochi e *social-network*, il consumo di sostanze stupefacenti e la correlazione eventuale con l'uso precoce di alcol.

Da anni è attivo sul territorio il progetto “*UNPLUGGED*” nell'ambito del quale è stata svolta attività di formazione per un gruppo di *peer educators*, dapprima sulla tematica delle dipendenze e da quest'anno anche sul gioco d'azzardo patologico.

Dal 2014, in seguito alla specifica formazione, i *peer educators* svolgono in autonomia la loro attività sotto la supervisione di operatori esperti.

Attraverso il supporto dei più noti *social network*, sono attive pagine dedicate alle *équipe* di prevenzione e *blog* informativi relativamente alle iniziative intraprese; sono state attivate due pagine *facebook* (dottor virus e Salute&Prevenzione Tigullio) dedicata all'*equipe* integrata prevenzione e un *blog* (<http://eipas14.wordpress.com>) sui quali è possibile interagire e visionare le iniziative intraprese.

E' stato attivato “*Youngle is*”, profilo *facebook* in cui viene offerto un Servizio di ascolto in *chat* due volte la settimana ed offre un servizio vicino e accessibile in modo immediato agli adolescenti. La fascia di età cui è rivolto va da 13 ai 20 anni e il Servizio è gestito da coetanei opportunamente formati dagli psicologi del Ser.T.

Il Programma “*Salute e Benessere degli adolescenti*” prevede il coordinamento di diversi interventi già attivati o in via di attivazione nelle singole ASL, in merito al benessere dell'età adolescenziale.

Esso comprende sette progetti specifici, in parte derivanti dalla programmazione interregionale nell'ambito di “*GSA: Guadagnare Salute in Adolescenza*” e dell'iniziativa interministeriale “*Scuola e Salute*” e in parte scaturiti da specifiche iniziative regionali.

I progetti, rivolti agli adolescenti, agli insegnanti, alle famiglie e agli operatori, sono incentrati sulla prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti e stili di vita correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol).

Anche nel 2014 sono state fatte iniziative finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali da uso di alcol in occasione delle più importanti sagre organizzate nel periodo estivo. L'esperienza maturata dal 2001 ad oggi ha consentito il consolidarsi di una stretta collaborazione tra territorio e Istituzioni, facendo sì che la presenza degli operatori ASL a questi eventi diventasse un fatto solido, concreto e ricorrente. Gli stand all'interno delle sagre, sono gestiti da operatori ASL che distribuiscono materiale informativo e consentono, a chi vuole sottoporvisi volontariamente, di poter effettuare il test etilometrico.

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

L'attività di promozione della salute riferita ai consumi di alcol è contenuta nel Piano regionale della Prevenzione e si articola in tre principali *setting* di intervento: l'ambito scolastico, l'ambiente di lavoro, la comunità territoriale.

### **Setting scolastico**

I programmi si inquadrano nella cornice di “Scuole che promuovono Salute” e utilizzano metodologie di intervento su:

- il contesto scolastico
- la caratterizzazione dei *curricula* didattici
- l'educazione tra pari
- l'organizzazione di laboratori espressivi

Il tema dei consumi alcolici dei giovani viene compreso nei programmi sugli stili di vita (alimentazione, alcol, fumo, attività fisica) con alcune azioni sperimentali sul consumo di altre sostanze stupefacenti e sui comportamenti di gioco patologico.

Per il coordinamento didattico/scientifico di questi programmi la Regione si affida al Centro Regionale “Luoghi di Prevenzione” sito a Reggio Emilia (collaborazione con LILT RE).

### **Setting ambienti di lavoro**

Il punto centrale di riferimento è quello di considerare il *setting* lavorativo come particolarmente idoneo per interventi di promozione della salute e sicurezza dei lavoratori in un'ottica più ampia rispetto al semplice adempimento di obblighi di sorveglianza.

### **Setting di comunità**

Indichiamo qui gli interventi che si rivolgono ai cittadini in generale, ai frequentatori dei luoghi di divertimento, ai guidatori di autoveicoli.

Popolazione generale: numerosi interventi pubblici vengono ogni anno organizzati nelle diverse AUSL per il mese di Aprile su tematiche di volta in volta diverse: il bere giovanile, il bere delle donne, il bere degli anziani, il benessere collegato all'attività fisica, i concorsi espressivi sulla tematica dell'alcol (racconti, canzoni, video realizzati da cittadini giovani e meno giovani).

Luoghi del divertimento: nei territori della Regione sono attivi n°24 Servizi di prossimità gestiti in collaborazione con gli Enti Locali e il Terzo Settore. Si tratta di interventi educativi di strada con l'offerta di materiali informativi sulle diverse sostanze, misurazioni del tasso alcolemico, offerta di spazi e momenti di decompressione anche all'interno di grandi eventi, quali i concerti.

Guida sicura: in applicazione dell'art. 6 della L. 125, ogni Commissione Medica Locale per le patenti della Regione Emilia Romagna è integrata con la figura dell'alcolologo quando sono sottoposti a visita conducenti che hanno violato l'art. 186 del Codice della Strada. Inoltre ogni AUSL organizza corsi infoeducativi di gruppo per questi guidatori che hanno l'obbligo di produrre alla Commissione Medica il certificato che attesta la loro frequenza. Circa 4500 guidatori in tutta la Regione hanno frequentato i corsi nell'anno.

## REGIONE TOSCANA

Nel corso del 2014 è proseguita l'azione formativa del personale degli esercizi commerciali, bar, discoteche etc. che vendono e somministrano bevande alcoliche; la promozione di bevande analcoliche (a costo zero o a costo limitato) nei luoghi di aggregazione giovanile quali feste, manifestazioni sportive, musicali etc.; accordi con le associazioni di categoria per promuovere la vendita di bevande analcoliche nei locali di divertimento giovanile anche attraverso l'abolizione dei biglietti di ingresso che comprendono la consumazione alcolica; accordi con le associazioni di categoria che prevedano l'apposizione di idonei cartelli che evidenzino sia i rischi dovuti all'uso e abuso di alcol sia i contenuti alcolici delle bevande destinate ai minori quali quelle denominate *alcol pop*.

Numerose sono state le iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati e sulle dipendenze in senso più lato in linea con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale.

I competenti Servizi Alcolologici, con la collaborazione del Centro Alcolologico Regionale (CAR) hanno altresì attivato/proseguito le seguenti **azioni progettuali**:

- Progetto “*Non farti imbottigliare*”: incontri informativi con studenti delle classi 2 e 3 delle scuole medie inferiori;
- Progetto di prevenzione territoriale all'interno delle scuole medie inferiori e superiori “*Imparare a stare in salute*”, in collaborazione con l'unità funzionale consultoriale UO Educazione alla salute Bioetica, fornendo consulenza specialistica agli insegnanti o incontrando i genitori;
- Progetto “*Contaci*” rivolto agli studenti dell'istituto ITIS di San Giovanni Valdarno, per la prevenzione del consumo di alcol e altre sostanze di abuso;
- Progetto “*Caschiamoci*” in continuità con il precedente progetto “*Alcol, Droga e Guida*”;
- Progetto “*Operativa di Strada*”.

### **Interventi, programmi e progetti di prevenzione e sensibilizzazione rivolti a:**

- Settori professionali coinvolti nella prevenzione e cura delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate (MMG, pediatri, neuropsichiatri infantili, operatori sanitari, pronto soccorso, ecc.);
- Terzo settore particolarmente coinvolto nella prevenzione delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate;
- *Target* di fasce della popolazione maggiormente a rischio (soprattutto giovani, adolescenti, pre-adolescenti, donne in gravidanza, detenuti, neopatentati) con la collaborazione di altre Agenzie formative (Università, Agenzia Regionale della Formazione, formazioni aziendali come Careggi-Firenze, Empoli, Pistoia, Lucca, scuole guida, ecc.), Amministrazioni comunali, Enti o Associazioni (ACAT, Misericordia), esercizi commerciali (bar, pub, ecc.) e sportivi presenti sul territorio;
- Scuole medie inferiori e nelle scuole secondarie di II grado;
- Incontri di informazione e formazione rivolto agli insegnanti e genitori;
- Utenti inviati dalla CML per rinnovo patenti;
- Nei locali di divertimento giovanile al fine di indirizzarli a un consumo di bevande alcoliche a basso rischio;
- Gruppi educativo-motivazionali, momenti di incontro e discussione rivolti alla popolazione generale e agli utenti del Servizio per l'informazione e l'educazione sui danni

alcol-correlati organizzati in collaborazione con Associazioni di volontariato presenti sul territorio;

- Realizzazione di materiale informativo sul tema *Alcol e Guida* e corsi di sensibilizzazione per i giovani che acquisiscono il patentino del ciclomotore;
- Partecipazione ai Gruppi territoriali di familiari e conoscenti con lo scopo di ampliare la conoscenza e la diffusione dei problemi e delle patologie alcol-correlate;
- Collaborazione con le Prefetture e l'ufficio di Esecuzione Penale Esterna;
- Collaborazione con gli Istituti Alberghieri per la realizzazione di iniziative volte alla promozione dei *drink alcol free*;
- Implementazione della comunicazione attraverso i *social network* tramite la diffusione del progetto nazionale *Social Net Skills*;
- Diffusione dei programmi di *life skills* nelle scuole medie inferiori in collaborazione con le UUOO di Educazione e Promozione della Salute.

**Tali azioni e progetti hanno consentito la realizzazione sul territorio regionale di:**

- Programmi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie di I e II grado in collaborazione con i C.I.C.
- Partecipazione ai gruppi territoriali di familiari e conoscenti con lo scopo di ampliare la conoscenza e la diffusione dei problemi e delle patologie alcol-correlate.
- Interventi di sensibilizzazione rivolti a Settori sociali particolarmente coinvolti nella prevenzione delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate, come Misericordia, Protezione Civile, (Progetto “*Da volontari del soccorso a promotori di salute nelle comunità: incidenti stradali, sballo e alcol*”) ecc.
- *Screening* specifici per la raccolta dei dati epidemiologici per la familiarità per dipendenze e malattie mentali.
- Organizzazione mostre ed eventi culturali nelle città e nei luoghi di aggregazione giovanile (concerti, *rockcontest*, feste tradizionali, mostre).
- Interventi di sensibilizzazione ai rischi alcol correlati all'interno delle manifestazioni culturali e sportive (Giostra del Saracino, Arezzo Herat Village e Arezzo wave).
- Momenti di incontro e discussione rivolti alla popolazione generale per l'informazione e l'educazione sui danni alcol-correlati, organizzati in collaborazione con Associazioni di Volontariato presenti sul territorio e le Associazioni sportive.
- Sensibilizzazione e prevenzione in zone a rischio e sui soggetti segnalati dalla Prefettura.
- Interventi di educazione e sensibilizzazione presso le Strutture carcerarie della regione.
- Interventi di sensibilizzazione rivolti a Settori professionali particolarmente coinvolti nella prevenzione e cura delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate (MMG, pediatri, neuropsichiatri infantili, operatori sanitari, pronto soccorso, ecc.)
- Azioni di sensibilizzazione indirizzate verso *target* di fasce della popolazione maggiormente a rischio (soprattutto giovani, adolescenti, pre-adolescenti, donne in gravidanza, detenuti, neopatentati) con la collaborazione di altre Agenzie formative (Università, Agenzia Regionale della Formazione, formazioni aziendali come Careggi-Firenze, Empoli, Pistoia, Lucca, scuole guida, ecc.), Amministrazioni comunali, Enti o Associazioni (ACAT, Misericordia), esercizi commerciali (bar, pub, ecc.) e sportivi presenti sul territorio.
- Gruppi di sensibilizzazione rivolti a utenti inviati dalla CML per rinnovo patenti.
- Gruppi educativo-motivazionali rivolti alla popolazione generale e agli utenti del servizio.
- Realizzazione e diffusione di materiale informativo (tradotto anche in altre lingue) diretto alla popolazione generale.

- Realizzazione di materiale informativo sul tema delle conseguenze dell'alcol sulla guida, sul lavoro e durante la gravidanza.
- Articoli informativi su stampa locale.
- Collaborazione ai siti "*Sostanze.info*" e "*Youngle*".
- Collaborazione al progetto "*Non uno di meno*".
- Collaborazione e attività nel comitato "*Non la bevo*" [www.nonlabevo.org](http://www.nonlabevo.org) (Festival della salute 2014 svoltosi a Viareggio).
- Progetto CCM 2011 "*Social Net Skills*" e progetto CCM 2012 sul tabagismo e stili di vita.
- Campagna di prevenzione "*Ricreazione in via di estinzione 2014*".

## REGIONE UMBRIA

In questi ultimi anni è stata definita a livello regionale l'organizzazione delle attività di educazione e promozione della salute, con l'obiettivo di superare la frammentazione degli interventi precedentemente registrata. E' stata quindi costituita presso ciascuna ASL la "*Rete della promozione della salute*", che include anche referenti dei Servizi di Alcolologia ed è coordinata da una figura professionale specificamente individuata.

Questo assetto organizzativo è stato ulteriormente puntualizzato con la DGR n. 805 del 30/6/2014, "*Linee di indirizzo per la costituzione delle Reti aziendali dei Servizi per la promozione della salute*".

Inoltre è stato siglato un Protocollo di collaborazione tra la Regione Umbria e l'Ufficio scolastico regionale, per favorire la realizzazione di iniziative di educazione e promozione della salute nelle scuole; a questo sono seguiti a cascata protocolli di livello locale, che hanno coinvolto oltre alle Istituzioni scolastiche anche i Comuni, il Privato sociale, ed altre realtà rilevanti nei territori.

Sulla base di quanto stabilito, e all'interno di tali cornici organizzative, sono state realizzate attività co-progettate, ed in particolare attività con gli insegnanti di Scuole di vario ordine e grado, secondo le metodologie dell'educazione socio-affettiva, delle *life skills* e della *Peer education*. Merita particolare menzione la realizzazione di momenti formativi intensivi attraverso *campus* residenziali, seguiti da attività nelle Scuole condotte dagli insegnanti e dai *peers*, con il supporto e la supervisione degli operatori.

Sono state affiancate iniziative di informazione e prevenzione in contesti extra-scolastici, in particolare società sportive, attivazione di iniziative e sportelli di ascolto sui problemi alcol correlati in contesti di comunità locale (circostrizioni, carceri, ecc.). Attività volte alla prevenzione e riduzione dei rischi in occasione di feste locali, eventi musicali, ecc.

Iniziative particolari di prevenzione alcolologica, diffuse in tutto il territorio regionale, sono infine state realizzate nel mese di aprile.

Infine, sono proseguite le attività del progetto nazionale "*Social Net Skills*" del CCM, per il quale è capofila la Regione Toscana e al quale la Regione Umbria ha aderito come unità operativa e che hanno comportato per il 2014 l'attivazione di spazi di ascolto tra pari su spazi specifici sui *social network (facebook)*, condotti da un gruppo di *peer* con il sostegno e la supervisione di un gruppo di operatori sanitari e sociali e riguardanti temi inerenti, in senso ampio, la salute, compresi i problemi connessi all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali.

## REGIONE MARCHE

Nella Regione Marche il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, prorogato per il 2013, e la DGRM 1434 del 22/12/2014 “*Recepimento Intesa Stato - Regioni e Province autonome del 13 novembre 2014 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018*” rappresentano le cornici organizzative ed istituzionali in cui si collocano le iniziative di carattere informativo, preventivo ed educativo attuate rispetto ai danni correlati all’uso di alcol.

Dal punto di vista operativo, numerose e diversificate sono state le iniziative adottate e realizzate, nel corso del 2014, dai DDP. Le varie iniziative sono riconducibili a tre principali strategie di azione:

- realizzazione di progetti specifici, gran parte dei quali avviati negli anni precedenti;
- attività di informazione e prevenzione attraverso Servizi strutturati ed attivi da diversi anni all’interno dei Dipartimenti (CIC-Centri di Informazione e Consulenza, Servizi di Unità di Strada, Gruppi di sensibilizzazione nei carceri e gruppi di sensibilizzazione per soggetti segnalati e sanzionati dalla Prefettura ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. n. 309/90);
- partecipazione ad eventi ed iniziative promosse dalle varie Istituzioni sui territori da parte dei professionisti dei Dipartimenti in qualità di esperti del settore.

Nel 2014, in un’ottica di prevenzione universale, l’ambito privilegiato delle iniziative è stato quello scolastico, tuttavia molti progetti hanno attuato interventi di tipo trasversale coinvolgendo oltre al mondo della scuola, i luoghi del divertimento e del tempo libero, il settore del lavoro, della guida sicura, gli istituti penitenziari, la cittadinanza e le istituzioni socio sanitarie.

I principali destinatari, intermedi e finali, sono stati i giovani e gli adulti della comunità educante, in particolare: studenti, genitori, insegnanti, dirigenti scolastici, personale ATA degli istituti secondari di primo e secondo grado, giovani in prossimità del conseguimento del patentino di guida, istruttori delle scuole guida, educatori, gestori dei locali e dei luoghi del divertimento, forze dell’ordine ed addetti alla sicurezza, detenuti e personale dei carceri, giovani lavoratori, categorie di lavoratori comportanti rischio di infortuni sul lavoro, professionisti sanitari, la cittadinanza in generale e le donne.

Per la realizzazione delle varie iniziative sono stati utilizzati i fondi regionali per il contrasto delle dipendenze e/o le risorse economiche dei *budget* dipartimentali dell’ASUR e significativo è stato il ruolo del Privato Sociale Accreditato; importante, in alcuni casi, il partenariato con gli Enti Locali (Comuni, Province), di settore (Camera di Commercio, Associazione delle Belle Arti, MMG) ed anche delle ditte private.

Promozione della salute, prevenzione primaria, sensibilizzazione ed informazione sui rischi per la salute determinati dall’uso/abuso di sostanze psicoattive in genere e dell’etile in particolare, sono stati gli obiettivi primari perseguiti dalle varie iniziative attraverso azioni di:

- creazione di reti secondo un approccio sistemico (individuo, famiglia, scuola, comunità);
- formazione degli adulti di riferimento (insegnanti per progettualità intercurriculari, formatori delle scuole guida, gestori dei locali del divertimento);
- potenziamento delle *life-skill*;
- potenziamento delle abilità comportamentali e sociali considerate protettive;
- promozione delle capacità espressive e comunicative della popolazione giovanile;

- conoscenza dei Servizi.

Rispetto alle modalità operative sono state utilizzate tecniche di tipo interattivo, quali *role playing*, drammatizzazione, libera discussione, animazione e maieutica. Sono stati inoltre utilizzati materiali didattici interattivi, proiettati film, distribuiti etilometri, materiali informativi, *gadget* e somministrati questionari.

Tutte le iniziative hanno previsto una fase di verifica, valutazione e restituzione dei materiali. Alcune progettualità hanno prodotto, da parte degli attori coinvolti, materiali video, film, opuscoli e guide informative.

## REGIONE LAZIO

Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL) ha attuato le seguenti iniziative nell'anno 2014:

- 4 ore dedicate alla dipendenza da alcol e tabacco nel secondo semestre del Corso di Laurea in Medicina;
- un seminario rivolto alle studentesse di ostetricia sulla Sindrome Feto Alcolica;
- un seminario sull'alcol per gli studenti del VI anno di Medicina dell'Università "La Sapienza";
- 0,5 Crediti Formativi per studenti di Medicina mediante un corso Monografico sull'alcol;
- due corsi di formazione sulla FASD volti a informare/sensibilizzare ginecologi, ostetriche, pediatri e medici in generale sulla Sindrome Feto Alcolica;
- stipula di una Convenzione con l'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio;
- stipula di una Convenzione con la ASL RMD per la diffusione dell'informazione e gli interventi sui bambini con FASD;
- ECM sui problemi e patologie alcol correlate volto agli Assistenti Sociali del Lazio;
- ECM sulla FASD rivolto agli operatori della ASL RMD.

Sul territorio della Regione Lazio sono state, inoltre, intraprese le seguenti iniziative:

- collaborazione con le scuole alcolologiche di I livello della Associazione territoriale dei CAT per la formazione degli utenti e delle loro famiglie (ASL RMH);
- educazione sanitaria sui danni alcol correlati a livello di scuola media superiore, gruppi di genitori, utenti del Ser.T (ASL RMD);
- informazione e prevenzione presso Istituti scolastici del territorio (studenti, insegnanti e genitori), consultori ASL RMG, collaborazione con il Comune di Tivoli -Piano di zona- (ASL RMG);
- informazione sulla Prevenzione dei Rischi attuata dalle Unità di strada del VIII Municipio (ASL RMB);
- interventi preventivi negli Istituti scolastici di secondo grado del distretto D rivolti a studenti e docenti. Attività di ascolto dello sportello CIC rivolto a studenti, docenti, genitori e personale ATA, Seminari di formazione per docenti scuole medie superiori (Cassino-Frosinone);
- Incontri programmatici con la Regione Lazio e l'ASP Lazio. Nomina di formatori locali e svolgimento dei corsi di formazione regionali. Organizzazione e costituzione del Gruppo di Lavoro Locale (GLA). Organizzazione di Corsi di formazione per insegnanti. Incontri di sensibilizzazione sul territorio e corsi di formazione specifici tra cui "progetto ALCOL:IO BEVO TU MANGI" in collaborazione con la Prefettura di Viterbo. "Progetto di agricoltura sociale contro droga e alcol". "Progetto se bevi...fatti guidare" in collaborazione con la Croce Rossa Italiana. Convegno Regionale SITD del 29/05/2014. Apertura Centro diurno Ser.T. Interventi nelle scuole già in atto nell'precedente anno

- scolastico. Laboratori tematici nelle scuole. Progetto “Unplugged” AA 2013/14 e 2014/15. Sito internet [www.arca-alcot.it](http://www.arca-alcot.it). Pagina facebook per promozione Gruppi di Auto Mutuo Aiuto per alcolisti e gioco d’azzardo di Viterbo e Tarquinia. (Viterbo);
- Informazione sui danni derivanti dall’abuso di alcol fornite ai pazienti durante la prima visita e le successive. Affissione di poster e locandine. (ASL RMA).

## **REGIONE ABRUZZO**

Come è noto la Scuola risulta essere ambiente d’elezione per attivare con successo politiche volte a promuovere il benessere. Infatti nel corso del 2014, come negli anni precedenti, i Servizi operanti in Abruzzo hanno svolto una intensa attività di sensibilizzazione all’interno degli istituti scolastici.

In occasione del mese della prevenzione alcolologica, è stata realizzata una campagna informativa circa i rischi legati all’uso delle bevande alcoliche, che si è articolata in più eventi.

Al fine di contribuire alla diffusione della cultura della sicurezza alla guida e promuovere un comportamento di sobrietà è stata ripetuta l’iniziativa della distribuzione di pieghevoli, in continuità con il Progetto Regionale, sovvenzionato dal Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, “*Sobri alla guida*” iniziato tre anni fa. Tali pieghevoli hanno illustrato con vignette gli effetti dell’alcol alla guida e sono stati distribuiti nei principali punti di erogazione di prestazioni sanitarie.

Nel territorio della Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti, coincidente con l’intero ambito provinciale, è avvenuta la partecipazione al progetto regionale “*Guida senza Alcol*” con il seguente obiettivo generale: “*Prevenzione di comportamenti di guida a rischio e riduzione degli incidenti stradali e del loro impatto sulla persone*”.

## **REGIONE MOLISE**

Le attività che hanno impegnato i Servizi per le Tossicodipendenze al fine di facilitare la diffusione della conoscenza in merito alle problematiche legate all’uso dell’alcol sono le seguenti:

- Informazione e sensibilizzazione sulle vecchie e nuove dipendenze con particolare riferimento alle problematiche alcol-correlate e al gioco d’azzardo (GAP), rivolto agli studenti delle scuole superiori di Campobasso e promosso dall’Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM;
- “*Alcol Prevention Day*” rivolto a tutta la popolazione e promossa dalla ARCAT Molise;
- “Mese della prevenzione alcolologica” rivolto alla popolazione, alcolisti e famiglie, promossa dalla ARCAT Molise;
- “Interclub sui problemi Alcol correlati” rivolto ad alcolisti e famiglie, promossa dall’Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM – ARCAT Molise e Ser.T.

## **REGIONE CAMPANIA**

Nel corso del 2014 sono state realizzate, dalla rete dei servizi territoriali delle AASSLL, diverse attività in *partnership* con gli Enti Locali, le Forze dell’Ordine, il Terzo Settore,

spesso secondo una logica di ricerca-azione per cui, l'intervento nei diversi contesti del divertimento (nei principali locali della movida cittadina) negli eventi legali sia commerciali che legati ai centri sociali e negli eventi illegali è intimamente associato all'osservazione e ricerca sul campo dei modelli di consumo a rischio operando un continuo riadeguamento degli interventi.

## **REGIONE PUGLIA**

La Regione, pur in un contesto di scarse risorse e in quanto amministrazione sottoposta a piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, anche per l'anno 2014 è riuscita a promuovere e realizzare, in collaborazione con le Scuole, elementari, medie inferiori e superiori, interventi di prevenzione rivolti ad alunni, insegnanti e genitori.

Nelle diverse realtà sanitarie locali, in collaborazione con i GIA (Gruppo Interdipartimentale Aziendale) sono stati implementati e sviluppati numerosi progetti di prevenzione contenuti nel Catalogo regionale di Promozione della Salute, in tema di prevenzione dell'abuso alcolico nella popolazione generale, con particolare riguardo alla fascia giovanile.

## **REGIONE BASILICATA**

Ex ASL 3 Lagonegro

- piano di comunicazione rivolto ai giovani "*Bevi la vita*";
- serate della controtendenza;
- giornate di iniziative di prevenzione nell'ambito del mese di prevenzione alcolologica in diversi Comuni e con la collaborazione del Volontariato di settore.

Ex-ASL 2 Villa d'Agri:

- attuazione progetti di informazione, prevenzione ed educazione sui danni correlati dell'alcolismo organizzati dal Ser.T. di Villa d'Agri con gli Istituti Scolastici presenti nel territorio di competenza;
- incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all'alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza del Ser.T. di Villa d'Agri.

Ex ASL 1 Venosa:

- attività di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcol correlati nelle Scuole superiori del territorio.

Ex ASL 2 Potenza:

- **SCUOLA = CULTURA + SALUTE**. I Ser.T. aziendali con le proprie risorse umane hanno realizzato nelle Scuole medie superiori ed inferiori interventi di prevenzione con i gruppi classe e con i docenti. Per la gestione degli interventi le tecniche utilizzate sono state quelle tipiche della pedagogia di stampo attivo: il *brainstorming*, il *role playing*, la simulazione, il lavoro in piccoli gruppi e successivamente collegiale. Si è utilizzato

materiale audiovisivo quali *spot* pubblicitari, *videoclip*, frammenti di film sul tema alcol e inoltre gli etilometri portatili professionali e gli occhiali Alcolvista (per simulare gli effetti dell'alcol);

- giornate di iniziative di prevenzione nell'ambito del mese di prevenzione alcolologica in diversi Comuni e con la collaborazione del Volontariato di settore;
- incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all'alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza aziendale;
- attività di prevenzione territoriale, nei contesti di aggregazione giovanile, in collaborazione con la Cooperativa ISKRA: produzione di *videoclip*, *siti web* [Avvit@menti](mailto:Avvit@menti) e [PeerPotenza.it](http://PeerPotenza.it), realizzazione di eventi *alcol-free*, laboratori di creatività, *flash-mob*, attività di *peer-education*;
- incontri con la Direzione della Casa Circondariale di Potenza, rappresentanti della Polizia Penitenziaria e con l'Area Educativa della stessa Casa Circondariale finalizzati alla sensibilizzazione alle problematiche alcol-correlate. A seguito di tali incontri, la Direzione della Casa Circondariale ha disposto il divieto di acquisto di bevande alcoliche da parte dei detenuti.
- Nell'ambito del Progetto di Diagnosi Precoce, promosso dal Dipartimento Politiche Antidroghie, è stato realizzato un piano di comunicazione, con l'invio di manifesti e flyer per la campagna di prevenzione sulle sostanze d'abuso. I punti interessati sono stati 397 tra Scuole, ambulatori di medicina generale e pediatri, distretti sanitari, poliambulatori, consultori familiari, servizi di neuropsichiatria infantile, studi dentistici, farmacie, servizi sociali comunali, parrocchie, associazioni di volontariato e società sportive.
- Gli interventi di prevenzione rivolti ai genitori e agli insegnanti sono stati realizzati in 14 Istituti Scolastici di cui 10 scuole medie inferiori e 4 scuole medie superiori del territorio dell'ex-ASL 5.

ASL Matera:

- Informazione/sensibilizzazione sui rischi legati al consumo di alcol e sostanze stupefacenti, con particolare riferimento agli effetti sulla guida di autoveicoli, nell'ambito delle attività promosse dalla Consulta Provinciale Sicurezza.
- Prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all'uso di sostanze nelle Scuole secondarie di I e II grado di Matera.
- Realizzazione di interventi di prevenzione universale delle dipendenze in collaborazione con il CEA/Ente Parco della Murgia Materana.
- Attività previste dall'art.6 Legge 30 marzo 2001, n.125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati".
- Evento di sensibilizzazione sui problemi correlati all'uso di bevande alcoliche nell'ambito del progetto "Prevenzione Alcolologica" promosso dall'Azienda Sanitaria locale di Matera.

**REGIONE CALABRIA**

Nel 2014, come negli anni precedenti, in tutto il territorio regionale si sono realizzate campagne informative e di sensibilizzazione in merito ai danni alcol correlati, coinvolgendo medici di medicina generale, medici del lavoro, Enti Locali, Istituti Scolastici, Associazioni Sportive e di Volontariato.

Le azioni più significative sono state:

- Utilizzo di “operatori di strada” per avvicinare i giovani nei luoghi di aggregazione e informarli sui rischi legati al consumo di alcol e droghe ;
- Progetti CIC nelle scuole medie superiori, con utilizzo del materiale prodotto dall’Istituto Superiore di Sanità;
- Progetto sperimentale “*Luoghi di prevenzione*”, rivolto ai ragazzi delle Scuole Medie Inferiori, per la prevenzione e sensibilizzazione relativamente ai comportamenti a rischio legati all’uso di alcol e sostanze psicoattive. Le attività sono state realizzate in collaborazione con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e hanno visto il coinvolgimento anche dei ragazzi e delle loro famiglie.

## **REGIONE SICILIA**

In tutte le Aziende Sanitarie provinciali sono state adottate iniziative progettuali rivolte agli studenti delle Scuole dell’obbligo e delle Scuole superiori finalizzate alla prevenzione, educazione e informazione sui danni alcol-correlati.

Sono proseguiti inoltre i progetti già avviati negli anni precedenti.

In molte realtà è proseguita l’attività di *Peer Education* sull’alcol , coerentemente al Piano di Prevenzione Regionale, per la costituzione e formazione di gruppi di *peer educators* nelle scuole medie e superiori per l’effettuazione di incontri di sensibilizzazione, finalizzati alla diffusione di messaggi preventivi dell’abuso/dipendenza da alcol.

In alcune realtà territoriali sono stati avviati progetti specifici per l’informazione riguardante l’offerta terapeutica con il coinvolgimento dei medici di famiglia, le Parrocchie, le associazioni di Volontariato, i genitori di studenti delle Scuole dell’obbligo.

## **REGIONE SARDEGNA**

Allo scopo di favorire informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcol correlati, il Ser.D. si è reso disponibile nell’intraprendere attività di ascolto attivo e consulenza rivolto ai diretti interessati e/o ai loro familiari che necessitassero di approfondimenti sul tema in questione: chiarimenti in merito alla tematica, delucidazioni sugli effetti e sulle conseguenze alcol-correlate.

L’iniziativa si è articolata in attività di *counseling* con uno o più incontri volti ad accogliere domande, dubbi e incertezze sull’argomento.

Inoltre, considerando l’abbassamento dell’età di inizio all’utilizzo delle sostanze alcoliche, all’interno delle scuole secondarie di primo e secondo grado del territorio sono stati attivati interventi di sensibilizzazione rivolti alla prevenzione dell’uso e abuso, di tale sostanza, nonché alla prevenzione di reati e problemi sociali correlati.

Attraverso la collaborazione con l’Assessorato dell’Igiene e Salute della Regione Sardegna, Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastico Provinciale, Servizio di Igiene e Sanità

Pubblica della Asl di riferimento, è stato attivato il programma regionale “*Unplugged*”: programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze, quali alcol, con l'obiettivo di ritardare l'età di iniziazione alla sostanza per evitare la comparsa di una possibile dipendenza.

Inoltre, a seguito della collaborazione con l'Assessorato dell'Igiene e Salute della Regione Sardegna ed il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL di riferimento, è stato attivato il progetto sulla sicurezza stradale “*Sicurvia*”: rivolto agli allievi delle classi 4° e 5° delle scuole secondarie di secondo grado ed agli allievi delle autoscuole frequentanti i corsi di preparazione per il conseguimento della patente di guida.

L'obiettivo del progetto è stato quello di informare i ragazzi rispetto agli effetti dell'alcol alla guida, invitandoli a riflettere sulle possibili conseguenze legate all'uso di tale sostanza. Informandoli sulle sanzioni amministrative ed accessorie e stimolandoli verso comportamenti protettivi.

I ragazzi di un liceo hanno realizzato, nell'ambito di un progetto di prevenzione contro l'abuso di alcol, uno spot “*Meglio una rosa*” che è stato selezionato tra i finalisti della Manifestazione Nazionale “Guadagnare Salute” ed è stato indicato tra i finalisti al Marano Ragazzi Spot Festival 2014.

Con il Convegno il “*Fuoco dentro*” dedicato all'alcolismo, sono state esplorate in maniera multidisciplinare le patologie legate all'alcolismo, percorrendo le tappe attraverso le quali la patologia può insinuarsi, i sintomi, il ruolo dei familiari, le possibilità di cura e riabilitazione.

Alla conclusione dell'incontro è stato presentato il libro scritto dai pazienti che, dopo aver intrapreso un percorso terapeutico riabilitativo presso il Centro per il trattamento dei disturbi psichiatrici alcol correlati del DSMD, “*ce l'hanno fatta*”.

Le testimonianze contenute nel libro, hanno duplice scopo di riflessione per coloro che sono giunti alla fine del percorso terapeutico e di incoraggiamento per chi ancora deve iniziare un cammino di cura.

Il Progetto “*Prevenzione Sardegna.IT*”, programma regionale di prevenzione e diagnosi precoce dell'abuso di droghe e comportamenti, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri D.P.A., si pone come obiettivo principale il coinvolgimento della comunità attraverso una capillare e corretta informazione su: sostanze e loro effetti dannosi, rischi, stili di consumo, conseguenze sanitarie, legali e sociali.

Infatti, la consapevolezza di una sempre più frequente diffusione delle sostanze d'abuso e dell'aumento delle dipendenze comportamentali, di un progressivo abbassamento dell'età di primo contatto con le sostanze e dell'inizio dei comportamenti a rischio, del fatto che passano molti anni tra l'inizio dell'uso di sostanze o dei comportamenti a rischio e la richiesta d'aiuto rende necessario il coinvolgimento della società, famiglia e medici di riferimento in primis, perché i ragazzi non siano lasciati soli, nell'indifferenza generale, nei momenti di maggiore debolezza quale è la fase adolescenziale e giovanile.

Durante il carnevale nel nord Sardegna la ASL lancia un appello: “*Godetevi il Carnevale, ma responsabilmente. Il divertimento non si deve trovare nell'alcol*” e un appello particolare viene rivolto ai genitori affinché vigilino maggiormente sui propri figli e anche ai commercianti che devono rispettare la legge non somministrando alcolici ai minori di 18 anni. Infatti il fenomeno dell'accesso all'alcol è precocissimo in quanto circa il 18-20% dei giovani proprio durante questi festeggiamenti inizia a bere a 11 anni; ricorrendo perciò all'intervento del Pronto soccorso dopo aver assunto dosi eccessive di alcolici.

### **6.3. Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto**

#### **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Nel corso dell'anno 2014 sono stati effettuati diversi corsi in materia di alcol, tra i quali si cita *“Alcologia 2014: l'intervento clinico nell'Alcolismo e nei problemi alcolcorrelati”*.

#### **REGIONE PIEMONTE**

##### **AZIENDE SANITARIE LOCALI**

ASL TO2

- È proseguito anche per il 2014 il percorso formativo e di supervisione rivolto agli operatori del Servizio di Alcologia.

- Formazione per l'accoglienza e il trattamento dei pazienti stranieri, comunitari ed extra comunitari. Collaborazione con Agenzie formative specializzate del territorio.

#### ASL TO3

- Gruppo di lavoro su incidenti stradali nell'ambito delle attività previste dal progetto regionale "*Attività di sorveglianza incidenti stradali*".
- Prosecuzione del progetto formativo aziendale: "*Early alcohol screening e intervento breve*", Identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e intervento breve. Il risultato atteso è quello di implementare lo *screening* alcologico e l'intervento breve nel lavoro clinico quotidiano dei MMG e degli operatori sanitari.
- Partecipazione lavoro di sperimentazione ambulatoriale sul farmaco Acamprosato (Campral®) in collaborazione con l'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino.

#### ASL TO4

- si è svolto nel 2014 un percorso dipartimentale di riflessione e approfondimento sul tema della Crisi come contesto e cornice di riferimento che ha coinvolto gli ambulatori alcologici, le strutture residenziali del privato sociale operanti nel territorio ed i gruppi del volontariato (ACAT e AA). Dal percorso è scaturita la Giornata di studio "*Operare in ambito alcologico nel contesto della crisi*".

Nel percorso si sono sviluppate due parti:

- 1) La condizione generalizzata di crisi socioeconomica, precarizzazione, instabilità e incertezza di prospettive negli aspetti concreti della vita quotidiana.

Il clima generale e la sua influenza "depressiva", i rischi di stagnazione nella progettualità: influssi del clima sociale nelle dinamiche interpersonali e nei contesti socio-familiari di vita.

Come declinare il sostegno motivazionale a intraprendere e proseguire percorsi di cura e inserimento, come declinare il cambiamento in una fase che da un lato richiede di cambiare e dall'altro offre scarse possibilità in questo senso.

- 2) Le azioni di risposta alla crisi e nella crisi: valorizzazione delle esperienze costruttive ed adattive che sono messe in campo, dagli operatori, dalle strutture e a volte proprio da persone che hanno storie di vita difficili, recuperando risorse di flessibilità e creatività.

La funzione degli operatori, la visione, la risonanza interna e il modo di costruire la relazione d'aiuto per stimolare e sostenere le risorse nel paziente.

#### ASL AL

- Ciclo di iniziative formative presentate come piano formativo aziendale per il 2014 rivolte al personale Ser.D e Salute Mentale, su temi inerenti la gestione del paziente alcologico in doppia diagnosi ed in Carcere.

#### ASL BI

- Continua la formazione rivolta agli operatori dei vari Servizi rispetto alla gestione del paziente alcolista. In particolare gli operatori del Ser.T. di Biella e di Cossato hanno partecipato a specifici corsi dedicati alla valutazione del profilo motivazionale del paziente alcolista tramite l'utilizzo del questionario MAC2-A.
- Prosegue l'attività formativa per favorire il processo di presa in carico integrata tra i diversi Servizi che si occupano del paziente alcolista.

#### ASL CN1

- Corso di formazione sul campo del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze orientata alla definizione di un PDTA diagnostico per la valutazione/diagnosi dei disturbi da uso di alcol.

#### ASL CN2

- Corso di formazione del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ai propri operatori con una sezione dedicata ai problemi alcolologici nell'ambito del progetto formativo "*L'équipe come strumento di formazione professionale e revisione clinica*".

#### ASL NO

Programma Europeo *UNPLUGGED*.

#### ASL VC

Corso di formazione alcolologica: incontri congiunti tra personale SerT, Psichiatria, Psicologia e Neuropsichiatria Infantile, su tematiche alcolologiche.

#### ASL VCO

- Convegno residenziale: "Interventi di prevenzione nei contesti del divertimento: confronto tra realtà e sguardi metodologici" il 27-11-2014.

- Incontri di informazione-sensibilizzazione rivolti ai MMG nei tre distretti Sanitari dell'ASL sul tema "Alcol e Gravidanza".

#### ASL AT

a) formazione ed aggiornamento programma europeo "*Unplugged*" gruppo Prevenzione

b) formazione sulla *Media Education* e Promozione salute-progetto *Steadycam*

#### PRESIDIO OSPEDALIERO RIABILITATIVO

- Presidio Ospedaliero Riabilitativo "Beata Vergine Consolata" Fatebenefratelli: Corsi mensili di formazione e di aggiornamento in ambito alcolologico ai propri operatori.

Attivazione di un corso di formazione full immersion in "Interventi di Riabilitazione Alcolologica", il corso prevede la partecipazione diretta del discente all'attività clinica dell'Unità Operativa per un'intera settimana lavorativa. Sarà possibile partecipare alle attività riabilitative quotidiane, alle discussioni cliniche, agli interventi psicologici ed educativi etc., ponendo, quindi, quale fondamento formativo principale il lavoro pratico "sul campo".

#### PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

##### *Associazione ALISEO Onlus:*

Seminario di formazione: realizzazione di un piano formativo in collaborazione con il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze TO1 Ovest.

La formazione si è articolata in quattro momenti sui temi:

- Adolescenti e alcol: "Nuove forme di comunicazione e non comunicazione"
- Formazione relativa agli interventi terapeutici sui pazienti gravosi.

#### **REGIONE LOMBARDIA**

La caratteristica principale delle dipendenze è la sua continua trasformazione, provocata dalle molte variabili culturali e sociali che la influenzano. Per stare al passo e contrastare in maniera adeguata tale fenomeno, è necessario offrire una formazione continua agli operatori del settore.

Il Piano di Azione Regionale (P.A.R.) ha previsto una serie di azioni formative a supporto del personale che opera nelle dipendenze, offrendogli degli strumenti per affrontare il problema.

La formazione deve coinvolgere il personale dei diversi settori. Questa collaborazione serve non solo a migliorare la condivisione delle risorse, ma porta a avere un sistema in grado di elaborare un cambiamento culturale tra chi opera dentro e attorno alle dipendenze.

Gli operatori del sistema d'intervento, gli imprenditori, i dirigenti e i lavoratori della rete di offerta/supporto, devono essere sostenuti dalla formazione, per consentire loro di avere una chiave di lettura, una comprensione del problema e delle possibili soluzioni, nei luoghi della vita quotidiana e del lavoro.

Inoltre, la formazione deve entrare nel mondo dello sport, coinvolgendo gli allenatori sul tema del consumo di sostanze legali e illegali affinché lo sport sia sempre più uno stile di vita sano e non solo espressione di prestazioni esasperate.

Lo stesso discorso vale per gli operatori a competenze specifiche, legate a comportamenti di rischio come quelli del sistema penitenziario, il personale dei luoghi del divertimento, gli addetti alle vendite per la gestione di situazioni di acquisto di alcolici da parte di minorenni.

Le iniziative formative e di aggiornamento del problema alcol nel territorio lombardo, sono state rivolte soprattutto al personale docente delle scuole, ai medici di medicina legale, medici della commissione patenti, conduttori di mezzi pubblici e operatori del terzo settore.

L'esempio è fornito dal progetto "*LifeSkills Training Program*" dove è prevista sia la formazione di operatori dei Dipartimenti Dipendenze delle Asl, e conseguentemente, la formazione degli insegnanti che applicheranno le strategie educative/preventive nelle classi.

## **P.A. BOLZANO**

Gli operatori dei Servizi Pubblici e delle Organizzazioni Private Convenzionate che gestiscono ambulatori e comunità riabilitative per alcolodipendenti hanno partecipazione a formazioni mirate, a seminari specialistici, a convegni provinciali, nazionali ed internazionali che hanno permesso di affinare esperienze e competenze volte a garantire la qualità delle prestazioni agli utenti.

Interessanti due formazioni su tematiche "*Rischio clinico*" e "*Prevenzione del burn-out*".

## **P.A. TRENTO**

Nel 2014 sono state organizzate e realizzate due "*Settimane di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcol-correlati e complessi*" e due "*Settimane di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale al ben-essere nella comunità*", atipiche rispetto a quelle tradizionali. Infatti durante queste settimane si sono affrontati temi di più ampio respiro, proponendo riflessioni su argomenti quali la socio-equo sostenibilità, in un percorso sempre connesso alla multidimensionalità del disagio sociale nella Comunità.

Sono state inoltre organizzate e realizzate, da parte dell'APSS, giornate di aggiornamento e corsi specifici per operatori dei Servizi di alcolologia e dei Club degli Alcolisti territoriali.

## **REGIONE VENETO**

Prosegue anche nel 2014 l'attività formativa e di aggiornamento rivolta al personale della Regione Veneto addetto ai trattamenti sanitari e assistenziali, in materia di alcol e problemi alcol correlati.

Il principale apporto è offerto direttamente dalle Aziende Unità Locale Socio Sanitarie che, nella quasi totalità dei casi, sono intervenute nell'organizzazione di attività formative e di aggiornamento, realizzando nel corso dell'anno 160 giornate.

Si tratta di un dato particolarmente importante al quale va aggiunto che, nell'81% dei casi, la partecipazione alle attività formative è aperta ai soggetti della rete dipartimentale (Privato Sociale, C.T., Volontariato, altri servizi Aziende Ulss, altri Enti) favorendo l'integrazione tra le diverse realtà che intervengono in questo settore.

Della realizzazione di tale attività continuano ad occuparsene, in ordine di importanza, le Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (100%), la Regione (71,4%), il Privato Sociale (61,9%); alcuni contributi sono offerti anche dal Ministero della Salute e dalle Società scientifiche.

Andando ad osservare la tipologia delle offerte formative, ci si trova davanti ad un insieme piuttosto diversificato di opportunità che incontrano l'interesse e la partecipazione del personale dei Dipartimenti per le Dipendenze su temi alcolologici proposti a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale.

Diversi Servizi alcolologici dichiarano di proseguire da tempo un'attività di supervisione, spesso su casi clinici. Altre *équipe* si sono concentrate al proprio interno con vari strumenti per migliorare la coesione e l'operatività (ad esempio con la creazione di un set di indicatori di esito e di trattamento al fine di migliorare la qualità del servizio offerto).

Per altri aspetti, come argomenti di carattere generale o temi specifici in ambito alcolologico, continuano ad essere proposti dei momenti di formazione comune ad altre realtà. Ciò avviene per esempio prendendo contatti con i referenti dei gruppi di Auto-Aiuto oppure attraverso la realizzazione in collaborazione con altri Dipartimenti (Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione, ecc.) di incontri e convegni relativi ad attività di tipo preventivo o di cura e gestione integrata dei pazienti.

L'avvicinamento alle tematiche alcolologiche di nuove persone, sia a livello professionale che volontario, avviene attraverso specifiche opportunità formative riproposte ciclicamente; si tratta delle «*Settimane di sensibilizzazione alcolologiche*» e di altre giornate organizzate sulla base dell'approccio Ecologico Sociale.

Altre formazioni condivise sono proposte a livello aziendale per tutto il personale e/o per specifiche categorie professionali.

Un altro argomento di interesse attuale è il lavoro, sia rispetto all'inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate, sia per quanto riguarda gli accertamenti di assenza di alcol dipendenza nei lavori a rischio.

Per quanto riguarda il Progetto regionale «*Alcol, non solo cura ma cultura*», nel corso del 2014 c'è stato un consolidamento del progetto con la realizzazione di numerose iniziative formative. Si tratta di una proposta rivolta all'intero territorio regionale che si propone di attivare un processo culturale di sensibilizzazione sulle problematiche sociosanitarie conseguenti all'abuso di bevande alcoliche, attraverso la modifica degli stili di vita, con azioni informative sulla popolazione e campagne di educazione continua in medicina rivolta agli operatori della salute.

Altre iniziative particolarmente interessanti inerenti problematiche alcol correlate di interesse attuale, riguardano i disturbi del comportamento alimentare oppure riguardano tematiche specifiche e sono volte allo sviluppo di competenze particolari, come ad esempio la gestione di programmi informatici utili al lavoro.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

- Corso di formazione sulle patologie e problematiche alcol correlate in collaborazione con As.Tr.A., maggio 2014;
- Corso aggiornamento agli operatori della Associazione AsTrA su “L'alcolismo secondario” novembre 2014;
- Incontro formativo con personale del Centro Diurno della SC Dipendenza da Sostanze Illegali sulla tematica dell'abuso alcolico nella polidipendenza, febbraio 2014;
- Progetto CCM 2012 “Promozione di stili di vita sani: interventi di sostegno al cambiamento rivolti alle persone con disagio psichico rivolto ad operatori socio-sanitari”, corso di formazione a Trieste aprile 2014 ECM;
- Intervento su “Alcolismo primario e secondario” ad operatori associazione Hyperion aprile 2014;
- Corso ECM su *minimal advice* a personale sanitario ospedaliero, due edizioni: 21 maggio e 22 ottobre 2014;
- Sono stati svolti 2 corsi di 21 ore sulle dipendenze, con particolare riguardo all'alcol, e 2 corsi di 11 ore sulle dipendenze comportamentali, rivolti a tutti gli operatori sociali e sanitari dell'ASS n°3;
- “La gestione da parte dell'operatore dei comportamenti aggressivi e della violenza agita e/o espressa nel contesto della cura” febbraio - marzo 2014;
- Aggiornamento in tema farmacologico dei pazienti con doppia diagnosi, 15 dicembre 2014.

## **REGIONE LIGURIA**

Gli operatori delle strutture alcolologiche partecipano regolarmente a corsi di aggiornamento e a giornate di formazione organizzate all'interno della ASL di appartenenza.

In particolare si sono svolti corsi per il personale dei Servizi di Alcologia inerenti:

- adolescenza: stili di vita e nuove tecnologie;
- interventi integrati con i pazienti alcolisti;
- psicopatologia relazionale della depressione;
- l'organizzazione clinica dei gruppi psicoterapeutici e psicoeducazionali;

In particolare nel 2014 si sono svolti i seguenti corsi per operatori, accreditati ECM

- Clinica dell'alcolismo
- Gestione della qualità, del rischio clinico e della sicurezza del paziente
- A più voci. Immagini, dialoghi, suoni intorno al cibo, corpo e anima

Tra le iniziative adottate all'interno dei NOA per garantire adeguati livelli di formazione, sono stati attivati diversi corsi, tra cui:

- utilizzo di procedure codificate in un Servizio territoriale;
- l'approccio pluriprofessionale al paziente alcolista;
- *mindfulness*: introduzione all'applicazione clinica;

- aggiornamenti in tema di hiv ed epatopatie: corso presso l’Ospedale Galliera di Genova rivolto alla figura dell’infettivologo.

## **REGIONE EMILIA- ROMAGNA**

Per quanto riguarda la formazione in campo alcologico, diverse programmazioni a livello di AUSL prevedono momenti formativi per il personale coinvolto e attività di supervisione per le équipes cliniche.

Ogni Azienda USL della Regione ha nominato un proprio professionista come “*referente alcologico aziendale*”, con il compito di orientare e coordinare su quel territorio le azioni in campo alcologico, sia per ciò che riguarda la cura sia per ciò che riguarda la sensibilizzazione e la formazione.

Una serie di tre seminari tematici, organizzati a livello regionale con la collaborazione del gruppo regionale “Alcol e cura” ha coinvolto i Servizi Alcologici e la loro rete territoriale intorno al tema del paziente con PAC definito diversamente giovane.

Con ciò indicando le situazioni multiproblematiche di pazienti con PAC in età non anziana, ma in condizioni tali da necessitare interventi destinati alla popolazione ultra sessantacinquenne. Questa è stata l'occasione per approfondire i passaggi organizzativi interni all'istituzione sanitaria e sociale, ad es. il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

La collaborazione regionale con “Luoghi di Prevenzione” ha permesso di avere giornate formative sull’approccio transteorico al cambiamento.

## **REGIONE TOSCANA**

In linea con le previsioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato (20012-2015) sono stati realizzati i seguenti corsi di formazione e aggiornamento:

- Progetto “*Formazione sull’Identificazione Precoce e l’intervento Breve per la prevenzione dei problemi e delle patologie alcol correlate nei contesti sanitari primari*” promosso dal Centro Alcologico Regionale e dall’Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Firenze. Coordinamento e gestione amministrativa a cura di FORMAS (Agenzia Regionale per la Formazione).
- Seminari di aggiornamenti previsti nei piani di formazione aziendale e dipartimentale, supervisione interne ai Servizi (Formazione obbligatorio delle U.U. F.F. dei Ser.T, seminario “*Alcol: chimica, biochimica, metabolismo e tossicologia*”, incontri di monitoraggio e aggiornamento dei percorsi aziendali, audit clinici)
- Master di I livello “*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*” dell’Università degli Studi di Firenze coordinato dal Centro Alcologico Regionale Toscano.
- Corsi sulla prevenzione delle ricadute con il metodo MBRP.
- Corsi di Sensibilizzazione ai problemi alcol correlati e complessi (metodologia Hudolin): Arezzo 1-6 dicembre 2014.
- Giornate di aggiornamento promosse dalla Scuola Superiore di Alcolologia.
- Corso monotematico nazionale sulla “*Spiritualità antropologica e problemi alcol-correlati e complessi*” presso il Santuario della Verna.
- Corsi FAD e formazione continua in medicina promossi dalle Aziende Sanitarie Locali.
- Formazione alcologica per i neoassunti.

- Euroconferenza “*Stress, mobbing e problematiche alcol correlate negli ambienti di lavoro*”.
- Seminari, convegni specifici su alcol e guida, alcol e donna, alcol e giovani, alcol e lavoro, prevenzione, problematiche dei disturbi di personalità e comportamenti di abuso e dipendenze.
- Convegno sull’art. 186 CdS in collaborazione con l’Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, il Tribunale di Firenze e l’Associazione Penitenziaria toscana sui lavori di pubblica utilità.
- Razionalizzazione e ottimizzazione dei vari livelli formativi presenti nella Regione Toscana con la collaborazione del CAR, con l’ARS, con Luoghi di Prevenzione (Emilia Romagna), Ministero della Salute.
- Realizzazione e pubblicazione di lavori scientifici con la collaborazione del Centro Alcológico Regionale della Toscana.

## **REGIONE UMBRIA**

La Regione Umbria organizza tutti gli anni corsi di formazione rivolti agli operatori dell’area delle dipendenze, che prevedono la partecipazione anche degli operatori dell’alcologia.

Nel 2014 sono state realizzate attività di formazione sui temi dell’educazione alla salute e prevenzione, che hanno coinvolto gli operatori sociosanitari e docenti delle scuole medie superiori.

E’ stato realizzato inoltre un seminario sull’accesso ai Servizi da parte delle popolazioni immigrate.

Iniziative formative più specifiche sono state realizzate a livello delle singole Aziende USL.

## **REGIONE MARCHE**

Per quanto riguarda la formazione in campo alcológico, nel 2014 la Regione Marche ha aderito al *Progetto nazionale IPiB “Formazione su identificazione precoce e intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell’assistenza sanitaria di base”*. La formazione segue uno standard specifico promosso dall’OMS nell’ambito del progetto Europeo *PHEPA (Primary Health-care European Project on Alcol)* ed è ispirato ai principi della *Evidence Based Prevention*.

Nel 2014 sono stati effettuati diversi incontri organizzativi con tutti i rappresentanti dei Servizi coinvolti a cui hanno preso parte oltre al Centro di Alcologia del STDP di Ancona (con responsabilità scientifica del progetto), il Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, l’Ufficio Promozione Salute dell’ASUR Marche, il Rappresentante dei MMG, il Medico Competente del lavoro. Il progetto avrà inizio nel 2015.

Oltre all’iniziativa di carattere regionale, significativo è stato il numero degli eventi formativi, di carattere multidisciplinare, organizzati sia dai DDP che dalle Strutture private convenzionate-accreditate ed a cui hanno preso parte i professionisti degli stessi sia per quello che riguarda le specifiche tematiche alcológicas che sulle dipendenze in genere. Il personale dei Servizi pubblici ha inoltre partecipato a seminari, e convegni specialistici organizzati a livello locale e nazionale. Le varie iniziative hanno visto il coinvolgimento del personale del Terzo settore, in quanto parte integrante del Sistema dei servizi, ed in alcuni casi anche dei

professionisti operanti nei Settori e Servizi implicati nelle problematiche legate alle dipendenze patologiche.

Tra le varie iniziative specifiche segnaliamo:

- *“Il trattamento Evidence Based in Alcolologia”* giornata di formazione organizzata dal STDP di Civitanova Marche - DDP AV3 tenuta dal Prof. Mauro Ceccanti del Centro di Riferimento alcolologico della Regione Lazio.
- *“Aggiornamento Informativo in tema di Alcol”*, organizzato dalla Casa di Cura Clinica San Giuseppe – Suore Ospedaliere di Ascoli Piceno.
- Nel territorio di riferimento del Servizio di Fossombrone del DDP AV1, sono stati realizzati degli incontri annuali con i MMG delle *équipe* territoriali di competenza, per un percorso di sensibilizzazione e consapevolezza dell’incidenza del problema sul territorio, fornendo strumenti per la individuazione precoce dei comportamenti a rischio, praticabili nel contesto della assistenza sanitaria primaria.
- *“Seminario di base Acudetox”*. Seminario di due giornate, teorico-pratico organizzato dal STDP di Camerino-DDP AV3.

Altri eventi formativi e di aggiornamento di carattere locale e nazionale cui hanno partecipato alcuni operatori marchigiani:

- *“Alcol Prevention day”*, I.S.S.- Istituto Superiore Sanità.
- *“L’intervento clinico nell’alcolismo e nei problemi alcol-correlati”* DDP Dolo.
- *“Let’s start – starting the alcohol reduction therapy”* OCM Comunicazioni.
- *“Profili giuridici e tossicologico forensi della guida sotto l’influenza di alcol, droghe e farmaci”* Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

All’interno del piano formativo ASUR, tre Dipartimenti (AV1 di Pesaro, AV 2 di Ancona, AV 3 di San Benedetto –Ascoli Piceno) hanno inoltre previsto dei momenti formativi organizzati in gruppi di miglioramento e circoli di lettura dal titolo *“Circoli di lettura evidence based practice”*; *“Dipendenza Sana-Dipendenza Patologica”*; *“Le dipendenze da rete”*; *“Circoli di lettura interna accreditati”*; *“Gruppo di miglioramento 2014 per operatori dell’STDP”*; finalizzati all’aggiornamento sui recenti trattamenti farmacologici e psicosociali nelle problematiche di abuso, alcol e nuove droghe, all’approfondimento di articoli scientifici e alla discussione dei casi e dei problemi assistenziali e delle cure.

Infine tutti i Dipartimenti delle Dipendenze, all’interno del piano formativo ASUR, hanno attivato e realizzato percorsi di supervisione clinica e/o organizzativa per il personale dei vari Servizi.

## **REGIONE LAZIO**

- Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, nel 2014, ha promosso l’inserimento dell’alcolologia in corsi di studio ed ha organizzato Convegni, anche ECM.
- ASL RMA ha organizzato un Corso di formazione organizzato dalla Scuola Nazionale Dipendenze, Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- ASL RMD ha organizzato Corsi di aggiornamento agli operatori del Servizio.

- ASL RMG ha organizzato giornate di formazione con informatore farmaceutico ed ha attuato una formazione parziale del personale presso il Centro Alcolologico Regionale.
- Nel territorio di Formia si sono svolti incontri settimanali di *équipe* per discussione di casi clinici e per aggiornamenti.
- A Cassino (Frosinone) si sono svolti Corsi di formazione e aggiornamento.
- A Viterbo sono stati individuati formatori locali e si sono svolti corsi di formazione regionali, punti di incontro per i MMG.

## **REGIONE ABRUZZO**

Nel segnalare le difficoltà tecniche e organizzative di partecipazione a incontri formativi, specie se sono attuati fuori sede, il personale operante nei Servizi alcolologici regionali risulta, comunque, costantemente aggiornato e formato.

Viene condotto, in tutti i Servizi della regione, un autoaggiornamento attraverso riunioni cliniche di tipo organizzativo.

Nel 2014 gli operatori dei Servizi interessati hanno, comunque, partecipato a specifici corsi di aggiornamento e formazione su temi alcolologici e di sicurezza sul lavoro, sia in qualità di discenti che di relatori, alcuni dei quali di seguito elencati:

- 1) corsi di sensibilizzazione;
- 2) corsi info-educativi diretti ai cittadini segnalati in stato di ebbrezza alcolica;
- 3) dipendenti ASL (tutte le professioni).

## **REGIONE MOLISE**

Il personale che opera nell'ambito dell'alcoldipendenza ha avuto la possibilità nell'anno 2014, di partecipare ai vari corsi e/o convegni di aggiornamento professionale sulle attività di competenza e di interesse. In modo specifico:

- Corso di formazione "Alcologia e problematiche sulla tossicodipendenza" rivolto ai Medici di Medicina Generale in formazione promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM;
- Corso di formazione "La complessità neuropatologica dell'addiction" rivolto ai Medici "SIA" promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM.

## **REGIONE CAMPANIA**

La formazione è stata diffusamente realizzata con specifici corsi di formazione (con diverse sezioni di approfondimento tematico).

Costante, da parte di tutti i Ser.T della Regione, è poi la presenza nel circuito degli Istituti Scolastici per l'offerta di interventi di sensibilizzazione e informazione.

Altre importanti iniziative di prevenzione e sensibilizzazione sono state realizzate per quanto concerne la problematica Alcol in alcuni particolari contesti quali: luoghi di lavoro, alcol e guida, etc.

## **REGIONE PUGLIA**

Anche nell'anno 2014 si rileva che le singole realtà aziendali locali hanno sostenuto e incoraggiato percorsi di formazione e aggiornamento del personale, attraverso la partecipazione ai numerosi eventi formativi svoltisi a livello locale, regionale e nazionale.

## **REGIONE BASILICATA**

Ex ASL 3 Lagonegro:

- evento formativo “*Il trattamento dell’Alcolismo nell’ambito del volontariato*”;
- evento formativo “*4° Convegno internazionale di alcologia*”.

Ex ASL 2 Villa d’Angri

Progettazione ed attuazione di diversi seminari di studio (regionali e nazionali) destinati al personale addetto e finalizzati al miglioramento delle conoscenze ed alla diffusione delle buone prassi cliniche e gestionali nel settore operativo delle Dipendenze Patologiche da Alcol.

Ex ASL 1 Venosa

Continua l’attività di supervisione ai medici di continuità assistenziale operanti nel Ser.T di Melfi, per garantire le necessarie informazioni e aggiornamenti.

## **REGIONE CALABRIA**

Il Dipartimento “Tutela della Salute e Politiche Sanitarie” ha organizzato un corso di formazione rivolto agli operatori per le dipendenze patologiche e dell’Unità Alcoliche dei Servizi pubblici e privati accreditati, che si è concretizzato in tre giornate formative, i temi affrontati in plenaria e nei lavori di gruppo sono qui seguito menzionati:

- *Alcol e alcoldipendenza: un approccio integrato*;
- *Il trattamento dei disturbi alcol correlati*;
- *Prevenzione dei disturbi alcol correlati*.

Tutti i professionisti dei Servizi d’alcologia nell’arco dell’anno 2014 hanno partecipato a corsi di formazione ed aggiornamento in materia di alcoldipendenza, organizzati dalle singole AA.SS.PP., con accreditamento Ministeriale E.C.M.

In particolare, è stata data attenzione alla formazione relativa all’Approccio Motivazionale, secondo il metodo Di Clemente, già favorevolmente sperimentato con gli utenti del SerT.

E’ stata inoltre favorita la partecipazione di alcuni operatori a esperienze formative realizzate fuori regione.

## **REGIONE SICILIA**

In quasi tutte le Aziende sono stati effettuati corsi di formazione rivolti al personale operante nei Ser.T. Laddove ciò non è stato possibile per esiguità del budget si è registrata la volontà dei singoli operatori a partecipare a corsi di formazione, a proprie spese.

## **REGIONE SARDEGNA**

Le iniziative attuate con partecipazione a seminari, *workshop* e congressi al fine di soddisfare i livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto, sono state programmate e realizzate nell’ambito del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD)

comprendente CSM e Ser.D. in collaborazione con il Servizio Formazione presente nelle AASSLL.

Il piano di aggiornamento dipartimentale è stato strutturato in modo da fornire una formazione continua e costante del personale addetto, impiegando le risorse professionali e specialistiche presenti all'interno del DSMD.

La suddetta modalità operativa, organizzata in incontri mensili e monotematici, ha consentito la trasmissione delle conoscenze specialistiche proprie di ciascun operatore tra i diversi operatori promuovendo opportunità di apprendimento e di partecipazione attiva, convenevoli al mantenimento di un clima di mutua collaborazione e di un costruttivo confronto.

Inoltre, il personale addetto, ha partecipato alla formazione e supervisione continua per il programma regionale "*Unplugged*", attraverso degli incontri intensivi di tipo interattivo ed esperienziale condotti da formatori accreditati dalla *EU-Dap Faculty Europea*.

Tale programma ha previsto la successiva formazione degli insegnanti favorendo l'informazione, la partecipazione ed il coinvolgimento diretto degli insegnanti come soggetti attivi della formazione rivolta agli allievi.

Si è svolto un corso di aggiornamento in alcologia rivolto a professionisti e volontari che intendono operare nel campo della prevenzione e trattamento dei problemi alcol correlati e complessi. Il corso è rivolto pure a genitori, educatori, amministratori, allenatori sportivi, religiosi, a cittadini impegnati nella Comunità locale, che desiderano acquisire delle conoscenze utili al loro ruolo e/o attività.

Questo corso di sensibilizzazione ha come finalità quella di offrire una formazione di base per operare come *Servitore Insegnante* nei Club Alcologici Territoriali, attraverso l'attivazione di risorse comunitarie che si integrino e cooperino per il miglioramento della qualità della vita.

Inoltre si attuano cicli periodici di formazione intra-aziendale con l'intervento di esperti nelle discipline alcol-correlate.

#### **6.4. Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario**

## AZIENDE SANITARIE LOCALI

### ASL TO1

Collaborazione con il corso di laurea in scienze infermieristiche su specifiche attività di tirocinio e organizzazione attività didattiche in materia di Alcologia.

### ASL TO2

- Continua la partecipazione dei Servizi di Alcologia al disegno di ricerca multicentrico per la sperimentazione ambulatoriale del farmaco Acamprosato (Campral®).
- Prosegue il progetto di ricerca scientifica in collaborazione con il Centro Anti Doping (CAD) “*Luigi Bertinaria*” dell’Ospedale “*San Luigi*” di Orbassano, sulla diagnostica di laboratorio di abuso cronico di alcol ed utilizzo di nuovi biomarcatori.
- *Benchmarking* con SerD extraregionale sulla efficacia dei trattamenti
- Traduzione in italiano del sistema di valutazione diagnostica “M.A.T.E.”

### ASL BI

In collaborazione con l’Università degli Studi di Milano, Facoltà di Biologia, e con l’Università di Camerino, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche e Sanità Pubblica, conduzione di specifiche ricerche su pazienti alcolisti e su nuovi trattamenti farmacologici in ambito alcolico. In particolare, sono stati pubblicati lavori scientifici inerenti da un lato l’assetto immunitario del paziente alcolista con particolare riferimento al ruolo dei trattamenti farmacologici e dall’altro nuovi approcci farmacologici per il trattamento del paziente alcolista.

### ASL CN1

- Collaborazione con il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche per attività di tirocinio all’interno del Dipartimento con attenzione alle problematiche alcoliche.
- Attività di tutoraggio nell’ambito del corso di Medicina Generale per futuri MMG finalizzata alla conoscenza dei servizi e alla appropriatezza degli interventi.

### ASL AT

- UNITO: stage formativi annuali e tutoraggio tirocinanti Educatori
- UNITO: stage formativi annuali e tutoraggio tirocinanti Psicologi
- UNIPiemonte Orientale: stage formativi annuali e tutoraggio Assistenti Sociali

## PRESIDIO OSPEDALIERO RIABILITATIVO

### **Presidio Ospedaliero Riabilitativo “Beata Vergine Consolata” Fatebenefratelli:**

Partecipazione del Presidio Ospedaliero Riabilitativo al disegno di ricerca multicentrico per la sperimentazione ambulatoriale del farmaco Acamprosato (Campral®).

## **REGIONE LOMBARDIA**

Tutte le ASL lombarde, sono coinvolte all’interno del programma di prevenzione selettiva regionale, nello sviluppo di protocolli di ricerca, i cui risultati vengono poi diffusi con apposite pubblicazioni e utilizzati a livello di formazione specialistica universitaria, attraverso corsi di aggiornamento e convegni scientifici.

In particolare i più significativi riguardano la prosecuzione dei progetti: “*HBSC - Health Behaviour School Aged Children*”, “*LST - Life Skills Training Program*” e “*Unplugged*”.

## **P.A. BOLZANO**

L’Università di Verona ha conferito un incarico di docenza a titolo libero-professionale al Responsabile clinico dell'ambulatorio “HANDS–Ser.D” di Bolzano per i corsi di Laurea in “Infermieristica” e “Logopedia”, per le materie “Psichiatria” e “Medicina delle Dipendenze”, presso la Scuola Superiore di Sanità della Provincia di Bolzano “Claudia De Medici”, oltre alla docenza al corso specialistico di psichiatria sociale presso la Scuola provinciale per le professioni sociali di Bolzano “H. Arendt”.

È stato inoltre incaricato di tenere una conferenza su “I corretti stili di vita nell’utenza del Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige”.

Per la valutazione e la chiusura del “Piano per le Dipendenze” del Ser.D di Merano (BZ) il Rettore della Libera Università di Bolzano è stato incaricato a svolgere la supervisione. Da un punto di vista scientifico ha collaborato un professore associato presso l’Università di Bologna.

## **P.A. TRENTO**

Prosecuzione della collaborazione con l’Università per i tirocini e i seminari sui problemi alcol correlati nelle lauree brevi in Scienze Infermieristiche e nei corsi per Assistente Sociale, Educatore Professionale e Tecnico della riabilitazione psichiatrica.

## **REGIONE VENETO**

La collaborazione tra i Servizi di Alcologia e gli Atenei presenti nel Veneto (Padova, Verona e Venezia) e anche fuori Regione, è piuttosto consolidata e riguarda la quasi totalità dei Servizi (95,2%), se si prende in esame le convenzioni in atto per il tutoraggio e la formazione in tirocini pre/post laurea, e/o di specialità per studenti e specializzandi (medici, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari).

Più contenuta, comunque in sensibile aumento, anche la percentuale dei Servizi (61,9%) che nel corso del 2014 ha avviato o prosegue varie attività che prevedono la partecipazione e il coinvolgimento degli Istituti universitari.

Come negli anni precedenti l’ambito delle collaborazioni ha riguardato in particolare:

- docenze e frequenze presso scuole, corsi di laurea e master;
- organizzazione di corsi di formazione e seminari;
- effettuazione di indagini sui fattori che influiscono sull’alcoldipendenza;
- produzione di eventi su problematiche e patologie alcol correlate;
- valutazione di progetti;
- realizzazione di protocolli, ricerche e pubblicazioni.

E’ stata avviata, in via sperimentale per la prima volta in Italia nel 2013, il *training* CMB (*Cognitive Bias Modification*), pertanto nel 2014 è proseguita la collaborazione tra Servizio di

Alcologia, Università e Gruppo di ricerca di Amsterdam che ha portato all'approvazione di un protocollo di *Trial Clinico Randomizzato "TOP training"* per la sperimentazione del *training* per i processi automatici dell'attenzione e di approccio in pazienti alcolisti ambulatoriali.

## **REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

Convenzione con l'Università di Udine – Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, e l'ASS n° 4 "Medio Friuli" per attività epidemiologica e didattica.

Sono state dedicate lezioni sulle problematiche alcol correlate presso la scuola di specializzazione in Neuropsicologia della Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Trieste.

## **REGIONE LIGURIA**

Al fine di promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario, sono presenti all'interno dei Servizi di Alcologia tirocinanti delle Università di diversi Atenei (medici di medicina generale, psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) che vengono seguiti da personale afferente la Struttura in qualità di *tutors* riconosciuti dalle stesse Università.

Recentemente i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze hanno stipulato convenzioni con la Clinica Psichiatrica dell'Università.

Nel 2014 è proseguita la cooperazione costante sia clinica che divulgativa e formativa con l'Alcologia dell'Ospedale San Martino di Genova e con la Società di Alcologia, sulla base del protocollo di ricerca per la diagnosi precoce del tumore al fegato in soggetti con storia di etilismo.

Sono stati fatti approfondimenti sui soggetti in carico alle strutture ospedaliere regionali per motivi correlati al consumo di alcol e tabacco e sono state analizzate le categorie diagnostiche (classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM) che riportano una diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di alcol e tabacco.

Nel 2014 è proseguita l'attività didattica elettiva sulle problematiche alcol correlate nel Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, in collaborazione con gli operatori dei Servizi preposti, prosegue l'analisi dei dati dei soggetti in carico ai NOA finalizzata al monitoraggio e allo studio qualitativo e quantitativo del fenomeno. Annualmente viene predisposta e diffusa relativa reportistica.

## **REGIONE EMILIA ROMAGNA**

Nell'anno 2014 si è svolto un *Master post universitario di primo livello* "Dalla prevenzione alla gestione clinica dei problemi alcol correlati" organizzato dall'Università degli Studi di Modena e Reggio in collaborazione con l'Università di Bologna.

Hanno frequentato il Master diversi professionisti che operano nei Centri Alcolologici della Regione.

In occasione di Aprile mese della Prevenzione Alcolologica, la Regione ha organizzato la giornata di studio "Antiche risorse, nuovi legami" rivolgendola a Docenti e Studenti universitari i quali hanno potuto seguire direttamente sedute aperte di gruppo gestite dalle Associazioni ALCOLISTI ANONIMI, ALANON e CAT.

Da questa esperienza, ritenuta molto interessante per la formazione accademica, è nata la richiesta di approfondimento e formalizzazione della collaborazione tra Regione, Università e Associazioni di auto mutuo aiuto.

## **REGIONE TOSCANA**

- Attivazione anche per l'anno accademico 2013-2014 presso l'Università degli Studi di Firenze del Master di primo livello in "*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*", proposta formativa rivolta agli operatori dei Servizi in grado di offrire alti livelli di formazione specialistica. Le discipline afferenti al Master sono di area medica, psicologica e sociale. Gli studenti provengono dall'intero territorio regionale e nazionale con diverse professionalità (psicologica, medica, infermieristica, sociale) appartenenti al Servizio Sanitario. Ogni anno il Master forma circa 10 operatori. Al Master collaborano come docenti e relatori di tesi operatori dei servizi territoriali.

- Attività di formazione del progetto nazionale CCM "*SOCIAL NET SKILLS*", coordinato dalla Regione Toscana, che comprende sia percorsi di formazione sul mondo 2.0 che di promozione del benessere e della salute a livello territoriale in particolare nei contesti scolastici, sportivi e del divertimento notturno attraverso la metodologia delle *life skills*.

- Collaborazioni con vari atenei universitari nei corsi di laurea e nelle scuole di specializzazione medica (Firenze, Pisa, Siena).

- Accoglienza tirocinanti universitari, collaborazione con università e scuole di specializzazione post universitaria per tesi di laurea e specializzazione.

- Studio naturalistico-osservazionale sulle caratteristiche di stato e di tratto dei figli di alcolisti, in corso presso il Centro di Alcolologia e patologie alcol correlate dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze.

- "*Non- Interventional multi-country prospective cohort study to investigate patterns of use of Selincro and frequency of adverse drug reactions in routine clinical practice*", studio realizzato dal Centro di Alcolologia e Patologie Correlate dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi per Lundbeck.

- Collaborazioni per corsi di formazione e/o aggiornamenti dei Club Alcolologici Territoriali e di Alcolisti Anonimi.

## **REGIONE UMBRIA**

Sono state svolte lezioni su alcol e problemi alcol correlati in particolare all'interno del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche presso l'Università degli Studi di Perugia.

## **REGIONE MARCHE**

Sul territorio della Regione Marche sono state attivate alcune iniziative volte alla promozione della ricerca e della formazione specialistica a livello universitario.

Nello specifico nell'anno 2014 sono state accolte presso i Servizi di Pesaro e Senigallia tre esperienze di tirocinio universitario provenienti dalla facoltà di Psicologia di durata semestrale ciascuna.

Il Servizio di Civitanova Marche ha partecipato alla realizzazione di una ricerca in ambito alcologico che ha portato alla seguente pubblicazione: M.G.L. De Rosa, A. Sanguigni, G. Sanza, *“Alcolismo femminile. Un'analisi fenomenologica e psicologica”*, Franco Angeli, Milano, 2014;

Il Servizio di Senigallia ha svolto un'attività di ricerca in collaborazione con il Centro Studi e Ricerche Josè Bleger di Rimini sui temi che riguardano i rapporti interistituzionali nella gestione di centri di aggregazione giovanile come attività preventiva e gli effetti del trauma individuali e gruppal.

## **REGIONE LAZIO**

Sono previste ore di lezione e seminari nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma, svolte grazie al supporto del Centro di Riferimento Alcologico Regionale.

## **REGIONE ABRUZZO**

Continua, anche nell'anno 2014, la collaborazione con l'Università degli Studi di L'Aquila, Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione Psichiatrica con il Servizio Tossicodipendenze.

Ormai da cinque anni è in atto una fruttuosa collaborazione con il Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, grazie alla quale il Servizio di Chieti accoglie tirocinanti del 2° e 3° anno che vengono sensibilizzati e formati rispetto le problematiche alcol correlate e che ogni anno partecipano attivamente alla campagna informativa che il Servizio attua nell'ambito territoriale della ASL02.

## **REGIONE MOLISE**

Convenzione con l'Università per tirocinio teorico-pratico per Assistenti Sociali, Psicologi e Medici.

## **REGIONE BASILICATA**

Diverse convenzioni con Università italiane sia con finalità di collaborazione per tirocini formativi che di ricerca una per tutte Fondazione Stella Maris di Calambrone di Pisa (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

Partecipazione alle attività di ricerca del CNR-Istituto di Fisiologia Clinica dell'Università di Pisa-Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sociali, Area Ricerca e Scuola di Alta Specializzazione. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri)

Formazione di n. 2 tirocinanti psicologhe. (a.t. ex-ASL 1 Venosa)

## **REGIONE CALABRIA**

Il Dipartimento ha finanziato il **Progetto Dialogos** “*Sistema di rete per la sorveglianza ed il monitoraggio delle sostanze d'abuso nella Provincia di Cosenza*”.

Nel corso del 2014 l'Osservatorio Dipendenze dell'ASP di Cosenza, ha presentato i dati della ricerca relativi al consumo alcolico nelle donne, al “*binge drinker*”, agli interventi di emergenza richiesti, presso l'Auditorium della “Università della Calabria”, nell'ambito del Convegno “*Salute e Dipendenze Di Genere al Sud -Teorie e Buone Prassi Nella Web-Society*”.

A tale iniziativa hanno preso parte le Università di Catanzaro, Bari, Salerno, Bologna e l'Università Cattolica di Milano.

## **REGIONE SARDEGNA**

Collaborazione del Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici alcol correlati con l'Università per l'elaborazione e la realizzazione di progetti di ricerca e prevenzione.

Il responsabile del Centro impartisce lezioni rivolte a medici specializzandi e a studenti universitari.

## **6.5. Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale *no profit***

### **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Prosegue la collaborazione del Ser.D. con i Gruppi di auto-aiuto (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi) che si concretizza nella progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di diverse attività formative.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **AZIENDE SANITARIE LOCALI**

##### **ASL TO1**

Adesione a iniziative di sensibilizzazione e pubblica informazione e coinvolgimento dei soggetti a iniziative di prevenzione territoriali locali o all'interno di progetti in collaborazione con le Associazioni degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi.

##### **ASL TO2 e CN1**

E' costante la convenzione annuale delle ASL con le ACAT territoriali per la realizzazione di interventi di presa in carico ma anche di prevenzione, integrati tra pubblico e privato sociale.

##### **ASL TO3**

Il Servizio di Alcologia ha messo a disposizione del CAT di Beinasco i locali ove riunirsi una sera la settimana e un educatore professionale specificamente formato con funzioni di insegnante. Continua la collaborazione con l'ACAT Valli Pinerolesi.

##### **ASL TO5**

È costante da anni la collaborazione tra le ACAT locali e il Dipartimento Dipendenze. Sono attivi 11 CAT con il contributo di 4 operatori del Dipartimento Dipendenze in qualità di Servitori-Insegnanti.

##### **ASL AL**

Adesione a iniziative di sensibilizzazione e pubblica informazione e coinvolgimento dei soggetti a iniziative di prevenzione territoriali locali o all'interno di progetti. Collaborazione con CAT e AA.

##### **ASL AT**

- Gestione diretta SerT di gruppo di auto-mutuo aiuto Carcere Asti (dal 2011).  
- Collaborazione con Associazione "Dendros" di Canelli per interventi informativi alla popolazione.

##### **ASL BI**

Prosecuzione dei gruppi di auto-mutuo aiuto gestito dal personale interno.

##### **ASL VC**

Collaborazione con CAT.

#### ASL VCO

Costante la collaborazione con ACAT-VCO e AA per la presa in carico delle famiglie degli alcolisti e per la realizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione sul territorio (Scuole alcoliche territoriali di I, II e III modulo).

### **REGIONE LOMBARDIA**

Le attività effettuate nel territorio lombardo dalle ASL, evidenziano un coinvolgimento, in costante aumento, dei diversi attori istituzionali e non, locali e regionali, con particolare attenzione al mondo dell'associazionismo e dell'auto mutuo aiuto al fine di garantire la continuità degli interventi tra i diversi momenti vita della persona, così come indicato dal Piano di Azione Regionale.

E' da rilevare che il livello d'incremento dell'impegno clinico e assistenziale raggiunto in tutte le patologie di servizio e, in particolare, in quelle per il trattamento di persone affette anche da patologia psichiatrica o da patologia correlata all'abuso di alcol o altre sostanze, ha indotto la necessità di aggiornare il sistema remunerativo tariffario delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali già accreditate, in coerenza con la normativa nazionale e regionale.

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

- Sono proseguiti i rapporti di collaborazione dei Servizi Specialistici con le Associazioni Private Convenzionate, con le Cooperative sociali e di lavoro, con le Comunità Comprensoriali, con i gruppi di auto-mutuo aiuto, con il Centro Mediazione Lavoro, deputate all'inserimento lavorativo e abitativo.

- Presenza costante sul territorio è stata l'offerta di gruppi di auto-mutuo aiuto, gruppi informativi e di sostegno per familiari, gruppi specifici a conduzione professionale, colloqui singoli di sostegno non solo con le persone in trattamento presso i Servizi ma anche per quelle che hanno concluso un trattamento di disintossicazione ambulatoriale o residenziale. Questi gruppi sono condotti con frequenza settimanale da operatori specialisti ma anche da volontari con la supervisione di un medico o di uno psicologo.

- Da segnalare l'attivazione di un servizio di accompagnamento abitativo sul territorio di Merano finalizzato a favorire il rapporto del paziente tra abitazione e territorio, tra dimensione personale e sociale.

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

Prosegue da numerosi anni una proficua collaborazione dei Servizi di Alcologia della Provincia con l'Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (APCAT) del Trentino e i gruppi di Alcolisti Anonimi (AA).

### **REGIONE VENETO**

Anche nell'annualità 2014 i Servizi Pubblici Specialistici di Alcologia del Veneto hanno stretto una attiva e fattiva collaborazione con le Associazioni di auto mutuo aiuto e le

Organizzazioni del privato sociale non profit, realizzando iniziative volte al sostegno e alla promozione delle medesime.

L'attività clinica è stata svolta in stretta collaborazione con le Associazioni e con le Comunità terapeutiche, per l'attuazione di programmi sia ambulatoriali sia residenziali. Questa alleanza operativa ha sostenuto tutte le attività dipartimentali, sia in ambito terapeutico-assistenziale che preventivo, secondo una logica di "rete" tra le varie agenzie pubbliche e private che si occupano di problemi alcol correlati (P.A.C.), con l'obiettivo di fornire risposte adeguate alla complessità dei bisogni, sempre in evoluzione, delle persone e delle famiglie.

Il 95% dei Servizi Alcolologici veneti coinvolge direttamente le Associazioni nelle attività del Dipartimento attraverso Comitati dipartimentali formalizzati e con la partecipazione al *Comitato dipartimentale allargato*; il 95% delle Alcologie offre attività formative ed il 71% le sostiene attraverso l'erogazione di contributi economici.

La totalità dei Servizi Alcolologici del Veneto dichiara di interagire sia con gli A.A. che con i C.A.T., seguendo la logica di lavoro in sinergia, coinvolgendo attivamente nei vari specifici momenti le Associazioni presenti nel territorio, anche attraverso la stipula di specifiche convenzioni/accordi.

Gli accordi di collaborazione presentano alcune differenziazioni nelle modalità di realizzazione: per quanto riguarda la condivisione della presa in carico, come per le annualità precedenti, si evidenzia una più marcata alleanza terapeutica con i C.A.T. rispetto agli A.A., mentre non si rilevano delle differenze significative per altri aspetti (quali la consulenza e il monitoraggio dei casi).

Al fine di fornire risposte adeguate alla complessità dei bisogni sempre in evoluzione delle persone e delle famiglie, l'86% delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie stipula con le Associazioni convenzioni e accordi finalizzati a favorirne la diffusione nel territorio della Regione Veneto, il funzionamento e le attività dei gruppi di auto mutuo aiuto.

I Dipartimenti delle Dipendenze del Veneto hanno mantenuto direttamente i contatti con le Associazioni nell'ambito delle iniziative dipartimentali; gli operatori delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie infatti hanno garantito la loro presenza, come relatori o auditori, a numerose occasioni di incontro, di tipo informativo, sui problemi alcol correlati, organizzate sul proprio territorio dalle A.C.A.T. e da A.A. e familiari (Al-Anon, Al-Ateen).

I Servizi pubblici Alcolologici nel 2014 hanno inoltre sostenuto le attività del Privato sociale e del Volontariato attraverso:

- l'organizzazione di incontri e partecipazione a iniziative locali, provinciali e regionali delle ACAT e degli AA;
- incontri di formazione e informazione sulla gestione della persona con "*Problemi alcol correlati*" (P.A.C.);
- incontri periodici con i referenti delle Associazioni di auto mutuo aiuto per la programmazione condivisa delle iniziative;
- richieste dirette ai rappresentanti dei Gruppi di auto mutuo aiuto di presenziare ad incontri di formazione dipartimentali;
- partecipazione di personale pubblico ad incontri organizzati direttamente dai Gruppi A.A., Al-Anon, C.A.T.;

- attuazione di attività preventive in collaborazione col Privato Sociale in occasione del «*Mese di prevenzione alcologica*» e con attività rivolte ai giovani nei luoghi di aggregazione;
- organizzazione di settimane di sensibilizzazione e giornate mensili di formazione su argomenti specifici durante l'intero 2014;
- sostegno, che si concretizza nel 76% dei casi, mettendo a disposizione spazi in Strutture pubbliche per riunioni dei gruppi delle Associazioni di Volontariato e del Privato Sociale;
- stipula di convenzioni (l'86%) con le Associazioni finalizzate alla gestione dei Club nel territorio della Regione Veneto e allo svolgimento di Scuole Alcoliche di 1° e di 2° livello, rivolte alle persone con problemi alcol correlati, alle famiglie ed alla popolazione generale.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

- Convenzione con l'Associazione AsTrA per la gestione di un gruppo appartamento per persone in trattamento prolungato per PPAC dopo trattamento intensivo e stabilizzazione dell'astinenza.
- Contributi alle associazioni AsTrA, ACAT, Hyperion, su attività specifiche relative alla cura dei PPAC in integrazione con le azioni del Servizio.
- Collaborazione con le due ACAT Territoriali (ACAT “Goriziana” e “Basso Isontino”).
- Collaborazione con i gruppi Alcolisti Anonimi.
- Collaborazione con le due ACAT “Carnica” e “Gemonese” e con l'Associazione AA del territorio.
- Il servizio dell'ASS4, in collaborazione con l'Associazione dei Club degli Alcolisti in trattamento, ha organizzato nel mese di giugno 2014 un giornata di promozione sul territorio in occasione di una gara di pesca sportiva a scopo di beneficenza in collaborazione anche con il Comune di Pavia di Udine e la Società di pesca sportiva locale oltre che la squadra di calcio locale.
- Giornate di formazione in collaborazione con l'Associazione Club Alcolisti in Trattamento (ACAT Udinese) e Provincia di Udine sul Disagio Giovanile (nel mese di Aprile 2014)
- Convenzioni tra ASS6 e Associazioni di Volontariato.

## **REGIONE LIGURIA**

Le relazioni tra i N.O.A. e le Associazioni di auto-mutuo aiuto sono consolidate in tutto l'ambito regionale. I NOA hanno attivato una buona rete di collaborazione e coordinamento degli interventi sia con i gruppi di auto-mutuo aiuto, sia con le organizzazioni del Terzo Settore, sia con le strutture del Privato sociale.

In alcuni casi i gruppi CAT sono coordinati da un operatore del NOA, in altri sono stati stipulati accordi con le strutture del Privato sociale per la cogestione di progetti e attività del NOA da parte del personale del Servizio pubblico e privato accreditato.

Si sono consolidati i rapporti di collaborazione tra i NOA e i gruppi di auto-aiuto (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi) concretizzatisi nella progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di alcune attività formative in comune, anche attraverso attività di sensibilizzazione in diverse fiere, sagre, feste e mercati.

Sono stati attuati dei corsi di formazione destinati al Volontariato sociale, per facilitatori di gruppi di auto aiuto rivolti ai genitori di figli con problematiche d'abuso di sostanze, in collaborazione con l'Associazione "Genitori Insieme".

Le collaborazioni con il Terzo Settore nel territorio della ASL5 spezzino riguardano soprattutto la CARITAS Diocesana locale, che ha attivato una struttura di accoglienza per persone con problemi e patologie alcol correlate e senza fissa dimora, che invia con regolarità al Servizio al fine di concordare un trattamento adeguato.

Regolari sono i rapporti con il gruppo di auto mutuo aiuto Alcolisti Anonimi e CAT che è coordinato da un'operatrice del NOA.

Sono stati attivati programmi di cooperazione con l'ARCAT (Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento) in cui si è svolta attività di formazione per i medici di base e per il personale, oltre a un corso di sensibilizzazione per i volontari. Sempre in collaborazione con l'ARCAT, come integrazione della Rete Alcolica con l'Area Penale Esterna, è attivo il progetto "Ripara/Impara" dedicato a individuare alternative socialmente utili alla pena per chi è fermato alla guida in stato di ebbrezza.

I Centri Alcolici hanno implementato la cooperazione con le Associazioni che fanno capo al trattamento dei 12 passi (Alcolisti Anonimi, Alanon, Narcotici Anonimi, Familiari Anonimi, Giocatori Anonimi, Gamanon e altre) cooperando al convegno da loro organizzato a Novembre dal titolo "...il popolo dei 12 passi" per migliorare la conoscenza di tale approccio da parte dei professionisti.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

E' proseguita nell'anno l'attività del gruppo regionale misto di monitoraggio sull'applicazione del protocollo di collaborazione tra la Regione e le Associazioni A.A., Al-Anon e CAT, firmato nell'anno 2011. Poiché il protocollo ha valenza triennale, il gruppo si è concentrato sul rinnovo dell'intesa per altri tre anni con allargamento al mondo dell'Università e con approfondimenti sul concetto di valutazione applicato al lavoro delle Associazioni. A questo proposito si è discusso dell'opportunità di condividere definizioni e criteri di efficacia, articolandone i diversi aspetti alla luce della natura multidimensionale del trattamento in alcologia.

## **REGIONE TOSCANA**

Nel corso del 2014 sono state realizzate le seguenti iniziative:

- 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 (corsi di sensibilizzazione, scuole alcologiche territoriali, corsi monotematici).
- Implementazione della metodologia dei Club Alcolici Territoriali e dei 12 passi con il supporto e il sostegno all'apertura di nuovi gruppi sul territorio o all'interno dei Servizi stessi.
- Sostegno, partecipazione e patrocinio alle varie iniziative regionali e locali delle Associazioni e Gruppi di auto-aiuto operanti sulle problematiche alcologiche (AA, Alanon, Alateen, Narcotici Anonimi, Vittime della Strada, Fondazione Mauro Cirillo, Fondazione

Gabriele Borgogni, CeiS, Ogap - Associazione Operatori Gruppi e Alcol e Politossicodipendenze -, In/Dipendenza, Misericordie, ecc.).

- Partecipazione dei Servizi alcolologici a incontri di aggiornamento e ad iniziative rivolte alla popolazione organizzati dalle Associazioni di auto-mutuo aiuto e dell'ACAT.

- Incontri e riunioni periodiche tra i rappresentanti delle Associazioni e gli operatori dei Servizi.

- Collaborazione con Associazioni non direttamente coinvolte sulle patologie alcol correlate come OXFAM, Arci Solidarietà e Libera.

- Nell'ottica di favorire una maggiore consapevolezza rispetto ai corretti stili di vita e proporre modalità alternative di divertimento in linea con i principi di Guadagnare Salute, è stato riproposto in Versilia un concorso per la realizzazione degli aperitivi analcolici: "3° EDIZIONE 2014 "BEVI SANO, BEVI ANALCOLICO". Sono stati coinvolti dall'Acat Versilia nell'organizzazione oltre al locale Ser.T, il Comitato "Non la bevo" e l'Amministrazione Comunale di Seravezza, Pietrasanta e Forte dei Marmi. Aderenti: Sert Azienda Usi 12 Viareggio, Comitato "Non la bevo", ACAT Versilia, Comune di Seravezza, Pietrasanta e Forte dei Marmi e vari gestori di esercizi pubblici del territorio versiliese. La premiazione si è svolta presso la Capannina di Forte dei Marmi e l'iniziativa "BEVI SANO, BEVI ANALCOLICO" è stata inoltre premiata come esempio di "buona prassi" di prevenzione alcolologica in occasione del XXIII Congresso Nazionale AICAT.

- Prosecuzione del progetto "NON LA BEVO" che in particolare durante il mese di Prevenzione Alcolologica (Aprile 2014) ha visto il coinvolgimento attivo degli Enti del Privato sociale.

## **REGIONE UMBRIA**

I Servizi di Alcologia umbri collaborano attivamente ed in modo sistematico con le Associazioni di auto mutuo aiuto, in particolare con l'associazione ACAT, sia per le attività terapeutico-riabilitative che per quelle di promozione della salute, e con l'associazione Alcolisti Anonimi. I Servizi ne sostengono le attività formative e di aggiornamento anche attraverso il supporto tecnico dei propri operatori.

A livello regionale le Associazioni sono incluse nelle attività definite dagli atti di programmazione in materia alcolologica, nelle attività di formazione, nelle diverse iniziative pubbliche.

## **REGIONE MARCHE**

Numerose sono le Associazioni di auto-mutuo aiuto e varie le Organizzazioni del Privato Sociale no profit che insistono sul territorio di ciascun Dipartimento per le Dipendenze, tanto che la copertura da parte delle organizzazioni Alcolisti Anonimi, Alanon, dei C.A.T. Clubs Alcolologici Territoriali, delle Comunità terapeutiche, dei Centri di Ascolto etc. risulta omogenea ed uniforme su tutto il territorio regionale senza differenze significative tra i vari Servizi dipartimentali.

Per quello che attiene le iniziative adottate per garantire il coinvolgimento delle associazioni e delle organizzazioni, quest'ultime sono sempre coinvolte da ciascun Dipartimento nei momenti formativi/informativi.

Presso i Dipartimenti delle Aree Vaste 1 e 3 sono disponibili per le organizzazioni del Privato sociale i locali del Servizio stesso, inoltre gran parte dei Dipartimenti coinvolgono le Associazioni nella predisposizione e nell'attuazione dei programmi terapeutici ed, in linea con

le DGRM n.747/04 e DGRM 1534/13, inseriscono il Privato sociale nei Comitati dipartimentali, nelle attività cliniche/organizzative e nella disponibilità del personale del Servizio.

## **REGIONE LAZIO**

Operano sul territorio numerosi gruppi di Alcolisti Anonimi e CAT (Clubs Alcolisti in Trattamento) grazie a protocolli di intesa tra le Associazioni e i Servizi.

Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio collabora attivamente con tutte le Associazioni, Cooperative, Fondazioni del Lazio che direttamente o indirettamente sono coinvolte nei problemi e patologie alcol correlati.

## **REGIONE ABRUZZO**

Tutti i Servizi alcolologici intrattengono una fattiva collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto (C.A.T.–Club Alcolologici Territoriali) a cui sono stati inviati gli utenti in trattamento.

In collaborazione con l'ARCAT Abruzzo ad Avezzano e in altri Comuni della Marsica sono stati realizzati i seguenti moduli formativi.

## **REGIONE MOLISE**

I Servizi per le Tossicodipendenze hanno instaurato un clima di collaborazione con gruppi di auto-mutuo-aiuto che costituiscono una risorsa importante sia per gli alcolisti sia per le loro famiglie. Questa modalità di trattamento integrato tra i Ser.T. e i CAT - Club Alcolologici Territoriali e/o gli A.A. - Alcolisti Anonimi, hanno permesso alla famiglie, successivamente alla fase acuta, trattata esclusivamente dai Ser.T., di iniziare un percorso alternativo e di lunga durata finalizzato al cambiamento dello stile di vita in uno *alcol-free*.

## **REGIONE CAMPANIA**

La collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto (AA e CAT) si è intensificata, in particolare presso alcune AASSLL, sia in seguito alle iniziative di formazione organizzate congiuntamente sia con la elaborazione di precisi accordi operativi locali. Il risultato di queste iniziative si è concretizzato poi in un ampliamento dell'offerta di percorsi di presa in carico integrati e multidisciplinari.

## **REGIONE PUGLIA**

E' ormai consolidata e strutturata una costante e sinergica integrazione tra i Servizi territoriali pubblici delle Aziende Sanitarie Locali, i gruppi di mutuo-aiuto (ARCAT, APCAT, AA) e le Associazioni e le organizzazioni del Privato sociale.

Nell'anno 2014, i Club attivi e operanti in Puglia, secondo l'approccio ecologico sociale del metodo Hudolin, risultano essere n. 46.

## **REGIONE BASILICATA**

Sul territorio della Regione si è consolidato il modello di “*lavoro di rete*” tra ASL, Associazioni, Volontariato, Centri di aggregazione giovanile.

## **REGIONE CALABRIA**

Le Associazioni di auto- mutuo aiuto presenti sul territorio e quelle del Privato sociale no-profit annualmente operano in sinergia, mettendo in atto importanti attività di intervento, sulla base di una programmazione condivisa.

Tali interventi favoriscono la collaborazione tra le Associazioni di auto-mutuo aiuto, CAT e Alcolisti Anonimi, su tutto il territorio regionale,

## **REGIONE SICILIA**

In tutte le Aziende sanitarie si è registrata una continua collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto (AMA), in particolare con i Club Alcolisti Territoriali (CAT) e gli Alcolisti Anonimi (AA).

## **REGIONE SARDEGNA**

La Regione Sardegna ha visto consolidarsi negli anni due tipologie di associazioni che operano nel settore dell'Alcologia: l'ARCAT, che riunisce 87 Clubs di Alcolisti in Trattamento e il gruppo degli Alcolisti Anonimi, a cui fanno capo 7 Associazioni territoriali. Tali Associazioni svolgono un'importante funzione di supporto per i soggetti affetti da dipendenza da alcol e per i loro familiari. Infatti, a tutte le famiglie prese in carico dai Servizi viene proposta la frequenza del Club degli Alcolisti in Trattamento più vicino per residenza.

I Ser.D collaborano con i Club Alcolistici Territoriali e contribuiscono alla loro diffusione nel territorio. Il Servizio organizza le riunioni mensili degli operatori dei CAT finalizzate alla supervisione dell'attività e alla formazione continua.

La collaborazione con i CAT si estende anche ai Corsi di sensibilizzazione ai problemi alcol correlati e complessi, che vengono rivolti agli operatori sanitari, agli operatori dei Servizi Sociali del territorio e ai membri delle Associazioni del Privato Sociale.

Soni attivi dei gruppi AMA di utenti e familiari con l'Infermiere del CA nel ruolo di facilitatore.

Sussistono efficaci rapporti di collaborazione ed integrazione con le Comunità Terapeutiche Regionali.

Il personale formato sostiene le iniziative promosse dai diversi gruppi AMA attivati all'interno del Ser.D e dei DDSSMM.

**6.6. Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11 legge 125/01** (*Strutture di accoglienza per pazienti alcoldipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cura prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital*).

## **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Nella Regione Valle d'Aosta vi sono le seguenti strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11 della legge 125/01:

- Comunità Terapeutica "Casa della salute della mente".
- Comunità Terapeutica "Bourgeon de vie".
- Servizio di Educativa Territoriale Millefiori.
- Comunità Terapeutica "La Svolta".
- Gruppo Appartamento "Ensemble".

## **REGIONE PIEMONTE**

Le Comunità degli Enti ausiliari della Regione Piemonte si sono sempre dimostrate sensibili alle problematiche alcol correlate, inserendo all'interno dei propri percorsi di cura e riabilitazione anche persone con questo tipo di dipendenza. Alcune di esse inoltre hanno specificamente scelto la cura degli alcolisti come indirizzo e "mission".

Esse sono:

- Comunità Alcolstop (Centro Torinese di Solidarietà)
- Comunità Alcocare (Associazione Il Punto)
- Centro CUFRAD
- Comunità Cascina Nuova (Associazione Aliseo).

## **AZIENDE SANITARIE LOCALI**

ASL BI: È stato attivato un centro semiresidenziale, presso la struttura Casa Speranza di Chiavazza, per il trattamento di pazienti tossico e alcoldipendenti, con una sperimentazione di un anno sostenuta dai fondi attribuiti al Dipartimento per l'esecuzione del Piano locale delle dipendenze.

## **REGIONE LOMBARDIA**

L'organizzazione degli interventi di cura e reinserimento garantiti nel territorio regionale vede una regolare e consolidata collaborazione tra i Servizi pubblici, del Privato sociale, delle Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, i medici di medicina generale e le Aziende ospedaliere. Sul territorio lombardo le strutture di accoglienza sono: 56 Nuclei Operativi di Alcologia afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, 10 strutture residenziali del Privato accreditato, 18 moduli di accoglienza e/o di trattamento specialistico per alcolodipendenti.

## **P.A. BOLZANO**

Nel 2014 le strutture sono rimaste invariate per numero e per tipologia in quanto quelle esistenti soddisfano le esigenze dell'utenza in trattamento.

Quindi, nell'ambito dell'Associazione HANDS è proseguita l'attività delle seguenti strutture:

- Sede Centrale HANDS ed Ambulatorio - Bolzano
- Sede Periferica HANDS- Merano
- Sede Periferica HAND - Bressanone
- 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).

Interessante segnalare sul territorio di Merano una comunità alloggio gestita dalla Comunità Comprensoriale "Burgraviato" per soggetti con problemi di abuso/dipendenza da alcol provenienti da Comunità terapeutiche o che presentano una media stabilità sociale e relazionale.

## **P.A. TRENTO**

E' attivo un reparto di Alcologia presso l'ospedale S. Pancrazio di Arco.

Il reparto di riabilitazione alcolica della suddetta struttura sanitaria ha come finalità l'aiuto alla persona e alla famiglia con problemi di alcol per favorire una sufficiente elaborazione della convinzione e del progetto di abbandono delle sostanze, e non si limita quindi alla sola funzione di disintossicazione e controllo dell'astinenza in fase acuta. I ricoveri presso tale reparto possono e devono essere effettuati solo dai Servizi di Alcologia, come previsto da specifica convenzione tra APSS e Ospedale San Pancrazio. Al momento un gruppo di lavoro, di cui fa parte il Servizio di Alcologia e il personale dell'ospedale S. Pancrazio, sta rivedendo e aggiornando l'intero pacchetto teorico che sta alla base dell'intervento concreto attuato in questa struttura ospedaliera.

## **REGIONE VENETO**

Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza residenziale sono soddisfatte nell'82% dei casi dal Privato Sociale e nel restante 18% dalle Strutture pubbliche, particolarmente presenti nel territorio trevigiano e veronese.

L'analisi dell'offerta delle Comunità terapeutiche private, nel 2014 evidenzia che il dato sul convenzionamento delle strutture si dimostra stabile rispetto alle precedenti annualità.

L'attività svolta dalle Comunità terapeutiche e dalle Strutture di pronta accoglienza, accreditate dalla Regione Veneto, rimane essenziale per fornire trattamenti validi ai pazienti alcolici, offrendo principalmente programmi mirati al consolidamento dell'astinenza e alla definizione di un percorso di trattamento personalizzato; su questa offerta di cura a carattere residenziale si trovano specifiche risposte di varia natura, tra cui:

- centri di prima accoglienza;
- accoglienza di soggetti con doppia diagnosi;
- appartamenti per l'accoglienza di alcolodipendenti in fase di riabilitazione;
- centri diurni per trattamento socio-riabilitativo occupazionale;
- centri per le dipendenze giovanili;
- comunità alloggio e case famiglia per trattamento socio-riabilitativo;
- programma di ricovero con degenza ospedaliera in divisioni mediche degli Ospedali locali, Cliniche e Case di Cura convenzionate;
- strutture residenziali messe a disposizione dall'Ente locale e gestite dall'A.C.A.T. con l'obiettivo di promuovere il reinserimento sociale di persone alcolodipendenti.

Altre esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza trovano risposta in alcune divisioni mediche degli Ospedali locali, Cliniche e Case di Cura convenzionate.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Struttura residenziale specialistica per il trattamento 24 ore su 24 con 20 posti letto (ASS1).

Struttura residenziale intermedia per alcolisti già trattati con problemi alloggiativi: 6 posti letto (ASS1).

Continuano la loro operatività i Centri residenziali: “*Casa Immacolata*”, “*La Nostra Casa*”, “*Casa Betania*”, nel territorio di Udine (ASS4).

Utilizzo di quattro posti letto (Modulo Alcolologico) presso la R.S.A. di Cormons (distretto A.I.) per la partecipazione “protetta” dei ricoverati al “Trattamento Integrato” che si svolge giornalmente presso il Ser.T di Gorizia.

## **REGIONE LIGURIA**

Nella Regione Liguria vi sono Strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11, nelle quali sono presi in carico soggetti che svolgono programmi riabilitativi. Tutte le strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative specifiche del Privato sociale e presenti in Liguria hanno specifici programmi per soggetti con dipendenza da alcol.

Nei programmi comunitari, l'obiettivo generale è far sì che diminuisca nel tempo il consumo di farmaci anche grazie all'aumentata capacità di elaborazione e di gestione delle situazioni dolorose ed alla presenza costante del supporto del gruppo dei pari e dell'équipe terapeutica.

I Progetti terapeutico-riabilitativo per alcolisti sono gestiti da équipe integrate che prevedono

la collaborazione con le Strutture Semplici di Alcologia. L'équipe integrata è composta da psicologi, psicoterapeuti, educatori medici, assistenti sociali ed infermieri.

All'interno dei programmi presso le strutture del Privato Sociale Accreditato, è prevista laddove necessario una fase di disintossicazione.

Nelle strutture preposte vengono effettuati interventi di breve durata con un programma intensivo, oppure percorsi medi, rivolti a persone con una rete familiare e sociale di supporto, con un'avviata attività lavorativa dalla quale posso assentarsi per brevi periodi (malattia, aspettativa) e infine percorsi lunghi per persone che necessitano di un periodo medio-lungo di distacco dal proprio ambiente ed avere la possibilità di affrontare in modo più ampio ed articolato il problema della dipendenza.

Dal punto di vista farmacologico, quando necessario, vengono utilizzati farmaci antagonisti per l'alcolismo, quali l'Antabuse e l'Etilox, sempre sotto controllo medico, in accordo con il medico inviante del Ser.T.

Inoltre vi sono strutture a bassa soglia di accesso cui possono accedere persone con problemi alcol correlati per affrontare situazioni di difficile gestione o soggetti per cui, successivamente alla fase acuta, c'è la necessità di osservazione e cura prima di effettuare un reinserimento territoriale con trattamento ambulatoriale o un inserimento in struttura comunitaria.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Nel Sistema regionale si conferma la presenza di Enti accreditati che gestiscono programmi diurni e moduli residenziali per alcolisti.

Nell'anno 2014 la Regione ha deliberato il nuovo Accordo Regione Emilia Romagna – Coordinamento Enti Accreditati.

## **REGIONE TOSCANA**

Le strutture private che si occupano di alcoldipendenza presenti sul territorio regionale toscano sono di diversa natura: Enti ausiliari autorizzati e convenzionati con il SSR, quali la casa famiglia "Crisalide" gestita dal Ce.I.S. di Lucca, il Ce.I.S. di Pistoia, l'Associazione "Arcobaleno" di Firenze, l'Associazione "Insieme" che ha attivato un appartamento per donne con problemi alcol correlati, il Gruppo "Incontro" di Pistoia e, infine, 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.

Tra le strutture pubbliche, a Pontedera (Pisa) ha sede il Centro Osservazione e Diagnosi "La Badia", di natura semiresidenziale e residenziale, gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 5 di Pisa. A Firenze si trova il Centro Diurno "La Fortezza", con attività anche di *Day Hospital*, che offre un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 10 di Firenze.

## **REGIONE UMBRIA**

In Umbria al momento non sono presenti Comunità residenziali con finalità di trattamento specifico dei problemi alcol-correlati, tuttavia alcune delle strutture per tossicodipendenti esistenti nel territorio regionale accolgono anche, all'occorrenza, utenti di questa tipologia, adeguando il programma terapeutico alle esigenze specifiche; queste strutture hanno

sviluppato stretti rapporti di collaborazione sia con i Servizi di Alcologia delle ASL che con le Associazioni di auto-mutuo-aiuto.

E' inoltre presente il Gruppo famiglia "Pindaro", di Perugia, che accoglie ogni anno circa 20 utenti in regime residenziale e circa 30 in semiresidenziale.

Non sono presenti in Umbria strutture di tipo ospedaliero, specifiche per la disintossicazione ed il primo trattamento; i pazienti di questa tipologia sono inviati, quando valutato opportuno, in strutture fuori regione.

## **REGIONE MARCHE**

Nelle Marche si contano numerose e diversificate Strutture di accoglienza per i fini di cui art. 11, distribuite uniformemente su tutto il territorio regionale.

Oltre alle 14 Strutture del Servizio pubblico di tipo ambulatoriale, quattro DDP sono dotati anche di specifiche unità/nuclei/*équipe* per il problema alcolico.

Nel territorio operano, ormai da anni, tre strutture di tipo Ospedaliero convenzionate: Casa di cura "Villa Silvia" a Senigallia (AN), "Villa Jolanda" a Jesi (AN) e "Villa San Giuseppe ad Ascoli Piceno; numerose Comunità terapeutiche di tipo sia residenziale che semiresidenziali ed Associazioni.

Le strutture terapeutiche residenziali articolate in diverse sedi, ad eccezione di un caso la cui titolarità è di tipo pubblico (STP Ancona DDP AV2), sono gestite dal Privato sociale accreditato: cooperative sociali, I.R.S. L'Aurora, Labirinto, P.ARS "Pio Carosi", Berta 80, Ama, Onlus OIKOS, ed Associazioni Glatad e Dianova.

A queste si aggiungono otto strutture di tipo semiresidenziale di cui cinque di tipo pubblico (DDP AV 1, 2 e 4).

Entrambe le tipologie delle Comunità prevedono anche programmi riabilitativi per alcolodipendenti.

Il volontariato gestisce inoltre numerose Strutture, tra Centri auto-mutuo aiuto, Centri di ascolto e Servizi che operano interventi di inclusione socio lavorativa, abitativa e di prevenzione.

## **REGIONE LAZIO**

Presso il Policlinico Umberto I di Roma è presente un Centro diurno di accoglienza e riabilitazione.

Nella provincia di Viterbo sono presenti due Centri: il Centro Diurno a Bassa Soglia di prima accoglienza e il Centro Specialistico Residenziale FISPA per il trattamento.

## **REGIONE ABRUZZO**

La Proposta/Progetto per l'attivazione di un Centro Alcolico Residenziale e semiresidenziale non ha ancora trovato concretezza. Nell'ambito delle Comunità Terapeutiche per ex tossicodipendenti attive nel territorio regionale, però, una struttura in particolare accoglie soggetti con problemi di alcolodipendenza.

## **REGIONE PUGLIA**

Nella Regione Puglia sono attive 30 organizzazioni del Privato sociale ed Associazioni di Volontariato con 52 sedi operative, di cui circa 30 di tipo residenziale. Ognuna di queste riserva un certo numero di posti letto agli utenti alcolodipendenti, a cui sono assicurati programmi di recupero concordati con i Ser.T del territorio.

### **REGIONE BASILICATA**

Completamento della realizzazione del Centro di Riabilitazione Alcolologica (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

### **REGIONE CALABRIA**

Nella Regione quasi tutte le Comunità Terapeutiche accreditate hanno programmi specifici per alcolodipendenti.

### **REGIONE SICILIA**

Con Decreto del 7 luglio 2010 sono stati definiti i requisiti strutturali ed organizzativi per l'accreditamento delle strutture residenziali di tipo terapeutico-riabilitativo per alcolisti.

Ancora nell'anno 2014 tuttavia non è operante alcuna struttura.

Al momento le necessità di accoglienza trovano risposta all'interno delle strutture del Privato sociale accreditate per soggetti tossicodipendenti.

### **REGIONE SARDEGNA**

Attiva è la collaborazione dei Ser.D con i relativi inserimenti residenziali presso le strutture private della Regione Sardegna: "Comunità terapeutiche per alcolodipendenti". Queste Comunità sono presenti su tutto il territorio regionale, quali centri di riferimento per momenti di crisi e di ricadute, e collaborano per la cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi alcol correlati. Tra le Comunità residenziali per problematiche alcol correlate si menziona "*La piccola Comunità di Is Lampis*" nella ASL di Carbonia.

I Ser.D mantengono la titolarità dei progetti terapeutici.

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

### **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Nel corso del 2014 l'équipe alcologia del Ser.D. ha formalizzato un protocollo operativo con i medici di base ed i pediatri operanti in Valle d'Aosta finalizzato a formare i medici di assistenza primaria sulle problematiche legate all'abuso di alcol con particolare riferimento all'abuso alcolico giovanile e sui programmi terapeutici offerti dal Ser.D.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **AZIENDE SANITARIE LOCALI**

##### **ASL TO2**

Prosecuzione della collaborazione con strutture private per ricoveri riabilitativi.

##### **ASL TO3**

Prosegue la collaborazione con il Dipartimento di Medicina legale in ottemperanza alla Legge 125/01 in materia di alcol. Tre medici designati da ciascuna SC del DPD ASL TO3 partecipano come specialisti alcologi alla Commissione Patenti.

Nell'ambito di tali attività si sono realizzate tra i medici incaricati, riunioni periodiche di confronto sull'andamento dell'attività in Commissione, con l'obiettivo di un approccio condiviso nella valutazione dei PPAC.

- *Protocollo dipartimentale: alcol e patente di guida.* Il protocollo descrive il percorso dei pazienti inviati al Ser.T. dalle CMPP (Commissioni Mediche Provinciali Patenti).

In un'ottica di collaborazione tra Servizi, le S.C. del Dipartimento offrono un percorso valutativo/informativo alle persone che sono inviate dalla CMPP e che volontariamente o inviate dalla prefettura chiedono di effettuare un programma presso gli ambulatori di alcologia competenti per i rispettivi territori.

- *Protocollo su "Idoneità alla guida ed Alcol".* Nel 2012 si è costituito un gruppo di lavoro interdipartimentale (Dipartimento di Patologia Dipendenze e Dipartimento di Medicina Legale) per la stesura del protocollo.

##### **ASL AL**

- Attivazione presso l'ASL di Alessandria di una collaborazione continuativa con struttura privata convenzionata per disintossicazione.
- Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Alessandria: continuazione percorsi di consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente. Da gennaio 2011 partecipazione stabile di un alcolologo all'interno della CML di Alessandria.
- Incontri con la CML per revisione ottimizzazione protocolli e procedure di invio in soggetti fermati per art. 186 e 186 bis.
- Ciclo di iniziative formative presentate come piano formativo aziendale per il 2014, rivolte al personale Ser.D e Salute Mentale inerenti la gestione del paziente alcolologico in doppia diagnosi ed in Carcere.

#### ASL AT

Progetto per la realizzazione di un percorso formativo di agricoltura e avvio di un'iniziativa di *agricoltura sociale* rivolta a "fasce deboli" con la cooperativa sociale "Crescere Insieme" per potenziare percorsi di inserimento lavorativo e sociale.

#### ASL BI

Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Biella; continua la consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente.

#### ASL CN1

A seguito di un percorso formativo avviato con il progetto "*Pronti a ripartire*" tra la Commissione Medico Locale e i Ser.T. dell'ASL CN1 e CN2, prosegue la collaborazione per la consulenza alcolologica fornita dai medici del Ser.T. alla Commissione Medica Locale di Cuneo nel rispetto di un protocollo condiviso tra le parti. A tutti i soggetti che afferiscono alla Commissione Medica Locale per guida in stato d'ebbrezza è offerta la possibilità di frequentare il Corso "*alcol e guida*" tenuto da operatori del Ser.T.

#### ASL CN2

Prosegue la collaborazione per la consulenza alcolologica fornita dai medici del Ser.T. alla Commissione Medica Locale di Cuneo nel rispetto di un protocollo condiviso tra le parti. Prosegue inoltre la collaborazione col NOT della Prefettura di Cuneo e con le Forze dell'ordine attraverso il tavolo di lavoro finalizzato all'applicazione delle normative con il codice della strada (artt. 186 e 187). Permane la convenzione con la rete A.C.AT di Alba e Bra finalizzata ad ottimizzare risorse di rete ed interventi.

#### ASL VC

Persiste il Protocollo di collaborazione con il Servizio di Medicina Legale in tema di accertamenti ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada (D.Lgs. 285/1992 e successive modificazioni); tre medici del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze partecipano alla Commissione Patenti.

#### ASL VCO

Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Locali Patenti di Verbania, continuazione percorsi di consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente.

#### ASL NO

Partecipazione di esperti in alcolologia del D.P.D. alla C.M.L. patenti.

#### PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

### **Associazione Aliseo Onlus**

- Continuazione del progetto *Riempi il tempo*: progetto il cui obiettivo è favorire processi di reintegrazione e ri-socializzazione per donne e uomini alcolisti che vivono un particolare disagio legato a solitudine e isolamento. Il progetto si avvale di uno spazio-alloggio in cui, secondo un progetto terapeutico, le persone possono incontrarsi e condividere attività e momenti di riflessione.
- Prosegue anche nel 2014, la collaborazione di due operatori del Servizio di accoglienza per un progetto sulla domiciliarità “Fuori e dentro di me” per alcolodipendenti “*Dalla patologia alla valorizzazione dei luoghi, dei legami e delle risorse*”. Progetto di sostegno domiciliare per il contrasto dell’isolamento e della marginalità sociale rivolto agli utenti del Ser.D dell’ASL TO1 OVEST.
- Realizzazione di una mappatura della popolazione migrante del territorio dell’ASL TO1 OVEST e analisi del fenomeno di abuso/dipendenza alcolica relativa a ad essa in collaborazione i Servizi pubblici e del Privato sociale.

## **REGIONE LOMBARDIA**

Nel 2014 la rete degli Osservatori territoriali è stata coordinata dal Tavolo tecnico degli Osservatori territoriali e dai Dipartimenti delle Dipendenze, uno per ogni ASL, e dalla partecipazione attiva, a livello locale, dei rappresentanti delle Associazioni del Privato sociale, degli operatori dei Servizi territoriali, dell’Associazione dei Comuni, dell’Unione delle Province Lombarde, dalla Direzione dell’Ufficio Scolastico Regionale, della Prefettura, della Polizia di Stato, dell’Arma dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, dal Provveditorato Regionale per l’Amministrazione Penitenziaria e dai Rappresentanti del Tavolo permanente del Terzo Settore.

Le attività di coordinamento prevedono una attenta analisi del fenomeno mediante la raccolta e l’elaborazione dei flussi informativi provenienti dal territorio. Questa prima attività permette di promuovere e organizzare i corsi di formazione e specializzazione professionale necessari a rendere operativi i futuri addetti dell’area socio-assistenziale, educativa e sanitaria. Infine, attraverso l’organizzazione di convegni, seminari, dibattiti, incontri e pubblicazioni, vengono diffusi i risultati.

In quest’area, i protocolli di collaborazione redatti nel 2014 sul territorio sono stati 17.

## **P.A. BOLZANO**

- Sono state applicate le convenzioni in vigore fra Istituzioni pubbliche (Provincia, Azienda sanitaria dell’Alto Adige, Comunità Comprensoriali) e Servizi Specialistici (Ser.D e Servizi sociali) nonché i protocolli operativi fra gli stessi Servizi sanitari e sociali.
- Sono proseguiti i rapporti di collaborazione con le realtà associative riconosciute e ci sono stati incontri periodici fra operatori dei diversi Servizi Specialistici per una migliore coordinazione del lavoro di rete e per un approccio clinico condiviso nella gestione di pazienti comuni.
- E’ stato anche attivato da parte dell’ambulatorio “HANDS-Ser.D”, Bolzano, il “Gruppo operativo interservizi” che ha come obiettivo di rendere più efficace e più rapido il lavoro di rete tra Servizi sanitari in presenza di una richiesta di collaborazione/intervento da parte di Procura, Tribunale dei Minori, Servizi Sociali, in situazioni di: genitorialità critica, sospetto/certezza di maltrattamento grave o di abuso ai danni di minori. Il *team* si riunisce ogni due settimane e l’*equipe* interservizi è composta da un rappresentante per ciascuno dei

seguenti Servizi: Servizio Psicologico, Neuropsichiatria, CSM, Ser.D, HANDS e svolge attività di:

- a. prima analisi e valutazione su richieste d'intervento inviate da Procura, Tribunale dei Minori o Servizi Sociali
- b. chiarimento delle problematiche dei casi segnalati
- c. individuazione dei Servizi già coinvolti e da coinvolgere
- d. scambio d'informazione
- e. suddivisione dei ruoli e dei compiti

## **P.A. TRENTO**

- Convenzione con APCAT (Associazione Provinciale Club Alcolisti in Trattamento).
- Convenzione con Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

## **REGIONE VENETO**

All'interno dei Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto vengono confermate le collaborazioni che sono state concretizzate nel 2014 tramite la stipula di 109 piani, convenzioni (con Comuni, altri soggetti pubblici, Terzo settore ed Associazionismo) finalizzati alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi alcol correlati.

Nel raffronto tra le Aziende Socio-Sanitarie Venete si evince che il 58,7% degli accordi vede coinvolto il Terzo settore (Privato sociale e il Volontariato) mentre il restante 41,3% viene stipulato tra Servizi pubblici.

Gli accordi con le realtà pubbliche vengono redatti per favorire:

- il trattamento delle persone con doppia diagnosi in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale (P.D.T.A.);
- gli inserimenti socio-lavorativi protetti, tramite i S.I.L. (Servizio per l'inserimento lavorativo): ambito favorente la stesura di convenzioni tra Consorzi di cooperative sociali ed i Centri per l'impiego provinciali;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consultori familiari ed i Servizi tutela minori;
- la Continuità assistenziale, rendendo maggiormente fattivi i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina, Gastroenterologia;
- la concreta collaborazione con le Unità Operative di malattie infettive;
- le collaborazioni con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con le Forze dell'ordine, con i Comuni ed altri soggetti pubblici.

Proseguono le collaborazioni attive interne ai Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto, concretizzate tramite la stipula di numerosi protocolli, piani, convenzioni (con Comuni, altri soggetti pubblici, Terzo settore ed Associazionismo) finalizzate alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi e patologie alcol correlati.

Il Terzo settore (Privato sociale e il Volontariato) viene coinvolto, nella maggior parte degli accordi, principalmente per:

- garantire l'integrazione operativa tra Servizi di Alcologia ed A.C.A.T., favorendo l'operato dei Club presenti nel territorio, con l'attivazione di diverse iniziative che rientrano nelle attività dell'approccio ecologico-sociale (Scuole alcolologico-territoriali SAT di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione);
- consolidare le sinergie terapeutico-assistenziali con le Comunità Terapeutiche, accreditate dalla Regione Veneto, che accolgono anche pazienti alcolisti.

Gli accordi che vengono stipulati tra Servizi pubblici hanno le seguenti finalità:

- mantenere la collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, secondo la procedura operativa per la gestione dei casi con doppia diagnosi, estesa anche ai problemi alcol correlati;
- la continuità assistenziale, rafforzando i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina e U.O. di Gastroenterologia;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consultori familiari ed i Servizi Tutela Minori;
- le collaborazioni con le Unità operative di malattie infettive;
- la co-gestione di progetti territoriali di inserimento socio-lavorativo con la collaborazione dei S.I.L., particolarmente segnalata dalle Aziende Unità Locale Socio Sanitarie venete, anche a seguito della prosecuzione nel 2013 del progetto Ministeriale "R.E.L.I.", sostenuto da un finanziamento dedicato espressamente alle persone socialmente svantaggiate;
- le collaborazioni con le Forze dell'ordine, con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con i Comuni ed altri soggetti pubblici;
- la cooperazione con i Servizi sociali dei Comuni;
- il mantenimento dei rapporti di collaborazione con le Prefetture per la realizzazione di progetti di prevenzione e con l'Ufficio per Esecuzione Pene Esterne U.E.P.E. al carcere;
- il coordinamento con la Commissione medica Provinciale Patenti, per quanto riguarda il tema della guida di veicoli (sanzionati all'art. 186 del Codice Stradale).

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

- Convenzioni con le Associazioni di volontariato Hyperion e ACAT su progetti specifici (ASS1).
- Convenzione con le due ACAT territoriali "Goriziana" e "Basso Isontino".
- Convenzione con l'ACAT "Udinese" (ASS4).
- Convenzione con l'Associazione AsTrA – Trieste per la gestione di una struttura residenziale intermedia (ASS1).
- Convenzione tra l'ASS n°4 Medio Friuli e la struttura di accoglienza "Casa Betania" di Udine.
- Convenzione con l'Associazione *Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica* (ASS4).
- Convenzione con le Comunità terapeutiche "La nostra casa" e "Casa immacolata" (ASS4).

## **REGIONE LIGURIA**

Le Aziende Ospedaliere e le AA.SS.LL. hanno rapporti consolidati al fine di assicurare linee terapeutiche condivise ai pazienti che vengono seguiti in modo congiunto. Nell'ambito della collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e le Aziende Ospedaliere,

sono stati individuati presso gli Ospedali spazi per ospitare l'operatività dei gruppi di auto-mutuo aiuto e posti per la disintossicazione da alcol.

In particolare sono stati avviati protocolli di collaborazione con gli Alcolisti Anonimi, nei quali si stabilisce la possibilità e l'opportunità di collaborare nel percorso di cura e riabilitazione delle persone alcol dipendenti, concordando modalità di invio reciproche ed incontri periodici per un maggiore coordinamento.

Sono stati siglati protocolli di collaborazione con la Commissione Medica Locale Patenti attraverso la strutturazione di un apposito gruppo di lavoro interno al Servizio.

In un'ottica di collaborazione con l'ARCAT, alcuni operatori hanno svolto funzione di *tutor* nell'ambito del progetto sperimentale "*Ripara ed Impara*", programma di sostituzione della pena detentiva o pecuniaria per guida in stato d'ebbrezza con lavori di pubblica utilità. Il progetto, nato da una convenzione tra il Tribunale di Genova e ARCAT Liguria, prevede l'assegnazione di un *tutor* che svolge funzioni di monitoraggio dell'andamento del programma in capo al singolo interessato e di valutazione finale del suo positivo, o meno, svolgimento.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Gli Enti del Privato sociale che gestiscono Strutture aderiscono all'Accordo Regione Emilia Romagna - Coordinamento Enti Accreditati rinnovato con Deliberazione di Giunta Regionale n° 1718 del 25 novembre 2013 a valere sul triennio 2014/2016. Tutte le Strutture che aderiscono all'Accordo sono state accreditate come Strutture sanitarie per il trattamento residenziale e semiresidenziale delle Dipendenze Patologiche. I requisiti generali e specifici per tale accreditamento sono descritti nella Deliberazione di Giunta regionale n° 26 del 2005.

Per quanto riguarda i Soggetti pubblici, si menzionano le collaborazioni con gli Enti Locali all'interno dei Piani per la salute e il benessere sociale, a cui i Servizi per le Dipendenze/Centri Alcolologici partecipano per le parti di integrazione sociosanitaria legate ai trattamenti e al reinserimento sociale e per i progetti di prevenzione e promozione di sani stili di vita.

## **REGIONE TOSCANA**

Nel corso dell'anno 2014 sono proseguite le seguenti iniziative e convenzioni:

- Stipula da parte delle *équipe* alcolologiche/Ser.T di una convenzione con le Comunità terapeutiche presenti sul territorio e con altri Enti o Associazioni (Ceis, ACAT, Caritas, Comunità Montane, OGAP, Misericordie, Cooperativa Gruppo Valdinevole, Cooperativa Incontro, Nuovi Orizzonti, LaRua, Associazione Insieme, Comes, Comil, Archimed, Colf, Terzo Ordine Francescano, C.R.S., Socialeinrete ecc.).
- Collaborazione con l'Associazione *InDipendenza* nella zona Apuane.
- Protocollo di prevenzione con il Forum delle Dipendenze della Prefettura di Lucca.
- Protocolli e collaborazioni sulla prevenzione dei rischi alcol correlati con i Dipartimenti di Prevenzione (Progetto Euridice nel Mugello).
- Convenzione con il reparto di diagnostica strumentale della Zona Valdarno.
- Collaborazioni con i Centri di Consulenza Alcolologica e le Commissioni Medico Locali delle diverse ASL per l'attuazione delle linee guida regionali per gli utenti che hanno violato l'art. 186 del CdS.

- Ampliamento e consolidamento dei rapporti con altri Servizi socio-sanitari presenti sul territorio (Aziende Ospedaliere, Case di Cura, ecc.).
- Collaborazione con presidi ospedalieri e/o universitari (diagnostica strumentale, neurologia e gastroenterologia) per accessi diretti degli utenti con problemi alcol correlati, per ricoveri programmati, day hospital, visite ambulatoriali specialistiche di controllo.
- Collaborazione con Amministrazioni Comunali ed altri Enti locali, Forze dell'Ordine, Ufficio di Esecuzione Penale Esterna ecc.

## **REGIONE UMBRIA**

Nel corso del 2014 sono state sviluppate diverse attività mirate alla costruzione e al potenziamento di collaborazioni e sinergie interistituzionali riguardanti il tema delle dipendenze. Nello specifico:

- E' stato siglato un protocollo di intesa tra la Prefettura di Perugia, la Regione, il Comune di Perugia, l'Università, la ASL ed altre Istituzioni del territorio perugino, per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni collegati al consumo e alla dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali, al quale è seguita l'attivazione di percorsi operativi in materia di: confronto e scambio informativo-statistico; interventi innovativi di accoglienza, ascolto e consulenza rivolti ad adolescenti ed alle loro famiglie; attività formative per l'Integrazione dei saperi, dei punti di vista, delle iniziative e degli interventi.
- E' stato avviato un percorso di collaborazione volto a definire un protocollo analogo con la Prefettura di Terni.
- Sono state adottate, con la DGR n. 1548 del 1/12/2014, le *“Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in persone alcol e tossico-dipendenti”*, al termine di un lungo percorso di confronto e condivisione che ha coinvolto, oltre alla Regione e ai servizi ASL, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria ed il Tribunale di sorveglianza di Perugia.
- E' stato siglato un Protocollo di intesa tra Ministero della Giustizia, Regione, ANCI Umbria e Tribunale di sorveglianza di Perugia per incrementare il numero dei detenuti nelle carceri umbre ammessi ad usufruire, con impiego di risorse economiche messe a disposizione dalla Regione, di misure alternative alla detenzione specifiche per alcol e tossico/dipendenti.
- Occorre ricordare, inoltre, che è attivo un Protocollo di collaborazione tra la Regione Umbria e l'Ufficio scolastico regionale per favorire iniziative volte a promuovere la salute nella popolazione giovanile, al quale sono seguiti protocolli interistituzionali di livello locale, che hanno coinvolto le Aziende USL, i Comuni, le istituzioni scolastiche, il privato sociale.
- E' attiva, infine, una convenzione tra la Regione Umbria ed il Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica dell'Università degli studi di Perugia per realizzare, tra le altre attività, il monitoraggio epidemiologico dei fenomeni connessi al consumo di sostanze psicotrope e alle dipendenze e, con analoghi obiettivi, una convenzione con il CNR – Istituto di Fisiologia clinica, per la realizzazione delle indagini ESPAD ed IPSAD sul consumo di sostanze nella popolazione generale e nella popolazione studentesca.

## **REGIONE MARCHE**

Seppur non sempre formalizzate attraverso la sottoscrizione di specifici protocolli, sull'intero territorio della Regione Marche sono diffuse numerose collaborazioni con altri Enti o Associazioni, siano essi Pubblici o Privati.

L'assetto organizzativo dei DDP della Regione Marche (DGRM 747/04 e DGRM 1534/13 *“Riordino sistema regionale servizi dipendenze patologiche”*) prevede che le attività

alcoliche svolte nell'ambito dei progetti dipartimentali vengano ratificate da appositi protocolli d'intesa.

Rispetto invece alle collaborazioni formalizzate e sottoscritte si evidenziano:

- nel DDP dell'AV3 (STDP di Macerata e di Civitanova Marche) i protocolli con le commissioni patenti;
- nel 2014 l'STDP di Ancona ha redatto un Protocollo di Collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche. Scopo del protocollo è di sottoporre a controlli per la valutazione dell'abuso/dipendenza da alcol, su richiesta del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – SPeSAL che aderisce al progetto regionale di controllo e vigilanza nelle Grandi Opere Edili, i lavoratori appartenenti a categorie individuate come comportanti rischio d'infortuni sul lavoro e nello specifico: fuochini, addetti alla conduzione di caldaie generatrici di vapore, addetti alla manipolazione e stoccaggio di gas tossici (in base alla G.U. n. 75 del 30/03/2006).
- nel DDP AV 4 è attivo il Protocollo per il trattamento di soggetti con problemi di dipendenza, segnalati dal Servizio SPRAR per i rifugiati e i richiedenti asilo.

Per ciò che attiene le collaborazioni rispetto alla Rete dei Servizi dell'ambito socio-sanitario:

- nel DDP dell'AV2 (STDP Jesi, Senigallia e Fabriano) e del DDP dell'AV1 (STDP Pesaro) la collaborazione con i reparti ospedalieri competenti in materia di patologie alcol correlate è sostenuta da specifiche determinazioni o protocolli;
- nel DDP dell'AV 4 l'intesa coinvolge l'UOC Malattie Infettive dell'ASUR AV4 di Fermo per l'utilizzo di un posto letto per la disintossicazione dei pazienti alcolodipendenti.
- nel 2014, i Servizi di Ancona e di Fabriano hanno dato continuità al protocollo con i MMG, mentre nel Servizio di Jesi è attivo anche un protocollo con il Pronto Soccorso.
- In particolare nell'STDP di Ancona proseguono il protocollo, le azioni di *network* e le attività di consulenza specialistica, urgente e programmata, nelle 24 ore, presso tutti i reparti, compreso il P.S. dell'Ospedale Regionale di Torrette di Ancona ed il Protocollo d'intesa avviato nel settembre 2010, con il Comitato dei Trapianti Epatici dell'AOU Ospedali Riuniti di Torrette di Ancona, anche attraverso la valutazione dei pazienti con problematiche alcol correlate in attesa di trapianto.
- Infine sempre in ambito sanitario sono attivi protocolli per la condivisione del profilo assistenziale con le Case di Cura Private convenzionate della Regione Marche.

## **REGIONE LAZIO**

In alcune strutture ASL proseguono le collaborazioni con il Comune e la Provincia sulla base dei protocolli d'intesa stipulati precedentemente e finalizzati all'implementazione di una rete integrata tra Pubblico, Privato, Sociale e Associazioni *non profit* per lo sviluppo di Servizi di accompagnamento nel percorso di reinserimento sociale di persone con problematiche di dipendenza patologiche in trattamento e prevenzione dei comportamenti di rischio.

Si segnala la collaborazione tra DSM e Comunità terapeutiche regionali e nazionali, mentre in altre situazioni si evidenziano collaborazioni non formalizzate con protocolli specifici, con Ospedali, Cliniche convenzionate, Privato sociale, municipi, medici di medicina generale.

## **REGIONE ABRUZZO**

Nel territorio aquilano ha avuto continuità anche nel 2014 la collaborazione tra il Ser.T e la Società Cooperativa “IDeALP” di L’Aquila per la gestione delle attività riabilitative e risocializzanti degli utenti alcolodipendenti e degli altri utenti del Servizio.

La Cooperativa si è occupata dei programmi di recupero semiresidenziali svolti presso il Centro Diurno Terapeutico del Ser.T.

Inoltre, nell’ambito della convenzione tra ASL01 e Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per lo svolgimento di n. 3 progetti elaborati dal Ser.T., finanziati già nel 2011, è avvenuta la compiuta realizzazione nel dicembre 2014.

Avviene l’attuazione degli accordi che sono stati realizzati dal Ser. T. di Nereto anche per la creazione di corsie preferenziali con il Centro di Salute Mentale di Sant’Egidio alla Vibrata, sempre nella stessa ASL04 coincidente con la Provincia di Teramo.

## **REGIONE MOLISE**

I Servizi per le tossicodipendenze proseguono le collaborazioni con:

- Enti e Associazioni accreditate che si occupano di dipendenza (es. Associazione Regionale dei Club Alcologici Territoriali, Alcolisti Anonimi, Comunità di recupero accreditate e convenzionate con il Sistema Sanitario Regionale);
- Aziende ospedaliere o Reparti ospedalieri, per il ricovero di soggetti con Problematiche Alcol-Correlate (PAC) e/o provvedendo alla presa in carico dell’utenza ed al trattamento post-ospedaliero;
- Centri di Alcologia, attualmente non presenti entro il confine regionale;
- Case Circondariali per garantire consulenze e trattamenti ai detenuti ivi ristretti;
- l’Università del Molise per lo svolgimento del tirocinio teorico-pratico per assistenti sociali, psicologi e medici;
- Tribunale per adulti e per minorenni per la definizione e l’attivazione di programmi di osservazione e messa alla prova di soggetti con Problematiche Alcol-Correlate (PAC);
- Prefettura in merito ai soggetti segnalati per la violazione degli artt. 75 e 121 del DPR 309/90;
- Tribunale dei Minori per i soggetti segnalati in relazione all’andamento del trattamento e sul rispetto delle disposizioni date.

## **REGIONE CAMPANIA**

Sono molti i protocolli locali e gli accordi di partnership e collaborazione sanciti tra i Servizi Dipendenze e/o le UO alcologia delle ASSLL con i soggetti a vario titolo presenti sul territorio di competenza di ognuno (Terzo settore, gruppi AMA, Istituti Scolastici, Medici di Medicina Generale, Ospedali, Servizi sanitari di tipo specialistico, Forze dell’ordine, aziende, etc).

Di grande interesse, in tema di protocolli, è la costituzione di *gruppi di lavoro regionali*, ai quali collaborano: Università, Enti Ausiliari, Società scientifiche e Istituzioni.

Questi gruppi di lavoro lavorano soprattutto su due temi di vitale importanza quali: “*alcol e sicurezza sui luoghi di lavoro*” e “*alcol e codice della strada*”.

## **REGIONE PUGLIA**

Esistono, a livello locale, protocolli di collaborazione sottoscritti a livello di Piani di Zona tra EE.LL., Servizi sanitari pubblici e organizzazioni del Privato sociale.

## **REGIONE BASILICATA**

Protocolli di collaborazione con le Divisioni di Medicina e con il Dipartimento di Salute Mentale del Presidio Ospedaliero Unificato di Melfi e Venosa.

Convenzione con l'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento della Regione Basilicata (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

Approvazione del “*codice etico per la salute*” promosso dall'ASP, a cui hanno aderito Comuni, Provincia, Associazioni di gestori di locali ecc. Esso contiene una serie di raccomandazioni ed impegni per clienti e gestori stessi, finalizzate ad un consumo responsabile di alcol e a comportamenti di protezione della salute. Sperimentazione del “*codice etico per la salute*” nel territorio di competenza del Ser.T. di Potenza: Comune di Potenza e Comuni delle Aree Programma Alto Basento e Marmo-Platano-Melandro. (a.t. ex-ASL 2 Potenza).

Collaborazioni con UEPE, USSM, Comuni, Provincia, Regione.

## **REGIONE CALABRIA**

Il rapporto con i CAT, in alcune realtà aziendali, è stato formalizzato con apposito atto deliberativo, prevedendo uno specifico protocollo attuativo di collaborazione.

Esistono inoltre:

- un protocollo d'intesa fra l'ARCAT ed i Ser.T, formalizzato con atto deliberativo aziendale;
- alcune convenzioni tra Comunità Terapeutiche e AA.SS.PP. per la presa in carico di pazienti con problematiche alcol-correlate che necessitano di programma terapeutico residenziale.

## **REGIONE SICILIA**

- Nella ASP di Agrigento sono stati stipulati protocolli di collaborazione con la Casa Circondariale di Agrigento, la Casa di Reclusione di Sciacca e l'UEPE di Agrigento.

- Nella ASP di Palermo sono state stipulate convenzioni con la “Casa dei giovani “ e con “Opera Don Calabria”.

- Nella ASP di Siracusa è stato adottato un protocollo con il reparto di Medicina del P.O. di Augusta per il ricovero, monitoraggio e presa in carico multifattoriale degli etilisti.

- Nella ASP di Trapani è stato adottato un Protocollo di Collaborazione tra MIUR USR di Trapani, ed il DSM Area Dipendenze.

## **REGIONE SARDEGNA**

Il Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati lavora in rete mediante la definizione di procedure di collegamento e di protocolli specifici per le diverse aree di intervento, insieme con altri Servizi sanitari (MMG, Ospedali, Centri di Salute Mentale, Centro Trapianti, ecc.), socio sanitari (UVT, Comunità Terapeutiche, ecc.) ed Istituzioni (Comuni, Carcere, Tribunali, UEPE, ecc.); inoltre presta attività di informazione e consulenza per le scuole (C.I.C.).

Un protocollo d'intesa è stato stipulato tra - il Tribunale di Sorveglianza di Cagliari, l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Cagliari, il Dipartimento di Salute Mentale e il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol correlati e Gruppo operativo per le dipendenze da Alcol, Tabacco e Gioco d'Azzardo – per promuovere azioni di sensibilizzazione nei confronti della comunità locale rispetto al sostegno e al reinserimento di persone in esecuzione penale esterna; attraverso un percorso terapeutico di recupero e cura per la fruizione di misure alternative alla detenzione con la predisposizione di un Progetto individuale.

### **6.8. 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**

## **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine ed i gestori di Scuole Guida ai fini della sensibilizzazione ed informazione dei futuri patentati sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro accompagnati dalla distribuzione di etilometri tascabili.

## **REGIONE PIEMONTE**

### **AZIENDE SANITARIE LOCALI**

#### **ASL CN 1**

In provincia di Cuneo è attivo presso la Prefettura il “Gruppo Provinciale Interistituzionale per la prevenzione dei comportamenti a rischio”, con la partecipazione delle Forze dell'ordine, dei Consorzi Socio-Assistenziali, dei Ser.T e della Provincia. All'interno di tale Gruppo ci si confronta sui temi dell'abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol, e si tracciano strategie di sviluppo di interventi di prevenzione sul territorio anche in materia, per esempio, di Guida&Alcol.

È stato pubblicato, a cura del Gruppo Interistituzionale con la collaborazione anche della Motorizzazione, un opuscolo informativo che viene periodicamente aggiornato in base alle variazioni legislative, in cui sono dettagliate le conseguenze amministrative e penali sulla patente di guida determinate dalla contestazione degli art. 186 e 187 del codice della strada.

#### **ASL CN2**

Partecipazione a tavoli promossi dagli Enti Locali per le politiche relative ai consumi di alcool (produttori, commercianti, consumatori).

## **REGIONE LOMBARDIA**

Le azioni di prevenzione attivate nel territorio regionale, anche se numerose, rischiano di avere uno scarso impatto sul fenomeno se restano frammentate nel loro sviluppo territoriale. La Regione, attraverso il Piano di Azione Regionale (PAR), riorganizza le politiche territoriali comuni, in modo che si orientino gli interventi di prevenzione verso programmi scientificamente validati e riconosciuti dalla EMCDDA, organismo europeo di riferimento, nell'articolazione di prevenzione universale e selettiva indicata.

In concreto, intende proseguire nell'azione avviata secondo due direzioni: nella prima, dare continuità a quanto contenuto nei protocolli di collaborazione con istituzioni quali Scuola e Prefetture, e nella seconda ai Piani di Zona che vedono interagire localmente Comuni, ASL e Terzo settore. I Protocolli sottoscritti per le attività svolte nel 2014, sono stati complessivamente n. 12.

## **P.A. BOLZANO**

Con la collaborazione del centro specialistico "Forum Prevenzione" è proseguito l'accompagnamento di diversi Comuni dell'Alto Adige nell'organizzazione e nella conduzione di programmi preventivi, nella logica che i Comuni, in quanto spazi vitali immediatamente accessibili, offrono a bambini, giovani e adulti una base di partenza ideale per integrare in modo sostanziale, iniziative e progetti di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute.

E' stata anche monitorata la distribuzione dello specifico "KIT" contenente materiale informativo e proposte concrete di intervento a livello comunale per l'organizzazione di feste e balli che, alla fine del 2014, ha raggiunto 66 Comuni dei 116 esistenti, mentre 65 Comuni dei 116 hanno rilasciato un'ordinanza o misure contro l'abuso di alcol.

## **P.A. TRENTO**

E' stato stipulato un Protocollo di intesa con la Commissione Medica locale Patenti secondo il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a sottoporsi alla visita presso la stessa Commissione. Prima di compiere tale visita le persone fermate sono tenute a presentarsi presso i Servizi di Alcologia per una consulenza alcologica. In tale circostanza il Servizio di Alcologia competente per Distretto di residenza propone a tutti la frequenza ad un ciclo di 3 incontri in cui vengono illustrati ed analizzati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. La rilevanza della partecipazione a questo ciclo di incontri è convalidata dal fatto che alcuni giudici ne hanno stabilito l'obbligatorietà nelle loro sentenze per guida in stato di ebbrezza.

Protocollo d'Intesa con la Casa Circondariale di Trento con presenza una volta alla settimana di un operatore del Servizio di Alcologia presso il Carcere al fine di svolgere i colloqui richiesti.

Collaborazione proficua con l'UEPE per l'elaborazione di progetti che mettano in atto misure alternative al Carcere per persone condannate a pena detentiva.

Partecipazione alla sottocommissione alcol della Conferenza Stato-Regioni e collaborazione all'organizzazione della Conferenza Alcol di Trieste.

## **REGIONE VENETO**

Per quanto concerne le attività di collaborazione con le competenti Istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, Municipali e altre, nemmeno nel 2014 la dissuasione del consumo e della vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade è risultata un'area di intervento dei Servizi della Regione Veneto, così come non lo era stata negli anni precedenti.

Per quanto riguarda gli altri ambiti, se da un lato è confermato, nell'anno in esame, l'impegno nel promuovere le iniziative per sostenere e favorire il rispetto delle norme relative alla guida di autoveicoli da parte di tutte le Aziende Ulss attive nel 2013 (pari al 47,6% del totale), si registra una contrazione degli interventi in materia di pubblicità: solo il 14,3% delle Aziende dichiara ancora di collaborare con le competenti Istituzioni in tal senso.

Le iniziative più diffuse continuano a riguardare:

- la predisposizione di materiale informativo su alcol e guida;
- l'organizzazione di incontri informativo-educativi con studenti delle Scuole medie inferiori e degli istituti superiori riguardo agli effetti dell'alcol per la guida, alla normativa e alle sanzioni previste dal codice della strada, anche avvalendosi della metodologia della *peer-education*. Si segnala in particolare l'esperienza avviata con gli studenti di alcuni istituti alberghieri, per il duplice ruolo di realtà scolastica e di formazione per figure professionali che lavoreranno confrontandosi con le bevande alcoliche;
- l'attivazione di corsi rivolti alle persone segnalate per guida in stato di ebbrezza ed inviate per una valutazione clinica dalle Commissioni Mediche Provinciali Patenti;
- le misurazioni del tasso alcolemico all'uscita di numerosi locali notturni: discoteche, pub, ecc.;
- varie collaborazioni con Polizia municipale, Polizia stradale e altre Forze dell'ordine in specifiche situazioni/eventi o in forma più continuativa attraverso la condivisione di specifici progetti;
- l'approvazione di linee di indirizzo sul consumo di alcol, riferite in particolare alle bevande alcoliche utilizzate in occasione di sagre, feste paesane o di quartiere o regolamenti relativi al consumo di alcolici nei pubblici esercizi;
- la promozione di campagne di informazione riguardanti la vendita e la somministrazione di alcolici, a specifici *target* come i giovani, le donne in gravidanza e allattamento, anche attraverso la distribuzione di materiali informativi e le nuove tecnologie, volte a promuovere degli stili di vita sani e l'assunzione di comportamenti responsabili rispetto al consumo di alcolici;
- la realizzazione di incontri e di altre attività di vario genere rivolte alla popolazione in merito alle tematiche alcol correlate, in particolare durante il periodo di aprile, nel corso del "*Mese della prevenzione alcolologica*".

## **REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

Interventi informativi, soprattutto nelle Scuole, sul valore del tasso alcolemico e relativi effetti durante la guida di autoveicoli.

## **REGIONE LIGURIA**

Nell'ambito delle campagne contro l'abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti durante la guida, è proseguita la collaborazione tra personale sanitario e Polizia municipale.

I Servizi di Alcolologia effettuano inoltre consulenze urgenti e programmate su detenuti ristretti presso le Case Circondariali, presso i reparti ospedalieri e le Case di Riposo convenzionate per patologie alcol correlate. Collaborano inoltre con il Tribunale ordinario, il Tribunale per l'UEPE per gli affidi terapeutici alternativi alla carcerazione o per i trattamenti ordinati dai magistrati.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Sul territorio regionale sono attivi numerosi progetti di prevenzione e sensibilizzazione sui consumi di alcol che vedono lavorare insieme i Servizi sanitari, gli Enti Locali, le Forze dell'Ordine, le Autoscuole, le Associazioni di categoria dei locali di divertimento.

Sul tema della guida sicura, in particolare, sono proseguite le attività di corsi info-educativi di gruppo rivolti ai guidatori fermati per violazione dell'art.186 del Codice della Strada, inseriti nell'attività di valutazione chiesta dalle CML. Ogni anno circa 4000 guidatori della Regione frequentano questi corsi.

Nell'anno 2014 sono inoltre state ampliate le sperimentazioni di attività intensive di sostegno per i cittadini recidivi alla violazione dell'art. 186 del codice della strada. Nell'anno circa 150 guidatori hanno usufruito di queste specifiche attività.

Per quanto riguarda la collaborazione con le Autoscuole in favore dei cittadini che per la prima volta prendono la patente, dopo la sperimentazione nel 2013 di tre corsi di formazione sperimentali rivolti ai docenti delle Autoscuole attraverso una collaborazione con le loro Associazioni di categoria e l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale, si è concordato di formalizzare questa collaborazione attraverso la firma di un protocollo specifico.

## **REGIONE TOSCANA**

In merito alle disposizioni previste dalla Legge 125/2001, nel corso dell'anno 2014 sono state realizzate le seguenti attività:

- Prosecuzione dei lavori dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Stradale, istituito con la Legge regionale n°19 del 2011, che vede tra i suoi componenti anche il Centro Alcolologico Regionale con funzioni di consulenza tecnico-scientifica per quanto concerne le problematiche alcol correlate e gli incidenti stradali alcol correlati.

- Rapporti di collaborazione tra Regione Toscana, Aziende USL, Provveditorato Regionale, Amministrazione Penitenziaria per la Toscana, UEPE, Università, Enti locali e Associazioni di Volontariato in applicazione dei Protocolli di Intesa approvati con delibera n° 67 del 25 gennaio 2010.

- Collaborazioni tra Regione Toscana e competenti Servizi delle Aziende USL all'interno dei tavoli attivati dalle Prefetture della Toscana.
- Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Collaborazione con il Centro Collaboratore dell'OMS per la promozione della salute.
- Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di 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 per le attività del "*Mese di Prevenzione*".
- Collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).
- Collaborazione con le competenti Istituzioni centrali.
- Collaborazione con la Polizia municipale, con le Forze dell'Ordine, con le Province e i Comuni per la prevenzione e l'informazione in occasione delle manifestazioni locali.
- Collaborazione con i distaccamenti ACI presenti sul territorio al fine di lavorare in sinergia per la riduzione degli incidenti alcol correlati.

## **REGIONE UMBRIA**

Con la DGR n. 1423 del 3/9/2007 è stato adottato il "*Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza*".

## **REGIONE MARCHE**

Nell'anno di riferimento non sono state segnalate, da alcun Servizio territoriale, iniziative di collaborazione con le competenti Istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre.

Tuttavia nell'Area Vasta 2 Ancona i professionisti del STDP di Senigallia del DDP dell'AV2 hanno partecipato e collaborato con il Commissariato di Polizia per la realizzazione di un evento di confronto ed analisi sul fenomeno delle dipendenze patologiche anche da abuso di alcol, nel territorio. L'iniziativa, a cui hanno preso parte oltre 60 Agenti di Polizia è stata finalizzata alla conoscenza del Servizio ed al superamento di comportamenti stereotipati di carattere normativo/repressivo.

## **REGIONE ABRUZZO**

In merito alla collaborazione con le competenti istituzioni per il rispetto delle disposizioni in materia di tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli, è garantita la presenza del medico del Servizio di Alcologia quale componente della Commissione Medica Locale Patenti per la valutazione della persistenza dei requisiti psico-fisici nei guidatori segnalati per guida in stato di ebbrezza o problemi alcol correlati.

Anche per il 2014 è proseguita l'attività dei Servizi Alcologia, se inviati a consulenza dalla CML, nei confronti delle persone segnalate, con l'attivazione di specifici programmi rieducativi e di sensibilizzazione ai fini della sicurezza alla guida.

Sono stati realizzati anche corsi di informazione e di sensibilizzazione dei guidatori che hanno violato gli articoli 186-186 bis del Codice della Strada.

## **REGIONE CAMPANIA**

Attività di informazione e sensibilizzazione in campo alcolologico svolte dalle UUOO Ser.T delle diverse Aziende sanitarie territoriali in collaborazione con Amministrazioni comunali, Forze dell'Ordine, Associazioni del Terzo Settore e Associazioni di gestori di esercizi pubblici.

Collaborazione con le Prefetture, con l'ACI e la Polstrada per promuovere campagne di prevenzione degli incidenti stradali.

## **REGIONE BASILICATA**

Collaborazione con la Prefettura-UTG di Potenza in merito ad iniziative di informazione e prevenzione su temi legati all'alcol e ad altre sostanze d'abuso. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri - a.t. ex-ASL 3 Lagonegro - a.t. ex-ASL 2 Potenza)

Collaborazione con EE.LL. (Comuni afferenti all'area di competenza territoriale del Ser.T. di Villa d'Agri) mediante distribuzione sul territorio di volantini esplicativi sul tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli e sui danni e rischi legati all'uso/abuso di alcol durante la guida. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri)

## **REGIONE CALABRIA**

La collaborazione dei Servizi di Alcologia e delle *équipes* alcolologiche dei Ser.T con le Forze dell'Ordine si è concretizzata nelle attività delle Commissioni Medico Locali e nei progetti di prevenzione e informazione sui rischi derivanti dall'uso dannoso di alcol.

Diversi Comuni della Regione, in collaborazione con ACI e Aziende sanitarie, hanno effettuato iniziative pubbliche di sensibilizzazione come convegni e seminari.

I Servizi territoriali, in collaborazione con le Associazioni commercianti e barman, hanno attuato una "*campagna di informazione su alcol e guida*".

Un'Azienda Sanitaria provinciale, in collaborazione con un Comune, ha inoltre, realizzato una campagna di comunicazione: "*#Nonceladaibere Challenge Fotografico- Video*". Tale attività, aperta a tutti senza distinzione d'età, ha permesso la partecipazione *online*, attraverso la pubblicazione di foto utilizzando *Instagram* sulla pagina *facebook* d'*InOpera AC*.

L'obiettivo della campagna fotografica è stato di raffigurare un proprio modo di vedere il fenomeno dell'alcolismo, mettendo in evidenza che “*non bere*” conviene e che ci si può divertire e socializzare anche senza alzare il gomito.

## **REGIONE SICILIA**

Tutte le ASP collaborano con varie Istituzioni ed Associazioni per il rispetto di quanto previsto in materia di pubblicità, vendita e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

In tutte le ASP è assicurata la valutazione psicodiagnostica in occasione del ritiro di patente per il superamento del tasso alcolemico consentito per la guida.

Si segnalano collaborazioni con la POLSTRADA, la Polizia Municipale e le Prefetture.

## **REGIONE SARDEGNA**

Partecipazione al Progetto Nazionale del Dipartimento Nazionale antidroga “*Drug on Street*” Progetto “*Non fumarti la vita*”/Protocollo operativo “*Drugs on the street*”.

La durata prevista era di un anno, ha avuto inizio il 13 agosto 2013 e si è concluso in data 13 agosto 2014. Si è trattato di un progetto territoriale finanziato alla Regione Sardegna dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza Consiglio dei Ministri ed è stato realizzato insieme al Comune di Cagliari.

Il Progetto aveva come obiettivo generale quello di contrastare il fenomeno della guida in condizioni di alterazioni psicofisiche provocate da alcol e droghe e si è servito di una metodologia efficace al fine di eseguire gli accertamenti clinici e tossicologici relativi alle sostanze stupefacenti. Per la realizzazione del Progetto l'ASL di Cagliari ha provveduto a convenzionare un professionista laureato in medicina e chirurgia e specialista in psichiatria che ha fatto riferimento al Direttore del Ser.D di Cagliari.

Gli obiettivi principali del progetto erano:

- la prevenzione e il contrasto del fenomeno della guida in stato di alterazione psicofisica determinata dall'assunzione di bevande alcoliche o di sostanze stupefacenti;
- l'incremento dei controlli sul territorio da effettuarsi nei presidi, discoteche e locali notturni, con accertamenti clinico-tossicologici aventi valore medico-legale;
- realizzazione di controlli su strada (detti outdoor) eseguiti nel territorio del Comune di Cagliari in prossimità di posti di blocco delle Forze dell'Ordine con l'allestimento di un'area sanitaria attrezzata con autoambulanza e personale infermieristico;
- test clinici e tossicologici eseguiti, previo consenso informato, sui conducenti fermati dalle forze dell'ordine ai posti di blocco prestabiliti nelle ore notturne di fine settimana o dei giorni festivi e valutazione psichiatrica degli stessi;
- raccolta di *reports* con i risultati dei controlli effettuati.

## **6.9. Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro**

### **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Sviluppo e ampliamento delle attività di prevenzione dall'abuso di alcol negli ambienti di lavoro che prevede la concretizzazione di azioni coordinate ed integrate in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di lavoro con particolare riferimento all'abuso di alcol. Le attività vedono impegnati il Dipartimento di Prevenzione (U.B. Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, SPRESAL), il Dipartimento di Salute Mentale e il Ser.D. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **AZIENDE SANITARIE LOCALI**

##### **ASL TO 1**

Prosecuzione del progetto aziendale inerente accertamenti su lavoratori con problemi alcol correlati. Protocollo di invio dal medico competente per presa in carico, accertamenti sanitari, avviamento trattamento, Intervento Preventivo Breve (IPB), *counselling*.

##### **ASL TO2**

- Anche per il 2014 si è proceduto all'organizzazione di un percorso formativo obbligatorio dal titolo "*Approccio socio-occupazionale ai problemi di alcol dipendenza e altre dipendenze*

*patologiche*” all’interno dell’ASL rivolti ai lavoratori dell’ASL TO2 in collaborazione con la Medicina del Lavoro.

- Individuazione di protocolli mirati alla presa in carico di utenti inviati dal medico competente per accertamenti di secondo livello.

#### ASL AL

È stato recepito dalla ASL AL il protocollo aziendale per l’applicazione della normativa della 125/01 in ambito lavorativo tramite il lavoro del gruppo aziendale con accordo tra tutte le parti.

#### ASL CN1

Percorsi di collaborazione interaziendali tra il Ser.T. e i medici competenti per la definizione di percorsi condivisi sull’accertamento di assenza di alcol dipendenza.

#### ASL CN2

Accordi con i medici competenti relativi alle procedure sull’accertamento di assenza di alcol dipendenza.

#### ASL NO

È attivo il “*Percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio*” (DGR n. 21-4814 del 22/10/2012), procedura aziendale per lavoratori ASL NO.

#### ASL VC

Attivazione del protocollo Aziendale per l'applicazione della normativa della 125/01 in ambito lavorativo.

#### ASL VCO

Prosecuzione dell’attività del gruppo di lavoro aziendale per gli accertamenti in tema di lavoro e alcol (SOC Prevenzione e Protezione, SOC Medico Competente, SOC Laboratorio Analisi, SOC Ser.T, SOC Medicina Legale).

Collaborazione con le Strutture Operative Complesse aziendali “Prevenzione e Protezione” e “Medico competente” circa la definizione delle procedure aziendali ai fini degli accertamenti per il divieto di consumo di bevande alcoliche in ambito lavorativo.

### **REGIONE LOMBARDIA**

L’approccio innovativo del Piano di Azione Regionale è di voler stimolare l’assunzione di responsabilità di “cura” verso se stessi, nei luoghi di vita, di lavoro e più in generale della comunità e del territorio di appartenenza, superando le logiche tradizionali di controllo e di contenimento del fenomeno e di marginalizzazione delle problematiche connesse all’uso/abuso di sostanze. A tal fine si vogliono sviluppare strategie di “sicurezza” che superano la logica della gestione delle conseguenze del fenomeno (es. incidenti stradali, sul lavoro, degrado urbano) verso la corresponsabilizzazione di tutti gli attori, tanto nella prevenzione quanto nella gestione dei problemi quando si manifestano. Come noto, il fenomeno del consumo/abuso/dipendenza non è un problema solo dei giovani o di particolari ambienti sociali, ma è diffuso a tutte le generazioni e nei diversi ceti sociali. In tal senso si vogliono sviluppare azioni che siano promozionali della sicurezza e della cura nei luoghi di

lavoro attraverso azioni che sostengono le imprese nella realizzazione di programmi volti a supportare il benessere dei dipendenti e, con un sistema premiante per le aziende che si impegnano in questa direzione.

## **P.A. BOLZANO**

L'Ambulatorio "HANDS-Ser.D", Bolzano, ha provveduto all'aggiornamento del "Documento di valutazione di rischi e alla formazione obbligatoria sulla sicurezza e igiene sul lavoro" in collaborazione con l' Agenzia Progetto Salute di Trento.

## **P.A. TRENTO**

Prosegue da alcuni anni l'intervento di sensibilizzazione sui problemi alcol correlati nel corso base per i RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e i RSPP (Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione).

## **REGIONE VENETO**

Prosegue l'attività di prevenzione della salute e di educazione sanitaria in diverse realtà lavorative presenti nel territorio regionale, con incontri proposti a tutti i lavoratori o rivolti a figure specifiche come, ad esempio, datori di lavoro, referenti di Associazioni di categoria, responsabili del personale per la prevenzione dei rischi infortunistici alcol correlati e delle malattie professionali, capi reparto, referenti e delegati sindacali.

Si è invece concluso il 31/12/2014 il progetto nazionale «*R.E.L.I. - promozione e realizzazione di un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazioni produttive e gruppi di coordinamento territoriali*» che ha permesso l'avvio di diverse iniziative, attraverso l'attivazione di tirocini e borse lavoro, anche nel territorio del Veneto.

Altre azioni nei luoghi di lavoro sono state realizzate all'interno di iniziative di più ampia portata, come «Guadagnare Salute» e «Alcol, non solo cura ma cultura».

A livello informativo, in alcuni territori continuano ad essere predisposti e distribuiti materiali informativi sui rischi legati all'uso di alcol durante l'attività lavorativa.

Si consolida l'attività inerente gli accertamenti di assenza di alcol-dipendenza per le categorie di lavoratori con mansioni a rischio inviate dai Medici Competenti; anche se, rispetto alla vastità del fenomeno del consumo e dell'abuso di alcol, si registra una quantità contenuta di segnalazioni e di invii.

Una maggiore applicazione della normativa in vigore e la definizione di linee guida relative agli accertamenti per l'alcol, come già accaduto per le sostanze stupefacenti, si presume consentiranno un'ulteriore crescita degli invii nei prossimi anni.

L'aspetto della valutazione per l'idoneità lavorativa favorisce la collaborazione con i Medici Competenti e, in alcune realtà, sono stati predisposti dei corsi di formazione rivolti a queste specifiche figure sull'identificazione e la diagnosi di patologie e problemi alcol correlati.

L'attenzione posta nella valutazione per l'idoneità lavorativa contribuisce, in alcuni casi, anche alla diffusione di altri interventi, come ad esempio colloqui informativi individuali sui rischi dell'uso di alcol in ambito lavorativo e la presa in carico e la cura dei soggetti che presentano una dipendenza dalle sostanze alcoliche.

Se da un lato si registra un calo degli infortuni mortali nei luoghi di lavoro, dall'altro l'attenzione a tale problematica sembra meno elevata che negli anni precedenti: invariato invece l'impegno dei Servizi alcolologici del territorio Veneto che proseguono in diversi casi la collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, gli S.P.I.S.A.L. ed i S.I.L. attraverso la sottoscrizione di protocolli, la condivisione di progetti e l'operatività comune.

## **REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

- Incontri a cadenza trimestrale, durante tutto l'anno solare, in tema di alcol e lavoro al Reggimento "Piemonte cavalleria" dell'Esercito Italiano accasermato presso la sede di Villa Opicina (Trieste).
- Predisposto un documento informativo congiunto nell'ambito del Comitato Consultivo Provinciale, in collaborazione tra ASS, INAL e Confindustria.
- Effettuato un corso di informazione rivolto ai Dirigenti Aziendali presso la sede della Confindustria di Trieste.
- Corso per lavoratori ponteggi palchi eventi pubblici su PPAC, ENFAP.
- Progetto "Ulisse". Interventi informativi nei confronti dei lavoratori della "Fincantieri" di Monfalcone.
- Valutazioni di utenti inviati dai Medici Competenti per problemi alcol-correlati evidenziati in ambito lavorativo.
- Nel mese di dicembre 2014 il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS4 in collaborazione con la Cooperativa Sociale "Vladimir Hudolin" ha effettuato presso la Sede dell'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente) a Palmanova 3 cicli di formazione e prevenzione sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Protocollo provinciale ASS6.

## **REGIONE LIGURIA**

Per adempiere alla normativa vigente, la Medicina Preventiva ha avviato un piano di informazione, formazione e *counseling* del personale in tema di alcol e lavoro e ha predisposto il necessario per attuare test alcolimetrici nei casi previsti.

Inoltre il medico competente, nell'espletamento della sorveglianza sanitaria, assolve a due funzioni nei confronti del lavoratore:

- 1) funzione di tipo preventivo: finalizzata alla tutela della salute del lavoratore e nel caso dell'alcol anche alla salvaguardia della sicurezza, incolumità e salute di terzi, siano essi lavoratori o pazienti/utenti; ciò è necessario per ottenere il giudizio d'idoneità alla mansione specifica;
- 2) funzione di promozione della salute individuale in sede di visita medica, che va dal rilascio di semplici informazioni sull'alcol e sui rischi connessi al suo consumo, a interventi brevi, finalizzati alla modifica dei comportamenti, in caso di lavoratori con consumo a rischio o dannoso, fino all'invio presso i Servizi specialistici.

Per la sorveglianza sanitaria ci si avvale di accertamenti mirati a valutare il consumo alcolico del lavoratore ed eventuali alterazioni degli esami ematochimici specifici come l'emocromo (valutazione MCV) e la funzionalità d'organo (ALT, AST, GGT).

Durante la visita medica di idoneità, sia preventiva che periodica, viene effettuato un colloquio con il dipendente circa il consumo di alcol nelle abitudini quotidiane.

In base alla valutazione degli esami di laboratorio e al colloquio può essere ipotizzata la valutazione di II° livello.

La periodicità annuale stabilita, come previsto dal T.U. 81/2008, viene valutata dal medico competente in base ai dati anamnestici, clinici e di laboratorio emersi nel corso della sorveglianza sanitaria.

Nel prosieguo dell'attività medico competente si istituirà l'*AUDIT* con questionario, sia in fase di visita preventiva che periodica.

Nel 2014 si è svolto il corso di formazione "*Alcol e Lavoro*", rivolto al personale sanitario ospedaliero (5.000 dipendenti), finalizzato ad informare sui rischi di consumo di bevande alcoliche negli ambienti di lavoro e ad introdurre la nuova norma che prevede per gli stessi la totale sobrietà. Il fine è sia la sicurezza dei pazienti, che saranno certi della sobrietà dei medici e di tutto il personale sia promuovere stili di vita corretti tra il personale ospedaliero.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Dopo la conclusione di un progetto regionale di ricerca-azione a cui hanno partecipato tutte le AUSL della Regione e che aveva consolidato la collaborazione tra Servizi Dipendenze e Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, è proseguita nei diversi territori l'esperienza di offrire ai luoghi di lavoro occasioni di promozione della salute sui diversi stili di vita, a partire dal consumo di alcol e di tabacco.

L'obiettivo è promuovere nei luoghi di lavoro, attraverso i soggetti aziendali della prevenzione, interventi di miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute.

Per fare questo, si è valutato strategico sostenere un ruolo attivo del medico competente nell'orientare i lavoratori verso scelte e comportamenti favorevoli alla salute e nel contrastare stili di vita dannosi quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e di altre sostanze, l'alimentazione non corretta, la sedentarietà, la mancata adesione a programmi di screening, ecc.

Un progetto di formazione sull'approccio motivazionale al cambiamento degli stili di vita ha coinvolto nel 2014 un gruppo consistente di Medici Competenti risultando particolarmente gradito.

Questa impostazione guiderà la compilazione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione per il *setting* "Ambienti di Lavoro".

## **REGIONE TOSCANA**

Nel corso del 2014 sono state promosse, progettate e in parte realizzate le seguenti attività:

- Protocollo sulla prevenzione dei rischi alcol correlati in ambito lavorativo con il Dipartimento di Prevenzione (Asl 2 Ser.T Lucca).

- Progetto in collaborazione con il Dipartimento Prevenzione e Medicina del Lavoro su Alcol e Lavoro (Asl 4 Ser.T Prato).
- Dalla fine dell'anno 2008 divieto di somministrazione di bevande alcoliche presso la mensa aziendale dall'ASL 7 di Siena e presso l'Ospedale Campostaggia di Poggibonsi. Stabile la collaborazione con il Servizio di Medicina del Lavoro (Asl 7).
- Il Ser.T della Valtiberina, avvalendosi anche del risarcimento socio-lavorativo per promuovere il recupero delle competenze lavorative, sociali e relazionali da parte dei pazienti con problemi alcol correlati, ha negli anni instaurato produttivi rapporti con alcune realtà economiche del territorio, dove vengono svolte costanti sensibilizzazioni sui danni e i rischi del consumo di alcol sul luogo di lavoro (Ser.T Valtiberina ASL 8).
- Rassegna M&M intervento degli operatori del Ser.T della Valtiberina dal titolo "*Rischio di infortunio per pazienti tossicodipendenti e alcolisti che effettuano un reinserimento sociolavorativo*"
- Collaborazione con la Medicina del Lavoro, con la Medicina Legale, con i Servizi di Sicurezza sui luoghi di lavoro.
- Continuazione del progetto "*Alcol e Sicurezza nei luoghi di lavoro*", in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze, Medicina del Lavoro, Medici Competenti e Laboratorio Analisi. Tale progetto è volto alla rilevazione e valutazione dell'abuso alcolico nei lavoratori edili del territorio della provincia di Arezzo (Asl 8).
- Adozione delle linee guida regionali e aziendali.
- Progetto "*Non uno di meno*" Ser.T zona sud est 1 e sud est 2 (Asl 10)
- Partecipazione e/o realizzazione di progetti locali per l'informazione e la sensibilizzazione dei lavoratori (ad esempio Progetto Euridice-ASL 10).
- Messa in opera delle procedure per accertamenti sanitari di assenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti con mansioni a rischio per la sicurezza e l'incolumità propria e di terzi. (Ser.T Empoli Asl 11).
- Partecipazione dell'UF Ser.T di Viareggio ad iniziative finalizzate a ridurre il rischio dei problemi alcol correlati nei luoghi di lavoro e nei contesti di aggregazione giovanile attraverso progetti locali versiliesi quali "*Non la bevo ...*" e "*Guadagnare Salute in 4 mosse*" e progetto regionale "*Divertirsi guadagnando salute*" (Ser.T Viareggio ASL 12).
- Gruppo regionale "*RISCHI ALCOL CORRELATI IN AMBIENTE DI LAVORO*".

## **REGIONE UMBRIA**

Sono stati realizzati progetti ed iniziative a livello locale, entro la cornice del Piano Regionale della Prevenzione.

## **REGIONE MARCHE**

Molto diffuse nell'intero territorio le iniziative e/o progetti adottati in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

Tutti i Servizi, ai sensi della DGR 603/09 "*Recepimento intesa Stato Regioni in materia di prevenzione, sorveglianza sanitaria e accertamento tossicodipendenza e/o assunzione*

*sostanze stupefacenti e psicotrope in lavoratori addetti a mansioni a rischio*”, effettuano accertamenti di tossicodipendenza e/o assunzione di stupefacenti e di sostanze psicotrope in lavoratori addetti a mansioni a rischio.

Nello specifico è bene segnalare la collaborazione con i medici competenti nei territori di Pesaro, Civitanova Marche, Senigallia e Ancona.

A Macerata inoltre è attualmente in fase di realizzazione il Progetto *Matchbook “Alcol e lavoro”* che ha come obiettivo quello di informare i lavoratori sui rischi connessi all’uso/abuso di alcol sul lavoro.

Nel territorio del fermano, nell’ambito del progetto *“Team Territoriale di Prevenzione”* è in atto da tempo una collaborazione tra i giovani industriali di Confindustria e il DDP dell’AV 4 di Fermo per la realizzazione di un intervento nei luoghi di lavoro, in quanto considerati *“setting d’elezione”* per i progetti di prevenzione, al fine di migliorare lo stato di salute dei lavoratori, per ridurre gli infortuni sul lavoro e l’assenteismo, fenomeni con danni diretti alle aziende in termini di produttività e che, di conseguenza, influiscono in generale sul sistema economico del Paese. All’interno dell’intervento è stata progettata e realizzata un’indagine rivolta ai lavoratori ed ai datori di lavoro delle realtà industriali presenti sul territorio per rilevare i bisogni nei contesti lavorativi in tema di promozione di stili di vita sani e anche di prevenzione di comportamenti di uso/abuso di sostanze psicoattive. Sono stati, inoltre, predisposti e stampati materiali pensati e destinati ai contesti lavorativi.

Infine, nel 2014, la Regione Marche ha aderito al Progetto nazionale *IPIB “Formazione su identificazione precoce e intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nell’assistenza sanitaria di base”* finalizzato all’implementazione delle conoscenze, attitudini, abilità e motivazioni degli operatori sanitari che operano nei contesti di lavoro e nell’assistenza primaria al fine di identificare e valutare persone con comportamento a rischio e, eventualmente, indirizzarle ai centri specialistici.

Alcuni Servizi si avvalgono di specifici Protocolli con il Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche.

## **REGIONE LAZIO**

Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio ha attuato mediante screening il rilevamento della presenza di disturbo da uso di alcol nel personale dell’Azienda Policlinico Umberto I. Inoltre il CRARL ha svolto consulenze con la medicina competente per il trattamento e la riabilitazione dei dipendenti dell’Azienda che presentano abuso o dipendenza da alcol.

L’Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini ha attuato consulenza e collaborazioni con la Medicina Competente per cura e sorveglianza dei dipendenti dell’Azienda che presentano abuso o dipendenza da alcol.

L’ASL RMH ha svolto valutazioni di secondo livello per la Medicina del Lavoro.

L’ASL RMG ha svolto valutazioni e accertamenti di primo e secondo livello per categorie di lavoratori a rischio.

## **REGIONE ABRUZZO**

I Servizi interessati all'attività alcolologica, nell'ambito del progetto di Prevenzione Regionale "*Guida senza alcol*", hanno realizzato momenti informativi/formativi con il coinvolgimento dei Medici Competenti.

## **REGIONE MOLISE**

Nei Servizi per le Tossicodipendenze sono presenti attività di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche legate all'uso di alcol sia per i lavoratori sia per i familiari che si rivolgono alla struttura.

## **REGIONE CAMPANIA**

Particolarmente importante da menzionare sono i protocolli di istituzione dei *Gruppi di Lavoro Regionali*, ai quali collaborano: Università, Enti Ausiliari, Società scientifiche e Istituzioni. Questi GdL trattano come tematica di interesse "*L'alcol e la sicurezza sui luoghi di lavoro*".

## **REGIONE BASILICATA**

Diversi interventi congiunti con l'U.O.C. di Medicina del lavoro in ambito lavorativo sul tema alcol e lavoro (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro - a.t. ex-ASL 2 Potenza).

Attuazione progetto informativo teso a far conoscere in ambiente lavorativo i rischi e i possibili danni legati all'uso dell'alcol attraverso anche la produzione e distribuzione di un opuscolo informativo, prodotto da questo Ser.T., denominato: "*Salute e Lavoro*" (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri).

Corso di formazione aziendale sulla sicurezza dei lavoratori (D.LGS. 81/08 – SANITA').

Presa in carico dei lavoratori risultati positivi agli esami effettuati in adesione alla Legge: "*Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, applicative del Provvedimento della Conferenza Unificata n. 99/CU del 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)*", (a.t. ex-ASL 1 Venosa).

## **REGIONE CALABRIA**

Sono stati realizzati controlli specialistici su soggetti sottoposti a sanzioni previste dal Codice della Strada, su indicazione della Commissione Medica Locale.

Come negli anni precedenti, anche nel 2014 sono stati attuati programmi specialistici su soggetti inviati dal Medico Competente per problematiche alcol-correlate.

Tali programmi hanno riguardato:

- Campagne di sensibilizzazione sul consumo di bevande alcoliche;
- Percorsi formativi per gli operatori SPISAL E MC;
- Interventi educativi con Associazioni ed imprese;
- Individuazione ed implementazione rete laboratori per gli accertamenti;
- Controlli sui cantieri;
- Controlli sulle cartelle sanitarie e di rischio.

## **REGIONE SICILIA**

Controlli periodici sul personale a rischio (autisti) in applicazione dell'Accordo S-R del 18/9/08 in materia di accertamento sui lavoratori addetti a mansioni rischiose per sé e per gli altri.

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

## **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.D., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

## **REGIONE PIEMONTE**

Negli ambulatori Ser.T. e nei Servizi di Alcologia dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, che svolgono attività per la presa in carico di persone alcoldipendenti, vengono erogati gratuitamente sia farmaci *anticraving* come il Sodio Oxibato (Alcover<sup>®</sup>) sia avversivanti come il Disulfiram.

## **REGIONE LOMBARDIA**

Le cure ambulatoriali e residenziali di soggetti con diagnosi di dipendenza alcolica fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono quindi a totale carico del Servizio Sanitario Regionale senza alcuna spesa per gli assistiti.

## **P.A. BOLZANO**

Le terapie farmacologiche utilizzate nelle disintossicazioni ambulatoriali, terapie *anticraving* e antiabuso, vengono somministrare direttamente dal personale medico e/o infermieristico e vengono fornite dalla Farmacia ospedaliera. Gli interventi erogati, per quello che concerne la disintossicazione a livello ambulatoriale, riguardano:

- l'approvvigionamento e la somministrazione di farmaci all'utenza
- l'effettuazione di alcoltest (BAC tramite espirato) per pazienti in trattamento con avversivanti o alcolmimetici, l'assistenza al medico nelle applicazioni di agopuntura del padiglione auri-colare (Acudetox).

## **P.A. TRENTO**

- Etilox prescrivibile a carico del SSN.
- Altri farmaci anticraving.

## **REGIONE VENETO**

I trattamenti farmacologici antiabuso (o *anticraving*), nel 2014, sono stati erogati direttamente presso le sedi dei Servizi alcolologici Veneti nella totalità dei casi, per l'attività di trattamento terapeutico e cura dei pazienti con problemi alcol correlati.

Nell'76% dei casi i farmaci si somministrano su prescrizione medica rilasciata dal personale medico operante all'interno della struttura e/o di altri medici prescrittori.

I farmaci vengono acquisiti dalle farmacie ospedaliere interne con distribuzione diretta ai pazienti in carico.

La consegna della terapia farmacologica viene effettuata direttamente ai pazienti in ambulatorio, ai familiari e/o al personale delle Comunità terapeutiche che collaborano nella gestione dei percorsi terapeutici individualizzati.

L'organizzazione dei Servizi Alcolologici ha previsto la distribuzione/somministrazione dei farmaci da parte di personale infermieristico presso gli ambulatori dei Servizi stessi su prescrizione medica. Il personale si occupa anche, sempre su prescrizione medica, del monitoraggio clinico-laboratoristico del trattamento farmacologico.

L'erogazione dei farmaci, con i relativi controlli e monitoraggio, non comporta alcun onere economico per i pazienti, poiché è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Ulteriori modalità di erogazione dei farmaci riguardano la possibilità di effettuare:

- specifiche terapie disintossicanti e di prevenzione della sindrome astinenziale in regime ambulatoriale di tipo protetto anche con terapie farmacologiche infusionali e sorveglianza clinica;

- le terapie a domicilio e/o in affido, anche con il coinvolgimento di familiari o altre persone di riferimento.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

I trattamenti farmacologici sono a carico del Servizio Sanitario Regionale e vengono assicurati dai Servizi di Alcolologia dei Dipartimenti delle Dipendenze.

## **REGIONE LIGURIA**

La somministrazione dei farmaci antagonisti dell'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

I medici dei Servizi utilizzano, quando opportuno, farmaci avversativi (Disulfiram) e farmaci contro il *craving* dell'alcol (Naltrexone), come dalle recenti evidenze scientifiche. Viene utilizzato anche in fase di disintossicazione il farmaco agonista (GHB) per brevi e monitorati periodi di trattamento.

La somministrazione dei farmaci avviene nella sede dei NOA o su prescrizione medica. La somministrazione e l'andamento della terapia farmacologica vengono comunque sempre monitorati dai medici del Servizio nei modi e nei tempi concordati.

Vengono effettuati gratuitamente esami ematochimici per le patologie alcol correlate.

Per assicurare l'erogazione diretta dei farmaci per terapie antiabuso o anticraving dell'alcolismo, alcune strutture garantiscono l'erogazione diretta e la somministrazione gratuita dei farmaci antagonisti per l'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol, vengono inoltre effettuati gratuitamente esami ematochimici per le patologie alcol correlate e per le sue complicanze.

E' stato avviato in modo costante e continuativo il protocollo con Acudetox (protocollo di agopuntura auricolare per il trattamento delle dipendenze) avviando anche la raccolta dati prevista. Sono stati superati complessivamente i 180 trattamenti, con il livello di soddisfazione utente previsto.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

La Regione Emilia Romagna prevede che i farmaci per il trattamento dell'alcolismo vengano erogati direttamente dai Servizi Dipendenze Patologiche e dai Presidi Ospedalieri.

## **REGIONE TOSCANA**

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte di tutte le *équipes* alcolologiche territoriali e dei Servizi Alcolologici Ospedalieri, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

## **REGIONE UMBRIA**

La Regione Umbria ha inserito i farmaci per la terapia antiabuso nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale, come farmaci destinati ai Servizi territoriali ed ospedalieri (Fascia C). Inoltre è garantita, da parte dei Servizi di Alcologia, l'erogazione delle terapie farmacologiche in modalità gratuita.

## **REGIONE MARCHE**

Tutti i Servizi pubblici per le Dipendenze della Regione Marche somministrano farmaci specifici per la terapia antiabuso ed *anticraving* alcolico.

I principali farmaci sono: sodio oxibato, disulfiram, acamprosato, nalmefene ed antaxone.

Per ciò che attiene il sodio oxibato alcuni Servizi somministrano il farmaco solo in pazienti in fase di acuzie e/o in appoggio.

Sono utilizzate anche terapie psicofarmacologiche come antidepressivi, ansiolitici e neurolettici atipici. Accade, in alcuni casi, che queste specifiche terapie siano prescritte in collaborazione con i Servizi territoriali per la Salute Mentale.

Tutte le somministrazioni sono ovunque erogate presso i Servizi pubblici per le Dipendenze Patologiche e in casi particolari dati in affidamento al paziente stesso o a suoi familiari.

Diffusa è la collaborazione con i MMG.

La collaborazione con le Farmacie, per contro, è in essere soltanto nei territori di Ancona, di Fermo e parzialmente (solo per alcuni farmaci) in quello di Senigallia.

## **REGIONE LAZIO**

Tutte le Unità Alcologiche presenti nella Regione Lazio prescrivono e somministrano terapie antiabuso e *anticraving* con farmaci soprattutto a livello ambulatoriale.

Per adempiere a tale funzione si ricorre all'ausilio di protocolli farmacologici secondo quanto riportato dalla comunità scientifica.

I farmaci che vengono generalmente impiegati, per la prevenzione delle ricadute, sono il Disulfiram, il Sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico, l'Acamprosato, il Naltrexone.

Il Centro di Riferimento Alcolico della Regione Lazio (CRARL) nel 2014 ha segnalato sia all'AIFA che alla Regione Lazio, la necessità di inserimento di nuovi farmaci; inoltre ha evidenziato la necessità che farmaci psichiatrici possano essere prescritti da medici dei Servizi di Alcologia.

## **REGIONE ABRUZZO**

Nella Regione Abruzzo i Servizi deputati, dispensano gratuitamente ed in modo controllato farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo, nonché farmaci utili per la disassuefazione ed il mantenimento della sobrietà.

## **REGIONE MOLISE**

Per gli utenti del Ser.T. tutti i trattamenti con farmaci antiabuso e anticraving e tutte le prestazioni di carattere psicologico e sociale sono erogate dal Sistema Sanitario Regionale senza il pagamento di ticket.

## **REGIONE CAMPANIA**

- I Servizi delle AASSLL garantiscono il trattamento con farmaci antiastinenziali e anticraving quali l'alcover e l'acamprosato.

- Si registra anche uno studio in corso per quanto riguarda l'eventuale adozione di altri protocolli terapeutici farmacologici, ad esempio anche coadiuvanti a un miglioramento del controllo del *binge drinking*, nonché l'offerta di trattamenti diversificati nell'ambito della presa in carico personalizzata e multi professionale (adeguatezza della prescrizione degli antipsicotici).

## **REGIONE PUGLIA**

Tutte le AA.SS.LL. pugliesi assicurano, in forma coordinata con altri Servizi specialistici, l'erogazione di terapie *anticraving* dell'alcolismo, a totale carico del SSR.

In particolare nella ASL BA si è attivata una sperimentazione su un farmaco contenente il principio attivo "Acamprosato" per il mantenimento dell'astinenza in pazienti alcolodipendenti.

## **REGIONE BASILICATA**

Erogazione, sotto controllo medico ed in forma gratuita, dei farmaci per terapie antiabuso ed *anticraving* presso i Servizi Alcolologici.

## **REGIONE CALABRIA**

Nella Regione Calabria i farmaci per il trattamento dell'alcolismo vengono erogati direttamente dai Servizi di Alcologia e dai Ser.T.

I farmaci sono a carico del Servizio Sanitario Regionale.

## **REGIONE SICILIA**

I farmaci sono dispensati prevalentemente e direttamente dai Ser.T a carico del S.S.R.

## **REGIONE SARDEGNA**

La definizione e l'attuazione di programmi terapeutici individualizzati per i pazienti in carico ai Ser.D e al Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati, comprende: terapia farmacologica, sostegno psicologico, psicoterapia individuale e di gruppo, interventi di

Servizio sociale, assicurando la somministrazione gratuita delle terapie antiabuso o anticraving dell'alcolismo.

Tutti i Ser.D della Regione Sardegna somministrano ed eventualmente affidano la terapia antiabuso e anticraving dell'alcolismo, implementando quindi la somministrazione e distribuzione diretta dei farmaci per la disassuefazione (GHB, Acamprosato) e di farmaci avversivanti (Disulfiram).

### **6.11. Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001**

#### **REGIONE PIEMONTE**

- **Progetto “Alcol e Marginalità”** (ASL Novara in collaborazione con il Gruppo Abele di Verbania e l'ACAT Novarese).

Il progetto ha mirato ad assicurare un'adeguata assistenza e tutela a una fascia specifica e sempre più ampia di soggetti in carico alla SSVD - Alcologia dell'ASL “NO”, quelli definibili “*a basso funzionamento sociale*” e “*multiproblematici*”: soggetti, cioè, che presentano, associate fra loro, alcune o più spesso molte delle seguenti caratteristiche:

- scarse/insufficienti competenze nella gestione del quotidiano (igiene, alimentazione, spese, ecc.);
- presenza di sintomatologia fisica e psichica di media/grave entità;

- scarsa o inesistente rete familiare o sociale;
- insufficienti competenze nella relazione con la rete dei Servizi;
- assenza di dimora o precarietà dell'alloggio;
- alta frequenza di disturbi psichiatrici e/o di personalità;
- eventuali difficoltà linguistiche o “gap” culturali/relazionali (immigrati);
- stato di detenzione, in assenza di riferimenti territoriali.

Sono utenti particolarmente gravosi dal punto di vista assistenziale e che soprattutto richiedono forme di approccio e di assistenza sostanzialmente differenziate e innovative rispetto a quelle ordinariamente assicurabili dai Servizi pubblici per le tossico-alcol-dipendenze, tradizionalmente tarati e strutturati, nel corso degli anni, su tipologie diverse di utenza.

Il progetto ha avuto inizio a febbraio 2013 e si è concluso a marzo 2014.

Nei dodici mesi, il progetto “Alcol e marginalità” ha permesso l'**assistenza socio-sanitaria**, nei modi sopra indicati, di un totale di **70 soggetti**.

Ai fini della **valutazione di risultato**, si ripresentano gli obiettivi specifici e gli indicatori coi relativi standard.

#### **Obiettivo specifico 1:**

Potenziare l'offerta di interventi di cura differenziati e specializzati per i soggetti destinatari, ad integrazione degli interventi istituzionali già assicurati dal Servizio di Alcolologia.

*Indicatore: rapporto n. soggetti inseriti in percorsi di cura differenziati e n. soggetti destinatari progetto*

*Standard minimo: rapporto  $\geq 2/3$*

Il progetto ha inserito in percorsi di cura differenziati n. 55 soggetti su n. 70 soggetti destinatari del progetto (alcolodipendenti, definibili “a basso funzionamento sociale” e multiproblematici).

Il rapporto è pertanto soddisfatto.

#### **Obiettivo specifico 2:**

Potenziare la capacità dei soggetti destinatari di fruire in modo adeguato dei Servizi sanitari e sociali.

*Indicatore: rapporto n. soggetti fruitori servizi sanitari e sociali e n. soggetti in percorsi di cura differenziati*

*Standard minimo: rapporto  $\geq 1/2$*

Il progetto ha visto n. 38 soggetti fruitori di servizi sanitari e sociali su n. 55 soggetti in percorsi di cura differenziati.

Il rapporto è soddisfatto.

Gli standard minimi da raggiungere entro il termine del progetto sono risultati soddisfatti.

Per quanto attiene **gli sviluppi** dell'iniziativa intrapresa va sottolineato che, grazie ai riscontri positivi ottenuti, il progetto potrà continuare la propria attività con finanziamento dell'ASL NO, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, nell'ambito del Piano Locale delle Dipendenze, con la collaborazione dell'Associazione Gruppo Abele di Verbania – sede di Arona e dell'ACAT Novarese.

Quanto realizzato potrà quindi continuare a produrre risposte in forma sinergica per le persone e le famiglie coinvolte in problemi alcol correlati ed in particolare per chi esprime “*basso funzionamento sociali e multiproblematicità*”.

### ➤ **Progetto “RiNascita donne”**

La S.C. Dipendenze del ASL AT è soggetto attivo del tavolo di lavoro inter - servizi per la realizzazione del progetto “RiNascita donne”.

Tale progetto prevede l’attivazione di una **Comunità terapeutica per donne** con patologia da dipendenze in integrazione tra Ser.T, Privato Sociale e Servizi Socio Assistenziali del territorio.

Questo percorso, iniziato nel 2006, ha lo scopo di:

- Individuare nuove modalità di cura delle donne alcol e tossicodipendenti considerando l’identità di genere come causale del trattamento e cioè l’esigenza di differenziare il trattamento in quanto gli attuali modelli di cura ancora orientati al maschile, non forniscono prestazioni appropriate alla specificità dei problemi.
- Favorire e incrementare la collaborazione tra Enti Pubblici e Privato Sociale in modo che i diversi soggetti, istituzionali e non, si riconoscano nelle finalità comuni da raggiungere attraverso le rispettive competenze.
- Rendere possibile l’utilizzo dell’immobile confiscato alla mafia sito in Frazione S. Maria di Moncalvo (AT), attualmente in fase di ristrutturazione, come sede della comunità valorizzandolo sia come luogo di protezione e cura per i soggetti svantaggiati che come strumento educativo di promozione della cultura della legalità. Alla cascina è stato dato il nome “Cascina Graziella” in memoria di Graziella Campagna vittima di mafia.

Le connessioni tra cura e cultura delle legalità, tra integrazione e responsabilità, tra partecipazione progettuale e politica volta all’uso del bene confiscato, hanno determinato la definizione di obiettivi e di azioni da intraprendere attraverso la messa in comune dei diversi saperi, delle competenze e delle risorse di ciascun attore sociale.

Il protocollo d’intesa, firmato a MONCALVO (AT) il 20 DICEMBRE 2006 da 13 enti del pubblico e del privato sociale sancisce questi intenti.

### ➤ **Progetto “UP2Peer: Peer e media Education Vs rischio alcol correlato per la prevenzione degli incidenti stradali” (ASL VERBANIA)**

#### PREMESSA

Nei territori del VCO e del Cantone Ticino, tra le diverse agenzie attive nell’ambito della prevenzione dei comportamenti a rischio tra giovani e adolescenti, si è affermata in questi ultimi anni una metodologia di intervento che prevede sinergie tra il pubblico e il privato e l’adozione di strumenti educativi innovativi rivolti in particolare alla valorizzazione delle potenzialità e delle competenze comunicative delle giovani generazioni, finalizzate agli obiettivi di promozione della salute.

Un proposito concepito anche come un’occasione per esplorare i rischi e le opportunità del *web* utilizzando alcuni dispositivi che lo sviluppo della tecnologia hanno reso disponibili, in particolare per quanto riguarda i *media*, le piattaforme dei *social network* e le connessioni digitali.

**Le competenze dei partner del progetto:**

La partnership del progetto coniuga competenze in ambito di prevenzione socio-sanitaria, connesse in particolare al rischio alcol correlato, e competenze educative nell'ambito della *peer education* e delle dinamiche del piccolo gruppo, di *marketing* e comunicazione, sui *media* e sulle nuove tecnologie digitali e di ICT. I partner del progetto si propongono peraltro di far transitare in ambito della promozione della salute, e con fini preventivi, conoscenze e strumenti resi disponibili dallo sviluppo delle tecnologie digitali e dall'evoluzione dei linguaggi mediali.

**L'ambito socio-sanitario** (il tema del rischio alcol correlato):

Il patrimonio di competenze in ambito sanitario è garantito dalla presenza nel progetto, per quanto riguarda il versante italiano, di due soggetti in particolare che si riferiscono al Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL VCO, una struttura dell'Azienda Sanitaria Locale che ha lo scopo di gestire percorsi e processi di recupero di soggetti affetti da dipendenza e abuso di sostanze legali e illegali e per coordinare, sotto il profilo organizzativo, attività aziendali e di soggetti extra aziendali. Infatti, fanno parte del dipartimento: il Ser.T (partner del progetto), il reparto di Malattie Infettive, la SOS di Educazione Sanitaria, il Comitato della Committenza Territoriale, il CISS del Verbano (partner del progetto), del Cusio e dell'Ossola, la Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (capofila del progetto), oltre a ONLUS e organizzazioni del Volontariato Sociale.

In particolare il SerT dell'ASL VCO si occupa di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, da sostanze illegali (droghe), legali (alcol, tabacco, psicofarmaci) e da comportamenti (gioco d'azzardo, ecc.).

Il Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano, che comprende 25 Comuni della Provincia del Verbano Cusio Ossola ed è stato costituito nel 1996 ai sensi della Legge Regione Piemonte n. 62/95, è un Ente autonomo che ha il compito di gestire i Servizi socioeducativi e assistenziali per i cittadini in difficoltà in particolare per coloro che si trovano in una condizione fisica, psicologica o sociale di marginalità (minori a rischio, disabili, anziani, soggetti svantaggiati, persone in stato di povertà).

Per quanto attiene l'attività con i minori il CSSV, gestisce un Servizio di Educativa territoriale, che segue minori provenienti da famiglie con disagi sociali e socio educativi, anche molto gravi sia attraverso progetti individualizzati sia con attività di gruppo e di integrazione sociale.

**Le competenze in materia di *peer education***

La *peer education*, che costituisce la strategia di approccio educativo e informativo che caratterizza l'impianto progettuale, si fonda in particolare sul patrimonio dell'esperienza verbanese che nasce e si sviluppa nella metà degli anni novanta grazie alla *partnership* tra ASL VCO e Contorno Viola, un'organizzazione di Volontariato e di impegno civile fondata a Verbania nel 1992 e storicamente impegnata sulla questione dell'Aids e della sieropositività e, più in generale, sulla prevenzione dei comportamenti a rischio e del disagio fra i giovani e gli adolescenti. La *peer education* è una strategia di prevenzione basata sull'attivazione diretta dei soggetti, che comporta un percorso di gruppo scandito da fasi ben delineate, finalizzato esplicitamente verso un esito prestabilito (ad es. la prevenzione delle IST) e che sia nel contempo adeguatamente flessibile in modo tale da garantirne l'adattabilità ad obiettivi e/o a situazioni anche molto diversi tra loro.

La *peer education* – declinabile in italiano come prevenzione tra pari – riconosce ai pari le naturali competenze relazionali, interpretative, sociali e li supporta nel confronto con il gruppo. Una strategia che non deve essere intesa come annullamento del ruolo adulto, ma come il tentativo di valorizzare ed indirizzare ad un esito condiviso i diversi ruoli e le differenti competenze individuali, sociali ed istituzionali. La *peer education* rafforza gli stessi

percorsi di prevenzione grazie alle leve dell'apprendimento emotivo ed esperienziale e alla riattivazione dei processi di socializzazione naturale tra i ragazzi e mette in moto processi di trasformazione delle dinamiche anche dei gruppi istituzionali (quali il gruppo classe) e dei singoli individui all'interno del gruppo.

Recentemente l'attenzione alle nuove forme di comunicazione multimediali, ma anche all'evoluzione delle tecnologie digitali, ha consentito alla *peer education* di tradizione verbanese di estendere l'approccio di prevenzione alla rete *web* secondo una strategia definita "**Peer education 2.0**" che ha l'obiettivo di promuovere comportamenti responsabili, oltre che nel gruppo presenziale, anche all'interno del gruppo digitale.

### **I media e le tecnologie digitali**

L'attenzione sviluppata verso i *media* e le tecnologie digitali è alla base della collaborazione avviata da un biennio, grazie al progetto transfrontaliero "**Peer education IT-CH**", con il CREMIT (Centro di Ricerca sull'Educazione ai Media, all'Informazione e alla Tecnologia), che partecipa al progetto per conto dell'Università Cattolica di Milano. Lo scopo del CREMIT è di promuovere lo sviluppo e lo studio di modelli, metodologie e strumenti nel campo della *Media Education* e della *Technology Literacy*, con particolare attenzione all'ambito scolastico. I *media* ricoprono un ruolo significativo all'interno dei processi di identificazione e individuazione tipici della fase evolutiva adolescenziale e soprattutto nella costruzione dei rapporti interpersonali, tendenzialmente sempre più demandati alla comunicazione mediata. Questo vale non soltanto per i nuovi ambienti digitali (*Social network, blog, forum, chat, YouTube...*), ultima frontiera della fruizione mediale adolescenziale, ma anche per i *media* cosiddetti tradizionali come la stampa, che spesso restituisce una rappresentazione dei rapporti affettivi e degli adolescenti univoca.

Nell'attuale sistema formativo policentrico i *media* ricoprono un ruolo significativo all'interno dei processi di identificazione e individuazione tipici della fase evolutiva adolescenziale, identificando nei *media* digitali uno spazio di socializzazione e di relazione senza precedenti, perché distaccato dalla dimensione spaziale che confinava le relazioni nel medesimo spazio fisico. Ciò che *blog, forum, chat e social network* forniscono agli adolescenti oggi è uno spazio sociale, nel quale incontrarsi e fare gruppo, nel quale rappresentarsi e presentare i propri interessi.

Le attività proposte sono tanto di analisi dei propri consumi quanto di rielaborazione e produzione creativa e accompagnano i giovani nella riflessione sullo spazio che i *media* occupano nella loro quotidianità relazionale, cercando di identificare usi e consumi, pratiche e significati che attorno ai *media* vengono costruiti per incontrare i pari.

Il lavoro di indagine sulla comunicazione mediata e quello di autoriflessione possono costituire un valido sostegno agli adolescenti per evitare rischi quali la perdita del senso delle proprie azioni, anche in Rete, e del senso delle relazioni.

### **Marketing e comunicazione**

In tempi più recenti è stata avviata una collaborazione con la cooperativa ICS (Immagine Comunicazione Servizi) che si occupa di *marketing*, comunicazione, relazioni esterne, rapporti con la stampa e dell'organizzazione di eventi e che opera prevalentemente nell'ambito della grande ristorazione. La collaborazione con ICS ha rappresentato un'opportunità in particolare per quanto riguarda lo sviluppo di soluzioni ICT destinate a sostenere e strutturare le attività preventive nel *web*.

### **Il capofila italiano del progetto**

La partnership progettuale sul versante italiano è coordinata come capofila dalla Provincia VCO che ha ormai consolidato competenze articolate nell'ambito della gestione di diversi progetti transfrontalieri.

### **Il capofila svizzero del progetto**

Sul versante del Canton Ticino le competenze progettuali sono garantite da RADIX, un'Associazione impegnata nella realizzazione di progetti locali e regionali per la promozione della salute e la prevenzione delle dipendenze rivolti alla popolazione in generale e a gruppi mirati. In particolare RADIX realizza e sostiene progetti e promuove iniziative informative sulle dipendenze sia da sostanze (alcol, droghe, medicinali) che da attività (lavoro, internet, gioco d'azzardo, ecc.). RADIX offre consulenza e sostegno a gruppi, scuole e comuni e collabora alla pianificazione e all'attuazione di progetti.

### **Le esperienze di collaborazione consolidate tra i partner**

Le esperienze di collaborazione già consolidate fra i *partner* si fondano prevalentemente sui temi della *peer education*, del digitale e della prevenzione degli incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica. Per quanto riguarda la *peer education* ci si riferisce all'esperienza consolidata da oltre 15 anni nel territorio della provincia del VCO, finalizzata alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, che, in oltre 15 anni, ha coinvolto quasi 20.000 studenti con il concorso di circa 1.500 *peer educator* e di 300 insegnanti, contribuendo peraltro al decremento dei casi di AIDS registrati nel territorio.

In continuità con questa tradizione è stato realizzando tra il 2009 e il 2011 il progetto Interregionale "*Peer education Italia-Svizzera*", promosso congiuntamente con la SUPSI di Lugano, che ha rappresentato tra l'altro un'opportunità per una profonda riflessione sulle prospettive della *peer education* di fronte all'evoluzione dei *media* digitali e alla diffusione dei *social network* condotta con la collaborazione del CREMIT.

L'opportunità del progetto Interregionale citato ha consentito, inoltre, di declinare come prevenzione fra pari l'esperienza di *peer education* sviluppata a livello locale definendo così con maggiore precisione l'ambito entro il quale devono essere progettati gli stessi programmi di valutazione dedicati. Le analisi e le riflessioni sviluppate dal gruppo di lavoro che ha operato nell'ambito del progetto sono state raccolte nel volume "*Prevenzione fra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*", a cura di Mauro Croce, Gioacchino Lavanco e Mauro Vassura, pubblicato alla fine del 2011 per le edizioni Franco Angeli.

Un ulteriore sviluppo della ricerca di opportunità di azione in ambito *web* è avvenuto grazie al progetto "*Spazio consultorio adolescenti*" promosso, tra il 2010 e il 2011, da ASL VCO e dai Consorzi dei Servizi Sociali del VCO e realizzato dall'Associazione "*Contorno Viola*" con l'obiettivo di promuovere la fruizione consapevole dei Servizi socio-sanitari da parte dei giovani. Grazie a questo progetto è stata esplorata l'opportunità di strutturare una presenza di operatori e *peer educator* nel *web*, ai fini preventivi, utilizzando lo strumento dei *social network*, attività effettuata sempre in stretta collaborazione con il CREMIT. Nella seconda parte del progetto ci si è avvalsi, inoltre, della consulenza di ICS, per strutturare una comunicazione in ambito digitale coerente con i linguaggi e gli strumenti comunicativi specifici delle giovani generazioni obiettivo dell'azione preventiva.

L'approccio di prevenzione fra pari è anche uno degli elementi qualificanti del progetto "*Sicura La notte*", promosso dal SerT dell'ASL VCO nel periodo 2006-2011. Si tratta di un intervento di prevenzione selettiva, per la prevenzione degli incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica realizzato da un'equipe formata da *peer educator*, operatori sanitari e volontari del Privato sociale che opera nei luoghi del divertimento giovanile notturno per favorire lo sviluppo di una corretta percezione delle proprie condizioni psicofisiche ed alla successiva intenzione di porsi o meno alla guida della propria auto.

Il progetto Interregionale "*Peer education Italia-Svizzera*" citato ha rappresentato anche un'occasione per avviare una collaborazione con l'Associazione RADIX del Cantone Ticino sui temi della *peer education*.

I progetti sviluppati da RADIX riguardano prevalentemente l'ambito scolastico. L'Associazione, infatti, da un lato coordina il programma nazionale “*Rete svizzera delle scuole che promuovono la salute*”, sviluppato nell'ambito della “Rete europea delle scuole che promuovono la salute” (ENHPS) e dall'altro lato interviene direttamente nelle sedi scolastiche attraverso animazioni, consulenza e materiale didattico sul tema delle dipendenze. RADIX da alcuni anni organizza, in collaborazione con il Dipartimento dell'Educazione, della Cultura e dello Sport (DECS), un progetto denominato “*Laboratorio In-Dipendenze*” che coinvolge una decina di sedi scolastiche di scuole medie e scuole superiori in un progetto di riflessione e di confronto sul tema delle dipendenze.

L'Associazione, inoltre:

- coordina, in collaborazione con il Dipartimento della Sanità e della Socialità, la campagna “*Meno dei 18; niente alcol*”, nata in seguito ai test di acquisto realizzati da RADIX negli esercizi pubblici che hanno mostrato la facilità di accesso a bevande alcoliche per i minori di 18 anni;

- ha sviluppato la Campagna “*Festa con testa*”, un progetto di prevenzione al consumo abusivo di alcol nel contesto del divertimento avviato con la collaborazione di Strade più sicure del Dipartimento delle Istituzioni che si è svolto tra il 2009 e il 2011.

La campagna ha previsto la realizzazione e la diffusione di materiali informativi e di un *cd rom* indirizzati a un pubblico giovanile con contenuti riguardanti i rischi della guida in stato di ebbrezza. Inoltre sono stati realizzati 14 interventi di presenza e animazione sul territorio, alcuni dei quali sono stati condotti in collaborazione con gli agenti della polizia cantonale;

- ha partecipato alla realizzazione della campagna “*Settimana Alcol*”, promossa dall'Ufficio Federale della Sanità Pubblica, nell'ambito del programma nazionale alcol 2008-2012, e coordinata da Ticino Addiction in collaborazione con RADIX Svizzera italiana e Ingrado, con l'obiettivo di coinvolgere la Società civile nella riflessione e nel dibattito attorno al tema dell'alcol in generale. In Ticino sono stati coinvolti nel progetto 25 *partner* tra Associazioni, Enti e Privati e sono state realizzate 33 attività di prevenzione, informazione, sensibilizzazione e di riflessione.

### **Obiettivi generali del progetto**

- Strutturare interventi dedicati nei contesti educativi, nei luoghi del divertimento giovanile e nel *web* rivolti alla prevenzione del rischio alcol correlato e della guida in stato di ebbrezza alcolica;

- formare educatori, in particolare sulle competenze in materia di *peer education*, in grado di sostenere e promuovere gli interventi a tutti i livelli;

- promuovere fra i giovani la consapevolezza delle strategie rivolte alla promozione della salute;

- consolidare l'interazione tra le competenze del mondo adulto con le esperienze comunicative ed emotive dei giovani;

- sviluppare e realizzare strumenti dedicati per realizzare le azioni informative e di prevenzione nei gruppi presenziali e nel *web*;

- sperimentare ai fini preventivi una nuova piattaforma digitale e una soluzione ICT nel *web*;

- far transitare in ambito di promozione della salute competenze disponibili nell'ambito della tecnologia digitale, di linguaggi mediali e di soluzioni ICT promuovendo un'attività di ricerca condivisa tra i giovani e gli adulti coinvolti nel progetto;

- costituire una rete di soggetti con competenze diversificate per sostenere le strategie preventive anche nel contesto digitale;

- garantire un'adeguata promozione e comunicazione del progetto e dei suoi risultati utilizzando anche le potenzialità della tecnologia digitale;

- strutturare un modello di valutazione adeguato agli obiettivi del progetto.

### **Le fasi principali del progetto**

Il progetto è articolato in tre fasi principali:

- 1) Progettazione e sviluppo degli interventi di prevenzione sul rischio alcol correlato in **istituti scolastici** del VCO e del Cantone Ticino.
- 2) Progettazione e sviluppo degli interventi di prevenzione sul rischio alcol correlato nei **luoghi di aggregazione e del divertimento** del territorio del VCO.
- 3) Progettazione, sviluppo e realizzazione dell'azione informativa e di supporti dedicati alla prevenzione nel **web**.

Tutte le fasi del progetto saranno pianificate e gestite sia a livello locale con la costituzione di un tavolo per la gestione e realizzazione delle attività previste nei territori, con la partecipazione di rappresentanti di tutti i *partner* del progetto, e di un tavolo a livello transfrontaliero per la pianificazione e gestione del progetto a più alto livello e in particolare per le attività realizzate in maniera congiunta.

Nella prima fase del progetto si procederà all'individuazione di tre istituti scolastici nel VCO e due nel Cantone Ticino nei quali realizzare degli interventi relativi alla prevenzione del rischio alcol correlato. Si tratta di istituti già coinvolti nei processi di *peer education*, nello specifico sui temi della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse.

Uno dei compiti specifici dei tavoli costituiti a livello locale e a livello transfrontaliero sarà quello di sviluppare, nel contesto dei processi di *peer education*, un modulo specifico relativo ai contenuti rischio alcol correlato che caratterizzerà sia le fasi formative sia quelle successive degli interventi informativi nelle classi.

Gli interventi formativi verranno realizzati, a cura degli operatori dell'ASL VCO, delle Associazioni *Contorno Viola* e *RADIX*, negli Istituti individuati nel corso degli anni scolastici 2012-2013 (primavera 2013) e 2013-2014 (autunno 2013).

Il programma di dettaglio degli interventi negli istituti scolastici è il seguente:

- a. Individuazione Istituti scolastici
- b. Arruolamento e formazione *peer educator*
- c. Arruolamento e formazione insegnanti
- d. Sviluppo interventi nelle classi sul tema "Prevenzione rischio alcol correlato".

Nella seconda fase, immediatamente a ridosso dello sviluppo della prima serie di interventi negli Istituti, previsti per la primavera del 2013, verrà costituita l'*équipe* di lavoro che dovrà gestire le campagne di prevenzione nei luoghi del divertimento notturno e negli spazi di aggregazione giovanile. L'*équipe* di lavoro, in seguito ad una fase formativa, coordinata dal SerT dell'ASL VCO, dedicata alla corretta gestione degli strumenti delle postazioni mobili (per la prova alcolimetrica, per l'utilizzo del simulatore) e alle attività di *counseling* avrà il compito di sviluppare e gestire gli interventi in prossimità dei luoghi del divertimento e di aggregazione del territorio per tutto il periodo della durata del progetto. L'*équipe* di lavoro sarà composta da operatori socio-sanitari, delle realtà associative e da *peer educator* già formati nel contesto degli istituti scolastici coinvolti nel progetto.

Il programma di dettaglio degli interventi nel territorio è il seguente:

- a. Individuazione luoghi del divertimento e centri di aggregazione - sensibilizzazione alla guida sicura -
- b. Formazione *peer educator* e operatori - gestione attrezzature postazioni mobili e formazione alle attività di *counseling* -
- c. Sviluppo campagne a livello territoriale - prevenzione rischio alcol correlato.

La terza fase, che rappresenta la parte più innovativa del progetto, prevede, grazie alle esperienze pregresse e alle competenze dei *partner*, di mettere a punto una specifica strategia di prevenzione e di strutturare un'azione informativa nel *web* tramite i *social network* e con il supporto di strumenti dedicati.

Questa fase si svolgerà lungo due direttrici:

- 1) Lo sviluppo di un'azione informativa prevalentemente tramite i *social network*.
- 2) La progettazione, lo sviluppo e la realizzazione di un'applicazione destinata agli *smartphone* per supportare gli utenti nella valutazione delle proprie condizioni psicofisiche per prevenire la guida in stato di ebbrezza alcolica.

La scelta di utilizzare il veicolo dei dispositivi mobili è correlata alle loro caratteristiche di portabilità unite all'ampliamento delle reti di connessione digitale che garantisce la disponibilità costante di uno strumento *on line* di allerta e di valutazione delle condizioni psico-fisiche dei soggetti.

Per quanto riguarda le attività nel *web* si prevede di realizzare una fase formativa preliminare, a cura del CREMIT, sugli aspetti dei *media* digitali e dei *social network* rivolta ai *peer educator* e agli adulti coinvolti nel progetto per metterli in condizione di operare nel *web* sempre nel contesto delle dinamiche *peer to peer*.

Questa fase sarà perfezionata con la progettazione e lo sviluppo di un'architettura dedicata nel contesto dei *social network* (profili, gruppo aperti, gruppi di *back office*) per consentire una gestione e un flusso congruente delle attività informative e di *counselling* nel *web* e la realizzazione di eventi di socializzazione *on line*.

### **Ambito digitale**

#### **WEB e SOCIAL NETWORK**

- a. Arruolamenti e Formazione *peer educator* e operatori e insegnanti coinvolti - gestione attività formative e di *counselling* nei *social network*.
- b. Sviluppo struttura informativa e di *counselling* nei *social network*.  
Azione di supporto alla prevenzione rischio alcol correlato nel *web*.

La fase successiva costituirà il punto di arrivo di tutti i soggetti coinvolti nel progetto, in particolare dei *peer educator*, che, in seguito alle esperienze acquisite negli interventi nei contesti scolastici, nei rispettivi territori e nei *social network*, prenderanno parte in maniera attiva ad un evento residenziale organizzato nel territorio del VCO, per partecipare ad attività di gruppo, congiuntamente a conduttori e ad esperti della comunicazione, di *media* digitali e di ICT, con l'obiettivo di mettere a punto il requisito di un'applicazione destinata agli *smartphone*, già delineata in fase preliminare con gli strumenti della ricerca qualitativa, per la valutazione dell'attitudine alla guida dei veicoli, in condizioni psicofisiche non ottimali.

L'applicazione, dopo una fase di validazione, verrà promossa a livello territoriale e in ambito *web*, per poter essere pubblicizzata, scaricata e utilizzata da tutti i potenziali utenti.

### **Ambito digitale**

#### **SOLUZIONE APPLICATIVA PER SMARTPHONE**

- a. Fase ideativa preliminare Sviluppo requisito applicazione.
- b. Preparazione e realizzazione evento residenziale.
- c. Sviluppo e attività di *testing* applicazione.
- d. Campagna promozionale a livello territoriale e in ambiente *web*- scarico applicazione sugli *smartphone*.

I risultati del progetto verranno divulgati nel corso di un evento dedicato previsto nella fase finale del progetto per cui si prevede la partecipazione di circa 200 soggetti. Lungo tutta la

durata del progetto verrà sviluppata un'azione di comunicazione e promozione delle azioni correlate e dei risultati ottenuti a cura della cooperativa ICS.

### **Il tema della ricerca e della valutazione**

Un'azione ampia e articolata, come quella prevista, richiede un robusto sostegno in termini conoscitivi. Il gruppo di lavoro ha pertanto messo a fuoco la necessità di stabilire, trasversalmente a tutte le fasi del progetto, un raccordo sistematico con la funzione di studio e analisi, rappresentata dal Gruppo di Ricerca. E' ipotizzabile un impianto operativo simile a quello concettualizzato per la ricerca-azione in ambito psico sociale, per le caratteristiche proprie del *target* e dei fenomeni indagati.

Nello specifico, e in sintesi, il progetto prevede l'attivazione di protocolli di ricerca per tre finalità principali:

- **Conoscitiva:** per la possibilità, attraverso strumenti leggeri e facilmente attivabili, di ricostruire, mappare, comprendere, ecc. i principali fenomeni adolescenziali e giovanili che intrecciano le azioni progettuali. E' presumibile una metodologia quali-quantitativa mista, caratterizzata sia per la comprensione più profonda dei fenomeni che per il loro monitoraggio nel tempo.
- **Orientativa:** connessa direttamente ai prodotti realizzati nel corso degli interventi, che si propone di calibrare e posizionare i risultati, di indirizzare compiutamente campagne informative, preventive o di sensibilizzazione, di 'creare' nuovi *pattern* comunicativi caratterizzati in senso ecologico rispetto al *target* finale. In questo caso la metodologia di riferimento è di tipo qualitativo, dai gruppi ideativi ai test sui prodotti intermedi.
- **Valutativa:** su due obiettivi generali distinti. Valutazione dell'intervento sociale in termini di processo/prodotto e valutazione ai fini del progetto Interregionale. L'approccio consigliabile in questo caso è la costruzione partecipata *ex ante* del sistema di monitoraggio del progetto e la sua implementazione nel corso delle attività in base a protocolli di indagine prestabiliti.

Dal punto di vista organizzativo, anche in un'ottica di contenimento di costi, si ritiene importante mettere a punto una struttura leggera e flessibile in grado di attivarsi sulle esigenze emergenti e specifiche, senza appesantire oltremodo il gruppo di lavoro. Il disegno organizzativo idoneo sembra quello che prevede la presenza organica al gruppo di un Coordinatore di Ricerca in grado di collegare il livello scientifico con quello operativo. Al coordinatore il compito di progettare e organizzare le indagini, nonché i raccordi orizzontali e verticali. Il *team* dei ricercatori potrebbe essere formato ad inizio progetto a livello generale e nello specifico in base alle esigenze di ogni singolo *step* di indagini.

E' inoltre previsto un modulo di ricerca quantitativa finalizzato in modo specifico al testaggio dell'applicazione per *smartphone* quale prodotto finale del progetto. Trattandosi infatti di uno strumento di supporto alle azioni preventive occorrerà dotarlo di una scala 'sensibile' a diversi valori di alcolemia e di conseguenza a diverse categorie, relativamente allo stato di ebbrezza, di guidatori: lavorando sinergicamente con i realizzatori del *software* e gli operatori socio-sanitari si dovrà approntare un sistema in grado di fornire riscontri precisi e puntuali sui potenziali rischi alla guida in grado di orientare i comportamenti decisionali dei ragazzi. Una volta impostata l'applicazione (APP) secondo gli standard medico-legali, si dovrà procedere ad una verifica di tipo sperimentale. I dettagli dell'impianto di ricerca per questa fase potranno scaturire solo dopo la definizione degli *standard* attesi per l'applicazione. In definitiva, oltre alla normale verifica di gradimento del prodotto, si dovrà approntare una strategia sperimentale in grado di testare in senso estensivo le soluzioni adottate per l'applicazione sul binomio alcol e guida.

## REGIONE LOMBARDIA

### **Progetto: “Non fate Sbronzate!”.**

Campagna di comunicazione sociale sui rischi connessi all'uso di alcol in adolescenza.

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Lodi ha presentato il progetto “Non fate Sbronzate!” alla Fondazione Comunitaria della Provincia di Lodi che lo ha finanziato grazie alle donazioni di Sostenitori.

Il progetto prende avvio dalla consapevolezza che il Servizio per le dipendenze fatica a raggiungere i giovanissimi consumatori che rappresentano il vero “nuovo volto” del fenomeno dell'abuso di alcol.

Emerge, pertanto, l'urgenza di affrontare il problema con interventi di prevenzione e informazione per frenare la diffusione di comportamenti a rischio nei giovanissimi.

Il progetto, che sarà realizzato nel 2014, prevede la somministrazione di tre argomenti da sviluppare sul tema dell'alcol agli studenti che frequentano gli istituti di Scuola secondaria di primo grado (classi II e III) e secondo grado (biennio).

I tre argomenti che verranno proposti a tutti gli studenti e tra i quali gli stessi sceglieranno per il proprio elaborato sono:

#### **1. *Non me la bevo***

“Si comincia a bere sempre più giovani per cercare di essere come gli altri o immaginando di essere diversi dagli altri. Si beve per essere accolti dagli altri o per sentirsi più grandi. Ci si trova poi ad essere tutti uguali, come personaggi senza storia di un *videogame*, manovrati da qualcun altro. Si fa fatica però ad immaginare qualcosa di diverso. O forse no, forse c'è il modo e tu lo stai vivendo ogni giorno. Prova a raccontarlo”.

#### **2. *Sai che c'è?***

“C'è che oggi voglio scriverti una lettera.

Immagina di scriverla ad un amico o qualcuno che ti sembra abbia trovato nell'alcol una possibile soluzione per situazioni che diversamente non saprebbe affrontare. E se le conosci prova a raccontargli di strade diverse, di modi diversi o persone speciali per vivere anche i momenti difficili”.

#### **3. *Stasera si balla***

“L'idea che ci si diverte solo se si è sconvolti è una *sbronzata*.

Ricordarsi di quello che facciamo della musica che abbiamo sentito, degli amici incontrati, degli sguardi incrociati o sfuggiti è il vero sbalzo. E portarli con noi, goderne ancora perché tutto questo è dentro di noi e non in fondo ad un bicchiere. Forse anche tu conosci questo modo di divertirti e forse è anche venuto il momento di parlarne agli altri”.

Di tutti gli elaborati pervenuti, i tre lavori migliori saranno utilizzati dalla ASL di Lodi per promuovere la campagna di prevenzione “Non fate sbronzate!”.

I tre vincitori riceveranno i premi in palio: uno *smartphone*, un *tablet*, un *ipod*.

## P.A. BOLZANO

Con il supporto del Centro specialistico “Forum Prevenzione” si è posta particolare attenzione alla prevenzione con la realizzazione dei seguenti progetti:

- **Progetto web ”#LAMIAPASSIONE”**

Sui social network “Facebook” e “Instagram” tutti gli interessati hanno la possibilità di postare le loro più belle foto senza alcol e mostrare così dove hanno sperimentato un *feeling* sensazionale, divertimento e momenti inebrianti senza la necessità di consumare.

Tutti gli altri *fans* della pagina facebook “Sauftirol-Alcol Adige?”, potevano dare il loro “mi piace” alle foto caricate sul sito e determinare così entro metà gennaio 2015 quali fossero le migliori. Per i vincitori c’è stata una serie di premi sponsorizzati da imprese e organizzazioni dell’Alto Adige.

Importanti *testimonial* nonché il Sindaco di Bolzano si sono posti la seguente domanda: “È l’Alcol Adige un posto dove ognuno brinda per ubriacarsi?” Ulteriori informazioni su [www.lamiapassione.it](http://www.lamiapassione.it).

### **Concorso “Balli di maturità”**

Le Casse “Raiffeisen” dell’Alto Adige hanno dato il via nel 2014 a un concorso provinciale che elegge la migliore idea per un ballo di maturità aperto a tutte le quarte classi degli istituti scolastici superiori, che l’anno prossimo si cimenteranno con il tradizionale ballo di maturità. L’obiettivo è quello di fornire sostegno agli studenti affinché, in fase di allestimento, soddisfino criteri di qualità. Accanto ai dieci punti dell’iniziativa “bere responsabile”, promossa dal Forum Prevenzione, gli studenti sono invitati a considerare ulteriori aspetti sociali ed etici, da un abbigliamento consono all’età minima d’ingresso, fino al programma d’intrattenimento e alla collaborazione con le Associazioni in loco. I progetti sono stati valutati da una giuria in base al loro livello e creatività.

#### **➤ Progetto “L’Amico del Bar”**

Progetto volto al monitoraggio delle dinamiche della piazza e delle sue immediate vicinanze e di supporto a tutta la cittadinanza su di essa gravante, con riferimento al tempo libero notturno: si conferma la presenza in una piazza centrale di Bolzano nei fine settimana (venerdì e sabato) dalle ore 20.00 alle ore 2.00 di notte, di due operatori della prevenzione con una formazione organizzata ad hoc nella prima parte dell’anno. Gli interventi del *team* di operatori sono volti a monitorare la situazione, abbassare i conflitti, prevenire situazioni di disagio, pubblicizzare contenuti positivi e consumi sostenibili, con particolare attenzione a ragazzi e minorenni.

Nel 2014 si è riscontrato una riduzione degli atti violenti e di esiti deflagranti di consumi abusanti. I consumi restano cioè alti ma i loro esiti sono contenuti.

Il progetto ha visto il coinvolgimento dell’Azienda Servizi Sociali di Bolzano, del Comune di Bolzano, dell’Associazione di categoria “Confesercenti” e di due Centri giovanili del quartiere “Centro” informando ogni realtà sociale, dalla parrocchia alle forze dell’ordine, con le quali si è stretta, in forma sperimentale, una intensa rete. Altri partner territoriali sono state due associazioni molto attive in tale ambito, “Caritas” e “Volontarius”, che hanno reso disponibili tre operatori.

#### **➤ Progetto “Streetlife – consulenza e intervento precoce nel mondo della notte”**

“*Make the party safe*” oppure “Party senza rischio” è lo slogan con il quale il progetto dell’associazione “Caritas Streetlife” invita i giovani durante diverse manifestazioni in tutto l’Alto Adige ad informarsi sulle conseguenze del consumo di sostanze psicoattive, alcol incluso. L’obiettivo è prevenire la dipendenza ed evitare i danni conseguenti.

Nel 2014 collaboratori e volontari di “Streetlife” sono stati presenti durante grandi eventi per giovani e nel proprio *stand* hanno offerto gratuitamente acqua, frutta e consulenza.

➤ **Progetto “All-cool – Parcour per giovani”**

Nel 2012 è partito il progetto centrato sulla persona rivolto ai giovani: Da parte del Centro giovani “Papperlapapp”, in cooperazione con il Forum Prevenzione, è stato sviluppato un percorso interattivo sull'alcol “All-cool”, un'offerta nell'ambito della prevenzione universale e nello specifico delle prevenzione all'alcol per studenti/se di età compresa fra i 13 e i 18 anni. Nel 2014 sono stati organizzati *parcours* con 94 classi e più di 1.800 studenti partecipanti. I *parcours* vengono organizzati all'interno di 12 centri giovanili distribuiti su tutto il territorio provinciale e condotti da operatori/ci giovanili formati. Inoltre nel 2014 il progetto è stato sottoposto ad una valutazione.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

### **Condivisione di un Documento di consenso e di indirizzo in merito alla collaborazione tra Centri Trapianto di Fegato e Servizi Alcolologici in Emilia Romagna**

Anche in seguito alla partecipazione al seminario di studio delle Regioni svoltosi a Trieste nell'autunno del 2012, la Regione Emilia Romagna ha coinvolto in una riflessione un gruppo misto costituito dai professionisti dei Centri Alcolologici e dei Centri Trapianto per un confronto sugli aspetti clinici e organizzativi di interfaccia in favore dei pazienti con PAC candidati al trapianto di fegato o già trapiantati e da accompagnare con percorsi di mantenimento della sobrietà. Un elemento di qualità è la presenza nel gruppo dei Chirurghi delle due *équipes* di trapianto che hanno portato il loro interesse e il loro contributo al lavoro di riflessione.

In Regione Emilia Romagna sono attivi due Centri Ospedalieri che effettuano i trapianti di fegato, l'uno presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena e l'altro presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola- Malpighi di Bologna.

Il primo obiettivo del gruppo è stato quello di esplicitare le procedure cliniche già in atto nei due Centri per il trapianto per riesaminarle ed armonizzarle al fine di poterle considerare un percorso regionale condiviso.

Inoltre si è discusso di come modificare e rendere più appropriato il percorso di valutazione pre trapianto con l'inserimento della consulenza alcolologica in tutti i casi in cui sia indicato e la ricerca di un accordo condiviso sui criteri clinici.

Il gruppo ha raggiunto un ampio consenso intorno ai seguenti punti che sono stati scritti a premessa della successiva ricerca di miglioramenti organizzativi:

- le competenze del professionista in alcologia devono integrarsi con quelle degli altri componenti dell'*équipe* trapianti;
- analogamente, la specificità del percorso di trapianto di fegato deve essere patrimonio di competenza del mondo professionale dei Servizi Alcolologici territoriali;

- la buona riuscita del trapianto è strettamente correlata alla qualità del sistema curante, nella fase di valutazione, come in quella di mantenimento dell'equilibrio di salute dopo l'intervento.

Il documento, non ancora completo, è stato presentato nel corso di un seminario svoltosi a Bologna il 24 novembre 2014 e a cui hanno partecipato relatori rappresentanti di altre Regioni (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Veneto).

## **REGIONE TOSCANA**

### **Progetto CCM *Social Net skills* “Promuovere salute nei contesti del divertimento”**

#### **Introduzione**

Il Servizio Dipendenze dell'AUSL 12 di Viareggio, in collaborazione con Agenzie pubbliche e private della Versilia, Comitato “*Non la Bevo et all.*”, realizza da molti anni interventi di promozione della salute nei contesti del divertimento.

Il lavoro in oggetto parte dalle azioni e obiettivi del progetto CCM “*Social net skills*” della Regione Toscana nel quale il Ser.T di Viareggio è tra i coordinatori scientifici.

La strategia utilizzata prevede l'intervento sui fattori di rischio “modificabili” con un approccio multicomponente ed intersettoriale.

Per raggiungere in modo efficace il mondo dell'adolescente e favorire la rottura del nesso sbalzo=divertimento sono stati attivati numerosi momenti di incontro, gruppi di pari (supervisionati da operatori) e interventi sul campo con l'ausilio di moderni strumenti preventivi in collaborazione con le amministrazioni locali, le associazioni del terzo settore e i gestori dei locali della Versilia.

#### **Obiettivi:**

- Promuovere il lavoro in rete.
- Facilitare l'acquisizione di una consapevolezza dei danni correlati all'uso di sostanze legali e illegali.
- Formulazione proposte in ambito locale, regionale e nazionale in linea con il programma “Guadagnare Salute”.
- Favorire la creazione di momenti di incontro virtuali e reali per favorire lo sviluppo di modalità più sane di divertimento.

#### **Materiali e metodi:**

Corsi di sensibilizzazione e formazione per *peer educator*, genitori, lavoratori del mondo della notte.

Campagna preventiva.

Accordi e Firma di protocolli con Amministrazioni Comunali, esercenti, associazioni.

Eventi di sensibilizzazione di grande visibilità (Festival della Salute, incontri al caffè della Versiliana).

Concorso per il miglior cocktail analcolico della Versilia.

#### **Strumenti utilizzati:**

- Simulatore virtuale di guida.
- Occhiali che simulano l'intossicazione alcolica.

- Etilometro.
- Regolo.

#### **Materiali prodotti:**

- Materiale informativo (es. “*Alcol, cioè? 2.0*”), veicolato anche attraverso i canali *web*.
- Cocktail analcolici.
- *Gadget* personalizzati.

#### **Risultati**

1) Realizzazione protocollo “+ *divertimento - alcol*” con Associazioni e i 7 Comuni della Versilia e istituzione di un tavolo di lavoro permanente per garantire continuità progettuale.

2) Campagna “*Ricreazione in via d’estinzione*”:

- 10 eventi di sensibilizzazione.
- Circa 15000 persone raggiunte.
- 1200 contatti diretti.
- 230 prove con il simulatore.
- 430 misurazioni con etilometro.

3) Concorso “*Bevi sano, bevi Analcolico*” in collaborazione con ACAT Versilia:

- 8932 persone raggiunte.
- 4000 voti.
- 3 Amministrazioni coinvolte (Seravezza, Forte dei Marmi, Pietrasanta).
- 12 locali coinvolti.

4) Lezioni dedicate a *Social Net Skills* in due Master universitari e in corsi di perfezionamento.

5) Laboratori con i ragazzi e lezioni Magistrali nell’ambito del Festival della Salute 2014.

6) Incontro al Caffè della Versiliana dedicato al tema con i protagonisti del progetto.

#### **Conclusioni:**

Il territorio della Versilia ha attivato una serie di azioni intersettoriali e multilivello finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali e alla promozione di corretti stili di vita. Grazie alle azioni progettuali è stato possibile creare un “sottosistema sociale” che promuove la collaborazione tra le differenti agenzie e una azione di sinergia centrata sia sull’educazione che sulla trasformazione della cultura sociale dominante, con la consapevolezza che: “I programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa” (IUHPE Vancouver 2007).

## **REGIONE MARCHE**

#### **Progetto “PINK DRINK”**

**Enti finanziatori:** ASUR Area Vasta 3; Regione Marche

**Enti Organizzatori:** Dipartimento Dipendenze Patologiche AV3

**Partners:** Camera di Commercio di Macerata, Azienda Speciale EX-IT, Comune di Macerata, Provincia di Macerata, Ufficio Scolastico provinciale, Istituti scolastici, Dipartimento Materno Infantile AV3, Dipartimento di Prevenzione AV3, aziende ed esercizi nell'ambito dell'eno-gastronomia, Associazioni sportive, Associazione Glatad Onlus, Cooperativa Berta 80.

**Finalità:** indagare il rapporto tra le donne e l'alcol e le differenze di genere nell'approccio al consumo di bevande alcoliche; promuovere stili di vita sani e sviluppare nelle donne e nei giovani una maggiore attitudine ad un consumo consapevole e responsabile. Il progetto *Pink Drink* è stato premiato quale "Fiore all'occhiello" dell'Ospedale di Macerata ed insignito di Bollino Rosa (edizione 2014) dall'On.D.A. (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna) ed è risultato tra i progetti vincitori del bando "Progetti per le donne" promosso da WE-Women for EXPO e Fondazione Italia Accenture assicurandosi uno spazio espositivo permanente presso il Padiglione Italia nell'ambito di EXPO Milano 2015.

**Obiettivi/Risultati Attesi/Attività:**

### **1) Prima fase del progetto – la ricerca**

Alla fine del 2010 nel Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche di Macerata si registrava un notevole aumento, rispetto al passato, del numero di donne in carico per problemi di dipendenza dal alcol. L'età media di queste utenti era inoltre sensibilmente più bassa rispetto a quella degli uomini. Risultava allora lecito chiedersi, senza scadere in improbabili determinismi, le ragioni di tali *trend* e soprattutto se all'elevata incidenza di utenti alcoliste nel nostro Servizio corrispondeva un "problema femminile" rispetto al consumo di alcol sul nostro territorio.

Parallelamente, numerose indagini europee e nazionali sugli stili di vita e sui consumi di bevande alcoliche registravano per i giovani, ed in particolare per le ragazze tra 18 e 24 anni, un preoccupante aumento dei consumi e dei comportamenti a rischio quali la diffusione dello stili di consumo nord-europeo (consumi lontano dai pasti di bevande altre rispetto al vino) a scapito di quello mediterraneo.

L'obiettivo iniziale, dunque, è stato quello di raccogliere informazioni più dettagliate su tale fenomeno tra le ragazze di 18-24 anni, al fine di comprenderne l'effettiva incidenza, le cause e le conseguenze e poter articolare successivamente interventi preventivi mirati ed efficaci.

### **Risultati**

Risultati attesi erano dunque:

- in relazione all'obiettivo sopra descritto, il principale risultato atteso era quello di avere a disposizione un quadro esaustivo e significativo dal punto di vista statistico relativamente al rapporto tra le ragazze della provincia di Macerata e l'alcol, indagando le abitudini di consumo, le percezioni e le conoscenze possedute;
- in secondo luogo, era considerata molto importante la diffusione sul territorio dei dati raccolti e dei risultati ottenuti, in modo da produrre nella popolazione un aumento di conoscenza in merito al rapporto tra le giovani donne e l'alcol.

### **Indicatori di risultato**

In relazione ai risultati attesi sono stati individuati i seguenti indicatori:

- Coinvolgimento di almeno 300 ragazze di età compresa tra 18 e 24 anni ed ottenere per ciascuna di esse informazioni dettagliate su abitudini di consumo rispetto all'alcol (frequenza di consumo, modalità, etc.), percezioni (ragioni per cui si consumano o non si consumano

bevande alcoliche, differenze rispetto al comportamento maschile, etc.) e conoscenze (limite legale del tasso alcolemico per la guida, rischio per la salute, luoghi comuni, etc.)

- Pubblicizzazione e ampia diffusione sul territorio ai risultati della ricerca, attraverso: a) la realizzazione di una pubblicazione; b) due incontri pubblici, aperti alla popolazione, per la presentazione della stessa; c) il contatto con i media locali.

### **Descrizione attività 1.a**

Nella prima fase della ricerca è stata raccolta e analizzata la letteratura esistente in relazione al tema del rapporto tra alcol e donne, al termine della quale si è potuto procedere ad una definizione più dettagliata dell'idea progettuale, ovvero quella di realizzare un'indagine, secondo la modalità della *survey*, dedicata alle donne di età compresa tra 18 e 24 anni.

Successivamente il questionario è stato elaborato, validato tramite studio pilota e parzialmente riadattato in base alle osservazioni ricevute in fase di validazione.

La scelta del Centro Commerciale quale luogo per la somministrazione è stata dettata dal fatto che si voleva individuare un luogo frequentato da soggetti eterogenei per estrazione sociale, età e livello culturale e che contemporaneamente non fosse un luogo "di consumo" rispetto agli alcolici. La somministrazione dei questionari è avvenuta tra il 30/04/2011 e il 08/10/2011. Presso lo *stand di Pink Drink*, 2 operatori chiedevano alle ragazze di compilare il questionario, fornivano eventuali informazioni richieste e fornivano alle partecipanti opuscoli informativi del Dipartimento e *gadget* specificamente prodotti per questa iniziativa.

### **Descrizione attività 1.b**

Terminata la ricerca, è iniziata la fase di raccolta, elaborazione, analisi ed interpretazione dei dati, effettuata tra il mese di novembre 2011 e il mese di giugno 2012 dai professionisti del Dipartimento Dipendenze Patologiche. Ne è scaturita, nel mese di dicembre 2012, una pubblicazione (intitolata "Pink Drink. Le ragazze e l'alcol. Un'indagine nel territorio dell'Area Vasta 3 dell'ASUR Marche") che, grazie alla collaborazione con il centro stampa della Cooperativa Sociale Berta '80, è stata prodotta e stampata in 1.000 copie. Il volume affronta il fenomeno del bere femminile sia dal punto di vista sociale (alcol come facilitatore delle relazioni e meccanismo della "doppia morale" in riferimento alle abitudini femminili, comunemente considerate sconvenienti, e a quelle maschili, socialmente più accettate) che sanitario (maggior vulnerabilità dell'organismo femminile rispetto all'assunzione di alcol). Senza entrare troppo nel dettaglio, i risultati della ricerca hanno evidenziato che le ragazze del nostro territorio, rispetto alle loro coetanee del nostro Paese, registrano valori più elevati per il consumo lontano dai pasti e gli episodi di *binge drinking* (la cosiddetta "sbornia") e valori più bassi per il consumo quotidiano e ai pasti, sembrano dunque aderire in modo marcato al modello di consumo nord-europeo (consumo lontano dai pasti e spesso superalcolici) a scapito di quello mediterraneo (consumo di alcol, generalmente vino, ai pasti). Di fatto, la connotazione enogastronomica dell'alcol è quasi del tutto assente, mentre viene affermata la centralità della sua funzione di facilitatore sociale. Infatti, se da un lato sono le stesse ragazze ad aderire ampiamente a quella che abbiamo definito "doppia morale", dall'altro lo stigma del "bere femminile" risulta invece cadere se inserito in rituali sociali codificati dal gruppo dei pari.

Nell'ultima parte della pubblicazione i ricercatori hanno valutato se e come i dati raccolti avessero potuto offrire spunti per la predisposizione di interventi più efficaci di prevenzione sul territorio. Le principali indicazioni riguardano l'importanza di superare i pregiudizi legati alla "doppia morale" (che tanto pesantemente hanno condizionato le politiche per la salute delle donne), di progettare interventi di prevenzione "*gender oriented*" (anche attraverso appropriate tecniche di marketing) e di puntare all'educazione al bere consapevole e responsabile piuttosto che su approcci proibizionisti e sanzionatori. La stampa in 1.000 copie del volume *Pink Drink* è stata curata dalla Cooperativa Sociale Berta '80 Onlus.

## **2) Seconda fase del progetto – la costruzione del network e l’educazione al bere consapevole:**

I risultati della ricerca “*Pink Drink*”, come ci si auspicava, hanno offerto numerosi spunti di riflessione e suggerimenti per interventi futuri. In particolare, la tendenza delle ragazze coinvolte nell’indagine a consumare bevande alcoliche nei fine settimana e lontano dai pasti, la bassa percentuale di ragazze che beve secondo lo stile mediterraneo, la scarsa conoscenza dello stesso, nonché dei rischi per la salute connessi all’alcol e della maggior vulnerabilità delle donne rispetto ai possibili danni causati da consumi eccessivi, hanno portato alla definizione dell’obiettivo di seguito descritto. Il Dipartimento Dipendenze Patologiche ha tentato di utilizzare le conoscenze acquisite attraverso la ricerca ponendosi l’obiettivo generale di prevenire la diffusione di abitudini e stili di consumo a rischio tra le donne, le ragazze e i giovani e promuovere stili di vita sani attraverso 2 azioni aventi un *target* differenziato: la prima diretta alle donne, la seconda ai giovani di 17/18 anni.

Più specificamente, gli obiettivi perseguiti erano:

- coinvolgere il maggior numero di persone possibile e sensibilizzarle su tematiche relative alla salute delle donne, dei giovani e della popolazione generale, con particolare riferimento alle abitudini rispetto al consumo di alcolici;
- aumentare le conoscenze delle donne e dei giovani, ed indirettamente delle famiglie e della popolazione generale, rispetto a tematiche quali lo stile mediterraneo e le condotte che mettono a rischio la salute;
- sviluppare un *network* di soggetti pubblici/privati tale da garantire ampia capillarità sul territorio e sinergie spendibili anche per interventi futuri, in un’ottica di unità di intenti tra tutti gli attori coinvolti e razionalizzazione delle risorse;
- coniugare gli interessi di chi promuove salute (in questo caso un’azienda sanitaria) e chi fa impresa.

### **Risultati**

I risultati attesi erano i seguenti:

- per gli interventi rivolti alle donne, la partecipazione al ciclo di incontri organizzato di donne giovani e non, nonché di cittadini comuni e di rappresentanti delle istituzioni locali e di *stakeholders* privati;
- per gli interventi rivolti ai giovani, l’adesione da parte degli istituti scolastici del territorio della Provincia di Macerata e la partecipazione da parte degli studenti, nonché l’aumento delle conoscenze relative agli argomenti affrontati e il coinvolgimento di Enti pubblici e Privati interessati.

### **Indicatori di risultato**

Rispetto ai risultati sopra descritti, sono stati definiti i seguenti indicatori:

- per il ciclo di interventi dedicati alle donne:
  - a) sviluppo di una *partnership* nell’organizzazione degli eventi;
  - b) partecipazione di almeno 50 persone a ciascuno degli incontri organizzati;
  - c) partecipazione di almeno 10 esponenti di Enti pubblici/privati che si occupano direttamente o indirettamente di tematiche legate alla salute delle donne.
- per il ciclo di interventi dedicati ai giovani:
  - a) sviluppo di una *partnership* nell’organizzazione dell’intervento;
  - b) adesione di almeno 15 istituti scolastici di secondo grado all’iniziativa;
  - c) partecipazione di almeno 1000 studenti agli incontri organizzati nelle scuole;
  - d) incremento delle conoscenze degli argomenti trattati in almeno l’80% dei quesiti posti;

- e) partecipazione di almeno 50 persone all'evento finale di presentazione del progetto;
- f) partecipazione di almeno 10 esponenti di enti pubblici/privati che si occupano direttamente o indirettamente di tematiche legate alla salute dei giovani.

### **Descrizione attività 2.a**

Gli operatori del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta 3 hanno innanzitutto stabilito le linee guida e le modalità di intervento: da un lato il ciclo di incontri dedicato alle donne, intitolato "Salute!", 2 eventi in cui affrontare da diversi punti di vista il tema della salute al femminile; dall'altro un intervento di prevenzione, intitolato "Bere consapevole", da attuarsi in maniera capillare negli istituti scolastici del territorio della Provincia di Macerata, articolato in attività nei gruppi classe svolte da psicologi (somministrazione di un questionario su abitudini, percezioni e conoscenze e verifica dell'apprendimento, ed intervento di un'ora sullo stile mediterraneo e sui rischi per la salute derivanti da consumi eccessivi) comprendente un evento finale per la popolazione in cui presentare i risultati di quest'ultima iniziativa e del progetto *Pink Drink* nel suo complesso.

Per realizzare questo ci si è dedicati allo sviluppo del *network* di soggetti pubblici e privati che avrebbero garantito ampia diffusione e visibilità all'iniziativa: in particolare, è stato dato un importante seguito alla collaborazione avviata con la Camera di Commercio in occasione dell'evento di presentazione della pubblicazione *Pink Drink* descritta al punto [1] del presente *form*. Il Dipartimento e la Camera di Commercio di Macerata hanno siglato un protocollo d'intesa per l'organizzazione congiunta dei 2 interventi.

### **Descrizione attività 2.b**

Il ciclo di incontri "Salute!" è stato concepito come un percorso di sensibilizzazione e confronto sulle tematiche della salute delle donne, ed in particolare delle più giovani, anche in relazione ai cambiamenti in atto negli stili di vita e di consumo. Gli eventi erano dunque rivolti alla popolazione generale, ma con particolare riguardo alla sua componente femminile. Questo perché la donna risulta "antenna sensibile" di tali mutamenti e, contemporaneamente, depositaria dello stile di vita familiare. In questo quadro si sono inserite le due iniziative "Salute! Donne, alimentazione e stili di vita" (27 Febbraio, ore 18:30) e "Salute! Donne, sport e stili di vita" (27 Marzo, ore 18:30), ospitate entrambe presso la Civica Enoteca Maceratese. Protagoniste dei due eventi, articolati in tavole rotonde, operatrici sanitarie, imprenditrici del settore eno-gastronomico, rappresentanti delle istituzioni e dello sport, che hanno offerto, da prospettive diverse, spunti di riflessione sul ruolo fondamentale che la donna può svolgere nell'ambito della promozione della salute, anche attraverso la valorizzazione delle risorse del territorio.

I 2 eventi hanno visto un'ampia partecipazione, complessivamente più di 100 persone, tra cui cittadini comuni ed esponenti delle istituzioni e di enti privati; le agenzie di stampa locali (TV, giornali e siti internet) hanno dato notevole spazio e visibilità all'iniziativa.

### **Descrizione attività 2.c**

Per quanto riguarda gli interventi nelle scuole, svolti tutti nel mese di dicembre 2013, hanno aderito 16 istituti scolastici, per un totale di 28 differenti sedi che rappresentano oltre l'80% di quelli presenti sul territorio.

E' stato realizzato un incontro per ciascun gruppo-classe delle classi quarte. Ogni intervento si è svolto secondo la seguente modalità: dopo la presentazione iniziale, veniva somministrato agli alunni il questionario anonimo intitolato "Il saggio bevitore", attraverso cui venivano indagati i consumi, le abitudini, le percezioni e le conoscenze rispetto all'alcol e ai suoi effetti. Una volta raccolti i questionari compilati, iniziava l'intervento vero e proprio, nel corso del quale l'esperto, con l'ausilio di un *powerpoint*, affrontava tematiche quali i possibili

danni all'organismo causati da un eccessivo consumo di alcol, il bere mediterraneo e lo stile di vita ad esso collegato, la differenza tra consumo durante i pasti e lontano dai pasti, consumo moderato e non moderato.

Al termine dell'intervento veniva consegnato agli insegnanti il *re-test* de "Il Saggio bevitore", da somministrare agli alunni alcuni giorni dopo, finalizzato a valutare gli eventuali esiti dell'intervento nei confronti dei ragazzi in termini di consumi di bevande alcoliche e di conoscenze rispetto alle tematiche trattate.

Sono stati raccolti ben 1.460 questionari (il 58% dei quali compilati da ragazze), un numero notevole che rappresenta una fetta importante della popolazione del territorio di quella fascia d'età. E' emerso che solo il 17% degli intervistati è astemio o quasi e che quasi 4 su 10 bevono almeno una volta alla settimana. Lo stile di consumo nord-europeo, ossia il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, è predominante e quasi la metà dei ragazzi dichiara di aver avuto nell'ultimo anno almeno un episodio di *binge drinking* (ubriacatura). In tutti gli *items* del questionario, le ragazze registrano percentuali di consumo più basse rispetto ai ragazzi, ma comunque piuttosto elevate rispetto al passato e ai dati nazionali ed europei. Le conoscenze possedute, dopo l'intervento, sono incrementate in maniera notevole rispetto a tutti i quesiti posti, in particolare in riferimento allo stile mediterraneo, ai rischi per la salute e alla maggior vulnerabilità delle donne rispetto all'alcol.

A conclusione, il 16/05/2014 è stato organizzato un evento finale del progetto, sempre presso la Civica Enoteca Maceratese, nel corso del quale sono stati presentati, anche attraverso la distribuzione di una mini-pubblicazione, i risultati di quest'ultima iniziativa e dell'intero progetto. Hanno partecipato all'evento circa 50 persone, tra cui numerosi rappresentanti di enti pubblici e privati.

Relativamente ai costi, il contributo di € 3.500 messo a disposizione dalla Camera di Commercio è stato interamente utilizzato per finanziare gli interventi dei 4 psicologi negli istituti scolastici che hanno aderito all'iniziativa.

### **3) Sviluppi nel 2015:**

Il progetto *Pink Drink* prosegue con la cura di prodotti multimediali di prevenzione che, a partire da EXPO Milano 2015 verranno diffusi in tutto il territorio e con la diffusione del match-book "Donne e alcol – una guida per difendersi dai rischi dell'alcol pensata e realizzata per le donne", primo di una serie di azioni dedicate alla prevenzione della FAS (Sindrome Fetale alcolica).

## REGIONE LAZIO

Con DCA n. 430 del 24 dicembre 2012 è stato approvato il bando per l'assegnazione di progetti di carattere sanitario per la cura di soggetti con patologie della dipendenza nella Regione Lazio. I progetti articolati per 24 mesi si svolgeranno per un arco temporale di tre anni e riguardano le seguenti strutture territoriali del Lazio: 2 Centri specialistico ambulatoriale di consulenza alcol nel territorio RMA e Rieti; 1 Centro specialistico ambulatoriale e semiresidenziale per alcolisti in collaborazione con il Municipio I e il \*Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio ed infine 1 Centro Specialistico residenziale per il trattamento degli alcolisti.

\*Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL) svolge attività di prevenzione e cura garantendo visite ambulatoriali, ricoveri ordinari e di DH per utenti con problemi di alcoldipendenza.

Nel 2014 ha preso l'avvio il **Progetto SAM (Servizi Alcolologici Mappati)** volto al rilevamento nel territorio dei Servizi Alcolologici, alla loro immissione in una rete socio-sanitaria che sia in grado di supportare gli alcolisti e le loro famiglie nel percorso terapeutico-riabilitativo.

## REGIONE PUGLIA

**“Luoghi e percorsi per..... un divertimento sicuro”.**

Si tratta di una proposta orientata al divertimento sicuro mediante percorsi attivi e partecipativi dei giovani, tramite *Art Village* - struttura polifunzionale attivata sul territorio - dal Dipartimento Dipendenze Patologiche sez. 1 di San Severo.

L'obiettivo è quello di promuovere un modello di vita sociale basato sulla partecipazione, il confronto, la creatività.

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche di Lecce, con l'ausilio dell'*equipe* di Lecce, ha dato avvio al **Progetto** del laboratorio teatrale **“Life on the rocks – Una vita con ghiaccio”**, in collaborazione con due Associazioni di Lecce: Emmanuel e Ammirato. Questa iniziativa, ha coinvolto studenti di diverse realtà scolastiche nella realizzazione di un video utilizzato nelle scuole come campagna di prevenzione delle problematiche alcol correlate.

## REGIONE BASILICATA

### ➤ Progetto “SCUOLA = cultura + salute”

La Scuola non è solo un luogo di apprendimento ma un luogo in cui s’impara il mestiere di vivere. Ponendosi questa finalità la Scuola diventa anche luogo di prevenzione dove si realizzano interventi educativi mirati ad incrementare i fattori di protezione e a ridurre l’impatto dei fattori di rischio.

I 4 Ser.T. dell’ASP da oltre 15 anni realizzano interventi di prevenzione con i gruppi classe e con i docenti. È dimostrato che i ragazzi non imparano concetti sulla salute, né interiorizzano comportamenti sani, solo perché viene detto loro ciò che fa bene.

Essi imparano attraverso l’esperienza e la partecipazione attiva, utilizzando la riflessione e la discussione.

Il massiccio impiego delle nuove tecnologie da parte adolescenziale e giovanile impone di affiancare, alle classiche metodologie centrate sull’ascolto e sulla relazione *face to face*, peraltro indispensabili ed irrinunciabili principi volti alla costruzione comune di senso e di significati, approcci centrati sulla comunicazione mediatica, a partire da sollecitazioni provenienti dal mondo delle immagini (caratterizzate da una forte componente emotiva piuttosto che logico razionale).

Il progetto ha la finalità di incrementare negli studenti la percezione del rischio connesso al consumo di alcol ed offrire occasioni e spazi di confronto all’interno del gruppo di coetanei per favorire lo sviluppo di atteggiamenti ed opinioni che possono disincentivare l’uso di alcol. Per la completa realizzazione si richiede anche la disponibilità e l’impegno degli insegnanti a partecipare a percorsi formativi predisposti dall’*équipe* dei Ser.T. ed alla realizzazione degli interventi previsti in classe.

Queste figure vengono coinvolte considerando l’importanza del loro ruolo educativo e del loro costante contatto con gli alunni, che può incidere positivamente sulle scelte e sui comportamenti adottati dagli studenti.

### OBIETTIVI:

- Aumentare il senso critico e favorire scelte consapevoli rispetto ad una sostanza psicoattiva che appartiene alla nostra cultura ed è presente nella quotidianità.
- Riflettere in modo critico sul proprio approccio al consumo di alcol, sia individuale che in gruppo, sulla ritualità del bere e sui loro significati, sulle pubblicità inducenti, esplicite e non.
- Approfondire il tema alcol e comportamenti a rischio.

DESTINATARI: Alunni e docenti Scuole medie superiori ed inferiori del territorio dell’ASP.

### METODOLOGIA E STRUMENTI:

Si esplorerà il tema dell’alcol esplicitandone gli aspetti negativi (il danno fisico, la dipendenza, i danni sociali, ecc) e quelli positivi (elementi di seduzione e d’attrazione che spingono i giovani ad iniziare a bere), coinvolgendo direttamente ed emotivamente i giovani.

Sul piano dei contenuti (dimensione tematica) si visualizzerà la molteplicità di prospettive attraverso cui considerare e affrontare il tema alcol, favorendo negli studenti la consapevolezza dell’importanza del punto di vista - non solo personale, ma anche sociale, culturale e ideologico - che determina una specifica interpretazione della tematica in esame. L’offerta di molteplici prospettive permette agli studenti di visualizzare immediatamente la possibilità di posizionarsi in modo non univoco o scontato, favorendo l’emergere di posizioni variegata in sede di analisi e di confronto all’interno del gruppo.

Il progetto prevede un primo momento di contatto con la Scuola per l'organizzazione e la contestualizzazione dell'intervento, un incontro di presentazione del lavoro ai docenti delle classi coinvolte di ogni singola scuola, l'intervento diretto con il gruppo classe (2/3 incontri di 2 ore in ciascuna classe) ed un incontro di restituzione ai docenti del lavoro svolto.

Si prevede, dove possibile realizzarlo, anche un percorso formativo per gli insegnanti.

Per la gestione degli interventi le tecniche utilizzate sono quelle tipiche della pedagogia di stampo attivo: il *brainstorming*, il *role playing*, la simulazione, il lavoro in piccoli gruppi e successivamente collegiale.

La salvaguardia di un clima informale e ludico permetterà inoltre di poter instaurare un rapporto di agio che facilita l'espressione del proprio punto di vista, l'esposizione di impressioni "a caldo", connotate sotto il profilo emotivo.

Si utilizzerà materiale audiovisivo quale *spot* pubblicitari, *videoclip*, frammenti di film sul tema alcol.

Inoltre, nel corso degli incontri gli alunni sperimenteranno particolari occhiali (ALCOVISTA) che simulano lo stato d'ebbrezza, etilometri elettronici ed etil-test monouso.

Con l'impiego di questi particolari occhiali ALCOVISTA è facile vedere quali sono i veri effetti dell'alcol sulla visione (e di conseguenza sulla guida) in maniera ludica ma realistica, essi simulano un tasso alcolemico nel sangue tra lo 0,4 e l'1,2 g/l.

Gli occhiali ALCOVISTA (utilizzati in ambiti preventivi e formativi soprattutto negli Stati Uniti, Spagna o Francia) mostrano con chiarezza le alterazioni della visione dopo aver bevuto.

Gli incontri nelle classi saranno condotti dagli operatori Ser.T. con l'eventuale ausilio degli insegnanti.

Dopo gli incontri con gli operatori è auspicabile la prosecuzione delle attività di prevenzione a cura dei docenti dei singoli gruppi classe attraverso approfondimenti tematici (alcol nella storia, alcol e arte, alcol e musica, alcol e guida, alcol e sessualità) e, utilizzando la creatività e il protagonismo dei giovani, la realizzazione di un "prodotto" preventivo sul tema "*Alcol e comportamenti a rischio*" (*slogan, spot video, o altro*).

Ai docenti interessati a proseguire il percorso con i propri studenti verrà fornito il supporto e il materiale tecnico necessario alle attività.

## VALUTAZIONE

La valutazione è di tipo qualitativo e quantitativo, basata sulle percezioni di operatori, docenti, alunni; numero partecipanti, grado di partecipazione, esiti dei questionari di gradimento e di acquisizione delle conoscenze.

### ➤ **Progetto "Conoscere per prevenire".**

Tempi di attuazione: Gennaio-Aprile 2014.

DESTINATARI: Adolescenti studenti Scuola Media ed ITIS di Corleto Perticara (PZ).

#### FINALITA':

Portare i giovani ad un adeguato livello conoscitivo sui rischi legati all'uso dell'alcol per favorire un percorso formativo in linea con gli orientamenti e i principi della Legge 125/2001.

#### AZIONI:

- programmazione concordata con gli Istituti interessati;

- sondaggio (somministrazione test “in entrata”) dei livelli di conoscenza e percezione del rischio nonché della presenza di sistemi valoriali presenti nei soggetti intervistati;
- incontri di tipo “interattivo” con le classi degli studenti;
- animazione teatrale sul tema “alcol” condotta dall’Associazione culturale “L’albero”;
- confronto risultati dei test in “entrata” ed “uscita” per valutare l’eventuale aumento dei corretti livelli di conoscenza ed attenzione al problema alla luce di quanto appreso dagli incontri frontali ed interattivi e dalla partecipazione alla animazione teatrale;
- restituzione dati in plenaria per discussione risultati e per eventuale impostazione di possibili e future azioni in merito.

#### RISULTATI:

L’elaborazione dei dati del questionario ha permesso la stesura di un “*report*” che, pur non essendo esaustivo, può avere una sua certa utilità come una delle possibili fonti di “lettura” del mondo giovanile riguardo a questi fenomeni. Passando ai dati, su un campione di 106 studenti (con una età compresa, per la Scuola Media, tra 11 e 15 anni e per l’ ITIS tra i 16 e i 21 anni) si è potuto individuare un buon livello di conoscenza dei danni causati dall’alcol ed una percezione, da parte dei giovani, dell’importanza e della diffusione sociale del “problema alcol”: più del 93% del campione è consapevole, infatti, dei danni dell’alcol e conosce, nel proprio ambito territoriale, soggetti ritenuti alcolisti; il 98% ritiene che vi sia un aumento del “bere” tra i giovani rispetto al passato; il 40% ritiene che il “bere misto” (vari tipi di alcolici assunti nella giornata) sia la bevanda alcolica preferita dai giovani, seguita dai superalcolici (32%), birra (24%) e vino (4%). La ricerca permette inoltre di sottolineare un certo atteggiamento critico da parte dei giovani verso alcuni “luoghi comuni” sul bere: il 93% del campione non ritiene, infatti che l’alcol renda “più forti”; il 70% non ritiene che “faccia digerire”; il 97% ritiene che l’alcol non debba essere assunto assieme ai farmaci.

E’ comunque anche da segnalare la presenza di comportamenti tesi a valorizzare, più o meno consapevolmente, situazioni di pericolo: il 12% circa del campione di ricerca ritiene, infatti, importante “reggere l’alcol” evocando un tipo di comportamento che gli anglosassoni (che già conoscono il problema) hanno denominato “*binge drinking*”, cioè un comportamento estremo teso a “saggiare” la resistenza del corpo con dosi sempre più crescenti di alcol.

I necessari spunti operativi che scaturiscono dall’analisi della ricerca brevemente presentata possono portare alla definizione di alcuni possibili **obiettivi** quali:

- promuovere l’educazione incrementando il livello di consapevolezza degli effetti dell’alcol tra i giovani;
- sviluppare programmi di promozione alla salute che comprendano i temi dell’alcol in ambienti quali istituzioni educative, organizzazioni giovanili e comunità locali.

## **REGIONE SARDEGNA**

**Progetto di ricerca sulla “Fetopatia alcolica” derivante dal consumo di alcol in gravidanza in una popolazione di donne sarde.**

**UNITÀ OPERATIVA PROPONENTE:** Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati, Gruppo Operativo dipendenze da alcol tabacco e gioco d'azzardo.

**SOGGETTI COINVOLTI:**

Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università di Cagliari;  
Clinica Ostetrica e Ginecologica , Università di Cagliari;  
Clinica Ostetrica e Ginecologica , Università di Sassari;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale San Francesco di Nuoro, Asl Nuoro;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale San Martino di Oristano , Asl Oristano;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale Giovanni Paolo II, Asl Olbia;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale Nostra Signora della Mercede, Asl Lanusei;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Presidio Ospedaliero Sirai, Asl Carbonia;

**FINANZIAMENTO:** Determinazione RAS n° 321 del 31/12/2012 – Posizione finanziaria EC 231-188 – 00.12.01.03-€ 10.544.00

**AMBITO DI INTERVENTO:** Attività di prevenzione dai danni derivanti dal consumo di alcol in gravidanza e nel puerperio.

**FINALITÀ E ASPETTI INNOVATIVI DEL PROGETTO:**

Attivazione di un progetto pilota a carattere regionale di prevenzione dall'alcol per donne nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nel puerperio.

Ciò verrà attuato coinvolgendo le Università di Cagliari e Sassari e tutte le Asl.

La reale conoscenza della fetopatia alcolica sarà rilevata ponendo domande specifiche sull'argomento (questionario autosomministrato e Test AUDIT) prima e dopo l'informazione sulle conseguenze che l'esposizione all'alcol, nel corso di tutti i trimestri della gravidanza, può indurre.

Uno degli obiettivi sarà l'identificazione in Sardegna del consumo di alcol nella suddetta popolazione femminile, rilevando la quantità assunta nell'arco della settimana, l'eventuale uso eccessivo e le condizioni correlate al suo uso/abuso/dipendenza.

Successivamente, verranno date informazioni dettagliate alla popolazione generale sulle ripercussioni negative dell'uso di alcol in gravidanza.

**OBIETTIVO GENERALE:** Identificare la reale conoscenza riguardo la fetopatia alcolica e delle conseguenze che l'esposizione all'alcol, nel corso di tutti i trimestri di gravidanza, può indurre sulla salute fetale. Ciò effettuando domande specifiche sull'argomento sia prima sia dopo l'informazione.

**RISULTATI ATTESI:** Migliorare la conoscenza nella popolazione dei danni derivanti dal consumo di alcol in gravidanza e favorire la sua completa astensione, con particolare riferimento alla popolazione femminile in corso di gravidanza e nel puerperio.

#### FASI DI REALIZZAZIONE, VALUTAZIONE, TEMPISTICA E STRUMENTI UTILIZZATI:

Il progetto, che ha avuto durata di 12 mesi, si è articolato in più fasi, a partire dalla reale conoscenza della fetopatia alcolica, che è stata appurata mediante domande specifiche sull'argomento che sono state poste prima e dopo l'informazione sulle conseguenze che l'esposizione all'alcol può indurre sulla salute fetale.

Ciò è stato effettuato nelle donne in fase preconcezionale, in gravidanza e nel puerperio, mediante l'utilizzo di un questionario autosomministrato e la compilazione del Test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

#### CONCLUSIONE:

Il progetto si è concluso con l'organizzazione di un convegno: “A piccoli passi verso la vita...”, che si è tenuto presso la Sala Convegni del T-Hotel, il giorno 19 dicembre 2014.

E' stata inoltre realizzata e distribuita una brochure con i dati della ricerca e con le informazioni dettagliate sulle ripercussioni negative dell'uso di alcol in gravidanza.

