



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE - 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 ALCOLCORRELATI”**

ANNO 2013

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

I

PARTE I

1.	IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO	1
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
	<i>Il trend dei consumi annui pro capite</i>	2
	<i>Il confronto con il consumo annuo pro capite degli altri Paesi europei</i>	2
	<i>I consumi e i modelli di consumo nella popolazione generale</i>	5
	<i>I consumi e i modelli di consumo nella popolazione giovanile</i>	14
1.2	La mortalità e la morbilità alcolcorrelate	23
	<i>Le stime di mortalità dell' Istituto Superiore di Sanità</i>	24
	<i>La mortalità per cirrosi epatica</i>	29
	<i>Gli incidenti stradali</i>	31
	<i>Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili</i>	38
	<i>L'alcoldipendenza</i>	45
	<i>L'attenzione dei medici al consumo alcolico dei pazienti</i>	46
2.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	48
2.1	Gli interventi di indirizzo	48
2.2	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio	58
2.3	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	60
2.4	La partecipazione alle politiche internazionali	62
3.	LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	67

PARTE SECONDA

4.	I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 - ANNO 2011	74
4.1	Il personale dei servizi	74
4.2	Le caratteristiche demografiche dell'utenza	75
4.3	I consumi alcolici dell'utenza	76
4.4	I modelli di trattamento	76
4.5	I modelli organizzativi dei servizi	77

4.6	La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato	78
-----	--	----

	Tabelle e grafici	79
--	-------------------	----

PARTE TERZA

5.	L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 n. 125 NELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME	80
5.1	La rilevazione degli interventi e delle attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125	80
5.2	Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità	82
5.3	Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati	96
5.4	Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	114
5.5	Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	123
5.6	Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale <i>no profit</i>	130
5.7	Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11	139
5.8	Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	145
5.9	Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell' Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida	155
5.10	Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	162
5.11	Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	169
5.12	Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001	174

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 2012 e dal Ministero della Salute nell'anno 2013.

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

L'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS-Osservatorio nazionale alcol ha fornito un contributo originale di elaborazione ed analisi dei dati relativamente ai comportamenti di consumo alcolico a rischio della popolazione generale e alla stima della mortalità alcol correlata in Italia e nelle Regioni, realizzato nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute.

PRESENTAZIONE

Si conferma nel nostro Paese il consolidamento di nuovi comportamenti di consumo alcolico sempre più vicini alle culture del bere prevalenti nei Paesi del Nord Europa. Appare sempre meno diffuso il modello di consumo mediterraneo, basato sulla assunzione quotidiana e moderata di vino, tipico della nostra tradizione, che resiste nella popolazione anziana ma viene progressivamente abbandonato dalle persone più giovani, a favore di un consumo occasionale e al di fuori dei pasti.

Nel decennio 2002-2012 è ben evidente la crescita dei consumatori fuori pasto (passati dal 23,1% al 26,9% nella popolazione di oltre 14 anni) tra gli uomini ma soprattutto tra le donne (passate dal 12,1% al 16%); il fenomeno riguarda in particolare i giovani di 18-24 anni, tra i quali i consumatori fuori pasto sono passati dal 34,1% al 44,0% nel decennio. L'ISTAT ci dice inoltre che circa 3 milioni 314 mila persone di entrambi i sessi (circa il 6,1% della popolazione di 11 anni e più) presentano consumi fuori pasto più frequenti, almeno una volta a settimana, in particolare tra i giovani di 18-34 anni, e risultano quindi esposte a un rischio rilevante, soprattutto se si considera che il numero medio di bicchieri consumati con tale frequenza è di 4,5.

Tra le persone più giovani, e in particolare tra i maschi, ha assunto grande diffusione il così detto *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti in un breve arco di tempo, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Nel 2012 i *binge drinkers* rappresentano complessivamente il 6,9% della popolazione di 11 anni e più, l'11,1% tra i maschi e il 3,1% tra le femmine; ma tra i giovani maschi di 18-24 anni il fenomeno interessa ben il 20,1%.

Anche l'analisi del tipo di bevande consumate fa emergere l'evoluzione avvenuta nel modello di consumo; calano infatti nell'ultimo decennio i consumatori di solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne, mentre aumentano coloro che consumano, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, non solo tra i giovani ma soprattutto tra gli adulti di oltre 44 anni e gli anziani.

Le nuove modalità di bere della popolazione italiana comportano l'esposizione a nuovi 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. Accanto ai nuovi rischi continuano inoltre a persistere quelli derivanti dal consumo più tradizionale del nostro Paese, giornaliero e protratto nel tempo, che è ancora molto diffuso tra le persone anziane e può essere pericoloso per la salute se non si accompagna a una rigorosa moderazione. Il consumo giornaliero non moderato nel 2012 riguarda il 7,5% della popolazione, il 12,2% tra gli uomini e il 3,2% tra le donne, con una prevalenza superiore a quella rilevata per il *binge drinking*; e nella popolazione di oltre 65 anni interessa ben il 39,7% dei maschi e il 9,5% delle femmine.

Tuttavia, nonostante i cambiamenti emergenti nei modelli di consumo, i valori di alcuni importanti indicatori di rischio pongono l'Italia in una posizione migliore rispetto a molti Paesi europei, anche di ambito mediterraneo.

Tra i Paesi dell'Unione Europea l'Italia occupa il posto più basso nella graduatoria relativa al consumo annuo pro capite di alcol puro, cioè di alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche, che, considerato nella popolazione di età superiore ai 15 anni, è secondo l'OMS il miglior indicatore del consumo complessivo di alcol di una popolazione: tale parametro nel 2009 ha raggiunto i 6,94 litri, valore che si presenta in costante calo - molto maggiore di quello registrato dalla media dei Paesi dell'Unione Europea - e consentirà presumibilmente all'Italia di raggiungere il livello di consumo raccomandato dall'OMS 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).

Continua a diminuire nel nostro Paese, con un andamento più rapido e consistente rispetto alla media dei Paesi europei, anche il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica, uno dei più importanti indicatori di danno alcol correlato, che nel 2010 è pari a 8,09 per 100.000 abitanti; questo valore è molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno sia per la media dei 27 Paesi dell'Unione Europea (13,01 per 100.000) che per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,34 per 100.000). Anche la percentuale di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale, secondo studi realizzati in ambito OMS, presenta in Italia un valore tra i più bassi di tutta la Regione europea, con valori molto inferiori alla stessa media dei Paesi dell'UE, soprattutto tra i maschi.

I dati attualmente disponibili sui fenomeni alcol correlati fanno emergere negli ultimi anni qualche tendenza positiva che 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.

Continua tra il 2011 e il 2012 il trend discendente, in atto dal 2010, dei consumatori a rischio, che passano dal 15,2% al 13,8% nella popolazione di oltre 11 anni, con un calo che riguarda sia i consumatori giornalieri non moderati che i consumatori *binge drinking*.

Tra il 2011 e il 2012 l'ISTAT rileva inoltre una diminuzione dei consumi fuori pasto nella popolazione di oltre 11 anni, diminuzione che, sia pure lieve (-1,2%), rappresenta una discontinuità nel trend in continua crescita di questi consumi nell'ultimo decennio.

Nella popolazione di oltre 65 anni si conferma la tendenza al calo dei consumi giornalieri non moderati, passati tra il 2003 e il 2012 dal 49,8% al 39,7% tra i maschi e dal 13% al 9,5% tra le femmine.

Tra i giovani di 14-17 anni i consumi fuori pasto, caratterizzati da tempo e fino al 2011 da un trend tendenzialmente in crescita, tra il 2011 e il 2012 registrano un notevole calo, che riporta i valori allo stesso livello rilevato all'inizio del decennio (15,1%).

Fra i giovani studenti di 15-19 anni monitorati dall'indagine ESPAD sembra consolidarsi il contenimento di comportamenti a rischio quali le ubriacature e il *binge drinking*, che nel 2012 presentano prevalenze sostanzialmente stabili o in lieve calo rispetto a quelle all'anno precedente e comunque vicine ai valori minimi della serie storica per questi dati.

Tra gli stessi giovani studenti si conferma inoltre chiaramente il trend in diminuzione degli atteggiamenti favorevoli ad alcuni comportamenti a rischio, quali l'ubriacarsi una volta a settimana o il consumo quotidiano eccedentario.

Le indagini europee rilevano inoltre che i nostri giovani sono, in rapporto ai loro coetanei europei, fra quelli che percepiscono maggiormente (oltre la media europea) il rischio del bere regolare e sono al primo posto per la percezione del rischio del bere occasionale.

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica continua a presentarsi in costante diminuzione, così come il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili, soprattutto nelle fasce di età 15-35 anni, con un riscontro anche a livello regionale sebbene con andamenti diversi nelle singole Regioni.

Si conferma, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, il trend in calo delle persone che guidano l'auto o la moto dopo aver bevuto, che nel 2012 risultano essere l'8,9% degli intervistati contro l'11,8% del 2008.

Il Rapporto ACI-CENSIS 2012 rileva che il 42,8% degli automobilisti intervistati dimostra di conoscere i limiti legali di alcolemia, mentre solo il 17,3% indica limiti errati; i giovani di 18 - 29 anni inoltre risultano i più informati e tra essi il 54,4% è in grado di indicare correttamente i limiti legali.

Nel nostro Paese peraltro sussistono ancora alcune importanti criticità che è necessario monitorare attentamente per poter adottare le misure di contenimento e contrasto più adeguate.

Appare ancora consistente la quota di persone con comportamenti di consumo a rischio, che nel 2012 secondo l'ISTAT è pari ad almeno il 13,8% della popolazione di 11 anni o più, per un totale di circa 7 milioni e 464.000 persone.

La popolazione più giovane appare particolarmente esposta ai rischi alcol correlati.

Tra i giovani di 18-24 anni nel 2012 il 14,8% ha ammesso comportamenti di *binge drinking*, il 20,1% tra i maschi e il 9,1% tra le femmine; e ha consumato alcol al di fuori dei pasti il 50,7% dei maschi e il 36,6% delle femmine.

Tra i giovani di 14-17 anni fino al 2011 il consumo fuori pasto ha registrato un trend di forte crescita, con prevalenze passate, nell'arco di 16 anni, dal 12,9% al 22,8% tra i maschi e dal 6% al 14,7% tra le femmine.

Assume alcol anche una buona percentuale di giovani tra gli 11 e i 15 anni (10,5% nel 2012), per i quali è rigorosamente prescritta la totale astensione dal bere.

Preoccupante appare anche nei giovani di entrambi i sessi la correlazione, evidenziata dall'ISTAT, tra *binge drinking* e assidua frequentazione di discoteche, soprattutto nella fascia di età 18-24 anni. Tale correlazione può aggravare i pericoli derivanti dal bere e richiede pertanto un monitoraggio particolarmente attento, anche in

considerazione del fatto che i giovani fra i 20 e i 24 anni continuano ad essere la classe di età più colpita dai danni per incidente stradale, uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol. Nel 2012 sono stati 309 i morti e 31.305 i feriti in questa classe di età.

Dal sistema di sorveglianza PASSI risulta che nel quadriennio 2009-2012 ha guidato mediamente sotto l'effetto dell'alcol il 10% dei giovani di 18-25 anni e l'8% dei giovani di 18-21 anni. E il Rapporto ACI - CENSIS 2012 ci dice che tra i giovani di 18-29 anni è superiore alla media della popolazione la percentuale di soggetti che prima di mettersi alla guida bevono fino a quando possono "reggere" l'alcol (9,7% contro la media del 7%).

Fra gli alcolodipendenti in trattamento nei servizi alcologici territoriali la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta nel 2012 il 9,1% dell'utenza totale e tra i nuovi utenti tale percentuale sale al 13,7%. Inoltre nei servizi alcologici si conferma una stabile percentuale di giovani utenti di età inferiore ai 20 anni, la cui entità oscilla nel tempo, a partire dal 1996, tra lo 0,5% e lo 0,7% e che nel 2012 è stata pari allo 0,5%.

Anche la popolazione femminile, sebbene ancora meno interessata al consumo alcolico in rapporto a quella maschile, mostra da alcuni anni una tendenza ad uniformarsi ai comportamenti maschili.

Nella popolazione di oltre 11 anni il 6,4% delle donne presenta almeno un comportamento di consumo a rischio, per un totale di circa 1 milione 790.000 persone. Come evidenziato dalle analisi dell'ISS, mentre per i maschi si registra dal 2007 un trend in diminuzione dei consumatori a rischio (-4,8 punti percentuali), tra le donne nello stesso periodo non si registrano variazioni statisticamente significative.

In particolare appare ben evidente tra le donne l'andamento in crescita delle percentuali di consumatrici fuori pasto, che nel decennio 2002-2012 sono passate, considerando la popolazione di oltre 14 anni, dal 12,1% al 16%, con un aumento percentuale superiore a quello verificatosi tra i maschi.

I fenomeni di omologazione con l'altro sesso riguardano maggiormente le classi di età più giovani. Al di sotto dei 24 anni si attenuano notevolmente le differenze fra i generi nella prevalenza dei consumi fuori pasto, e nella quota di giovanissimi di 11-17 anni con consumi a rischio (complessivamente il 10,4% di questa fascia di età) nel 2012 le femmine rappresentano l'8,4% e i maschi il 12,4%, con una differenza molto minore di quelle riscontrate in fasce di età più anziane.

Negli ultimi anni la stessa percentuale di decessi alcol attribuibili sul totale della mortalità presenta tra le donne una tendenza, sia pure lieve, all'aumento, sicuramente più accentuata che tra gli uomini.

La maggiore diffusione dei consumi alcolici tra le donne rappresenta un fenomeno di rilievo anche per lo specifico ruolo che la donna riveste per la salute e la protezione del feto e in particolare per il rischio di sindrome feto alcolica, la cui prevenzione richiederebbe una totale astensione dal consumo alcolico a partire dal concepimento e durante la gravidanza. Su tale problema non sembra esservi ancora sufficiente sensibilità e informazione e dallo studio di sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità emerge che nel 2012 il 25,7% delle donne in gravidanza ha dichiarato di aver

assunto bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni.

Anche la popolazione anziana di oltre 65 anni presenta rilevanti aspetti di criticità in quanto rappresenta la fascia di età con la più alta percentuale di consumatori a rischio (23,2%), a causa della grande diffusione del consumo giornaliero non moderato, che interessa il 39,7% dei maschi e il 9,5% delle femmine di quest'età. Le persone anziane continuano a seguire il modello di consumo tradizionale, caratterizzato dalla assunzione quotidiana di vino durante i pasti, ma spesso, soprattutto gli uomini, non rispettano le indicazioni delle agenzie di sanità pubblica, che prescrivono loro di non superare il consumo di un'unità alcolica giornaliera.

Le criticità emergenti nel nostro Paese riguardano dunque, soprattutto, specifiche fasce di popolazione, giovani, anziani e donne, cui vanno 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.

I cambiamenti in atto nel consumo alcolico femminile esigono un maggiore impegno nella implementazione di adeguati interventi di genere, finalizzati ad aiutare le donne, soprattutto quelle più giovani, a resistere alle specifiche pressioni al bere loro rivolte e a contrastare le tendenze alla omologazione con i maschi nella assunzione di comportamenti a rischio.

Deve essere maggiormente curata l'informazione delle donne sulla specificità dei loro rischi nel consumo dell'alcol, sia in relazione alla propria salute che a quella del feto. 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 recente 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. 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.

Dall'ultimo studio di sorveglianza PASSI emerge che nel 2012, tra le persone che si sono recate dal medico, solo il 14,6% dichiara di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico e nel quadriennio 2008-2012 tale quota appare in calo, soprattutto nella fascia di età 18-34 anni. Anche tra le persone con forte controindicazione per il consumo alcolico solo il 6,4% riferisce di aver ricevuto dal proprio medico un invito alla moderazione o alla interruzione del consumo. Lo stesso studio PASSI rileva che ancora troppe persone con controindicazione assoluta per l'alcol continuano a consumarlo, facendo emergere l'esigenza di più efficaci interventi di prevenzione: nel 2012 il 48,8% delle persone con patologia epatica ha dichiarato di aver consumato alcol negli ultimi 30 giorni.

Il Ministero ha promosso negli ultimi anni specifici piani di azione, 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.

Un'importante funzione di orientamento è stata svolta a tale proposito dal Piano Nazionale Alcol e Salute, conclusosi ormai da qualche anno con il completamento di tutti i progetti previsti. Successivamente il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, approvato d'intesa con le Regioni, ha individuato la prevenzione dei danni alcol correlati quale area specifica della prevenzione universale, prevedendo l'inserimento e l'implementazione di specifici progetti e programmi nei Piani di prevenzione predisposti dalle singole Regioni in attuazione del Piano stesso. Il Programma "Guadagnare Salute" 2007-2009, in cui una specifica area strategica è dedicata al contrasto dei problemi alcol correlati, è stato rinnovato per un ulteriore triennio e ha continuato a promuovere campagne di comunicazione innovativa, progetti per favorire stili di vita salutari e interventi di sensibilizzazione, realizzati talvolta anche con la collaborazione dei settori più sensibili del mondo della produzione e distribuzione.

Nello spirito della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha sostenute 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, la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol e, più recentemente, il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020, 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, approvato con la Risoluzione EUR/RC61/R4 del 15 settembre 2011, di cui il Ministero della Salute ha curato una traduzione italiana autorizzata dall'OMS pubblicata sul Portale del Ministero (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1738_allegato.pdf). 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.

In ambito U.E. l'Italia sta attualmente partecipando ai lavori per la predisposizione di un Piano di Azione Europeo per la riduzione dei danni alcol correlati, in continuità con la Strategia Comunitaria 2006-2012 che si è appena conclusa.

Le Regioni e Province Autonome proseguono lo svolgimento delle funzioni loro assegnate dalla legge 125/200 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. Da tali relazioni emerge nel tempo, in particolare, 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. 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.

A livello locale i servizi alcolologici territoriali hanno consolidato la loro organizzazione e sono in grado, pur con una certa variabilità tra le diverse Regioni, di assicurare ai soggetti alcolodipendenti accoglienza, diagnosi, trattamento e riabilitazione e di implementare la rilevazione epidemiologica annuale dell'utenza, del personale e delle attività svolte.

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. E' cresciuto nel contempo anche il numero complessivo degli operatori addetti, che a livello nazionale nel 2012 ha raggiunto i valori più alti. Gran parte di tali operatori, circa l'80%, risulta peraltro addetto solo parzialmente ai servizi alcolologici e il numero degli addetti esclusivi resta ancora troppo basso, 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.

Da alcuni anni le Regioni hanno costituito, nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, uno specifico Gruppo tecnico interregionale per l'Alcologia, 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.

Le tendenze positive che emergono da indicatori di varia fonte rappresentano un risultato dell'impegno congiunto delle istituzioni sanitarie ai vari livelli e di altri organi istituzionali ed enti che affiancano le istituzioni sanitarie nel contrasto ai problemi alcol correlati, secondo il modello di "Salute in tutte le politiche" che il Ministero da tempo promuove nei suoi Piani e Programmi di azione. Particolarmente importanti a tale proposito appaiono i contributi della Scuola, delle Forze dell'Ordine, delle organizzazioni di auto-mutuo aiuto, delle istituzioni sociali.

I programmi scolastici prevedono sempre più frequentemente interventi per la promozione della salute che trattano temi relativi ai rischi dell'alcol, coinvolgendo spesso, oltre che i giovani studenti, anche i loro genitori, il cui modello di consumo, come conferma l'ISTAT, ha una sicura influenza sul consumo alcolico dei figli.

Le Forze dell'Ordine hanno incrementato negli ultimi anni i controlli del tasso alcolemico nelle persone alla guida, soprattutto fra i più giovani, con un contributo di sicura efficacia per la prevenzione degli incidenti stradali e dei danni correlati. Tra il 2010 e il 2011, secondo i dati forniti dal Rapporto ACI-CENSIS, l'incremento dei controlli con etilometri e precursori è stato del 9,7% e nel 2012 il 13% degli automobilisti ha dichiarato di essere stato sottoposto ad alcoltest, contro l'11,5% del 2009, con percentuali ancora superiori tra i giovani di 18-29 anni. Sempre più spesso inoltre in ambito locale le Forze dell'Ordine collaborano con le istituzioni sanitarie e con la scuola in vari progetti di formazione e intervento nei contesti più a rischio.

La sensibilità sugli aspetti più rischiosi del consumo di alcol è sicuramente cresciuta anche nel mondo della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche, consentendo la realizzazione di qualche interessante intervento di prevenzione nell'ambito dei protocolli di intesa del programma governativo "Guadagnare Salute".

Le finalità della legge 125/2001 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. Un consolidamento dei risultati ottenuti e uno stimolo verso ulteriori progressi potrà arrivare, nello spirito della stessa legge, dalla continuità della collaborazione con l'Unione Europea e l'Organizzazione mondiale della Sanità, per la

costruzione di politiche internazionali 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.

Beatrice Lorenzin

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1. 1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

Il consumo dannoso di alcol costituisce uno dei tre problemi prioritari di salute pubblica del mondo, come recentemente confermato da importanti atti e documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità quali la Risoluzione OMS 15 settembre 2011 per l'approvazione del nuovo Piano di azione europeo per la riduzione del consumo dannoso di alcol ed il Rapporto "L'alcol nell'Unione Europea" edito dall'OMS nel 2012.

Benché solamente metà della popolazione mondiale assuma alcol, esso è la terza causa mondiale di malattia e morte prematura, dopo il basso peso alla nascita ed il sesso non protetto, con un impatto superiore a quello del tabacco.

L'alcol, oltre ad essere una sostanza che causa dipendenza, è causa di malattie trasmissibili e non trasmissibili, inclusi tumori, malattie cardiovascolari e del fegato, ed accresce il rischio di HIV/AIDS e tubercolosi nonché di tutti i tipi di lesioni intenzionali e non, inclusi gli omicidi e i suicidi. Le conseguenze appaiono particolarmente gravi nella Regione europea, che risulta essere l'area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati.

Buona parte dell'alcol consumato in Europa, secondo i dati dell'OMS, riguarda il consumo pesante, che aggrava tutti i rischi ed in particolare quelli di lesioni volontarie e involontarie, cardiopatia ischemica e morte improvvisa.

L'alcol può arrecare gravi danni anche a persone diverse dai bevitori, soprattutto tramite gli incidenti stradali e la violenza domestica, ed accrescere in tal modo ulteriormente i costi dell'assistenza sanitaria e sociale, nonché quelli delle istituzioni legali e giudiziarie; se si considera, secondo le valutazioni dell'OMS, che fino a tre persone su dieci possono avere a che fare nella loro vita con un bevitore pesante, la stima dei costi sociali dell'alcol risulta probabilmente raddoppiata.

Il rischio assoluto di morte per condizioni avverse connesse all'uso di alcol aumenta con la quantità totale di alcol consumato nel corso della vita; ma anche i modelli e la frequenza del consumo hanno un forte impatto sulle possibili conseguenze per la salute, in rapporto all'età, al sesso e alle circostanze in cui si beve. Particolarmente esposto ai danni derivanti dall'alcol è il cervello degli adolescenti, nei quali tra l'altro il consumo precoce accresce la probabilità di problemi e di dipendenza nella vita adulta.

I danni alcol correlati colpiscono maggiormente le persone socialmente svantaggiate e la mortalità per fattori cardiovascolari e lesioni alcol correlati costituisce una causa importante delle disuguaglianze di salute tra gli Stati Membri.

La prevenzione del consumo dannoso di alcol ha quindi un ruolo importante per evitare gravi danni di ambito non solo sanitario ma anche sociale ed economico. Un attento monitoraggio dei consumi alcolici e dei modelli di consumo costituisce un essenziale strumento di orientamento per l'adozione di efficaci politiche per la protezione della salute e della sicurezza della popolazione.

Il trend dei consumi annui pro capite

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche) nella popolazione di età superiore ai 15 anni è secondo l'OMS il miglior indicatore del consumo complessivo di alcol di una popolazione.

In Italia, secondo i più recenti dati del WHO-HFA Database, aggiornati all'anno 2009, il consumo medio pro capite di alcol puro è pari a 6,94 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età, 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).

Tra gli anni '70 e il 2000 il valore del consumo medio annuo pro capite ha registrato in Italia un notevole calo (-33%), molto maggiore di quello registrato dalla media dei Paesi dell'Unione Europea nello stesso periodo e dovuto prevalentemente alla diminuzione dei consumi di vino; la tendenza al calo è proseguita anche dopo il 2000 (tab.1), con un andamento più marcato sia rispetto alla media dei Paesi dell'Unione Europea (dove il calo dei consumi nel tempo appare più attenuato) sia rispetto alla media dei Paesi della Regione Europea, che ha registrato negli ultimi anni anche una lieve tendenza all'aumento, riprendendo poi un andamento in calo (graf.1).

**Tab. 1 - CONSUMO ANNUO PRO CAPITE
DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE
ITALIANA CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ
ANNI 2000-2009**

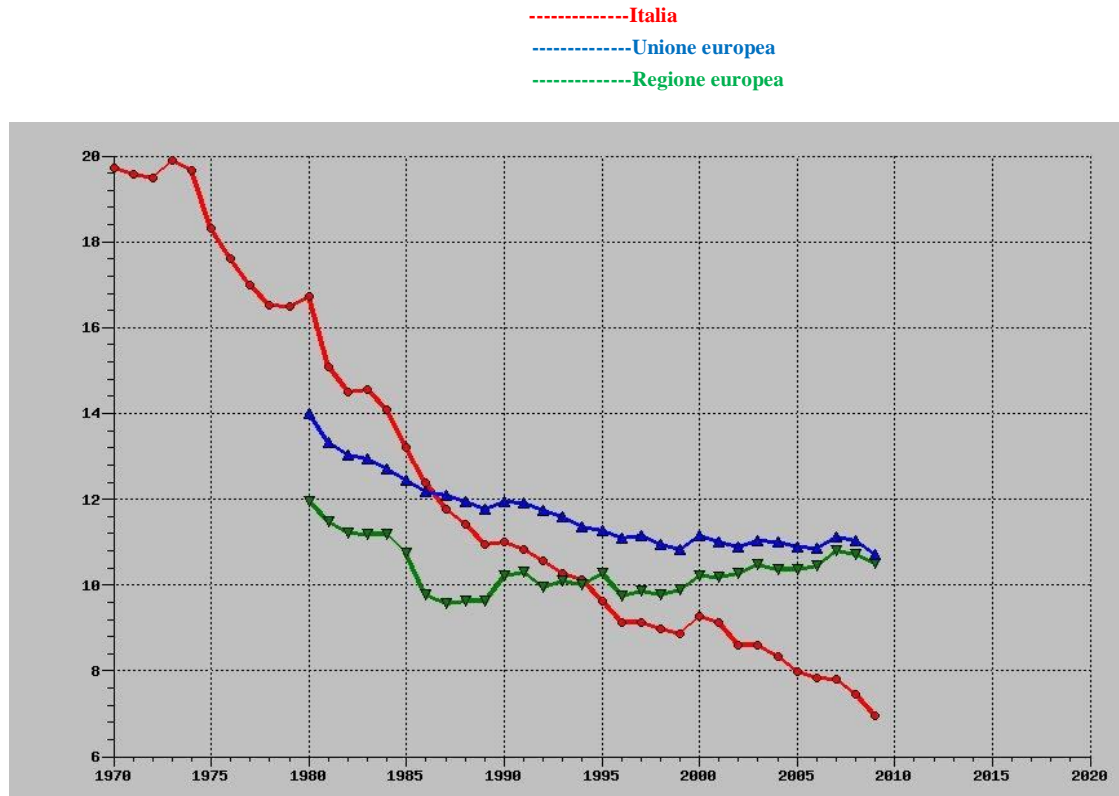
ANNI	Litri pro capite
2000	9,26
2001	9,12
2002	8,59
2003	8,59
2004	8,32
2005	7,99
2006	7,84
2007	7,81
2008	7,44
2009	6,94

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

Il confronto con il consumo annuo pro capite degli altri Paesi europei

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia per il 2009 (6,94 litri) appare tra i più bassi registrati nella Regione europea, dove il valore medio è di

**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 1970-2009**



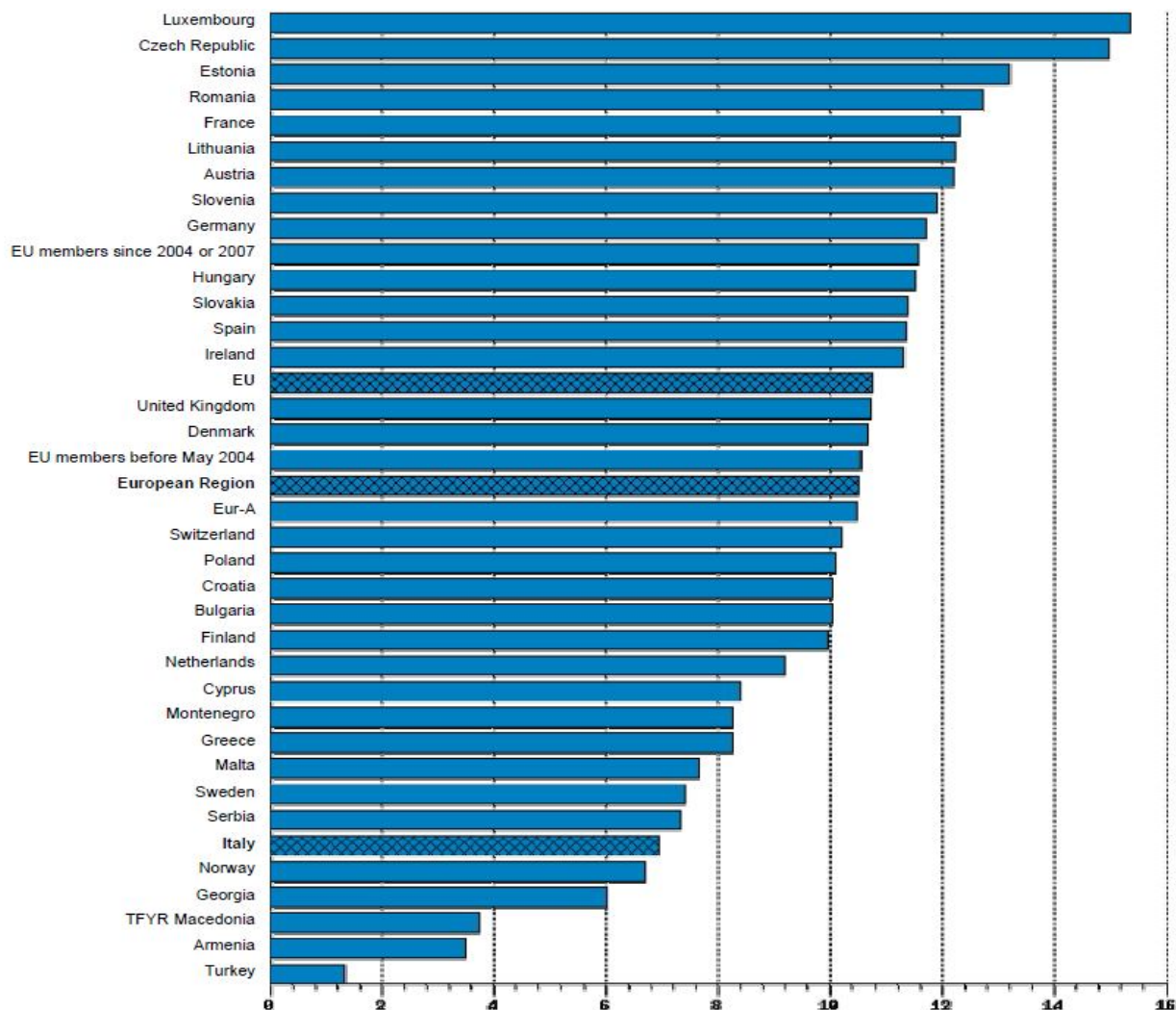
Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

10,51 litri e solo Norvegia, Georgia, Macedonia, Armenia e Turchia presentano valori inferiori a quelli dell'Italia (graf.2, tab.2).

Il consumo annuo pro capite dell'Italia appare anche il più basso tra quelli rilevati nei Paesi dell'Unione Europea, con un valore notevolmente inferiore alla media dell'U.E. (10,74 litri) e inferiore anche a quello di altri Paesi con modello di consumo mediterraneo quali Spagna (11,37) e Grecia (8,24) (tab.2). Non è possibile confrontare il dato italiano per l'anno 2009 con quelli di Belgio, Portogallo e Lettonia per lo stesso anno, che non vengono riportati dall'OMS ma che comunque risultavano notevolmente superiori al dato italiano nel WHO-European HFA Database del Luglio 2011.

Pur costituendo un utile indicatore di tendenze generali di lungo periodo, il consumo annuo pro capite non fornisce tuttavia indicazioni di dettaglio sui gruppi di popolazione esposti a rischio in relazione alla adozione di specifici modelli di consumo dannosi.

Graf. 2 - CONSUMO ANNUO PRO-CAPITE DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA Anno 2009



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

**Tab. 2 - CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO
NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ NEI
PAESI DELL'UNIONE EUROPEA ***
ANNO 2009 (valori in litri pro capite)

Paesi	2009
Lussemburgo	15,34
Repubblica Ceca	14,96
Estonia	13,21
Romania	12,74
Francia	12,30
Lituania	12,23
Austria	12,20
Slovenia	11,90
Germania	11,72
Ungheria	11,51
Slovacchia	11,38
Spagna	11,37
Irlanda	11,30
UE (27)	10,74
Danimarca	10,66
Regione Europea	10,51
Regno Unito	10,49
Polonia	10,10
Bulgaria	10,04
Finlandia	9,96
Paesi Bassi	9,20
Cipro	8,39
Grecia	8,24
Malta	7,65
Svezia	7,40
Italia	6,94

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

* La fonte non riporta i valori di Belgio, Lettonia e Portogallo

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione generale

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2012 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,6% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 990 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (78,3%) rispetto alle donne (51,8%). Il 23,6 % dei consumatori (12 milioni e 800 mila persone) beve quotidianamente (35,6% tra i maschi e 12,5% tra le femmine).

La quota complessiva dei consumatori nel 2012 si presenta in lieve calo rispetto a quella dell'anno precedente (65%) , mentre notevole appare il calo dei consumatori giornalieri, che

nel 2011, con 13 milioni e 954 mila persone, rappresentavano ben il 25,8% del totale dei consumatori.

Nell'ambito dell'intero decennio 2002-2012, prendendo in considerazione la popolazione di 14 anni e più, l'ISTAT ha rilevato :

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 70,2% al 66,6%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 34,5% al 24,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 35,8% al 42,2%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 23,1% al 26,9%).

L'ISTAT ha rilevato altresì nel decennio 2002-2012 una forte 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 riguarda i giovani e i giovanissimi ma in misura maggiore gli adulti oltre i 44 anni e gli anziani. Data l'occasionalità e la lontananza dai pasti che caratterizza spesso il consumo di quest'ultimo tipo di bevande, i mutamenti verificatisi nella preferenza delle bevande alcoliche si associano a una maggiore esposizione al rischio di danni alcol correlati.

I comportamenti di consumo a rischio

Per valutare correttamente il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche è necessario tener conto di parametri quali le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza con i pasti, la capacità di smaltire l'alcol in relazione al sesso e all'età, la tollerabilità dell'alcol in relazione alle condizioni di salute, all'assunzione di farmaci e ad altre situazioni, oltre al contesto in cui avviene il consumo.

Un consumo di alcol al di fuori dei parametri appropriati può creare danni acuti, conseguenti a uno stato di intossicazione etilica o di ubriachezza occasionale, oppure cronici, conseguenti ad un uso persistente e frequente di quantità non moderate di alcol, producendo comunque gravi conseguenze sul piano sanitario e sociale.

Tenendo conto di tali parametri si possono individuare alcune categorie di consumatori a rischio che è necessario monitorare attentamente al fine di valutare gli interventi necessari per contenere i possibili danni per il singolo e per la società.

I comportamenti di consumo a rischio secondo i dati ISTAT

I consumatori fuori pasto

L'assunzione di alcol a stomaco vuoto produce, a parità di quantità assunte, livelli di alcolemia più elevati, esponendo dunque a un maggiore rischio di conseguenze negative a livello sanitario e sociale.

Tra i nuovi comportamenti che hanno modificato il tradizionale modello di consumo alcolico del nostro Paese, rendendo sempre meno frequente il consumo quotidiano e moderato di vino ai pasti, il consumo fuori pasto è sicuramente tra quelli a maggiore diffusione, soprattutto tra i giovani e i giovani adulti, che lo adottano spesso nell'ambito di occasioni e contesti legati al divertimento e alla socializzazione.

Nel 2012 l'ISTAT rileva che il consumo fuori pasto ha interessato 14 milioni e 100.000 persone di 11 anni e più, pari al 40,7% dei consumatori (47,9% dei maschi e 30,4% delle

femmine), con una lieve diminuzione (-1,2 punti percentuali) rispetto al dato dell'anno precedente, che riguarda soprattutto i maschi. Tale diminuzione segna una interruzione nelle tendenze all'aumento presenti negli anni più recenti; tra il 2010 e il 2011 l'ISTAT aveva rilevato tra i consumatori di undici anni e più un aumento dei consumi fuori pasto del 2,8% tra i maschi e del 4,4% tra le femmine.

Nel decennio 2002-2012, considerando la popolazione di oltre 14 anni, l'andamento in crescita dei consumatori fuori pasto è ben evidente, con una quota passata dal 23,1% del 2002 al 26,9% del 2012.

La crescita ha interessato gli uomini (passati dal 35,0% al 38,5%) ma soprattutto le donne (passate dal 12,1% al 16%): nel 2012 risultano consumare alcol al di fuori dei pasti 4 milioni 360.000 donne, contro i 3 milioni 100.000 del 2002; mentre tra gli uomini i bevitori fuori pasto sono circa 9 milioni 700.000 contro gli otto milioni 290.000 del 2002.

Tra le femmine di età adulta e anziana la prevalenza del consumo fuori pasto è molto inferiore a quella dei maschi, ma al di sotto dei 24 anni le differenze tra i generi si attenuano notevolmente.

L'ISTAT registra anche la presenza di un consistente numero di persone con consumi fuori pasto più frequenti (almeno una volta a settimana), che appaiono esposte a un rischio rilevante soprattutto se si considera che il numero medio di bicchieri consumati con tale frequenza è pari a 4,5. Il fenomeno ha riguardato nel 2012 il 6,1% della popolazione di 11 anni e più (3 milioni 314 mila persone, a fronte dei 3 milioni 609 mila del 2011), con prevalenze maggiori nelle fasce di età tra i 18 e i 34 anni e doppie nei maschi rispetto alle femmine.

I consumatori "binge drinking"

Viene definita *binge drinking* una modalità di consumo alcolico che comporta l'assunzione, in un'unica occasione e in un ristretto arco di tempo, di quantità di alcol molto elevate (convenzionalmente 6 o più unità alcoliche), con conseguente stato di ebbrezza alcolica o ubriachezza. Si tratta di un'abitudine molto diffusa nei Paesi del Nord Europa, da alcuni anni sempre più presente anche nel nostro Paese, inizialmente rilevabile tra i più giovani ma ormai anche tra gli adulti, soprattutto di genere maschile.

Il *binge drinking* è un fattore di grave rischio per la salute e la sicurezza del singolo individuo e della società, a causa della sua correlazione con gli incidenti stradali, sul lavoro e domestici, e può avere pesanti conseguenze negative sulla vita familiare, relazionale e lavorativa sia dei bevitori che delle loro famiglie.

Nel 2012 secondo l'ISTAT fra le persone di 11 anni e più il 6,9% ha dichiarato di aver consumato almeno una volta 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, l'11,1% tra i maschi e il 3,1% tra le femmine. Tale prevalenza risulta inferiore a quella rilevata nel 2011, anno in cui la quota dei consumatori *binge drinking* era pari al 7,5% (12,2% tra i maschi e 3,2% tra le femmine).

Continua pertanto anche tra il 2011 e il 2012 l'interruzione, già rilevata tra il 2010 e il 2011, del trend in crescita del *binge drinking*, trend in crescita che era in atto, sia pure con qualche discontinuità, a partire dal 2003, soprattutto tra i maschi.

Il *binge drinking* è diffuso maggiormente tra i giovani di 18-24 anni, rappresentando la quasi totalità del consumo a rischio in questa fascia di età. I giovani lo praticano soprattutto nei

contesti della socializzazione e del divertimento collettivo, spesso bevendo volontariamente fino ad arrivare all'ubriachezza e all'intossicazione alcolica.

Nel 2012 il 14,8% dei giovani fra i 18 e i 24 anni ha dichiarato comportamenti *binge drinking*, il 20,1% tra i maschi e il 9,1% tra le femmine (tab.3).

Tab. 3 - PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ PER TIPO DI COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE, SESSO E CLASSE DI ETÀ - ANNO 2012
(per 100 persone con stesse caratteristiche)

Classi di età	CONSUMO GIORNALIERO NON MODERATO			BINGE DRINKING		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-17	1,1	0,4	0,8	4,9	2,2	3,6
18-24	1,9	0,8	1,4	20,1	9,1	14,8
25-44	4,1	0,9	2,5	15,8	4,5	10,2
45-64	8,5	1,4	4,8	9,9	2,3	6,0
65 e più	39,7	9,5	22,4	3,9	0,8	2,2
Totale	12,2	3,2	7,5	11,1	3,1	6,9

Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia" - Anno 2012

I consumatori con consumo giornaliero non moderato

Secondo le *Linee guida per una sana alimentazione* dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran), che recepisce le indicazioni dell'OMS, si intende per consumo moderato un consumo che non supera 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo e 1-2 unità alcoliche per la donna, nonché 1 unità alcolica per gli anziani di oltre 65 anni; per gli adolescenti fino a 15 anni, essendo prescritta la totale astensione dal consumo di alcol, si considera non moderato il consumo di qualsiasi quantità di alcol.

In base a tali parametri secondo l'ISTAT nel 2012 il consumo giornaliero non moderato riguarda il 7,5% della popolazione di 11 anni e più, il 12,2% dei maschi e il 3,2% delle femmine, con una prevalenza complessiva superiore a quella rilevata per il *binge drinking* sia tra i maschi che tra le femmine (tab. 3).

Tale prevalenza risulta inferiore a quella rilevata nel 2011, che era pari all'8,4% (13,6% tra i maschi e 3,6% tra le femmine).

Il consumo giornaliero non moderato interessa soprattutto gli anziani di oltre 65 anni, con una quota pari al 39,7% tra i maschi e al 9,5% tra le femmine, esauendo quasi totalmente il complessivo consumo a rischio di questa fascia di età.

La quota dei consumatori giornalieri non moderati di oltre 65 anni nel 2012 risulta inferiore a quella rilevata nel 2011, quando era pari al 42,0% tra i maschi e al 10,3% tra le femmine. Si conferma pertanto anche per il 2012 la tendenza al calo di questi anziani consumatori, in atto a partire dal 2003, anno in cui l'ISTAT aveva rilevato una quota pari al 49,8% tra i maschi e al 13% tra le femmine.

In considerazione del rischio correlato al consumo giornaliero e cronico di alcol appare rilevante anche la quota di consumatori giornalieri non moderati che l'ISTAT registra tra i maschi adulti di 45-64 anni, pari all'8,5% del totale dei maschi di questa fascia di età.

Conclusioni

Considerando quali parametri di consumo a rischio il consumo giornaliero non moderato, il *binge drinking* e il consumo dei giovani minori di 16 anni, complessivamente nel 2012 secondo l'ISTAT le persone con almeno un comportamento di consumo a rischio sono il 13,8% della popolazione di 11 anni o più, 21,7% tra i maschi e 6,4% tra le femmine, per un totale di circa 7 milioni e 464.000 persone, di cui 5 milioni 674.000 maschi e 1 milione 790.000 femmine.

I comportamenti a rischio appaiono più diffusi tra gli anziani di oltre 65 anni (23,2%) e tra i giovani di 18-24 anni (15,6%), ma riguardano anche una quota rilevante di giovanissimi tra gli 11 e i 17 anni (10,4%). Tra questi ultimi in particolare appaiono meno rilevanti le differenze di genere che si riscontrano in tutte le fasce di età e le percentuali di consumatori a rischio sono pari a 12,4% tra i maschi e a 8,4% tra le femmine.

Nel 2012 la quota complessiva di consumatori a rischio appare notevolmente ridotta rispetto a quella rilevata dall'ISTAT nel 2011 (15,2%) e conferma l'andamento discendente dei consumi a rischio in atto dal 2010. Questo andamento, dapprima spiegabile con la sola diminuzione dei consumi *binge drinking*, nell'ultimo anno è dovuto sia al calo del *binge drinking* che a quello dei consumi giornalieri non moderati.

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

I consumatori fuori pasto

Il CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, sulla base di una elaborazione dei dati ISTAT, presenta un dettagliato quadro della situazione e della evoluzione nel tempo dei consumi fuori pasto, *binge drinking* e a rischio nella popolazione generale, per genere e classe di età.

Secondo tale fonte i consumatori fuori pasto sono stati nel 2012 il 37,2% degli uomini ed il 15,6% delle donne della popolazione di età superiore a 11 anni.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-17 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni e tra le donne nella classe di età 18-24 anni (36,6%); oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente per entrambi i sessi.

La classe di età con percentuali più basse risulta essere quella al di sotto dei 18 anni per gli uomini e oltre i 75 anni per le donne (Figura 1).

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle delle consumatrici in tutte le classi di età considerate, ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale (11-17 anni), dove non si registra una differenza significativa tra la prevalenza di consumatori di sesso maschile e quella di sesso femminile (Figura 1).

L'analisi del *trend* dei consumatori fuori pasto è stata condotta sulla popolazione di età superiore a 14 anni, in quanto prima dell'anno 2003 il quesito sul consumo di alcol non veniva posto alla popolazione di età compresa tra 11 e 13 anni.

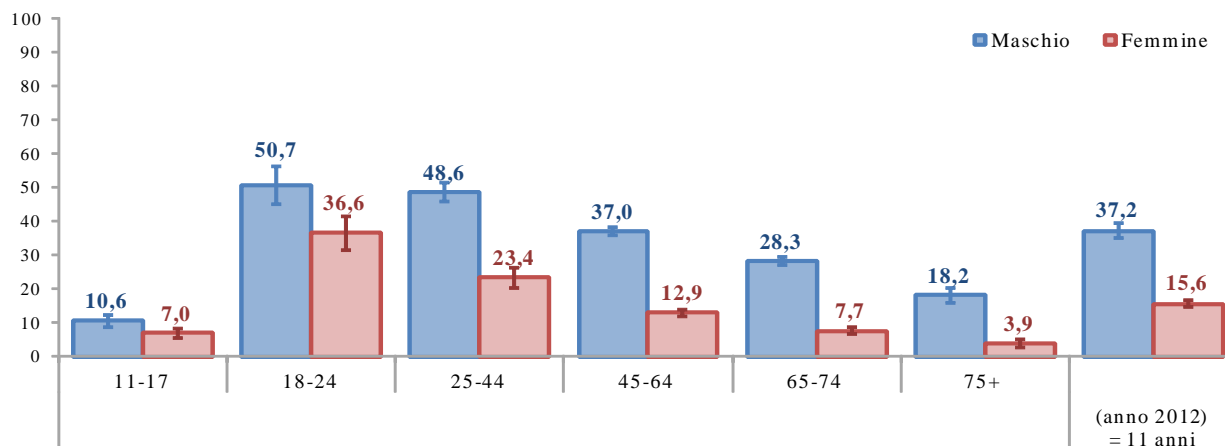


Figura 1. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (anno 2012)
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Dall'anno 2000 la prevalenza dei consumatori fuori pasto di età maggiore o uguale a 14 anni è significativamente aumentata sia tra gli uomini (+3,4 punti percentuali) che tra le donne (+3,6 punti percentuali), sebbene rispetto alla precedente rilevazione si registra un decremento di 1,4 punti percentuali tra gli uomini ed una stabilità tra le donne (Figura 2).

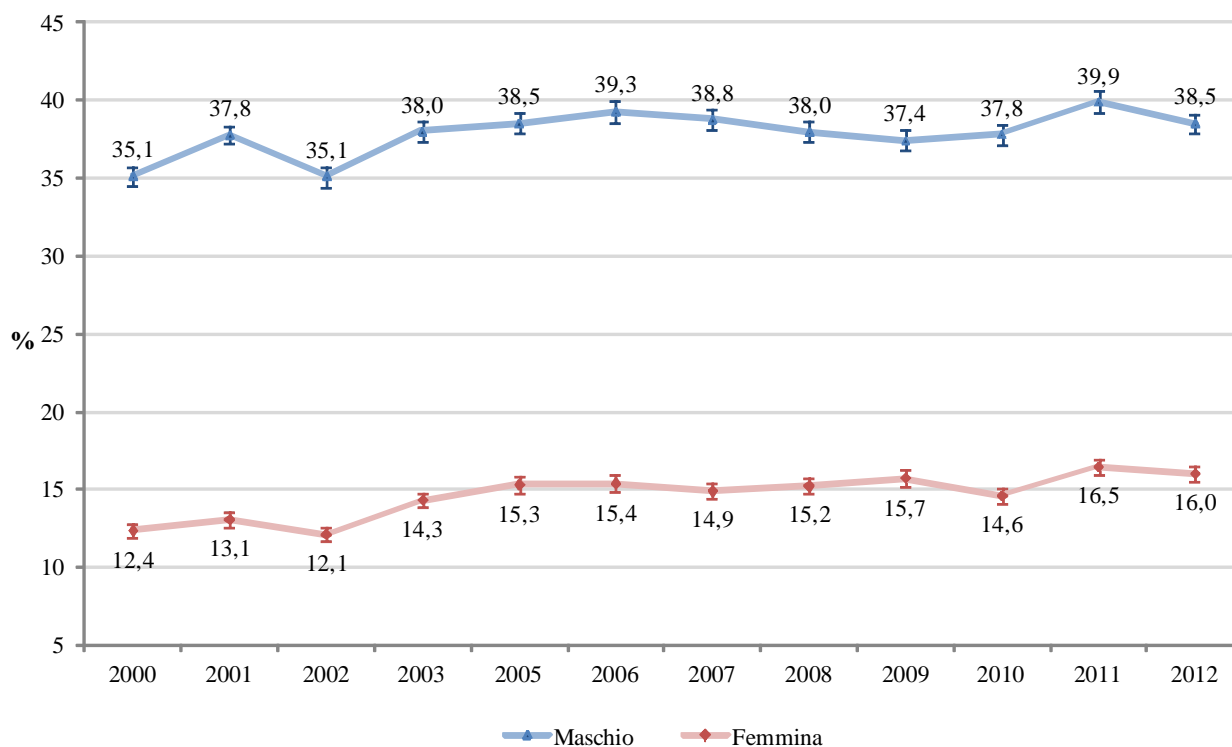


Figura 2. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto di età \geq a 14 anni (anno 2000-2012)
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

I consumatori “binge drinking”

Nel 2012 l'11,1% degli uomini e il 3,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, pari a oltre 3.750.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione (Figura 3).

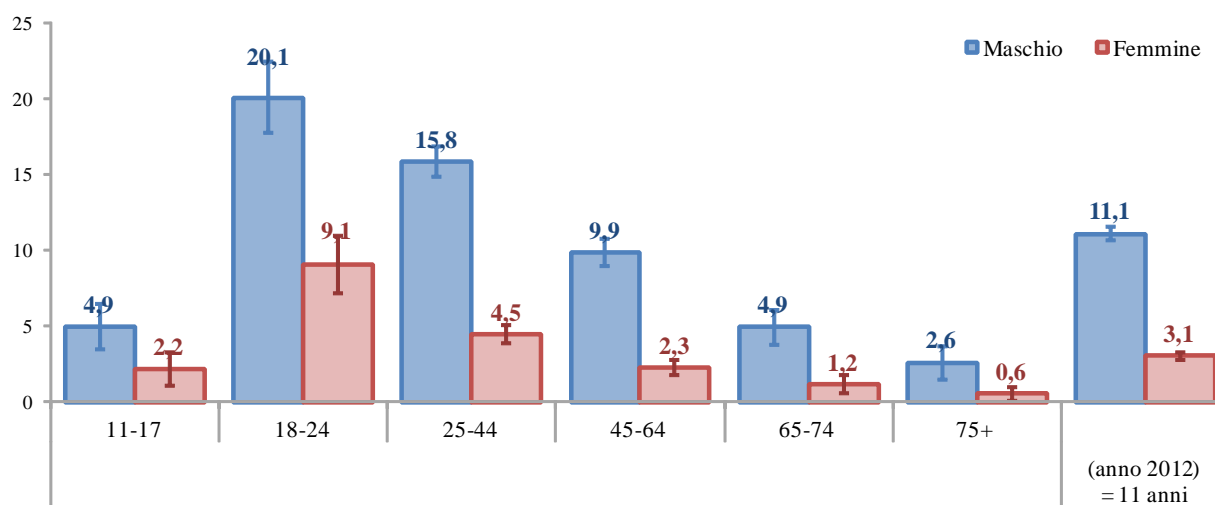


Figura 3. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* sto per genere e classe di età (anno 2012)

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

Le percentuali di *binge drinkers* di entrambi i sessi aumentano a partire dall'età al di sotto di quella legale (18 anni) e raggiungono i valori massimi tra i giovani 18-24enni (M: 20,1%; F:9,1%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere di nuovo i valori minimi negli ultra 75enni (M: 2,6%; F: 0,6%). La percentuale di *binge drinkers* di sesso maschile è statisticamente superiore a quella di sesso femminile in ogni classe di età (Figura 3).

L'analisi del trend dei *binge drinkers* è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2003, anno in cui è stata introdotta per la prima volta la domanda specifica nell'indagine Multiscopo sulle famiglie. Nel 2012, tra gli uomini, il valore di prevalenza ha raggiunto il minimo storico rispetto a tutte le rilevazioni precedenti ed è diminuito rispetto al 2011 di 1,1 punti percentuali; tra le donne invece non si registrano variazioni statisticamente significative della prevalenza di *binge drinkers* rispetto ai precedenti anni in cui è stata condotta l'indagine (Figura 4).

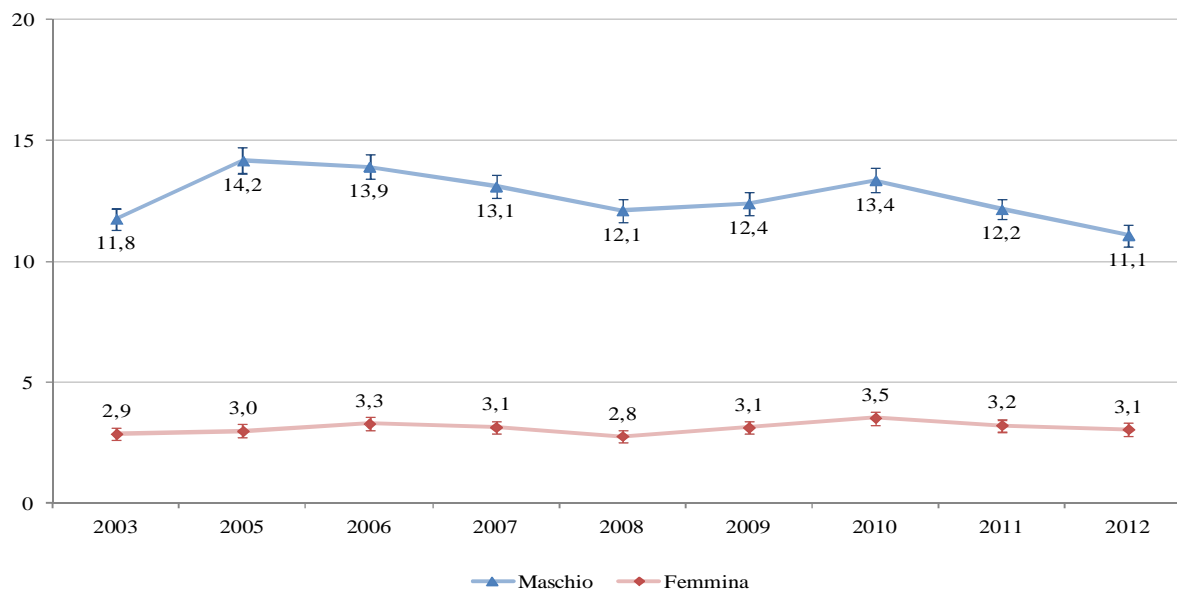


Figura 4. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* di età ≥ 11 anni (anno 2003-2012)

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

I consumatori a rischio secondo il criterio ISS

L'Istituto Superiore di Sanità - O.N.A. da anni si avvale di un indicatore in grado di analizzare il fenomeno del consumo a rischio tenendo conto delle differenze legate al sesso ed all'età. L'indicatore di sintesi proposto recepisce le indicazioni delle Linee Guida Nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che tengono conto fra l'altro delle indicazioni dell'OMS e della Società italiana di Alcolologia.

Sulla base di tali indicazioni sono da considerare consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g. di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 unità alcoliche standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g. (1-2 unità alcoliche standard). Sono altresì da considerare a rischio gli anziani e i giovani di 16-18 anni il cui consumo supera l'unità alcolica giornaliera, gli adolescenti al di sotto dei 16 anni che non si astengono totalmente dall'alcol e coloro che consumano grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinkers*).

Nel 2012 la prevalenza dei consumatori a rischio secondo l'indicatore di sintesi utilizzato dall'ISS è pari al 21,7% degli uomini ed al 6,4% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 7.400.000 individui (maschi 5.600.000 e femmine 1.800.000) che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Figura 5).

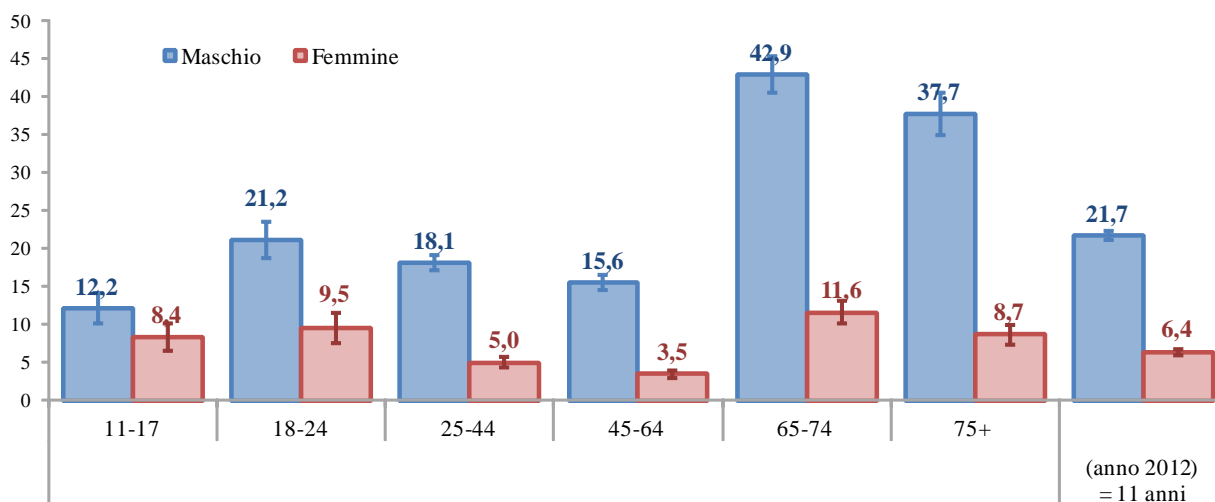


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (Criterio ISS) per genere e classe di età (anno 2012)

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

L'analisi per genere e classi di età mostra che sono a rischio il 12,2% dei ragazzi e l'8,4% delle ragazze al di sotto dei 18 anni, valori che dovrebbero essere pari a zero mentre invece identificano oltre 400.000 ragazzi di età inferiore a 18 anni esposti a rischio alcol correlato, senza differenze di genere statisticamente significative.

Come nella precedente rilevazione, anche nel 2012 le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classe di età 65-74 anni (42,9%), seguita da quella degli ultra 75enni (37,7%), per un totale di circa 2.100.000 maschi anziani di oltre 65 anni a rischio.

Una diversa situazione si registra invece per la popolazione di sesso femminile, dove la variabilità per classi di età risulta meno significativa, con valori minimi registrati nella classe di età 45-64 anni.

L'andamento nel tempo del consumo a rischio è stato analizzato dall'ISS, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2007, anno in cui è stata introdotta per la prima volta, nell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie, la domanda sulle quantità di vino, birra e altre bevande alcoliche consumate giornalmente.

Come emerge dalla figura 6 nel corso degli ultimi sei anni si è registrata una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile (-4,8 punti percentuali rispetto al 2007 e -1,4 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione); in particolare nel 2012 la prevalenza dei maschi con consumi a rischio ha raggiunto il suo valore più basso dal 2007.

Tra le donne non si registrano variazioni statisticamente significative, né rispetto al 2011 né rispetto agli anni precedenti.

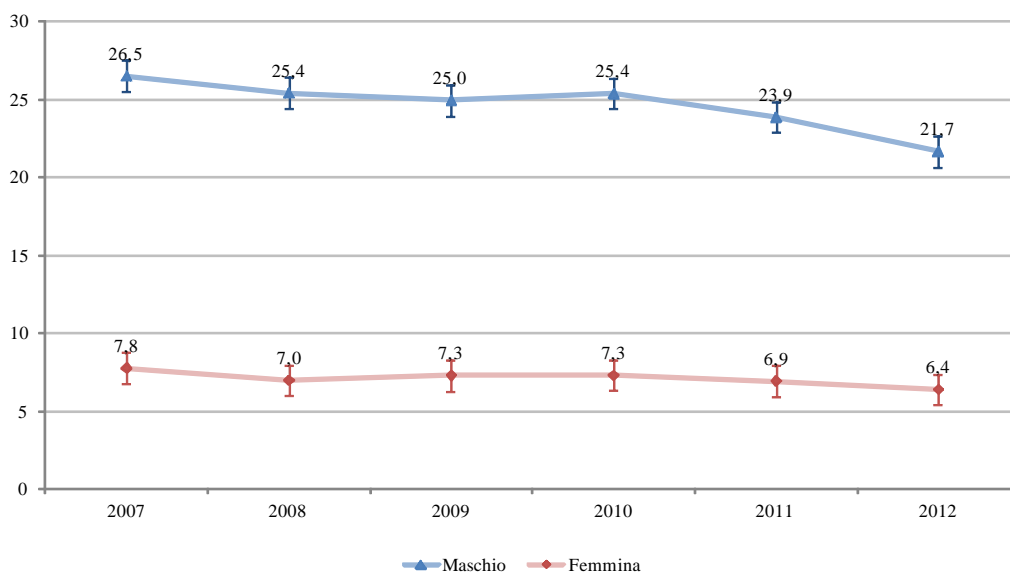


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (Criterio ISS) di età \geq a 11 anni (anno 2007-2012)

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

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione giovanile

Nel decennio 2002-2012 l'ISTAT ha rilevato (nella popolazione di 14 anni e più) la forte crescita dei giovani consumatori fuori pasto di età 18-24 anni, passati dal 34,1% al 44,0%.

Tra i giovani di 14-17 anni invece i consumi fuori pasto presentano un trend tendenzialmente in crescita fino al 2011, mentre tra il 2011 e il 2012 si registra un notevole calo, che riporta i valori del 2012 a un livello pressoché analogo a quello rilevato all'inizio del decennio (15,1%).

Nella tab. 4 viene riportato l'andamento del fenomeno nel decennio, separatamente per i due generi.

Tab. 4 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETÀ 14-17 ANNI - ANNI 2002-2012

	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
M.	18,4	20,7	20,6	24,2	22,7	22,7	20,4	19,11	22,8	18,5
F.	11,5	16,2	15,6	16,8	17,9	14,4	17,4	14,6	14,7	11,7

Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su ISTAT - "Indagine multiscopo sulle famiglie-Aspetti della vita quotidiana"- Anno 2003 e ISTAT- "L'uso e l'abuso di alcol in Italia"- Anni 2005- 2012

L'indagine europea ESPAD, condotta per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R., rileva a partire dal 1999 le prevalenze dei giovani studenti italiani di 15-19 anni che si sono ubriacati almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi o negli ultimi 30 giorni.

I dati del 2012 si presentano sostanzialmente stabili o in lieve calo rispetto a quelli rilevati nel 2011 e risultano, nella serie storica, quelli più vicini, o comunque molto vicini, ai valori minimi registrati nel 2009, anno in cui, interrompendo un andamento complessivamente in crescita nel decennio, si era verificato un calo notevole delle prevalenze per tutti questi comportamenti (tab. 5a, 5b, 5c).

I dati del 2012 sembrano pertanto consolidare la tendenza al contenimento dei comportamenti a rischio manifestatasi nel 2009, e i valori delle prevalenze restano inferiori a quelli del 1999, primo anno della serie storica per questi dati.

Anche per il *binge drinking* tra i giovani studenti lo studio ESPAD rileva nel 2012 una lieve diminuzione delle prevalenze rispetto al 2011, con valori che appaiono tra i più bassi della serie storica, anche se non arrivano ai livelli del 2009. Contrariamente a quanto rilevato per le ubriacature, la prevalenza del *binge drinking* nel 2012 supera notevolmente quella del 1999, primo anno della serie storica (tab. 5d).

Tab. 5a – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 1999-2012

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	55,0%	55,2%	54,6%	56,4%	56,9%	55,8%	56,5%	56,5%	56,9%	50,6%	52,2%	51,5%	50,5%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

Tab. 5b – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI ANNI 1999-2012

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
38,9%	40,4%	41,9%	42,3%	40,7%	42,8%	41,4%	42,8%	43,6%	43,4%	37,0%	39,3%	38,7%	38,6%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

Tab. 5c – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 1999-2012

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
19,7%	19,3%	20,3%	19,9%	20,3%	22,1%	20,5%	22,2%	25,2%	25,7%	18,1%	19,9%	19,5%	19,6%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

Tab. 5d – BINGE DRINKING NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 1999-2012

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
31,3%	31,5%	33,7%	35,6%	34,9%	35,9%	35,3%	37,5%	39,5%	35,4%	33,0%	35,5%	35,5%	35,2%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

Atteggiamenti, associazioni comportamentali e influenze nel consumo dei giovani

L'indagine ESPAD monitora tra i giovani studenti di 15-19 anni, a partire dal 1999, l'evoluzione di atteggiamenti a rischio quali il non disapprovare l'assunzione di uno o due

bicchieri, il non disapprovare l'ubriacarsi una volta a settimana, negare il rischio di un consumo quotidiano eccedentario.

A partire dal 2006 era emerso un trend in calo di tali atteggiamenti a rischio, interrottosi solo tra il 2009 e il 2010, quando i dati si erano presentati in aumento.

I dati del 2012 sembrano confermare il trend in calo, soprattutto per quanto riguarda la non disapprovazione del consumo di 1-2 bicchieri *, con valori che permangono inferiori o pressoché uguali a quelli rilevati nell'anno precedente e comunque nettamente inferiori a quelli del 2006, anno in cui ha cominciato a manifestarsi il trend in calo (tab.5e).

**Tab. 5 e - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE
NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI
ANNI 1999-2012**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75,0%	74,0%	79,0%	76,0%	77,0%	76,6%	75,8%	77,7%	69,4%	66,5%	64,4%	66,4%	64,9%	62,81% *
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18,0%	20,0%	23,0%	25,0%	26,5%	25,6%	24,3%	25,2%	22,6%	22,3%	20,1%	21,9%	21,4%	21,60%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	3,0%	4,0%	4,0%	2,3%	2,1%	3,0%	3,2%	2,5%	2,4%	2,1%	2,2%	1,9%	1,90%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

* Questo dato è riferito ad un sotto campione rappresentativo poiché l'item è stato modificato nel questionario 2012, e non sarà più disponibile nei prossimi anni

Anche per l'anno 2012 l'indagine ESPAD analizza la relazione tra l'uso di alcol nei giovani studenti di 15-19 anni e altre variabili che caratterizzano il loro contesto familiare, quali il livello di scolarità dei genitori e lo stato socio-economico (percepito).

I risultati mostrano che il livello di scolarità dei genitori appare avere una qualche influenza sull'uso di alcol dei figli almeno una volta nella vita: tra gli studenti che hanno genitori con scolarità medio-alta è più elevata la percentuale di quelli che hanno consumato alcol (65,4%) rispetto a coloro che non ne hanno mai fatto uso (62,3%) ed il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità bassa, tra i quali gli utilizzatori (34,6%) sono in percentuale minore rispetto ai non utilizzatori (37,7%) (tab.6). Nel 2012 peraltro le prevalenze dei 2 comportamenti (uso-non uso) nell'ambito di ciascun gruppo con genitori di una specifica scolarità presentano una differenza minore rispetto a quella rilevata nel 2011, essendo tale differenza pari a circa 3 punti percentuali contro i 7 del 2011.

Al contrario il livello di scolarità dei genitori appare ininfluenza sui comportamenti di ubriacatura dei ragazzi almeno una volta nella vita e sia tra i ragazzi con genitori di scolarità

medio-alta sia tra quelli con genitori di scolarità bassa sono simili le percentuali di coloro che si sono ubriacati e di coloro che non si sono ubriacati almeno una volta nella vita (tab. 7). Come già emerso negli anni precedenti, l'influenza dello stato socio-economico dei genitori (così come percepito dai giovani) sembra essere del tutto assente in relazione all'uso/non uso di bevande alcoliche. Mentre sulla tendenza ad ubriacarsi, a differenza di quanto emerso negli anni precedenti, lo stato socioeconomico sembra influire favorendo una più alta prevalenza dei comportamenti di ubriacatura nel gruppo di basso stato socioeconomico

Tab. 6 - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2012

Bevande alcoliche	Genitori con bassa scolarità (licenza media)	Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)	
Non uso	37,7%	62,3%	100,00%
Uso	34,6%	65,4%	100,00%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

Tab. 7- UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2012

Ubriacarsi	Genitori con bassa scolarità (licenza media)	Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)	
Non uso	34,9%	65,1%	100,00%
Uso	34,8%	65,2%	100,00%

Fonte: ESPAD@Italia

rispetto al gruppo di stato socioeconomico medio-alto.

Nell'ambito di ciascun gruppo socioeconomico le prevalenze dei diversi comportamenti relativi alle ubriacature (ubriacarsi - non ubriacarsi) sono peraltro abbastanza vicine e la loro differenza non supera i due punti percentuali.

Maggiore influenza sembra avere sui ragazzi di 11-17 anni, secondo i dati dell'ISTAT, l'abitudine dei genitori di avere almeno un tipo di comportamento di consumo a rischio; nel 2012 è stato rilevato infatti che nelle famiglie dove almeno uno dei genitori presenta tale abitudine i figli presentano a loro volta consumi non moderati in una percentuale (17,4%) superiore a quella (9,2%) rilevabile nelle famiglie dove i genitori non bevono o lo fanno moderatamente (tab.8).

La frequentazione abituale di discoteche e luoghi in cui si balla sembra avere una certa correlazione con la pratica di comportamenti di consumo a rischio, anche se non è dimostrata la contestualità. Dalle rilevazioni ISTAT risulta infatti che tra i giovani maschi di 18-24 anni assidui frequentatori di discoteche (più di 12 volte l'anno) nel 2012 il 39,3% presenta

Tab. 8 - PERSONE DI 11-17 ANNI CON UN COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE PER ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI E SESSO- ANNO 2012
(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Almeno uno dei genitori ha un comportamento di consumo a rischio	22,1	12,3	17,4
I genitori non bevono o fanno un uso moderato di alcol	10,7	7,7	9,2
Totale	12,4	8,4	10,4

Fonte: ISTAT- L'uso e l'abuso di alcol in Italia - Anno 2012

comportamenti di *binge drinking*, contro il 10,3% dei coetanei che non le frequentano. E tra le giovani donne di pari età il fenomeno del *binge drinking* interessa, rispettivamente, il 20,9% delle assidue frequentatrici di discoteche contro il 3,1% delle non frequentatrici. Differenze simili nella pratica del *binge drinking* sono state rilevate dall'ISTAT anche tra assidui frequentatori e non frequentatori di spettacoli sportivi e concerti di musica non classica.

Queste associazioni comportamentali si riscontrano con valori significativi, oltre che tra i più giovani, anche nella popolazione adulta fino a 44 anni di età, e richiedono pertanto un monitoraggio particolarmente attento per evitare i gravi rischi correlati.

I giovani alcoldipendenti

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla situazione dell'utenza in carico presso i servizi per l'alcoldipendenza, nell'ambito della quale i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1% (graf. 3).

Si tratta di una percentuale consistente, anche se in lieve calo rispetto al dato del 2011, che era pari al 9,8%.

I nuovi utenti al di sotto dei 30 anni rappresentano il 13,7% del totale della nuova utenza, con una percentuale in lieve aumento rispetto a quella del 2011, pari al 13,5% (tab.9).

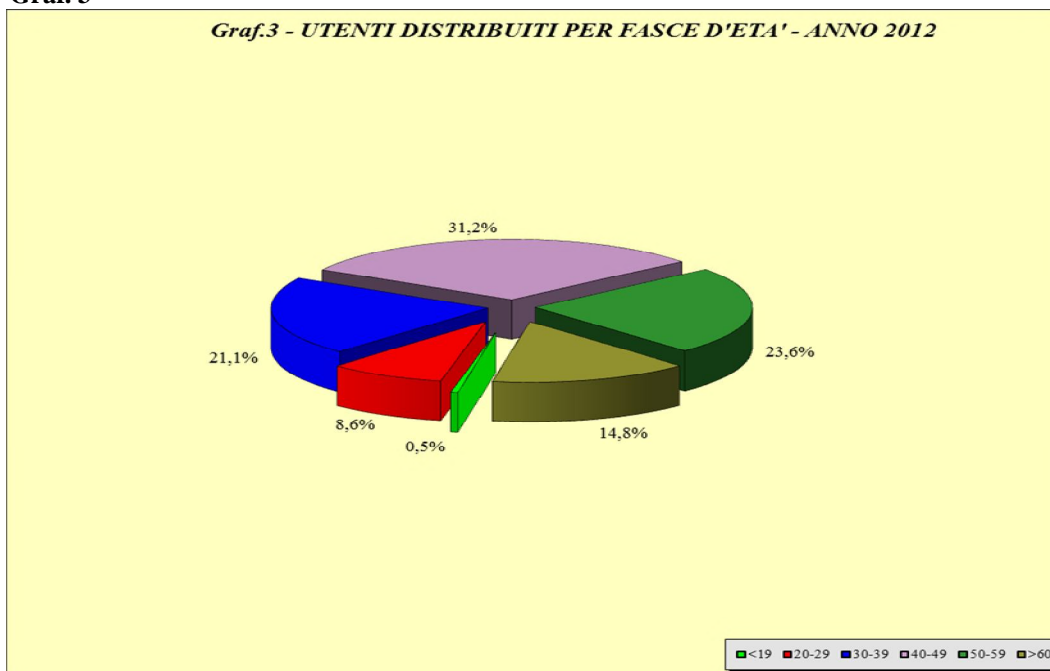
Dal 2009 la quota degli utenti al di sotto dei trent'anni si presenta comunque sostanzialmente stabile; si è interrotto il trend crescente in atto tra il 2006 e il 2009 e a partire da quest'ultimo anno i valori rilevati restano molto lontani da quelli più alti in assoluto della serie storica, che si riferiscono all'anno 2005 (11,7%) (tab. 9).

Un andamento analogo si registra anche per i nuovi utenti di questa fascia di età (tab.9), soprattutto tra quelli di 20-29 anni (graf. 4).

Una maggiore stabilità nel tempo emerge nelle percentuali di utenti al di sotto dei 20 anni, che nel 2012 rappresentano lo 0,5% del totale e che a partire dal 1996 sono sempre state comprese fra lo 0,5% e lo 0,7% (tab. 9).

Peraltro tra i nuovi utenti di questa fascia d'età sembra delinearsi a partire dal 2006 un trend in continuo anche se lieve calo.

Graf. 3



Fonte: Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

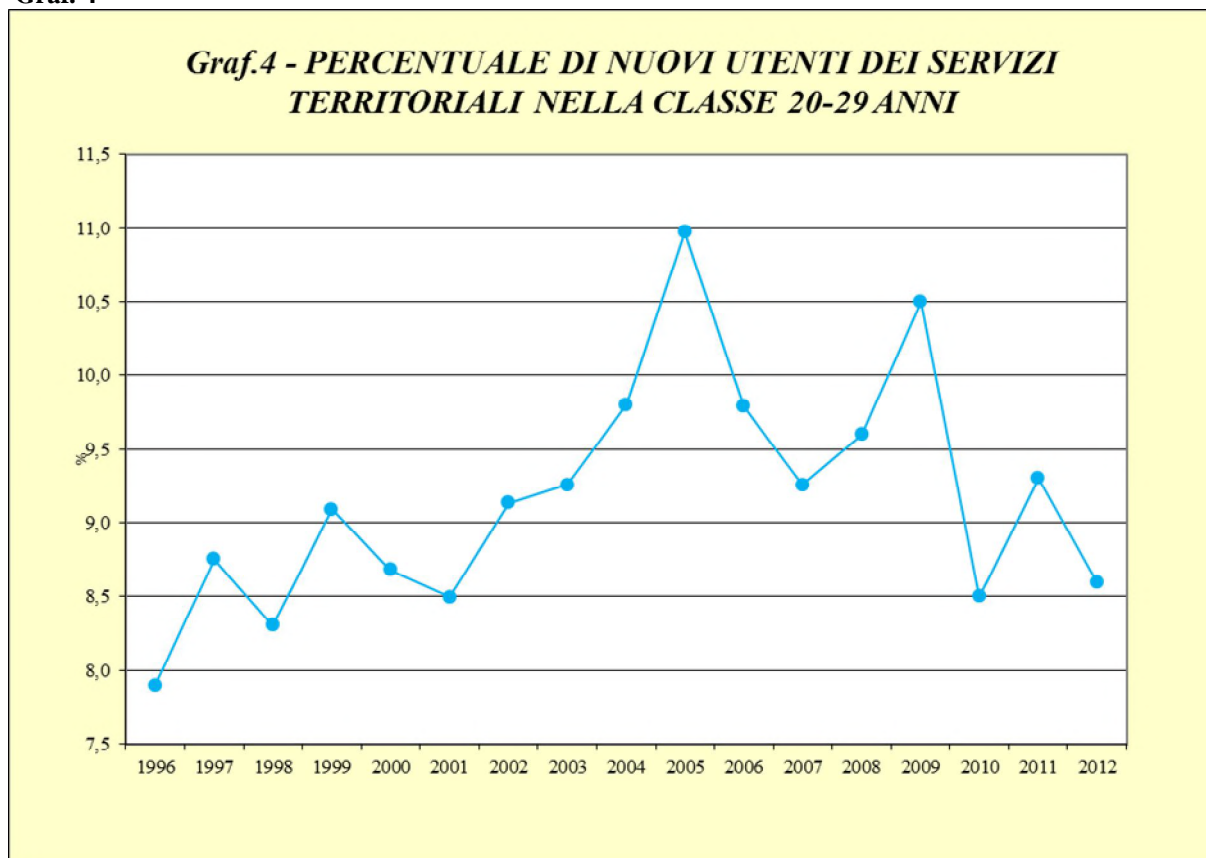
Tab. 9 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

CLASSI DI ETA'	TOTALE UTENTI							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
20-29	11,0	9,8	9,3	9,6	10,5	8,5	9,3	8,6
30-39	24,3	23,7	23,2	23,0	22,9	21,5	22,2	21,1
40-49	28,9	29,3	30,1	30,2	30,0	30,4	31,3	31,2
50-59	21,6	22,3	22,3	22,1	22,1	23,4	23,0	23,6
>=60	13,5	14,2	14,4	14,6	13,9	15,5	13,8	14,8
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

CLASSI DI ETA'	NUOVI UTENTI							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	1,3	1,4	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0	0,9
20-29	15,7	13,5	13,9	14,2	15,4	12,6	12,5	12,8
30-39	26,1	25,2	25,5	25,8	25,4	25,0	24,7	24,1
40-49	26,8	27,6	28,2	28,1	28,1	28,7	30,0	29,3
50-59	18,4	19,8	18,6	18,8	19,0	19,3	20,2	19,9
>=60	11,6	12,5	12,5	12,0	11,2	13,3	11,5	12,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

Graf. 4



Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

Un confronto con i giovani europei

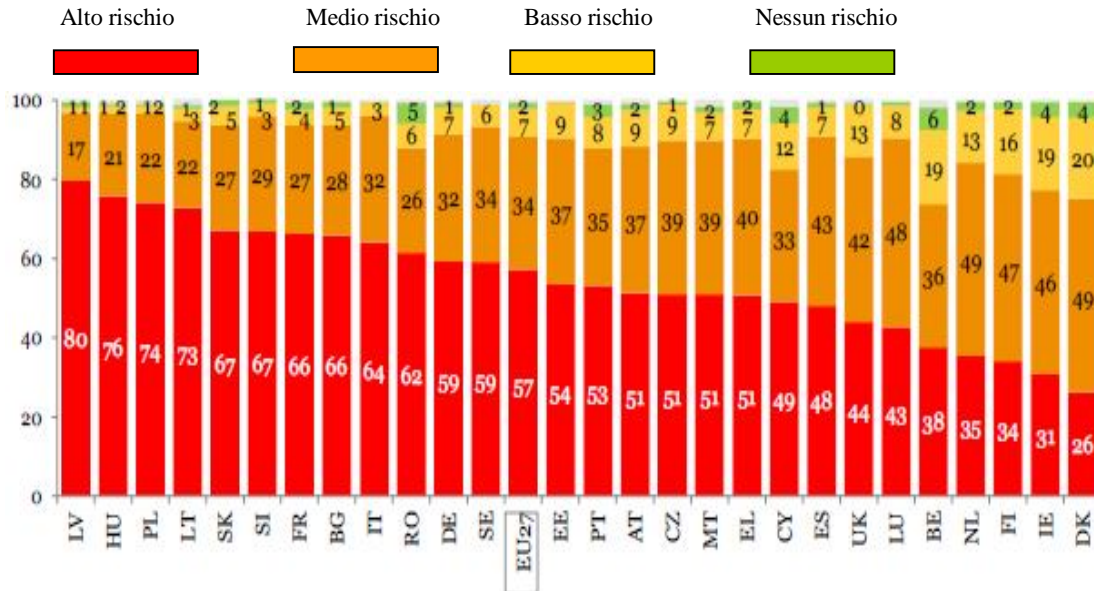
Un confronto con gli altri Paesi dell'Unione Europea effettuato nel 2011 nell'ambito di un'indagine Flash Eurobarometro mostra che i giovani italiani di 15-24 anni hanno, rispetto ai loro coetanei europei, una buona percezione del rischio collegato all'uso regolare di alcol (graf. 5).

Ritiene infatti che tale consumo sia ad alto rischio il 64% degli intervistati, una percentuale che è superiore alla media europea (57%) e che si colloca al 9° posto nella classifica dei 27 Paesi dell'Unione Europea, tra il valore massimo della Lettonia (80%) e quello minimo della Danimarca (26%). Sommando le percentuali di coloro che valutano ad alto rischio il consumo regolare di alcol con quelle di chi valuta tale consumo a medio rischio, l'Italia occupa una posizione ancora migliore in tale classifica, con una percentuale del 96%, inferiore di un solo punto a quella dei Paesi con i valori massimi (Lettonia e Ungheria, 97%) e riscontrabile peraltro anche in Portogallo e Slovenia.

I giovani italiani risultano inoltre i primi in classifica, rispetto ai coetanei europei, nella percezione di un rischio medio-alto nell'uso occasionale (una o due volte) di alcol, con una percentuale del 41% di intervistati che percepiscono tale rischio (il 10% percepisce un rischio

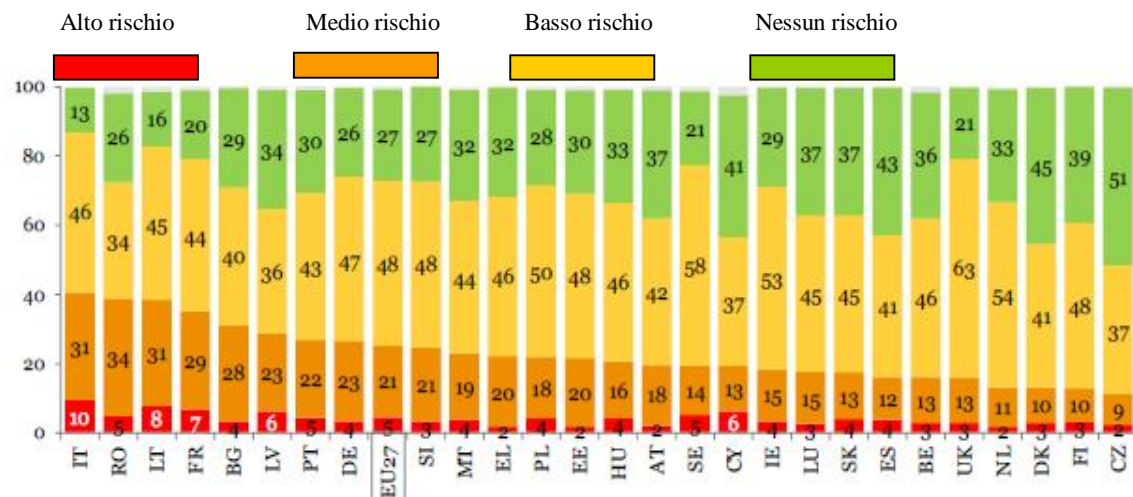
alto e il 31% un rischio medio). La media europea è del 26% e il valore più basso, riscontrato nella Repubblica Ceca, è pari all'11% (graf. 6).

Graf. 5 - PERCEZIONE DEL RISCHIO PER LA SALUTE NELL'USO REGOLARE DI ALCOL NEI GIOVANI EUROPEI DI 15-24 ANNI - ANNO 2011



Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

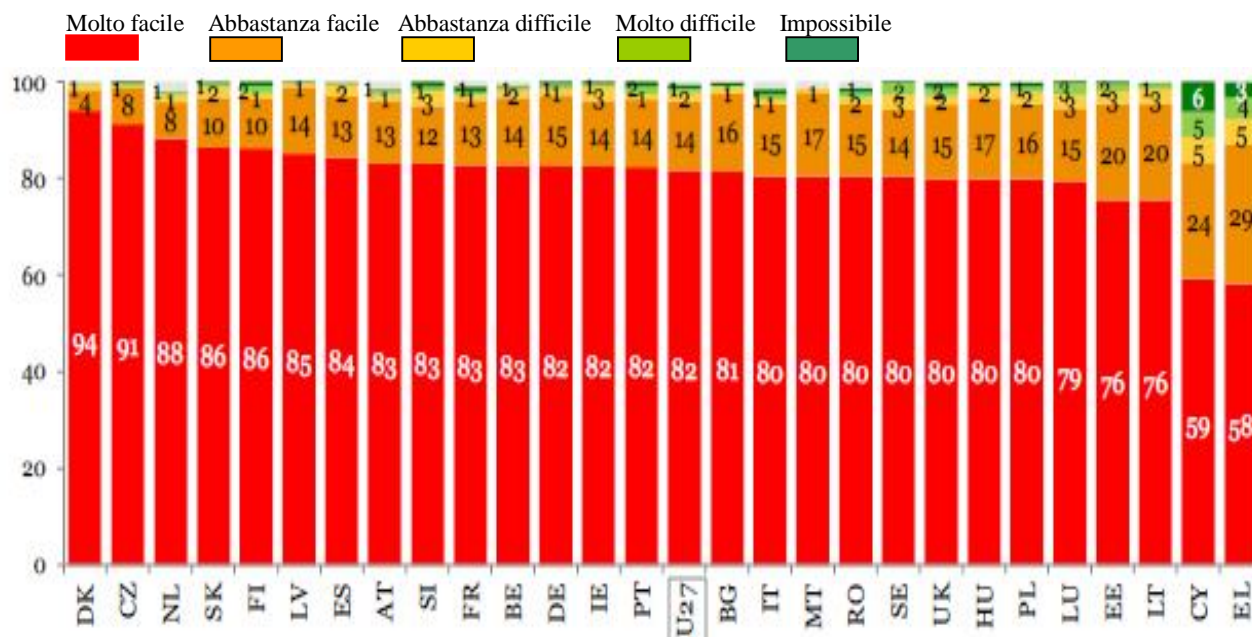
Graf. 6 - PERCEZIONE DEL RISCHIO ALLA SALUTE NELL'USO OCCASIONALE DI ALCOL (UNA O DUE VOLTE) NEI GIOVANI EUROPEI DI 15-24 ANNI - ANNO 2011



Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

Secondo la stessa indagine i giovani italiani sembrano abbastanza allineati ai loro coetanei europei relativamente alle opinioni sulla facilità/difficoltà di accesso all'alcol (graf. 7).

Graf. 7 - OPINIONI DEI GIOVANI EUROPEI DI 15 - 24 ANNI SULLA DIFFICOLTÀ / FACILITÀ DI PROCURARSI ALCOL NELLE 24 ORE - ANNO 2011



Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

L'80% dei giovani italiani intervistati ritiene infatti "molto facile" l'accesso alle bevande alcoliche (media europea: 82%) ed il 15% lo ritiene "abbastanza facile" (media europea: 14%).

Fra i giovani italiani peraltro la prevalenza di coloro che ritengono l'accesso all'alcol molto facile è ancora lontana dalle prevalenze massime riscontrate fra i giovani danesi (94%), cechi (91%) e olandesi (88%).

Una prevalenza significativamente inferiore alla media europea di giovani che ritengono molto facile l'accesso all'alcol si può riscontrare solo tra i giovani greci e ciprioti (pari, rispettivamente, al 58% e 59% degli intervistati). Tra i giovani greci peraltro questi bassi valori potrebbero essere dovuti alla concomitanza tra l'indagine Eurobarometro di cui trattasi e l'introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori.

Un fenomeno analogo potrebbe verificarsi auspicabilmente nei prossimi anni anche in Italia a seguito della recente introduzione, con la legge 189/2012, del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni.

1.2 La mortalità e la morbilità alcol correlate

Nell'ambito del Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili recentemente avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 viene confermata la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale. L'uso dannoso di alcol è causa di danni alla salute e di conseguenze sociali negative per i bevitori, le persone a loro vicine e per la società nel suo complesso.

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.

L'OMS stima che 2,3 milioni di morti ogni anno, il 3,8% di tutte le morti a livello globale, siano attribuibili al consumo di alcol, delle quali più della metà dovute a malattie non trasmissibili, inclusi i tumori e le malattie cardiovascolari.

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

Stime prudenti indicano che quasi 95.000 uomini e oltre 25.000 donne di età compresa tra i 15 e i 64 anni sono morti in Europa nell'anno 2004 per cause alcol correlate, per un totale di circa 120.000 persone, pari all'11,8% di tutti i decessi in questo raggruppamento di età (13,9% fra i maschi e 7,7% tra le femmine); pertanto, anche tenendo conto degli effetti protettivi dell'alcol sulle malattie ischemiche e sul diabete, una su 7 morti fra i maschi e una su 13 morti fra le femmine di questo raggruppamento di età sono stati causati dall'alcol.

In particolare in Europa è attribuibile all'uso dannoso di alcol il 25% dei decessi tra i ragazzi di 15-29 ed il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.

Come riconosciuto in vari documenti ufficiali della Commissione Europea, 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.

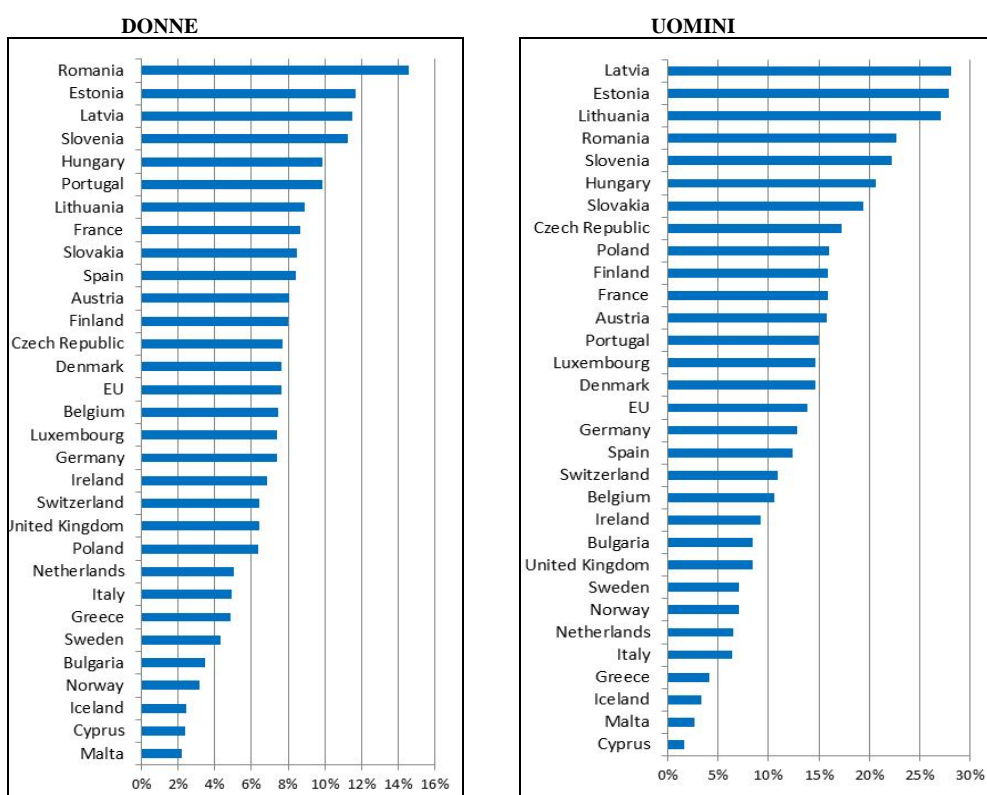
Come ribadito nella Global Strategy dell'OMS, l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale di consumo alcolico della popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: l'aumento 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.

I dati disponibili indicano, secondo l'OMS, che i livelli complessivi di consumo alcolico di una popolazione, misurati in termini di consumo pro capite, si traducono in importanti

conseguenze su aspetti di salute alcol correlati in quella popolazione; una riduzione del 10% nel consumo complessivo di alcol si potrebbe in tal modo tradurre nella prevenzione di 43.000 morti a livello globale e di 670.000 DALYs (numero di anni persi a causa di malattia, invalidità o morte precoce) dovuti a malattie non trasmissibili soltanto tra gli adulti della fascia di età 15-64 anni.

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, con valori molto inferiori alla media europea e particolarmente bassi per gli uomini (graf.8).

Graf. 8 - PERCENTUALE DI DECESSI ALCOL ATTRIBUIBILI SULLA MORTALITÀ TOTALE NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA TRA LE DONNE E GLI UOMINI DI ETÀ 15 - 64 ANNI - ANNO 2004



Fonte: WHO 2012 – Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches

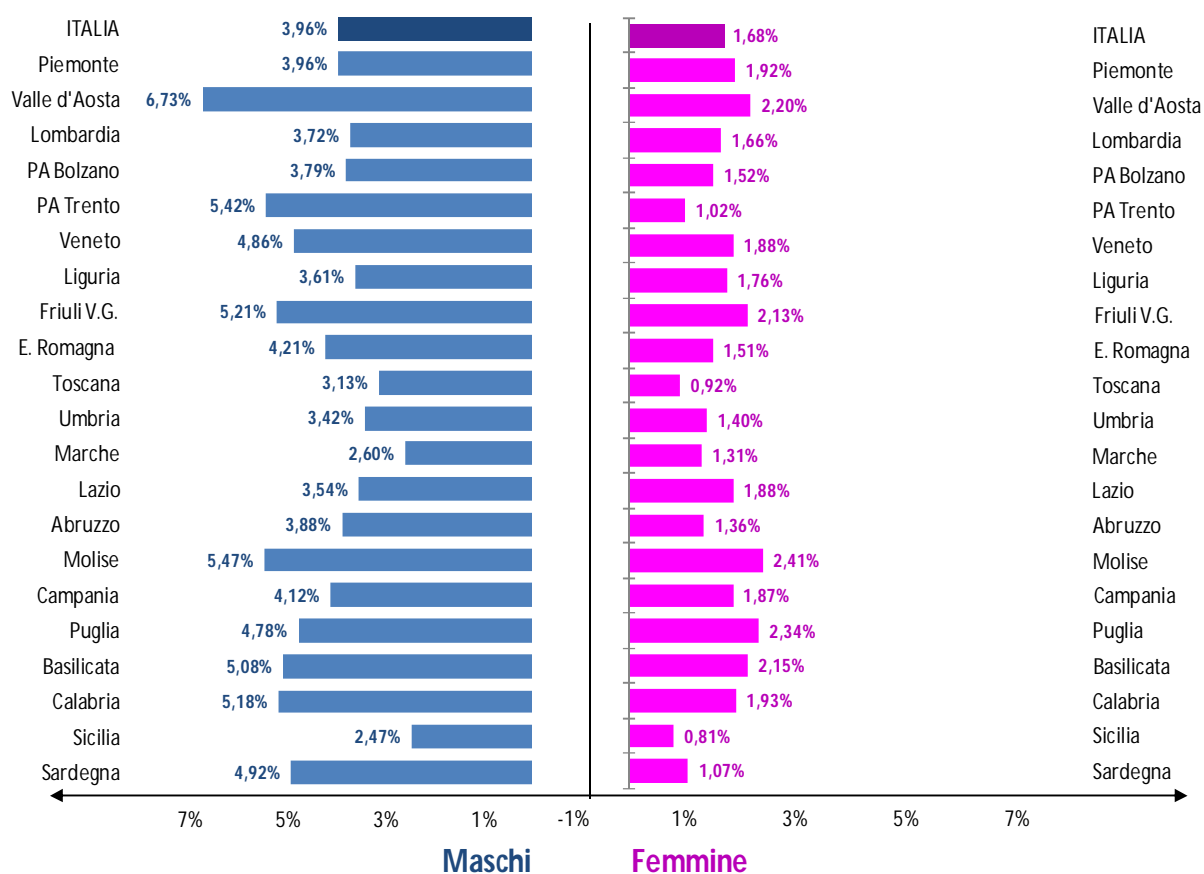
Le stime di mortalità dell' Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato la mortalità alcol correlata, a livello nazionale e regionale, analizzando, separatamente per i due sessi, sulla base della *International Classification of Diseases* ed. 10, le cause di mortalità dovute a patologie totalmente alcol attribuibili (per le quali la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol), a patologie parzialmente alcol attribuibili (per le quali la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile al consumo dannoso di alcol) e ad altre cause di morte non naturale, non riconducibili a specifiche patologie ma che, in base

alle attuali evidenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili al consumo dannoso di alcol, quali cadute, omicidi, suicidi ed altri incidenti.

Secondo tali stime a livello nazionale nell'anno 2010 la mortalità alcol attribuibile ha rappresentato il 3,96 % del totale della mortalità maschile e l'1,68% di quella femminile (graf. 9).

Graf. 9 - PERCENTUALI DI DECESSI ALCOL CORRELATI NELLE REGIONI ITALIANE PER SESSO ANNO 2010

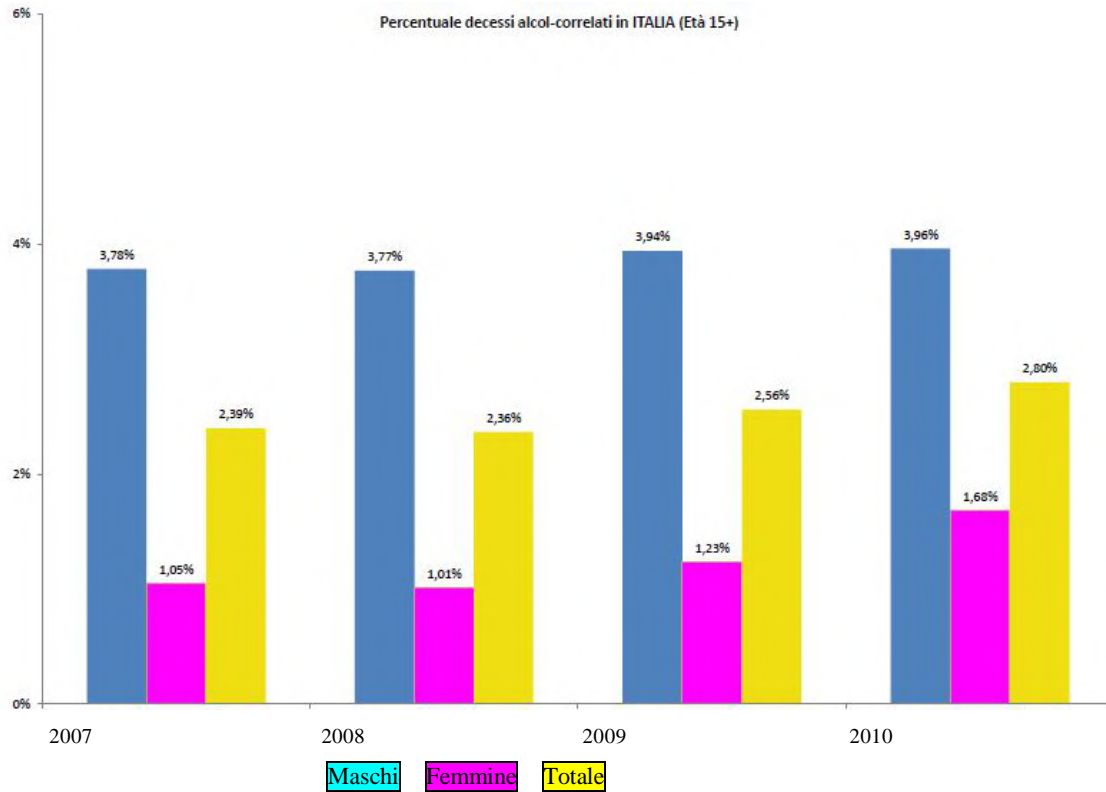


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

A livello regionale Valle d'Aosta, Molise, P.A. Trento e Friuli V.G. presentano le percentuali più alte di mortalità maschile alcol correlata, mentre per la mortalità femminile le percentuali più alte si riscontrano in Molise, Puglia, Valle d'Aosta e Basilicata.

Esaminando l'andamento del fenomeno nel tempo si rileva a livello nazionale, nel quadriennio 2007-2010, una lieve tendenza all'aumento della percentuale di decessi alcol attribuibili sul totale della mortalità sia maschile che femminile, maggiormente accentuata per le femmine (graf. 10).

Graf. 10 - PERCENTUALI DI DECESSI ALCOL CORRELATI IN ITALIA PER SESSO - ANNI 2007 – 2010



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

A livello regionale, peraltro, si rileva nel quadriennio una tendenza alla diminuzione delle percentuali di mortalità maschile in diverse Regioni (Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Basilicata, Sicilia, Provincia A. di Bolzano); mentre per la popolazione femminile tale tendenza è presente solo in tre Regioni (Valle d'Aosta, Veneto e Toscana) (tab. 10).

L'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol ha analizzato l'impatto del consumo alcolico sulla mortalità separatamente per le diverse classi di età, con riferimento all'anno 2008 (graf.11).

Da tale analisi emerge che tra i giovani e i giovani adulti le patologie alcol correlate con maggiori effetti sulla mortalità appartengono, seppure con differenze di genere, alla

Tab. 10 - PERCENTUALI DI DECESSI ALCOL CORRELATI NELLE REGIONI ITALIANE PER SESSO
ANNI 2007 – 2010

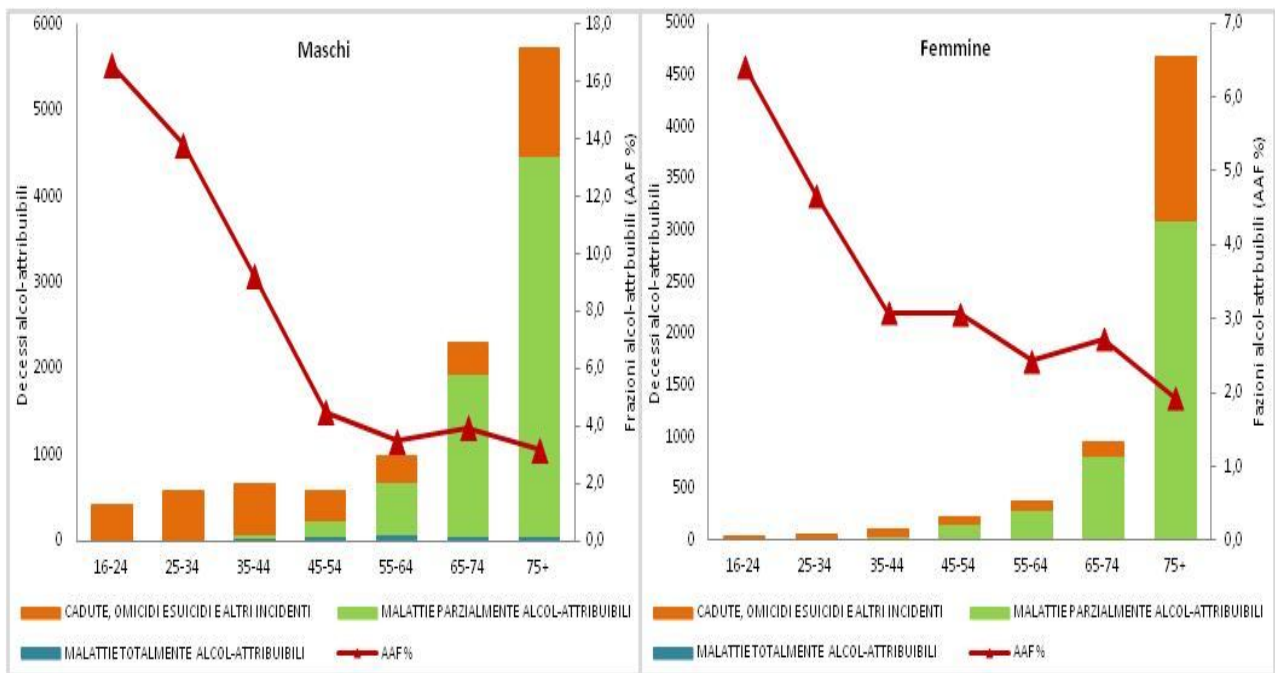
Regioni	Maschi				Femmine			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
ITALIA	3,78%	3,77%	3,94%	3,96%	1,05%	1,01%	1,23%	1,68%
Piemonte	3,92%	4,21%	nd	3,96%	1,49%	1,75%	nd	1,92%
Val d'Aosta	4,70%	4,56%	nd	6,73%	3,70%	0,86%	nd	2,20%
Lombardia	3,97%	4,00%	4,40%	3,72%	1,64%	0,78%	1,58%	1,66%
PA Bolzano	4,68%	4,75%	nd	3,79%	-0,02%	-0,71%	nd	1,52%
PA Trento	2,26%	5,84%	nd	5,42%	-1,15%	0,94%	nd	1,02%
Veneto	4,99%	4,87%	4,59%	4,86%	2,10%	1,53%	2,19%	1,88%
Liguria	3,76%	3,42%	4,06%	3,61%	1,15%	1,65%	0,95%	1,76%
Friuli V.G.	4,29%	5,43%	4,34%	5,21%	0,91%	-0,16%	1,40%	2,13%
E. Romagna	3,63%	3,73%	3,79%	4,21%	1,07%	1,63%	1,44%	1,51%
Toscana	3,20%	3,67%	3,40%	3,13%	1,10%	1,57%	1,24%	0,92%
Umbria	3,06%	3,43%	3,23%	3,42%	0,83%	0,96%	0,68%	1,40%
Marche	3,53%	2,99%	3,54%	2,60%	0,43%	0,63%	0,77%	1,31%
Lazio	3,39%	2,18%	3,62%	3,54%	0,19%	-0,48%	1,18%	1,88%
Abruzzo	3,54%	4,50%	3,54%	3,88%	0,37%	0,72%	0,67%	1,36%
Molise	3,14%	4,71%	4,49%	5,47%	1,22%	2,05%	1,82%	2,41%
Campania	3,51%	2,20%	3,67%	4,12%	0,00%	0,47%	0,87%	1,87%
Puglia	4,07%	5,23%	4,55%	4,78%	1,32%	2,28%	0,88%	2,34%
Basilicata	5,28%	5,20%	5,76%	5,08%	0,40%	1,98%	1,12%	2,15%
Calabria	4,01%	4,24%	3,99%	5,18%	0,26%	1,47%	0,14%	1,93%
Sicilia	2,58%	2,17%	2,44%	2,47%	0,37%	-0,57%	0,14%	0,81%
Sardegna	4,73%	4,86%	4,53%	4,92%	0,60%	0,81%	1,12%	1,07%

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

categoria *Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti* *, mentre nella mortalità delle classi di età successive (anni 55+ negli uomini, 45+ nelle donne) intervengono maggiormente le patologie croniche appartenenti alla categoria *Malattie parzialmente alcol-attribuibili***, con i massimi valori dopo i 65 anni, e in particolare nella classe di età 75+.

La categoria *Malattie totalmente alcol-attribuibili* *** è quella che ha effetti minori sulla mortalità.

Graf. 11 - DECESSI E FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL ATTRIBUIBILE (ALCOHOL ATTRIBUTABLE FRACTION, AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10 (2008) E LE CLASSI DI ETÀ



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT-Multiscopo 2008 e Cause di morte ISTAT 2008

*Comprende i seguenti gruppi di cause: *Incidenti non intenzionali* (Incidenti stradali, Cadute, Annegamento e sommersione accidentali, Esposizione a fumo, fuoco e fiamme, Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive, Altri incidenti non intenzionali), *Incidenti intenzionali* (Suicidio, Omicidio, Altri incidenti intenzionali).

**Include i seguenti gruppi di cause: *Condizioni materne e perinatali* (Aborto spontaneo, Basso peso alla nascita), *Neoplasie maligne* (Tumore dell'orofaringe, Tumore dell'esofago, Tumore al colon retto, Tumore alla laringe, Tumore al fegato, Tumore alla mammella), *Tumori benigni*, *Diabete mellito*, *Condizioni neuropsichiatriche* (Epilessia), *Malattie del sistema circolatorio* (Ipertensione arteriosa, Malattie ischemiche del cuore, Aritmia cardiaca, Varici esofagee, Emorragia cerebrale, Ictus ischemico), *Malattie dell'apparato digerente* (Cirrosi epatica, Colelitiasi, Pancreatite acuta e cronica), *Malattie della pelle e del sottocutaneo* (Psoriasi).

***Comprende: Sindromi psicotiche indotte da alcol, Polineuropatia alcolica, Cardiomiopatia alcolica, Gastrite alcolica, Steatosi epatica alcolica, Eccessivo livello ematico di alcol, Avvelenamento da etanolo, Avvelenamento da metanolo, Effetto tossici dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol, Sindrome fetoalcolica, Auto-avvelenamento intenzionale per esposizione all'alcol, Miopatia alcolica, Sindrome da pseudo Cushing indotta da alcol, Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol.

Le analisi sui dati della mortalità alcol correlata confermano che l'alcol ha un impatto significativo, attenuato dall'effetto di una modesta riduzione del rischio di mortalità per poche e selezionate patologie quali il diabete mellito di tipo 2 e le malattie cardio coronariche, in particolare per le donne e per i soggetti anziani.

Tali effetti positivi si correlano, peraltro, esclusivamente ad un consumo molto limitato, non superiore ai 10 grammi/die, e l'impatto dell'alcol sulla mortalità, anche al netto dei citati effetti positivi, resta sempre molto importante e va tenuto in debito conto nella elaborazione delle strategie di prevenzione e comunicazione per il contrasto dei danni alcol correlati.

La mortalità per cirrosi epatica

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica costituisce uno dei principali indicatori di danno alcol correlato.

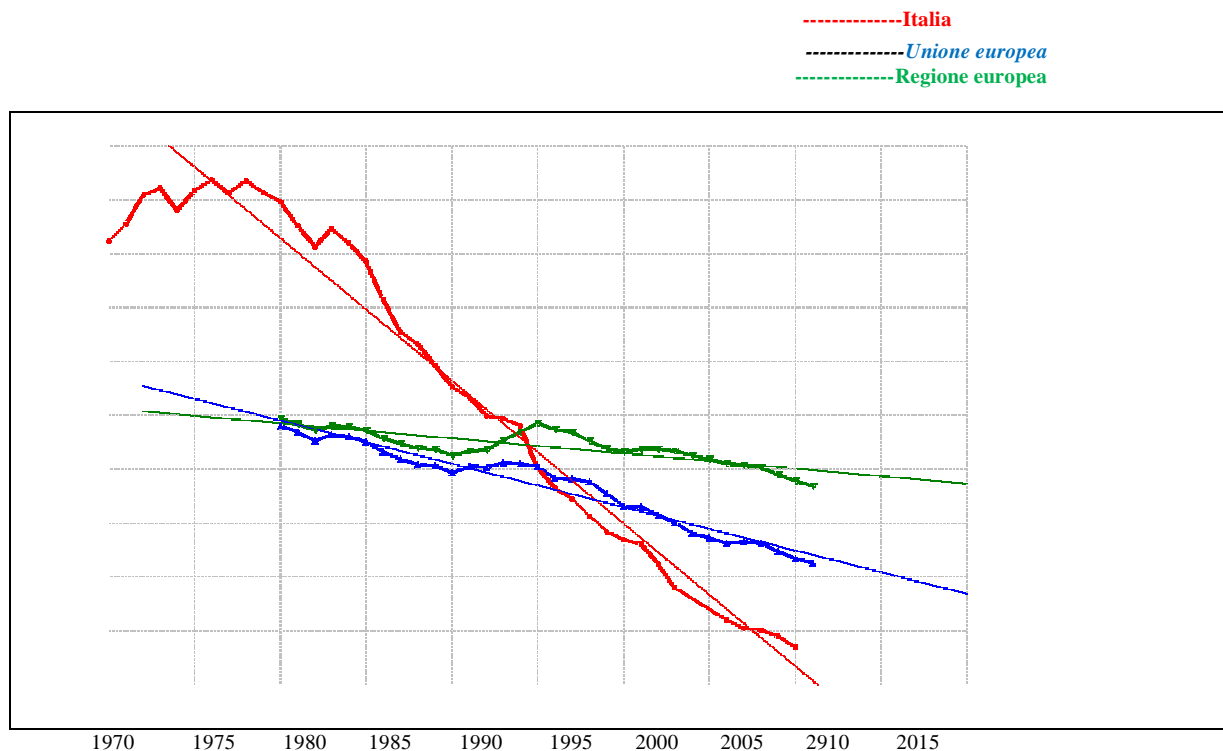
I Paesi con più alti livelli di consumo alcolico in un determinato periodo tendenzialmente presentano, in generale dopo 10-15 anni, tassi di mortalità per cirrosi epatica più elevati dei Paesi con più bassi livelli di consumo nello stesso periodo.

I valori massimi di mortalità si riscontrano nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i sessi.

Nel 2010 in Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 8,09 per 100.000 abitanti, valore inferiore a quello rilevato nel 2009 (8,68) e che prosegue il trend in calo in atto dal 1990, anno in cui il valore rilevato era di ben 22,60.

In molti Paesi si è verificata nei due ultimi decenni un'evidente diminuzione dei tassi di mortalità per cirrosi epatica, che fa riscontro alla complessiva riduzione del consumo di alcol. In Italia tale diminuzione della mortalità presenta un andamento nel tempo molto più rapido e consistente rispetto alla media sia dei Paesi della Regione europea che dell'Unione Europea (graf. 12), in concomitanza con la forte riduzione del consumo medio pro capite di alcol puro registrato a partire dagli anni '80.

Graf. 12 - MORTALITÀ PER CIRROSI E MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO (tutte le età)
CONFRONTO ITALIA - REGIONE EUROPEA - UNIONE EUROPEA
ANNI 1970-2010 (Tassi per 100.000 abitanti)



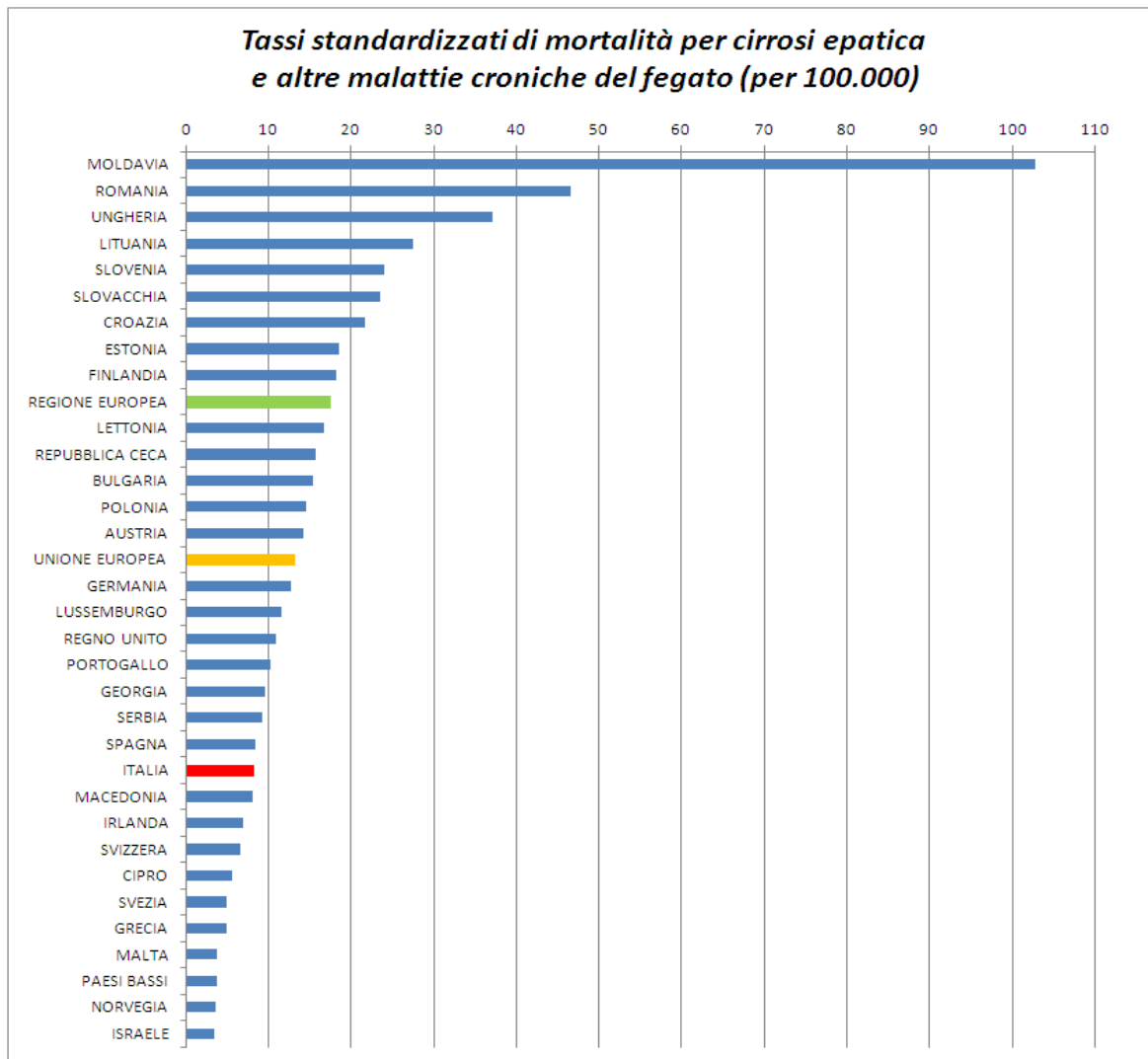
Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

Nel 2010 il tasso di mortalità italiano appare molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno per la media dei 27 Paesi dell'Unione europea (13,01 per 100.000) e per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,34 per 100.000) (graf. 13).

Nell'Unione europea presentano tassi inferiori a quello dell'Italia solo Irlanda (6,96), Cipro (5,61), Svezia (4,88), Grecia (4,85), Malta (3,83), Olanda (3,76).

Al contrario presentano tassi di mortalità superiori a quello dell'Italia, tra gli altri, la Spagna (8,35), il Portogallo (10,24), il Regno Unito (10,85) il Lussemburgo (11,50), la Germania (12,74), l'Austria (14,16).

Graf. 13- MORTALITA' PER CIRROSI E ALTRE MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO IN ALCUNI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA - ANNO 2010
(Tassi per 100.000 ab.)



Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

Gli incidenti stradali

La mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol. Secondo le stime dell'ISS-O.N.A. relative all'anno 2008 il 37,1% della mortalità maschile e il 18,1% di quella femminile causate da incidente stradale è attribuibile a un uso dannoso di alcol.

Secondo il Rapporto ACI-ISTAT 2013 nell'anno 2012 sono stati rilevati in Italia 186.726 incidenti stradali con lesioni a persone (- 9,2 % rispetto al 2011), che hanno provocato 3.653 morti (- 5,4% rispetto al 2011) e 264.716 feriti (- 9,3% rispetto al 2011). Il dato del 2012 conferma la tendenza alla riduzione nel tempo di tutti i valori in questione (tab.11).

Tab. 11-INCIDENTI STRADALI, MORTI E FERITI
ANNI 2003- 2012

	Incidenti	Morti	Feriti
2003	252.271	6.563	356.475
2004	243.490	6.122	343.179
2005	240.011	5.818	334.858
2006	238.124	5.669	332.955
2007	230.871	5.131	325.850
2008	218.963	4.725	310.745
2009	215.405	4.237	307.258
2010	211.404	4.090	302.735
2011	205.638	3.860	292.019
2012	186.726	3.653	264.716

Fonte: ACI-ISTAT - Incidenti stradali in Italia -Anno 2012

Prendendo in considerazione il decennio 2001-2012 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 29%, i morti del 48,5%, i feriti del 29,1% ed il relativo tasso di mortalità (rapporto tra n. morti e popolazione residente, per 1.000.000) è passato dal 124,5 del 2001 al 60,1 del 2012.

Peraltro tra il 2011 e il 2012 in Italia la riduzione del n. dei morti (-5,4%) è inferiore a quella media dei Paesi dell'UE (-8,8%) e anche il tasso di mortalità per incidente stradale del 2012 (60,1 per milione) si presenta superiore alla media europea (55,0 per milione), collocando l'Italia al 13° posto tra i Paesi dell'UE, dopo Regno Unito (28,1), Spagna (39,7), Germania (44,0) e Francia (57,6).

Nel 2012, prendendo complessivamente in considerazione i due sessi, il più alto numero di morti si è registrato nella fascia di età 20-24 anni (309). Tra i maschi il maggior numero di morti riguarda la classe di età 35-39 anni, seguita, con valori quasi analoghi, dalle fasce di età 40-44 e 20-24 anni. Per le femmine i valori più elevati di mortalità si riscontrano nella classe di età 20-24 anni nonché in quelle di 70-74 e 80-84 anni, nelle quali un'alta percentuale di donne è coinvolta in incidenti come pedone.

Nella fascia di età 20-24 anni si registra anche il più alto numero di feriti (31.305), sia tra i maschi (19.238) che tra le femmine (12.067), ma molto alto appare il numero dei feriti di entrambi i sessi in tutte le fasce di età comprese fra i 15 e i 39 anni.

Tra i conducenti il maggior numero di morti si riscontra nelle fasce di età tra i 30 e i 44 anni, immediatamente seguite, con valori molto simili, da quella di 20-24 anni. Il maggior numero di feriti si riscontra nella fascia di età 20-24 anni.

Tra il 2011 e il 2012 si registra in generale tra i conducenti un calo del numero dei morti e dei feriti, ma prendendo in considerazione i conducenti più anziani di sesso maschile si registra un aumento del numero dei morti pari al 14% nella classe di età 80-84 e al 25% in quella di 85-89 anni.

Tra i giorni della settimana la maggiore concentrazione di incidenti con lesioni a persone si rileva il venerdì (29.423, corrispondente al 15,8 % del totale). Il venerdì presenta anche la maggiore concentrazione di feriti (40.581, corrispondente al 15,3 % del totale).

La maggiore concentrazione di decessi si rileva nelle giornate del sabato (620, pari al 17% del totale) e della domenica (16% del totale), giornate in cui si presentano anche i massimi indici di mortalità (rispettivamente, 2,4 e 3,0 morti ogni cento incidenti).

Nel 2012, analogamente al 2011, la distribuzione degli incidenti nell'arco della giornata presenta il suo valore massimo tra le ore 18 e 19, ma alti valori si riscontrano, secondo l'usuale andamento, anche nella fascia oraria 8-9 e intorno alle ore 13.

Fra le ore 21 e le ore 7 del mattino si innalzano i valori dell'indice di mortalità, che raggiungono il picco massimo (circa 4,6 morti ogni 100 incidenti) intorno alle ore 3, 5 e 6.

Nel 2012 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 42,3% del totale di tutti gli incidenti notturni, provocando un numero di morti e feriti pari, rispettivamente, al 42% e 45% del totale di morti e feriti rilevato negli incidenti notturni, con percentuali analoghe nelle strade urbane ed extraurbane.

Nelle strade extraurbane si rilevano peraltro indici più elevati di mortalità notturna, soprattutto il lunedì e il giovedì notte (rispettivamente, 7,71 e 7,74 morti ogni 100 incidenti) ma anche il sabato e la domenica notte (rispettivamente, 7,14 e 7,23).

Questi dati suscitano particolare allarme data l'elevata correlazione stimata tra gli incidenti notturni del fine settimana e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.

Va rilevato che nel 2012 si interrompe l'andamento discendente della percentuale degli incidenti del venerdì e sabato notte in rapporto al totale degli incidenti notturni, andamento che era in atto a partire dal 2006; il valore percentuale registrato nel 2012 (42,3%) risulta infatti molto superiore a quello del 2011 (40,7%).

Nel 2012 il maggior numero di incidenti con lesioni a persone si è registrato nel mese di Giugno, il maggior numero di morti nel mese di Luglio e il più elevato indice di mortalità (2,3 morti ogni 100 incidenti) nel mese di Agosto.

Dal 2009 il Rapporto ACI-ISTAT non pubblica dati sulle cause di incidente stradale legate allo stato psico-fisico alterato del conducente, fra le quali è compresa l'ebbrezza da alcol, a causa di varie criticità presenti nel processo di rilevazione di tali cause, che rendono il dato sottostimato.

Gli ultimi dati diffusi da ACI-ISTAT sugli incidenti causati da ebbrezza da alcol si riferiscono pertanto al 2008, anno in cui tale causa ha rappresentato il 2,12% del totale di tutte le cause accertate o presunte di incidente stradale.

L'Istituto Superiore di Sanità stima comunque gli incidenti stradali alcol correlati pari al 30-35% del totale di tutti gli incidenti.

Da un'analisi condotta nel 2012 nell'ambito del XX Rapporto ACI-CENSIS su consumo di alcolici e comportamenti alla guida emerge che il 34,2% degli automobilisti osserva un comportamento responsabile nel consumo di alcol, evitando di bere se sa di dover guidare.

Al contrario non si astiene dal consumare alcol anche quando sa di doversi mettere alla guida il 13,8% degli automobilisti.

Tra questi, in particolare, l'8,2% si espone a un grave rischio fidandosi della propria capacità di "reggere" l'alcol o ritenendo che l'alcol non sia un problema per la propria guida; l'1,2% beve perché conta di affidarsi in caso di necessità ad altri bevitori in grado di "reggere" bene l'alcol; il 4,4% beve sapendo di poter lasciare la guida a qualcuno che non ha bevuto o a un taxi. Il resto degli automobilisti (52%) non beve in quanto astemio (tab. 12).

Tra i giovani e giovani adulti di età fino a 44 anni la percentuale di soggetti che non bevono se sanno di dover guidare è superiore alla media; tra i giovani di 18-29 anni è superiore alla media la percentuale di soggetti che bevono fino a quando possono “reggere” l’alcol (9,7% contro la media del 7% per tutte le età).

Tab. 12 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA RISPETTO AL CONSUMO DI ALCOLICI (val.%) SECONDO LE FASCE DI ETÀ' - ANNO 2012

Comportamento	Anno 2012				Totale
	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	
Abitualmente non bevo alcolici/sono astemio/a	42,5	49,4	56,2	59,7	52
Se so di dover guidare, non bevo alcolici	38,2	35,6	32,4	30,6	34,2
Bevo fino al punto in cui so di poter " reggere " l'alcol	9,7	6	6,7	6,9	7
Non limito il consumo di alcolici , ma se non sono in grado di mettermi al volante lascio guidare qualcuno che non ha bevuto o chiamo un taxi	6,9	5,4	3,5	0,9	4,4
Non limita il consumo : per me guidare dopo aver bevuto non è un problema	1,2	1,7	0,5	1,4	1,2
Non limito il consumo di alcolici , ma se non sono in grado di mettermi al volante e sono in compagnia lascio guidare qualcuno che "regge" l'alcol meglio di me	1,5	1,9	0,7	0,5	1,2
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi 2012

La medesima indagine ACI-CENSIS ha misurato le conoscenze degli automobilisti sui limiti di tasso alcolemico legalmente ammessi per la guida.

Il 42,8% degli intervistati ha dimostrato di conoscere tali limiti, mentre il 17,3% ha indicato limiti errati, superiori a quelli legali. Il 30,9% degli automobilisti dichiara di non conoscere i limiti legali o di non essere interessato ad essi.

I livelli di conoscenza crescono con il diminuire dell’età: gli automobilisti più giovani appaiono significativamente più informati di quelli più anziani e fra i giovani di 18 -29 anni ben il 54,4% è in grado di indicare correttamente i limiti legali, contro il 42,7% dei soggetti di 45-64 anni ed il 23% degli ultra sessantacinquenni.

Queste differenze tra fasce di età possono spiegarsi col fatto che tra i giovani automobilisti la quota di astemi è minore rispetto agli automobilisti più anziani, e può quindi essere maggiore l’interesse per le regole su alcol e guida; ma potrebbe anche spiegarsi con la crescente diffusione delle campagne di prevenzione dirette ai giovani, spesso focalizzate proprio sui rischi che essi corrono durante la guida. Inoltre i giovani risultano essere sottoposti ai controlli alcolemici più frequentemente rispetto ad adulti e anziani, e ciò può favorire la ricerca di una migliore informazione.

Dall’indagine ACI-CENSIS emerge anche l’incremento nel tempo dei controlli con l’alcolimetro da parte delle Forze dell’Ordine.

Nel 2012 il 13% degli automobilisti dichiara di aver subito tali controlli (solo una volta o più di una volta) mentre nel 2009 lo dichiarava solo l'11,5%.

La quota dei soggetti controllati cresce al decrescere dell'età ed è massima nella fascia di età 18-29 anni; nel 2012 il 14,2% dei giovani di tale età ha subito almeno un controllo, e il 4,2% ne ha subito più di uno (tab.13).

Tab. 13 - PERCENTUALE DI PATENTATI CHE DICHIARA DI ESSERE STATO SOTTOPOSTO AD ALCOL TEST NEGLI ULTIMI 6 MESI (val.%) SECONDO LE FASCE DI ETÀ - ANNI 2009* E 2012

	classi d'età							
	18 -29 anni		30 - 44 anni		45 - 69 anni		<i>Media Totale</i>	
	*2009	2012	*2009	2012	*2009	2012	*2009	2012
No, mai	82,0	81,6	86,2	84,1	92,8	90,8	88,5	87,0
Si, solo una volta	15,0	14,2	11,1	13,2	5,5	6,6	9,2	10,1
Si, più di una volta	3,0	4,2	2,7	2,7	1,7	2,6	2,3	2,9
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi, 2012

*La rilevazione è stata conclusa nel maggio 2009

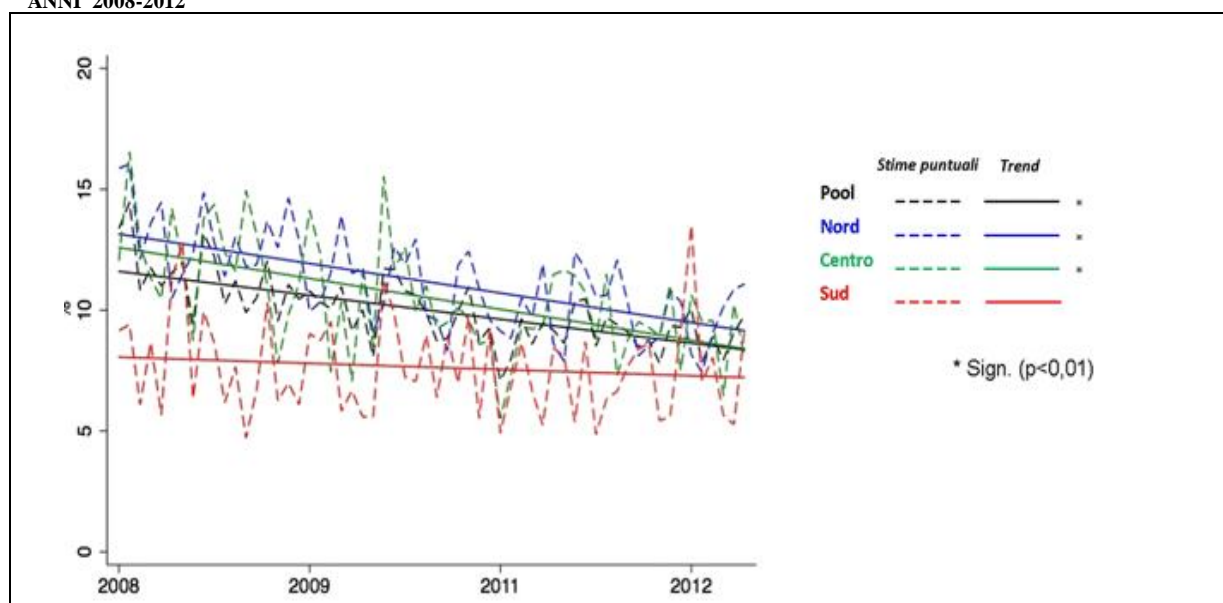
L'incremento dei controlli della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti, soprattutto nei soggetti più giovani, viene confermato anche dai dati ufficiali della Polizia Stradale e dell'Arma dei Carabinieri. Nel 2011, secondo i dati forniti da ACI-CENSIS, sono stati controllati con etilometri e precursori 1.802.280 conducenti (9,7% in più rispetto al 2010); e ne sono stati sanzionati per guida in stato di ebbrezza 39.295. I veicoli confiscati a conducenti con tasso alcolemico superiore a 1,5g /l sono stati 3.659. Solo la Polizia Stradale ha registrato 1.693 infrazioni a soggetti per i quali è prescritto il tasso alcolemico 0 (minori di 21anni, neopatentati e conducenti professionali).

Il sistema di sorveglianza PASSI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, rileva tra gli utenti delle ASL delle 21 Regioni e P.A. italiane dati relativi alla frequenza della guida sotto l'effetto dell'alcol (riferiti da intervistati non astemi di 18-69 anni che hanno viaggiato come conducenti) nonché alla prevalenza di persone trasportate da tali conducenti.

Secondo i dati del Sistema PASSI nel 2012 l'8,9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato l'auto o la moto dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Questo dato conferma il trend in diminuzione della guida sotto l'effetto dell'alcol rilevabile a livello nazionale dal 2008 , anno in cui la prevalenza era pari all'11,8%.

Il trend in diminuzione è rilevabile chiaramente nelle macro aree geografiche Nord e Centro, ma non al Sud, dove peraltro il fenomeno della guida in stato di ebbrezza assume minore rilievo (graf. 14).

Graf. 14 - TREND DELLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL - POOL ASL (%) ANNI 2008-2012



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2012

Nel 2012 il 6% di coloro che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni dichiara di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

La guida sotto l'effetto dell'alcol continua ad essere un comportamento sensibilmente più diffuso tra i maschi rispetto alle femmine e nelle classi di età più giovani (25-34 anni) rispetto a quelle più anziane.

In particolare tra gli intervistati di 18-25 anni nel 2012 l'8,9% ammette di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche, percentuale che, benché simile a quella della media di tutti gli intervistati, è più preoccupante a causa del più elevato rischio di incidente stradale per le classi di età più giovani.

Di poco inferiore (8,3%) risulta tale percentuale tra i giovani di 18-21 anni, con implicazioni peraltro ancora più gravi che rivestono, oltre che aspetti di salute e sicurezza, anche aspetti legali, dato il limite pari a zero di tasso alcolemico vigente per legge in questa fascia di età.

Anche tra i giovani comunque si conferma il trend in calo di tale comportamento a rischio; prendendo in considerazione il quadriennio 2009-2012, si rileva che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol mediamente il 10% dei giovani di 18-25 anni, contro il 12% del quadriennio 2008-2011; e l'8% dei giovani di 18-21 anni, contro il 10% del quadriennio 2008-2011.

La guida dopo aver bevuto non appare correlata in maniera rilevante al livello di istruzione e di reddito e risulta più diffusa tra gli italiani rispetto agli stranieri.

Il confronto interregionale presenta differenze significative ed è individuabile un evidente gradiente Nord-Sud, pur con qualche importante eccezione, con valori che vanno da un minimo del 5,15 % di persone che hanno guidato dopo aver bevuto (Regione Basilicata) a un massimo del 12,66% (Regione Friuli V.G.) (graf. 15).

Prendendo in considerazione il quadriennio 2009 - 2012, le percentuali più elevate di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol si riscontrano nella popolazione delle ASL di Friuli V.Giulia (12,66%), Lombardia (11,46%), Sardegna (11,17%), Veneto (11,10), Piemonte (10,78). Le percentuali più basse si riscontrano al Sud, in Basilicata (5,15%), Campania (5,87%), Sicilia (7,56%), Puglia (8,21%); ma anche al Nord, nella Provincia A. di Bolzano, con valori inferiori a quelli della Sicilia (6,83%).

Graf. 15 - GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL NELLE REGIONI E P.A.
POOL ASL (%) - QUADRIENNIO 2009-2012 (valori medi annui)



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2012

Nel 2012 il 34,4 % delle persone che hanno guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi riferisce di aver avuto almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine (contro il 34% del 2011) e solo il 10,4% di essi (contro il 12% del 2011) riferisce di essere stato sottoposto a etilotest. Prendendo in considerazione complessivamente il periodo 2010-2012 non emergono variazioni significative nella frequenza dei controlli.

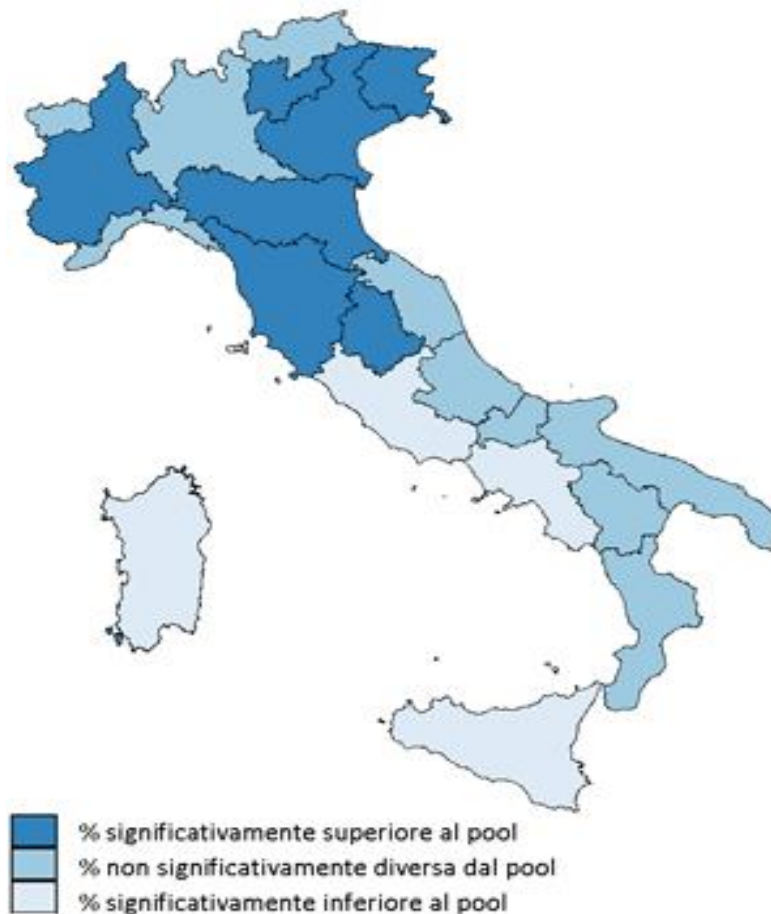
Negli anni 2010-2012 mediamente il confronto tra le Regioni mostra una certa differenza nella somministrazione di etilotest da parte delle Forze dell'Ordine, con una maggiore

frequenza al Nord e un *range* che va da un minimo del 6,87% di soggetti controllati in Sicilia a un massimo del 14,8% nella Regione Piemonte (graf. 16).

Nel 2011 peraltro tale *range* risultava molto più elevato (da un minimo del 4% un massimo del 17%).

Graf. 16 - CONTROLLI CON ETILOTEST DA PARTE DELLE FORZE DELL'ORDINE NELLE REGIONI E.P.A.

POOL ASL (%) - TRIENNIO 2010-2012 (valori medi annui)



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2012

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili

Nell'anno 2012 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili è stato di 75.445 (79.655 nel 2011), di cui 58.410 (77,4%) riferite a maschi e 17.035 (22,6%) riferite a femmine (tab. 14).

Complessivamente il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto come diagnosi principale di ricovero che come diagnosi secondarie) ammonta a 67.273 (70.959 unità nel 2011).

Questi dati, che si riferiscono tanto al regime di ricovero ordinario che di *day hospital*, confermano l'andamento in calo del numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili, in atto dal 2003.

La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (39,0% nel 2012, contro il 38,6% del 2011), immediatamente seguita dalla sindrome di dipendenza da alcol (26,6 % nel 2012, contro il 26,9 % del 2011).

Tab. 14 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2012

Diagnosi di dimissione		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	2.990	775	3.765	79,4%	20,6%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	14.871	5.231	20.102	74,0%	26,0%	26,6%
305.0	Abuso di alcol	6.479	2.705	9.184	70,5%	29,5%	12,2%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.048	261	1.309	80,1%	19,9%	1,7%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	319	40	359	88,9%	11,1%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	343	117	460	74,6%	25,4%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	4.006	1.202	5.208	76,9%	23,1%	6,9%
571.1	Epatite acuta alcolica	1.659	464	2.123	78,1%	21,9%	2,8%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	23.825	5.564	29.389	81,1%	18,9%	39,0%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	2.629	572	3.201	82,1%	17,9%	4,2%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	10	5	15	66,7%	33,3%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	231	99	330	70,0%	30,0%	0,4%
Totale		58.410	17.035	75.445	77,4%	22,6%	100,0%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie. Il n. delle diagnosi di dimissione non fa distinzione degli eventuali casi di ricovero ripetuto di un paziente per la stessa patologia.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Anche per il 2012, come accade da alcuni anni, la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per l'88,9 % tra i maschi e per l'11,1 % tra le femmine), immediatamente seguita da danno epatico da alcol non specificato e cirrosi epatica alcolica. La diagnosi che nel 2012 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi è l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (distribuita per il 33,3% tra le femmine e per il 66,7% tra i maschi), seguita da effetti tossici dell'alcol e abuso di alcol.

Nel 2012 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 113,3 per 100.000 abitanti; 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.15).

Nel 2012, , analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni e P.A. a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano e Valle D'Aosta; seguono Friuli V. Giulia, Sardegna, P.A. di Trento e Liguria. I tassi di ospedalizzazione più bassi continuano a riscontrarsi in Sicilia e Campania, seguite da Calabria, Puglia e Umbria. Resta ancora molto alta la differenza del tasso di ospedalizzazione tra le Regioni con i valori massimi e quelle con i valori minimi.

Tab.15 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (*)
TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI - ANNI 2002-2012
(Dimessi per 100.00 ab.)

Regioni di dimissione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4	150,9	137,7
Valle d'Aosta	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4	290,1	349,1
Lombardia	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156	138,5	130,3	122,1	116,0	108,6
P. A. Bolzano	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461	389,9	344	316,7	307,5
P. A. Trento	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8	205,3	186,3
Veneto	251,6	244,8	232,2	212,0	188,0	170,3	167,3	150,7	141,1	132,3	125,6
Friuli V. Giulia	283,7	264	255,6	268,0	256,0	248,1	228,5	220,8	215,8	209,3	206,2
Liguria	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9	175,7	171,2
Emilia Rom.	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6	149,4	149,3
Toscana	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9	100,7	97,4	101,2
Umbria	119,1	125,0	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96,0	94,7	94,7
Marche	203,6	194,7	189,5	189,6	176,0	176,7	167,3	160,2	160,0	143,2	150,0
Lazio	146,1	143,0	142,7	142,2	148,0	123,8	115,2	107,6	111,0	96,7	96,4
Abruzzo	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119,0	121,1	113,4
Molise	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8	163,6	150,4	128,7
Campania	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2	72,0	70,1
Puglia	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8	89,8	90,5
Basilicata	164,0	153,1	159,0	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2	126,0	106,8
Calabria	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4	93,2	88,4
Sicilia	85,7	84,5	86,0	79,0	83,4	77,4	69,0	68,8	67,0	62,4	56,5
Sardegna	205,2	195,2	198,0	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179,0	181,6	187,0
Italia	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0	129,1	123,6	117,0	113,3

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando la distribuzione delle diagnosi alcol correlate secondo le diverse classi di età (tab. 16), anche nel 2012 le prevalenze più elevate continuano a registrarsi fra i soggetti di

più di 55 anni, con i valori più alti per le diagnosi di cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, polineuropatia alcolica e steatosi epatica alcolica.

**Tab.16- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI (*)
SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO – ANNO 2012**

Diagnosi di dimissione (*)		< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,2	10,3	50,5	38,9	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	13,9	57,1	28,8	100,0
305.0	Abuso di alcol	1,0	22,1	55,1	21,7	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	2,4	40,5	57,1	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,6	2,8	35,1	61,6	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,9	5,2	41,3	52,6	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	7,0	39,7	53,2	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,2	8,7	51,8	39,3	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,0	32,0	67,0	100,0
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,0	5,9	42,5	51,5	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	13,3	13,3	53,3	20,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcol	7,9	20,9	36,1	35,2	100,0
Totale		0,3	8,5	44,2	47,1	100,0

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Le diagnosi della classe di età 36-55 anni si riferiscono invece maggiormente a sindrome di dipendenza da alcol, abuso di alcol, avvelenamento da antagonisti dell'alcol, epatite acuta alcolica.

Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per abuso di alcol ed effetti tossici dell'alcol, seguite da sindrome di dipendenza da alcol e avvelenamento da antagonisti dell'alcol.

I giovanissimi fino a 14 anni sono interessati quasi esclusivamente da diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol e di effetti tossici dell'alcol.

Osservando l'andamento nel tempo, a partire dal 2000, della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.17), si conferma l'aumento delle prevalenze nelle classi di età più elevate, con un aumento di 2,8 punti percentuali nella classe di età maggiore di 55 anni e di 2,5 punti percentuali nella classe di età 36-55 anni.

Di contro si riscontra un andamento nettamente in calo delle percentuali di diagnosi alcol correlate nella fascia di età 15-35 anni, pari a 5,3 punti percentuali. La classe di età fino a 14 anni continua a presentare percentuali minime, sostanzialmente stabili nel tempo.

L'analisi dell'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per sesso (tab.18) evidenzia che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile; tra il 2000 e il 2012 tra i maschi è riscontrabile una diminuzione pari a circa un solo punto percentuale a favore delle femmine. Nell'anno 2008 si sono registrati per i maschi i valori percentuali più bassi in rapporto alle femmine (77, 1%), le quali invece presentano per quell'anno i valori percentuali più alti in rapporto ai maschi (22, 9%).

Tab. 17- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO ANNI 2000-2012

ANNI	< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
2000	0,2	13,8	41,7	44,3	100
2002	0,3	12,8	42,8	44,1	100
2003	0,2	12,2	42,7	44,9	100
2004	0,3	12,4	43,2	44,1	100
2005	0,3	11,9	43,3	44,5	100
2006	0,3	11,2	43,4	45,1	100
2007	0,3	10,5	44,1	45,1	100
2008	0,3	10,0	44,3	45,4	100
2009	0,2	9,5	43,9	46,4	100
2010	0,3	8,9	44,1	46,7	100
2011	0,2	8,8	44,7	46,3	100
2012	0,3	8,5	44,2	47,1	100

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Tab. 18 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003- 2012

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

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando la variazione nel tempo della distribuzione percentuale delle diverse diagnosi ospedaliere totalmente alcol correlate (tab. 19), si evidenzia tra il 2000 e il 2012 il progressivo aumento percentuale, in rapporto al totale delle diagnosi, della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,3 % del 2000 al 39 % del 2012, con un aumento percentuale di quasi 13 punti

Si registra contestualmente la progressiva diminuzione percentuale, in rapporto al totale delle diagnosi, della diagnosi di sindrome di dipendenza da alcol, che passa dal 31,8 % del 2000 al 26,6 % del 2012.

Una minore ma chiara diminuzione percentuale nel tempo si registra anche per le diagnosi ospedaliere di epatite acuta alcolica, danno epatico da alcol non specificato e steatosi epatica alcolica.

Per le altre diagnosi l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale resta relativamente stabile.

Tab. 19 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUBILI ANNI 2000-2012

DIAGNOSI DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi											
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,4%	5,0%	5,1%	5,0%	5,0%	5,1%	5,0%	5,0%	5,3%	5,0%	5,2%	5,0%
303.0	Sindrome di dipendenza da alcol	31,8%	32,2%	31,4%	30,8%	30,1%	28,8%	29,0%	28,7%	28,0%	27,2%	26,9%	26,6%
305.0	Abuso di alcol	10,6%	9,1%	9,6%	10,2%	10,6%	11,0%	11,2%	11,0%	11,1%	11,5%	11,8%	12,2%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,4%	2,6%	2,4%	2,1%	2,0%	2,1%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,4%	9,5%	9,1%	9,2%	9,4%	9,2%	8,8%	8,2%	7,9%	7,6%	7,1%	6,9%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,5%	4,7%	4,2%	4,0%	3,9%	4,0%	3,9%	3,7%	3,4%	3,2%	2,8%	2,8%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,3%	28,3%	30,0%	30,9%	31,7%	32,9%	33,6%	35,0%	36,4%	37,7%	38,6%	39,0%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,0%	6,7%	6,3%	5,9%	5,6%	5,3%	5,2%	4,9%	4,6%	4,5%	4,3%	4,2%
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	0,1%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Va peraltro evidenziato che l'andamento nel tempo del numero assoluto delle diagnosi ospedaliere per cirrosi epatica alcolica, dopo la relativa stabilità o il lieve incremento rilevabili tra l'anno 2000 e l'anno 2006, a partire dal 2007 si presenta in calo, soprattutto negli ultimi anni (tab. 20).

Tab. 20 - DIAGNOSI PRINCIPALI E SECONDARIE DI CIRROSI EPATICA ALCOLICA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL - ANNI 2001-2012

ANNI	Valori assoluti
2001	31.786
2002	32.193
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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

L'alcoldipendenza

La stima puntuale del numero di alcoldipendenti 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 alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcologici 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 2012 il 55,0% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,3% con gli A.A. e il 14,3% con altri gruppi. Mediamente nel corso del 2012 ogni servizio ha collaborato con 9 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 5 cooperative sociali, con ampie differenziazioni a livello regionale.

I dati sembrano comunque evidenziare un incremento di tali collaborazioni rispetto all'anno precedente.

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

Nell'anno 2012 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcologici pubblici sono stati 69.770, valore massimo della serie storica per questo dato.

Gli utenti maschi sono 54.431 e le femmine 15.339. Il rapporto M/F è pari a 3,5 per gli utenti totali e per gli utenti già in carico o rientrati e a 3,7 per i nuovi utenti.

A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.

Nel 2012 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,9 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,3 rispetto a 45,5), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile; i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,9 vs 46,8).

Negli anni più recenti si nota un aumento dell'età media in tutti i diversi sottogruppi di utenti esaminati, ad eccezione dei nuovi utenti di sesso femminile.

I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano complessivamente il 9,1% dell'utenza totale, una percentuale consistente anche se in lieve calo rispetto a quella del 2011, che era pari al 9,8%.

I nuovi utenti al di sotto dei 30 anni rappresentano il 13,7% del totale della nuova utenza, percentuale in lieve aumento rispetto a quella del 2011, pari al 13,5%.

Dal 2009 la quota degli utenti al di sotto dei trent'anni si presenta comunque sostanzialmente stabile e sembra essersi interrotto il trend crescente in atto tra il 2006 e il 2009.

Per gli alcolodipendenti al di sotto dei 20 anni viene confermata anche nel 2012, con una prevalenza dello 0,5%, la sostanziale stabilità dei valori di prevalenza a partire dal 1996, sempre compresi fra lo 0,5% e lo 0,7%.

Nel 2012 la bevanda alcolica maggiormente consumata dagli alcolodipendenti in trattamento è il vino (62,8%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (8,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,6%).

Fra i maschi rispetto alle femmine si rileva una quota lievemente superiore di consumatori di birra (21,7% vs 19,0%) e di vino (63,0% vs 62,0%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari e digestivi l'uso è più elevato tra le femmine (rispettivamente, 9,9% e 5,0% nelle femmine vs 8,2% e 3,2% nei maschi).

Nel 2012 fra gli utenti dei servizi alcologici il 9,0% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, per un totale di circa 6.250 utenti. Tale valore risulta inferiore a quello rilevato nel 2011, che era pari al 9,8%, e sembra riprendere il trend in calo manifestatosi dopo il 2007. Il fenomeno presenta peraltro una grande variabilità territoriale.

L'attenzione dei medici al consumo alcolico dei pazienti

Il Sistema di sorveglianza Passi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P.A. italiane, rileva dal 2008 alcuni dati sul comportamento dei medici e altri operatori sanitari per conoscere in che misura essi si informano sulle abitudini di consumo alcolico dei pazienti e forniscono loro adeguati consigli sull'argomento.

Nell'anno 2012, fra le persone intervistate che si sono recate dal medico negli ultimi 12 mesi, il 14,6% ha dichiarato di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico da parte del medico o dell'operatore sanitario (percentuale inferiore a quella rilevata nel 2011, pari al 16%). Tra queste persone solo il 6,4% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio di ridurre i propri consumi (6% nel 2011).

Nell'ambito del quadriennio 2008-2012 la quota di persone che hanno ricevuto attenzione sui propri consumi alcolici da parte di un medico o altro operatore sanitario appare in calo, soprattutto nella fascia di età 18-34 anni.

Il confronto fra le Regioni evidenzia differenze statisticamente significative, con valori che sembrano riflettere la distribuzione regionale dei consumatori a rischio: considerando il

quadriennio 2009-2012, la percentuale di persone che ricevono attenzione sui consumi alcolici è massima nelle Regioni con alte prevalenze di consumatori a rischio (25% in Sardegna e 23% in Friuli V.G. e P.A. di Trento) e minima in quelle con basse prevalenze di consumatori a rischio (9% in Basilicata e Campania).

Il Sistema Passi rileva inoltre i dati sui consumi alcolici di particolari categorie di persone per le quali il consumo di alcol in qualsiasi quantità ha una controindicazione assoluta, quali le persone con diagnosi di patologia epatica e le donne in gravidanza.

Nel 2012 il 48,8% delle persone con patologia epatica e il 25,7% delle donne in gravidanza hanno dichiarato di aver consumato alcol (qualunque quantità) negli ultimi 30 giorni. Questi comportamenti a forte rischio possono dipendere da molti fattori, fra i quali sarebbe opportuno valutare anche l'impatto di una insufficiente informazione e sensibilizzazione sui rischi alcol correlati da parte degli operatori sanitari che interagiscono con tali pazienti.

2. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), 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 connessi con il bere. Il PNAS recepisce inoltre gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S., dalla Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e dalle Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per l'avvio della I Strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma successivamente il suo recepimento è stato inserito tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 e le sue linee strategiche sono state pertanto un importante punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale adottate nell'ambito di tale Piano.

Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da implementare 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.

Successivamente l'implementazione del PNAS si è collegata alla implementazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, che ne ha 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 sono rimaste un valido punto di riferimento per gli interventi di livello centrale e regionale anche nella fase conclusiva del Piano nazionale di Prevenzione, la cui vigenza è stata prorogata al 31 dicembre 2013 con l'accordo Stato/Regioni del 7 febbraio 2013.

In tale quadro di riferimento è proseguita nel 2013 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 per 240.000 Euro, è finalizzato a superare il problema della 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'adozione omogenea nelle diverse Regioni degli stessi flussi di dati e delle metodologie di calcolo degli indicatori suggeriti dalle agenzie di sanità pubblica a livello nazionale e internazionale.

Un risultato atteso del progetto è la creazione di uno standard utile ad un sistema di monitoraggio e *reporting* epidemiologico regionale che consenta ai decisori politici di porre in atto, tramite un'adeguata analisi dei dati e dei relativi trend temporali, le misure di prevenzione, informazione e comunicazione più utili per il contrasto dei problemi alcol correlati. Saranno 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 sta provvedendo 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 completamento del progetto è previsto entro marzo 2014.

Il Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari"

Il programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere

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, di durata triennale e 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.

Con Decreto del Ministro della Salute in data 5 marzo 2010 è stata rinnovata per un ulteriore triennio la “Piattaforma nazionale sull’alimentazione, l’attività fisica e il tabagismo”, sede comune di incontro a livello nazionale per tutti i soggetti interessati a contribuire al perseguimento degli obiettivi del programma “Guadagnare Salute”, secondo un approccio cooperativo e orientato all’azione.

Alla Piattaforma Nazionale sono stati chiamati a partecipare i rappresentanti di vari Ministeri, della Conferenza Stato-Regioni, dell’ANCI, dell’ISS, dell’ISPESL, dell’Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN), delle associazioni di categoria della filiera alimentare e dei consumatori, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni dei medici e pediatri di base e dei farmacisti.

La Piattaforma Nazionale sostiene e promuove iniziative finalizzate a diversi obiettivi inerenti il Programma Guadagnare Salute, fra le quali anche iniziative finalizzate a ridurre l’abuso di alcol e a educare ad un consumo alcolico consapevole e compatibile con la salute.

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”

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

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

- *Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità 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 socio-sanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcol correlati.

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

L'implementazione del Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" nel settore Alcol - Le attività dell'anno 2013

Tra gli obiettivi del Programma "Guadagnare salute" è previsto il contrasto dell'abuso di bevande alcoliche e in particolare la protezione dei minori dai rischi dell'alcol, anche attraverso specifiche campagne di comunicazione e sensibilizzazione, al fine di ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche e contenere i danni per la salute e la sicurezza dei minori, soprattutto quelli derivanti dagli incidenti stradali alcol correlati.

Un obiettivo essenziale della comunicazione per la promozione di stili di vita salutari è la trasformazione dei destinatari della comunicazione in soggetti che collaborano attivamente ad un progetto educativo più ampio. Elemento chiave della comunicazione relativa agli stili di vita è quindi motivare i singoli individui al cambiamento e diffondere *empowerment*, per facilitare nel cittadino l'assunzione spontanea di atteggiamenti e comportamenti tesi alla promozione di un ambiente sano e alla difesa del proprio contesto di vita.

In linea con gli obiettivi del Programma “Guadagnare Salute” pertanto l’Associazione AssoBirra, da molti anni impegnata nella promozione del consumo responsabile delle bevande alcoliche, ha promosso la nuova campagna “Guida tu la vita. O bevi o guidi-Experience tour 2013”, finalizzata a sensibilizzare i giovani sui rischi del consumare alcol prima di mettersi alla guida e basata sulla diffusione di un chiaro messaggio sulla necessità di non bere in determinate situazioni (“Se bevi non guidare. E se hai bevuto, fai guidare qualcun altro”).

La campagna si è svolta nelle piazze di sette tra le principali città italiane, con l’obiettivo di parlare ai ragazzi di consumo moderato e responsabile, attraverso una modalità ludica ed esperienziale, in grado di far “toccare con mano” le conseguenze di un approccio non corretto alle bevande alcoliche.

Durante ogni tappa una *task force* di ragazzi ha distribuito ai passanti delle *card* con un mini quiz di tre domande sul consumo di alcol e sui rischi connessi all’abuso.

I partecipanti hanno potuto testare personalmente, e senza alcun pericolo per sé e per gli altri, i rischi e le potenziali conseguenze legate al consumo scorretto e all’abuso di alcol, attraverso un “percorso del consumo responsabile” che ha previsto:

- una prova di abilità lungo un percorso prestabilito, indossando speciali occhiali “effetto alcoemia” che consentono di simulare le alterazioni dell’equilibrio quando si cammina in stato di ebbrezza
- l’uso di un simulatore di guida che consente di verificare da sobri la lentezza dei riflessi che si verifica dopo aver bevuto.

Le performances dei partecipanti sono state riprese e alcuni video sono stati postati su canali YouTube e su social network.

Inoltre in ogni tappa alcuni partecipanti hanno ricevuto in omaggio il corso di Guida Sicura ACI-SARA di Vallelunga.

La campagna, scelta dal Ministero della Salute tra quelle meritevoli di utilizzare il logo del programma “Guadagnare salute”, è stata realizzata in partnership con Media Friends (la Onlus di R.T.I. S.p.A., Mondadori S.p.A. e Medusa S.p.A.) che, con la collaborazione di AssoBirra, ha realizzato uno spot trasmesso durante la settimana precedente ogni tappa del tour.

Lo spot ha avuto come protagonista Matteo Viviani, uno dei volti del programma televisivo ‘Le Iene’, che nei suoi servizi ha spesso affrontato temi legati al mondo giovanile e alle sue problematiche; nel suo messaggio egli si rivolge ai giovani ribadendo l’importanza di *“guidare la propria vita e di fare una scelta semplice, per sé e per gli altri: se devi guidare non bere e se hai bevuto, fai guidare qualcun altro”*.

Il contrasto del danno alcol correlato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il triennio 2010-2012, approvato con l’Intesa Stato-Regioni e P.A. del 29 aprile 2010, 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, hanno predisposto ed implementato i Piani Regionali di Prevenzione per il triennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione.

La prevenzione dei danni alcol correlati è specificamente contemplata nel PNP nell'ambito dell'area della prevenzione universale e in particolare della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari. Con il PNP 2010-2012 il consumo dannoso di alcol è 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.

Nel PNP sono definite sia le linee di intervento prioritario che necessitano di una traduzione operativa in ambito regionale o locale sia le linee di supporto e azione centrale con cui il Ministero della Salute intende sostenere le Regioni stesse nella programmazione e attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione.

Per la prevenzione alcolologica in particolare il PNP si propone di realizzare azioni di promozione della salute, educazione, formazione e comunicazione, perseguendo i seguenti obiettivi:

- riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcol a rischio, quali i consumatori fuori pasto, i consumatori di quantità giornaliere non compatibili con una buona salute, i “*binge drinkers*”, i consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica dovuta all'alcol, i consumatori all'interno dei luoghi di lavoro, da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica;

- ricepimento delle linee strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007);

- stipula di accordi con le associazioni di categoria per garantire maggiore responsabilità nella vendita e distribuzione delle bevande alcoliche.

La prevenzione dei comportamenti di consumo alcolico a rischio è inoltre ricompresa, assieme ad altri obiettivi comportamentali, fra gli obiettivi da perseguire in maniera integrata nell'ambito di programmi più ampi previsti dal PNP quali

- programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado e nei luoghi di aggregazione giovanile formali ed informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia di età adolescenziale;

- promozione di interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le agenzie educative, finalizzati ad incrementare la conoscenza dei fattori di rischio per i comportamenti di abuso e le conseguenze a breve e lungo termine di tali comportamenti;

- implementazione di strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio, con l'obiettivo di avviare il più precocemente possibile i soggetti interessati ai servizi competenti.

Il PNP ha previsto tre azioni centrali di sostegno alle Regioni per la prevenzione alcolologica (contemplate negli allegati all'intesa per il PNP stipulata fra Ministero e Regioni il 29 aprile 2010), come di seguito indicato:

- “*Implementazione del Piano Nazionale di monitoraggio Alcol e Salute*” (azione da realizzare sulla base del documento elaborato da un tavolo paritetico Ministero-Regioni e approvato formalmente dalla Commissione Salute delle Regioni)

- “*Stipula di accordi con associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile di bevande alcoliche*”

- *“Promuovere e diffondere la pratica della prevenzione e diagnosi precoce della FAS (Fetal alcohol sindrome) e dei Fasd (Fetal alcohol spectrum disorders) nelle strutture sociosanitarie interessate”* .

Con l’Accordo sancito il 7 febbraio 2013 in sede di Conferenza Stato Regioni il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 è stato riprogrammato, d’intesa con le Regioni, e la sua vigenza prorogata fino al 31 dicembre 2013, stabilendo altresì che nel contempo siano avviati dal Ministero della Salute e dalle Regioni, già nei primi mesi del 2013, i lavori per la predisposizione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione per il quinquennio 2014-2018.

Sulla base del percorso di lavoro finora attivato da Ministero e Regioni si prevede che anche nel nuovo PNP 2014-2018 la prevenzione del consumo dannoso di alcol troverà uno spazio adeguato quale importante strumento di salute nell’ambito dell’area strategica relativa a stili di vita, malattie croniche e disabilità in tutte le fasi della vita, sia per la riduzione della morbilità e mortalità nel campo delle malattie croniche non trasmissibili che per la prevenzione delle alcoldipendenze.

L’implementazione del PNP nell’area alcolologica: i progetti dei Piani Regionali di Prevenzione

In attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione tutte le Regioni hanno elaborato i loro Piani Regionali di Prevenzione, articolati in programmi/progetti riguardanti le diverse macroaree e linee di intervento, presentandoli al Ministero della Salute per la prevista valutazione.

Sono stati presentati al Ministero complessivamente 740 programmi/progetti, di cui 154 relativi alla prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, tra i quali molti riguardano anche la prevenzione dell’uso dannoso di alcol. Sono inoltre pervenuti progetti finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali (28) e sul lavoro (67), in alcuni dei quali sono trattati, tra i problemi e i possibili fattori di rischio, anche quelli relativi all’uso e abuso di alcol.

I progetti/programmi esclusivamente o specificamente mirati alla prevenzione dei danni alcol correlati nell’ambito delle varie linee di intervento sono in totale 12, presentati da 10 Regioni e P.A., secondo lo schema della pagina seguente.

**PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE 2010-2012
PROGETTI / PROGRAMMI DI SPECIFICO AMBITO ALCOLOGICO**

<p>Piemonte “Coordinamento delle attività di prevenzione dell’abuso di alcol nel territorio”</p>
<p>Veneto 1) “Non solo cura ma cultura- Formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol correlati” 2) “Progetto di verifica della efficacia delle campagne di prevenzione dell’utilizzo di alcol negli ambienti di lavoro”</p>
<p>Trento “Riduzione dei consumatori di alcol a rischio- Progetto Alcol Pub e disco”</p>
<p>Emilia Romagna “Prevenzione dell’abuso di alcol e altre sostanze stupefacenti nei giovani”</p>
<p>Toscana “Divertirsi guadagnando salute”</p>
<p>Umbria “Cantieri Alcol free”</p>
<p>Marche “Peer education: alcol e guida sicura”</p>
<p>Lazio “Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro”</p>
<p>Calabria 1) “Campagna di sensibilizzazione sul consumo di alcol e sostanze d’abuso nei cantieri edili” 2) “Diffusione delle buone pratiche identificate dal progetto <i>Guadagnare salute negli adolescenti</i> - Luoghi di prevenzione”</p>
<p>Sicilia "Peer education su alcolismo"</p>

Tutti i progetti sono stati sottoposti ad una prima valutazione *ex ante* da parte del Ministero della Salute, per assicurare la coerenza del piano progettuale con il quadro strategico ed il quadro programmatico/istituzionale generale delle singole Regioni, la significatività del target coinvolto e la misurabilità degli stati di avanzamento.

Successivamente è stata valutata, in base al valore raggiunto dagli indicatori concordati con le Regioni, la misura del raggiungimento dei risultati attesi nei tempi previsti.

La maggior parte dei progetti specificamente finalizzati alla prevenzione alcolologica è stata valutata positivamente nella prima e nella seconda fase di valutazione, pur condividendo con il complesso dei progetti del PNP quelle criticità che hanno suggerito di procedere alla

riprogrammazione del Piano stesso prorogandolo per l'anno 2013, secondo il citato Accordo del 7 febbraio 2013 sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni.

2.2. 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.

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, creando qualche difficoltà per l'adempimento dei relativi compiti istituzionali di Ministero e Regioni.

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.

Le risorse stanziare per l'anno 2012 sono state ripartite secondo criteri che prevedono

- l'assegnazione a ciascuna Regione di una quota di risorse calcolata suddividendo in parti uguali tra le Regioni il 50% dell'intera somma disponibile e distribuendo tra le stesse il restante 50% per quota capitaria
- l'erogazione delle risorse alle Regioni successivamente all'invio 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 2012

Per l'anno 2012 sono stati stanziati per il monitoraggio Euro 203.406, 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 A 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, tranne la Valle D'Aosta, 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 entro Ottobre 2013 l'avvio delle procedure per la corresponsione della rispettiva quota di riparto per l'anno 2012 alle Regioni interessate.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2013

Per l'anno finanziario 2013, a seguito delle decurtazioni apportate allo stanziamento originario ai sensi della normativa vigente, sono stati stanziati per il monitoraggio Euro 85.172, che saranno ripartiti tra le Regioni secondo la sottostante tabella B, in base ai già citati criteri concordati con la Commissione Salute delle Regioni.

**Tab. A - RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVE
ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOL CORRELATI - ANNO 2012**

Regioni	Popolazione	Quota fissa	Quota capitaria	Totale
Valle d'Aosta	128.230,00	4.843,00	215,00	5.058,00
Molise	319.780,00	4.843,00	537,00	5.380,00
Prov.Aut.Bolzano	507.657,00	4.843,00	852,00	5.695,00
Prov.Aut.Trento	529.457,00	4.843,00	888,00	5.731,00
Basilicata	587.517,00	4.843,00	986,00	5.829,00
Umbria	906.486,00	4.843,00	1.521,00	6.364,00
Friuli Venezia Giulia	1.235.808,00	4.843,00	2.073,00	6.916,00
Abruzzo	1.342.366,00	4.843,00	2.252,00	7.095,00
Marche	1.565.335,00	4.843,00	2.626,00	7.469,00
Liguria	1.616.788,00	4.843,00	2.712,00	7.555,00
Sardegna	1.675.411,00	4.843,00	2.811,00	7.654,00
Calabria	2.011.395,00	4.843,00	3.374,00	8.217,00
Toscana	3.749.813,00	4.843,00	6.290,00	11.133,00
Puglia	4.091.259,00	4.843,00	6.863,00	11.706,00
Emilia Romagna	4.432.418,00	4.843,00	7.436,00	12.279,00
Piemonte	4.457.335,00	4.843,00	7.477,00	12.320,00
Veneto	4.937.854,00	4.843,00	8.283,00	13.126,00
Sicilia	5.051.075,00	4.843,00	8.473,00	13.316,00
Lazio	5.728.688,00	4.843,00	9.610,00	14.453,00
Campania	5.834.056,00	4.843,00	9.787,00	14.630,00
Lombardia	9.917.714,00	4.843,00	16.637,00	21.480,00
Totale	60.626.442,00	101.703,00	101.703,00	203.406,00

**Tab. B - RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVE
ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOL CORRELATI - ANNO 2013**

Regioni	Popolazione	Quota fissa	Quota capitaria	Totale
Valle d'Aosta	126.620	2.028,00	91,00	2.119,00
Molise	313.145	2.028,00	224,00	2.252,00
Prov.Aut.Bolzano	504.708	2.028,00	362,00	2.390,00
Prov.Aut.Trento	524.877	2.028,00	376,00	2.404,00
Basilicata	577.562	2.028,00	414,00	2.442,00
Umbria	883.215	2.028,00	633,00	2.661,00
Friuli Venezia Giulia	1.217.780	2.028,00	873,00	2.901,00
Abruzzo	1.306.416	2.028,00	937,00	2.965,00
Marche	1.540.688	2.028,00	1.105,00	3.133,00
Liguria	1.567.339	2.028,00	1.124,00	3.152,00
Sardegna	1.637.846	2.028,00	1.174,00	3.202,00
Calabria	1.958.418	2.028,00	1.404,00	3.432,00
Toscana	3.667.780	2.028,00	2.630,00	4.658,00
Puglia	4.050.072	2.028,00	2.904,00	4.932,00
Emilia Romagna	4.341.240	2.028,00	3.113,00	5.141,00
Piemonte	4.357.663	2.028,00	3.124,00	5.152,00
Veneto	4.853.657	2.028,00	3.480,00	5.508,00
Sicilia	4.999.854	2.028,00	3.585,00	5.613,00
Lazio	5.500.022	2.028,00	3.944,00	5.972,00
Campania	5.764.424	2.027,00	4.133,00	6.160,00
Lombardia	9.700.881	2.027,00	6.956,00	8.983,00
Totale	59.394.207	42.586,00	42.586,00	85.172,00

La Commissione Salute ha peraltro comunicato al Ministero che, data l'esiguità dei fondi resi disponibili negli ultimi anni, le Regioni si riservano di concordare con il Ministero stesso che le risorse stanziare per il prossimo anno finanziario possano essere erogate con modalità diverse dal riparto e destinate eventualmente a un progetto di interesse interregionale da definire d'intesa tra Ministero e Regioni.

2.3. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

L'art. 3 comma 4 della Legge 125/2001 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 2013 sono state realizzate le seguenti iniziative.

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

La campagna educativo-informativa “*Non perderti in un bicchiere!*” è finalizzata a sensibilizzare e informare i giovani sui rischi e gli effetti prodotti dal consumo e dall'abuso di alcol.

L'iniziativa è stata realizzata in collaborazione con *Diregiovani*, Portale d'informazione pensato per rendere i ragazzi protagonisti della comunicazione, con l'obiettivo di prevenire il disagio sociale e l'emergere di comportamenti a rischio. Il Portale opera con numerosi progetti all'interno delle scuole italiane, sul territorio e on line. La campagna è indirizzata a un target giovanile costituito dagli studenti delle scuole superiori di primo e secondo livello, che sono stati direttamente coinvolti sul territorio, nonché ai visitatori del Portale *Diregiovani.it* attraverso una rubrica tematica appositamente creata e dedicata.

Le attività della campagna, partite alla fine dello scorso marzo, sono riprese con l'anno scolastico 2013-2014 e si concluderanno nel marzo 2014.

La campagna “*Non perderti in un bicchiere!*” si propone in particolare il conseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

- accrescere la consapevolezza dei ragazzi sui danni causati dall'abuso di alcol e offrire loro uno spazio non solo informativo ma anche espressivo e di scambio tra pari e con il mondo degli adulti;
- fornire ai ragazzi strumenti conoscitivi utili alla prevenzione dei comportamenti a rischio e dell'abuso di alcol;
- stimolare i giovani a divenire essi stessi promotori di iniziative e modelli per i loro coetanei;
- innescare nei giovani una “abitudine virtuosa” a fare scelte autonome e consapevoli.

La campagna è stata realizzata mediante due canali differenti e complementari di comunicazione: il web e le scuole.

Il web: Portale *Diregiovani.it*

Sul Portale *Diregiovani.it* è stata creata una rubrica tematica, con aggiornamento settimanale, interamente dedicata al tema della prevenzione dell'abuso di alcol, all'interno della quale i ragazzi possono consultare informazioni utili, materiale esplicativo, video-interviste ad esperti del settore e contenuti di approfondimento.

La rubrica è suddivisa in sezioni ed utilizza un linguaggio adatto ad essere capito dai più giovani.

La rubrica contiene:

- la sezione “*Cosa dicono gli esperti*”, con interviste, approfondimenti, video servizi realizzati all’interno delle scuole e tutte le informazioni utili sul tema
- la sezione “*Dubbi o domande*”, un servizio di consulenza medico-psicologica per studenti e docenti attivo sul Portale, dove gli esperti rispondono alle domande dei ragazzi
- il concorso tematico che premia la fotografia e/o lo slogan più efficace proposto dagli studenti per la campagna (premiatazione prevista a fine 2013).

Sono stati inoltre realizzati e pubblicati sul Portale alcuni contributi, sotto forma di video e articoli, predisposti in collaborazione con esperti dell’Istituto Superiore di Sanità-Osservatorio nazionale alcol, tra i quali in particolare:

- video-servizio sull’*Alcohol prevention day 2013* (evento e interviste)
- 30 pillole-video sui temi più importanti per i giovani rispetto al consumo di alcol
- video-servizio dell’incontro al Liceo Democrito di Roma, da cui sono stati ricavati tre mini video-servizi.

I video, gli articoli e le interviste realizzati in varie scuole dalla redazione multimediale di *Diregiovani.it* sono stati rilanciati, oltre che sul Portale, anche sul sito dell’Agenzia di Stampa *Dire* nella sezione Speciali/interviste e attraverso la Newsletter “*DireScuola*” (diffusione settimanale a oltre 100.000 operatori ed enti del settore).

Dal 27 marzo al 15 settembre 2013 sono state visionate 215.047 pagine relative alla campagna pubblicate nelle varie sezioni del sito.

Attività nelle scuole

Nelle scuole sono stati realizzati incontri informativi con i ragazzi per approfondire i temi proposti sul web e sono stati somministrati questionari conoscitivi per indagare ciò che i ragazzi sanno o ignorano su alcuni temi legati alla prevenzione dell’abuso di alcol (influenza del gruppo, normative, informazioni, stili di vita, ecc.).

Gli interventi di diretto coinvolgimento delle scuole nel periodo marzo- settembre si sono così articolati:

- incontri preparatori nelle classi. Si è trattato di incontri a porte chiuse (*focus-group* su richiesta degli insegnanti), tenuti dagli stessi psicologi che gestiscono lo sportello di ascolto nelle scuole per favorire, con la continuità della loro presenza, lo sviluppo di un migliore percorso di conoscenza e la costruzione di una maggiore fiducia tra i ragazzi
- incontri informativi nelle scuole di Roma (attività ancora in corso)
- distribuzione ai ragazzi di materiale informativo (5000 flyer in A5) appositamente realizzato a cura del Ministero della Salute per la campagna 2013 e di opuscoli aggiornati prodotti insieme all’Osservatorio nazionale alcol dell’ISS-CNESPS
- coinvolgimento degli studenti dell’ultimo e penultimo anno nel progetto di comunicazione, per stimolarli ad essere protagonisti dentro e fuori gli Istituti e a partecipare attivamente alle iniziative proposte sul Portale *Diregiovani.it*.

Convegno “Alcohol Prevention Day 2013”

È stato sostenuto e finanziato dalla Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute il convegno “Alcohol Prevention Day 2013”, svoltosi il 18 aprile 2013 presso l’Istituto Superiore di Sanità e giunto alla sua dodicesima edizione.

L’evento è stato realizzato dall’Osservatorio nazionale alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell’Istituto Superiore di Sanità e dal Centro collaborativo dell’OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol correlate.

L’ “Alcohol Prevention Day” rappresenta da anni un appuntamento di riferimento per le istituzioni, le società scientifiche e i singoli operatori professionali che operano nel settore della prevenzione alcolologica.

La partecipazione al convegno di operatori di vari ambiti e di esponenti della comunità scientifica nazionale, europea ed internazionale, oltre a fornire un’occasione di aggiornamento e confronto a livello tecnico-scientifico tra vari Paesi, ha reso possibile il proseguimento di un dibattito interistituzionale sulle principali problematiche alcolologiche del nostro Paese.

In stretta collaborazione con l’ISS-CNESPS è stato aggiornato e realizzato materiale informativo sul consumo e sull’abuso di alcol (libretti personalizzati in base ai bisogni informativi dei diversi target di riferimento).

Tutto il materiale informativo prodotto, oltre ad essere distribuito nell’ambito del convegno”, è stato diffuso e messo a disposizione di ASL, scuole, insegnanti ed altri operatori impegnati nel campo delle problematiche alcol correlate.

2.4. La partecipazione alle politiche internazionali

Nel corso del 2013 il Ministero della Salute ha partecipato a numerose iniziative internazionali finalizzate alla definizione di politiche, strategie e azioni utili alla prevenzione e promozione della salute per il contrasto dei danni alcol correlati a livello individuale e collettivo, con particolare riferimento alla definizione di un approccio di popolazione e alla protezione delle categorie più vulnerabili.

Nell’ambito delle politiche ed attività istituzionali dell’Unione Europea il Ministero ha assicurato, tramite il proprio rappresentante designato, la collaborazione tecnico-scientifica nei gruppi e nei contesti formali della Commissione Europea, partecipando alle attività del Committee for National Alcohol Policy and Action (CNAPA) a Lussemburgo e all’European Forum on Alcohol a Bruxelles.

Le attività più rilevanti si riferiscono alle riunioni della CNAPA.

Facendo seguito all’*High Level Committee* tenutosi a Bruxelles nel dicembre 2012 e alle determinazioni espresse dagli Stati Membri per sollecitare il rinnovo della I° Strategia Comunitaria sull’alcol per gli anni 2007-2012, è stata decisa un’approfondita analisi dei risultati delle *surveys* condotte dal COWI, l’agenzia indipendente incaricata con bando europeo di produrre il report formale di valutazione delle attività svolte, nell’ambito della I° Strategia Comunitaria, dai principali organismi individuati dalla Commissione U.E. per il sostegno degli Stati Membri.

Il rappresentante italiano, su nomina della Commissione Europea, ha collaborato, quale membro dello specifico *Advisory group* ristretto, alla revisione della Strategia, pubblicata

ufficialmente nel mese di settembre 2013 sul sito della Commissione Europea.

Il 29 e 30 gennaio 2013, facendo seguito alle riunioni per la valutazione delle attività dell'European Forum on Alcohol e della Committee for National Alcohol Policy ai fini della I° Strategia Comunitaria sull'alcol, si è svolta a Lussemburgo la riunione dei rappresentanti degli Stati Membri per definire la partecipazione alla Joint Action europea su specifiche tematiche alcoliche (definizione di linee guida per la prevenzione dei problemi alcol correlati nella popolazione, con particolare riferimento a quella giovanile, e monitoraggio epidemiologico sull'alcol negli Stati Membri).

Nel corso di tale riunione è stato presentato e successivamente pubblicato sul sito dell'U.E. (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20110301_rd01_en.pdf) il sistema di monitoraggio implementato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - CNESPS in collaborazione e su finanziamento del Ministero della Salute - CCM nell'ambito di uno specifico progetto in supporto alle attività del Piano Nazionale di Prevenzione-Piano Nazionale Alcol e Salute.

E' stato, come di consueto, assicurato l'aggiornamento periodico degli organi comunitari competenti sull'implementazione nazionale delle misure legislative, delle iniziative di prevenzione e delle strategie specifiche adottate in adesione alla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati, in particolare quelle realizzate tramite Piani di azione nazionali quali il Piano sanitario nazionale e il Piano Nazionale di Prevenzione.

Nell'ambito del Seminario "Alcohol Policy and Health in Europe" svoltosi a Bruxelles dal 13 al 15 marzo 2013 sono state delineate le peculiarità del Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009 (PNAS) adottato a suo tempo dall'Italia, evidenziandone l'aderenza sia alle direttive comunitarie che agli indirizzi espressi in ambito internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le strategie ed iniziative nazionali promosse dal Ministero della Salute, fra le quali l'implementazione della Legge 125/2001, le campagne di comunicazione, le attività di monitoraggio e di rilevazione periodica sulle attività dei servizi alcolici pubblici, nonché le attività di formazione per l'identificazione precoce e l'intervento breve (IPIB) sui bevitori problematici secondo lo standard PHEPA e INEBRIA, sono state oggetto di presentazione e dibattito in ambito internazionale 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) nonché nell'AMPHORA FP7 Project European Conference on Alcohol e nel meeting internazionale della rete INEBRIA.

Per quanto riguarda la collaborazione alle politiche ed attività istituzionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero della Salute ha garantito, tramite le competenze specifiche del Centro collaborativo OMS per la Promozione della salute e la Ricerca sull'alcol, attivo presso l'ISS-CNESPS-Osservatorio nazionale alcol, le attività di valutazione continua relative alla implementazione della Risoluzione OMS sulla Global Strategy on Alcohol, approvata nel Maggio 2010 a Ginevra dall'Assemblea Mondiale della Sanità.

In particolare dal 19 al 21 marzo si è svolta Ginevra presso l'Head Quarter dell'OMS la riunione del Technical Advisory group per la *Global Strategy on Alcohol* nonché la riunione dei referenti ed esperti epidemiologi per la valutazione dell'implementazione della Strategia. In tale ambito al Centro collaborativo OMS dell'ISS- CNESPS è stato richiesto di fornire una

propria valutazione di impatto e di illustrare le iniziative poste in essere dal Ministero della Salute, con particolare riguardo all'inserimento di attività di identificazione precoce del rischio alcol correlato nelle attività di assistenza sanitaria primaria.

Sono state altresì assicurate tutte le azioni ricomprese nel piano di lavoro concordato dal citato Centro Collaborativo con l'Head Quarter OMS di Ginevra, con condivisione e validazione delle attività di promozione delle strategie previste dall'European Alcohol Action Plan 2012-2020 e dalla Global Strategy on Alcohol, anche attraverso la realizzazione formale della rete collaborativa nazionale ICONA (Italian Collaborative Network on Alcohol), coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, che include 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 (Cefomed).

Il Ministero della Salute ha collaborato, attraverso il Centro Collaborativo OMS, alla attuazione delle seguenti azioni:

- collaborazione con l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
- interventi per il rafforzamento delle attività nazionali ai fini dell'identificazione precoce, della sensibilizzazione e della riduzione del danno alcol correlato nella popolazione generale;
- interventi per il rafforzamento della prevenzione dei problemi alcol correlati e delle relative patologie attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute;
- partecipazione alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e assistenza in relazione all'European Alcohol Information System;
- supporto all'implementazione e valutazione del Programma Quadro del Piano di Azione Europeo 2012-2020 dell'Ufficio Regionale OMS.

Nel corso del 2012 sono state inoltre effettuate, tramite l'Osservatorio nazionale alcol dell'ISS-CNESPS ed il Centro collaborativo OMS presso l'ISS, attività relative allo sviluppo di iniziative e protocolli di studio finalizzate a :

- campagne di informazione/sensibilizzazione (Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, WHO, Commissione UE, DG SANCO);
- attività epidemiologiche, di prevenzione e di monitoraggio per indicatori a livello nazionale, regionale, europeo ed internazionale (Alcohol Control Database, Global Alcohol Survey and Status Report ed European Community Health Indicators for Monitoring);
- identificazione di strategie di diagnosi precoce e di intervento breve per la riduzione del rischio e del danno alcol correlato, in collaborazione e nell'ambito della rete internazionale INEBRIA, di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol è membro;
- formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcol correlate, ai fini della integrazione nelle attività professionali delle procedure di identificazione e intervento breve sui bevitori a rischio validate nell'ambito di progetti internazionali (ALICE RAP, PRISMA, PHEPA, IPIB, AMPHORA, ODHIN);
- revisione dei dati per i Country Reports nazionali, anche nell'ambito della Global Survey on Alcohol del WHO di Ginevra, per i quali il Centro collaborativo OMS dell'ISS ha operato nella fase di sperimentazione e di validazione internazionale.

Tramite il National Counterpart designato si è inoltre provveduto a fornire all'OMS-Ufficio Regionale per l'Europa le informazioni e i dati utili all'aggiornamento della Survey

promossa congiuntamente dall'OMS e dalla Commissione europea per la raccolta di dati sul consumo di alcol, sui danni alcol correlati e sulle politiche di sanità pubblica nei Paesi dell'Europa. Si è corrisposto in particolare alla richiesta di un aggiornamento dei dati relativi agli anni 2010-2012.

La citata Survey è una componente essenziale del processo in atto per aggiornare con continuità la base informativa che sottende lo sviluppo di efficaci politiche di sanità pubblica, nel quadro congiunto degli orientamenti contemplati sia nella Strategia Globale OMS per la riduzione dell'uso dannoso di alcol che nella Strategia per la riduzione dei danni alcol correlati adottata dall'Unione Europea. I risultati della Survey per l'Italia e per gli altri Paesi della Regione Europea dell'OMS sono disponibili sul sito internet dell'OMS.

E' stata assicurata la partecipazione della National Counterpart italiana alla riunione delle National Counterparts dei 53 Paesi della Regione Europea dell'OMS, tenutasi a Istanbul nei giorni 25-27 Aprile 2013, finalizzata ad illustrare le politiche sull'alcol nella Regione Europea e a descrivere, nell'ambito del "Global Alcohol Policy Symposium", l'implementazione nei diversi Paesi europei della Strategia globale OMS per la riduzione dell'uso dannoso di alcol.

In tale occasione l'Italia è stata citata come Paese virtuoso, in considerazione del forte calo dei consumi pro capite di alcol puro che è verificato negli ultimi vent'anni e che nel 2010 ha portato l'Italia molto vicina al livello dei 6 litri pro capite indicato dall'OMS come obiettivo fondamentale di salute per l'anno 2015

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf).

Nella riunione di Istanbul sono stati affrontati importanti argomenti relativi alle politiche della Strategia Globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol, con particolare riferimento alla etichettatura delle bevande alcoliche con l'inserimento di raccomandazioni di salute nonché alla promozione della diagnosi precoce e dell'intervento breve nelle diverse situazioni in cui si evidenziano rischi e problemi alcol correlati.

Su quest'ultimo argomento la National *counterpart* italiana ha illustrato lo studio italiano dell'Istituto Superiore di Sanità sulla diagnosi precoce e l'intervento breve nell'ambito del consumo di alcol in gravidanza, descrivendo gli interventi messi in atto per informare sia i professionisti della salute che le donne sui rischi alcol correlati da tenere in considerazione quando si intende concepire un figlio e nel successivo periodo di gravidanza.

La rappresentante italiana ha illustrato in particolare i risultati della ricerca da lei condotta su 607 neonati provenienti dai reparti di neonatologia di 7 diversi ospedali italiani, dei quali ha raccolto il meconio per determinare i biomarcatori di esposizione fetale all'alcol materno, mettendo in luce un'esposizione media all'alcol pari al 7.6% di neonati, con una distribuzione molto diversificata nelle diverse città campione dello studio, che va dallo 0% nella neonatologia di Verona al 29% nella neonatologia dell'Umberto I di Roma. A seguito dei risultati della ricerca è stata predisposta e distribuita nelle sedi opportune (società scientifiche, congressi, enti sanitari, ospedali, ecc.) una "Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini fetto-alcolici", per aiutare i neonatologi e i pediatri a diagnosticare la sindrome fetto-alcolica (FAS) e lo spettro dei disordini fetto-alcolici (FASD). E' stato inoltre avviato presso il Policlinico Umberto I di Roma un intervento pilota su circa 1500 gestanti per informarle sui rischi dell'alcol in gravidanza e per indirizzarle, quando necessario, a fruire di un intervento breve per la cessazione del consumo di qualsiasi quantità di alcol.

Nella riunione di Istanbul ampio spazio è stato dedicato ai temi relativi al consumo di alcol nella Regione Europea, agli interventi di prevenzione nella popolazione, ai determinanti sociali dell'abuso di alcol, al sistema informativo europeo su alcol e salute, con riferimento alla nuova piattaforma e ai nuovi piani strategici, nonché alle relazioni dei Centri collaborativi dell'OMS per le problematiche dell'alcol. Per l'Italia è stata presentata l'esperienza di formazione svolta dall'Osservatorio nazionale alcol dell'ISS-CNESPS attraverso i corsi IPIB finalizzati all'identificazione precoce e intervento breve sui bevitori problematici.

Nel "Global Alcohol policy Symposium" infine un gruppo di relatori internazionali ha illustrato alcuni aspetti delle politiche sull'alcol nella Regione Europea, relativi a consumo e danno, politiche di controllo, lavoro delle NGO, promozione della salute, violenza, marketing sociale e impatto sulla famiglia delle politiche sull'alcol.

Il Ministero della Salute ha assicurato, tramite i propri rappresentanti, la partecipazione dell'Italia alla 66a Assemblea Mondiale dell'OMS, tenutasi a Ginevra dal 20 al 28 maggio 2013, in cui è stato definitivamente approvato il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per gli anni 2013-2020, nell'ambito del quale uno spazio importante è dedicato alla prevenzione dell'uso dannoso di alcol.

Il Piano definisce tra l'altro gli obiettivi, con i relativi indicatori, che gli Stati Membri si impegnano a raggiungere entro il 2025, obiettivi che per quanto attiene all'alcol comportano una riduzione del consumo dannoso pari ad almeno il 10%.

3. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE¹

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 cinque farmaci: disulfiram, naltrexone cloridrato, sodio oxibato, metadoxina e acamprosato.

Come indicato nello schema della pagina seguente, tutte le molecole impiegate nel trattamento della dipendenza alcolica, tranne la metadoxina, sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, incluso l'acamprosato, farmaco *anticraving* che è stato inserito nella fascia di rimborsabilità (fascia A) solo nel maggio 2011.

La metadoxina resta ancora nella fascia di non rimborsabilità (fascia C).

Una nuova molecola (nalmefene), distribuita in Europa con il nome farmaceutico di "Selincro", è stata recentemente approvata per la sua commercializzazione dalla Commissione Europea (CHMP). Il nalmefene è di fatto il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol.

Al momento in Italia non si hanno ancora dati su questa molecola, anche se già autorizzata alla vendita nel nostro Paese, per la quale sta iniziando uno studio multicentrico valutativo di lancio e conoscenza.

Il disulfiram è utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione in quanto, a causa della sua interferenza con il metabolismo dell'alcol, provoca la manifestazione di sintomi sgradevoli all'assunzione di alcol.

Il naltrexone, antagonista oppioide orale ad azione di lunga durata, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol e 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 che presenta una somiglianza strutturale con l'acido gamma amino butirrico (GABA), riduce la trasmissione glutaminergica e modula l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica; esso è pertanto 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.

¹

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
027751066	N07BB	SODIO OXIBATO	ALCOVER*OS SOLUZ 140ML 17,5%	Classe H/RNR
027751078	N07BB	SODIO OXIBATO	ALCOVER*OS 12FL 10ML SOL 17,5%	Classe H/RNR

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 (o giornate di terapia).²

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

Nel 2012 sono state dispensate, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, 1.470.652 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.1F). Il 75% di queste dosi è rappresentato dalla specialità medicinale a base di disulfiram. Rispetto all'anno precedente si è verificato un lieve aumento dei consumi complessivi (+7%) dovuto al consumo di acamprosato (+153%); mentre per tutte le altre molecole si registra una riduzione dei consumi, con diminuzioni massime del 26% relative alla metadoxina.

Tab. 1F

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

Molecola	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB01 - DISULFIRAM	1.161.816	1.096.644	-65.172	-6
N07BB03 - ACAMPROSATO	109.706	277.478	167.771	153
N07BB04 - NALTREXONE	104.608	96.062	-8.546	-8
N07BB - METADOXINA	635	468	-167	-26
Totale complessivo	1.376.765	1.470.652	93.887	7

Dosi prescritte farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)

Nel 2012 sono state acquistate dalle strutture pubbliche 4.352.549 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.2 F).

Il 94% dei consumi totali è rappresentato da sodio oxibato e disulfiram, con una quota parte del 47% ciascuno.

Rispetto all'anno precedente si registra un incremento del numero di dosi consumate pari al 7%, attribuibile sostanzialmente all'incremento dell'utilizzo dell'acamprosato (+ 166%). Come nei consumi territoriali, la metadoxina mostra la riduzione massima (-35%).

²

Il dato di consumo del sodio oxibato (farmaco Alcover) è stato aggiornato relativamente al periodo 2007 - 2011 a seguito di alcune incongruenze emerse nella trasmissione dei dati alla banca dati centrale della tracciabilità del farmaco da parte dell'azienda.

Tab. 2F

DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Molecola	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	2.107.717	2.042.566	-65.151	-3
N07BB01 - DISULFIRAM	1.766.112	2.041.812	275.700	16
N07BB03 - ACAMPROSATO	57.653	153.484	95.832	166
N07BB04 - NALTREXONE	108.304	104.362	-3.942	-4
N07BB - METADOXINA	15.892	10.325	-5.567	-35
Totale complessivo	4.055.678	4.352.549	296.871	7

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2012 è stato di 1.043.052 euro (tab.3F). Il 64% della spesa totale è rappresentato dall'acamprosato.

Rispetto all'anno precedente si registra un incremento della spesa farmaceutica convenzionata pari al 45%, attribuibile ai nuovi acquisti relativi all'acamprosato (+151%). Analogamente a quanto accade per i consumi, per tutte le altre molecole si registra una riduzione della spesa, con riduzioni massime del 25% e del 24% relative, rispettivamente, al naltrexone e alla metadoxina.

Tab. 3F

SPEA FARMACEUTICA CONVENZIONATA
(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

Spesa convenzionata	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB03 - ACAMPROSATO	266.396	669.817	403.421	151
N07BB04 - NALTREXONE	261.768	195.038	-66.730	-25
N07BB01 - DISULFIRAM	189.126	177.784	-11.342	-6
N07BB - METADOXINA	546	414	-133	-24
Totale complessivo	717.835	1.043.052	325.217	45

Spesa farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2012 è stato di 6.005.453 euro (tab.4 F). Analogamente a quanto accade per i consumi, la spesa per il sodio oxibato rappresenta una buona parte (88%) del valore complessivo della spesa per i farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol.

Rispetto all'anno precedente si registra una contrazione della spesa farmaceutica non convenzionata pari al 16%, attribuibile alla riduzione di spesa per tutte le molecole con l'eccezione dell'acamprosato (+166%).

Tale contrazione di spesa interrompe il trend in crescita riscontrabile negli ultimi anni (+25% tra il 2010 e il 2011, + 0,9% tra il 2009 e il 2010, +42% tra il 2008 e il 2009).

Tab. 4F

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

Spesa non convenzionata	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	5.595.533	5.305.274	-290.260	-5
N07BB01 - DISULFIRAM	1.353.382	355.480	-997.903	-74
N07BB03 - ACAMPROSATO	92.317	245.327	153.010	166
N07BB04 - NALTREXONE	101.125	89.899	-11.227	-11
N07BB - METADOXINA	14.114	9.475	-4.639	-33
Totale complessivo	7.156.472	6.005.453	-1.151.019	-16

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

Il consumo complessivo (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel 2012 a 5.823.201 dosi (tab.5 F). Circa il 75 % 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.

Tra il 2011 e il 2012 i consumi complessivi sono aumentati del 7%, in uguale misura nella farmaceutica convenzionata e in quella non convenzionata.

Tra il 2007 e il 2012 l'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del 26% (rispettivamente, + 25% per la farmaceutica non convenzionata e + 29 % per quella convenzionata).

Tab. 5F
TREND DEL CONSUMO FARMACEUTICO TOTALE
 (CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di consumo (dosi)					
Periodo	Conv.	non conv.	totale	% conv.	% non conv.
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
Totale complessivo	8.028.231	21.391.147	29.419.378	27	73
Var % 2007-2012	29	25	26		
Var % 2011-2012	7	7	7		

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 a 7.048.505 euro per l'anno 2012 e a 36.188.152 euro per il periodo 2007-2012 (tab.6 F). Il 90% della spesa degli ultimi 6 anni 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 10% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Tra il 2011 e il 2012 la spesa farmaceutica complessiva è diminuita del 10% (registrando, rispettivamente, +45% nella farmaceutica convenzionata e -16% nella farmaceutica non convenzionata).

Tra il 2007 e il 2012 invece l'andamento della spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del 57% (rispettivamente, + 118% la farmaceutica convenzionata e +50 % quella non convenzionata).

In conclusione, come mostrano le tabelle 5F e 6F, l'andamento generale dei consumi farmaceutici registra un'equa distribuzione delle prescrizioni tra l'ambito territoriale e quello ospedaliero; mentre la spesa dei farmaci considerati mostra uno spostamento delle prescrizioni verso il canale delle farmacie aperte al pubblico, attribuibile alla comparsa dei nuovi acquisti relativi all'acamprosato a partire dall'anno 2011.

Tab. 6 F
TREND DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE
 (CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di spesa (euro)					
Periodo	conv.	non conv.	totale	% conv.	% non conv.
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
Totale complessivo	3.754.221	32.433.932	36.188.152	10	90
Var % 2007-2012	118	50	57		
Var % 2011-2012	45	-16	-10		

PARTE SECONDA

4. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 - ANNO 2012

4.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2012 sono stati rilevati 454 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza: il 91,4% sono di tipo territoriale, lo 0,4% di tipo ospedaliero e lo 0,2% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

In totale nel 2012 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.306 unità di personale: 837 addette esclusivamente (19,4% del totale) e 3469 addette parzialmente (80,6% del totale) (tab.3).

Dalla distribuzione percentuale del personale per tipo di rapporto a livello territoriale si osserva che in quasi tutte le Regioni, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, dell'Abruzzo e del Molise, si hanno proporzioni più elevate di addetti parziali.

Gli addetti esclusivi sono più frequentemente infermieri professionali (28,8%), medici (24,1%), psicologi (15,8%) e assistenti sociali (15,2%); gli addetti parziali sono rappresentati per il 25,3% da infermieri professionali, per il 23,6% da medici e per il 17,0% da psicologi (graf. 2-3).

In generale, per il totale nazionale, la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori è pari al 78,5% per gli infermieri professionali ed è uguale o superiore all'80% per le altre professionalità.

La tabella 4 riporta per il periodo 2005-2012 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva un generale aumento del personale nel 2012.

Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali per qualifica, distintamente per il totale e per gli addetti esclusivi e parziali: analizzando il dato nazionale si nota che il 52,3% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 24,1% e gli psicologi il 15,8%; il restante 7,8% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo per qualifica presenta, rispetto a quella del personale parziale, una percentuale simile di medici (23,6% circa) e di psicologi (17,0% circa); lievemente più bassa è la percentuale di operatori socio sanitari (48,9% vs 49,6%).

L'analisi della distribuzione regionale del personale totale per qualifica evidenzia una marcata eterogeneità territoriale per tutti i profili professionali in esame e che gli operatori sociosanitari sono più frequenti in quasi tutte le Regioni (graf.4).

4.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2012 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro, rilevati alla data della presente relazione, 69.770 soggetti alcol dipendenti (tab.6; graf.5).^{1 2}

Il 29,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 70,4% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 29,8% per i maschi e a 28,7% per le femmine.

A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva in Calabria (50,8%), la più bassa in Liguria (16,1%) (graf. 6).

Il rapporto M/F è pari a 3,5 per gli utenti totali e per gli utenti già in carico o rientrati e a 3,7 per i nuovi utenti; a livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.

L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (21.787 soggetti, pari al 31,2%), sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 29,3% e 32,0%).

Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,9% di tutti gli alcol dipendenti in esame (73,3% nei nuovi utenti e 76,9% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni sono pari al 9,1% negli utenti totali, al 13,7% nei nuovi utenti e al 7,3% nei vecchi utenti. Non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (14,8% negli utenti totali, 12,9% nei nuovi utenti e 15,6% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 62,1% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 72,8% dei secondi; il 13,7% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 7,3%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 32,8% per i nuovi utenti e il 40,8% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 31,8% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 24,8% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 32,4% delle donne (30,9% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 25,9% e a 23,0%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 14,3% nei maschi e a 16,8% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate.

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

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

Nel tempo si osserva la recente crescita della classe 40-49 anni, in particolare per i vecchi utenti di tutte le tipologie di utenti, e la flessione della classe 30-39 anni.

In particolare per i nuovi utenti si nota una stabilizzazione per la classe 20-29 anni, che interrompe quindi il trend crescente che aveva caratterizzato questa fascia di età dal 2006, nonché una lieve flessione per la classe al di sotto dei vent'anni (tab.8; graf. 7-8).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9). Nel 2012 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,9 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,3 rispetto a 45,5), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,9 vs 46,8). Entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 44,9 vs 43,6 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 48,2 vs 46,2 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).

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

Analizzando il dato negli anni più recenti si nota un aumento dell'età media nei sottogruppi esaminati ad eccezione dei nuovi utenti femmine (tab.10; graf.9).

4.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2012 (graf.10-11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (62,8%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (8,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,6%).

La birra risulta prevalentemente più consumata dai maschi (21,7% vs 19,0% delle femmine), così come il vino (63,0% vs 62,0%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, digestivi l'uso è più elevato tra le femmine (rispettivamente, 9,9% e 5,0% nelle femmine vs 8,2% e 3,2% nei maschi).

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; il Sud sembra caratterizzarsi, a parte qualche eccezione, per un maggior uso oltre che di birra anche di superalcolici e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (10,0% in Umbria).

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11-12) riguardano, rispettivamente, il 9,0% (6.250 utenti) e il 3,7% (2.569 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale.

4.4. I modelli di trattamento

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 13) si osserva che il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 6,3% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 13,5% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in

comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,6% degli alcol dipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,0% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (68,2%) e nella terapia di gruppo o familiare (31,8%).

Il ricovero ha riguardato il 4,0% del totale degli utenti rilevati (2,8% in istituti pubblici, 1,2% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (67,9% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 75,0% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata).

Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi in Valle d'Aosta, in Liguria e in Emilia Romagna; valori elevati si osservano, per il *counseling*, nella Provincia autonoma di Trento (69,9%) e per la psicoterapia (individuale o di gruppo) in Molise (21,4%); l'inserimento in gruppi di auto-mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse Regioni del Centro-Nord mentre il trattamento socioriabilitativo è relativamente più frequente in Emilia Romagna e in Puglia (22,4%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (10,9%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,7%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con il 10,3% dei casi.

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

4.5. I modelli organizzativi dei servizi

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dai servizi o gruppi di lavoro nel corso del 2012 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*".

Nelle tabelle 14-15 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2012 le funzioni indicate.

Come si può osservare, un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (88,5%) e ha definito (88,1%) e/o attuato (88,1%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dall'83,7% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (61,5%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (68,1%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (83,9%), con i servizi ospedalieri (80,4%) e con il medico di famiglia (80,2%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 76,0% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.

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

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

Per quanto riguarda la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2012 il 55,0% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,3% con gli A.A. e il 14,3% 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 46,3% e il 25,8% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 40,7%.

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

Nella tabella 17 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di enti o associazioni del volontariato e privato sociale che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2012, ogni servizio ha collaborato con 9 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità terapeutiche e 5 cooperative sociali; sono comunque presenti ampie differenziazioni a livello regionale.

TABELLE E GRAFICI

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2012

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	66	-	-	-	66
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	49	-	-	-	49
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	10	-	-	-	10
VENETO	31	1	-	-	32
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	5	-	-	-	5
EMILIA ROMAGNA	11	-	-	34	45
TOSCANA	40	-	1	-	41
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	30	-	-	-	30
ABRUZZO	4	-	-	-	4
MOLISE	6	-	-	-	6
CAMPANIA	42	-	-	-	42
PUGLIA	11	-	-	-	11
BASILICATA	6	-	-	-	6
CALABRIA	2	-	-	-	2
SICILIA	48	-	-	2	50
SARDEGNA	17	-	-	-	17
ITALIA	415	2	1	36	454

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

NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA					
ANNI	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
1996	256	20	2	2	280
1997	266	19	4	0	289
1998	245	16	2	5	268
1999	320	12	2	10	344
2000	299	13	3	0	315
2001	307	14	2	1	324
2002	398	14	9	2	423
2003	412	14	10	1	437
2004	427	18	10	2	441
2005	390	13	9	0	412
2006	432	13	8	2	455
2007	452	10	10	0	472
2008	440	12	7	0	459
2009	488	17	9	0	514
2010	318	4	2	0	324
2011	397	4	1	0	402
2012	415	2	1	36	454

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2012

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	119	125	10	99	109	4	73	77	10	96	106
VALLE D'AOSTA	2	1	3	1	3	4	1	1	2	1	2	3
LOMBARDIA	43	53	96	26	54	80	26	36	62	20	28	48
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	3	21	24	1	5	6	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	1	11	12	0	2	2	4	2	6	3	1	4
VENETO	6	56	62	10	44	54	7	52	59	8	43	51
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	10	19	9	8	17	5	6	11	3	3	6
LIGURIA	6	41	47	1	20	21	1	22	23	1	15	16
EMILIA ROMAGNA	4	56	60	6	36	42	2	37	39	3	39	42
TOSCANA	3	72	75	1	46	47	0	57	57	1	34	35
UMBRIA	2	10	12	3	10	13	1	8	9	0	3	3
MARCHE	9	27	36	3	18	21	3	15	18	0	3	3
LAZIO	22	62	84	11	38	49	13	27	40	1	5	6
ABRUZZO	6	1	7	4	1	5	5	2	7	2	0	2
MOLISE	7	5	12	4	4	8	9	2	11			
CAMPANIA	26	95	121	11	56	67	19	54	73	3	22	25
PUGLIA	3	15	18	3	11	14	2	12	14	0	2	2
BASILICATA	3	9	12	4	7	11	2	6	8	2	1	3
CALABRIA	2	4	6	-	-	-	2	1	3	-	-	-
SICILIA	8	86	94	8	57	65	6	58	64	2	7	9
SARDEGNA	32	80	112	14	53	67	14	26	40	8	11	19
ITALIA	202	819	1.021	132	588	720	127	502	629	70	316	386

Segue tab.3

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	5	120	125	2	25	27	1	48	49	38	580	618
VALLE D'AOSTA	2	1	3	0	4	4	-	-	-	7	12	19
LOMBARDIA	34	64	98	6	13	19	6	2	8	161	250	411
PROV.AUTON.BOLZANO	0	14	14	1	6	7	0	1	1	9	54	63
PROV.AUTON.TRENTO	2	5	7	-	-	-	1	0	1	11	21	32
VENETO	8	89	97	4	24	28	1	17	18	44	325	369
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	10	30	0	6	6	4	0	4	50	43	93
LIGURIA	4	69	73	0	7	7	1	7	8	14	181	195
EMILIA ROMAGNA	2	64	66	1	3	4	0	5	5	18	240	258
TOSCANA	7	72	79	0	10	10	0	9	9	12	300	312
UMBRIA	7	7	14	-	-	-	0	4	4	13	42	55
MARCHE	7	23	30	0	6	6	0	6	6	22	98	120
LAZIO	34	61	95	3	3	6	4	33	37	88	229	317
ABRUZZO	5	0	5	1	0	1	2	10	12	25	14	39
MOLISE	9	3	12	1	0	1	6	0	6	36	14	50
CAMPANIA	35	97	132	6	11	17	2	27	29	102	362	464
PUGLIA	5	23	28	0	1	1	4	3	7	17	67	84
BASILICATA	6	11	17	0	3	3	0	2	2	17	39	56
CALABRIA	2	2	4	-	-	-	1	2	3	7	9	16
SICILIA	5	86	91	2	17	19	3	34	37	34	345	379
SARDEGNA	42	58	100	2	14	16	0	2	2	112	244	356
ITALIA	241	879	1.120	29	153	182	36	212	248	837	3.469	4.306

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

1) personale totale

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
2005	796	590	518	321	819	167	205	3.416
2006	898	683	608	332	950	175	249	3.895
2007	857	681	587	336	929	175	238	3.803
2008	884	693	567	340	985	172	245	3.886
2009	825	614	530	335	909	149	217	3.579
2010	716	505	455	282	742	145	188	3.033
2011	926	666	585	316	1.033	172	244	3.942
2012	1.021	720	629	386	1.120	182	248	4.306

2) addetti esclusivamente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
2005	179	141	129	84	190	21	53	797
2006	141	111	116	65	157	15	52	657
2007	129	101	106	64	156	23	32	611
2008	147	104	105	65	188	25	37	671
2009	156	108	115	64	193	22	27	685
2010	126	92	97	49	158	25	26	573
2011	168	123	117	63	217	35	35	758
2012	202	132	127	70	241	29	36	837

3) addetti parzialmente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
2005	617	449	389	237	629	146	152	2.619
2006	757	572	492	267	793	160	197	3.238
2007	728	580	481	272	773	152	206	3.192
2008	737	589	462	275	797	147	208	3.215
2009	669	506	415	271	716	127	190	2.894
2010	590	413	358	233	584	120	162	2.460
2011	758	543	468	253	816	137	209	3.184
2012	819	588	502	316	879	153	212	3.469

Tab.5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE - ANNO 2012

REGIONE	personale totale				personale addetto esclusivamente				personale addetto parzialmente			
	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro
PIEMONTE	15,8	26,3	50,0	7,9	20,5	17,1	49,8	12,6	20,2	17,6	49,8	12,3
VALLE D'AOSTA	28,6	14,3	57,1	0,0	8,3	25,0	33,3	33,3	15,8	21,1	42,1	21,1
LOMBARDIA	26,7	16,1	49,7	7,5	21,2	21,6	51,2	6,0	23,4	19,5	50,6	6,6
PROV.AUTON.BOLZANO	22,2	33,3	33,3	11,1	11,1	38,9	37,0	13,0	12,7	38,1	36,5	12,7
PROV.AUTON.TRENTO	9,1	0,0	81,8	9,1	52,4	9,5	38,1	0,0	37,5	6,3	53,1	3,1
VENETO	13,6	22,7	52,3	11,4	17,2	13,5	56,6	12,6	16,8	14,6	56,1	12,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	18,0	18,0	56,0	8,0	23,3	18,6	44,2	14,0	20,4	18,3	50,5	10,8
LIGURIA	42,9	7,1	42,9	7,1	22,7	11,0	58,6	7,7	24,1	10,8	57,4	7,7
EMILIA ROMAGNA	22,2	33,3	38,9	5,6	23,3	15,0	58,3	3,3	23,3	16,3	57,0	3,5
TOSCANA	25,0	8,3	66,7	0,0	24,0	15,3	54,3	6,3	24,0	15,1	54,8	6,1
UMBRIA	15,4	23,1	61,5	0,0	23,8	23,8	42,9	9,5	21,8	23,6	47,3	7,3
MARCHE	40,9	13,6	45,5	0,0	27,6	18,4	41,8	12,2	30,0	17,5	42,5	10,0
LAZIO	25,0	12,5	54,5	8,0	27,1	16,6	40,6	15,7	26,5	15,5	44,5	13,6
ABRUZZO	24,0	16,0	48,0	12,0	7,1	7,1	14,3	71,4	17,9	12,8	35,9	33,3
MOLISE	19,4	11,1	50,0	19,4	35,7	28,6	35,7	0,0	24,0	16,0	46,0	14,0
CAMPANIA	25,5	10,8	55,9	7,8	26,2	15,5	47,8	10,5	26,1	14,4	49,6	9,9
PUGLIA	17,6	17,6	41,2	23,5	22,4	16,4	55,2	6,0	21,4	16,7	52,4	9,5
BASILICATA	17,6	23,5	58,8	0,0	23,1	17,9	46,2	12,8	21,4	19,6	50,0	8,9
CALABRIA	28,6	0,0	57,1	14,3	44,4	0,0	33,3	22,2	37,5	0,0	43,8	18,8
SICILIA	23,5	23,5	38,2	14,7	24,9	16,5	43,8	14,8	24,8	17,2	43,3	14,8
SARDEGNA	28,6	12,5	57,1	1,8	32,8	21,7	38,9	6,6	31,5	18,8	44,7	5,1
ITALIA	24,1	15,8	52,3	7,8	23,6	17,0	48,9	10,5	23,7	16,7	49,6	10,0

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

UTENTI TOTALI

REGIONE	2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	4.200	1.378	5.578	3,0	4.360	1.478	5.838	2,9	4.757	1.494	6.251	3,2	4.741	1.444	6.185	3,3	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,2	5.694	1.830	7.524	3,1
VALLE D'AOSTA	203	63	266	3,2	223	58	281	3,8	266	69	335	3,9	291	68	359	4,3	279	74	353	3,8	239	72	311	3,3	251	67	318	3,7
LOMBARDIA	7.434	2.094	9.528	3,6	6.983	2.089	9.072	3,3	8.742	2.420	11.162	3,6	9.716	2.418	12.134	4,0	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,2	9.289	2.144	11.433	4,3
PROV.AUTON.BOLZANO	1.876	571	2.447	3,3	1.695	550	2.245	3,1	1.875	579	2.454	3,2	1.744	548	2.292	3,2	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,1	1.372	468	1.840	2,9
PROV.AUTON.TRENTO	1.890	476	2.366	4,0	1.985	527	2.512	3,8	2.132	595	2.727	3,6	2.225	717	2.942	3,1	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,5	2.825	671	3.496	4,2
VENETO	9.225	2.701	11.926	3,4	8.341	2.237	10.578	3,7	10.949	3.099	14.048	3,5	11.492	3.010	14.502	3,8	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,8	7.768	2.008	9.776	3,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.733	789	4.522	4,7	1.902	367	2.269	5,2	2.617	557	3.174	4,7	3.198	758	3.956	4,2	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,6	3.053	866	3.919	3,5
LIGURIA	2.518	470	2.988	5,4	697	269	966	2,6	1.340	471	1.811	2,8	1.207	461	1.668	2,6	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,8	1.353	544	1.897	2,5
EMILIA ROMAGNA	3.663	1.355	5.018	2,7	3.911	1.428	5.339	2,7	3.961	1.595	5.556	2,5	4.113	1.573	5.686	2,6	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,4	3.987	1.534	5.521	2,6
TOSCANA	1.899	818	2.717	2,3	2.732	1.033	3.765	2,6	3.361	1.318	4.679	2,6	779	278	1.057	2,8	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,6	3.791	1.535	5.326	2,5
UMBRIA	1.392	282	1.674	4,9	1.594	358	1.952	4,5	1.696	394	2.090	4,3	2.221	488	2.709	4,6	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,3	2.100	463	2.563	4,5
MARCHE	932	298	1.230	3,1	1.195	350	1.545	3,4	1.167	383	1.550	3,0	1.321	352	1.673	3,8	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,4	1.027	402	1.429	2,6
LAZIO	2.040	563	2.603	3,6	2.155	590	2.745	3,7	2.313	678	2.991	3,4	1.701	501	2.202	3,4	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,5	1.476	496	1.972	3,0
ABRUZZO	1.047	291	1.338	3,6	945	305	1.250	3,1	868	268	1.136	3,2	617	253	870	2,4	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,8	874	224	1.098	3,9
MOLISE	264	62	326	4,3	-	-	-	-	105	20	125	5,3	368	74	442	5,0	360	72	432	5,0	246	48	294	5,1	369	80	449	4,6
CAMPANIA	1.105	243	1.348	4,5	1.747	334	2.081	5,2	1.586	313	1.899	5,1	1.100	237	1.337	4,6	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,2	2.204	540	2.744	4,1
PUGLIA	1.513	243	1.756	6,2	1.327	292	1.619	4,5	1.446	336	1.782	4,3	1.754	364	2.118	4,8	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,6	321	74	395	4,3
BASILICATA	316	89	405	3,6	335	95	430	3,5	350	92	442	3,8	356	100	456	3,6	93	30	123	3,1	375	78	453	4,8	424	95	519	4,5
CALABRIA	-	-	-	-	1.082	162	1.244	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,1	120	10	130	12,0
SICILIA	1.848	346	2.194	5,3	1.812	334	2.146	5,4	1.960	376	2.336	5,2	2.350	422	2.772	5,6	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,7	2.399	444	2.843	5,4
SARDEGNA	1.226	200	1.426	6,1	418	83	501	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.771	437	2.208	4,1	3.190	693	3.883	4,6	3.734	844	4.578	4,4
ITALIA	48.324	13.332	61.656	3,6	45.439	12.939	58.378	3,5	51.491	15.057	66.548	3,4	51.294	14.066	65.360	3,6	35.125	9.902	45.027	3,5	45.771	12.351	58.122	3,7	54.431	15.339	69.770	3,5

Segue Tab.6

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.998	1.002	4.000	3,0	3.082	1.008	4.090	3,1	3.375	1.083	4.458	3,1	3.302	1.069	4.371	3,1	3.849	1.232	5.081	3,1	3.676	1.236	4.912	3,0	3.973	1.335	5.308	3,0
VALLE D'AOSTA	143	53	196	2,7	159	52	211	3,1	181	51	232	3,5	212	54	266	3,9	218	57	275	3,8	210	61	271	3,4	203	59	262	3,4
LOMBARDIA	4.733	1.378	6.111	3,4	4.712	1.516	6.228	3,1	5.784	1.622	7.406	3,6	6.281	1.655	7.936	3,8	1.105	322	1.427	3,4	5.577	1.279	6.856	4,4	6.174	1.517	7.691	4,1
PROV.AUTON.BOLZANO	1.356	397	1.753	3,4	1.131	387	1.518	2,9	1.192	386	1.578	3,1	1.238	402	1.640	3,1	1.041	267	1.308	3,9	1.038	324	1.362	3,2	1.111	347	1.458	3,2
PROV.AUTON.TRENTO	1.180	301	1.481	3,9	1.257	327	1.584	3,8	1.493	419	1.912	3,6	1.548	470	2.018	3,3	1.369	456	1.825	3,0	1.978	330	2.308	6,0	2.106	405	2.511	5,2
VENETO	6.773	2.069	8.842	3,3	5.763	1.590	7.353	3,6	7.866	2.435	10.301	3,2	8.360	2.347	10.707	3,6	4.095	1.081	5.176	3,8	4.154	1.116	5.270	3,7	5.878	1.501	7.379	3,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.054	464	2.518	4,4	1.007	210	1.217	4,8	1.372	294	1.666	4,7	1.627	394	2.021	4,1	1.590	373	1.963	4,3	177	37	214	4,8	1.692	519	2.211	3,3
LIGURIA	2.005	349	2.354	5,7	534	189	723	2,8	1.045	353	1.398	3,0	976	375	1.351	2,6	1.426	566	1.992	2,5	949	349	1.298	2,7	1.155	437	1.592	2,6
EMILIA ROMAGNA	2.834	1.066	3.900	2,7	3.097	1.136	4.233	2,7	3.132	1.240	4.372	2,5	3.131	1.227	4.358	2,6	251	87	338	2,9	782	326	1.108	2,4	2.977	1.170	4.147	2,5
TOSCANA	1.337	613	1.950	2,2	1.964	750	2.714	2,6	2.437	1.000	3.437	2,4	587	215	802	2,7	2.576	995	3.571	2,6	2.796	1.065	3.861	2,6	2.874	1.192	4.066	2,4
UMBRIA	883	169	1.052	5,2	970	224	1.194	4,3	1.105	247	1.352	4,5	1.394	311	1.705	4,5	529	120	649	4,4	1.865	454	2.319	4,1	1.266	297	1.563	4,3
MARCHE	592	179	771	3,3	847	246	1.093	3,4	890	265	1.155	3,4	1.056	262	1.318	4,0	685	241	926	2,8	532	217	749	2,5	795	305	1.100	2,6
LAZIO	1.395	366	1.761	3,8	1.582	416	1.998	3,8	1.632	436	2.068	3,7	1.167	319	1.486	3,7	467	149	616	3,1	1.575	437	2.012	3,6	985	318	1.303	3,1
ABRUZZO	547	128	675	4,3	585	158	743	3,7	515	131	646	3,9	323	123	446	2,6	460	149	609	3,1	434	127	561	3,4	558	138	696	4,0
MOLISE	188	34	222	5,5	-	-	-	-	78	15	93	5,2	260	45	305	5,8	284	49	333	5,8	210	38	248	5,5	272	68	340	4,0
CAMPANIA	796	145	941	5,5	1.238	204	1.442	6,1	1.105	202	1.307	5,5	780	151	931	5,2	1.127	234	1.361	4,8	1.452	328	1.780	4,4	1.574	341	1.915	4,6
PUGLIA	1.013	156	1.169	6,5	846	168	1.014	5,0	977	220	1.197	4,4	1.174	253	1.427	4,6	897	210	1.107	4,3	703	155	858	4,5	243	58	301	4,2
BASILICATA	223	51	274	4,4	209	65	274	3,2	259	71	330	3,6	260	71	331	3,7	71	24	95	3,0	277	58	335	4,8	328	71	399	4,6
CALABRIA	-	-	-	-	779	112	891	7,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	973	151	1.124	6,4	62	2	64	31,0
SICILIA	1.099	192	1.291	5,7	1.019	196	1.215	5,2	1.097	235	1.332	4,7	1.398	281	1.679	5,0	911	176	1.087	5,2	1.053	199	1.252	5,3	1.527	284	1.811	5,4
SARDEGNA	724	110	834	6,6	290	59	349	4,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1.274	303	1.577	4,2	2.326	512	2.838	4,5	2.452	578	3.030	4,2
ITALIA	32.873	9.222	42.095	3,6	31.071	9.013	40.084	3,4	35.535	10.705	46.240	3,3	35.074	10.024	45.098	3,5	24.225	7.091	31.316	3,4	32.737	8.799	41.536	3,7	38.205	10.942	49.147	3,5

Segue Tab.6

UTENTI NUOVI

REGIONE	2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.202	376	1.578	3,2	1.278	470	1.748	2,7	1.382	411	1.793	3,4	1.439	375	1.814	3,8	1.535	405	1.940	3,8	1.451	382	1.833	3,8	1.721	495	2.216	3,5
VALLE D'AOSTA	60	10	70	6,0	64	6	70	10,7	85	18	103	4,7	79	14	93	5,6	61	17	78	3,6	29	11	40	2,6	48	8	56	6,0
LOMBARDIA	2.701	716	3.417	3,8	2.271	573	2.844	4,0	2.958	798	3.756	3,7	3.435	763	4.198	4,5	555	115	670	4,8	2.388	608	2.996	3,9	3.115	627	3.742	5,0
PROV.AUTON.BOLZANO	520	174	694	3,0	564	163	727	3,5	683	193	876	3,5	506	146	652	3,5	287	102	389	2,8	253	97	350	2,6	261	121	382	2,2
PROV.AUTON.TRENTO	710	175	885	4,1	728	200	928	3,6	639	176	815	3,6	677	247	924	2,7	433	148	581	2,9	548	232	780	2,4	719	266	985	2,7
VENETO	2.452	632	3.084	3,9	2.578	647	3.225	4,0	3.083	664	3.747	4,6	3.132	663	3.795	4,7	1.987	429	2.416	4,6	1.580	402	1.982	3,9	1.890	507	2.397	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.679	325	2.004	5,2	895	157	1.052	5,7	1.245	263	1.508	4,7	1.571	364	1.935	4,3	1.209	254	1.463	4,8	378	63	441	6,0	1.361	347	1.708	3,9
LIGURIA	513	121	634	4,2	163	80	243	2,0	295	118	413	2,5	231	86	317	2,7	309	128	437	2,4	242	83	325	2,9	198	107	305	1,9
EMILIA ROMAGNA	829	289	1.118	2,9	814	292	1.106	2,8	829	355	1.184	2,3	982	346	1.328	2,8	102	39	141	2,6	198	90	288	2,2	1.010	364	1.374	2,8
TOSCANA	562	205	767	2,7	768	283	1.051	2,7	924	318	1.242	2,9	192	63	255	3,0	787	316	1.103	2,5	900	369	1.269	2,4	917	343	1.260	2,7
UMBRIA	509	113	622	4,5	624	134	758	4,7	591	147	738	4,0	827	177	1.004	4,7	772	118	890	6,5	891	180	1.071	5,0	834	166	1.000	5,0
MARCHE	340	119	459	2,9	348	104	452	3,3	277	118	395	2,3	265	90	355	2,9	216	84	300	2,6	183	81	264	2,3	232	97	329	2,4
LAZIO	645	197	842	3,3	573	174	747	3,3	681	242	923	2,8	534	182	716	2,9	226	55	281	4,1	695	214	909	3,2	491	178	669	2,8
ABRUZZO	500	163	663	3,1	360	147	507	2,4	353	137	490	2,6	294	130	424	2,3	395	144	539	2,7	288	128	416	2,3	316	86	402	3,7
MOLISE	76	28	104	2,7	-	-	-	-	27	5	32	5,4	108	29	137	3,7	76	23	99	3,3	36	10	46	3,6	97	12	109	8,1
CAMPANIA	309	98	407	3,2	509	130	639	3,9	481	111	592	4,3	320	86	406	3,7	516	110	626	4,7	546	147	693	3,7	630	199	829	3,2
PUGLIA	500	87	587	5,7	481	124	605	3,9	469	116	585	4,0	580	111	691	5,2	329	107	436	3,1	263	53	316	5,0	78	16	94	4,9
BASILICATA	93	38	131	2,4	126	30	156	4,2	91	21	112	4,3	96	29	125	3,3	22	6	28	3,7	98	20	118	4,9	96	24	120	4,0
CALABRIA	-	-	-	-	303	50	353	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	428	78	506	5,5	58	8	66	7,3
SICILIA	749	154	903	4,9	793	138	931	5,7	863	141	1.004	6,1	952	141	1.093	6,8	586	77	663	7,6	775	123	898	6,3	872	160	1.032	5,5
SARDEGNA	502	90	592	5,6	128	24	152	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	497	134	631	3,7	864	181	1.045	4,8	1.282	266	1.548	4,8
ITALIA	15.451	4.110	19.561	3,8	14.368	3.926	18.294	3,7	15.956	4.352	20.308	3,7	16.220	4.042	20.262	4,0	10.900	2.811	13.711	3,9	13.034	3.552	16.586	3,7	16.226	4.397	20.623	3,7

Tab.7 - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2012

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	137	0,8	44	1,0	181	0,9	148	0,4	47	0,4	195	0,4	285	0,5	91	0,6	376	0,5
20-29	2.195	13,5	451	10,3	2.646	12,8	2.886	7,6	503	4,6	3.389	6,9	5.081	9,3	954	6,2	6.035	8,6
30-39	3.978	24,5	996	22,7	4.974	24,1	8.010	21,0	1.766	16,1	9.776	19,9	11.988	22,0	2.762	18,0	14.750	21,1
40-49	4.705	29,0	1.346	30,6	6.051	29,3	12.109	31,7	3.627	33,1	15.736	32,0	16.814	30,9	4.973	32,4	21.787	31,2
50-59	3.174	19,6	928	21,1	4.102	19,9	9.322	24,4	3.051	27,9	12.373	25,2	12.496	23,0	3.979	25,9	16.475	23,6
>=60	2.037	12,6	632	14,4	2.669	12,9	5.730	15,0	1.948	17,8	7.678	15,6	7.767	14,3	2.580	16,8	10.347	14,8
TOTALE	16.226	100,0	4.397	100,0	20.623	100,0	38.205	100,0	10.942	100,0	49.147	100,0	54.431	100,0	15.339	100,0	69.770	100,0

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

Totale utenti

CLASSI DI ETA'	maschi								femmine								totale							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,6	0,8	0,8	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
20-29	12,0	10,6	10,1	10,5	11,5	9,2	10,1	9,3	7,5	6,7	6,4	6,5	6,9	6,1	6,3	6,2	11,0	9,8	9,3	9,6	10,5	8,5	9,3	8,6
30-39	25,0	24,5	24,1	24,1	24,0	22,5	23,0	22,0	21,9	20,8	20,3	19,2	18,9	18,3	19,2	18,0	24,3	23,7	23,2	23,0	22,9	21,5	22,2	21,1
40-49	28,1	28,6	29,6	29,7	29,4	29,8	30,9	30,9	31,7	31,9	31,7	31,9	32,3	32,5	32,6	32,4	28,9	29,3	30,1	30,2	30,0	30,4	31,3	31,2
50-59	21,2	21,8	21,8	21,2	21,3	22,9	22,4	23,0	23,3	24,0	24,1	25,0	25,0	24,9	25,2	25,9	21,6	22,3	22,3	22,1	22,1	23,4	23,0	23,6
>=60	13,1	13,7	13,7	13,9	13,2	14,9	13,1	14,3	14,9	15,8	16,8	16,9	16,2	17,6	16,2	16,8	13,5	14,2	14,4	14,6	13,9	15,5	13,8	14,8
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nuovi utenti

CLASSI DI ETA'	maschi								femmine								totale							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	1,3	1,4	1,3	1,2	0,9	1,2	1,0	0,8	1,3	1,5	1,5	1,0	1,2	0,8	1,2	1,0	1,3	1,4	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0	0,9
20-29	16,9	14,6	15,1	15,6	16,7	13,6	13,5	13,5	11,1	9,4	9,6	9,1	10,2	8,5	8,8	10,3	15,7	13,5	13,9	14,2	15,4	12,6	12,5	12,8
30-39	26,9	26,1	26,9	26,7	26,4	25,8	25,1	24,5	23,4	22,0	20,7	22,4	21,5	21,7	23,1	22,7	26,1	25,2	25,5	25,8	25,4	25,0	24,7	24,1
40-49	25,9	26,6	27,5	27,5	27,1	27,9	29,7	29,0	30,2	31,1	30,7	30,5	32,2	31,9	31,3	30,6	26,8	27,6	28,2	28,1	28,1	28,7	30,0	29,3
50-59	17,9	19,4	17,9	17,8	18,4	18,9	19,8	19,6	20,3	21,3	21,1	22,2	21,3	21,0	21,8	21,1	18,4	19,8	18,6	18,8	19,0	19,3	20,2	19,9
>=60	11,1	11,9	11,4	11,3	10,6	12,6	10,9	12,6	13,7	14,6	16,4	14,9	13,6	16,0	13,8	14,4	11,6	12,5	12,5	12,0	11,2	13,3	11,5	12,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Utenti già in carico o rientrati

CLASSI DI ETA'	maschi								femmine								totale							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4
20-29	9,1	8,8	7,7	8,2	9,1	7,3	8,7	7,6	5,6	5,5	4,9	5,5	5,6	5,1	5,3	4,6	8,3	8,0	7,1	7,5	8,3	6,8	8,0	6,9
30-39	23,9	23,7	22,8	22,9	22,9	20,9	22,2	21,0	21,2	20,3	20,1	17,9	17,9	16,9	17,7	16,1	23,2	23,0	22,2	21,7	21,8	20,0	21,3	19,9
40-49	29,3	29,6	30,6	30,7	30,5	30,7	31,4	31,7	32,5	32,2	32,2	32,4	32,4	32,7	33,1	33,1	30,1	30,2	31,0	31,1	30,9	31,2	31,8	32,0
50-59	23,1	23,0	23,5	22,7	22,7	24,8	23,4	24,4	24,9	25,2	25,4	26,2	26,4	26,5	26,5	27,9	23,5	23,5	24,0	23,5	23,5	25,1	24,0	25,2
>=60	14,2	14,5	14,8	15,1	14,5	16,0	14,0	15,0	15,5	16,4	16,9	17,7	17,2	18,2	17,1	17,8	14,5	14,9	15,3	15,7	15,1	16,5	14,7	15,6
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab.9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2012

REGIONE	Nuovi utenti			Utenti già in carico o rientrati			Totale utenti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	45,9	46,5	46,0	48,2	49,6	48,5	47,5	48,7	47,8
VALLE D'AOSTA	52,2	50,8	53,0	50,1	53,1	51,7	50,5	52,9	52,0
LOMBARDIA	41,9	43,0	42,0	44,6	47,6	45,2	43,7	46,3	44,2
PROV.AUTON.BOLZANO	45,7	47,8	46,4	49,5	50,0	49,6	48,8	49,4	49,0
PROV.AUTON.TRENTO	41,3	42,8	41,2	39,4	39,0	39,2	39,9	40,6	39,8
VENETO	44,4	45,9	44,8	47,4	50,0	48,0	46,6	49,0	47,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	43,8	46,6	44,4	47,7	49,7	48,2	45,9	48,5	46,5
LIGURIA	46,7	46,5	46,7	48,6	50,0	49,0	48,3	49,3	48,6
EMILIA ROMAGNA	44,0	46,2	44,6	48,4	49,0	48,6	47,3	48,4	47,6
TOSCANA	43,9	45,2	44,3	47,7	49,4	48,2	46,8	48,4	47,3
UMBRIA	41,6	43,9	42,0	41,3	45,1	42,0	41,4	44,6	42,0
MARCHE	44,6	45,2	44,8	46,3	48,7	47,5	45,9	47,9	46,9
LAZIO	43,2	42,9	42,8	46,0	45,1	45,6	45,0	44,3	44,7
ABRUZZO	43,4	45,0	43,9	46,4	48,4	47,3	45,3	47,1	46,1
MOLISE	48,9	49,5	52,1	49,9	45,8	49,5	49,7	46,4	49,9
CAMPANIA	42,8	43,2	42,7	44,6	44,4	44,5	44,1	44,0	44,0
PUGLIA	43,2	47,6	43,1	45,0	46,2	45,3	44,6	46,5	44,9
BASILICATA	44,6	43,7	44,1	47,4	48,6	48,0	46,8	47,3	47,2
CALABRIA	38,8	35,8	35,4	44,7	39,5	50,4	41,8	36,5	41,2
SICILIA	40,3	39,4	39,8	42,3	42,8	42,8	41,6	41,6	41,8
SARDEGNA	46,7	46,5	46,8	47,6	48,3	47,8	47,3	47,7	47,5
ITALIA	43,6	44,9	43,9	46,2	48,2	46,8	45,5	47,3	45,9

Tab. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

ANNO	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1996	44,7	45,2	46,5	46,4
1997	44,2	44,7	45,7	46,1
1998	44,6	45,9	46,7	47,0
1999	43,8	45,3	46,2	46,3
2000	43,8	45,4	46,5	46,7
2001	44,0	45,4	46,6	47,0
2002	43,3	45,2	45,9	46,8
2003	43,0	45,9	45,7	47,9
2004	42,8	45,3	45,8	46,9
2005	42,1	44,3	45,3	46,8
2006	42,9	45,1	45,5	47,1
2007	42,5	45,5	45,9	47,3
2008	42,4	45,4	45,8	47,7
2009	42,2	44,8	45,4	47,6
2010	43,3	45,7	46,5	47,9
2011	43,2	45,0	45,6	47,7
2012	43,6	44,9	46,2	48,2

Tab.11 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2012

REGIONE	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope		Abuso o uso improprio di farmaci	
	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti
PIEMONTE	487	6,5	212	2,8
VALLE D'AOSTA	11	3,5	10	3,1
LOMBARDIA	1202	11,0	110	1,0
PROV.AUTON.BOLZANO	78	4,2	23	1,3
PROV.AUTON.TRENTO	30	0,9	0	0,0
VENETO	677	6,9	283	2,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	368	9,4	212	5,4
LIGURIA	197	10,4	63	3,3
EMILIA ROMAGNA	479	8,7	380	6,9
TOSCANA	509	9,6	140	2,6
UMBRIA	241	9,4	87	3,4
MARCHE	204	14,3	42	2,9
LAZIO	346	17,5	177	9,0
ABRUZZO	67	6,1	69	6,3
MOLISE	14	3,1	34	7,6
CAMPANIA	479	17,5	253	9,2
PUGLIA	45	11,4	23	5,8
BASILICATA	33	6,4	17	3,3
CALABRIA	46	35,4	3	2,3
SICILIA	489	17,2	201	7,1
SARDEGNA	248	5,4	230	5,0
ITALIA	6250	9,0	2569	3,7

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

ANNO	Percentuali sul totale utenti	
	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope	Abuso o uso improprio di farmaci
1996	5,7	6,3
1997	6,8	7,5
1998	5,9	7,2
1999	7,0	6,7
2000	7,3	6,6
2001	7,6	5,7
2002	8,9	6,6
2003	9,1	5,8
2004	9,0	5,4
2005	8,4	5,0
2006	8,6	5,9
2007	10,4	6,5
2008	10,0	5,5
2009	8,6	5,1
2010	8,3	4,3
2011	9,8	4,8
2012	9,0	3,7

Tab.13 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2012

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	27,5	9,4	2,7	30,2	5,2	12,4	2,5	0,9	0,3	0,3	1,5	0,3	0,1	7,1
VALLE D'AOSTA	40,9	5,6	2,0	16,7	3,6	10,0	10,9	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	22,2	8,6	3,6	23,7	1,3	20,5	2,2	0,8	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	16,7
PROV.AUTON.BOLZANO	18,7	11,4	2,6	21,2	4,8	1,3	5,1	4,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	28,1
PROV.AUTON.TRENTO	8,5	0,0	0,0	69,9	11,4	5,3	1,1	1,0	0,2	0,0	2,5	0,1	0,0	0,0
VENETO	25,7	5,1	3,9	25,3	10,6	11,6	2,0	2,6	1,4	0,0	0,3	0,2	0,0	11,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	13,6	3,7	5,4	28,3	10,7	10,5	0,7	6,8	0,1	0,6	0,2	0,0	3,6	15,8
LIGURIA	40,9	12,7	5,6	22,4	4,4	7,4	2,9	1,7	0,4	0,0	1,4	0,1	0,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	47,7	2,9	1,8	10,8	2,7	22,4	4,3	0,3	0,1	0,6	0,4	0,2	0,3	5,7
TOSCANA	35,4	3,2	1,4	26,7	11,2	12,2	4,0	2,2	0,6	0,4	0,4	0,2	0,0	1,9
UMBRIA	16,3	9,4	2,5	45,1	12,3	7,5	2,6	1,2	0,3	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0
MARCHE	24,8	14,9	3,4	30,0	0,9	13,6	4,5	3,6	1,0	0,0	3,0	0,1	0,0	0,0
LAZIO	27,1	13,8	5,0	24,1	6,9	12,8	3,1	1,6	1,2	0,0	2,6	0,2	0,0	1,7
ABRUZZO	19,6	5,6	1,7	24,1	2,7	8,0	1,1	0,6	0,4	0,1	1,0	0,0	0,0	35,0
MOLISE	23,3	15,2	6,2	25,1	6,8	19,7	1,8	0,6	0,8	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
CAMPANIA	31,7	9,3	4,2	28,2	4,3	12,7	2,2	2,6	2,2	0,0	1,7	0,7	0,0	0,3
PUGLIA	19,1	14,2	6,4	24,3	1,3	22,4	5,3	2,6	2,8	0,0	1,3	0,0	0,0	0,2
BASILICATA	23,6	13,5	5,6	23,4	9,0	17,7	2,8	2,0	1,2	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	36,7	5,1	3,4	34,7	1,0	15,5	1,3	2,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SICILIA	28,7	12,3	4,8	26,3	3,3	17,8	2,7	1,5	1,5	0,0	0,8	0,3	0,0	0,0
SARDEGNA	34,7	6,9	5,2	26,7	10,9	8,2	3,2	1,9	1,6	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1
ITALIA	27,3	7,5	3,5	26,5	6,3	13,5	2,6	1,9	0,7	0,2	0,9	0,1	0,2	8,8

Tab.14 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2012

REGIONE	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni											
	Prevenzione	Accoglienza, osservazione e diagnosi	Programmi terapeutico-riabilitativi		Funzioni di coordinamento						Formazione del personale e sensibilizzazione	Altro
			Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica		
PIEMONTE	90,9	98,5	98,5	95,5	68,2	84,8	80,3	84,8	93,9	54,5	78,8	7,6
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	-
LOMBARDIA	91,8	100,0	100,0	100,0	79,6	98,0	81,6	100,0	100,0	71,4	83,7	18,4
PROV.AUTON.BOLZANO	100,0	100,0	83,3	83,3	66,7	83,3	66,7	83,3	83,3	66,7	100,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,0	100,0	50,0
VENETO	93,8	100,0	100,0	100,0	90,6	100,0	93,8	96,9	100,0	59,4	87,5	21,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
LIGURIA	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	97,6	97,6	97,6	97,6	90,2	95,1	90,2	90,2	97,6	87,8	95,1	63,4
UMBRIA	100,0	100,0	100,0	100,0	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	72,7	100,0	27,3
MARCHE	100,0	100,0	100,0	100,0	85,7	92,9	92,9	100,0	100,0	64,3	92,9	7,1
LAZIO	76,7	100,0	100,0	96,7	66,7	76,7	80,0	73,3	96,7	66,7	70,0	3,3
ABRUZZO	75,0	75,0	75,0	75,0	-	75,0	50,0	50,0	75,0	75,0	75,0	25,0
MOLISE	100,0	100,0	83,3	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	-
CAMPANIA	97,6	100,0	97,6	100,0	69,0	76,2	81,0	83,3	81,0	66,7	88,1	4,8
PUGLIA	90,9	100,0	100,0	100,0	81,8	81,8	81,8	81,8	90,9	72,7	81,8	9,1
BASILICATA	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	66,7	83,3	100,0	-
CALABRIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
SICILIA	94,0	96,0	96,0	98,0	66,0	84,0	72,0	88,0	84,0	64,0	70,0	18,0
SARDEGNA	82,4	94,1	94,1	94,1	64,7	88,2	76,5	82,4	94,1	52,9	88,2	-
ITALIA	83,7	88,5	88,1	88,1	68,1	80,2	75,1	80,4	83,9	61,5	76,0	16,5

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

Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni												
ANNI	Prevenzione	Accoglienza, osservazione e diagnosi	Programmi terapeutico-riabilitativi		Funzioni di coordinamento						Formazione del personale e sensibilizzazione	Altro
			Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica		
1996	86,3	95,6	82,7	93,0	59,8	80,8	76,4	82,3	86,0	48,3	70,1	14,4
1997	75,1	83,7	78,2	81,0	50,2	72,7	59,5	73,4	73,7	43,9	62,3	14,9
1998	84,0	96,3	89,9	91,8	62,7	83,2	74,3	83,2	82,8	55,2	71,3	21,3
1999	88,0	98,8	93,7	94,6	62,0	85,6	74,9	85,3	83,8	56,0	68,3	18,9
2000	87,6	94,3	92,4	93,3	61,9	87,9	77,8	86,0	89,8	57,5	74,0	15,2
2001	81,2	87,3	84,9	85,2	57,4	75,0	67,9	77,2	78,7	48,8	65,4	10,5
2002	88,7	95,7	92,7	94,1	58,4	84,9	72,1	83,2	85,6	53,2	68,3	13,2
2003	90,0	95,7	92,9	93,8	61,6	85,4	71,2	86,1	89,3	54,1	71,2	12,6
2004	88,7	95,9	93,2	95,5	62,1	83,9	70,1	85,5	88,7	56,2	72,6	18,6
2005	90,3	97,1	95,4	96,4	63,8	86,7	72,1	88,6	86,7	59,2	70,1	17,2
2006	82,9	90,5	89,7	89,7	60,0	79,8	68,8	82,4	83,3	56,9	67,0	15,4
2007	82,2	87,7	86,0	85,2	58,3	78,0	69,3	79,0	81,8	55,5	65,0	20,1
2008	83,7	87,6	86,5	86,3	59,3	77,3	71,2	79,3	81,3	57,5	66,0	20,0
2009	67,3	69,3	67,9	69,3	52,7	62,8	58,2	63,8	64,6	50,0	56,6	11,7
2010	92,0	94,4	93,8	93,8	79,0	87,3	83,0	89,5	88,3	69,4	81,2	33,6
2011	90,5	95,3	94,5	93,5	71,6	84,1	77,9	84,6	88,1	62,7	76,9	17,4
2012	83,7	88,5	88,1	88,1	68,1	80,2	75,1	80,4	83,9	61,5	76,0	16,5

**Tab.16 - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE
CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2012**

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	65,2	40,9	16,7	47,0	33,3	60,6	6,1
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
LOMBARDIA	75,5	69,4	8,2	59,2	34,7	61,2	-
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	66,7	66,7	33,3	16,7	50,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	50,0	-	60,0	60,0	60,0	-
VENETO	90,6	81,3	31,3	56,3	25,0	68,8	15,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	83,3	16,7	16,7	50,0	50,0	16,7
LIGURIA	100,0	100,0	-	60,0	20,0	40,0	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	68,3	41,5	26,8	39,0	24,4	34,1	7,3
UMBRIA	90,9	54,5	18,2	81,8	63,6	36,4	-
MARCHE	50,0	57,1	-	50,0	21,4	57,1	7,1
LAZIO	46,7	56,7	16,7	66,7	30,0	50,0	6,7
ABRUZZO	100,0	25,0	25,0	50,0	50,0	25,0	-
MOLISE	66,7	33,3	-	66,7	-	-	-
CAMPANIA	35,7	23,8	14,3	45,2	16,7	21,4	4,8
PUGLIA	45,5	-	9,1	18,2	18,2	9,1	-
BASILICATA	100,0	50,0	33,3	66,7	-	33,3	-
CALABRIA	-	-	50,0	100,0	50,0	50,0	-
SICILIA	28,0	16,0	-	48,0	18,0	30,0	2,0
SARDEGNA	88,2	23,5	29,4	58,8	47,1	52,9	11,8
ITALIA	55,9	40,3	14,3	46,3	25,8	40,7	4,6

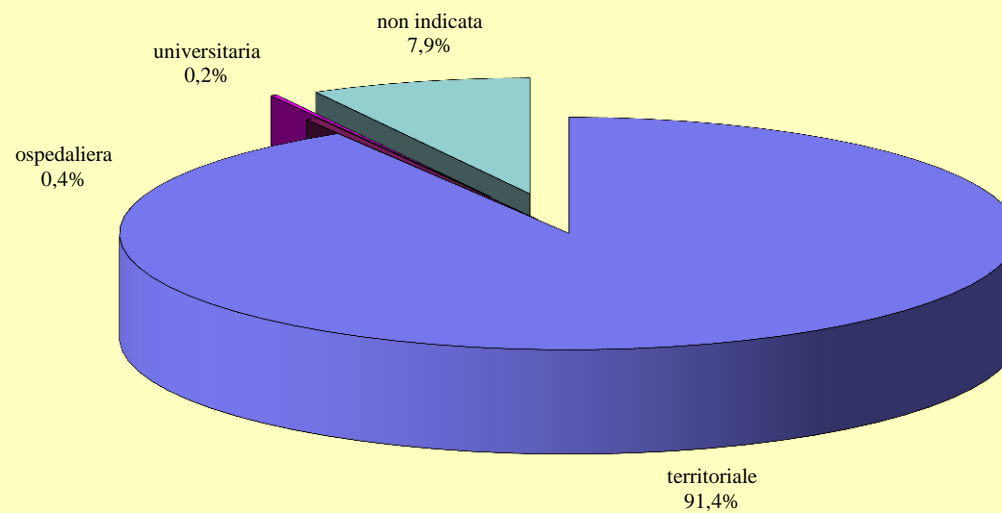
*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello ALC.07)

Tab.17 - NUMERO MEDIO* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2012

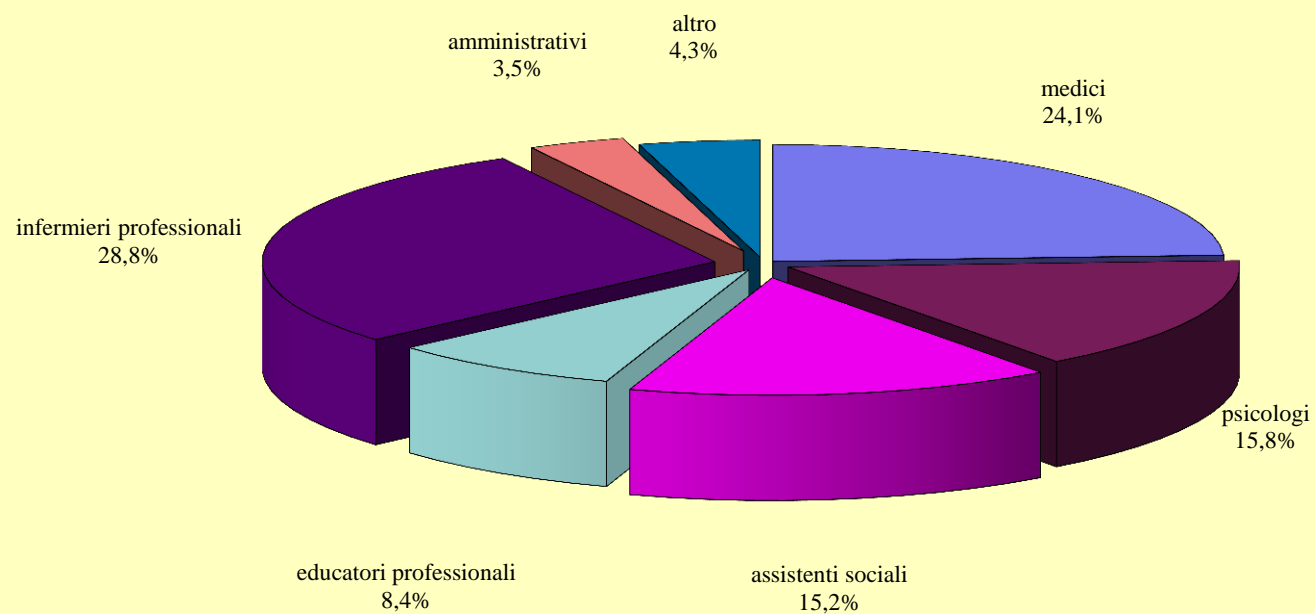
REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	3,9	1,6	1,5	3,3	2,4	3,2	1,5
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	4,0	1,0	-	-
LOMBARDIA	5,0	2,6	1,5	5,0	2,9	4,4	-
PROV.AUTON.BOLZANO	8,0	2,3	4,3	5,0	1,0	8,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	15,9	2	-	2,7	1,7	2,0	-
VENETO	22,6	4,7	3,9	2,7	2,1	3,5	3,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	71,3	4,4	26,0	1,0	1,3	3,0	1,0
LIGURIA	9,6	3,0	-	1,7	1,0	1,5	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	7,3	3,1	2,4	2,8	1,9	2,9	1,0
UMBRIA	3,8	1,2	1,0	2,1	1,7	1,3	-
MARCHE	1,9	1,3	-	2,1	2,0	1,9	2,0
LAZIO	2,9	1,8	1,0	3,9	2,0	1,6	2,5
ABRUZZO	3,0	3,0	1,0	4,5	3,0	1,0	-
MOLISE	3,3	1,0	-	3,0	-	-	-
CAMPANIA	3,1	1,7	1,2	4,3	2,4	2,0	4,0
PUGLIA	1,8	-	1,0	1,0	4,0	1,0	-
BASILICATA	4,5	1,7	1,0	2,5	-	1,5	-
CALABRIA	-	-	2,0	1,0	2,0	1,0	-
SICILIA	2,3	1,1	-	2,1	1,6	1,6	5,0
SARDEGNA	13,3	1,5	5,2	6,0	4,8	3,1	11,0
ITALIA	9,0	2,5	2,7	3,4	2,4	2,9	3,4

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

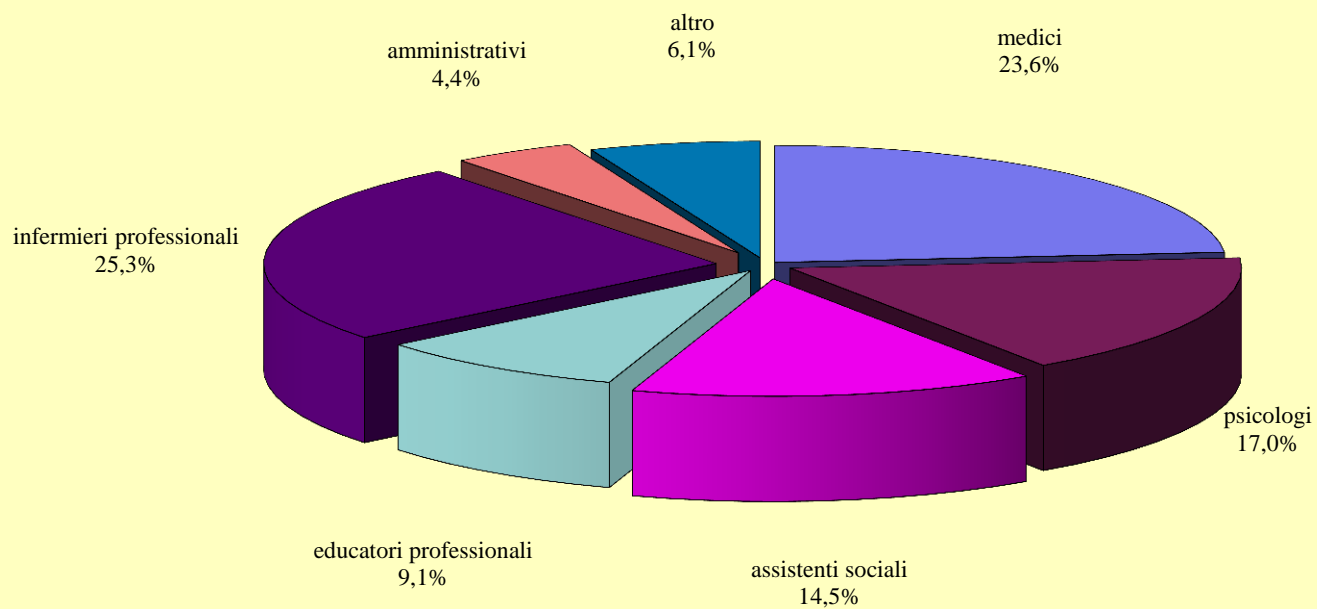
**Graf.1 - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
ANNO 2012**



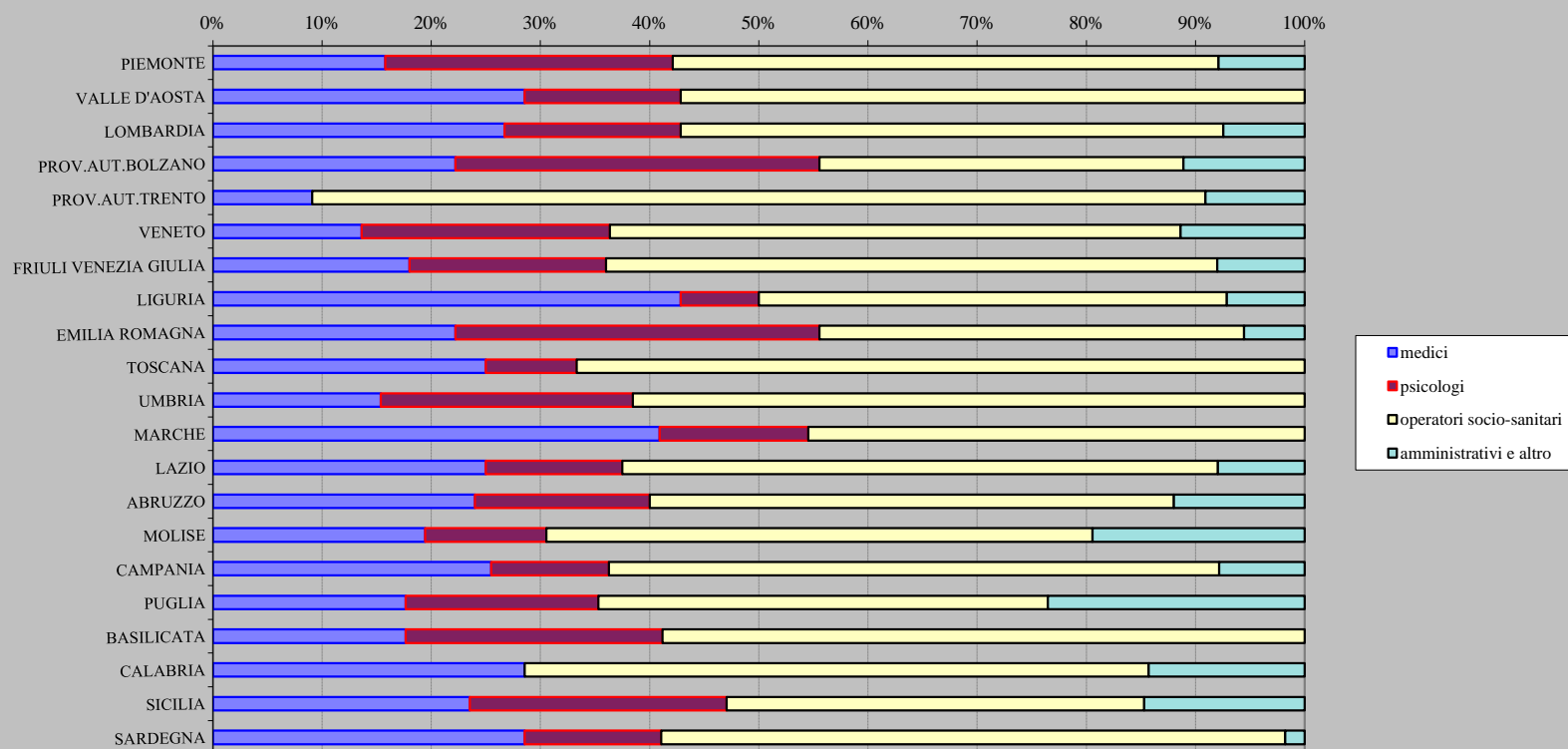
**Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2012**



**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2012**



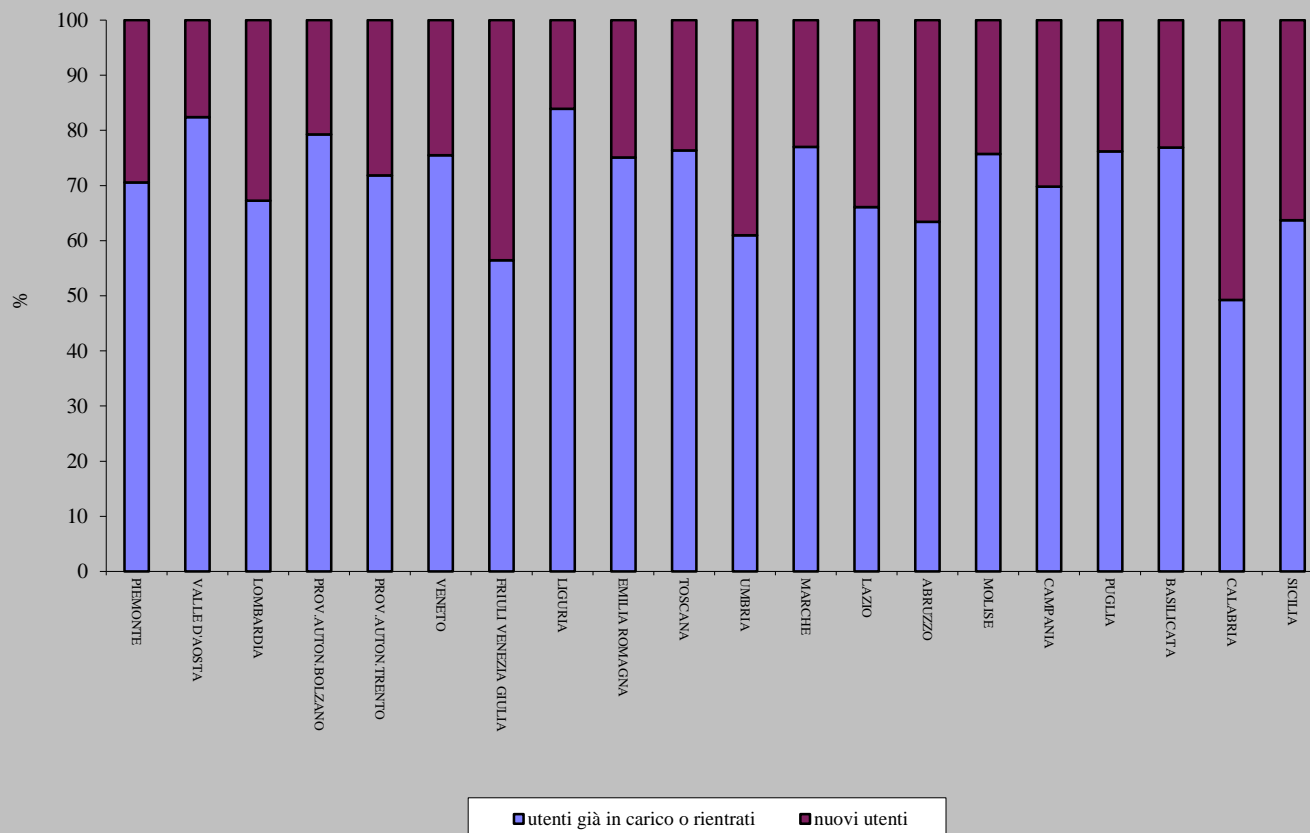
**Graf.4 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL PERSONALE TOTALE PER QUALIFICA (%)
ANNO 2012**



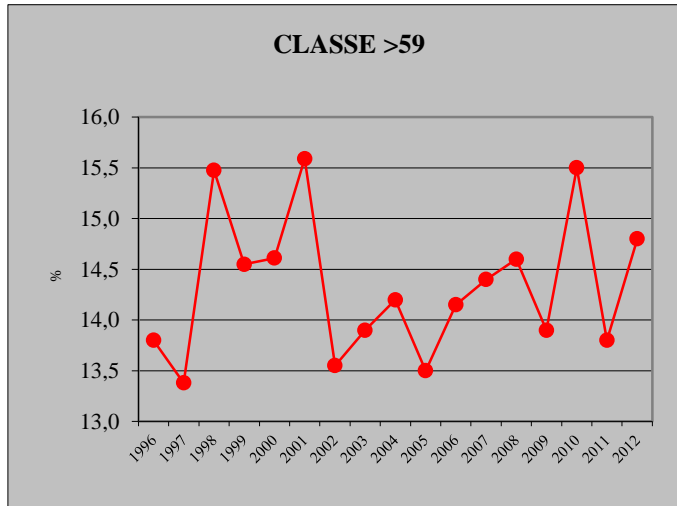
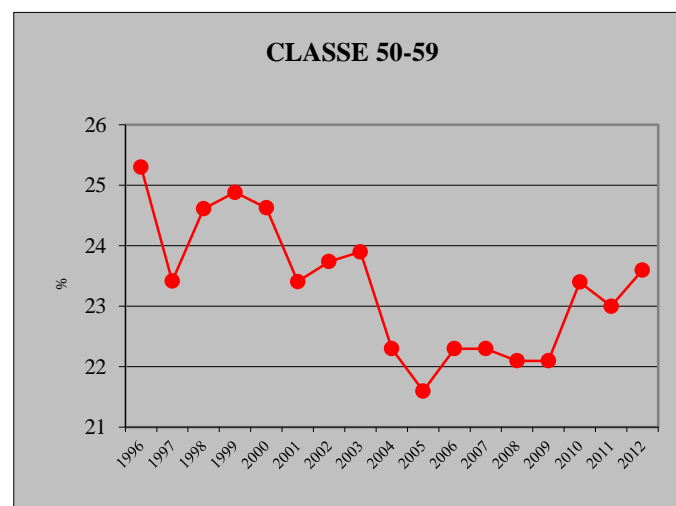
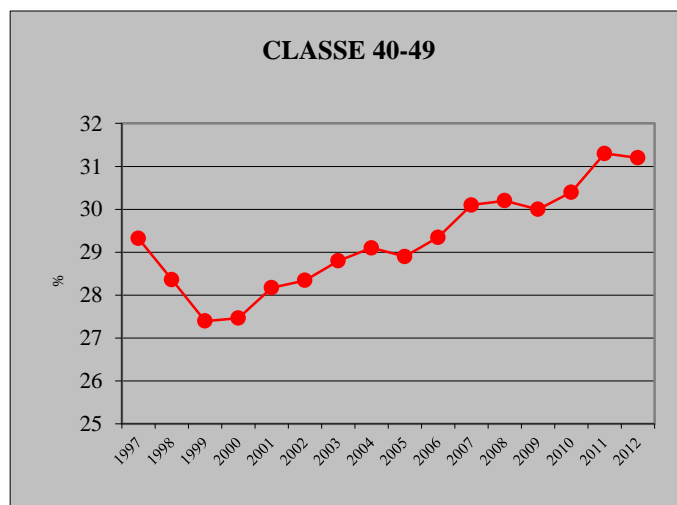
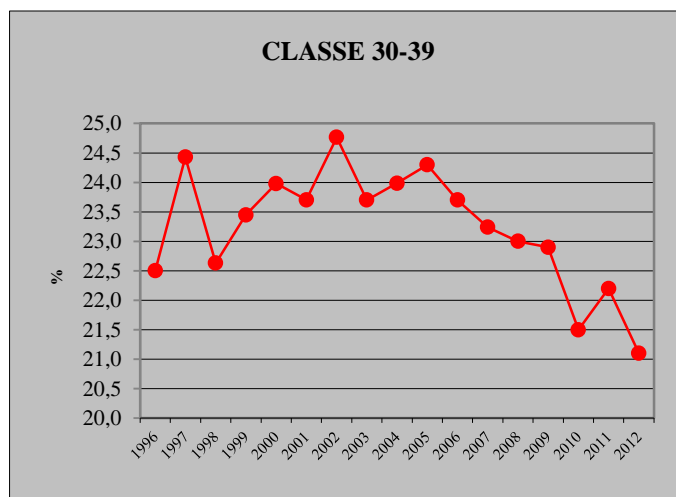
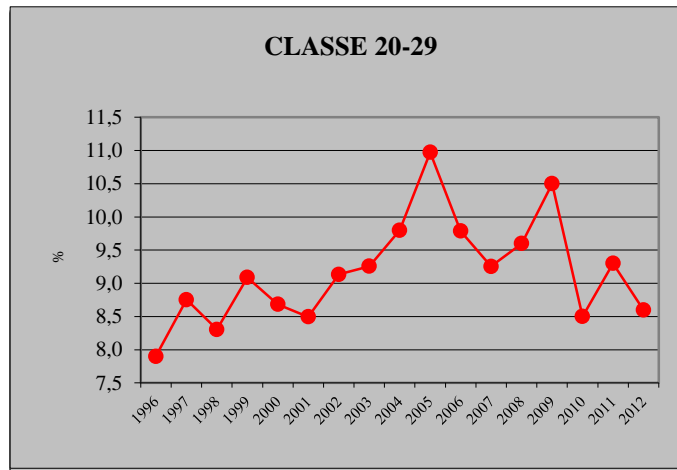
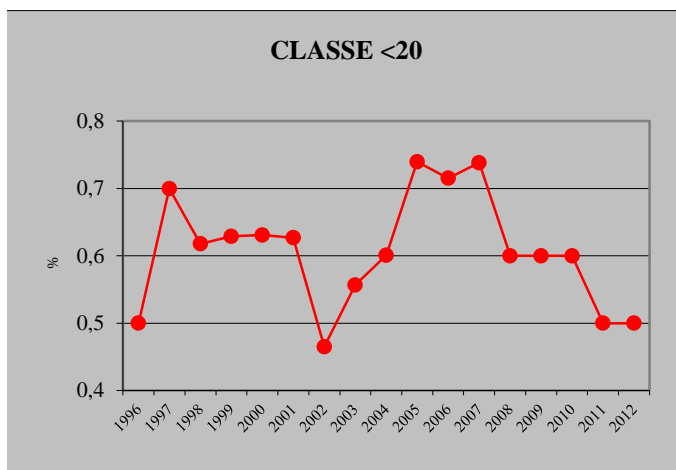
Graf.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



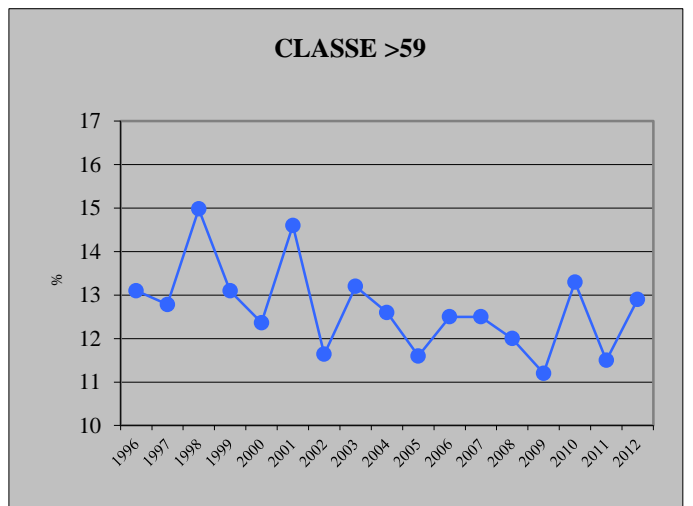
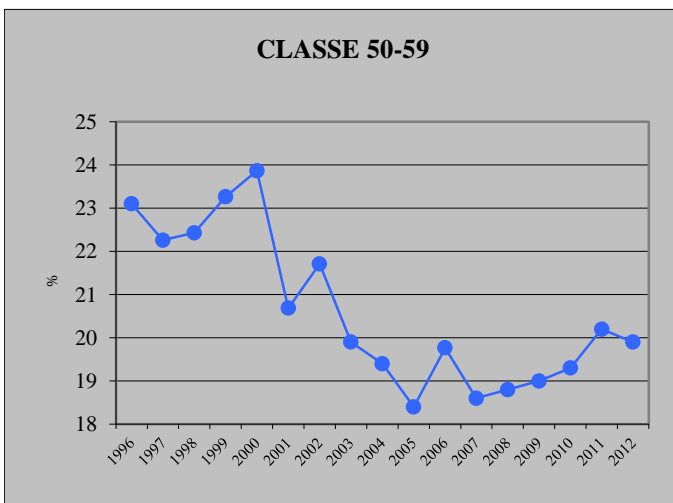
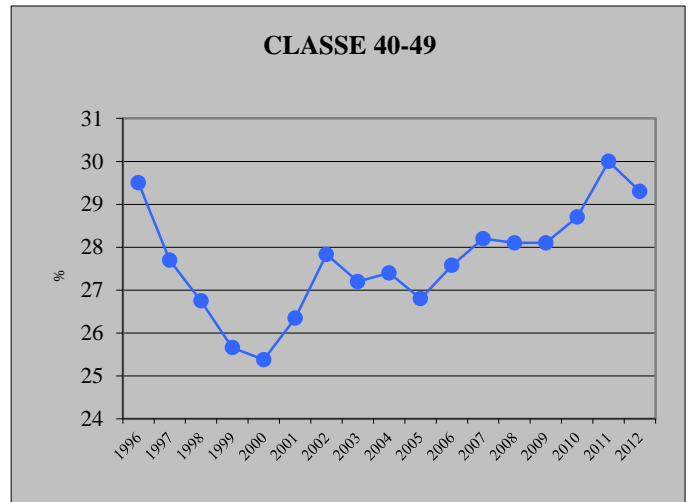
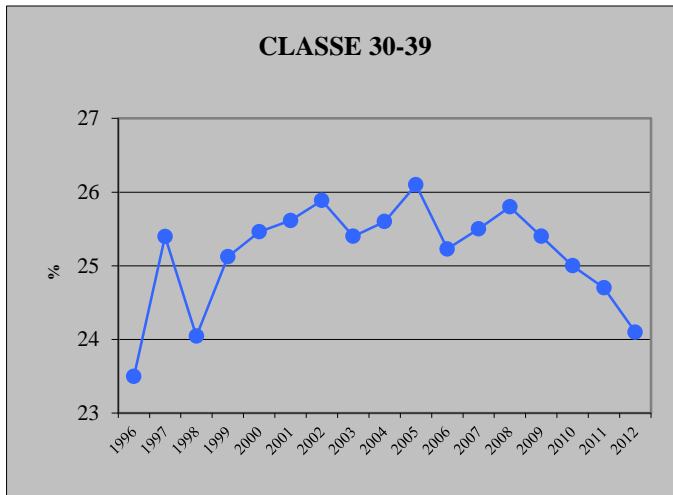
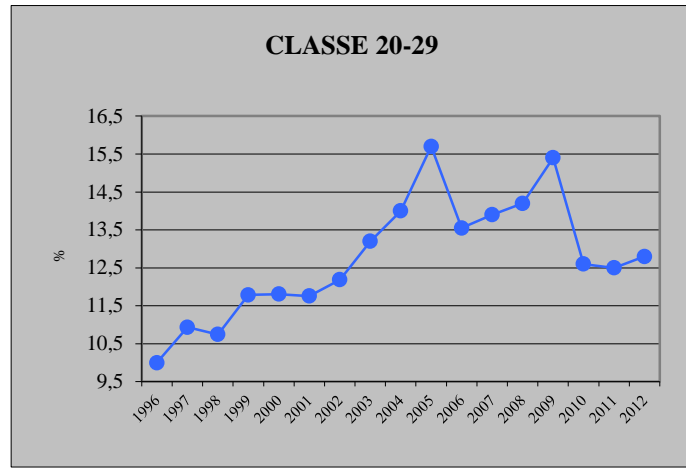
**Graf.6 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI
PER TIPOLOGIA (%) - ANNO 2012**



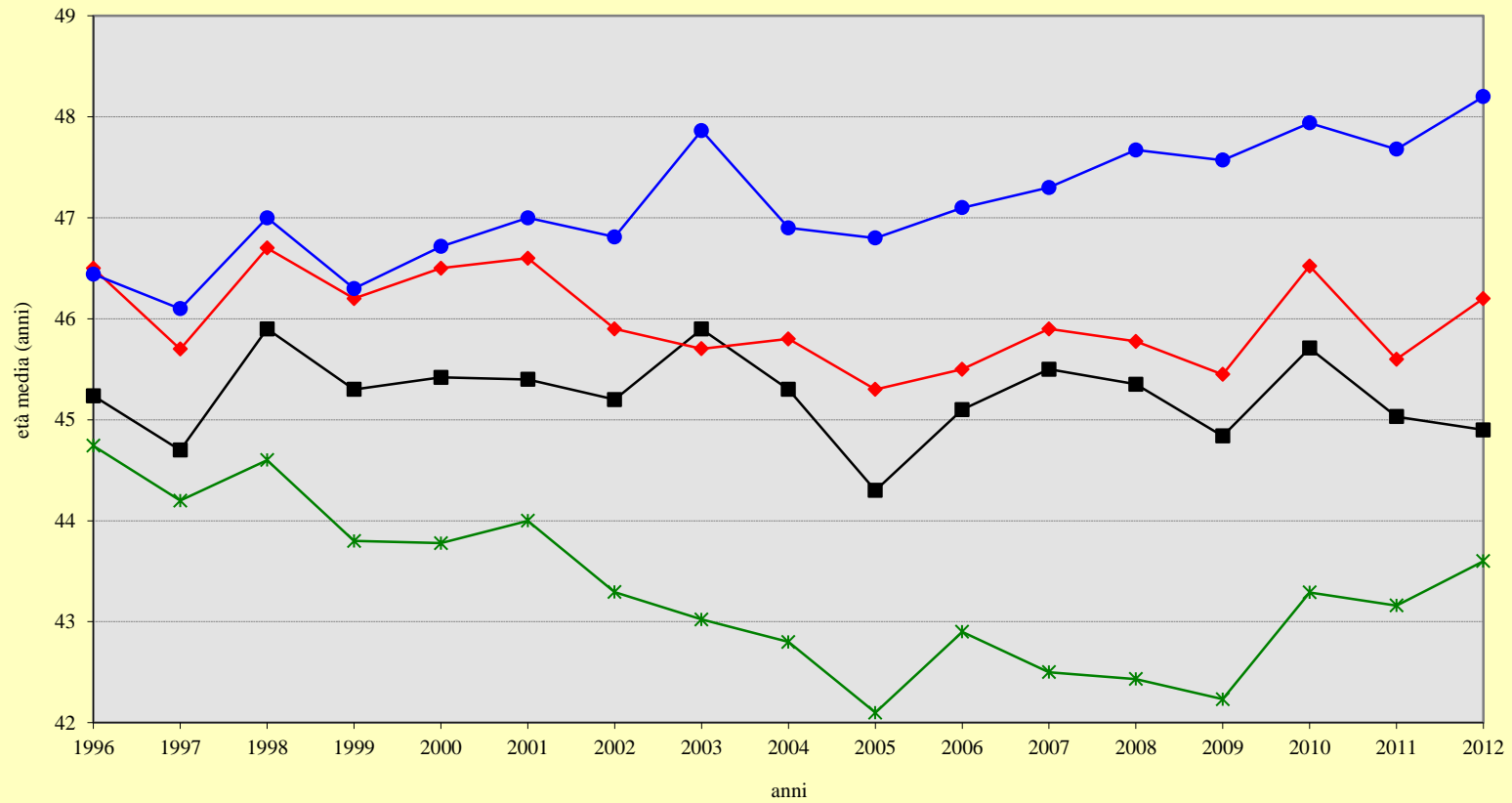
**Graf. 7 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE)
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**



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

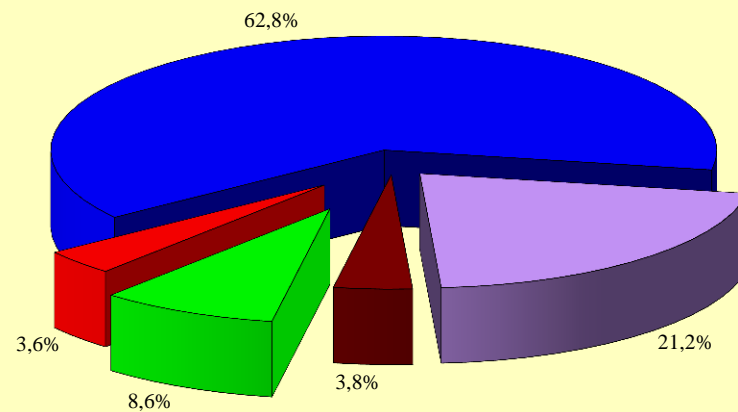


Graf. 9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



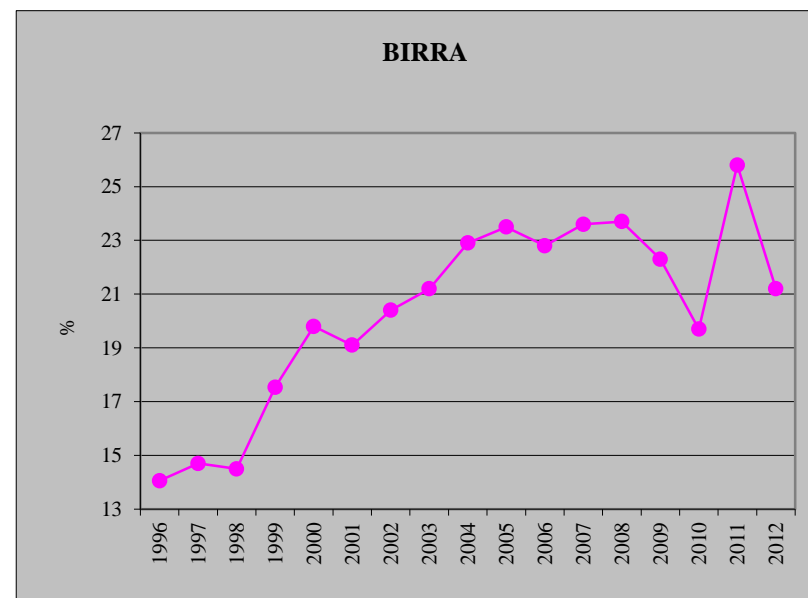
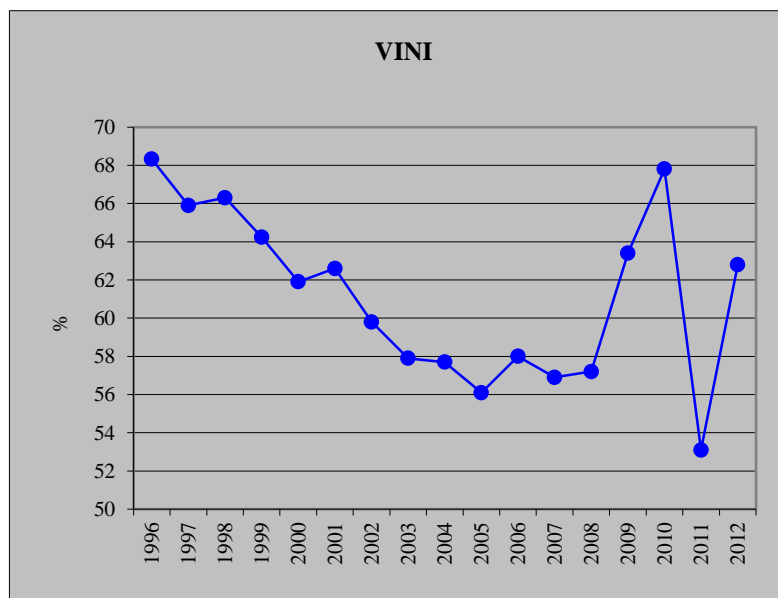
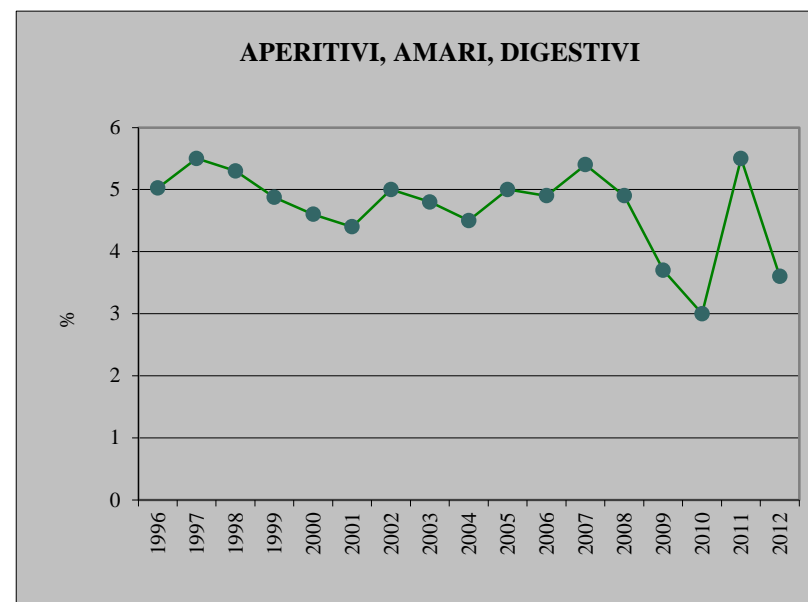
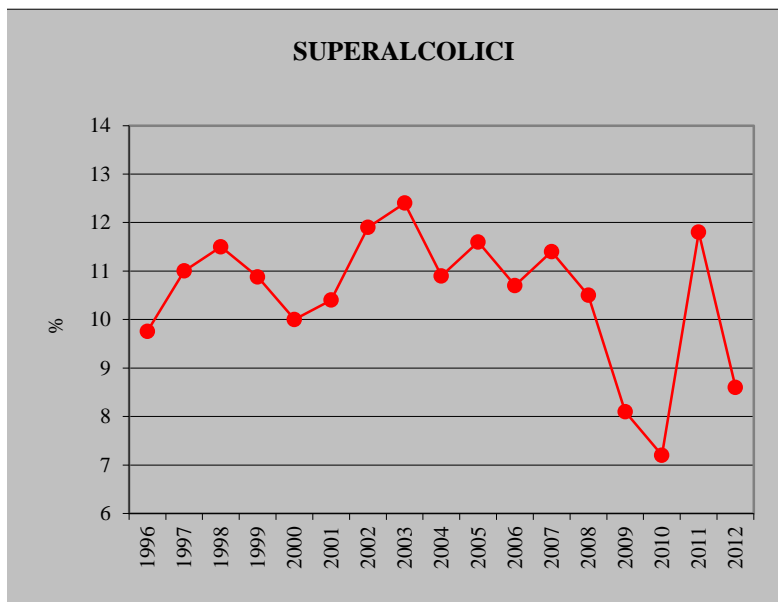
**Graf.10 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2012**

Totale utenti

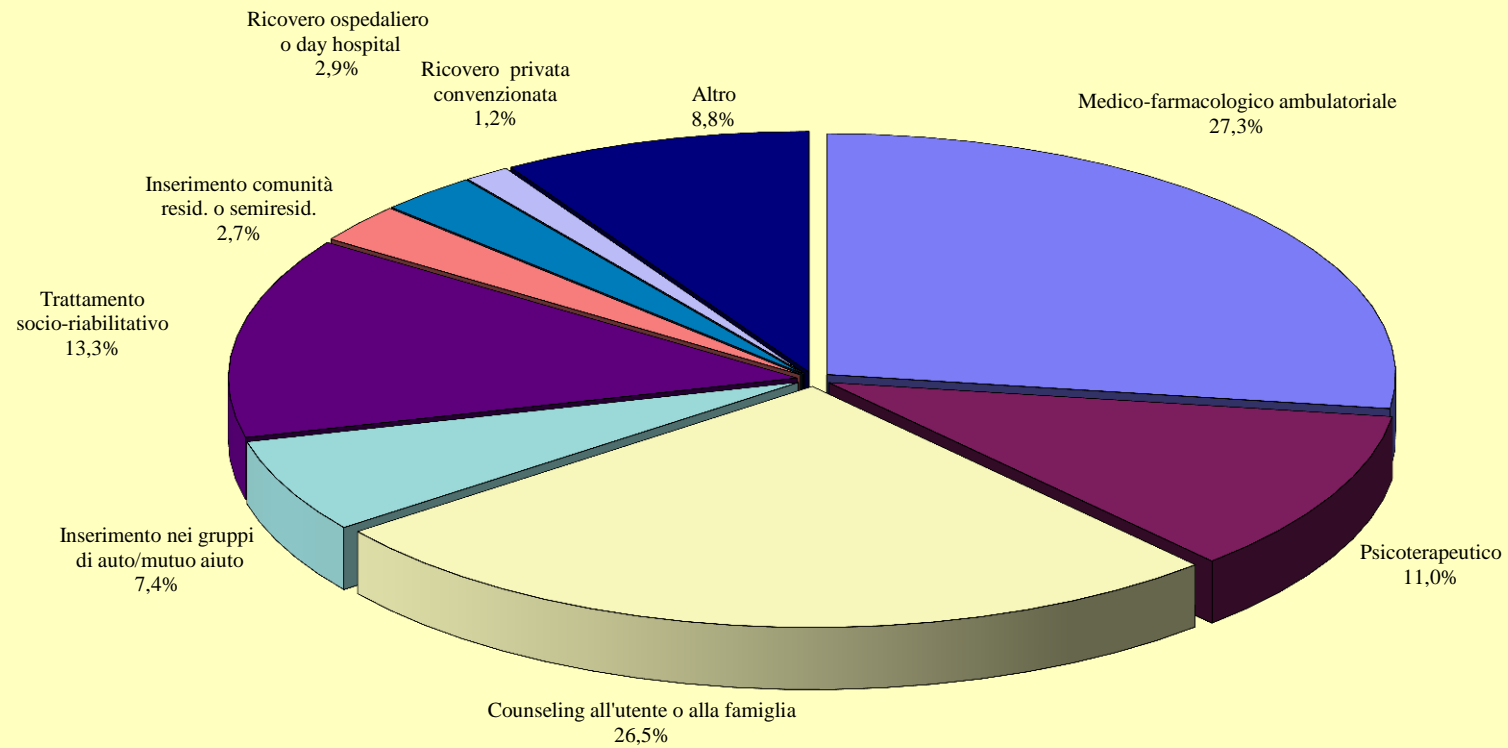


■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

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



**Graf.12 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2012**



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

PARTE TERZA

5. L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 NELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME

5.1. La rilevazione degli interventi e delle attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125

Al fine di acquisire informazioni confrontabili secondo un modello uniforme per tutte le Regioni, il Ministero della Salute ha proposto alle Regioni, quale traccia per l'elaborazione delle Relazioni regionali previste dall'art. 9 comma 2 della legge 125/2001, lo schema 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 2012 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, 18 Regioni e le Province Autonome.

E' possibile pertanto per l'anno 2012 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

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

REGIONE PIEMONTE

ASL TO1

Mantenimento lavoro di rete in riferimento alla doppia diagnosi.

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 DEA dell'Ospedale San Giovanni Bosco e fornitura nei locali del DEA di materiale cartaceo e opuscoli illustrativi rivolti all'utenza per facilitare l'accesso al servizio di Alcologia.

ASL TO3

E' attivo il servizio di Alcologia della S.C. Ser.T. "Sangone" con la finalità di centralizzare la sede del trattamento presso un unico servizio e con l'obiettivo di uniformare, attraverso un approccio multidisciplinare, la presa in carico dei pazienti alcolisti.

E' stato attivato il nuovo gruppo di lavoro del Coordinamento alcolico del Pinerolese. Il gruppo di lavoro attiva e coordina percorsi assistenziali di "care" nonché iniziative di prevenzione e di intervento in merito ai problemi alcol correlati nella comunità locale, promuovendo una fattiva rete di collaborazione e di integrazione tra Servizi socio-sanitari, Terzo settore e i rappresentanti delle Amministrazioni locali.

ASL TO4

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

- *Laboratorio Monili*: attività di gruppo rivolta specificamente alle donne, strutturata come laboratorio di costruzione di monili integrato da una proposta psicologica centrata sulle criticità e sulla vulnerabilità femminile all'alcol.

- *Centro riabilitativo alcolico "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.

ASL TO5

Nel 2012 è stato attivato il progetto "*Liaison – alcol e gravidanza*" che prevede la collaborazione fra servizio di alcologia, i consultori familiari e i medici di medicina

generale. Il progetto ha come obiettivi la sensibilizzazione delle donne ed i loro partner circa i rischi dell'assunzione di alcol in gravidanza e la prevenzione della FASD (fetopatia alcolica). 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.

ASL AL

Attivazione di percorsi integrati per pazienti in doppia diagnosi (alcologica e psichiatrica).

ASL BI

Sono stati effettuati incontri con i medici di medicina generale, assistenti sociali e servizi infermieristici territoriali per favorire l'accesso nonché migliorare la qualità dei trattamenti assistenziali per i pazienti con problemi alcol correlati.

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

ASL CN2

Attivazione di protocolli e presa in carico congiunta dei pazienti tra i servizi e altre strutture di riferimento. Richiesta di concertazione con i rappresentanti dei medici di medicina generale a livello dei Tavoli di Distretto e del Dipartimento AST con la Direzione Sanitaria Ospedaliera e i reparti di Medicina. Incontri di stabilizzazione e informazione anche con audiovisivi e nuove tecnologie (CAT, CAG, Oratori).

ASL VC

Attività ambulatoriale non residenziale di prima accoglienza specificamente indirizzata a soggetti con problemi derivanti dall'uso di alcol, che ha previsto la costituzione di un'*équipe* mista tra operatori del Ser.T. e operatori dell'Associazione "*Il Punto*" per completare l'offerta di servizio all'utenza. Gli obiettivi sono: sviluppare integrazione tra le *équipes* appartenenti alle due istituzioni attraverso l'armonizzazione delle procedure e la definizione delle modalità operative inerenti le singole professionalità e competenze; realizzare azioni di sensibilizzazione sul tema delle conseguenze derivanti dall'uso di alcol coinvolgendo tutte le agenzie territoriali istituzionali (scuole, servizi sociali, comuni, ecc.) e di volontariato.

ASL VCO:

Prosecuzione del progetto "*Servizio di accoglienza Alcolologica*", in collaborazione con Gruppo Abele di Verbania, gestito da due psicologi. Si tratta di un servizio di accoglienza di gruppo, presso la sede del distretto sanitario di base. L'accesso è diretto.

REGIONE LOMBARDIA

- Delibera d.g.r. n.3239/2012, con la quale si approvano le “*Linee guida per l’attivazione di sperimentazioni nell’ambito delle politiche di welfare*”, tra le quali, l’area delle Dipendenze.
- Delibera d.g.r. n.3375/2012, per la realizzazione delle azioni coordinate e finalizzate allo sviluppo e consolidamento della “*Rete Regionale Prevenzione Dipendenze*” per l’anno 2012.
- Delibera d.g.r. n.3909/2012, per aderire al progetto interregionale “*Social Net Skills-Promozione del benessere nei contesti scolastici, del divertimento notturno e sui social network tramite percorsi di intervento sul web e sul territorio*”.
- Delibera d.g.r. n.4225/2012, per adottare il Piano di Azione Regionale per le Dipendenze, che rappresenta un nuovo punto di partenza per affrontare un problema culturale e sociale ampio, diffuso e intergenerazionale rispetto al quale il sistema sociale lombardo definisce azioni e fissa obiettivi di lavoro comune per attuarli e raggiungerli.

Il Piano di Azione Regionale per le Dipendenze (PAR) è il risultato della naturale evoluzione del percorso iniziato con le Linee Guida del 2009.

Dopo l’introduzione e utilizzo di quel primo strumento tecnico, nei fatti, si è percepita la mancanza, a livello regionale, di un “sentire comune”, necessario a definire con precisione gli obiettivi e i risultati attesi in materia di educazione, di prevenzione e di trattamento delle dipendenze. Da questa riflessione ha preso corpo il P.A.R., con il quale si è inteso affrontare, in una nuova visione, i problemi dell’uso/abuso/dipendenza, con la consapevolezza che tale fenomeno è, prima di tutto, culturale e sociale e pertanto necessita di riferimenti, non solo tecnici, ma anche in grado di osservare i fatti sociali, di condividerne le caratteristiche proprie, con il coinvolgimento di tutti gli attori societari per la formulazione di risposte adeguate ed efficaci.

La costituzione del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) segna già una differenza nella costruzione di *policies* che, ai problemi sociali complessi, risponde secondo logiche di condivisione del problema, integrazione e coinvolgimento di tutti i soggetti nella risposta.

La complessità del tema e la sua evoluzione oltre i confini del sistema di cura socio sanitario e sanitario ha comportato, da parte della Regione Lombardia, l’adozione di un metodo di ripensamento del lavoro, con l’ascolto dei diversi soggetti sociali interessati dal fenomeno (mondo del lavoro, della scuola, del tempo libero, della sanità, della sicurezza, dei servizi ...) e quindi, l’individuazione condivisa di obiettivi e strategie attraverso uno strumento di *governance*.

P.A. BOLZANO

Il Sistema dei servizi previsto dalla legge provinciale n. 3 del 18.05.2006 “*Interventi in materia di dipendenze*” (Servizi per le dipendenze, servizi sociali, organizzazioni

private convenzionate di volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione) ha mantenuto un buon livello di collaborazione ed in particolare i servizi sanitari specialistici hanno intensificato la collaborazione con i presidi ospedalieri, le strutture di degenza, i medici di medicina generale, i distretti sanitari ed i servizi territoriali, potenziando la consulenza, i trattamenti psico-sociali-medici-infermieristici ed educativi.

In relazione alla qualità delle prestazioni, va evidenziato il lavoro del gruppo permanente “*Progettazione, Osservazione e Valutazione (POV) degli inserimenti lavorativi*” coordinato dal Ser.D di Merano che, attraverso apposito processo e procedura condivisi e concordati con le strutture adibite all'inserimento lavorativo presenti sul territorio di competenza del Ser.D stesso, permette la valutazione complessiva annuale del lavoro svolto sia in termini quantitativi che qualitativi e gli esiti degli inserimenti.

L'Implementazione del software “*Ippocrate dipendenze*” da parte di tutti gli operatori dei Servizi pubblici e privati convenzionati ha permesso una raccolta di dati fra loro confrontabili, utili ad una più efficace programmazione degli interventi di settore oltre che ad una risposta puntuale alle esigenze informatico-informative dei servizi stessi, nonché degli Enti richiedenti (Provincia, Azienda sanitaria, Ministeri).

P.A. TRENTO

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

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

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

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

Stampa e diffusione in luoghi pubblici, specie sanitari (ambulatori, farmacie, ospedali etc.) di manifesti e *dépliants* informativi sui servizi di Alcologia.

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

REGIONE VENETO

Nel 2012 il 22% degli utenti di Alcologia del Veneto è costituito da persone che si sono rivolte per la prima volta a questa tipologia di servizi. Questo dato dimostra quanto sia sviluppato e attrattivo il sistema di cura della dipendenza da sostanze alcoliche in quest'area.

Dal punto di vista organizzativo, 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.

Da un punto di vista logistico, nei tre quarti dei casi, le U.O. alcolologiche risultano prive di una sede propria che condividono invece con i Ser.D. L'accessibilità a queste strutture è favorita anche dalla distribuzione uniforme nel territorio regionale delle sedi presenti nella quasi totalità dei casi in ogni Ulss.

La totalità dei Dipartimenti per le dipendenze prevede un accesso libero ai servizi di Alcologia negli orari di apertura previsti. Risulta molto frequente anche l'utilizzo di un sistema di accesso programmato su prenotazione di un appuntamento.

Le prestazioni erogate sono del tutto gratuite, ad eccezione delle visite specialistiche o altri interventi relativi alle perizie richieste dalle Commissioni mediche locali per le patenti di guida.

Si garantisce la riservatezza per ogni forma di intervento, l'assenza di liste di attesa, l'accoglienza dei pazienti e dei familiari a fini orientativi e di consulenza, l'offerta di programmi personalizzati alle differenti tipologie di utenza, con particolare attenzione ai giovani. Si garantiscono inoltre la presenza di un'*équipe* multidisciplinare preparata alla presa in carico del paziente con Problemi Alcol Correlati (P.A.C.) e abilitata alla diagnosi precoce con valutazioni psicopatologiche, la definizione di un Piano Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (P.D.T.A.), la possibilità di ricovero sia in regime di *day hospital* che in forma ordinaria, l'eventuale inserimento in Comunità terapeutiche con programmi residenziali dedicati.

All'interno delle Aziende Ulss si consolida la volontà di ricercare soluzioni organizzative volte ad ottimizzare le limitate risorse a disposizione, attraverso la sottoscrizione di accordi e la predisposizione di protocolli tra vari servizi di Alcologia, le divisioni specialistiche ospedaliere e altri servizi della rete territoriale

All'esterno delle Aziende Ulss si trova invece un altro punto di forza dell'Alcologia veneta, costituito dalla costante collaborazione nella cura dei problemi alcol correlati tra servizio pubblico e volontariato, in particolare A.C.A.T. e A.A., organizzazioni dell'auto-mutuo aiuto radicate nel territorio con una diffusione capillare.

La rete alcologica si compone inoltre di altri soggetti tra cui 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 è favorito quindi in molteplici forme, con un'ampia pubblicizzazione delle proposte. Le modalità più diffuse riguardano la presentazione della Carta dei Servizi aziendali, la realizzazione di opuscoli informativi delle attività dipartimentali, l'organizzazione e la partecipazione ad incontri di aggiornamento e di formazione, la predisposizione di Piani di Zona rivolti a *target* diversificati di popolazione.

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), aperti presso tutte le Aziende Sanitarie Locali della Liguria a seguito della Legge 125, sono punti di offerta trattamento 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. 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.

Nel 2012 sono stati mantenuti standard elevati di prestazioni in relazione alle visite per la revisione della patente.

L'attività dei NOA ha visto lo sviluppo della Rete alcolologica 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.

Inoltre è stata sperimentata una forma di cooperazione con i medici di base.

Si segnala che nel 2012 si conferma l'incremento di soggetti che si rivolgono ai servizi alcolologici e l'incremento di utenti in carico ai NOA.

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 Delibera di Giunta Regionale n° 999/2011 aggiorna per il triennio 2011/2013 gli obiettivi generali e specifici del Programma regionale "*Dipendenze Patologiche*", al cui interno è collocata l'attività relativa all'Alcologia, declinata in aree tematiche che vanno dalla promozione della salute alla cura, alla formazione.

I Servizi di Alcologia (Centri Alcolologici) costituiscono un'articolazione organizzativa dei Servizi per le Dipendenze in tutte le 11 Aziende USL della Regione. 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. Il personale è a scavalco tra Ser.T. e Centro Alcolologico tranne alcune unità a tempo pieno in due 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

Prosecuzione del processo di accreditamento dei servizi (tra i quali Ser.T ed *équipes* alcoliche) ai sensi del Decreto n. 61/R del 24.12.2010 "*Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 - Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento- in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie*".

Ampliamento e consolidamento dei rapporti con altri servizi socio-sanitari (ad esempio reparti ospedalieri, pronto soccorso) e altre figure professionali (ad esempio medico di medicina generale), con le associazioni del Terzo settore e del Privato sociale e con altre strutture presenti sul territorio (ad esempio le carceri, ecc.).

Delibera della Giunta regionale toscana n. 59 del 7 febbraio 2011: Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Unione nazionale Comuni Comunità Enti Montani (UNCCEM) della Toscana e Società della Salute Casentino, Colline Metallifere e Amiata Grossetana, per la prosecuzione del progetto "*Montagna in Salute*". Con tale atto la Giunta regionale ha destinato Euro 240.000 per azioni di contrasto al disagio sociale e al rischio suicidario delle popolazioni montane legati in particolare all'abuso di sostanze alcoliche.

Potenziamento dell'accoglienza degli utenti ai servizi attraverso sia la definizione e/o revisione delle specifiche procedure di ingresso che di trattamento degli utenti alcol dipendenti, sia la creazione di moduli informativi, anche in diverse lingue per facilitare la popolazione straniera.

Consolidamento/ampliamento delle fasce orarie di apertura delle *équipes* alcoliche e della fruibilità di tali servizi attraverso la diversificazione dei locali.

Consolidamento dei rapporti tra le varie istituzioni favorendo, quindi, il lavoro di rete (ad esempio tra il Tribunale dei Minori e la Salute Mentale Infanzia Adolescenza dell'ASL 10 di Firenze, o tra la Medicina Legale e i Medici di Medicina Generale anche con progetti di monitoraggio epidemiologico, ecc.).

REGIONE UMBRIA

I Servizi di Alcolologia territoriali 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.

Alla disponibilità dei servizi si associa un buon livello di accessibilità, garantito dalla semplificazione delle procedure di contatto e di accoglienza. Gli utenti accedono con contatto diretto o telefonico, senza necessità di richiesta medica né pagamento di ticket; non esistono liste di attesa.

I servizi di Alcologia si avvalgono, nell'espletamento delle proprie funzioni, di opportune integrazioni con gli altri servizi sanitari, i servizi sociali, le risorse del privato sociale accreditato, le associazioni di auto-mutuo aiuto.

I servizi territoriali lavorano in rete con le aziende ospedaliere e con gli ospedali del territorio, effettuando su richiesta consulenze nei diversi reparti di degenza.

Ai servizi accedono anche tutte quelle persone che hanno necessità di certificazioni medico-legali, rilasciate a seguito dell'espletamento di protocolli specifici. L'aumento dei controlli effettuati da parte delle Forze dell'Ordine rispetto alla guida in stato di ebbrezza ha portato ad un aumento notevole delle persone che si recano ai servizi su invio delle Commissioni Mediche provinciali per le patenti, momento che costituisce in molti casi l'occasione per un primo contatto con i servizi.

Nel campo della sanità penitenziaria gli operatori assicurano la propria presenza, periodica e costante, nelle varie sezioni degli istituti; le attività prevedono tra l'altro: colloqui di orientamento e sostegno, attività informativa, gruppi settimanali realizzati dalle associazioni di auto mutuo aiuto.

Nel 2012 è stato dato un forte impulso al percorso per l'inclusione dei servizi di Alcologia nella rete informativa regionale per le dipendenze, con la convinzione che il monitoraggio accurato dell'utenza dei servizi e delle attività ad essa rivolte sia uno strumento idoneo a sostenere il miglioramento continuo delle prassi cliniche ed organizzative.

REGIONE MARCHE

Sono state adottate diverse iniziative dai servizi territoriali per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali e cercare di migliorarne la qualità.

La più significativa è che in tutti i servizi territoriali di dipendenze patologiche sono stati attivati gruppi terapeutici di supporto e a volte anche di tutoraggio, guidati da psicologi, psicoterapeuti e assistenti sociali per garantire attività di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito dell'alcoldipendenza. Questi gruppi terapeutici spesso si avvalgono anche del supporto di medici di medicina generale per la condivisione della presa in carico anche di pazienti già inseriti nei programmi ambulatoriali e residenziali.

REGIONE LAZIO

Sono stati aperti 3 punti di accoglienza per la dipendenza da alcol, con percorsi dedicati, giorni stabiliti e personale sanitario specifico.

Inoltre, sono state implementate sul territorio regionale strategie di accoglienza/presa in carico dei pazienti attraverso differenti modalità; tra queste ad esempio si è provveduto a pubblicizzare i vari servizi offerti tramite la distribuzione di materiale informativo presso farmacie, studi medici di medicina generale, municipio.

Alcuni Ser.T hanno attivato dei protocolli di collaborazione con i DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) per inviare i pazienti che lo richiedono verso strutture specialistiche per il trattamento delle patologie alcol correlate.

REGIONE ABRUZZO

In Abruzzo per l'assistenza e la cura dei soggetti alcolodipendenti operano complessivamente 4 strutture: 2 specifici Servizi di Alcologia (Ser.A.), uno a Chieti ed uno a Pescara; e 2 ambulatori dedicati, incardinati presso i Ser.T. di Avezzano e Vasto. 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 targets specifici, soprattutto i giovani.

In tutti i servizi di Alcologia vengono curati i rapporti con i medici di medicina generale ed i servizi del territorio, al fine di rafforzare la rete dei servizi a sostegno delle persone disagiate. Inoltre sono ormai consolidati i rapporti di collaborazione con i gruppi di auto-aiuto e con i reparti ospedalieri.

Risulta inoltre valido 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.

REGIONE MOLISE

I servizi per le dipendenze patologiche, attraverso l'offerta di cure volte sia all'attenuazione dei sintomi di astinenza e *craving* sia al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari, garantiscono un servizio "a bassa soglia" con trattamenti flessibili impostati sui bisogni individuali degli utenti.

Con la presa in carico globale della persona si tiene conto sia dei problemi specifici sia di altre aree di maggiore criticità che concorrono a instaurare, mantenere e protrarre i comportamenti di abuso e di dipendenza dall'alcol.

I percorsi individualizzati scaturiscono dalla integrazione delle diverse professionalità presenti all'interno dei servizi e dalla collaborazione di questi con il sistema di rete esistente sul territorio di cui fanno parte i CAT - Club Alcolologici Territoriali.

Inoltre, prosegue la collaborazione dei Ser.T. con i medici di medicina generale ed i reparti ospedalieri al fine di divulgare, a pazienti e familiari, le informazioni relative alle attività dei Ser.T.

REGIONE CAMPANIA

Al fine di migliorare la qualità delle prestazioni dei servizi per l'alcoldipendenza presenti sul territorio regionale in termini di accessibilità e *compliance*, l'Osservatorio per le dipendenze dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania svolge un lavoro organico di monitoraggio specifico nel settore, grazie al programma denominato "SID2", estensione del sistema informativo delle dipendenze in Campania. Il programma prevede l'attività di un gruppo operativo che tra i vari compiti ha anche quello di monitorare specificamente il fenomeno dell'alcoldipendenza.

Nell'anno 2012 in regione Campania si è registrata una fase di sostanziale stabilità delle attività alcoliche. Solo in alcune ASL (Napoli 2 Nord; Napoli 3 Sud – Somma Vesuviana ; ASL Avellino; ASL Salerno-Nocera Inferiore) esistono Unità Operative dedicate alle attività alcoliche formalmente deliberate ed attive. Nella maggioranza dei casi l'attività di Alcologia è invece curata dai Ser.T, in cui spesso sono presenti anche *équipes* e spazi dedicati.

Quasi tutte le ASL della Regione hanno raggiunto un livello uniforme di prestazioni relative alla presa in carico degli utenti alcolisti.

Si segnalano alcune iniziative:

- ASL Napoli 1 Centro: anche per il 2012 continua il programma attivato nel corso del 2009, di assistenza, di accoglienza e presa in carico rivolto a immigrati utenti con problemi alcol correlati prevalentemente clandestini (STP) in collaborazione con la Unità di Strada, con la Unità Mobile senza fissa dimora e il Centro di coordinamento SFD del Comune di Napoli.
- ASL Napoli 2 Nord: facilitazione dell'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali attraverso l'istituzione di una Linea Verde.
- ASL Napoli 3 Sud: attraverso il sito Internet pubblicizza i servizi territoriali allo scopo di intercettare un maggior numero di pazienti utenti con problemi alcol correlati.
- ASL Caserta: formulazione di progetti terapeutici individualizzati (P.TR.I) cogestiti in collaborazione con compagni sociali per creare specifici interventi riabilitativi.

Nell'anno 2012 particolare attenzione è stata prestata all'inserimento lavorativo del paziente alcolista attraverso una migliore integrazione con gli ambiti territoriali, al fine di implementare i P.T.R.I.

- ASL Salerno: presenza dell'Unità Mobile sul territorio per interventi di primo contatto a ridosso dei luoghi del divertimento nei week end.
- ASL Benevento: Assistenza dei detenuti alcolodipendenti presso la Casa Circondariale di Benevento a cura del Ser.T del comune capoluogo. Protocollo d'intesa tra Ser.T e UEPE per l'assistenza di pazienti con problemi penali.
- ASL Avellino: collaborazione con i Piani di Zona, i medici di MMG, l'Ospedale, le Case di cura e le Associazioni del Terzo Settore (CAT, C.T.) per programmi integrati di trattamento.

REGIONE PUGLIA

E' operativa ormai da anni sul territorio regionale una fitta rete di interconnessioni tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri, nonché 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), che garantiscono la presa in carico e il trattamento degli alcolisti e familiari. Interconnessioni esistono anche tra tali servizi e il mondo della scuola, delle agenzie educative territoriali (*Caritas Diocesane*), dei servizi sociali e del Ministero della Giustizia.

Negli anni si è notevolmente potenziata una forte e sinergica modalità di collaborazione con i presidi ospedalieri per attività di consulenza e di successiva presa in carico del soggetto affetto da abuso o dipendenza, e con i medici di medicina generale, che assicura invii precoci di tali soggetti.

Dai dati statistici annuali relativi al settore alcolodipendenza, compilati dai 55 Ser.T della Regione, emerge che nel 2012 il numero complessivo dei soggetti alcolisti che si è rivolto ai Ser.T è stato di 2628; di questi i nuovi utenti sono pari a 623 (469 maschi e 154 femmine), con un'incidenza del 24%, in calo rispetto agli ultimi anni.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale fornisce i dati statistici riguardanti il numero degli assistiti e dei ricoveri con diagnosi principale. Nel 2012 si sono registrati complessivamente 1534 ricoveri con diagnosi principale alcol correlata, 1252 per i maschi e 282 per le femmine.

REGIONE BASILICATA

La Regione Basilicata ha inteso consolidare la rete alcologica assistenziale e di supporto che vede coinvolti i Ser.T, i medici di medicina generale, i reparti di medicina generale, i CAT e gli A.A. oltre ai servizi sociali comunali.

REGIONE CALABRIA

Le Aziende Sanitarie Locali hanno adottato strategie volte a favorire l'accesso dei soggetti con problemi alcol correlati al trattamento presso il servizio di Alcologia, anche mediante l'ausilio del servizio sociale specialistico e la gestione integrata dei pazienti.

Le azioni realizzate nell'anno 2012 dalle ASP calabresi riguardano la collaborazione con i medici di medicina generale, medici del lavoro ed i reparti dei presidi ospedalieri ricadenti sul territorio regionale che si occupano dei pazienti con patologie alcolcorrelate.

Sono state implementate le azioni volte alla sensibilizzazione delle Forze dell'ordine, della Prefettura, delle Commissioni Mediche provinciali.

Sono stati effettuati numerosi interventi di informazione e consulenza, attraverso le Unità di Strada, sulle risorse esistenti e sulla loro tipologia, sulla modalità di accesso e i loro referenti.

REGIONE SICILIA

Nel corso dell'anno 2012 sono state realizzate azioni di coinvolgimento dei medici di base attraverso l'elaborazione di materiale informativo che è stato distribuito presso gli studi degli stessi.

Gli orari di apertura dei servizi sono stati modificati per agevolare l'accesso di alcune tipologie di lavoratori. In alcuni servizi l'orario di accesso è stato differenziato da quello per il trattamento delle altre dipendenze.

I servizi sono di libero accesso e la presa in carico avviene in tempi rapidi (massimo 48 ore) sia per quanto attiene gli aspetti medico-farmacologici che per quelli psico-socio-riabilitativi.

REGIONE SARDEGNA

Tutti i Ser.D regionali effettuano un'accoglienza immediata e conseguente presa in carico del paziente alcol dipendente, in particolare hanno una distribuzione sul territorio che tiene conto della residenzialità dei pazienti così che il soggetto possa afferire facilmente ai servizi. Essi assicurano continuità nell'apertura dell'ambulatorio, consulenza nei contesti socio sanitari in cui si è presentato un problema alcol correlato, con la conseguente attuazione di programmi terapeutici individualizzati comprendenti

terapia farmacologica, sostegno psicologico, psicoterapia individuale e di gruppo, interventi del servizio sociale.

Nell'anno 2012 l'assistenza per patologie alcol correlate da parte dei Dipartimenti per le dipendenze delle ASSLL è stata prestata in modo integrato in tutto il territorio aziendale da un'*équipe* multidisciplinare costituita da medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri professionali, educatori professionali.

L'approccio metodologico medico-psico-sociale adottato ha consentito di intervenire nelle situazioni di disagio fisico psichico e sociale in maniera incisiva utilizzando tutte le risorse presenti nei sottosistemi della comunità locale. Tale approccio risulta essere vantaggioso sia sul piano del contenimento della spesa sanitaria sia su quello del miglioramento della qualità della vita degli individui con problemi alcol correlati e delle loro famiglie.

Ogni Ser.D nel proprio sito Web aziendale mette a disposizione le indicazioni relative alle modalità di accesso ai servizi alcologici.

5.3. Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati

REGIONE PIEMONTE

Progetto *“I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali”*. È la Linea progetto del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. Il programma prevede azioni “a cascata” tali che a una formazione con gli operatori sanitari segua una formazione con i “moltiplicatori dell'azione preventiva” ad opera degli stessi operatori sanitari formati, i quali a loro volta dovranno attivare interventi info-educativi nei due contesti individuati: aggregativi e formativo-educativi.

Progetto *“Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali”*. La Regione Piemonte, su mandato del CCM-Ministero della Salute, dal 2007 al 2011 ha coordinato a livello nazionale tale progetto, realizzato per supportare e offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'attuazione dei Piani locali di prevenzione degli incidenti stradali nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione. In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori, affinché costituissero un primo nucleo di esperti e avviassero localmente un progetto di prevenzione degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol e/o sostanze psicoattive, con il coinvolgimento dei “moltiplicatori dell'azione preventiva”, ovvero insegnanti e istruttori di autoscuole, Forze dell'Ordine, DTT, volontari, gestori di locali, ecc..

Coordinamento nazionale del progetto *“Guadagnare salute in adolescenza”*, che in ambito alcologico insiste su due aree:

- 1) prevenzione incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica *“Insieme x la Sicurezza”*;
- 2) prevenzione selettiva nei luoghi del divertimento e dell'intrattenimento tramite l'utilizzo di Unità Mobili, per la riduzione dell'uso/abuso di alcol *“Safe Night – Piemonte”*.

In tutte le ASL della Regione sono stati attuati numerosissimi progetti volti a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati. La maggior parte di questi progetti ha coinvolto le scuole del territorio e l'attività di sensibilizzazione si è rivolta ai ragazzi, ai genitori e agli insegnanti. Tra i temi più trattati nelle scuole ma anche nei luoghi del divertimento giovanile è sicuramente l'Alcol e la guida, con l'obiettivo di trasmettere conoscenze, atteggiamenti e comportamenti responsabili alla guida atti a prevenire gli incidenti stradali.

Un ruolo importante è svolto dal Privato Sociale Accreditato anche per quanto riguarda le attività progettuali di prevenzione dei problemi e delle patologie alcol correlate. Si menziona in particolare l'Associazione ALISEO Onlus ed il Centro CUFRAD. Tra le tante attività svolte sul territorio, si menzionano:

a) Associazione ALISEO Onlus - Interventi di prevenzione realizzati negli oratori del territorio piemontese: gli interventi hanno coinvolto circa 100 ragazzi tra i 14 e 20 anni. L'obiettivo è stato quello di aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol, fornire informazioni corrette, riflettere sui messaggi scorretti che la pubblicità ci trasmette e su come questi influenzino i nostri atteggiamenti, valori e scelte, stimolando in tal modo un senso critico.

b) Centro CUFRAD - Progetto web "*News su alcolismo e problemi alcol-correlati*", news quotidiane su alcologia e patologie alcol correlate redatte da psicologi.

REGIONE LOMBARDIA

Nel 2012, l'ente regionale Eupolis, ha continuato il suo ruolo di Osservatorio Regionale Dipendenze coordinando tutti gli osservatori del territorio regionale. La rete degli osservatori territoriali (Tavolo Tecnico degli Osservatori Territoriali – uno in ogni Dipartimento Dipendenze) permette il monitoraggio dei cambiamenti e consente di comprendere le possibili evoluzioni del fenomeno dipendenza, al fine di adeguare tempestivamente la risposta del sistema di intervento.

Il Tavolo Tecnico Regionale Osservatori ha completato l'adeguamento dei sistemi allo standard SIND.

Nello stesso anno, sono terminate le attività relative ai progetti "*Unplugged*" e "*Insieme per la sicurezza – moltiplichiamo le azioni preventive*", collegati all'iniziativa del Ministero della Salute intitolata "*Guadagnare Salute in Adolescenza*". Particolare attenzione si riserva al proseguimento, nelle scuole secondarie della Lombardia, dell'applicazione della nuova strategia sull'uso delle sostanze lecite e illecite, denominata "*Life Skills Training Program*".

Le Linee Guida Regionali forniscono le indicazioni sul percorso e tipo di messaggio da utilizzare per la diffusione delle informazioni necessarie al programma di sensibilizzazione della popolazione. Nel territorio lombardo sono state organizzate molteplici iniziative a carattere informativo che hanno visto coinvolti migliaia di cittadini. I principali interventi si sono attuati attraverso i media (TV e radio).

In Lombardia è ancora in svolgimento la ricerca HBSC "*Health Behaviour in School-aged Children*", promossa dall'OMS e recepita dalla D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale in accordo con la D.G. Sanità. La ricerca viene realizzata dall'Osservatorio Regionale Dipendenze (ORed) in collaborazione con le A.S.L. e gli Uffici Scolastici regionali e provinciali.

L'iniziativa, mediante la somministrazione di questionari anonimi ai ragazzi di età compresa tra 11 e 15 anni, ha lo scopo di fornire un'analisi dei bisogni e una radiografia

del mondo visto dai giovani, con particolare riferimento all'uso e abuso di sostanze, compreso l'alcol. L'obiettivo è quello di sviluppare e promuovere delle iniziative educative di prevenzione sulle dipendenze.

P.A. BOLZANO

Nella Provincia di Bolzano si sta lentamente instaurando una nuova cultura del bere. La cultura della prevenzione è cresciuta nei servizi socio-sanitari, nella scuola, nel lavoro giovanile, nelle famiglie, nel tempo libero, nel commercio e nella gastronomia.

Nel 2012 quattro giovani altoatesini/e, attraverso manifesti, immagini e un video, si sono proposti con il loro stile di vita come *testimonials* per un approccio consapevole e responsabile con l'alcol.

Il manifesto "*Bere responsabile - Mi piace*" diffonde la conoscenza del logo come marchio e mostra il carattere della campagna di prevenzione: fresca, autentica, mirata, moderna, non autoritaria e costruita sulla responsabilità della singola persona.

Il manifesto "*Mi piace lavorare a mente lucida*" pone l'accento sull'astinenza al posto di lavoro.

Il manifesto "*Mi piacciono le feste, ricordarmele anche*" vuole trasmettere ai giovani il messaggio che si può festeggiare senza eccessi.

Il manifesto "*Mi piace uscire in compagnia, esagerare no*" sottolinea la posizione verso un consumo consapevole.

Particolare attenzione è stata riservata all'accompagnamento dei 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.

In collaborazione con il Centro "*Forum Prevenzione*" è stato distribuito un apposito *KIT* contenente materiale utile nella regolamentazione delle feste e possibilità concrete di intervento circa la protezione dei giovani, sia nell'ambito della gastronomia e del commercio che nel campo delle feste e dei balli. Fino alla fine del 2012 il *KIT* è stato distribuito a 59 dei 116 comuni dell'Alto Adige.

Anche i controlli sulle strade nella logica di prevenzione e non di repressione, la continuità di iniziative avviate nell'anno precedente, l'adozione di nuove iniziative rivolte a diversi ambiti di intervento e gruppi *target* differenziati - responsabili politici a livello comunale, giovani adulti, genitori, organizzatori di eventi, così come i ristoratori e i commercianti - hanno permesso di raccogliere i primi frutti di questa campagna di prevenzione dove il consumo di alcol a livello locale si colloca nella media nazionale.

Importante il ruolo delle organizzazioni del privato sociale che hanno contribuito alla promozione della cultura di un consumo consapevole dell'alcol attraverso diverse iniziative rivolte sia alla popolazione, sia all'utenza mediante:

- opuscoli e volantini con informazioni corrette per l'accesso ai servizi e per la tipologia di prestazioni offerte;
- materiale specifico e mirato al target con informazioni e distribuzione di poster a scuole superiori e professionali, centri giovani, comuni, servizi sociali e sanitari, associazioni di categoria, associazioni varie;
- cicli di conferenze per genitori sul tema "*Giovani ed alcol*", serate di informazione alla popolazione sui rischi di abuso alcolico nei giovani e *binge drinking* e sulla dipendenza da alcol nella terza età;
- articoli ed inserzioni nei quotidiani nonché nei media online, *radiospot*;
- aggiornamento di siti internet, dove si trovano informazioni sui servizi, sulle offerte di interventi, sui materiali e pubblicazioni che possono essere consultati per anno di realizzazione o per argomento, collegamento con pagine "*Facebook*" e "*Yuotube*". La pagina [web bereresponsabile.it](http://web.bereresponsabile.it) è stata ampliata con l'introduzione di moduli interattivi: test di auto valutazione per verificare la concentrazione di alcol nel sangue, test di auto valutazione per osservare il proprio consumo collegato ai valori limite consigliati dal OSM;
- presenza di operatori a fiere e manifestazioni per informazioni e sensibilizzazione;
- rilevazione della soddisfazione sui servizi offerti mediante la somministrazione di questionari specifici;
- collaborazione fra tutti i servizi di rete che hanno compiti di intervento a tutela dei minori al fine della messa in atto di una prassi operativa condivisa tra i servizi sanitari specialistici e sociali territoriali con diversi incontri mirati ad individuare le misure di protezione a favore del bambino e ad attivare le risorse territoriali nella gestione delle famiglie con genitori con problemi di dipendenza da alcol.

P.A. TRENTO

- "*Progetto salute, alcol e fumo*" per le scuole elementari e medie.

Il progetto ha come obiettivo la formazione degli insegnanti su un percorso pedagogico di base per l'educazione razionale emotiva, derivata dalle principali "capacità di vita" (*life skills*) indicate anche dall'O.M.S. quali valide risorse educative, al fine di fornire agli alunni gli strumenti basilari per migliorare la propria assertività ed essere così in grado di dire "no" al gruppo dei pari, qualora le eventuali proposte del gruppo stesso dovessero essere in contraddizione con scelte di salute.

- Progetto “*Girandola*”.

È rivolto agli insegnanti e ad altre figure professionali attive nelle scuole dell’infanzia. Questo progetto si basa anch’esso sull’educazione razionale emotiva ed è supportato da una guida contenente tutto il materiale didattico, comprensivo di giochi, fiabe ed altri strumenti didattici da sviluppare con i bambini.

- Progetto *Scuole superiori*.

Prevede interventi nelle scuole superiori da parte degli operatori dei servizi di Alcologia.

- Progetto “*Unplugged*”.

Questo progetto è stato attivato nel corso dello scorso anno 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.

- Progetto “*Insieme per la sicurezza*”.

Anche questo progetto ha avuto la medesima genesi di “*Unplugged*” nell’ambito del Progetto “*Guadagnare salute in Adolescenza*”, sempre con fondi della Comunità Europea. L’APSS ha aderito alle proposte giunte dalla Regione Piemonte ed ha attivato varie forme di sensibilizzazione sia nei luoghi del divertimento giovanile sia in quelli più specificamente educativi, coinvolgendo anche le Forze dell’ordine locali, le associazioni sportive, il Volontariato, il Privato sociale ed altre realtà educative, in un’azione finalizzata a una maggiore presa di coscienza dei rischi sia del consumo di bevande alcoliche che, soprattutto, del loro uso connesso alla guida.

- Progetto *pilota di Peer Education*.

Il progetto pilota è inserito nel programma “*Guadagnare Salute*” ed ha come finalità quella di definire un progetto di *peer education* che, a partire dal contesto territoriale e di comunità, formi un gruppo di *peer educators* in grado di promuovere, in senso generale, sani stili di vita e, nello specifico, prevenire scelte a rischio rispetto ad un argomento di salute da loro individuato all’interno del percorso formativo.

- Progetto “*Scommesse Impertinenti*”.

Con questo progetto 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*” dal quale era stato tratto uno specifico opuscolo informativo.

- Progetto “*Pub-Disco*”.

Si concretizza in interventi a vantaggio di quella parte di popolazione che frequenta discoteche, pub e feste campestri. Il progetto prevede che davanti ai locali di ritrovo notturni o nelle feste campestri di vario tipo o feste rock sia presente un mezzo specificamente attrezzato dell'APSS, dotato di etilometro e con a bordo operatori giovani ma preventivamente preparati al fine di instaurare relazioni di dissuasione alla guida in stato di ebbrezza. Tutti gli interventi vengono effettuati in base ad antecedenti accordi con i gestori dei locali, gli organizzatori delle feste, gli amministratori pubblici e le Forze dell'ordine.

- Progetto “*Coordinamenti alcol, guida e promozione della salute*”.

I vari Servizi di Alcologia si sono fatti promotori dell'organizzazione, in tutto il territorio provinciale, di coordinamenti con le autoscuole, le Forze dell'ordine, le scuole, i Comuni e le associazioni del privato sociale, al fine di promuovere iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcolcorrelate, a partire da quelle inerenti i rischi che l'alcol presenta in relazione alla guida. I coordinamenti hanno elaborato un documento di proposte pratiche per la prevenzione del consumo di alcol da parte dei giovani. Tale documento è stato in seguito presentato come proposta operativa alla Giunta Provinciale e quindi inviato anche al competente Ministro della Salute.

REGIONE VENETO

Anche l'anno 2012 vede il permanere della fase di assenza di finanziamenti pubblici specifici dedicati alla prevenzione delle dipendenze da alcol o altre sostanze psicotrope. Nonostante l'assenza di risorse finanziarie espressamente dedicate, i servizi alcolologici, sostenuti direttamente con fondi delle Aziende unità locali socio sanitarie, hanno garantito alcune progettualità finalizzate alla prevenzione dell'abuso alcolico nel target giovani, alla diffusione di informazioni aggiornate e scientificamente corrette sui danni alcol correlati e al potenziamento delle *life skills*, le abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che su quello sociale.

L'ambito privilegiato dalle iniziative rimane quello scolastico, attraverso corsi di formazione e informazione per docenti, studenti, personale non docente e genitori, con la collaborazione tra servizio pubblico, Terzo settore, enti locali, scuole secondarie di 1° e 2° grado, istituti universitari.

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: circoli parrocchiali, autoscuole, gruppi di auto-mutuo aiuto, A.C.A.T., Al-anon., A.A., associazioni di volontariato, Agesci, AIDO, FIDAS, CRI, associazioni sportive e aziende private. Momento privilegiato per tali attività è il mese di aprile,

dedicato alla prevenzione della dipendenza da alcol con iniziative denominate «*Aprile mese di prevenzione alcologica*».

Alcune Aziende unità locali socio sanitarie della Regione hanno avviato in termini sperimentali il programma preventivo nazionale di comunità denominato “*Guadagnare Salute*”. L’iniziativa di prevenzione e promozione della salute, operativamente attivata nel 2012 con l’acquisizione di risorse umane, mira a sviluppare, nelle comunità di uno specifico territorio, la 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. Il focus delle progettualità territoriali è rivolto in particolare all’uso di alcol e agli eccessi tra i giovanissimi, alla sicurezza negli ambienti di lavoro e sulle strade, al divertimento notturno e nei luoghi di aggregazione giovanile e popolare, nonché agli stili educativi in adolescenza.

Nell’alveo del programma “*Guadagnare Salute*”, nel corso del 2012 ha trovato naturale collocazione una nuova iniziativa di tipo informativo sui problemi alcol correlati, rivolta esclusivamente agli operatori socio-sanitari delle Aziende unità locali socio sanitarie venete. L’iniziativa è denominata “*Non solo cura, ma cultura*”.

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.). In tutto il territorio regionale è stato quindi dato avvio alla prima fase del progetto finalizzata all’ambito informativo. L’iniziativa ha l’obiettivo di creare una rete alcologica tra tutte le Aziende unità locali socio sanitarie della regione 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 e valutazione epidemiologica «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 gli incontri con insegnanti delle scuole secondarie di II grado (Galilei e Deledda) volti ad implementare il programma “*Paesaggi di prevenzione*”; incontri con i ragazzi delle scuole secondarie di II grado (Nordio, Deledda, Volta,

Dante, Ziga Zois) volti ad implementare il progetto regionale CCM “*Sicura Mente*”. Prosecuzione degli incontri di monitoraggio e supporto alla progettazione con insegnanti delle scuole secondarie di I grado (Svevo, Dante, Corsi) volti ad implementare il progetto *Unplugged*.

Si è svolto a Trieste, dal 25 al 27 ottobre 2012, il Convegno Nazionale: “*Le Regioni e le Province Autonome si interrogano sui problemi alcol correlati*”.

REGIONE LIGURIA

Gli interventi di educazione alla salute e prevenzione sono stati attivati soprattutto nelle scuole, sia medie inferiori che medie superiori.

In particolare, come previsto dal progetto “*UNPLUGGED*” attivo da anni sul territorio, 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.

Successivamente alla 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 *équipes* di prevenzione e *blogs* informativi relativamente alle iniziative intraprese.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 ha previsto, nel capitolo sulla prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze), il progetto “*Media Education per la promozione della salute e del Benessere degli adolescenti*”. Il fine è quello di favorire la nascita, la crescita e il consolidamento di un gruppo regionale della *Media Education*, per riportare le iniziative in atto in una cornice metodologica condivisa in tutto il territorio regionale e caratterizzata da approcci multidisciplinari, nella consapevolezza che i mutamenti sociali e tecnologici determinati dai media vadano affrontati con conoscenza e consapevolezza.

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 non salutari (alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol).

Nel corso dell'anno 2012 ha continuato ad operare la rete di contatti sulla sicurezza stradale già predisposta negli anni precedenti (ACI, Regione Liguria, scuole guida, scuole del territorio).

In Liguria sono attivi progetti di Prevenzione degli incidenti stradali da uso di alcol che prevedono corsi di formazione rivolti agli insegnanti referenti del patentino e allenatori sportivi.

Al fine di sensibilizzare tutta la popolazione ai rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza, sono proseguite le iniziative nei contesti di divertimento e sagre, attraverso la divulgazione di materiale informativo e somministrazione gratuita dell'alcol test.

Offerta specifica è stata dedicata alla popolazione femminile.

In collaborazione con la sezione ligure della Società Italiana di Alcologia è stato organizzato e realizzato il 6/12/2012 il Convegno "*Alcologia a Savona*".

La Regione Liguria, in collaborazione con il gruppo interregionale Alcol, ha attivamente preso parte alle varie fasi del Convegno Nazionale Alcol: "*Le regioni e le province autonome si interrogano sui problemi alcol correlati: politiche, strategie, organizzazione dei servizi*" che si è svolto a Trieste a ottobre 2012, partecipando con rappresentanti ed esperti del mondo alcolologico alle varie sessioni e coordinando l'area tematica Alcol e trapianti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

L'attività di promozione della salute riferita ai consumi di alcol è contenuta nel Capitolo "Programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute" in riferimento al Programma Nazionale Guadagnare Salute nel piano Regionale della Prevenzione 2010/2012.

I progetti attivi in Regione hanno coinvolto i seguenti settori:

- Interventi nelle Scuole.
- Luoghi del divertimento.
- Salute negli ambienti di lavoro.
- Guida sicura.
- Cittadinanza in generale.

REGIONE TOSCANA

Il Piano Sanitario Regionale prevede tra gli obiettivi la formazione 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 ecc.. 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 pops*”.

In ottemperanza a tali disposizioni nel corso del 2012 numerose sono state le iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati in linea con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale; le azioni ed i progetti realizzati sul territorio regionale hanno consentito la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- programmi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie di I e II grado;
- promozione della partecipazione ai gruppi territoriali di familiari degli alcolisti con lo scopo di ampliare la conoscenza dei problemi e patologie alcol correlate;
- interventi di sensibilizzazione rivolti ad agenti sociali particolarmente coinvolti nella prevenzione delle problematiche e patologie alcol correlate, come Misericordia, Protezione Civile, ecc.;
- 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;
- 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 *targets* di popolazione maggiormente a rischio (soprattutto giovani, adolescenti, pre-adolescenti, donne in gravidanza, detenuti, neopatientati) con la collaborazione di altre agenzie formative (Università, Agenzia regionale della formazione, formazioni aziendali quali quelle di 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 dalle 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.

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 Alcologia ed è coordinata da una figura professionale specificamente individuata.

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. A questo proposito, si segnala un'evoluzione metodologica che ha visto una maggiore attivazione dei docenti, ora non si parla più di supervisione ma di pari-visione con i docenti.

Sono state affiancate iniziative di informazione e prevenzione in contesti extrascolastici, in particolare società sportive, attivazione di iniziative e sportelli di ascolto sui problemi alcol correlati in contesti di comunità locale (circoscrizioni, 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.

REGIONE MARCHE

I diversi Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche hanno attivato vari progetti per favorire nel loro territorio di competenza una maggiore conoscenza dei danni provocati dall'abuso continuo di alcol. I nomi dei progetti sono i più svariati - "*Alziamo la media*", "*Progetto Alcol*", "*Alcol Sicuro*", "*Giovani, Alcol e Guida*", "*Familylife*", ecc.- ma tutti hanno l'obiettivo comune di rivolgersi ad un target adolescenziale, che ancora frequenta la scuola media inferiore e superiore.

Con queste iniziative si vuole in particolare prevenire lo stato di disagio adolescenziale collegato all'uso e abuso di alcol, cercando di indagare e di intervenire sulle abitudini e informando i giovani dei rischi legati all'uso incondizionato di bevande alcoliche.

A questi progetti hanno collaborato, ed in alcuni casi anche partecipato, oltre che i referenti dei diversi Servizi Territoriali per le Dipendenze Patologiche, anche le Forze

dell'ordine, le associazioni sportive, i gestori di esercizi pubblici, i CAT e i medici di base.

Di particolare rilievo è il progetto “*Festival dell'educazione*” che ha previsto l'organizzazione di cinque giornate di iniziative pubbliche e nelle scuole per promuovere la salute tra i giovani, svoltosi a Jesi (AN) a cura del Dipartimento Dipendenze Territoriale.

REGIONE LAZIO

Sono state numerose le azioni di prevenzione primaria e secondaria, specialmente quelle rivolte agli alunni delle scuole secondarie. A tale riguardo si evidenzia l'adesione di varie scuole del territorio a corsi di formazione presieduti da personale specialistico in merito alla prevenzione ed i rischi connessi all'uso dell'alcol.

Cinque ASL territoriali hanno organizzato azioni di prevenzione primaria ed educazione sui problemi alcol correlati mediante l'affissione di locandine e posters nei punti di maggiore affluenza dell'utenza nell'Azienda.

E' stato attivato un corso sulla prevenzione svolto da personale sanitario e destinato alle famiglie ed ai gruppi di auto-aiuto.

REGIONE ABRUZZO

In occasione del “*Mese della prevenzione alcolologica*” tutti i servizi di Alcolologia della Regione Abruzzo si sono impegnati nella realizzazione di un'attività di prevenzione circa i rischi legati all'uso delle bevande alcoliche, che si è articolata in più eventi.

Per contribuire a diffondere la cultura della sicurezza alla guida e promuovere un comportamento di sobrietà, sono stati distribuiti pieghevoli elaborati grazie al Progetto regionale sovvenzionato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità “*Sobri alla guida*”. I materiali informativi illustrano con vignette gli effetti dell'alcol alla guida e sono stati distribuiti nei principali punti di erogazione di prestazioni sanitarie del territorio della ex-ASL di Chieti agli studenti di vari Istituti scolastici della città e nelle Sedi Universitarie.

Nel 2012 il Ser.T. di L'Aquila ha aderito al Progetto “*Provincia sicura al 100% verso il 2012*” di cui è stata capofila la Provincia dell'Aquila in *partnership* con i comuni di L'Aquila, Avezzano, Sulmona, Castel di Sangro, Croce Rossa Italiana-L'Aquila, Forze dell'Ordine, ACI-L'Aquila ed ASL 01. Le attività previste nel progetto, che ha coinvolto studenti di scuola media superiore, sono confluite in una strategia caratterizzata dal diretto coinvolgimento dei giovani e dalla promozione dei concetti legati alla sicurezza stradale attraverso messaggi positivi, con l'obiettivo di contrastare

le cosiddette “*stragi del sabato sera*” e diffondere sul territorio una adeguata conoscenza del Codice della Strada, basata su azioni di prevenzione e sull'assunzione di stili di vita più responsabili. La metodologia utilizzata ha previsto lezioni frontali alternate a filmati e a narrazioni di *testimonial* ex alcolisti.

Nell'anno di rilevazione è stata, inoltre, garantita la partecipazione dei servizi al progetto Ministeriale “*Insieme per la sicurezza: moltiplichiamo le azioni preventive*” iniziato nel 2011, a cui la Regione Abruzzo ha aderito e la ASL Lanciano Vasto Chieti è la capofila. Per l'area della ex ASL di Chieti è stata attuata l'azione prevista, cioè l'intervento nei contesti educativi consistito in un corso, articolato in tre moduli, rivolto agli insegnanti delle Scuole.

Grazie ad un finanziamento regionale, assegnato dal Ministero della Salute per le finalità di cui alla L.125/2001 per interventi in materia di danni alcol correlati nell'area dell'informazione/educazione, sono stati realizzati spettacoli teatrali sul consumo e l'abuso di sostanze alcoliche rivolto agli studenti di alcune scuole della regione che hanno aderito al progetto Ministeriale di prevenzione “*Insieme per la sicurezza-moltiplichiamo le azioni preventive*”; l'iniziativa ha visto il coinvolgimento di oltre 1000 ragazzi.

In continuità con il progetto di prevenzione iniziato nel 2008, presso la Caserma Berardi di Chieti sono stati effettuati incontri informativi sui rischi alcol correlati, in particolare quelli relativi alla guida, destinati alle nuove giovani reclute che vengono accolte annualmente presso la Caserma.

REGIONE MOLISE

Le attività che hanno impegnato i servizi per le dipendenze al fine di facilitare la diffusione della conoscenza in merito alle problematiche legate all'uso dell'alcol sono le seguenti:

- collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto Club Alcologici Territoriali (C.A.T.) e Alcolisti Anonimi (A.A.);
- promozione della salute e degli stili di vita liberi da problemi alcol correlati, con l'intento di diffondere le informazioni a strati sempre maggiori della comunità, con il contributo dei C.A.T.;
- Giornate di prevenzione alcologica:
 1. “*Frena l'alcol fai correre la vita...*” organizzata dall'Associazione Regionale Club Alcologici Territoriali (A.R.C.A.T. Molise);
 2. “*I Giornata carovillese della prevenzione, di sensibilizzazione dell'alcoldipendenza e delle patologie correlate*”, realizzata con la distribuzione ed illustrazione di materiale informativo in collaborazione con il Comando locale dei Carabinieri che ha effettuato una dimostrazione sull'utilizzo dell'etilometro;

- informazione rivolta alla popolazione sugli effetti del fumo, delle droghe e delle bevande alcoliche con un'analisi critica dei comportamenti a rischio. Nell'intervento di prevenzione sono stati coinvolti anche i gestori dei locali di intrattenimento notturno per sensibilizzarli sul *guidatore responsabile*, una persona che ricopra il ruolo di autista astenendosi dal consumare alcolici ed assumendosi la responsabilità di garantire il rientro a casa di tutti i componenti del gruppo in condizioni di sicurezza. Inoltre, si è avuto il coinvolgimento degli alunni delle scuole elementari che hanno realizzato disegni inerenti la prevenzione dell'abuso etilico;
- contrasto al disagio e promozione del benessere psicofisico, con l'ausilio del *Brain storming* e del *Circle time*, negli Istituti d'istruzione secondaria di II grado;
- prevenzione ed educazione sanitaria con gli utenti del Ser.T. e, quando possibile, anche con le rispettive famiglie;
- incontri su tematiche relative alle dipendenze e all'alcolologia con gli alunni delle scuole elementari e medie;
- attivazione di un centro d'ascolto rivolto agli studenti degli istituti d'istruzione secondaria di II grado;
- sensibilizzazione sul tema dell'alcol e della prevenzione nelle scuole superiori con interventi mirati all'educazione alla salute.

REGIONE CAMPANIA

- In tutto l'ambito regionale sono state svolte campagne di informazione finalizzate alla prevenzione alcolologica di comunità.
- Un'attenzione particolare è stata rivolta agli interventi di prevenzione alcolologica nelle scuole medie inferiori e superiori. I temi trattati hanno riguardato soprattutto alcol e patologie correlate, alcol e sicurezza alla guida, alcol e gravidanza. Il metodo usato è stato quello della *peer education*. Importante è la collaborazione con i C.I.C. (centri di informazione e consulenza) operanti nelle scuole.
- Numerose attività in tutta la regione sono state realizzate nei luoghi di divertimento giovanile; grazie anche all'uso di Unità Mobili si sono potuti raggiungere moltissimi giovani.
- Sono state promosse iniziative di collaborazione con i gestori dei locali e organizzatori di eventi con lo scopo di informare soprattutto i giovani sui rischi e i danni causati dall'alcol in modo efficace, con particolare riguardo ai rischi connessi alla guida in condizioni di ebbrezza.
- Collaborazione con le Prefetture, con l'ACI e la Polstrada per promuovere campagne di prevenzione degli incidenti stradali.

- Nell'ambito del programma di educazione sanitaria per la prevenzione degli incidenti stradali, numerosi sono stati i progetti di prevenzione attivati sul territorio; si citano:

- a) progetto “*Scegliere la strada della sicurezza*” realizzato dalla ASL Napoli 3 Sud e finanziato dalla Regione Campania. Il progetto si muove attraverso tre filoni: scuola, autoscuole e momenti di prevenzione. Il progetto prevede la presenza costante degli operatori per gli eventi di piazza, Bar, Concerti e Discoteche
- b) prosecuzione del progetto denominato “*On the Road*” da parte dell'Unità Psicosociale di Nola presso quasi tutti gli istituti superiori dell'agro Nolano.

REGIONE PUGLIA

Come ogni anno sono stati promossi e realizzati, in collaborazione con le scuole, soprattutto medie inferiori e superiori, interventi di prevenzione rivolti ad alunni, insegnanti e genitori. E' da segnalare che, in certi contesti territoriali, tali iniziative si sono ridotte, rispetto agli anni precedenti, stante la scarsa disponibilità di personale dovuta alle politiche di blocco del *turn over*.

Si segnalano, comunque, alcune iniziative progettuali di particolare rilevanza.

Innanzitutto la Regione Puglia, a suggello del protocollo d'intesa istituito tra Ufficio scolastico regionale e Assessorato alle Politiche della Salute, tramite il Servizio di assistenza territoriale e prevenzione, ha varato nel 2012 il primo “*Piano strategico regionale per la Promozione della salute nella scuola*”, che contiene al proprio interno una catalogo di progetti di prevenzione da attivare nelle scuole. Tra questi citiamo:

- il progetto “*Insieme per la sicurezza*”, che riguarda la prevenzione degli incidenti stradali correlati all'uso di alcol e di sostanze psicotrope, progetto già inserito nel programma nazionale “*Guadagnare salute*”. Il progetto è stato attivato nelle ASL di Foggia, Brindisi e Taranto coinvolgendo 300 classi e circa 6000 alunni, mentre nelle altre ASL sono stati attivati percorsi formativi per docenti e operatori.
- Il “*Progetto Unplugged EU-Dap*”, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte e della Regione Puglia, attivato per il 2012 nelle ASL di Brindisi e Taranto con attività di formazione degli operatori e dei docenti.
- Il progetto “*Alcol, piacere di conoscerti*”, attivato presso la Asl di Lecce.

Altre iniziative realizzate nel 2012, oltre a quelle inserite nel catalogo regionale, sono le seguenti:

- Nell'ambito del Piano Sociale di Zona il Comune di Bari, in collaborazione con la ASL BARI e l'Ufficio Scolastico Regionale, hanno realizzato un progetto denominato “*IO NON DIPENDO*”. Il programma si è posto come obiettivo generale quello di realizzare interventi di prevenzione e sensibilizzazione sui rischi legati alle dipendenze in genere, con particolare attenzione alle tossicodipendenze e all'alcoldipendenza.

- Nella ASL di Lecce si è portato a compimento il “*Progetto GSA – Fuori Posto – Safe Night*”, progetto di prevenzione al consumo di alcol e sostanze psicoattive.

REGIONE BASILICATA

Attività di informazione e sensibilizzazione sui rischi legati al consumo di alcol e sostanze stupefacenti nelle scuole superiori del territorio regionale. In particolare si menziona l’iniziativa di prevenzione su alcol e pubblicità che ha visto il coinvolgimento dei rappresentanti di classe dell’Istituto Alberghiero di Potenza con l’utilizzo dei media contemporanei.

Scuola alcologica per i detenuti della Casa Circondariale di Potenza.

Campagna informativa rivolta ai giovani partecipanti agli eventi musicali di Basilicata-Music-Net con distribuzione di materiale informativo e di etilometri.

Partecipazione all’evento: “+ *Spirito –Alcol = la comunicazione al servizio della prevenzione*”. Spot antialcol della Compagnia teatrale “*La Ricotta*”.

Campagna informativa contro l’alcolismo rivolta alla popolazione generale dei Comuni di Potenza, Vaglio (convegno e mostra), Avigliano, Filiano.

REGIONE CALABRIA

Diversi i progetti di informazione, prevenzione e educazione sui danni alcol correlati realizzati nelle cinque Aziende Sanitarie Provinciali.

Le campagne informative e di sensibilizzazione hanno coinvolto Medici del lavoro, Enti Locali, Istituti Scolastici, Associazioni Sportive e di Volontariato.

Di seguito si elencano le azioni principali:

- utilizzo di operatori di strada per avvicinare i giovani nei luoghi di aggregazione e informarli sui rischi legati al consumo di alcol e droghe;
- interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori. In particolare, si segnala il lavoro svolto in ambito scolastico presso le seconde classi degli Istituti Superiori, utilizzando materiale didattico già sperimentato e prodotto dalla regione Piemonte e dall’ISS;
- progetti CIC nelle scuole medie superiori con utilizzo del materiale prodotto dall’Istituto Superiore di Sanità;
- progetto sperimentale “*Luoghi di prevenzione*”.

La Regione Calabria, nell’ambito della progettazione CCM e del PRP 2010-2012, ha affidato l’attuazione di un piano provinciale sperimentale denominato “*Luoghi di Prevenzione*” ad un Servizio per le dipendenze, che in collaborazione con l’Ufficio Scolastico Regionale ha realizzato interventi di prevenzione e sensibilizzazione

relativamente ai comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e sostanze psicoattive rivolto ai ragazzi delle scuole medie inferiori, avvalendosi di laboratori specifici nei quali gli studenti e i loro docenti, secondo un calendario concordato, sono stati accolti per la relativa attività di sensibilizzazione.

REGIONE SICILIA

Nel Corso del 2012 sono state avviate diverse campagne informative rivolte a studenti, docenti, gruppi di volontariato, associazioni sportive, extracomunitari, nei luoghi di lavoro e nei luoghi maggiormente frequentati dai giovani.

Sono state organizzate campagne di sensibilizzazione sugli effetti della guida di veicoli e motoveicoli in stato di ebbrezza.

REGIONE SARDEGNA

Si sono svolti numerosi incontri di sensibilizzazione nel territorio regionale con gli amministratori comunali, gli operatori sociali, le associazioni culturali e di volontariato, le associazioni sportive e i CAT, allo scopo di pianificare le azioni preventive e studiare le situazioni relative agli adolescenti e alle famiglie con problemi alcol correlati.

Nei confronti degli studenti, dei loro familiari e dei docenti delle scuole medie di primo e secondo grado si sono intraprese iniziative di prevenzione e di informazione e incontri di sensibilizzazione relativi ai rischi inerenti al consumo di bevande alcoliche.

Nell'ambito delle manifestazioni culturali, agroalimentari e festive, in particolare durante le settimana del carnevale, le AASSLL hanno provveduto a partecipare con *stand* informativi sui problemi alcol correlati, con distribuzione di *brochure* e materiale informativo e nello specifico è stata proposta l'elaborazione del miglior *slogan* sul contrasto all'uso/abuso di alcol per i carri allegorici del carnevale 2012 con conseguente premiazione.

Nell'anno 2012 è stato inoltre approvato da parte della RAS il progetto di prevenzione "*Alcol e Giovani: Nuove strategie per capire*". Il Progetto si propone di rafforzare nel territorio della ASL le attività preventive già avviate in questi anni.

Realizzazione del progetto sulla "*Promozione del benessere e della salute mentale degli adolescenti*" con elaborati su: "*Crea lo spot televisivo e radiofonico contro l'uso dell'alcol*", in cui i ragazzi presentano i loro *spot*.

Il Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati ha organizzato:

- un'attività formativa di gruppo che consta di lezioni tenute dallo psichiatra rivolte ad un massimo di 25 persone già inserite nel percorso terapeutico-riabilitativo, espletate in 14 incontri settimanali della durata di 60 minuti, con l'ausilio di materiale audiovisivo, su tematiche quali biologia dell'alcolismo, sistema nervoso centrale e sistema della gratificazione, ricaduta alcolica, disturbi psichiatrici e internistici in comorbilità, disturbi del comportamento e illegali;
- interventi psicoeducativi individuali e di gruppo rivolti ai pazienti e ai familiari, finalizzati all'assunzione di un ruolo attivo nella gestione della patologia e del suo trattamento farmacologico, che consenta, inoltre, l'individuazione dei primi segni di scompenso e la gestione della crisi.

Il Direttore del Centro ha partecipato in qualità di relatore esperto a Corsi e Convegni a carattere regionale e nazionale.

5.4. Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto

REGIONE PIEMONTE

ASL TO2:

Percorso formativo/supervisione *“Il lavoro clinico nell’équipe multi professionale del Servizio di Alcologia”*, rivolto agli operatori del Servizio di Alcologia.

ASL TO3:

- Attivazione di un gruppo di lavoro su incidenti stradali nell’ambito delle attività previste dal progetto regionale *“Attività di sorveglianza incidenti stradali”*.

- Percorso formativo *“Cocaina e alcol: l’approccio cognitivo comportamentale”*, finalizzato all’acquisizione di tecniche e strumenti specifici per la presa in carico.

- Gruppo di lavoro progetto formativo aziendale *“Early Alcol screening e intervento breve”* identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e intervento breve, rivolto a medici di medicina generale, medici ospedalieri e personale sanitario del territorio del pinerolese.

ASL AL:

Ciclo di incontri congiunti tra personale Ser.T. e personale della Psichiatria su tematiche alcolologiche con particolare riferimento a casi di doppia diagnosi.

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 CN2:

Prosecuzione di un percorso formativo sulle problematiche relative all’integrazione dei servizi in campo alcolologico finalizzato alla presa in carico globale del paziente.

ASL NO:

“Alcol e sport, vince chi non beve”, intervento di tipo formativo nell’ambito della manifestazione *“Sport Live”*, organizzata dal comune di Galliate, rivolto a operatori delle associazioni del volontariato del soccorso al fine di incrementare la conoscenza specifica degli effetti derivanti dall’eccessivo consumo di alcolici prima e durante la pratica dell’attività sportiva.

Intervento all'interno del corso formazione OSS, progetto informativo-formativo rivolto a operatori socio-sanitari del consorzio Ovest-Ticino di Galliate, con l'obiettivo di informare-formare gli operatori socio-sanitari sui rischi dell'uso di sostanze alcoliche e stupefacenti.

ASL VCO:

“*Il counselling alcolologico motivazionale*”, seminario di formazione organizzato in due giornate, obbligatorio per tutti gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO - Associazione ALISEO Onlus:

- Seminario di formazione, realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze TO1 Ovest. La formazione si è articolata in quattro momenti sui temi: attaccamento, trauma, dipendenza, cronicità nelle dipendenze e, infine, spunti di riflessione all'interno di un servizio per le dipendenze.

- Attività di formazione, supervisione e supporto al gruppo volontari del centro ascolto dell'Associazione San Lorenzo dei Romeni. Produzione e distribuzione di materiale cartaceo illustrativo di tipo informativo.

REGIONE LOMBARDIA

Le iniziative hanno riguardato percorsi proposti soprattutto al personale docente delle scuole, ai medici di medicina legale, medici della Commissione patenti, conduttori di mezzi pubblici e operatori del Terzo Settore.

Il progetto “*Life Skills Training Program*” prevede la formazione di operatori delle Asl, afferenti ai dipartimenti Dipendenze, e la formazione degli insegnanti che in seguito applicheranno le strategie educative/preventive nelle classi.

P.A. BOLZANO

Il personale dei servizi pubblici ha partecipato a formazioni specifiche, a seminari e convegni specialistici che hanno permesso di acquisire esperienze e competenze volte a garantire la qualità delle prestazioni agli utenti. Anche il personale delle organizzazioni private convenzionate, in quanto parti integranti del Sistema dei servizi previsto dalla legge provinciale di settore, ha partecipato a diversi congressi, corsi di aggiornamento e supervisione, organizzati a livello locale, nazionale ed internazionale.

P.A. TRENTO

Sono state organizzate e realizzate giornate di aggiornamento e corsi specifici per operatori dei servizi di Alcologia e dei Clubs degli alcolisti territoriali da parte dell'APSS.

Sono state organizzate e realizzate tre “*Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi*” rivolte anche agli operatori sanitari pubblici.

REGIONE VENETO

Sono proseguite anche nel corso del 2012 le proposte formative e di aggiornamento su temi alcolologici del personale impiegato nei servizi alcolologici della Regione, organizzate per la maggior parte dalle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie. Quasi tutti i Dipartimenti organizzano direttamente iniziative di formazione e aggiornamento, aumentando in termini quantitativi l'offerta formativa prodotta dalle Aziende Ulss.

L'anno 2012 si è caratterizzato inoltre per lo sviluppo del progetto regionale “*Alcol, non solo cura ma cultura*”, un'iniziativa ambiziosa estesa in tutta la Regione che si propone di attivare un processo culturale di sensibilizzazione sulle problematiche socio-sanitarie 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.

Ulteriori opportunità formative, riproposte da diverso tempo, favoriscono l'avvicinamento alle tematiche alcolologiche di nuove persone sia a livello professionale che volontario, come ad esempio le “*Settimane di sensibilizzazione alcolologiche*” ed altre giornate organizzate sulla base dell'approccio Ecologico Sociale.

Altre iniziative riguardano tematiche specifiche e sono volte allo sviluppo di competenze particolari, come ad esempio la gestione del programma informatico M.F.P., la realizzazione di materiale informativo che possa essere utilizzato con i più moderni strumenti di comunicazione, ecc.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Per quanto riguarda la formazione in campo alcolologico, diverse progettazioni locali hanno previsto momenti formativi per il personale coinvolto; molti di questi sono stati accreditati ECM.

Si menzionano, ad esempio: il corso a tutti gli operatori del dipartimento delle dipendenze di Trieste sui problemi alcol correlati e sul funzionamento della SC dipendenza da sostanze legali e la formazione obbligatoria proposta dall'ufficio

informatizzazione aziendale dell'Ass n°4 "Medio Friuli" dal titolo: "La Famiglia e la Rete dei Servizi", giugno 2012.

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;
- progetto interdipartimentale di formazione/informazione sulla Sindrome Feto-Alcolica.

REGIONE EMILIA- ROMAGNA

Per quanto riguarda la formazione in campo alcolologico, diverse progettazioni locali prevedono momenti formativi per il personale coinvolto.

Si ricorda, a tale proposito, che ogni Azienda USL della Regione ha nominato un proprio professionista come "referente alcolologico aziendale", con il compito di orientare e coordinare su quel territorio le azioni in campo alcolologico, sia per ciò che riguarda la cura sia per ciò che riguarda la sensibilizzazione e la formazione.

Nell'anno 2012 si segnala l'evento formativo che ha coinvolto le Regioni nella preparazione e realizzazione di un seminario delle Regioni sull'alcol, svoltosi a Trieste nel mese di ottobre. Nei mesi che hanno preceduto l'evento, si è svolto nella Regione Emilia Romagna un intenso lavoro di approfondimento che ha coinvolto i diversi gruppi tematici già attivi, portando a Trieste un contributo significativo.

REGIONE TOSCANA

- Corsi di formazione e aggiornamento in terapia cognitivo comportamentale ad orientamento individuale e di gruppo rivolti a tutti gli operatori.

- Corsi di formazione e aggiornamento sul tema "alcol e guida" degli operatori dell'équipe alcolologica Ser.T e del comitato "NON LA BEVO" per volontari della Misericordia di Lido Camaiore.

- Corsi di formazione e aggiornamento su “*La comunicazione con l’utenza affetta da dipendenza*” per il personale U.U.F.F. del Ser.T di Lucca e della Valle del Serchio.
- Corsi di formazione e aggiornamento a livello dipartimentale su problematiche dei disturbi di personalità e comportamenti di abuso e dipendenze con Aziende Sanitarie e Università su temi specifici (alcol e donne, alcol e giovani, prevenzione, alcol e lavoro, incidenti stradali, detenzione, patologie e problemi alcol correlati, ecc.).
- Collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità nella formazione sull’Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB).
- Partecipazione alla Conferenza Nazionale delle Regioni sull’alcol, tenutasi a Trieste nei giorni 25, 26 e 27 ottobre 2012, e ad altri corsi intra-aziendali, seminari, momenti di studio e convegni su tematiche alcolologiche (relativi al rapporto dell’alcol con lo sport, i giovani, le patenti, il carcere, la cartella clinica, la marginalità sociale, ecc.).
- Diffusione della Rivista “*Alcologia*”, con la segreteria editoriale del Centro alcologico regionale toscano.
- Razionalizzazione e ottimizzazione dei vari livelli formativi presenti nella Regione Toscana con la collaborazione del CAR, con l’intento di definire un progetto formativo regionale in campo alcologico.
- Promozione alla partecipazione dei corsi di sensibilizzazione ai problemi alcol correlati e complessi (metodologia Hudolin) per gli operatori.
- Realizzazione e pubblicazione di lavori scientifici con la collaborazione del Centro alcologico regionale della Toscana.

REGIONE UMBRIA

La Regione Umbria organizza annualmente corsi di formazione rivolti agli operatori dell’area delle dipendenze, che prevedono la partecipazione anche degli operatori dell’alcologia. Nel 2012 è stato realizzato, in collaborazione con il Provveditorato regionale dell’Amministrazione penitenziaria, il corso di formazione “*Paradigma riabilitativo: la gestione delle misure alternative alla detenzione per persone alcol/tossicodipendenti nella rete territoriale*”. Al corso hanno partecipato operatori dei servizi delle ASL, dell’UEPE – PRAP, dei servizi sociali dei Comuni e del privato sociale, con l’obiettivo di potenziare e migliorare il ricorso alle misure alternative al carcere.

Sono state completate le azioni di formazione inerenti le attività di educazione alla salute e prevenzione, compreso il tema dell'alcol, rivolte agli operatori sociosanitari ed aperte a docenti delle scuole medie superiori.

Sono state espletate attività di formazione sui temi del sistema informativo per le dipendenze e dell'epidemiologia al fine di implementare la rete informativa regionale per le dipendenze.

REGIONE MARCHE

Alcuni servizi territoriali hanno attivato corsi specifici per il continuo aggiornamento del proprio personale, con giornate di formazione in tema di alcologia, con particolare riferimento all'intervento breve.

In altri casi gli operatori hanno comunque partecipato a percorsi formativi su temi alcologici previsti dal programma ECM.

REGIONE LAZIO

Sono stati organizzati eventi formativi a carattere prevalentemente multidisciplinare, ai quali hanno partecipato molte differenti figure professionali provenienti dalle AASSLL e a vario titolo coinvolte nella cura ed assistenza delle patologie alcologiche.

Sono stati organizzati incontri con i medici di medicina generale, ai quali è stato distribuito anche materiale informativo adeguato.

REGIONE ABRUZZO

Il personale operante nei servizi alcologici regionali, malgrado le difficoltà tecniche e organizzative di partecipazione a incontri formativi spesso effettuati fuori sede, viene, comunque, costantemente aggiornato e formato.

Viene condotto, in tutti i Servizi della regione, un autoaggiornamento attraverso riunioni cliniche di tipo organizzativo.

Nel 2012 gli operatori Ser.T. hanno partecipato a specifici corsi di aggiornamento e formazione su temi alcologici e di sicurezza sul lavoro, sia in qualità di discenti che di relatori.

REGIONE MOLISE

Il personale che opera nell'ambito dell'alcoldipendenza ha libero accesso ai vari corsi e/o convegni concernenti l'aggiornamento professionale relativo alle attività di competenza e di interesse.

Altre attività di questo tipo hanno riguardato:

- il tirocinio in tema di *“Alcologia e problematiche alcol correlate”* nell'ambito della formazione triennale dei medici di medicina generale, promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise - A.S.Re.M.;
- la formazione specifica in alcologia *“Sostanze d'abuso (compreso alcol) - Diagnosi e piani di trattamento”* indirizzato agli infermieri professionali, realizzato in collaborazione con il Collegio Interprovinciale IPASVI;
- gli incontri di sensibilizzazione riguardanti *“Le modalità del lavoro di rete nei problemi alcol correlati nel corso del Mese della Prevenzione Alcolologica”* rivolto agli operatori dei servizi sociali e del volontariato, promosso dall'A.R.C.A.T. - Molise.

REGIONE CAMPANIA

Avvio di un percorso di rielaborazione dei modelli culturali e organizzativi dei servizi allo scopo di costruire un modello integrato e aperto capace di intercettare e accogliere la domanda di presa in carico e di intervento di un'utenza sempre più complessa sul piano dei consumi e in continua evoluzione.

Per favorire la formazione degli operatori, prevalentemente attraverso corsi aziendali, si è programmata un'attività di riqualificazione degli stessi e di formazione di base per i volontari del Terzo Settore, al fine di acquisire un comune terreno culturale e poterlo poi condividere.

In tal senso i momenti formativi permettono di:

- a) acquisire con la partecipazione di docenti universitari, operatori ed esperti, conoscenze scientifiche di base;
- b) favorire l'integrazione operativa tra le diverse professionalità attraverso il lavoro di gruppo, l'apprendimento pratico delle sue metodologie, l'integrazione delle specifiche conoscenze acquisite;
- c) elevare complessivamente il livello di integrazione tra i diversi operatori e tra gli interventi di prevenzione e sorveglianza, incidendo sulla qualità e quantità delle prestazioni rese.

La ASL Napoli 3 Sud - UOC Ser.T di Nola ha curato un progetto formativo presso il Commissariato di Nola *“Devianza e personalità tossicodipendente”* articolato in cinque seminari a cadenza settimanale della durata di sei ore per un totale di venti ore. Il corso riguardante la Normativa di riferimento (T.U. 309/90, art.186) in tema di guida in stato di ebbrezza, si è occupato anche delle tematiche alcologiche.

REGIONE PUGLIA

Nel 2012 l'amministrazione regionale non ha potuto organizzare iniziative tese a garantire adeguati livelli di formazione del personale dei servizi. Tale compito, pur nei limiti delle risorse disponibili, è stato assicurato dalle singole aziende sanitarie a tutta l'*équipe* alcolologica, favorendo la partecipazione a vari corsi organizzati dalla Federserd, dall'I.S.S. di Roma, dall'Acudipa, SITD, sulle tematiche relative all'alcolismo e ai rischi correlati.

REGIONE BASILICATA

Corso di formazione e supervisione sui casi clinici, sull'organizzazione del servizio e sulle dinamiche relazionali in *équipe*, denominato "*L'intervento sui consumi patologici di droghe: presa in carico ed assessment*" curato dal dr. Maurizio Coletti, psicoterapeuta, consulente internazionale sulle dipendenze patologiche e direttore della rivista scientifica Itaca e dell'Istituto di formazione IEF COS di Roma.

REGIONE CALABRIA

Le cinque Aziende Sanitarie Provinciali hanno predisposto iniziative formative e di aggiornamento del personale sui problemi e le patologie alcol correlate.

REGIONE SICILIA

In diverse realtà provinciali sono stati effettuati corsi di formazione rivolti sia al personale operante nei Ser.T sia al personale operante in strutture private accreditate.

In alcune Province sono stati effettuati corsi di formazione per i docenti delle scuole.

REGIONE SARDEGNA

L'ASL di Olbia ha organizzato un corso di formazione relativo all'alcol e ai problemi alcol correlati, rivolto agli operatori del DSMD e agli operatori delle Comunità terapeutiche e delle Associazioni di Volontariato che operano nel settore, tenuto da operatori dell'*équipe* alcolologica del Ser.D.

È stato curato il mantenimento di un adeguato livello di formazione e aggiornamento degli operatori mediante la partecipazione a congressi e convegni a livello nazionale, regionale e locale, tra cui il Congresso Nazionale AICAT (Pisa, settembre 2012) e i

Forum Nazionali per la formazione dei Club Alcolologici Territoriali di Napoli (Gennaio 2012) e Iglesias (Giugno 2012).

Il Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati ha organizzato cicli periodici di formazione intra-aziendale con l'intervento di esperti nelle discipline alcol correlate.

5.5. Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario

REGIONE PIEMONTE

ASL TO1 – Collaborazione con il corso di laurea in scienze infermieristiche su specifiche attività di tirocinio e organizzazione attività didattiche in materia di Alcolologia.

ASL TO2 – Continua la partecipazione dei Servizi di Alcolologia al disegno di ricerca multicentrico per la sperimentazione ambulatoriale del farmaco Acamprosato (Campral®). Elaborazione della ricerca “*Alcol e Metadone*”. Prosegue il progetto di ricerca scientifica in collaborazione con il Centro Anti Doping (CAD) “*Luigi Bertinaria*”, Ospedale “*San Luigi*” Orbassano, sulla diagnostica di laboratorio di abuso cronico di alcol ed utilizzo di nuovi biomarcatori.

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 alcolologico. 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.

REGIONE LOMBARDIA

Tutte le ASL lombarde, all’interno del programma di prevenzione regionale, sono impegnate in comuni iniziative, sviluppate con 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. Si tratta della prosecuzione dei progetti: “*HBSC - Health Behaviour School Aged Children*”, “*LST - Life Skills Training Program*” e “*Unplugged*”.

Il Dipartimento Dipendenze dell’ASL di Bergamo sta realizzando, in collaborazione con l’Università scozzese *St. Andrews*, un progetto di prevenzione selettiva che ha come obiettivi la definizione di specifici interventi di prevenzione nel contesto del divertimento notturno, in selezionate aree locali delle zone coinvolte, valutando l’efficacia delle azioni utilizzando un set di indicatori sviluppati con lo stesso progetto.

L’ASL di Lecco è la prima ad essere stata impegnata a testare sperimentalmente delle nuove unità d’offerta costruite ad hoc sulle caratteristiche relative alla tipologia di

sostanza consumata dai giovani, fondando l'azione su una elevata flessibilità e personalizzazione delle risposte e degli interventi, quindi vicina ai contesti e alle relazioni di vita. L'altra iniziativa mostra il gran numero di Comuni partecipanti, 89 su 90, in cui è stato rilevato il fattore di criticità del territorio in relazione alle problematiche alcol correlate.

L'ASL di Milano è impegnata nel progetto-ricerca "*Amphora – Alleanza per lo sviluppo della ricerca e lo studio delle politiche europee sull'alcol e la salute pubblica*", iniziativa finanziata dalla Commissione Europea che coinvolge 33 organizzazioni di 14 Paesi. Obiettivo è aumentare la conoscenza sui consumi di alcol nella popolazione giovanile e approfondirne gli aspetti per adeguare gli interventi educativi e preventivi.

L'ASL di Milano 2 sta svolgendo, attraverso le sue U.O.C. di Alcologia e con la collaborazione di numerosi servizi italiani, un'indagine in cui è prevista la raccolta di dati su diversi presidi farmacologici al fine di produrre delle ricerche scientifiche.

P.A. BOLZANO

Incarico di docenza del medico psichiatra, responsabile clinico della associazione HANDS, a titolo libero-professionale, per i corsi di laurea in "*Infermieristica*", in "*Logopedia*" e in "*Assistenza Sanitaria*", per le materie di psichiatria e medicina delle dipendenze, presso la Scuola Superiore di Sanità della Provincia di Bolzano; inoltre la docenza al corso specialistico di "*Psichiatria Sociale*" presso la Scuola provinciale per le professioni sociali di Bolzano.

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 quasi totalità (95,2%) delle Aziende unità locali socio sanitarie del Veneto collabora con Università e Scuole di Specializzazione presenti nel territorio regionale e, in alcuni casi, fuori regione. In particolare le Università di Padova, Venezia, Verona e Trieste.

E' fortemente sviluppata la disponibilità da parte degli operatori dei servizi nel settore della formazione specialistica, attraverso le convenzioni 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), in alcuni casi con la supervisione o l'organizzazione di *stages* per tesi di laurea su argomenti relativi alla prevenzione, cura e riabilitazione in ambito alcologico d'intesa con i docenti.

Mentre la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario per l'anno 2012 permane elevata (in particolare per quanto riguarda le convenzioni per i tirocini), altre forme di collaborazione con l'Università (anche relative alla promozione della ricerca) sono attuate da meno della metà dei servizi alcologici (42,95%), con un lieve aumento rispetto agli anni precedenti. Rientrano in queste attività: le collaborazioni volte all'organizzazione di eventi su problematiche e patologie alcol correlate, la predisposizione di corsi di formazione e seminari, le docenze presso scuole, i corsi di laurea ed i master, l'effettuazione di indagini sui fattori che influiscono sull'alcoldipendenza, la valutazione di progetti, la realizzazione di ricerche e di pubblicazioni.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Convenzione con l'Università di Udine – Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, su “Progetto monitoraggio *alcol*” per attività epidemiologica e didattica.

Sono state dedicate 15 ore di lezione sulla problematica alcol correlata 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 2012 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.

E' in corso la preparazione di un protocollo di ricerca per la diagnosi precoce del tumore al fegato in soggetti con storia di etilismo che coinvolgerà circa 100 pazienti.

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 2012 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

Sono proseguite nel 2012 le collaborazioni già attive con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina, nell'ambito di progetti CCM condotti con Luoghi di Prevenzione/LILT di Reggio Emilia e Facoltà di Scienze della Formazione per attività di valutazione sui progetti di prevenzione.

E' proseguita la collaborazione con le due Aziende Ospedaliere Universitarie di Modena e Bologna per percorsi integrati in alcologia e, in particolare, si è avviata un'integrazione con i due Centri di Trapianto di fegato di Modena e Bologna sui percorsi di interfaccia con i Centri Alcolologici.

REGIONE TOSCANA

Attivazione anche per l'anno accademico 2012-2013 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.

Attuazione dello studio “3299_2011” teso all'individuazione di *markers* di abuso di alcol nella matrice salivare.

Accoglienza tirocinanti universitari, collaborazione con Università e scuole di specializzazione post universitaria per tesi di laurea e specializzazione.

Ricerca di base, svolta dal C.A.R. in collaborazione con l'Università degli studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (Firenze), sulle conseguenze metaboliche ed immunologiche dell'eccessivo consumo di etanolo che condizionano la

patogenesi dell'epatopatia alcolica, e i cui meccanismi di interazione tra metaboliti ossidativi dell'etanolo e controllo trascrizionale rimangono ancora poco chiari. In particolare recentemente è stato dimostrato che un'ampia classe di recettori nucleari della superfamiglia dei recettori steroidei è largamente coinvolta nel danno da alcol.

Studio scientifico in aperto prospettico “*Validazione delle frazioni della Gamma-Glutamil transferasi quale marker di abuso di alcol*” in collaborazione con CNR e con i seguenti SerT: zona Valdera, zona Alta Val di Cecina, zona Apuane, zona Lucchese, zona Pistoiese.

Studio naturalistico-osservazionale sulle caratteristiche di stato e di tratto dei figli di alcolisti, in corso presso il Centro di Alcologia e patologie alcolcorrelate dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze.

Progetto “*Social net skill*”: percorsi di prevenzione del benessere organizzativo nei contesti scolastici, del divertimento notturno e sui social network, attraverso la metodologia delle *life skills*, finalizzati alla promozione alla salute, tramite la predisposizione di percorsi di intervento sul *web* e sul territorio.

Progetto “*Insieme per la sicurezza*” e “*Divertirsi guadagnando salute*”: progetti di prevenzione alcolologica il cui obiettivo è il miglioramento della efficacia della prevenzione, in particolare attraverso metodi di ricerca, valutazione e formazione integrata fra Servizi per le Dipendenze e Dipartimento di Prevenzione.

Autorizzazione dal CESF dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, in data 11.02.2010, dello studio clinico “*Validation of the assessment of the fractions of gamma-glutamyltransferase as biomarker of alcohol abuse*”, attualmente in corso, in collaborazione con la Fondazione Gabriele Monasterio (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa), il Dipartimento di Patologia Sperimentale BMIE dell'Università di Pisa e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Proseguimento e conclusione dello studio multicentrico “*Nalmefene Efficacy Study II: Randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, efficacy study of 20 mg nalmefene, as needed use, in patients with alcohol dependence*” al quale ha partecipato il Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Collaborazioni per corsi di formazione e/o aggiornamenti con le Università, in particolare Firenze e Pisa.

REGIONE UMBRIA

Sono stati realizzati incontri di formazione per studenti del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche presso l'Università di Perugia.

REGIONE LAZIO

È attivo presso la Facoltà di Medicina e Odontoiatria dell'Università La Sapienza di Roma un Master di II livello in Alcolologia e Tabaccologia diretto dal Prof. Mauro Ceccanti, Direttore del Centro di Riferimento Alcolologico Regionale.

REGIONE ABRUZZO

Nell'anno 2012, in collaborazione con l'Università degli Studi di L'Aquila-Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione Psichiatrica, è stato realizzato un lavoro di ricerca "*Decision making, Impulsivity, and Personality Traits in Alcohol-Dependent Subjects*".

Da tre anni è in atto una fruttuosa collaborazione con il corso di laurea in "Assistenza Sanitaria", grazie alla quale il Ser.A di Chieti accoglie tirocinanti del 2° e 3° anno che vengono sensibilizzati e formati rispetto alle problematiche alcol correlate e che ogni anno partecipano attivamente alla campagna informativa che il servizio attua.

REGIONE CAMPANIA

Esiste da anni una strettissima collaborazione tra l'UOSP di Alcolologia di Somma Vesuviana e l'Università. Infatti, in collaborazione con la SUN, sono stati presentati numerosi *abstracts* sulla tematica alcol, nei vari congressi regionali e nazionali degli anni 2011 e 2012.

REGIONE CALABRIA

E' stato sottoscritto l'accordo con l'Università Mediterranea facoltà di Ingegneria e Telecomunicazioni per il Progetto "*CD - per la prevenzione alcol dipendenze*".

REGIONE SARDEGNA

Nel corso del 2012 è stata attivata la collaborazione con l'Università di Cagliari per l'elaborazione e la realizzazione di progetti di ricerca e prevenzione.

Sono state inoltre organizzate lezioni rivolte a medici specializzandi e a studenti universitari.

5.6. Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale *no profit*

REGIONE PIEMONTE

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 ACAT e Alcolisti Anonimi.

ASL TO2 e CN1: E' costante la convenzione annuale delle ASL con le ACAT (associazioni degli alcolisti in trattamento) 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. Inoltre è stata avviata una collaborazione per l'avvio di un nuovo CAT territoriale a Orbassano. Continua la collaborazione con l'Associazione 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. Nel 2012 sono state organizzate diverse Scuole Alcologiche Territoriali di I modulo che hanno proposto 10 lezioni specifiche rivolte alle famiglie con problemi alcol correlati, con attenzione anche ai danni legati alla guida in stato di ebbrezza e alla sicurezza alla guida; alcune Scuole Alcologiche Territoriali di II modulo hanno approfondito temi specifici correlati al consumo di alcol.

ASL AL: Collaborazione con CAT e Alcolisti Anonimi. Adesione a iniziative di sensibilizzazione e pubblica informazione e coinvolgimento dei soggetti a iniziative di prevenzione territoriali locali o all'interno di progetti. *"Le risorse nascoste"*, incontro con i Gruppi di autoaiuto del territorio (17 ottobre 2012). Serata di incontro pubblico tra associazioni di volontariato tipo *12 Passi* con la popolazione organizzata dall'IPASVI in collaborazione col Ser.T. di Novi Ligure.

ASL BI: Prosecuzione dei gruppi di auto-mutuo aiuto gestito dal personale interno.

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 alcologiche III modulo).

REGIONE LOMBARDIA

I servizi di cura sul territorio, pur essendo numerosi, a volte non riescono ad avere una interazione tale da produrre interventi stabili e comuni tra loro.

Pertanto il nuovo Piano di Azione Regionale intende promuovere e rafforzare la rete di relazione, coinvolgendo i 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 di vita della persona.

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 Ser.D con le realtà associative riconosciute sul territorio provinciale, con le Comunità comprensoriali, con i gruppi di auto aiuto, con le istituzioni deputate all'inserimento lavorativo e abitativo, per la verifica e valutazione degli inserimenti di alcolodipendenti presso specifiche strutture.

Collaborazione fra Ser.D e gruppi post dimissione dal Centro terapeutico per alcolodipendenti di "*Bad Bachgart*". Il Centro psico-sociale di Silandro offre gruppi ambulatoriali di assistenza terapeutica successiva chiamati "Profilassi delle ricadute".

I gruppi, in generale, sono condotti con frequenza settimanale da operatori ma anche da volontari e costituiscono un momento di confronto per pazienti in astinenza e che si stanno impegnando su obiettivi comuni. In questi contesti vengono affrontate soprattutto le problematiche di una "*vita senza alcol*" e condivise esperienze. I gruppi sono attivi prevalentemente nei maggiori centri altoatesini e in qualche paese limitrofo.

La Provincia garantisce il sostegno finanziario alle Organizzazioni del privato sociale che attivano e gestiscono questi Gruppi, sia per i pazienti che per i famigliari.

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.

REGIONE VENETO

Anche nell'annualità 2012 i Servizi pubblici Specialistici di Alcologia del Veneto hanno collaborato attivamente e fattivamente con le Associazioni dei Clubs Alcologici Territoriali (A.C.A.T.) ed i gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A.) per l'attuazione sia dei programmi territoriali che residenziali. Il 95% delle Alcologie coinvolge direttamente le associazioni nelle attività del Dipartimento attraverso comitati dipartimentali formalizzati e con la partecipazione al *Comitato dipartimentale allargato*; l'86% delle Alcologie offre attività formative ed il 72% le sostiene attraverso l'erogazione di contributi economici.

Tutti i Servizi di Alcologia del Veneto dichiarano di interagire sia con gli A.A. che con i C.A.T., seguendo una logica di lavoro in rete, coinvolgendo attivamente nei vari specifici momenti le associazioni presenti nel territorio, anche attraverso la stipula di specifiche convenzioni/accordi. Alcune differenze negli accordi di collaborazione possono essere osservate nelle modalità con cui queste si concretizzano: per quanto riguarda la condivisione della presa in carico si evidenzia una più marcata alleanza terapeutica con i C.A.T. (95%) rispetto agli A.A. (70%), mentre non si rilevano delle differenze significative per altri aspetti (quali la consulenza e il monitoraggio dei casi). Questa sinergia si pone nell'ottica di un lavoro d'insieme tra le varie agenzie pubbliche e private che si occupano di problematiche alcol correlate, con l'obiettivo di fornire risposte adeguate alla complessità dei bisogni sempre in evoluzione delle persone e delle famiglie. L'85% delle Aziende unità locali socio sanitarie stipula con le associazioni convenzioni e accordi finalizzati a favorirne la diffusione, il funzionamento e le attività dei gruppi di auto-aiuto.

I Dipartimenti delle Dipendenze del Veneto coinvolgono direttamente le associazioni nelle iniziative dipartimentali; gli operatori delle Aziende unità locali socio sanitarie infatti continuano a garantire 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 2012 hanno inoltre favorito le attività del privato sociale e del volontariato attraverso:

- incontri di formazione e informazione sulla gestione della persona con problemi alcol correlati: l'86% delle aziende;
- incontri periodici con i referenti delle associazioni di auto mutuo aiuto per la programmazione condivisa delle iniziative;
- organizzazione di incontri e partecipazione a iniziative locali, provinciali e regionali dell'A.C.A.T. e degli A.A.;
- richieste dirette ai rappresentanti dei gruppi di auto mutuo aiuto di presenziare ad incontri di formazione dipartimentali;
- partecipazione di personale pubblico ad incontri gestiti direttamente dai gruppi A.A., Al-Anon, C.A.T.;

- attuazione di attività preventive in collaborazione con il privato sociale formale ed informale in occasione del «*Mese di prevenzione alcolica*» e con attività rivolte ai giovani nei luoghi di aggregazione;
- organizzazione di settimane di sensibilizzazione, giornate mensili di formazione su argomenti specifici durante l'intero 2012;
- sostegno, che si concretizza nel 72% dei casi, fornendo anche spazi in strutture pubbliche per riunioni dei gruppi delle associazioni di volontariato e del privato sociale;
- stipula di convenzioni 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

Sono state adottate iniziative in convenzione con le associazioni presenti sul territorio: ACAT, AA, AsTrA (ASS1), Hyperion (ASS1), La Ricerca (ASS1).

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.

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 i gruppi di auto-mutuo aiuto Alcolisti Anonimi e CAT, spesso coordinati da un'operatrice del NOA.

E' stato realizzato in cooperazione con l'IPASVI e le Associazioni territoriali un corso di 12 incontri per lo sviluppo dell'auto-mutuo-aiuto in ambito sanitario, con docenti sia

nazionali che europei: il tema è stato: “*L'Auto aiuto ...il farmaco del futuro*”. Con il contributo della Regione Liguria sono stati predisposti e divulgati gli atti, presentati a ottobre 2012.

Sono stati attivati programmi di cooperazione, che continueranno nel 2013, 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 Alcolologica 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 Alcolologici 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 precedente.

Le riflessioni emerse hanno costituito materiale per una comunicazione su questo tema alla giornata di lavoro delle Regioni sull'alcol tenutasi a Trieste nel mese di ottobre.

REGIONE TOSCANA

Collaborazione, anche con incontri periodici di raccordo, scambio e convenzioni, 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 alcolologiche territoriali, corsi monotematici).

Sostegno e patrocinio alle varie iniziative regionali e locali delle associazioni e gruppi di auto aiuto operanti sulle problematiche alcolologiche (AA, Alanon, Alateen, Narcotici Anonimi, Vittime della Strada, Fondazione Mauro Cirillo, Fondazione Gabriele Borgogni, Ceis, Associazione Operatori Gruppi Alcol e Politossicodipendenze - OGAP, In/Dipendenza, Misericordie, ecc.).

Partecipazione dei servizi alcolologici ad incontri di aggiornamento aperti alla popolazione organizzati dalle associazioni di auto-mutuo aiuto e dall'ACAT.

Prosecuzione delle attività del tavolo di lavoro regionale, con la partecipazione tecnica del Centro Alcolologico Regionale (CAR), costituito dai rappresentanti dei gruppi di auto aiuto e dell'associazionismo del Terzo Settore. Lo scopo del gruppo è quello di favorire e implementare il legame sul territorio tra i servizi deputati del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale e la realtà del volontariato che si occupa di patologie e problemi alcol correlati.

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 alcologica, nelle attività di formazione, nelle diverse iniziative pubbliche.

REGIONE MARCHE

I Dipartimenti per le Dipendenze patologiche collaborano in modo sistematico con le principali associazioni quali Alcolisti Anonimi e Clubs Alcolologici Territoriali, che fanno parte dell'Assemblea di Dipartimento. Vi sono inoltre collaborazioni con la Caritas e con associazioni che gestiscono servizi di strada.

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.

REGIONE ABRUZZO

Tutti i servizi alcologici intrattengono una fattiva collaborazione con le associazioni di auto-mutuo aiuto: A.A.–Alcolisti Anonimi, Al-Anon–Familiari degli alcolisti, C.A.T.–Club Alcolologici Territoriali.

Viene dunque garantita la pubblicizzazione delle attività dei gruppi di auto aiuto presso i vari enti territoriali, viene assicurato l'inserimento di loro rappresentanti in organismi

di coordinamento regionali e provinciali e, naturalmente, vengono inviati pazienti presso le strutture.

REGIONE MOLISE

I servizi per le dipendenze patologiche collaborano attivamente con i gruppi territoriali dei Clubs Alcolisti in Trattamento (CAT) e Alcolisti Anonimi (AA). Tali gruppi risultano essere un importante strumento per le famiglie e i soggetti con problemi alcol correlati che, dopo il trattamento specifico in fase acuta, necessitano di un maggiore tempo e sostegno per il consolidamento di uno stile di vita sano e completamente diverso dal precedente. I servizi sopra menzionati si adoperano inoltre anche con interventi congiunti di sensibilizzazione e promozione della salute rivolti all'intera comunità.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 1 Centro - La collaborazione con gli AA e con i CAT nel corso del 2012 si è intensificata.

ASL Napoli 2 Nord - Collaborazione proficua tra Servizio di Alcologia di Pozzuoli e CAT (Club Alcologici Territoriali). Cooperazione con altre associazioni del Terzo Settore nell'area flegrea attive sui problemi alcol correlati.

ASL Napoli 3 Sud - Potenziamento dei rapporti con alcune realtà del Privato sociale del territorio allo scopo di offrire un supporto terapeutico-riabilitativo per le problematiche alcolologiche. In particolare si è intensificata la collaborazione con la C.T. "*Il Pioppo*" per l'inserimento di persone alcol dipendenti.

ASL Avellino - Collaborazione organica tra U.O.S. di Alcologia del SerT e l'APCAT per lo svolgimento di programmi integrati di promozione della salute e di presa in carico di famiglie con problemi alcol correlati.

ASL Salerno - Potenziamento della collaborazione dei Nuclei di Alcologia delle UU.OO. SerT dell'ASL con i CAT territoriali e le associazioni di volontariato alcologico per l'inserimento socio-riabilitativo di famiglie con problemi di alcol.

REGIONE PUGLIA

Si registra un forte livello di integrazione e di confronto, in ambito regionale, tra i gruppi di mutuo aiuto (ARCAT, APCAT, AA), le associazioni e le organizzazioni del privato sociale e i servizi territoriali pubblici (Ser.T).

Ciò consente di offrire risposte adeguate e tempestive ai bisogni di salute provenienti non solo dai soggetti con problemi di dipendenza da alcol ma anche da parte del nucleo familiare del soggetto alcolista.

A sostegno di tale strategia si segnalano i numerosi corsi di promozione della salute aventi come obiettivo la sensibilizzazione ai problemi alcol correlati ed il miglioramento dello stile di vita, per un effettivo benessere psicofisico di tutto il nucleo familiare.

REGIONE BASILICATA

Sul territorio della Regione si è consolidato il modello di “*lavoro di rete*” tra ASL, Associazioni, Volontariato, Centri di aggregazione giovanile.

Attività di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcol correlati con Associazioni del territorio.

Progetto di formazione e supervisione di gruppi di auto mutuo aiuto, in collaborazione con il gruppo ACAT di Potenza.

REGIONE CALABRIA

La collaborazione per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto, CAT e Alcolisti Anonimi, è diffusa su tutto il territorio regionale sia nella realizzazione dei progetti di prevenzione e sensibilizzazione della popolazione, sia nel percorso riabilitativo degli utenti in carico presso i servizi.

In alcune realtà aziendali il rapporto con i CAT è stato formalizzato con apposito atto deliberativo prevedendo uno specifico protocollo attuativo di collaborazione.

REGIONE SICILIA

Sono stati previsti e realizzati incontri periodici al fine di pianificare interventi condivisi tra i servizi pubblici territoriali, le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale no-profit.

Si segnala in particolare nell’ambito del lavoro di rete la collaborazione costante con i Clubs Alcolisti Territoriali (CAT).

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.

Nell'ambito della collaborazione con i Club degli Alcolisti in Trattamento sono state intraprese costantemente durante l'anno varie attività, tra le quali le Scuole Alcolologiche Territoriali e l'organizzazione di Interclub zionali e Regionali.

Offerta di locali e di personale formato a sostegno delle iniziative promosse dai diversi gruppi AMA attivati all'interno del Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati (Gruppo Donne, Gruppo Uomini, Gruppo Familiari, Gruppo Figli, Gruppo Anziani) e del DSM.

Collaborazione e partecipazione a progetti di sensibilizzazione e di prevenzione con l'associazione di volontariato sociale "*Cui Prodest*" originatasi dai gruppi AMA del Centro.

5.7. Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11

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).

ASL TO1: Attività di docenza finalizzata alla costruzione del progetto di centro semiresidenziale serale per soggetti con problemi alcol correlati dell'Associazione Comunità "*Fermata d'Autobus*" – sede Torino.

ASL BI: È stato attivato un centro semiresidenziale, presso la struttura Casa Speranza di Chiavazza, per il trattamento di pazienti tossico e alcolodipendenti, 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: 57 Nuclei Operativi di Alcologia afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, 10 strutture residenziali del privato accreditato, 18 moduli di accoglienza e/o di trattamento specialistico.

P.A. BOLZANO

Nel 2012 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).

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.

REGIONE VENETO

Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza residenziale sono soddisfatte nell'85,6% dei casi dal privato sociale e nel restante 15,4% dalle strutture pubbliche, particolarmente presenti nel territorio trevigiano e veronese. L'analisi dell'offerta del privato sociale, nel 2012 evidenzia che il dato sul convenzionamento delle strutture si dimostra stabile rispetto alle annualità precedenti.

Significativa è l'attività svolta dalle comunità terapeutiche e dalle strutture di pronta accoglienza appartenenti all'albo del privato sociale della Regione Veneto, che offrono programmi mirati al consolidamento dell'astinenza e alla definizione di un percorso di trattamento; su questa offerta, che costituisce l'elemento costante principale, si innestano altre 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;
- 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).

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.

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.

Con questi Soggetti è in corso una riflessione per adeguare ai bisogni dei pazienti alcolisti i programmi proposti, anche in considerazione delle caratteristiche dei soggetti inviati alle strutture di accoglienza.

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, la cooperativa “*Incontro*” di Pistoia e, infine, la Casa di cura “*Villa dei Pini*” a Firenze.

Tra le strutture pubbliche, a Pisa ha sede il Centro Osservazione e Diagnosi “*La Badia*”, di natura semiresidenziale, 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

E’ presente una comunità residenziale con finalità specifiche nei confronti delle persone con alcoldipendenza, la Comunità terapeutica VERITA, di Montecampano di Amelia (TR), che ha chiuso la propria attività nel mese di settembre 2011; nel 2012 la struttura è stata acquisita da una cooperativa del territorio, che ha avviato le procedure per poter riprendere le attività.

E’ inoltre presente il Gruppo famiglia “*Pindaro*”, di Perugia, che accoglie nell’anno circa 20 utenti in regime residenziale e circa 30 in semiresidenziale.

REGIONE MARCHE

Sono attivi specifici programmi riabilitativi per alcoldipendenti in alcune sedi quali la comunità terapeutica residenziale IRS “*L’Aurora*” (AN, PU), la comunità terapeutica “*Kairos*” (AN), la Casa di cura “*Villa Silvia*” (AN), la Casa di cura “*Villa Iolanda*” (AN), la Casa di cura “*Villa San Giuseppe*” (AP).

REGIONE LAZIO

Sono stati finanziati dalla Regione 2 Centri di accoglienza a breve termine, uno in provincia di Viterbo, l’altro in provincia di Latina, rivolti a pazienti alcoldipendenti con problematiche sociali.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 2 Nord: nell’anno 2012 il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e l’U.O. di Alcologia hanno messo a punto una progettazione riguardante una struttura di accoglienza per pazienti alcoldipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cure prima dell’invio al trattamento domiciliare o in *day-hospital*. La tipologia del servizio è connotata prevalentemente da un punto di vista sanitario e risponde ad esigenze di trattamento breve in regime residenziale.

L’obiettivo generale è quello di garantire un intervento, in un contesto residenziale, di continuità terapeutica e di raccordo tra paziente, famiglia ed *équipe* multidisciplinare alcolologica, per pazienti le cui condizioni generali, organiche e psichiche, non

consentano ancora l'inserimento in un programma terapeutico domiciliare o comunitario.

Le caratteristiche generali sono:

- tempi brevi di accettazione;
- approfondimento clinico-diagnostico;
- cura delle patologie organiche associate;
- disintossicazione con farmaci sintomatici, stabilizzazione delle terapie farmacologiche (antiastinenziali/anticraving, con agonisti oppioidi, psichiatriche);
- sostegno e/o consolidamento motivazionale;
- individuazione del programma *aftercare*.

ASL Avellino: attivazione della prima fase (*équipe* territoriale ospedaliera) di un progetto per la realizzazione di una struttura di accoglienza per i fini di cui all'art. 11 L.125/01.

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

- Comunità "*Emmanuel*" di Salandra (MT).
- Comunità Terapeutica "*Exodus*" di Tursi (MT).
- Centro Residenziale Alcolologico presso il P.O. di Chiaromonte (PZ) – ASL n. 3.

REGIONE CALABRIA

Nella Regione esiste un'unica struttura residenziale privata accreditata per alcolisti: "*Comunità Terapeutica Arcobaleno - Centro Calabrese di Solidarietà Catanzaro*".

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. Nell'anno 2012 tuttavia non si è ancora resa operante alcuna di tali strutture.

Al momento le necessità di accoglienza trovano risposta all'interno delle strutture del privato sociale accreditate già operanti precedentemente alla data del 7/7/10.

REGIONE SARDEGNA

La Regione Sardegna ha finanziato i Comuni per programmi di presa in carico degli utenti con problemi alcol correlati, per l'accompagnamento personalizzato di inclusione sociale in situazione di difficoltà e il completamento del percorso in regime di assistenza domiciliare.

Nel territorio della ASL di Olbia è presente la Comunità Terapeutica "*L'Arcobaleno*" che accoglie anche utenti con problemi alcol correlati.

E' stata attivata a Terralba (ASL di Oristano) l'apertura di un centro di ascolto "*Giovani e Famiglie*" destinato alla popolazione dei 5 Comuni del terralbese (Terralba, Marrubiu, Uras, S. Nicolò D'Arcidano, Arborea).

Fino al 30 giugno 2012 era operativo nel territorio della ASL di Cagliari il Centro Crisi di Ussana: programma residenziale di prima accoglienza per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze e alcol, finalizzato all'elaborazione di un progetto terapeutico personalizzato per gli utenti del dipartimento dipendenze in situazioni di crisi.

Da diversi anni è operante a Carbonia la comunità denominata "*Centro Alcolico di Carbonia*". La struttura, accreditata dalla Regione, è gestita da una associazione *no-profit* e ha rapporti di convenzione con tutte le ASL. Questa struttura accoglie soggetti di sesso maschile alcolodipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, prima dell'invio ad un trattamento domiciliare o in *day hospital*, necessitano di un temporaneo inserimento in un ambiente protetto nel quale riuscire a conseguire e mantenere la condizione di sobrietà.

Presso il Ser.D della ASL n. 2 di Olbia, in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato, è attivo il "*Centro di Accoglienza e Riparo Diurno*", cui accedono persone con dipendenza da sostanze alcoliche in condizione di grave disagio sociale e/o di estrema marginalità (senza fissa dimora e in condizioni minime di sussistenza). Tale utenza non solo può usufruire di attività educative e di reinserimento sociale, ma in alcuni casi anche della somministrazione dei pasti, delle cure igieniche alla persona e della distribuzione di vestiario.

5.8. Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge

REGIONE PIEMONTE

ASL TO2 e AL: 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.

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 (Dip. Patologia Dip. e Dip. 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 alcologo 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.

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 alcologica 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 alcologica 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).

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.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO: Avvio del progetto “*Riempi il tempo*”; l'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.

REGIONE LOMBARDIA

Nel 2012 l'ente regionale Eupolis, ha proseguito l'incarico di coordinamento di tutti gli osservatori regionali. La rete degli osservatori territoriali è rappresentata nel Tavolo Tecnico degli Osservatori Territoriali e dai Dipartimenti delle Dipendenze, uno per ogni ASL.

Come indicato nel nuovo Piano di Azione Regionale, è continuata la collaborazione tra l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (ORED) e le altre D.G. regionali, dei Direttori Dipartimenti Dipendenze delle ASL, con i rappresentanti delle Associazioni del Privato Sociale, degli operatori dei Servizi Territoriali, dell'Associazione dei Comuni, dell'Unione delle Province Lombarde, della Direzione dell'Ufficio Scolastico Regionale, della Prefettura, della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, del Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria e dei Rappresentanti del Tavolo permanente del Terzo Settore.

Le competenze assegnate all'ORED sono le seguenti:

- analizzare il fenomeno attraverso la raccolta e l'elaborazione dei flussi informativi provenienti dal territorio;
- promuovere e organizzare corsi di formazione e specializzazione professionale per futuri operatori dell'area socio-assistenziale, educativa e sanitaria;
- promuovere e organizzare convegni, seminari, dibattiti, incontri e pubblicazione e diffusione dei risultati.

P.A. BOLZANO

Nel 2012 sono rimasti operativi e strutturati:

- i protocolli fra gli stessi servizi sanitari e sociali e le convenzioni in vigore stipulate fra istituzioni pubbliche (Provincia, Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Comunità Comprensoriali) che però sono stati integrati con interventi preventivo-trattamentali del gioco d'azzardo in quanto patologia spesso collegata all'abuso di alcol;
- i rapporti di collaborazione con le realtà associative riconosciute che si occupano della stessa tipologia di utenza o di problematiche complesse legate alla dipendenza o di prevenzione primaria e selettiva (A.A., Club alcolisti in trattamento, Centro Terapeutico "*Bad Bachgart*", ecc.) e la collaborazione con le strutture residenziali all'interno delle quali l'accettazione e le dimissioni, ovvero il cambio tra il contesto residenziale e quello ambulatoriale, riveste una particolare importanza. A tale riguardo si segnala l'approvazione, con deliberazione della Giunta provinciale del 29 ottobre 2012, di un importante documento condiviso fra servizi pubblici e privati convenzionati riguardante criteri, modalità di invio e progetto terapeutico nelle strutture riabilitative sul territorio provinciale di pazienti in trattamento presso i servizi per le dipendenze, i servizi psichiatrici e l'associazione convenzionata "*Hands*" anche con problemi di alcoldipendenza/doppia diagnosi;
- la collaborazione con i Reparti ospedalieri che ha contribuito a migliorare l'aggancio ambulatoriale di pazienti con problematiche alcol correlate anche attraverso gli incontri periodici tra operatori dei servizi sul territorio ed ospedalieri;
- il coordinamento con i medici di base, gli ospedali, i servizi sociali, i centri per l'impiego, le organizzazioni sociali ecc.

P.A. TRENTO

- Convenzione con APCAT (Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento).

- Convenzione con Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

REGIONE VENETO

Proseguono le collaborazioni attive interne ai Dipartimenti per le Dipendenze della Regione Veneto, concretizzate tramite la stipula di numerosi protocolli, piani, convenzioni (con i 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 60% degli accordi vede coinvolto il Terzo Settore (Privato sociale e Volontariato) mentre il 40% viene stipulato tra servizi pubblici.

I servizi pubblici alcolologici nel 2012 hanno inoltre favorito le attività del privato sociale e del volontariato attraverso:

- incontri di formazione e informazione sulla gestione della persona con problemi alcol correlati: l'86% delle aziende;
- incontri periodici con i referenti delle associazioni di auto mutuo aiuto per la programmazione condivisa delle iniziative;
- organizzazione di incontri e partecipazione a iniziative locali, provinciali e regionali dell'A.C.A.T. e degli A.A.;
- richieste dirette ai rappresentanti dei gruppi di auto mutuo aiuto di presenziare ad incontri di formazione dipartimentali;
- partecipazione di personale pubblico ad incontri gestiti direttamente dai gruppi A.A., Al-Anon, C.A.T.;
- attuazione di attività preventive in collaborazione con il privato sociale formale ed informale in occasione del «*Mese di prevenzione alcolologica*» e con attività rivolte ai giovani nei luoghi di aggregazione;
- organizzazione di settimane di sensibilizzazione, giornate mensili di formazione su argomenti specifici durante l'intero 2012;
- sostegno, che si concretizza nel 72% dei casi, fornendo anche spazi in strutture pubbliche per riunioni dei gruppi delle associazioni di volontariato e del privato sociale;
- stipula di convenzioni con le associazioni finalizzate alla gestione dei club nel territorio della Regione Veneto e allo svolgimento di Scuole Alcolologiche di 1° e di 2° livello, rivolte alle persone con problemi alcol correlati, alle famiglie ed alla popolazione generale.

Negli accordi sottoscritti con il Privato sociale si evidenziano le seguenti finalità:

- consolidare le sinergie terapeutico-assistenziali con le comunità terapeutiche accreditate dalla Regione Veneto che accolgono anche pazienti alcolisti;
- confermare l'integrazione operativa tra Servizi di Alcologia e A.C.A.T., favorendo le attività dei Clubs attivi nel territorio attraverso la promozione di diverse iniziative che rientrano nelle attività dell'approccio ecologico-sociale (Scuole Alcologico Territoriali -S.A.T.- di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione).

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Convenzioni con le associazioni di volontariato *Hyperion*, *Acat*, *Astra* su progetti specifici (ASS1).
- Convenzione con l'AsTra per la gestione di una struttura residenziale intermedia (ASS1).
- Convenzione tra l'ASS n°3 Alto Friuli e la struttura di accoglienza "*Casa Betania*" di Tolmezzo (ASS3)
- Convenzione con l'associazione ACAT udinese (ASS4).

- Convenzione con l'associazione Scuola Europea di Alcolologia 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

Oltre alle associazioni A.A., Al-Anon e ARCAT, collaborano con la Regione gli enti del Privato sociale che gestiscono strutture di accoglienza in adesione all'accordo Regione Emilia Romagna - Coordinamento Enti Ausiliari, rinnovato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 246/2010.

Tutte le strutture che aderiscono all'accordo sono state accreditate come strutture sanitarie per il trattamento residenziale e semiresidenziale delle Dipendenze patologiche.

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

Con Decreto n.4307 del 13/09/2012 è stato assegnato un contributo all'Associazione Regionale dei Club Alcolologici Territoriali per la realizzazione del progetto denominato *“Prevenzione dei problemi e patologie alcol correlate e promozione della salute nell’approccio ecologico-sociale”*. Il suddetto progetto consiste nella realizzazione di azioni volte a promuovere e sostenere la diffusione della metodologia ecologico-sociale per i problemi alcol correlati e complessi su tutto il territorio regionale attraverso il potenziamento delle attività di formazione e di aggiornamento continuo previste dal metodo e rivolte alle famiglie facenti parte dei Club Alcolologici Territoriali (CAT), ai Servitori Insegnanti che nei CAT svolgono il ruolo di catalizzatori della discussione, alla comunità locale in cui i CAT sono inseriti e, di conseguenza, alla popolazione tutta. Promuovere la salute nella comunità e favorire la consapevolezza dei rischi fisici, mentali e sociali connessi al consumo di bevande alcoliche attraverso la diffusione di stili di vita sani e sobri. Favorire la conoscenza e l’accessibilità ai CAT attraverso le realtà socio sanitarie territoriali pubbliche e private. Infine promuovere la ricerca sui Club e il monitoraggio dell’efficacia del metodo ecologico-sociale. Tale progetto risulta particolarmente rilevante ed utile in ordine al perseguimento degli obiettivi contenuti nel punto 5.6.2.2 *“Dipendenze”* del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008 e presenta contenuti e scopi rispondenti alle finalità istituzionali della Regione Toscana.

Con Delibera di Giunta regionale n. 1219 del 28/12/2012 è stato approvato lo schema di Accordo di Collaborazione tra la Regione Toscana, Associazione Nazionale Comuni Italiani-Sezione Toscana (A.N.C.I Toscana), Società della Salute di Firenze, Società della Salute di Pisa, Società della Salute di Livorno e Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza (C.T.C.A), in materia di *“Interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcolodipendenti a forte marginalità sociale”*. L’accordo intende innovare, rafforzare e dare continuità al sistema degli interventi rivolti alla popolazione caratterizzata da condizioni di alta marginalità sociale e pervenire al consolidamento del sistema integrato tra servizi pubblici e del privato sociale.

REGIONE UMBRIA

A livello regionale 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; a seguire, sono stati definiti con le stesse finalità accordi e protocolli interistituzionali di livello locale, che hanno coinvolto le Aziende USL, i Comuni, le istituzioni scolastiche, il privato sociale.

Ulteriori accordi di livello locale coinvolgono gli Istituti penitenziari ed i servizi deputati all'inserimento sociale e lavorativo.

Infine, è stata siglata 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.

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 2012 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.

E' stata inoltre attivata una convenzione tra ASL n.1 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, attuati nel 2012 ed attualmente in fase di realizzazione.

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 Alcolologici 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

ASL Napoli 1 Centro:

- Accordo di *partnership* con il servizio “*Contrasto alle povertà*” del Comune di Napoli che coinvolge anche l'associazione “*Il Pioppo*” Onlus, al fine di realizzare interventi di prevenzione, riduzione dei rischi legati all'uso di bevande alcoliche nei contesti del divertimento giovanile.
- Si segnala che è tutt'ora operante un accordo di collaborazione con tutti gli enti ausiliari della Regione Campania sottoscritto con la UOC Dipendenze e la U.O. Ser.T. Area Penale per le misure alternative alla detenzione che coinvolge anche gli utenti detenuti con problemi alcol correlati.

ASL Napoli 3:

- Protocollo d'intesa con MMG.
- Protocollo d'intesa con la Gastroenterologia dell'Ospedale S. Maria della Pietà di Nola per le patologie alcol correlate, al fine di garantire prestazioni specialistiche per le patologie epatiche e gastriche di una certa gravità.
- Protocollo d'intesa con il DSM, per attività di consulenza presso il SPDC di Pollena Trocchia per i pazienti alcolisti.
- Protocollo di collaborazione tra U.O. Psicosociale di Nola e Commissione Patenti per la riabilitazione dei sanzionati ai sensi dell'art 186 C.d.S.

- Protocollo tra Servizio Aziendale di Alcologia dell'Area Ser.T e Divisione di Medicina dell'Ospedale di Gragnano per posti letto dedicati al trattamento delle complicanze internistiche alcol correlate.

ASL Avellino:

Protocollo di collaborazione tra UO di Alcologia e Commissione Locale Patenti della Provincia di Avellino per i programmi di riabilitazione dei conducenti di veicoli a motore sottoposti alle sanzioni previste dall'art.186 CdS, svolti in collaborazione con APCAT Avellino e Associazione Familiari Vittime della Strada.

ASL Caserta:

- Protocolli di collaborazione con reparti ospedalieri (Reparti di Medicina e DSM).
- Rapporti di collaborazione con i medici competenti (alcol e lavoro), Prefetture, Forze dell'Ordine, Enti Locali, Magistratura in tema di alcol e guida (applicazione della legge del nuovo Codice della Strada art. 186) per riabilitazione di utenti con problemi alcol correlati attraverso lavoro di pubblica utilità e similari.
- Partecipazione al progetto "*RELI*", che vede come attori le Comunità Terapeutiche e le Cooperative del territorio.
- Partecipazione al progetto nazionale "*DRUGS ON STREET*" (Presidenza del Consiglio, Dipartimento Politiche Antidroga), in collaborazione con la Polizia Municipale di Caserta avente come finalità la prevenzione degli incidenti stradali.

ASL Salerno:

- Protocollo di collaborazione sperimentale tra il Ser.T di Cava dei Tirreni e la Commissione Patenti per programmi di valutazione, diagnosi, trattamento e psicoeducazione per i soggetti con problemi correlati all'uso di alcol durante la guida (art.186 del Codice della Strada).
- Tavolo di lavoro su Alcol e sicurezza sul lavoro tra Ser.T di Cava dei Tirreni, INAIL, Confindustria Salerno, CPT, Sorveglianza Sanitaria ASL e AICAT per interventi info-educazionali sul territorio.

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.

Sperimentazione delle procedure di collaborazione con il CRA di Chiaromonte.

Convenzione con l'associazione culturale "L'Albero" per la realizzazione di 10 spettacoli "A.A. Altamente alcolico" nelle scuole superiori dell'ASP.

REGIONE CALABRIA

Sono stati stipulati protocolli di collaborazione tra i servizi pubblici competenti in materia di alcol e le seguenti istituzioni: Case Circondariali, Prefetture, Comuni, Enti ausiliari e Associazioni di volontariato.

REGIONE SICILIA

Sono stati sottoscritti protocolli di collaborazione con l'associazione Alcolisti Anonimi e con alcune scuole interessate al progetto "Peer Education".

REGIONE SARDEGNA

Sono stati definiti protocolli operativi di collaborazione fra *équipes* di alcologia e i medici di medicina generale con i quali vi sono rapporti di collaborazione nella gestione dei percorsi terapeutici.

Vi sono altresì accordi con i reparti di medicina dei Presidi Ospedalieri per la disintossicazione da sostanze alcoliche e il trattamento della sindrome da astinenza, garantendo la continuità assistenziale fra Ospedale e Servizio.

Nel 2012 è stato stipulato un protocollo operativo tra diverse Aziende Sanitarie, Comuni, Prefetture, Forze dell'ordine, Provveditorato agli studi, Amministrazione provinciale, sulla prevenzione delle droghe e abuso di alcol.

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.).

5.9. Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida

REGIONE PIEMONTE

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.

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.

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. Sono allo studio delle iniziative, come previsto dal PAR, di formazione riguardanti espressamente il personale dei luoghi pubblici destinato alle vendite di superalcolici.

P.A. BOLZANO

Presso il Dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali operano il “*Comitato di esperti in tema di alcol*” del quale fanno parte anche medici e psicologi responsabili di alcuni Servizi specialistici ambulatoriali e residenziali pubblici e privati convenzionati e l’“*Osservatorio sulle dipendenze*” istituito con deliberazione della Giunta provinciale nel 2012 come parte integrante dell'esistente Osservatorio epidemiologico provinciale.

Questi organismi mantengono i contatti con le istituzioni competenti per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità e provvedono al monitoraggio della applicazione della legge provinciale di settore con la quale viene data possibilità ai Comuni di applicare un apposito regolamento in materia di alcol che disciplina anche il rilascio di alcune disposizioni/ordinanze per la prevenzione dell'abuso di bevande alcoliche (pubblicità, autorizzazioni, permessi e licenze, ecc.). Secondo l'ultima rilevazione alla data del 13 giugno 2012, 71 dei 116 Comuni altoatesini hanno rilasciato un'ordinanza comunale a tale riguardo. Il Forum Prevenzione collabora alla sensibilizzazione dei Comuni in questa direzione.

Da segnalare la partecipazione del Ser.D di Brunico ad un gruppo di programmazione e pianificazione di attività preventive sul territorio mirate a contrastare problemi di disagio o attività di vandalismo. In questo gruppo vengono monitorati regolarmente anche i temi del rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità e vendita di bevande alcoliche.

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.

REGIONE VENETO

Nel 2012 è sceso a poco meno della metà il numero delle Aziende unità locali socio sanitarie che dichiarano di aver collaborato, relativamente all'aspetto del tasso alcolemico, con le competenti istituzioni, Amministrazione dell'interno ed Istituzioni municipali, per sostenere e favorire il rispetto delle norme relative alla guida di autoveicoli.

Tra le iniziative più diffuse si registrano in particolare:

- 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 e discopub;
- 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.

Il numero delle Aziende unità locali socio sanitarie che si interessa ad iniziative in materia di pubblicità registra una sensibile diminuzione: il 28,5% dichiara di proseguire un'azione in tal senso, soprattutto attraverso la collaborazione con gli Enti locali (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).

Specifiche campagne di informazione hanno riguardato la vendita e la somministrazione di alcolici, in particolare ai minori, anche attraverso la distribuzione di materiali informativi.

Si registra inoltre 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*».

La dissuasione del consumo e della vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade non è un ambito in cui i Servizi della Regione Veneto hanno svolto un'attività specifica nel 2012, così come non era stato registrato un impegno mirato in tal senso negli anni precedenti.

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.

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. Nell'anno 2012 è stato predisposto un progetto sperimentale per l'attivazione in alcune AUSL di trattamenti di gruppo per recidivi alla violazione dell'art. 186 che abbiano già frequentato un corso di primo livello. E' stata inoltre programmata la predisposizione di materiale informativo tradotto in più lingue per i guidatori.

REGIONE TOSCANA

- 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 Centro Collaboratore dell'OMS per la promozione della salute.
- Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Collaborazione con le competenti istituzioni centrali.
- Collaborazione con la Commissione del gruppo di lavoro alcol del Ministero della Salute (CCM).
- 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 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*”.

Nel 2012 la Regione e le ASL hanno partecipato ad incontri promossi dalle Prefetture di Perugia e di Terni riguardo ai problemi connessi con l’uso di alcol e sostanze stupefacenti, che hanno visto il coinvolgimento delle Istituzioni locali, delle Forze dell’ordine e degli organi di Polizia municipale.

REGIONE MARCHE

Molti Servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche hanno realizzato diverse collaborazioni con gli organi della Prefettura, della Questura, Comune, Province, Associazioni scolastiche e di volontariato e promozione sociale.

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 2012 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.

REGIONE CAMPANIA

Attività di informazione e sensibilizzazione in campo alcologico 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

Stesura, condivisione ed approvazione del Codice Etico per la Salute in collaborazione con Comune di Potenza, Ambiti Territoriali Alto Basento e Marmo-Platano-Melandro, Associazioni esercizi commerciali (bar, pub, discoteche, ecc.).

REGIONE CALABRIA

La collaborazione dei Servizi di Alcologia e delle *équipes* alcologiche 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 e abuso di alcool.

Diversi Comuni della Regione, in collaborazione con ACI e Aziende sanitarie, hanno effettuato iniziative pubbliche di sensibilizzazione come convegni e seminari.

In collaborazione con le Associazioni commercianti e barman, è stata attuata una "*campagna di informazione su alcol e guida*".

REGIONE SICILIA

Si segnalano collaborazioni con le Prefetture, la Polizia di Stato (POLSTRADA) e con le Amministrazioni comunali.

REGIONE SARDEGNA

In diversi Comuni sono stati organizzati gli incontri sul tema "*Sicurezza nei luoghi di lavoro*".

L'ASL di Sanluri ha promosso la campagna di sensibilizzazione contro la guida in stato di ebbrezza: "*Miss & Mister guida sicura*" con la divulgazione di materiale informativo e *gadget*. Alla predetta campagna di sensibilizzazione hanno collaborato: l'Assessorato ai Servizi sociali del Comune, la sezione stradale della Polizia di Stato, i Carabinieri, la Polizia Municipale e l'Associazione "*Amici della Polizia Stradale*".

5.10. Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro

REGIONE PIEMONTE

REGIONE-ASSESSORATO Tutela della Salute e Sanità:

- Linee di indirizzo per la definizione di procedure operative in riferimento all'uso di alcol e alla diagnosi di alcoldipendenza nelle mansioni a rischio ai sensi della Legge 125/2001 "*Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati*", del Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 16/3/2006 (*Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della Legge 125/2001*) e del D.Lgs. 81/2008 (*Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*) e successive modificazioni (D. Lgs. 106/2009). Il documento è stato approvato con D.G.R. n. 21-4814 del 22-10-2012.
- Progetto in collaborazione con ERFEA Piemonte (CGIL, CISL, UIL, API) avente per oggetto le diverse problematiche connesse all'uso di sostanze psicoattive (alcol, sostanze stupefacenti/psicotrope) negli ambienti di lavoro, con l'obiettivo di promuovere la salute, il benessere e gli stili di vita sani e di favorire condizioni di lavoro salutari per il lavoratore stesso e i terzi. Il progetto, indirizzato a tutte le figure del sistema sicurezza nei posti di lavoro (datore di lavoro, RLS, RSPP, Medico competente, dirigenti e preposti, lavoratori), è in corso di valutazione presso l'INAIL, a cui è stato presentato per la relativa richiesta di finanziamento.

ASL TO2

Organizzazione di percorsi formativi dal titolo "*Approccio socio-occupazionale ai problemi di alcol dipendenza e altre dipendenze patologiche*" all'interno delle ASL, rivolti ai lavoratori dell'ASL TO2 in collaborazione con la Medicina del Lavoro.

ASL AL

- Partecipazione a incontri formativi e organizzativi aziendali con i Medici Competenti per informazione e organizzazione circa le nuove normative relative ai controlli alcolemici su lavoratori delle aziende sanitarie.
- Attivazione protocollo aziendale per l'applicazione della normativa della 125/01 in ambito lavorativo.
- Attivazione del gruppo di lavoro aziendale ed elaborazione di protocollo delle procedure per gli accertamenti in tema di lavoro ed alcol. Organizzazione di un piano informativo-formativo ai lavoratori dell'Azienda Sanitaria attuato i primi mesi 2013.

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.

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. 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

In accordo con la Medicina del Lavoro si è provveduto a coinvolgere i responsabili delle maggiori aziende altoatesine affinché espongano il manifesto "*Mi piace lavorare a mente lucida*" che pone l'accento sull'astinenza sul posto di lavoro, come prevede la normativa vigente, richiamando anche l'attenzione su un test disponibile on line il quale mostra se il proprio consumo di alcol può compromettere la salute e la capacità lavorativa.

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

Il costante verificarsi di infortuni e decessi sui luoghi di lavoro in questi ultimi anni ha sviluppato una maggiore attenzione al fenomeno ed ha favorito iniziative che garantiscono la sicurezza nei luoghi di lavoro grazie anche al costante impegno dei Servizi Alcolologici del territorio Veneto. Si rafforzano in particolare le collaborazioni

con i Dipartimenti di Prevenzione, gli S.P.I.S.A.L. (Servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) e SIL (Servizio di integrazione lavorativa) attraverso la sottoscrizione di protocolli, la condivisione di progetti e la collaborazione operativa.

La valutazione per l' idoneità lavorativa permette di effettuare altri interventi di carattere sanitario, in particolare colloqui informativi individuali sui rischi dell'uso di alcol in ambito lavorativo, la presa in carico e la cura dei soggetti che presentano una dipendenza dalle sostanze alcoliche. La valutazione per l' idoneità lavorativa ha consentito anche una più stretta 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.

Inoltre sono stati organizzati degli interventi di prevenzione della salute e di educazione sanitaria in diverse Aziende unità locali socio sanitarie 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.

Altre iniziative che si segnalano riguardano la predisposizione di materiale informativo sui rischi legati all'uso di alcol nei luoghi di lavoro e la realizzazione di progetti finanziati a livello nazionale «R.E.L.I.» ed europeo «E.W.A.».

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

- Corso di FSC con *équipe* SS medicina del lavoro ASS1 per formare e supervisionare visite a persone con problematiche alcol correlate e per consolidare il percorso di invio presso struttura dei soggetti ritenuti sensibili alla problematica.
- Incontri in tema di alcol e lavoro, in collaborazione con il medico competente al personale di una serie di ditte artigianali dell'area industriale di Prosecco.
- Formazione al personale della struttura sanitaria convenzionata del Sanatorio Triestino in tema di alcol e lavoro.
- Formazione/Prevenzione Alcol e Lavoro presso le aziende: acciaierie Bertoli Safau (ABS e Qualisteel) dal mese di gennaio al mese di luglio 2012 (Cooperativa Sociale “Vladimir Hudolin” in collaborazione con Ass n° 4 “Medio Friuli”).
- Valutazione di utenti dell'ASS n° 3 Alto Friuli, inviati dai Medici Competenti per problemi alcol correlati evidenziati in ambito lavorativo.

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.

Da segnalare che nell'anno della rilevazione numerose aziende hanno proibito alcolici nelle mense.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

A conclusione di un progetto regionale di ricerca-azione che ha visto impegnate tutte le Aziende USL nei contesti di lavoro, con la collaborazione tra Servizi Dipendenze e Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, si è condivisa l'opportunità di stipulare una convenzione con l'Università degli Studi di Bologna - Facoltà di Scienze della Formazione, per uno studio di valutazione sull'efficacia del modello sperimentato nella ricerca. Le azioni già realizzate saranno oggetto di uno studio qualitativo attraverso *focus groups* con i professionisti sanitari coinvolti e con gruppi di lavoratori e datori di lavoro che hanno partecipato al progetto "*Alcol e Lavoro*". Nello stesso tempo verrà messo a punto un nuovo modello di intervento già dotato di un dispositivo per la valutazione.

REGIONE TOSCANA

- Proseguimento del progetto HPH “*Ospedali liberi da alcol per la prevenzione dei rischi legati all’uso di bevande alcoliche e la promozione della salute in contesti di lavoro in ambito sanitario*”.
- Proseguimento del Progetto nazionale “*Formazione sull’identificazione precoce e l’intervento breve per la prevenzione dei problemi alcol correlati nei contesti lavorativi e nell’assistenza sanitaria di base*”.
- Organizzazione di eventi formativi in varie realtà lavorative (Poste Italiane, Enel, insegnanti, ecc.) in collaborazione con Enti locali e/o territoriali.
- Partecipazione e realizzazione di progetti locali per l’informazione e la sensibilizzazione dei lavoratori (ad esempio *Progetto Euridice*).
- Collaborazione con la Medicina del Lavoro, con la Medicina Legale, con i Servizi di Sicurezza sui luoghi di lavoro.
- Distribuzione di materiale informativo ai lavoratori accompagnata, in talune occasioni, anche dalla distribuzione di test di *screening*.

REGIONE UMBRIA

Sono stati realizzati progetti ed iniziative a livello locale.

REGIONE MARCHE

Tutti i Dipartimenti di prevenzione hanno posto in essere progetti per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro.

REGIONE LAZIO

I Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL hanno svolto corsi di formazione destinati ai medici del lavoro dell’Azienda stessa ed ai medici competenti, per le materie inerenti l’attività di prevenzione e accertamento di idoneità al lavoro.

REGIONE ABRUZZO

Nel mese di ottobre 2012, il Ser.A di Chieti, nell’ambito del progetto di Prevenzione Regionale “*Guida senza alcol*”, ha realizzato il corso di formazione per medici competenti in due giornate “*L’identificazione precoce e l’intervento breve per la*

prevenzione dei problemi e danni alcol correlati in ambito lavorativo. Medico Competente, Alcol e Responsabilità”.

REGIONE MOLISE

Nei Servizi per le Tossicodipendenze sono presenti attività di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche legate all'uso e all'abuso di alcol sia per i lavoratori sia per i familiari che si rivolgono alla struttura.

REGIONE CAMPANIA

L'ASL NA2 ha predisposto e diffuso, attraverso l'Unità Operativa di Prevenzione e Protezione, un manuale di comportamento per la sicurezza sul posto di lavoro.

L'ASL di Salerno ha seguito il progetto *“I WORK NO DRINK”* (Io lavoro, non bevo) attraverso lo sviluppo di un modello di intervento agile ma stabile nel campo dell'informazione, formazione e sensibilizzazione sui rischi ed i problemi connessi al consumo di bevande alcoliche prima o durante l'attività lavorativa con particolare attenzione alle professioni individuate come a rischio per la sicurezza dall'Intesa Stato-Regione del 16 marzo 2006, in coerenza con le norme contenute nella L.125/01, nel Dlgs n. 81/2008, negli obiettivi strategici del Piano Nazionale Alcol e Salute e nel programma *“Guadagnare Salute”* del Ministero della Salute.

REGIONE BASILICATA

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)”*.

REGIONE CALABRIA

Il Dipartimento - Tutela della Salute Politiche Sanitarie della Regione Calabria - ha realizzato su tutto il territorio regionale il *“Piano di Prevenzione 2010/2012”*, individuando la linea d'intervento su *“Alcol e lavoro: campagne di sensibilizzazione sul consumo di bevande alcoliche nei cantieri edili”*.

Il progetto si è posto, tra i vari obiettivi, il contenimento del consumo di bevande alcoliche nei cantieri edili al fine di ridurre i rischi infortunistici, per mezzo di sottofasi progettuali al fine di:

- informare e sensibilizzare i lavoratori e i soggetti che sono preposti alla prevenzione nelle imprese edili sulle problematiche alcol correlate, dei divieti di somministrazione e assunzione di alcol previsti dalla normativa;
- coinvolgere i medici competenti, dopo un'opportuna formazione condivisa con i medici degli SPISAL;
- verificare, in fase di vigilanza, l'effettiva adesione nei cantieri al divieto di somministrazione e consumo, nonché la corretta esecuzione della sorveglianza sanitaria.

REGIONE SICILIA

Nella provincia di Caltanissetta è continuata la collaborazione con il Servizio di Medicina del Lavoro dell'ASP per progetti rivolti agli autisti di mezzi pesanti e macchine industriali, con particolare riferimento alla informazione sui danni alcolcorrelati.

Sono continuati anche i corsi di formazione per gli istruttori di scuola-guida.

REGIONE SARDEGNA

Organizzazione di un corso secondo lo standard specifico promosso dall'OMS nell'ambito del progetto europeo PHEPA (*Primary Health care Project on Alcohol*) sull'identificazione precoce ed intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base, rivolto in particolare ai medici competenti delle aziende sanitarie e ospedaliere e agli altri professionisti che, in modi diversi, si occupano di sicurezza nei luoghi di lavoro.

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

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 alcolodipendenti, vengono erogati gratuitamente sia farmaci *anticraving* come il Sodio Oxibato (Alcover[®]) sia avversivanti come il Disulfiram.
- Introduzione in Prontuario regionale del farmaco Acamprosato (Campral[®]) come farmaco *anticraving* per l'alcol.

REGIONE LOMBARDIA

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio regionale i farmaci per terapie antiabuso sono gratuiti; per il resto valgono le norme nazionali sulla compartecipazione alla spesa.

P.A. BOLZANO

Le terapie farmacologiche utilizzate nelle disintossicazioni ambulatoriali, terapie *anticraving* e antiabuso vengono somministrare direttamente dal personale medico e/o infermieristico dei servizi.

Gli interventi infermieristici consistono nella collaborazione con i medici dei servizi per quanto concerne la disintossicazione a livello ambulatoriale, l'approvvigionamento e la somministrazione di farmaci all'utenza, l'effettuazione di alcoltest (BAC tramite espirato); per i pazienti in trattamento con avversivanti o alcolmimetici, nella assistenza al medico nelle applicazioni di agopuntura del padiglione auricolare (Acudetox).

P.A. TRENTO

Etilox prescrivibile a carico del SSN.

REGIONE VENETO

- La totalità dei Dipartimenti per le Dipendenze, nella gestione dei trattamenti terapeutici dei pazienti con PAC, eroga direttamente presso le proprie sedi le terapie farmacologiche antiabuso o *anticraving*. Nel 81% dei casi si opera con prescrizione

medica rilasciata dal personale medico operante all'interno della struttura e/o da altri medici prescrittori.

I servizi farmaceutici delle Aziende unità locali socio sanitarie del Veneto acquisiscono e forniscono direttamente i farmaci alle Unità Alcolologiche.

L'organizzazione dei Servizi di Alcologia prevede la distribuzione/somministrazione dei farmaci da parte di personale infermieristico presso gli ambulatori dei servizi stessi.

La consegna della terapia farmacologica è effettuata direttamente in ambulatorio ai pazienti, ai familiari e/o al personale delle Comunità terapeutiche che collaborano nella gestione dei percorsi terapeutici individualizzati.

L'erogazione dei farmaci, con i relativi controlli e monitoraggio, non comporta alcun onere economico per i pazienti.

- Ulteriori modalità di erogazione dei farmaci riguardano:

- la possibilità di effettuare le terapie a domicilio e/o in affido, anche con il coinvolgimento di familiari o altre persone di riferimento;
- la possibilità di effettuare specifiche terapie disintossicanti e di prevenzione della sindrome da astinenza in regime ambulatoriale di tipo protetto, anche con terapie farmacologiche infusionali e sorveglianza clinica.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Distribuzione di Alcover da parte dei Dipartimenti delle Dipendenze- Alcologia.

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.

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

Le terapie avversivanti, quali il Disulfiram, sono state prescritte nell'ambito del SSN; allo stesso modo, per il mantenimento dell'astinenza del paziente alcolodipendente, è stato prescritto anche l'Acamprosato.

Le terapie *anticraving* (GHB) sono state dispensate ai pazienti alcolodipendenti in modo controllato direttamente presso i servizi.

REGIONE LAZIO

Tutte le Unità Alcolologiche 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.

REGIONE ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i Servizi di Alcolologia, assimilati secondo la normativa ai Ser.T, dispensano gratuitamente ed in modo controllato farmaci per terapie antiabuso o *anticraving*, nonché farmaci utili per la disassuefazione ed il mantenimento della sobrietà.

REGIONE MOLISE

I trattamenti con farmaci antiastinenziali e/o *anticraving* sono garantiti gratuitamente dal Sistema Sanitario Nazionale con tutte le prestazioni di carattere psicologico e sociale anch'esse erogate senza il pagamento di ticket. Inoltre, è stato promosso l'inserimento nel prontuario terapeutico ospedaliero delle specialità medicinali per terapia *anticraving* e anti-abuso di alcol con approvvigionamento presso la farmacia ospedaliera e/o le farmacie convenzionate territoriali.

REGIONE CAMPANIA

- Tutti i Servizi territoriali per le Dipendenze operanti nella Regione garantiscono stabilmente, nel quadro dei protocolli adottati per l'attuazione di piani terapeutici, l'erogazione dei farmaci *anticraving* e antiabuso in uso nella farmacoterapia dell'alcolismo.

- Continua la sperimentazione in alcune Unità Operative di trattamenti *anticraving* incentrati sulla pratica dell'agopuntura e della medicina ayurvedica.

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

Nel corso dell'anno sono stati realizzati incontri informativi con i medici di medicina generale sulle modalità di somministrazione dei farmaci per terapie antiabuso e *anticraving*.
I suddetti farmaci sono dispensati nell'ambito delle prestazioni del S.S.R.

REGIONE SARDEGNA

I farmaci antiabuso ed *anticraving* vengono dispensati gratuitamente.
A seguito dell'inserimento dei suddetti farmaci nel Prontuario farmaceutico, le ASL si sono attivate affinché essi vengano forniti dalla farmacia degli Ospedali o direttamente all'interno del Ser.D.
Alcune ASL hanno stipulato accordi con i Reparti di Medicina dei Presidi Ospedalieri per la disintossicazione da alcol ed il trattamento della sindrome astinenziale, garantendo la continuità assistenziale fra Ospedale e territorio.

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

REGIONE PIEMONTE

Progetto “LASCIATI GUIDARE”- ASL Novara.

Nell'ambito del progetto nazionale CCM per la prevenzione degli incidenti stradali “*Scegliere la strada della sicurezza*”, il Dipartimento Patologia delle Dipendenze e il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della A.S.L. di Novara, in collaborazione con l'Ufficio Territoriale del Governo e l'Ufficio della Motorizzazione Civile, propongono la realizzazione di un intervento formativo destinato agli istruttori e titolari di scuola guida della provincia di Novara, per favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-formativo-educativi nell'ambito dei corsi per il conseguimento della patente di guida.

DESTINATARI

Target finale: giovani di 14-29 anni, residenti nella provincia di Novara, che partecipano ai corsi per il conseguimento della patente di guida.

Target intermedio: istruttori e titolari di scuola guida, della provincia di Novara, in qualità di moltiplicatori dell'azione preventiva.

FINALITA

Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di alcol e/o di altre sostanze nei giovani della fascia di età compresa tra i 14 e i 29 anni.

OBIETTIVO

Far acquisire e/o aumentare negli istruttori e titolari di scuola guida conoscenze e competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-formativo-educativi nell'ambito dei corsi per il conseguimento della patente.

INDICATORI

- N° di istruttori e titolari di scuola guida formati/N° di istruttori e titolari di scuola guida contattati x 100 (almeno 40%) (fonte di verifica: report degli interventi e schede di rilevazione).

- N° istruttori e titolari di scuola guida che intendono avviare un intervento nell'ambito del corso per il conseguimento della patente di guida/ N° di istruttori e titolari di scuola guida formati x 100 (almeno 50%) (fonte verifica: report degli interventi e schede di rilevazione).

- N° risposte esatte al questionario post-test/N° risposte esatte al questionario pre-test >15%.

AZIONI

Il progetto prevede un percorso di formazione articolato in tre incontri di due ore ciascuno: per gli istruttori e titolari di scuola guida della Provincia di Novara.

Gli incontri si articoleranno come segue:

1° incontro: analisi del bisogno formativo, presentazione dei dati epidemiologici, illustrazione degli effetti dell'alcol e delle droghe sulla capacità di guida e normativa vigente.

2° incontro: selezione dei materiali audiovisivi e materiali informativi sui comportamenti disfunzionali e stili di vita legati all'uso e all'abuso di alcol e droghe da utilizzare durante gli interventi informativo-formativo-educativi nell'ambito dei corsi per il conseguimento della patente di guida rivolti ai giovani di 14-29 anni.

3° incontro: formazione al corretto utilizzo dei materiali prescelti: modalità di presentazione, stili comunicativi, modalità di interazione da utilizzare con i clienti durante i corsi per il conseguimento della patente di guida e gestione delle difficoltà nella relazione con loro.

Gli incontri si svolgeranno con una modalità di conduzione attiva.

REGIONE LOMBARDIA

- **Progetto HBSC - *Health Behaviour School Aged Children***, il cui protocollo di ricerca è stato voluto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo scopo finale è quello di avere a disposizione dati utili per la promozione e la progettazione di iniziative di educazione e promozione della salute. Questo tipo di studi può quindi contribuire a individuare precocemente i gruppi a rischio, comprendere i fattori che predispongono gli adolescenti a mettere in atto i comportamenti a rischio così da sviluppare efficaci strategie preventive di intervento.
- **Progetto LST - *Life Skills Training Program***: è un programma di prevenzione all'uso e abuso di sostanze validato scientificamente e dimostratosi capace di ridurre il rischio a lungo termine dell'uso/abuso di alcol, tabacco e droghe, ma anche violenza e bullismo. Il programma è stato sviluppato negli Stati Uniti. La validità del programma è sostenuta da oltre trent'anni di verifiche.
La sperimentazione ha coinvolto nel corso del 2012:
 - 150 scuole secondarie di I grado di tutte le province della Lombardia
 - 794 classi (486 classi prime e 308 classi seconde) e circa 19.000 studenti
 - 1.648 insegnanti (di cui 1.032 su I Livello + 616 attivi su II Livello)
 - 163 operatori di tutte le ASL della Lombardia.
- **Progetto "*Unplugged*"**: è un programma di prevenzione in ambito scolastico dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale. Il fine è di migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali, e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze. Nasce da un progetto europeo, la prima esperienza di valutazione dell'efficacia di un programma scolastico

di prevenzione del fumo di tabacco, dell'uso di sostanze e dell'abuso di alcol. Per le sue caratteristiche di ritardare o prevenire la sperimentazione delle sostanze psicoattive, è indicato per i ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado e del primo anno delle scuole secondarie di secondo grado. La tipologia di intervento è prettamente formativa ed educativa.

Il programma è annuale e prevede la formazione degli insegnanti da parte degli operatori delle ASL lombarde a loro volta già formati.

Il monitoraggio è stato realizzato raccogliendo i dati forniti da 34 scuole secondarie di secondo grado della Lombardia relativi a 136 classi di studenti in cui è stato applicato il programma “*Unplugged*” nell'anno scolastico 2011/2012. Al termine è stato somministrato un questionario di soddisfazione, che è stato compilato da 143 insegnanti e da 2246 studenti. Complessivamente sono stati formati 224 insegnanti.

P.A. BOLZANO

Convegno Internazionale “Il lavoro di prevenzione in tempi di repressione” organizzato dal Forum Prevenzione in collaborazione con la Provincia Autonoma di Bolzano, la Libera Università di Bolzano, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; il Gruppo Abele -Torino, Itaca - Roma; Trimbos Institut – Utrecht; Österreichische ARGE Suchtvorbeugung; Promeca – Ferrara.

L'8 e 9 marzo 2012 ha avuto luogo un convegno internazionale all'Università di Bolzano al quale hanno partecipato circa 300 esperti provenienti da Italia, Austria, Germania e Svizzera. Il tema del congresso era il ruolo del lavoro di prevenzione all'interno delle preoccupazioni sociali dominate dalle esigenze di controllo e sicurezza. Con l'indicazione che le paure delle persone, che vengono usate per applicare continui nuovi divieti e legittimare i controlli, siano infondate o che durino per breve tempo, i relatori hanno richiamato l'attenzione del pubblico su un modello di prevenzione che deve offrire più idonei interventi atti ad abbassare la paura, promuovere la tolleranza e la comprensione e che ponga al centro dell'attenzione la persona auto responsabile con i suoi numerosi bisogni. E' stato affrontato anche il tema dell'alcol in relazione al compito del lavoro di prevenzione che è proprio quello di aumentare il senso di autoefficacia dei singoli, di rinforzare le persone nelle loro capacità di scelta di assunzione di responsabilità, di ricorrere a strategie e interventi che abbiano come obiettivo la riduzione del rischio, delle paure e insicurezze e che vadano ad incidere sulle condizioni generali di vita delle persone.

Progetto “Sì alla tutela dei giovani”

La campagna provinciale “*Bere responsabile*” dal 2012 può contare anche sul sostegno dell'Unione commercio turismo servizi Alto Adige con la quale ci sono stati gli accordi per distribuire a tutte le aziende del settore alimentare della provincia adesivi con la scritta “*Io penso ai giovani*”.

Applicare questo adesivo in un posto ben visibile del proprio negozio offre a gestori di locali e commercianti la possibilità di mostrare il proprio senso di responsabilità verso

l'uso dell'alcol, ma anche il fatto che, oltre alle norme di legge esistenti in materia, a spingerli a una tutela dei giovani sono anche le proprie convinzioni personali.

Il progetto consiste quindi sia in un impegno verso la regolamentazione che nel rispetto della tutela dei più giovani. Per fare questo serve l'attenzione di tutti i settori interessati e, tra essi, di commercianti e gestori di locali pubblici. Il progetto aiuta anche ad accogliere le nuove norme riguardanti la vendita di alcol e tabacco entrate in vigore con il decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012: *“la vendita di bevande alcoliche è vietata ai minori di 18 anni e sanzionata con una multa da 250 a 1.000 euro”*.

P.A. TRENTO

La Provincia Autonoma di Trento ha posto in essere molti progetti volti a sensibilizzare tutta la popolazione e, di volta in volta, *targets* più specifici riguardo all'uso di bevande alcoliche e ai danni alcol correlati. La quasi totalità dei progetti ha attuato le strategie più idonee a favorire l'informazione, l'educazione e quindi la prevenzione dei danni alcol correlati. Contestualmente si sono adottate iniziative per garantire la formazione degli operatori del settore (insegnanti, medici di medicina generale, ecc.).

REGIONE LIGURIA

Con la Legge Regionale 5 aprile 2012, la Regione Liguria ha istituito la Rete Alcolica Regionale, con l'obiettivo di attuare un intervento organico nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze alcoliche e delle patologie correlate e all'istituzione del Centro Alcolico Regionale con funzioni specialistiche in ambito diagnostico, clinico e di ricerca.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Progetto “Scegli con gusto, gusta in salute”. Il progetto di prevenzione scolastica si rivolge agli Istituti alberghieri della Regione per la sperimentazione di un percorso culturale e di laboratorio su alcol e alimentazione. Queste Scuole, infatti, hanno il duplice ruolo di realtà scolastica e di luogo di formazione per figure professionali che lavoreranno come ristoratori e barman confrontandosi con l'alimentazione e le bevande. Il progetto, coordinato dal Centro regionale Luoghi di Prevenzione di Reggio Emilia ed inserito nel Piano regionale della Prevenzione, è stato condotto in collaborazione tra il Servizio regionale Salute Mentale Dipendenze Patologiche e il Servizio regionale Veterinario ed Igiene degli alimenti.

REGIONE TOSCANA

Progetto “PROSIT - Promozione di stili di vita alternativi”.

Il progetto *PROSIT* intende realizzare sui territori di Lucca e Pisa interventi di prevenzione primaria delle condotte di abuso e delle dipendenze, con particolare attenzione all'alcol e alle patologie alcol correlate.

Il progetto promosso dal partenariato tra la Zefiro Cooperativa Sociale di Lucca e il Ponte di Pontedera, con la supervisione del CAR (Centro Alcolologico Regionale Toscano), prevede la realizzazione di interventi di comunità volti a mostrare come il mondo degli adulti gestisce la relazione con l'alcol e come si comporta, sia sul fronte del consumo di bevande alcoliche che della somministrazione e vendita, al fine di focalizzare l'attenzione, in particolare dei giovani, sulla necessità di un cambiamento generale della cultura e dell'approccio al tema.

Al termine del percorso della durata di 12 mesi un evento finale organizzato presso uno dei locali o disco club coinvolti nel progetto sarà l'occasione per presentare i risultati del progetto.

OBIETTIVI:

1. Prevenire i rischi legati al consumo di alcol nella popolazione, con particolare attenzione alle fasce di età giovanile nelle quali ancora non sono strutturate situazioni di dipendenza ma prevalgono comportamenti rischiosi e dannosi tesi al cosiddetto “*sballo*”.
2. Stimolare i giovani ad essere protagonisti attivi nel processo di costruzione e tutela della salute attraverso la promozione di stili di vita funzionali al benessere in relazione non solo al gruppo dei pari ma anche agli adulti.
- 3) Favorire nei giovani lo sviluppo di un senso critico (*life skills*) rispetto ai martellanti messaggi pubblicitari e alle crescenti offerte commerciali che inducono a consumare bevande alcoliche a danno della propria salute.
- 4) Promuovere forme di divertimento non associato al consumo di bevande alcoliche e allo “*sballo*” indotto dall'assunzione di sostanze psicoattive, incentivando anche la produzione e vendita di alternative analcoliche altrettanto accattivanti e convenienti nel prezzo.
- 5) Sensibilizzare gli adulti (genitori, gestori dei locali, forze dell'ordine, associazioni di categoria) ad assumersi responsabilità nella tutela della salute pubblica attraverso comportamenti coerenti e lontani dalle logiche delle convenienze e di mercato.
- 6) Identificare nuclei familiari con problemi alcol correlati al fine di intervenire precocemente sui figli e sul disagio che il contesto, spesso caratterizzato da mancanza di stabilità e da inadeguato supporto emotivo, arreca.

DESTINATARI:

- Giovani di età compresa tra i 14 e i 35 anni.
- Genitori e familiari dei ragazzi/e coinvolti.
- Operatori dei centri di aggregazione giovanile, centri per la famiglia, centri per l'accoglienza migranti, educatori, insegnanti, ecc.

- Gestori di bar e locali notturni.
- Forze dell'ordine.
- Istituzioni pubbliche e private.

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO:

FASE 0 – Costituzione del gruppo di lavoro.

FASE 1 – Coinvolgimento e Formazione Coordinatori e Tutor.

FASE 2 – La Rete (Individuazione dei soggetti territoriali da coinvolgere nel progetto e attivazione della rete di collaborazioni).

FASE 3 – Coinvolgimento Giovani.

FASE 4 e 5 – Formazione e Realizzazione attività da parte dei giovani.

FASE 6 – Gli eventi pubblici e la diffusione dei risultati e dei prodotti realizzati dai giovani.

FASE 7 – Valutazione e Azioni future.

AZIONE TRASVERSALE 1 – Identificazione precoce del rischio.

AZIONE TRASVERSALE 2 – La sensibilizzazione degli adulti.

REGIONE MARCHE

Progetto “Tutoraggio e Territorio”.

ENTE TITOLARE: Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Pesaro.

Il progetto è finalizzato a rispondere alla domanda di protezione sociale del paziente attraverso un'attività di tutoraggio nel territorio tramite la figura di un *tutor* di una Cooperativa Sociale che partecipa settimanalmente all'équipe alcolologica del Dipartimento e segue i pazienti alcolodipendenti nel rispetto del piano terapeutico elaborato con differenti azioni di seguito riportate:

- visite domiciliari;
- incontri di confronto con i familiari;
- incontri sul territorio;
- sostegno nella ricerca di soluzioni abitative;
- accompagnamento e sostegno per particolari esigenze sanitarie (visite mediche ambulatoriali od ospedaliere);
- accompagnamento e sostegno nella ricerca di soluzioni lavorative (presentazione domande e colloqui di lavoro, incontri al Centro per l'Impiego);
- accompagnamento e sostegno ad incontri con Enti pubblici o privati (Caritas, INPS, Associazioni del volontariato);
- accompagnamento e sostegno ad incontri presso i Servizi Sociali Comunali;
- accompagnamento, sostegno e tutoraggio all'inserimento presso servizi residenziali e/o presidi ospedalieri.

REGIONE ABRUZZO

1) Progetto “Guadagnare salute. INADOLESCENZA” realizzato dal Ser.T di L’Aquila

Per l’anno scolastico 2011-2012, il Ser.T. di L’Aquila, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL 01, ha aderito alla realizzazione, sul proprio territorio di competenza, del Progetto “*Guadagnare salute. INADOLESCENZA*” recepito dalla Regione Abruzzo e svolto nell’ambito di un progetto nazionale dallo stesso titolo (capofila Regione Piemonte).

La finalità è stata quella della prevenzione degli incidenti stradali giovanili, essendo molto alta la mortalità dei giovani che provocano incidenti sotto l’effetto di alcol. I destinatari della formazione sono stati alcuni docenti delle scuole medie superiori ed inferiori di L’Aquila, individuati attraverso l’Ufficio Scolastico Provinciale. Alcuni dei docenti formati, a loro volta, hanno realizzato interventi di sensibilizzazione alcolica rivolti ai ragazzi a cui insegnavano.

Nell’ultimo trimestre del 2011 sono stati attivati i contatti con il Provveditorato Regionale e si è organizzata la formazione per i docenti.

Nel mese di gennaio 2012 si sono svolti n. 3 incontri, rivolti a n. 15 insegnanti, inerenti i temi del progetto nazionale. Non tutti gli insegnanti hanno aderito all’iniziativa nella sua completezza, tuttavia il corso ha poi avuto ricaduta sulle scolaresche sensibilizzate, sul tema della prevenzione degli incidenti stradali da alcol, in particolare:

- n. 40 studenti nella scuola media inferiore “G. Mazzini” di L’Aquila;
- n. 30 studenti nella scuola media inferiore di Sassa;
- n. 47 studenti nella scuola media superiore liceo scientifico “A. Bafile” di L’Aquila.

A studenti ed insegnanti sono stati somministrati questionari per la valutazione dell’apprendimento.

2) Progetto: “Prevenzione alcolica in Sagre e Feste” realizzato dal Ser.T. di Vasto

Progetto attuato nelle Sagre di “*Corti Antiche*” Atesa (CH) 18 agosto 2012 / “*Borghi Rurali*” Treglio (CH) 10-11 Novembre 2012.

Gli interventi sono stati finalizzati ad informare sia i giovani sia la popolazione adulta circa le problematiche legate all’uso ed all’abuso di alcol nei luoghi del divertimento. L’obiettivo principale è stato quello di aumentare la consapevolezza del rischio legato alla pericolosità della guida in stato di ebbrezza e soprattutto sensibilizzare ed informare

in merito ad eventuale alcolemia rilevata con l'ausilio dell'etilometro o dell'alcoltest. Nell'attività progettuale sono stati coinvolti i volontari della Croce Rossa, i Comitati Pro-Loce, le Forze dell'Ordine e le Associazioni no-profit.

L'iniziativa si è articolata in incontri informativi e formativi con gli *stakeholders*, con attività di prevenzione nei luoghi del divertimento tramite l'uso di *stands*, con distribuzione di materiale illustrativo e video-proiezione, rilevazione dell'alcolemia e somministrazione di questionari valutativi. In base ai dati forniti dalla Polizia Stradale, l'attività svolta sul territorio in due specifiche occasioni di festa ha condotto ad un forte calo delle infrazioni al Codice della Strada. L'utilizzo dell'etilometro, e quindi la consapevolezza del proprio stato di ebbrezza, ha indotto molti soggetti testati a non mettersi alla guida.

Durante le tre giornate d'intervento:

- sono state contattate agli stands circa 1200 persone;
- sono stati somministrati 400 etilotest;
- sono state rilevate 400 alcolemie con gli etilometri;
- sono stati distribuiti circa 1000 opuscoli e volantini informativi.

REGIONE MOLISE

Progetto “ALCOL E DROGHE: gli effetti e le conseguenze per chi guida”

Ser.T. di Larino

OBIETTIVI:

- sensibilizzare alla guida sicura;
- informare sui rischi della guida sotto l'effetto dell'alcol e/o delle droghe;
- informare sulla normativa prevista in caso di guida sotto l'effetto dell'alcol e/o delle droghe.

TARGET:

- Studenti;
- utenti del Ser.T.

REGIONE CAMPANIA

Progetto Centro Semiresidenziale “Il filo di Arianna”.

A seguito del notevole incremento degli utenti con problemi di uso associato di cocaina ed alcol negli ultimi anni, in analogia a quanto accaduto nel panorama nazionale, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'ASL Na2 Nord con l'U.O. di

Alcologia, in collaborazione con il Comune di Pozzuoli ed in integrazione con il Privato Sociale (Cooperativa Sociale “*Officine ed Editoria*” della Federazione Città Sociale), hanno istituito un centro semiresidenziale per persone con problematiche alcol correlate e con problemi di uso/abuso di cocaina, “*Il filo di Arianna*”.

Dopo una prima fase di sperimentazione avviata nel 2010 e durata 15 mesi, oggi “*Il filo di Arianna*” è la prima struttura semiresidenziale pubblica presente sul territorio dell’ASL ad occuparsi di problematiche alcol correlate mediante la sperimentazione di una metodologia d’intervento che tiene conto delle caratteristiche della nuova tipologia di utenza. La sua attività prosegue grazie all’opera dei componenti del personale dell’U.O., di alcuni volontari e della collaborazione di alcuni operatori di altre unità operative del Dipartimento. Le azioni terapeutiche su cui si fonda la pratica clinica sono:

- visite mediche periodiche, monitoraggio dell’uso di sostanze, prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- psicoterapia individuale e di gruppo, colloqui familiari o di coppia;
- laboratori di ortocoltura e giardinaggio, di computer-grafica, di lettura e cineforum, di attività corporea.

La novità del progetto è sintetizzabile nei seguenti aspetti :

- a) il non sradicamento degli utenti dal proprio ambiente con la possibilità di risolvere *in itinere* conflitti e problemi del contesto di appartenenza coinvolgendo, qualora si ritenga necessario, i propri familiari;
- b) la condivisione da parte degli operatori del pubblico e del privato sociale degli obiettivi da raggiungere per ogni singolo utente e rispetto al gruppo, riducendo il rischio di fraintendimenti favoriti dalla non condivisione degli stessi spazi di lavoro;
- c) infine, la possibilità di valutare l’efficacia del trattamento, senza alcuna dispersione di informazioni e di dati.

L’istituzione di un Centro Diurno dedicato specificamente a pazienti con problematiche legate all’uso di alcol e/o cocaina, guidato da un’*équipe* “*ad hoc*” adeguatamente formata e specializzata, non solo amplia il ventaglio dell’offerta terapeutica, ma conferisce all’U.O. di Alcologia una specificità tale da rappresentare un punto di riferimento per tutti gli altri servizi dell’ ASL.

REGIONE BASILICATA

Progetto “Prevenire Teatrando”

OBIETTIVI

- Costruire nuove proposte nell’ambito della promozione della salute sulla tematica dell’alcol che unisca la parte informativa a quella teatrale.

- Sostenere la crescita evolutiva e fisiologica degli adolescenti informandoli sui rischi connessi al consumo di alcol, attivando un processo di decostruzione cognitiva sulle false credenze e sugli stereotipi diffusi sull'argomento.

METODOLOGIA E STRUMENTI

L'azione teatrale, scelta come modalità di intervento negli incontri, fonde il momento informativo e quello performativo conferendo al messaggio immediatezza e leggerezza, non senza però approfondire il tema dei rischi connessi al consumo di alcol.

Lo spettacolo "A.A. *Altamente Alcolico*", a cura dell'Associazione culturale "L'albero", sarà rappresentato in 10 Scuole Superiori dell'ASP.

Lo spettacolo mette in scena una sorta di processo, nel corso del quale salgono sul banco degli imputati diversi tipi di alcolici : ogni bevanda argomenta la propria difesa smontata dal Pubblico Ministero.

Gli incontri realizzano la formula della conferenza-spettacolo, fondendo informazione ed arte scenica e favorendo l'immediatezza degli interventi e la partecipazione.

Gli operatori dei Ser.T. cureranno i rapporti con le scuole, il dibattito post-spettacolo e l'eventuale realizzazione di materiale preventivo con e per i giovani.

DESTINATARI

Alunni e docenti di 10 scuole medie inferiori/superiori presenti sul territorio dell'ASP.

VALUTAZIONE

Questionari di gradimento con le *emoticons*.

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.

Progetto “Insieme per la prevenzione”

Tale progetto prende ispirazione da precedenti attività preventive e dalle ricerche svolte dal Ser.T. di Potenza su giovani e stili di vita dalle quali sono emersi i seguenti nuclei problematici:

- alta percentuale di consumatori di alcol al di sotto dell'età legale;
- alta percentuale di giovani maschi con comportamenti di ubriacatura;
- presenza di comportamenti di ubriacatura anche nei giovani al di sotto dei 16 anni;
- bassa età del primo contatto con l' alcol.

Consapevoli che nell'eziologia di tali comportamenti entrano in gioco non solo fattori individuali, ma anche fattori ambientali, si è deciso di andare oltre l'approccio educativo individuale e di promuovere la partecipazione di tutta la comunità e delle sue istituzioni per sensibilizzare i giovani sul consumo di alcol e i rischi connessi, favorendo l'adozione di scelte consapevoli per tutelare la propria salute e rispettare quella degli altri.

La finalità del progetto è di promuovere modelli culturali di consumo critico e consapevole, innestando elementi di protezione della salute all'interno dei contesti di divertimento.

Come è noto, i locali, i bar, i pubs e i clubs sono i luoghi preferiti di aggregazione giovanile; pertanto è indispensabile consolidare la collaborazione con i gestori e gli operatori degli stessi per offrire un “*divertimento sicuro*” organizzato e gestito nel rispetto di tutte le disposizioni di legge a tutela della salute e della incolumità dei giovani.

OBIETTIVI:

- introdurre nel mondo del divertimento giovanile una cultura che rafforzi il binomio divertimento-benessere, contrastando quella che, al contrario, tende a collegare l'idea del divertimento allo sballo, provocando situazioni di rischio;
- attivare alleanze fra le istituzioni volte alla tutela della salute e il mondo del divertimento;
- introdurre elementi di protezione della salute da parte degli stessi gestori dei locali;
- elaborare un codice etico condiviso sulla vendita e somministrazione di alcol;
- sviluppare accordi con le associazioni di categoria, per promuovere la vendita di prodotti analcolici nei locali e nei contesti del divertimento giovanile;

- consolidare una rete di soggetti che, in relazione al differente ruolo, si muovano in modo sinergico sulla promozione della salute.

METODOLOGIA E STRUMENTI:

In continuità con la precedente esperienza di formazione degli operatori dei locali del divertimento, a cura dei Ser.T., s'intende proseguire con un tavolo di concertazione con amministrazioni comunali, gestori di locali e associazioni di categoria per l'elaborazione di un codice etico per la salute. Il codice etico rappresenta il tentativo di coinvolgere i gestori dei locali, le associazioni di categoria e le amministrazioni locali, nell'elaborare una serie di raccomandazioni e impegni per clienti e gestori stessi, finalizzate ad un consumo responsabile di alcol e a comportamenti di protezione della salute. Attraverso questo strumento è possibile uscire da logiche in cui la responsabilità è delegata solo al singolo individuo, o al gestore del locale, e costruire pratiche condivise, nel rispetto delle esigenze dei singoli attori coinvolti. Una volta elaborato il documento si cercherà di allargarlo e di discuterne le modalità di diffusione e attuazione valutando vantaggi e svantaggi per chi lo adotta. Il documento, inizialmente, sarà sperimentato nell'area territoriale di pertinenza del Ser.T. di Potenza. Inoltre con i gestori disponibili si provvederà ad organizzare delle campagne informative rivolte ai giovani frequentatori di locali ed eventi.

DESTINATARI:

giovani ed adolescenti, gestori di locali.

REGIONE CALABRIA

Progetto "OASI"

Il Progetto Regionale "O.A.S.I." (Orientamento, Ascolto, Sostegno, Informazione) è realizzato nell'area territoriale dell'Azienda Provinciale di Catanzaro.

Il progetto ha lo scopo di individuare azioni di prevenzione all'abuso di bevande alcoliche soprattutto tra i giovani.

Gli interventi, con l'utilizzo di un etilometro, sono stati realizzati all'uscita dei locali più frequentati e nei luoghi di maggiore aggregazione dei ragazzi/e.

L'obiettivo prioritario è stato quello di rendere consapevoli il maggior numero di essi della quantità di alcol ingerito e dei nuovi limiti previsti dalla Legge vigente, con il fine ultimo di dissuadere dalla guida dell'automobile o del motorino quanti fossero risultati con un livello di tasso alcolemico superiore al consentito.

In molti hanno partecipato ai test, e queste occasioni sono state utili anche per fornire informazioni sui danni a breve e a lungo termine derivanti dall'uso scorretto di bevande alcoliche. La ricaduta attesa da tali interventi preventivi era la riduzione degli incidenti stradali, causa spesso di morte o di lesioni permanenti.

Nonostante l'impegno profuso, si è riscontrato che un nutrito numero di soggetti in condizioni a rischio, indifferente al pericolo per la propria ed altrui incolumità, ha continuato a guidare anche in stato di ebbrezza. Per tali motivi si è ritenuto opportuno

intensificare i rapporti di collaborazione con i gestori dei locali e con quanti lavorano nell'ambito del *loisir* notturno, per poter attuare una campagna di prevenzione contro l'abuso di bevande alcoliche ancora più incisiva.

MATERIALI E METODI

La peculiarità di questa attività è nell'utilizzo di uno specifico strumento di rilevazione, l'etilometro. Agli utenti che si sottopongono al test, viene rilasciata una *card* sulla quale sono riportate le sanzioni previste dal codice della strada ed alcune utili informazioni sugli effetti, i rischi e i danni derivanti dall'uso/abuso di alcool.

Le *card* contengono, inoltre, una serie di numeri telefonici dei principali Servizi presenti sul territorio, ai quali i giovani possono rivolgersi per informazioni e/o richiedere aiuto. Vengono distribuiti opuscoli ed altro materiale informativo ai ragazzi in attesa di salire sul furgone dove eseguiranno la prova.

Tutta l'attività è efficacemente pubblicizzata con locandine e dépliants, posti sul tavolo allestito per il *front office*, e da un *banner* plastificato che invita a sottoporsi alla prova etilometrica.

L'attività progettuale prevede un cronoprogramma di 24 mesi, pertanto si presume che il progetto si concluderà a dicembre 2013.

REGIONE SARDEGNA

Progetto Alcohol Imprinting

Il progetto è finalizzato alla prevenzione primaria dell'abuso di alcol volto sia all'identificazione del bisogno formativo che alla sensibilizzazione della popolazione docente e studentesca sui problemi dell'alcolismo e dei disturbi psichiatrici ad esso correlati, con interventi di prevenzione ed educazione alla salute.

SOGGETTO REALIZZATORE:

Azienda Capofila ASL n.8 di Cagliari, Dipartimento di Salute Mentale (DSM) - Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati e il DSM della ASL n.3 di Nuoro.

OBIETTIVO GENERALE:

Prevenzione primaria e secondaria dell'alcolismo e delle problematiche alcol correlate, promuovendo e diffondendo la "*Cultura del non bere*" attraverso una sensibilizzazione della popolazione docente e degli studenti delle prime classi superiori.

TARGET:

Popolazione docente e studenti delle prime classi superiori.

STRUMENTI:

Informativo ed educativo.

Il Progetto si è svolto attraverso diverse fasi:

1) Fase Propedeutica

Coinvolgimento della Direzione Scolastica Regionale, rappresentata dal Direttore Generale M.I.U.R. e dagli Istituti Superiori presenti nell'area territoriale di competenza della ASL di Cagliari e Nuoro.

Raccolta bisogni formativi.

Ricerca bibliografica.

Allestimento di materiale didattico e informativo.

2) Fase di Formazione Docenti

La formazione si è svolta attraverso lezioni frontali (per un totale di 10 ore) e discussione dei temi proposti.

Tale fase ha sensibilizzato ed informato i docenti sia sulle problematiche alcol correlate sia sul fondamentale ruolo sociale che essi stessi rivestono nella prevenzione primaria.

Altro importante obiettivo di questa fase è stato quello di fornire ai docenti gli strumenti che permettessero loro di affiancare gli operatori nella formazione degli studenti e nella preparazione e realizzazione degli elaborati.

3) Fase di Formazione Studenti

La modalità formativa si è svolta attraverso lezioni frontali, lavori di gruppo, esercitazioni pratiche e discussioni.

Tale fase ha avuto lo scopo di sensibilizzare gli studenti alle tematiche alcol correlate, stimolandoli alla produzione di materiale pubblicitario sul tema della prevenzione dell'alcolismo.

4) Fase di elaborazione e stesura del testo

Il testo ha come titolo “*Appunti di alcologia*” ed è ad uso di insegnanti e studenti.

PERSONALE IMPIEGATO:

- Psichiatra coordinatore e supervisore del progetto;
- psicologi conduttori di Gruppi;
- valutatore informatico del progetto;
- addetto di segreteria.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI:

- 1) indicatori di risultato studenti, attraverso la somministrazione del questionario di valutazione/partecipazione studenti;
- 2) indicatori di risultato docenti, attraverso la valutazione dei questionari sulla loro partecipazione.