



# *Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VII

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

**ANNO 2014**



## INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

I

## PARTE I

<b>1.</b>	<b>IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO</b>	<b>1</b>
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
	<i>Il consumo annuo pro capite di bevande alcoliche nei Paesi europei</i>	2
	<i>I consumi e i modelli di consumo nella popolazione italiana</i>	7
	<i>I consumi e i modelli di consumo nella popolazione giovanile</i>	21
	<i>I consumi e i modelli di consumo nella popolazione anziana</i>	26
1.2	La morbilità e la mortalità alcol correlate	28
	<i>Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili</i>	29
	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	36
	<i>Gli incidenti stradali</i>	39
1.3	L'alcoldipendenza	43
	<i>L'attenzione dei medici al consumo alcolico dei pazienti</i>	44
<b>2.</b>	<b>LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE</b>	<b>45</b>

## PARTE II

<b>3.</b>	<b>I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 - ANNO 2012</b>	<b>52</b>
3.1	Il personale dei servizi	52
3.2	Le caratteristiche demografiche dell'utenza	52
3.3	I consumi alcolici dell'utenza	54
3.4	I modelli di trattamento	54
3.5	I modelli organizzativi dei servizi	55
3.6	La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato	55

### PARTE III

4.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	57
4.1	Gli interventi di indirizzo	57
4.2	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	69
4.3	La partecipazione alle politiche internazionali	71
4.4	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio	74

### PARTE IV

5.	I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI	76
6.	LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITA' DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 n. 125	84
6.1	Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità	85
6.2	Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati	109
6.3	Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	139
6.4	Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	151
6.5	Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale <i>no profit</i>	157
6.6	Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11	166
6.7	Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	172
6.8	Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida	183
6.9	Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	191
6.10	Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	200
6.11	Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001	205

## 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 2013 e dal Ministero della Salute nell'anno 2014.

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

Il nostro Paese, negli ultimi dieci anni, ha registrato un progressivo cambiamento dei comportamenti di consumo di alcol, appare infatti sempre meno diffuso il tradizionale modello di consumo basato sull'assunzione quotidiana di vino durante i pasti che tuttavia persiste nella popolazione adulta e anziana, mentre si consolida il consumo occasionale e al di fuori dei pasti. Continua ad essere una criticità il fenomeno del *binge drinking* soprattutto nella popolazione più giovane.

Nel decennio 2003-2013 l'ISTAT ha rilevato la diminuzione della quota di consumatori totali – *almeno una bevanda alcolica su base annua* - (dal 68,7% del 2003 al 63,9% del 2013), la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% del 2003 al 27% del 2013), l'aumento dei consumatori occasionali (dal 37,6% del 2003 al 41,2% del 2013), l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 24,8% del 2003 al 25,8% del 2013).

Nel 2013 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63,9% degli italiani, pari a 34 milioni e 644 mila persone, con una prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,5%) rispetto alle femmine (51,2%); mentre beve quotidianamente il 22,7% dei consumatori, pari a 12 milioni e 300 mila persone, anche in questo caso con una netta prevalenza dei maschi (34,4%) rispetto alle femmine (11,7%). Rispetto all'anno precedente la quota complessiva dei consumatori si presenta in lieve calo.

Il consumo fuori pasto è progressivamente aumentato dal 2003 (24,8%) al 2013 (25,8%), e nel 2013 ha riguardato 14.000.000 di persone. Rispetto al 2012 si osserva una sostanziale stabilità del fenomeno sul totale della popolazione considerata. Se tuttavia osserviamo il fenomeno per classi di età, risulta evidente che il consumo fuori pasto è soprattutto diffuso tra i giovani (18-24 anni) e i giovani adulti (25-44), che lo adottano spesso nell'ambito di occasioni e contesti legati al divertimento e alla socializzazione. Preoccupante invece è la crescita negli ultimi dieci anni del consumo fuori pasto tra le femmine che sono passate dal 13,8% al 15,8%, tale crescita nelle femmine si è verificata in tutte le fasce di età ed è stata nettamente superiore rispetto al dato complessivo dei consumi fuori pasto tra i maschi che risulta pressoché stabile (36,6% nel 2003, 36,5% nel 2013).

Un fenomeno che ormai desta preoccupazione, soprattutto per i più giovani, è il cosiddetto *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 2013 i *binge drinkers* rappresentano complessivamente il 6,3% della popolazione di 11 anni e più, il 10,4% tra i maschi e il 2,5% tra le femmine, in leggero calo rispetto al 2012. Il fenomeno del *binge drinking* negli ultimi anni (2010-2013) mostra pertanto una interruzione del trend in crescita che era in atto a partire dal 2003. Tuttavia è importante rilevare che, al contrario, nella fascia di età 18-24 anni maggiormente interessata a questo genere di consumo, il dato del 2013 è leggermente superiore rispetto al 2012 (2013 è il 15,1%, 2012 era il 14,8%), il fenomeno continua ad interessare soprattutto i maschi di 18-24 anni (2013 è il 21,9%, 2012 era 20,1%); una riduzione dei *binge drinkers* si osserva invece sul totale delle donne e tra i maschi di 45-64 anni. Tra i giovani studenti di 15-19 anni monitorati dall'indagine ESPAD sembra consolidarsi il contenimento di comportamenti a rischio quali ubriacature e il *binge drinking*, che nel 2013 presentano prevalenze sostanzialmente stabili o in lieve calo rispetto a quelle dell'anno precedente e comunque vicine ai valori minimi della serie storica per questi dati.

Tra i modelli di consumo che vengono monitorati annualmente nella popolazione italiana e nei Paesi europei vi è il consumo abituale eccedentario, termine che va a comprendere anche il consumo giornaliero non moderato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggeriva per gli adulti di non eccedere un consumo di 2-3 unità alcoliche 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, veniva considerato non moderato il consumo di qualsiasi quantità di alcol. Le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione, sviluppate nel 2003 dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), facevano riferimento alle indicazioni dell'OMS per la definizione dei Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN). Negli ultimi dieci anni le evidenze scientifiche nazionali ed internazionali, nonché le nuove disposizioni normative adottate dall'Italia e da altri Paesi U.E. riguardanti il divieto della vendita e somministrazione di alcolici ai minori, hanno suggerito l'opportunità di aggiornare tali linee guida. Pertanto, è in previsione l'aggiornamento delle Linee Guida nazionali per una sana alimentazione nel corso dell'anno 2015, tenendo conto delle nuove acquisizioni scientifiche in campo biologico-nutrizionale, delle indicazioni dell'OMS, del Ministero della Salute, dell'ONA-CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcologia. Le nuove indicazioni ribadiscono che sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato e che per gli adulti che scelgono di bere, occorre mantenere un consumo giornaliero inferiore a 1 Unità Alcolica per la donna e per l'anziano (ultra 65enni) e inferiore a 2 Unità Alcoliche al giorno per l'uomo.

I dati ISTAT del consumo giornaliero non moderato (consumo abituale eccedentario) riferiti all'anno 2013, calcolati tenendo conto dei parametri utilizzati negli anni precedenti, mostrano che il 7,4% della popolazione di 11 anni e più non rispetta le indicazioni di consumo giornaliero moderato e la prevalenza complessiva per questa categoria di bevitori è superiore a quella rilevata per il *binge drinking*. Il dato complessivo del 2013 si può considerare pressoché uguale a quello rilevato nel 2012. Il consumo giornaliero non moderato (consumo abituale eccedentario) interessa soprattutto i maschi (11,9%) rispetto alle femmine (3,2%) e soprattutto gli uomini anziani di oltre 65 anni, per i quali tali modalità di assunzione di bevande alcoliche è quella largamente prevalente.

Le recenti analisi condotte dall'Istituto Superiore di Sanità sui consumi abituali eccedentari fanno riferimento alle nuove indicazioni proposte nei LARN, e per il 2013 mostrano che il 15,7% dei maschi e il 6,9% delle femmine di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche in quantità superiori a quelli raccomandati. La percentuale più elevata è tra gli adolescenti di 16-17 anni e tra gli anziani.

Al fine di prevenire nella popolazione italiana l'esposizione a rischi per la salute del singolo bevitore e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, è molto importante monitorare attentamente i comportamenti di consumo a rischio e quindi individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al loro contenimento. Per monitorare il fenomeno si tiene conto dei due comportamenti definiti a rischio: il consumo abituale eccedentario ed il *binge drinking* integrati in un indicatore complessivo del rischio.

Il Trend dei comportamenti a rischio dal 2003 al 2013 sulla base della elaborazione ISTAT mostra una riduzione nella quota di chi presenta almeno un comportamento a rischio, tale riduzione è dovuta soprattutto ad una contrazione del consumo giornaliero non moderato (consumo abituale eccedentario). Tuttavia nel 2012 e nel 2013 la tendenza alla diminuzione sembra essersi arrestata, registrandosi valori essenzialmente sovrapponibili nella quota di chi presenta almeno un comportamento di consumo a rischio.

L'Istituto Superiore di Sanità (ONA-CNESPS) ha elaborato la prevalenza dei consumatori a rischio attraverso il nuovo indicatore di sintesi che tiene conto delle novità che saranno introdotte dai LARN. Pertanto, sulla base dell'indicatore predetto, nel 2013 la prevalenza è stata pari al 23,4% dei maschi e al 8,8% delle femmine per un totale di oltre 8.600.000 individui. Le fasce di popolazione più a rischio sono quelle degli 11-17enni che non dovrebbero mai consumare bevande alcoliche, i giovani di 18-24 anni con il fenomeno del binge drinking e gli anziani di età compresa tra i 65 e i 74 anni dovuto soprattutto ad un consumo giornaliero non moderato ovvero abituale eccedentario. Le percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle di sesso femminile per tutte le classi di età ad eccezione di quella degli 11-15enni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative.

I comportamenti a rischio sono più diffusi tra la popolazione residente nel Nord e nei comuni fino a 10mila abitanti e diminuiscono nei Comuni con una dimensione demografica maggiore. Rispetto al 2012 si nota un decremento di almeno un comportamento di consumo a rischio nell'Italia meridionale ed insulare, dovuto alla diminuzione nell'abitudine al *binge drinking* principalmente in Calabria ed in Sicilia; diversamente il Trentino-Alto Adige e la Sardegna mostrano i livelli più alti nella classifica del *binge drinking*.

Dall'analisi del tipo di bevande consumate si evince che nel tempo cambiano oltre alle abitudini anche i gusti degli italiani; i cambiamenti hanno riguardato prevalentemente i giovani e gli adulti fino a 44 anni. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici, alcolpops) oltre a vino e birra. Tra gli uomini è costante il numero di quanti consumano solo vino e birra ed è in diminuzione la quota di chi beve anche altri alcolici come aperitivi, amari e superalcolici. Tra le donne è stabile la quota di chi beve anche altri alcolici ed è in diminuzione il numero di coloro che bevono solo vino e birra. In ogni caso complessivamente tra le bevande consumate nel 2013 il vino resta al primo posto seguito dalla birra e quindi al terzo posto altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici).

L'elaborazione dei dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) confermano anche per l'anno 2013 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 immediatamente seguita dalla sindrome di dipendenza da alcol. 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 progressivo calo, soprattutto negli ultimi anni.

L'analisi condotta dall'I.S.S. (ONA-CNESPS) mostra che il valore corrispondente ai decessi totalmente alcol-attribuibili nel corso degli anni è leggermente diminuito rispetto al 2007 sebbene sia rimasto pressoché stabile rispetto al valore registrato nel 2010.

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 2013 risultano essere l'8,7% degli intervistati contro l'11,8% del 2008. I giovani di età compresa tra i 18-21 anni, mostrano una percentuale inferiore (7,0%) soprattutto in relazione alla percentuale rilevata nel 2012 (8,3%), questo fenomeno potrebbe essere correlato all'applicazione della legge 8.11.2012 n.189, in ogni caso questo dato rimane preoccupante in relazione sia agli aspetti di salute e sicurezza, sia agli aspetti legali, dato il limite pari a zero di tasso alcolemico vigente per legge in questa fascia di età.

Il "*Global status report on alcohol and health 2014*" ovvero "*Rapporto Globale su alcol e salute 2014*" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato il 12 maggio 2014, fornisce un profilo nazionale sul consumo di alcol in 194 Stati membri della OMS, sull'impatto sulla salute pubblica e

suggerisce le scelte politiche che devono essere perseguite. Il rapporto enuncia che nel 2012 l'uso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti ovvero il 5,9% di tutti i decessi nonché il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (Disability Adjusted Life Years, DALYs) attribuibili all'alcol. La Regione Europea risulta essere l'area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati. L'analisi a livello Europeo condotta dall'OECD evidenzia che Lituania, Estonia e Austria hanno il più alto consumo di alcol pro-capite mentre all'estremo opposto troviamo i paesi del sud (Italia, Malta, Grecia, Cipro) che, insieme con alcuni Paesi nordici (Norvegia, Islanda e Svezia) hanno livelli relativamente bassi di consumo di alcol per adulto. Nonostante i cambiamenti emergenti nei modelli di consumo, l'Italia occupa una posizione migliore rispetto a molti Paesi europei, anche di ambito mediterraneo. Infatti, secondo i più recenti dati del WHO-HFA Database, aggiornati all'anno 2010, il consumo medio pro capite di alcol puro in Italia è pari a 6,10 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). Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia per il 2010 (6,10 litri) appare tra i più bassi registrati nella Regione europea, dove il valore medio è di 9,82 litri e solo Georgia, Armenia e Turchia presentano valori inferiori a quelli dell'Italia.

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

Dai dati nazionali, si evince la necessità di mantenere alta l'attenzione soprattutto per i modelli di consumo di alcol più rischiosi per la salute (consumo abituale eccedentario e *binge drinking*) e in particolare per gruppi specifici di popolazione più a rischio (giovani e anziani).

In questa direzione andranno pertanto rivolti gli interventi di prevenzione che siano 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.

Il programma governativo "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 secondo i principi della "*Health in all policies*", ciò ha permesso di poter interagire anche con i settori della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche, consentendo la realizzazione di interessanti interventi

volti a fornire informazioni corrette sul consumo di alcol alla popolazione in generale ed ai giovani in particolare. Inoltre, il programma nazionale “Guadagnare Salute” ha sempre avuto una grande attenzione alla fascia di popolazione più giovane, soprattutto con il coinvolgimento degli istituti scolastici. Grazie al lavoro di sensibilizzazione attuato nel tempo presso le scuole si è giunti a prevedere nei programmi scolastici sempre più frequentemente interventi per la promozione della salute che trattano temi relativi ai rischi dell’alcol, con il coinvolgimento spesso non solo dei giovani studenti ma anche dei loro genitori, il cui modello di consumo ha una sicura influenza sul consumo alcolico dei figli.

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

Il Ministero della Salute, in ottemperanza a quanto disposto dalla Legge 125/2001, ogni anno promuove iniziative di comunicazione per la prevenzione dei danni alcol correlati. Negli ultimi anni le Campagne di Comunicazione del Ministero si sono focalizzate in modo particolare sui giovani. Nel 2014 si è conclusa la campagna educativo-informativa “*Non perderti in un bicchiere!*” per sensibilizzare e informare gli studenti delle scuole superiori di primo e secondo livello sui rischi e gli effetti prodotti dal consumo e dall’abuso di alcol. L’iniziativa che ha avuto il supporto scientifico dell’ISS si è svolta in collaborazione con *Diregiovani*, il Portale d’informazione multimediale che sfrutta la tecnologia oggi presente su Internet. Negli incontri con gli esperti sono stati coinvolti a partecipare gli studenti e i video degli incontri sono stati pubblicati sul sito *Diregiovani.it*. Gli obiettivi della campagna “*Non perderti in un bicchiere!*” sono stati essenzialmente quelli di stimolare i giovani ad essere loro stessi promotori di uno stile di vita virtuoso e portarli a conoscenza dei pericoli e dei rischi che si corrono nell’abuso dell’alcol. La realizzazione della campagna si è svolta su due canali differenti e complementari di comunicazione: il web e le scuole. Inoltre, il Ministero della Salute in collaborazione con l’Osservatorio Nazionale Alcol dell’I.S.S., nell’ambito del Semestre di Presidenza Italiana del Consiglio dell’Unione Europea, ha promosso un evento di comunicazione e di aggregazione per ragazzi denominata “*Sanit-Run-Alcohol prevention race*” che consisteva in una “*Corsa e camminata per la prevenzione dei rischi legati al consumo di bevande alcoliche tra i giovani*”.

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 dall’ultimo 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.

In ambito internazionale, la Commissione per le politiche e le azioni nazionali in campo alcolico (CNAPA) in data 16 settembre 2014 ha pubblicato il piano d'azione sulla prevenzione dei danni alcol correlati nei settori del bere giovanile e del bere pesante episodico, "*Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)*". Questo piano d'azione si propone di supportare gli Stati Membri al raggiungimento degli obiettivi della Strategia sull'alcol dell'UE per ridurre i danni alcol-correlati soprattutto tra la fascia di popolazione più giovane, che manifesta in modo sempre più frequente nel tempo comportamenti di consumo di alcol a rischio.

Il Piano di azione considera sei aree di azioni prioritarie: ridurre il *binge drinking*; ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani; ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al marketing delle bevande alcoliche; ridurre il danno da alcol in gravidanza; assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani; supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.

Nella fascia di popolazione giovanile si sta assistendo sempre più al cambiamento del consumo alcolico femminile che tende alla omologazione con i maschi nella assunzione di comportamenti a rischio. Pertanto, occorre curare maggiormente l'informazione delle donne sulla specificità dei loro rischi nel consumo dell'alcol, sia in relazione alla propria salute che a quella del feto (Sindrome Feto-Alcolica – FAS). In particolare a tutte le donne in gravidanza dovrebbero essere offerte dai competenti servizi socio-sanitari informazioni e consigli specifici per evitare di bere, secondo quanto raccomandato dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati e dal Piano di Azione Europeo per l'alcol dell'OMS.

La popolazione più anziana deve essere aiutata a superare le difficoltà soprattutto culturali che ostacolano l'adeguata percezione dei rischi correlati al consumo alcolico più tradizionale, ricevendo istruzioni chiare e sicure sui limiti da rispettare per un consumo realmente moderato, in relazione all'età, al genere e alle patologie più frequenti ed ai farmaci assunti.

A tale finalità possono dare un importante contributo gli operatori socio-sanitari, tramite una formazione che li renda consapevoli della specificità del rischio alcol per le persone anziane e offra loro adeguati strumenti per aiutare gli anziani al rispetto dei parametri di consumo prescritti. Gli operatori sanitari, e in particolare i medici di base, possono svolgere un importante ruolo di prevenzione per tutte le categorie di popolazione dedicando una maggiore attenzione ai consumi alcolici dei propri assistiti.

Dall'ultimo studio di sorveglianza PASSI emerge che nel 2013, tra le persone che si sono recate dal medico, solo il 14,2% dichiara di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico e nel quadriennio 2009-2013 tale quota appare in calo. Anche tra le persone con forte controindicazione per il consumo alcolico solo il 6,2% 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.

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, nel macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT" prevede proprio tra le strategie mirate all'individuo la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. L'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio e la loro conseguente presa in carico

da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili. Pertanto tra le azioni suggerite dal nuovo PNP vi è l'applicazione dello strumento di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) da attuarsi nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori dei MMG, Medici Competenti, ecc.).

L'alcoldipendenza è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. Le Regioni e Province Autonome proseguono lo svolgimento delle funzioni loro assegnate dalla legge 125/2001 per la programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, per l'organizzazione di servizi dedicati, per la formazione e l'aggiornamento del personale. Il Ministero della Salute può monitorare annualmente lo svolgimento delle attività regionali tramite l'esame delle relazioni predisposte dalle stesse Regioni ai sensi della legge 125/2001. 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 alcologici territoriali hanno consolidato la loro organizzazione e sono in grado, pur con una certa variabilità tra le diverse Regioni, di assicurare ai soggetti alcoldipendenti 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 alcologici 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, gran parte di tali operatori, circa l'80%, risulta peraltro addetto solo parzialmente ai servizi alcologici 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 alcologici 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 alcoldipendenti 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. Nel 2015 è prevista la seconda Conferenza delle Regioni e Province autonome, in quella occasione verrà presentato il libro bianco sul contrasto ai danni alcol correlati che sarà frutto degli atti della prima Conferenza tenutasi a Trieste.

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.

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, approvato d'intesa con le Regioni, ha individuato la prevenzione dei danni alcol correlati in diversi ambiti, infatti i macro obiettivi che individuano nell'abuso di alcol uno dei fattori di rischio che contribuiscono a determinare criticità in termini di salute pubblica, sono essenzialmente quattro: "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili"; "Prevenire la dipendenza da sostanze"; "Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti"; "Prevenire gli incidenti domestici".

Il Programma "Guadagnare Salute" 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 sostenuto e sostiene politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati in ambito internazionale, sia a livello di Unione Europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità. A tale proposito particolare valenza strategica rivestono la Strategia Comunitaria 2006-2012 per la riduzione dei danni alcol correlati, 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, 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 ha partecipato attivamente ai lavori per la predisposizione del Piano di Azione Europeo sulla prevenzione dei danni alcol correlati nei settori del bere giovanile e del bere pesante episodico, "*Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)*" pubblicato in data 16 settembre 2014.

Le finalità della legge 125/2001 costituiscono tutt'ora 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 ai problemi alcol correlati. La presenza incisiva dell'Italia nei contesti internazionali, soprattutto dal punto di vista scientifico ed epidemiologico, e il confronto continuo con gli altri Stati Membri sulle politiche condivise a livello di Unione Europea ed OMS costituisce un ulteriore incentivo alla realizzazione di misure di prevenzione di provata efficacia, nel rispetto delle proprie identità culturali, che in Italia hanno già dimostrato di produrre effetti positivi.

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 un importante problema di salute pubblica del mondo. Il *“Global status report on alcohol and health 2014”* ovvero *“Rapporto Globale su alcol e salute 2014”* dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato il 12 maggio 2014, fornisce un profilo nazionale sul consumo di alcol in 194 Stati membri della OMS, sull’impatto sulla salute pubblica e suggerisce le scelte politiche che devono essere perseguite. Il rapporto *“Global status report on alcohol and health”* enuncia che nel 2012 l’uso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti ovvero il 5,9% di tutti i decessi (7,6% uomini e il 4,0% donne) nonché il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (Disability Adjusted Life Years, DALYs) attribuibili all’alcol. L’Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che nel mondo ogni persona di età maggiore ai 15 anni in media consuma ogni anno 6,2 litri di alcol puro, ma poiché solo il 38,3% della popolazione globale beve alcolici ne consegue che coloro che effettivamente bevono in realtà consumano una media di 17 litri di alcol puro annualmente. La Regione Europea risulta essere l’area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati. L’analisi a livello Europeo condotta dall’OECD evidenzia che Lituania, Estonia e Austria hanno il più alto consumo di alcol puro pro-capite pari a circa 12 litri o più per adulto mentre all’estremo opposto troviamo i paesi del sud (Italia, Malta, Grecia, Cipro) che, insieme con i paesi nordici (Norvegia, Islanda e Svezia) hanno livelli relativamente bassi di consumo, pari a circa 6-8 litri di alcol puro per adulto. Nel Regno Unito, nella Repubblica Ceca ed in Turchia il consumo medio pro capite di alcol puro è rimasto pressoché stabile dal 1980 mentre è aumentato in alcuni paesi nordici (ad esempio, la Svezia e la Finlandia), anche se resta ancora al di sotto della media UE. Il consumo medio di alcol puro è infine diminuito gradualmente in molti Paesi Europei e si è evidenziata una tendenza alla convergenza delle abitudini di consumo di molti Paesi dell’UE (ad esempio il consumo medio pro capite di vino è diminuito nei principali paesi produttori come Francia ed Italia mentre è aumentato in quelli tradizionalmente consumatori di birra). 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. 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.

## **CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI BEVANDE ALCOLICHE NEI PAESI EUROPEI**

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 2010, il consumo medio pro capite di alcol puro è pari a 6,10 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); (Tab.1).

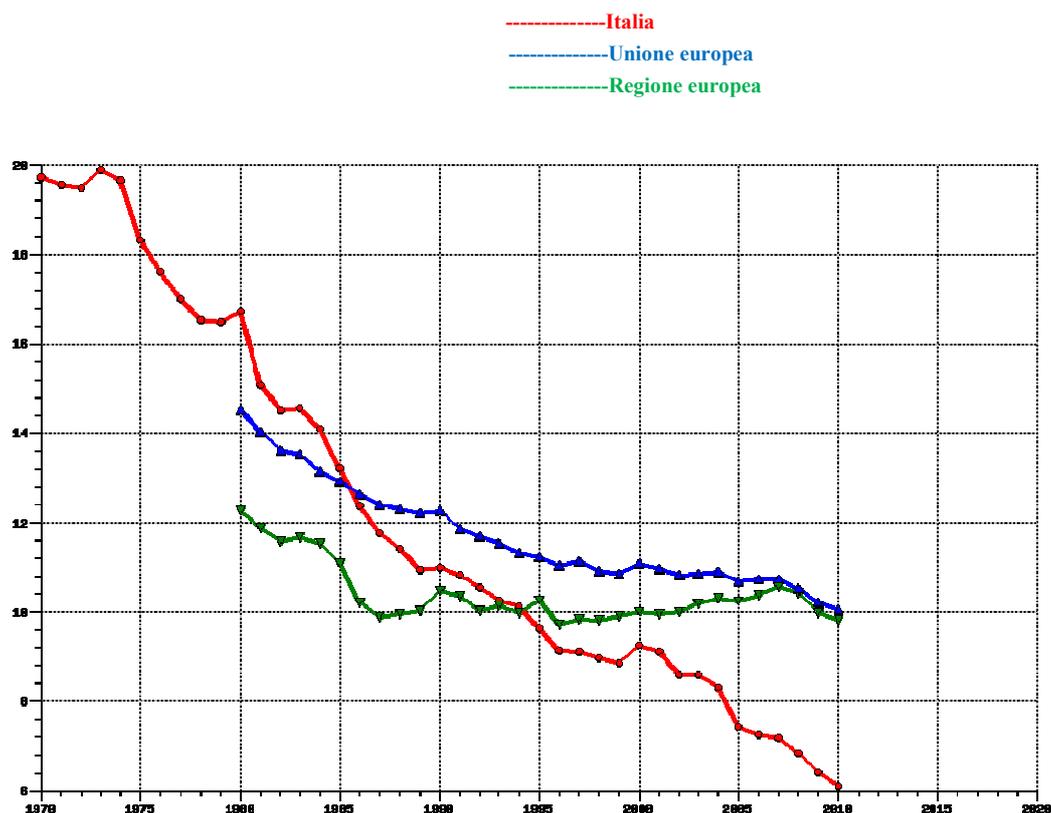
**Tab. 1 - CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE ITALIANA CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ ANNI 2000-2010**

<b>ANNI</b>	<b>Litri pro capite</b>
2000	9,26
2001	9,12
2002	8,59
2003	8,59
2004	8,32
2005	7,41
2006	7,26
2007	7,19
2008	6,84
2009	6,40
2010	6,10

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, April 2014

Tra 1970 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, 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).

**Graf. 1- CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ  
CONFRONTO ITALIA - UNIONE EUROPEA - REGIONE EUROPEA  
ANNI 1970-2010**



Fonte: WHO/Europe European HFA Database, April 2014

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia per il 2010 (6,10 litri) appare tra i più bassi registrati nella Regione europea, dove il valore medio è di 9,82 litri e solo Georgia, Armenia e Turchia presentano valori inferiori a quelli dell'Italia (graf.2, tab.2).

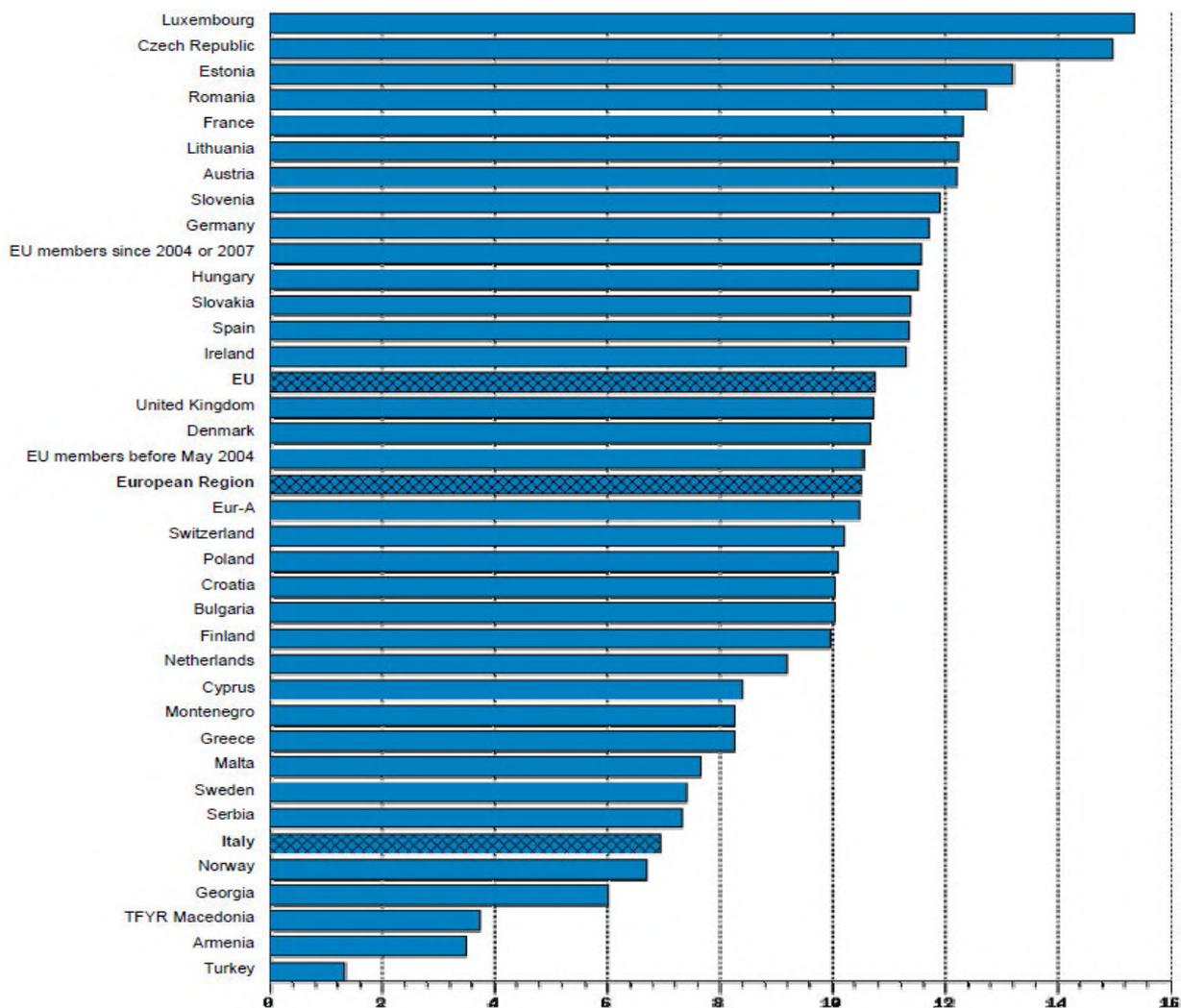
Il consumo annuo pro capite dell'Italia appare anche il più basso tra quelli rilevati nei Paesi dell'Unione Europea, con un valore notevolmente inferiore alla media dell'U.E. (10,04 litri) e inferiore anche a quello di altri Paesi con modello di consumo mediterraneo quali Spagna (9,79) e Grecia (7,88) (tab.2).

Dai dati riportati nella sezione I dello *“Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013”*, si possono osservare le tendenze del consumo pro-capite di alcol nel periodo 1990-2010 per ogni Paese e la mortalità alcol-attribuibile.

Dal rapporto si evince che la diminuzione del livello di consumo di alcol nella U.E. 1990-2010 è dovuta principalmente ad una riduzione dei consumi nei Paesi del sud dell'Europa. Nei Paesi della regione europea centro-occidentale e occidentale si è registrato un calo generale dei consumi, soprattutto in Francia mentre il Regno Unito fa eccezione registrando un consumo pro-capite aumentato. Nei Paesi dell'Europa centro-orientale e orientale e nei Paesi nordici continua a registrarsi un aumento costante dei consumi pro-capite.

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 2010**



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, April 2014

**Tab. 2 - CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO  
NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ  
NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA  
ANNO 2010 (valori in litri pro capite)**

<b>Paesi</b>	<b>2010</b>
Lituania	12,90
Repubblica Ceca	12,69
Austria	12,10
Irlanda	11,92
Francia	11,70
Lussemburgo	11,36
Estonia	11,36
Germania	11,21
Slovacchia	10,96
Portogallo	10,84
Ungheria	10,78
Polonia	10,70
Belgio	10,57
Danimarca	10,40
Slovenia	10,32
Regno Unito	10,26
Bulgaria	10,20
<b>UE</b>	<b>10,04</b>
<b>Regione Europea</b>	<b>9,82</b>
Spagna	9,79
Lettonia	9,75
Finlandia	9,72
Paesi Bassi	9,34
Romania	9,00
Cipro	8,70
Grecia	7,88
Malta	7,62
Svezia	7,30
<b>Italia</b>	<b>6,10</b>

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, April 2014

## I CONSUMI E I MODELLI DI CONSUMO NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

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

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2013 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63,9% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 644 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,5%) rispetto alle femmine (51,2%).

Il 22,7% dei consumatori (12 milioni e 300 mila persone) beve quotidianamente (34,4% tra i maschi e 11,7% tra le femmine).

La quota complessiva dei consumatori nel 2013 si presenta in lieve calo rispetto a quella dell'anno precedente, mentre più marcato appare il calo dei consumatori giornalieri, che nel 2012 rappresentavano il 23,6% e nel 2013 il 22,7%.

Nell'ambito dell'intero decennio 2003-2013 (tab.3) l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68,7% al 63,9%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 27,7%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 37,6% al 41,2%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 24,8% al 25,8%).

**Tab.3- Persone 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età. Anni 2003 e 2013 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)**

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE	11-17		18-24		25-44		45-64		65 e più		Totale	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013
<b>MASCHI</b>												
Nell'anno	31,7	23,7	81,2	76,9	88,3	83,0	89,7	84,5	83,3	79,0	82,2	77,5
<i>Tutti i giorni</i>	2,7	0,8	21,5	13,8	41,4	27,7	60,7	43,1	64,0	52,6	46,0	34,4
<i>Occasionalmente</i>	28,9	22,9	59,7	63,1	46,8	55,3	29,0	41,4	19,3	26,4	36,3	43,1
Fuori pasto	13,2	10,8	46,4	50,5	44,1	48,4	38,5	35,8	25,8	23,5	36,6	36,5
<b>FEMMINE</b>												
Nell'anno	24,9	17,2	60,7	58,4	63,0	58,7	61,1	55,6	48,5	44,0	56,0	51,2
<i>Tutti i giorni</i>	1,6	0,4	4,4	3,6	12,5	7,2	24,3	14,7	24,4	18,7	17,1	11,7
<i>Occasionalmente</i>	23,2	16,7	56,3	54,8	50,4	51,5	36,8	40,9	24,1	25,2	38,9	39,5
Fuori pasto	10,1	7,1	29,6	37,1	18,7	23,7	11,7	13,2	5,2	5,6	13,8	15,8
<b>MASCHI E FEMMINE</b>												
Nell'anno	28,4	20,6	70,9	67,8	75,7	70,9	75,1	69,7	63,0	59,0	68,7	63,9
<i>Tutti i giorni</i>	2,2	0,6	12,9	8,8	27,0	17,5	42,1	28,6	40,9	33,3	31,0	22,7
<i>Occasionalmente</i>	26,2	20,0	58,0	59,0	48,6	53,4	33,0	41,1	22,1	25,7	37,6	41,2
Fuori pasto	11,7	9,1	38,0	43,9	31,4	36,1	24,8	24,3	13,8	13,3	24,8	25,8

Fonte: Istat - 2013

### **Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2013**

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

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

Nel 2013, **nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno** beve **vino** il 51,6% di cui 65,4% maschi e 38,7% femmine. Tra il 2003 ed il 2013 si è registrata una diminuzione del valore di prevalenza, rispetto al 2007 si registrano diminuzioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori di vino nelle classi di età adulte (M: -3,9 p.p.; F: -2,9 p.p.) e per i soli maschi nella fascia di età giovanile (-5,5 p.p.). Nel corso del 2013, per entrambi i sessi non si sono rilevate variazioni significative così come l'analisi per classe di età non evidenzia differenze statisticamente significative.

Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 45,3%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (60,2%) doppia rispetto a quella femminile (31,4%). Tra i maschi di età superiore ai 65 anni si registra rispetto all'anno 2007 un incremento pari a 2,8 p.p. mentre tra le donne si rileva una diminuzione significativa nella fascia di età 11-17 anni; per entrambi i sessi tuttavia, non si osservano variazioni significative rispetto all'ultimo anno.

Gli **aperitivi alcolici** sono consumati nel 2013 dal 31,4% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (41,7%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (21,7%). La percentuale di consumatori di sesso maschile di questo tipo di bevanda è rimasta stabile sia rispetto al 2007 sia rispetto alla precedente rilevazione. Nella popolazione femminile invece, come già evidenziato lo scorso anno, si registra tra il 2012 ed il 2013 un incremento significativo delle consumatrici pari a 3,1 p.p. che risulta significativo anche nella classe di età 18-64 anni (4,6 p.p.).

Gli **amari** risultano essere consumati nel 2013 dal 26,2% della popolazione di età superiore a 11 anni ed anche in questo caso la prevalenza tra i maschi risulta essere oltre il doppio di quella delle femmine (M: 38,9%; F: 14,3%). Tra i maschi si conferma la diminuzione rilevata rispetto al 2007 di 1,9 p.p. significativa anche nella classe di età 18-64 anni (-2,1 p.p.) tuttavia rispetto all'ultima rilevazione non si registrano cambiamenti significativi né tra i maschi né tra le femmine.

**I liquori ed i superalcolici** risultano essere consumati nel 2013 dal 23% della popolazione di età superiore a 11 anni, e anche per queste tipologie di bevande si osserva una marcata differenza di genere (M: 34,4%; F: 12,4%). Per entrambi i generi e per tutte le classi di età considerate non si rilevano variazioni statisticamente significative né rispetto al 2007 né rispetto all'ultima rilevazione.

Nell'anno 2013 i **consumatori giornalieri di bevande alcoliche** che hanno bevuto **vino** sono stati il 20,6% (31% maschi e 10,9% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,2% (7,2% maschi e 1,4% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,6% (1,0% maschi e 0,2% femmine) (Tab.4).

**Tab.4. Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2013 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)**

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>
Vino	65,4	31,0	38,7	10,9	51,6	20,6
Birra	60,2	7,2	31,4	1,4	45,3	4,2
Aperitivi, amari, superalcolici	53,3	1,0	27,3	0,2	39,9	0,6
<b>Totale</b>	<b>77,5</b>	<b>34,4</b>	<b>51,2</b>	<b>11,7</b>	<b>63,9</b>	<b>22,7</b>

Fonte: Istat – 2013

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

L'alcol è una sostanza psicotropa, tossica, cancerogena e induttrice di dipendenza.

La Comunità Scientifica Internazionale ha ampiamente dimostrato che l'alcol accresce il rischio di sviluppare oltre 200 patologie. Pertanto non è possibile identificare dei livelli di consumo che non comportino alcun rischio per la salute di chi beve alcolici. Pur partendo dal concetto oramai condiviso da tutta la Comunità Scientifica Internazionale che si riassume con lo slogan "*Less is better*", in ogni caso si rende necessario definire alcuni parametri che permettano una valutazione del rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche.

Quindi, 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.

E' da rilevare che i livelli considerati a rischio si sono progressivamente abbassati nel corso degli anni e hanno sollecitato l'abbassamento delle quantità caratterizzate da un minor rischio come espresse dai nuovi LARN e dalla revisione decennale delle Linee Guida per una sana alimentazione degli italiani in corso di redazione a cura della Commissione del CRA-NUT (ex-Inran) che sollecitano cautela nel non superare mai quantità veramente moderate di alcol che la Comunità Scientifica Internazionale ha indicato in media corrispondenti in 10 grammi di alcol puro al giorno con dovute e validate differenziazioni di genere e di età.

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 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.

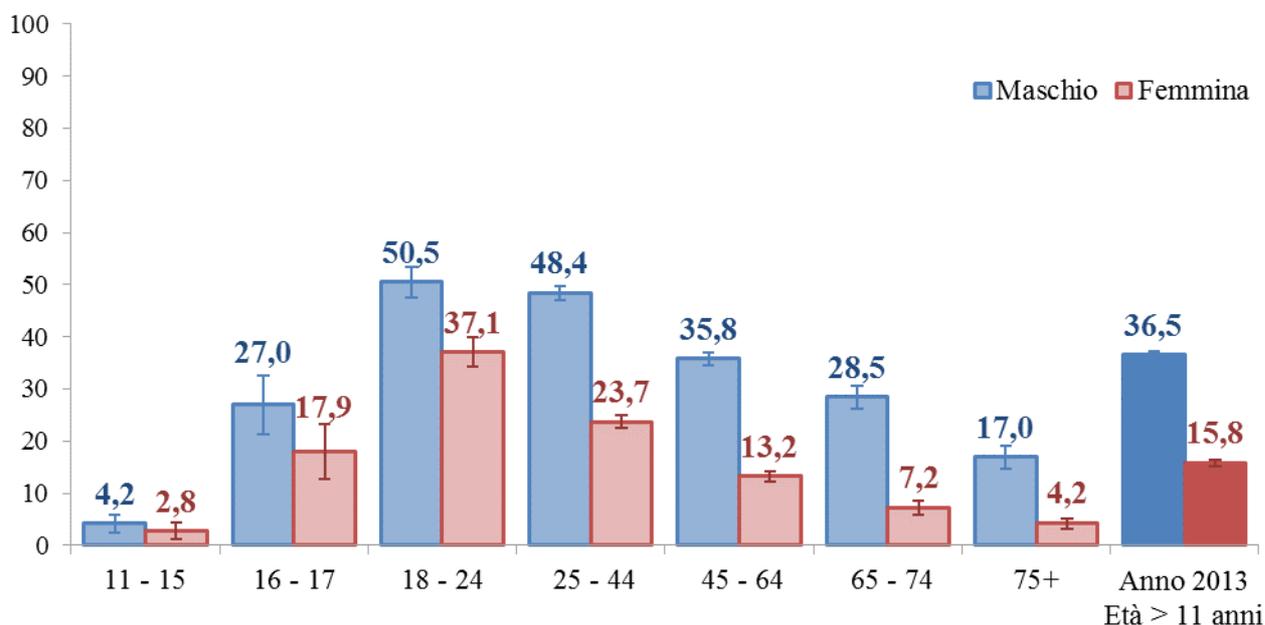
Tra i nuovi comportamenti che hanno modificato il tradizionale modello di consumo alcolico del nostro Paese, rendendo sempre meno frequente il consumo quotidiano e moderato di vino ai pasti, il consumo fuori pasto è sicuramente tra quelli a maggiore diffusione, soprattutto tra i giovani e i giovani adulti,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

Nel 2013, il consumo di bevande alcoliche al di fuori dei pasti ha riguardato 14.000.000 di persone di 11 anni e più, pari al 40,8% dei consumatori. Rispetto al 2012 si osserva una sostanziale stabilità del fenomeno sul totale della popolazione considerata.

Consuma alcol anche fuori dal pasto quasi un uomo su due e quasi una donna su tre, le differenze di genere sono rilevanti tra gli adulti, mentre risultano meno evidenti tra gli adolescenti e i giovani under 24.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra i maschi nella fascia di età 18-44 anni con circa un maschio su due che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24 = 50,5% e 25-44 = 48,4% rispettivamente) e tra le femmine nella classe di età 18-24 anni (37,1%); oltre tali età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente. Le classi di età con percentuali più basse risultano essere quella al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi a cui si aggiunge quella delle ultra-75enni per le femmine. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle femmine per tutte le classi di età ad eccezione di quella degli 11-15 anni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative (Graf.3).

**Graf.3. Prevalenza di consumatori fuori pasto per genere e classe di età**



Fonte: ONA-CNESPS

Nel decennio 2003-2013, considerando la popolazione di oltre 11 anni, l'andamento dei consumatori fuori pasto risulta in crescita con una quota passata dal 24,8% del 2003 al 25,8% del 2013, tuttavia negli ultimi due anni (2012-2013) l'ascesa nel complesso appare meno accentuata.

Purtuttavia è necessario notare con preoccupazione che la crescita ha interessato soprattutto le femmine che sono passate dal 13,8% al 15,8% mentre i maschi sono passati dal 36,6% al 36,5%. Ossia, nell'arco di tempo considerato (2003-2013), il numero di femmine che hanno consumato bevande alcoliche al di fuori dei pasti passa da circa 3 milioni 670 mila a 4 milioni 400 mila pari a +23,5%, tale crescita nelle femmine si è verificata in tutte le fasce di età.

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 (4,9 per i maschi e 3,4 per le femmine).

Il fenomeno ha riguardato nel 2013 circa 3 milioni 193 mila persone di 11 anni e più, nel 2012 circa 3 milioni 314 mila persone, nel 2011 circa 3 milioni 609 mila.

Questa consuetudine è soprattutto diffusa tra i giovani di 18-34 anni.

Il fenomeno è differenziato per genere: tra i ragazzi è circa il doppio che tra le ragazze.

### **I consumatori “binge drinking”**

Viene definita *binge drinking* una modalità di consumo eccessivo episodico concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo. In Italia si definisce consumo *binge drinking* 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 (1 bicchiere di bevanda alcolica = una Unità Alcolica standard = 12 grammi di alcol puro), 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 comportamento che può esporre le persone a rischi immediati per la salute oltre che a danni cronici. L'assunzione dell'alcol in quantità eccessive e concentrate, aumentando l'euforia e la disinibizione degli individui in particolare modo nella fascia di popolazione adolescenziale, espone a seri danni per la salute a causa di intossicazioni che causano nel migliore dei casi vuoti di memoria, cefalee, forti nausea e purtroppo ormai frequentemente, nei casi peggiori il coma etilico. L'alcol provoca inoltre disturbi della sfera emotivo-relazionale interpersonale, lavorativa, familiare e affettiva, determinando spesso fenomeni di violenza, di aggressività o incidenti stradali (fatali o meno) alla guida di un autoveicolo o di un motoveicolo specie nella fascia di popolazione più giovane.

Il fenomeno, oramai diffuso anche ai Paesi Europei dell'area mediterranea, compresa l'Italia, ha assunto dimensioni tali da richiedere a livello comunitario la pubblicazione del documento della Commissione Europea “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) (Graf.4). Il documento identifica sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani, in particolare esso richiama l'attenzione alla necessità di ridurre gli episodi di *binge drinking*, di ridurre l'accessibilità e la disponibilità di alcolici per i giovani, di ridurre l'esposizione alle pubblicità e al marketing legati all'alcol, di ridurre i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza, di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, ed infine di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

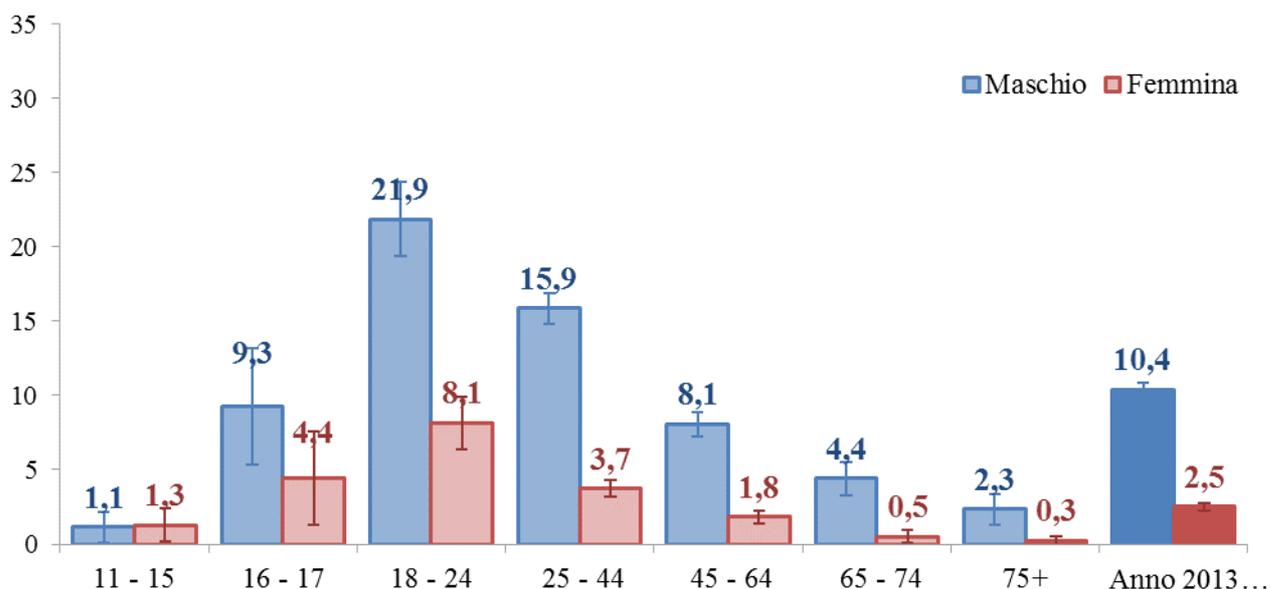
A partire dall'anno 2003 per la prima volta è stata introdotta nel questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie (ISTAT) una domanda specifica sul consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione ed a decorrere da quell'anno è stato possibile monitorare la prevalenza dei consumatori *binge drinking* nella popolazione.

Nel 2013 fra le persone di 11 anni e più il 6,3% ha dichiarato di aver consumato almeno una volta 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, questo dato registra una

lieve seppur significativa riduzione nell'abitudine al *binge drinking* rispetto agli anni precedenti: il 6,9% nel 2012, il 7,5% nel 2011. Continua pertanto anche per il 2013 l'interruzione, già rilevata tra il 2010 e il 2012, del trend in crescita del *binge drinking* che era in atto, sia pure con qualche discontinuità, a partire dal 2003. Il *binge drinking* riguarda il 10,4% dei maschi ed il 2,5% delle femmine, la percentuale di binge drinker di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età (Graf.4).

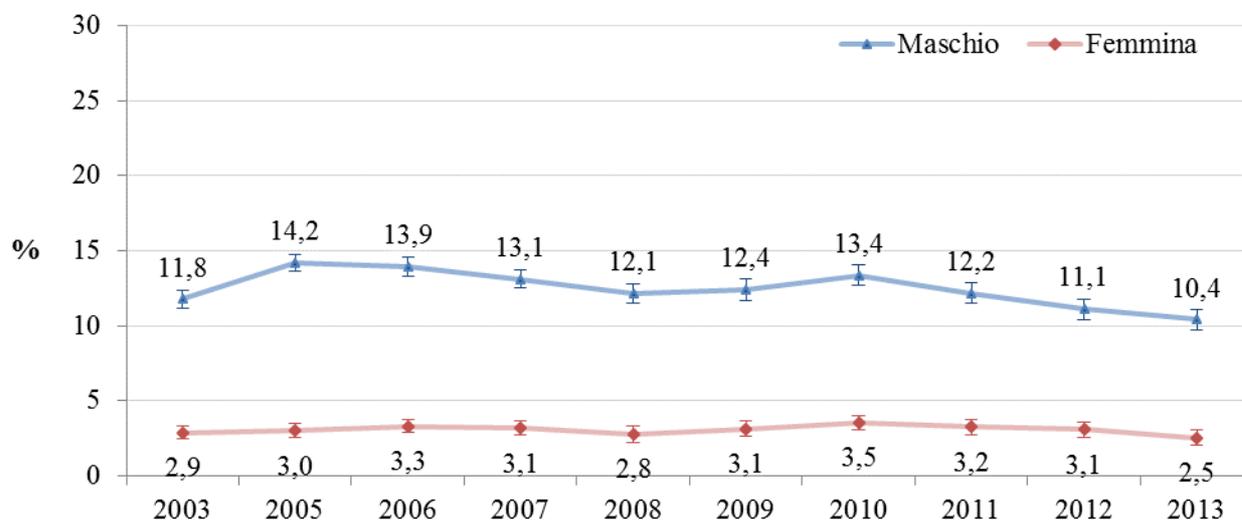
L'analisi del trend dei consumatori *binge drinkers* condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, ha mostrato che tra le femmine non si sono registrate differenze statisticamente significative nel corso degli ultimi 10 anni tra i valori osservati mentre tra i maschi, nonostante un andamento oscillatorio rilevato nel corso degli anni, si è registrata tra il 2003 ed il 2013 una diminuzione statisticamente significativa pari a 1,4 p.p (Graf.5).

**Graf.4. Prevalenza di consumatori binge drinking per genere e classe di età**



Fonte: ONA-CNESPS

**Graf.5 - Prevalenza di consumatori binge drinking per genere**



Fonte: ONA-CNESPS

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. Nel 2013 il 15,1% dei giovani fra i 18 e i 24 anni ha dichiarato comportamenti *binge drinking*, il 21,9% tra i maschi e l'8,1% tra le femmine. 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. I luoghi dove si eccede di più sono: il bar, pub o birreria (40,5%), la propria casa o quella di amici o parenti (38%), la discoteca o night (16,2%), il ristorante, la pizzeria, osteria (7,3%), luoghi all'aperto o per strada (6,8%), altri luoghi come i punti per la degustazione o i vinoforum (7,4%).

### **I consumatori abituali eccedentari**

Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggeriscono per gli adulti di non eccedere un consumo di 2-3 unità alcoliche 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.

Il Ministero della Salute, già da un paio di anni, ha espresso la necessità di riconsiderare le indicazioni ai limiti del bere giornaliero, considerando le evidenze scientifiche degli ultimi anni in merito agli effetti dell'alcol sulla salute.

Proprio tali evidenze scientifiche hanno quindi condotto a promuovere un aggiornamento dei limiti da non eccedere abitualmente per non incorrere in problemi per la salute a causa del consumo abituale di bevande alcoliche.

I nuovi limiti, già acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). Pertanto, i nuovi limiti ribadiscono che sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato e che per gli adulti che scelgono di bere, occorre mantenere un consumo giornaliero inferiore a 1 Unità Alcolica (UA = 12 grammi di alcol puro) per la donna e per l'anziano (ultra 65enni) e inferiore a 2 UA al giorno per l'uomo, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. E' importante precisare che nella fascia di età minorenni qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio ed infatti la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica. Inoltre, si stanno consolidando evidenze scientifiche che suggeriscono l'opportunità di evitare l'assunzione di alcolici almeno sino ai 21-24 anni per la rilevata vulnerabilità cerebrale all'uso di alcol

A partire dall'anno 2003 per la prima volta sono state introdotte nel questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana (ISTAT) le domande specifiche sul numero di UA di vino e birra consumate giornalmente dalle persone; a partire dall'anno 2007 inoltre per la prima volta è stata introdotta quella sul numero di UA di liquori super alcolici consumati giornalmente. E' stato quindi possibile calcolare, a decorrere dall'anno 2007, l'ammontare complessivo di UA consumate dalle persone, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata ed individuare la prevalenza di coloro che superavano i limiti di consumo raccomandati per non incorrere in rischi per la salute, sulla base del sesso e della classe di età. E' importante precisare che nella fascia di età minorenni qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio ed infatti la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

I dati del consumo giornaliero non moderato riferiti all'anno 2013, saranno riportati utilizzando l'indicatore utilizzato dall'ISTAT nelle analisi condotte fino al precedente anno e quello aggiornato dell'ONA-CNESPS che tiene conto del le nuove evidenze scientifiche.

In base ai parametri utilizzati dall'ISTAT nel 2013 il consumo giornaliero non moderato ha riguardato il 7,4% della popolazione di 11 anni e più, il 11,9% 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.5).

**Tab. 5 - Persone di 11 anni e più per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe di età - anno 2013 (Fonte: ISTAT)**

Classi di età	CONSUMO GIORNALIERO NON MODERATO			BINGE DRINKING		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-17	0,8	0,4	0,6	3,5	2,2	2,9
18-24	2,4	0,9	1,6	21,9	8,1	15,1
25-44	4,5	1,1	2,8	15,9	3,7	9,8
45-64	7,8	1,9	4,8	8,1	1,8	4,9
65 e più	37,9	8,7	21,2	3,5	0,4	1,7
<b>Totale</b>	<b>11,9</b>	<b>3,2</b>	<b>7,4</b>	<b>10,4</b>	<b>2,5</b>	<b>6,3</b>

Tale prevalenza risulta di poco inferiore a quella rilevata nel 2012, che era pari al 7,5% (12,2% maschi e 3,2% femmine), come si può notare a decrescere è stata la sola quota maschile.

Il consumo giornaliero non moderato interessa soprattutto gli anziani di oltre 65 anni, con una quota pari al 37,9% tra i maschi e al 8,7% tra le femmine, esaurendo quasi totalmente il complessivo consumo a rischio di questa fascia di età.

La quota dei consumatori giornalieri non moderati di oltre 65 anni nel 2013 risulta, per entrambi i sessi, pressoché uguale a quella rilevata nel 2012. Si conferma pertanto anche per il 2013 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 al 7,8% del totale dei maschi di questa fascia di età, purtuttavia si tratta di un dato in discesa rispetto al 2012 quando si era registrato l'8,5%.

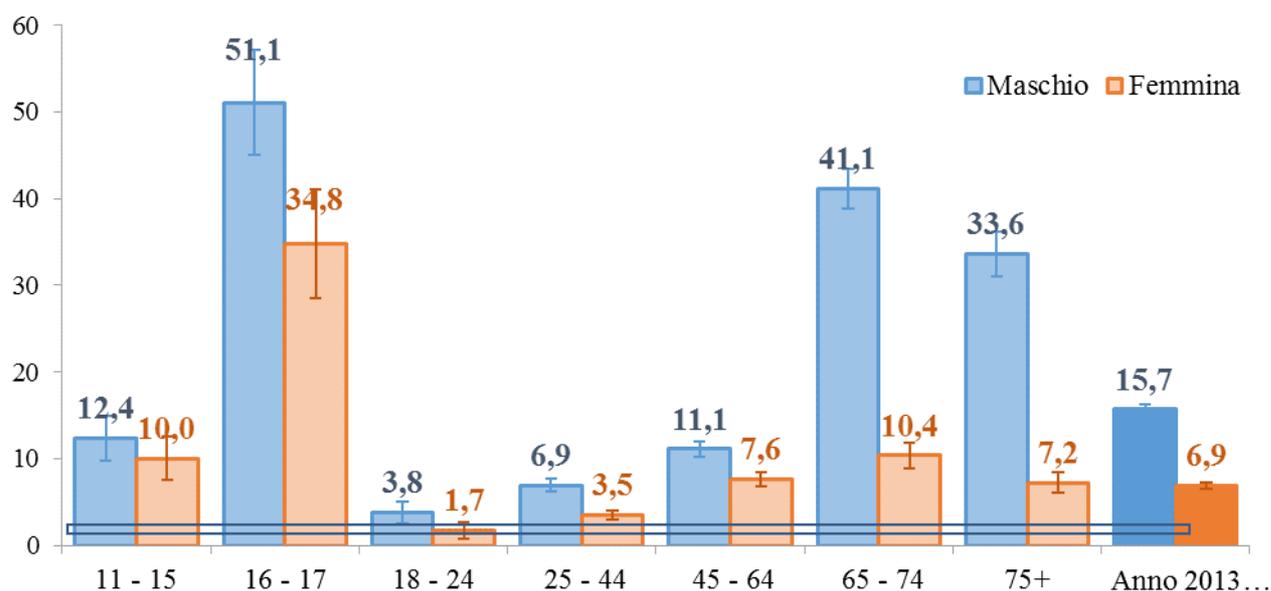
Risultano invece in aumento, rispetto all'anno precedente, i consumatori giornalieri non moderati di età compresa tra i 18 ed i 44 anni.

I dati ISTAT riportano nella classe di età 18-24 anni una quota pari a 1,6% nel 2013 rispetto a quella rilevata nel 2012 che era pari a 1,4%, l'aumento è stato significativo soprattutto per i maschi che sono passati da 1,9% del 2012 al 2,4% del 2013, le femmine sono passate dallo 0,8% allo 0,9%. Nella classe di età 25-44 anni nel 2013 la quota dei consumatori è stata del 2,8% rispetto al 2,5% del 2012 (maschi: 4,5% nel 2013 vs 4,1% nel 2012 – femmine: 1,1% nel 2013 vs 0,9% del 2012).

Di seguito verranno riportati i dati del consumo abituale eccedentario riferiti all'anno 2013, elaborati dall'**Istituto Superiore di Sanità (ONA-CNESPS)** secondo i nuovi parametri che prevedono nuovi limiti proposti dai Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) aggiornati. Dalle predette elaborazioni dell'I.S.S. (ONA-CNESPS) si evince che nel 2013 il 15,7% dei maschi e il 6,9% delle femmine di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche in quantitativi superiori a quelli raccomandati per un totale di oltre 6.000.000 di individui. La percentuale è più elevata per entrambi i sessi, tra gli adolescenti di 16-17 anni (M: 51,1%; F: 34,8%) e tra gli anziani. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (Graf.6).

L'analisi del trend dei consumatori abituali eccedentari condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, ha mostrato che per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 ed il 2013 e che la diminuzione è stata più consistente per il genere maschile (M = -6,7% p.p.; F = -3,3 p.p.); non si registrano tuttavia nel corso dell'ultima rilevazione variazioni statisticamente significative né tra i maschi né tra le femmine.

**Graf.6- Prevalenza di consumatori abituali eccedentari per genere e classe di età**



Fonte: ONA-CNESPS

### **Conclusioni sui comportamenti di consumo a rischio secondo i parametri ISTAT**

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 2013 secondo l'ISTAT le persone con almeno un comportamento di consumo a rischio sono il 13,2% della popolazione di 11 anni o più, 21,0% tra gli uomini e 5,9% tra le donne, per un totale di circa 7 milioni e 144.000 persone, di cui 5 milioni 490.000 uomini e 1 milione 654.000 donne.

I comportamenti a rischio appaiono più diffusi tra gli anziani di oltre 65 anni (21,7%) e tra i giovani di 18-24 anni (15,9%), ma riguardano anche una quota rilevante di giovanissimi tra gli 11 e i 17 anni (10,2%). 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 11,7% tra i maschi e a 8,5% tra le femmine.

Rispetto al 2012, si osserva una sostanziale stabilità nella quota di chi presenta almeno un comportamento di consumo a rischio (13,2% nel 2013 vs 13,8% nel 2012), in controtendenza rispetto alla diminuzione registrata nei due anni precedenti.

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

Nel corso degli ultimi 40 anni, le quantità di alcol consentite per non incorrere in rischi per la salute sono continuamente diminuite; nell'ambito della WHO inoltre non si parla più di consumi "sicuri" dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico raccomandabili per la salute perché sono molteplici i parametri da prendere in considerazione: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo di alcol con i pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

Le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione, sviluppate dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) del 2003, stanno quindi per essere aggiornate tenendo conto dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN).

I LARN a loro volta tengono conto delle nuove acquisizioni scientifiche in campo biologico-nutrizionale e delle variazioni nelle situazioni e condizioni alimentari e nutrizionali della popolazione italiana, delle indicazioni della WHO, del Ministero della Salute, dell'ONA-CNESPS e della Società Italiana di Alcologia (SIA).

***L'indicatore costruito dall'ONA-CNESPS per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana è la combinazione dei due diversi comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario ed il binge drinking.***

Sulla base delle nuove indicazioni scientifiche sono quindi considerati a rischio gli adolescenti al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica, gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di 2 UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di 1 UA standard e tutte le persone indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso il nuovo indicatore di sintesi, nel 2013 è stata pari al 23,4% dei maschi e al 8,8% delle femmine di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che non si attengono alle nuove indicazioni di sanità pubblica.

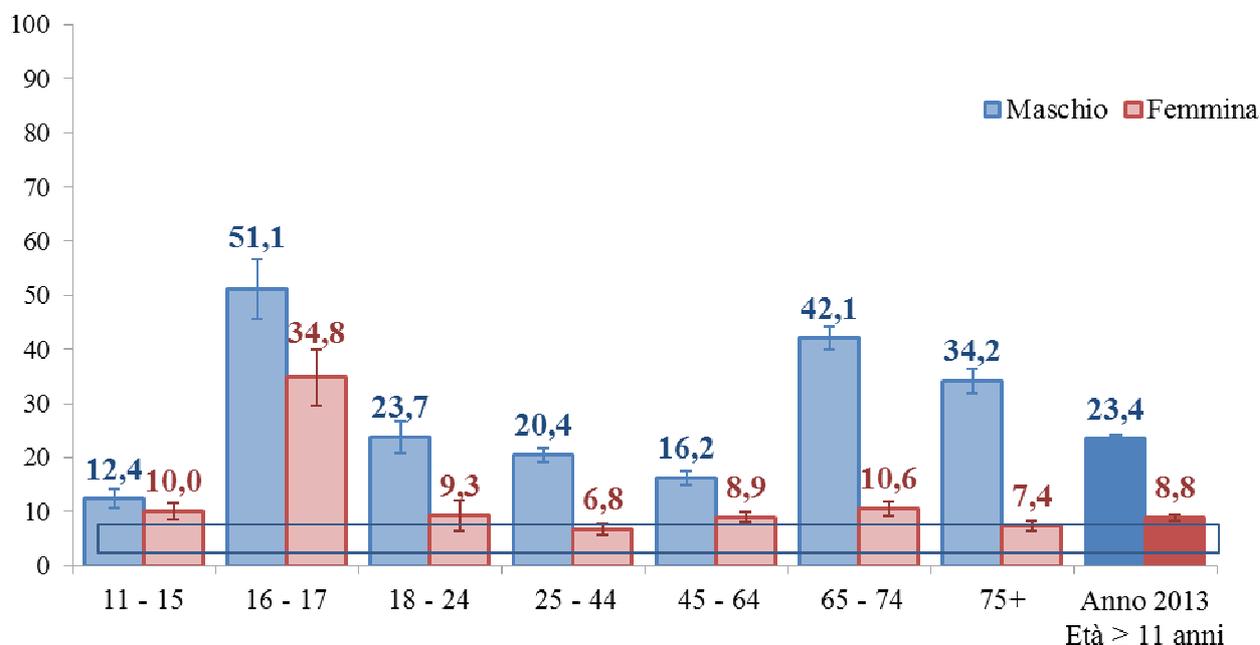
L'analisi per genere e classi di età mostra che le fasce di popolazioni più a rischio sono quelle dei 16-17enni (M=51,1%, F=34,8%) che non dovrebbero mai consumare bevande alcoliche e quelle di giovani anziani 65-74enni (M=42,1%, F=10,6%).

Verosimilmente per la mancata conoscenza dei rischi che possono causare alla loro salute adottando uno stile di vita non corretto sono a rischio circa 500.000 adolescenti e 1.600.000 anziani, individui per i quali è fondamentale sviluppare delle politiche di sensibilizzazione al problema del consumo oltre i limiti raccomandati.

Le percentuali più basse si registrano tra i maschi nelle fasce di età dei ragazzi degli 11-15enni e degli adulti 45-64enni mentre tra le femmine nelle fasce di età giovanili e molto anziane (ultra 75enni).

Le percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle di sesso femminile per tutte le classi di età ad eccezione di quella degli 11-15enni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative (Graf.7).

**Graf.7 - Prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classe di età (2013)**



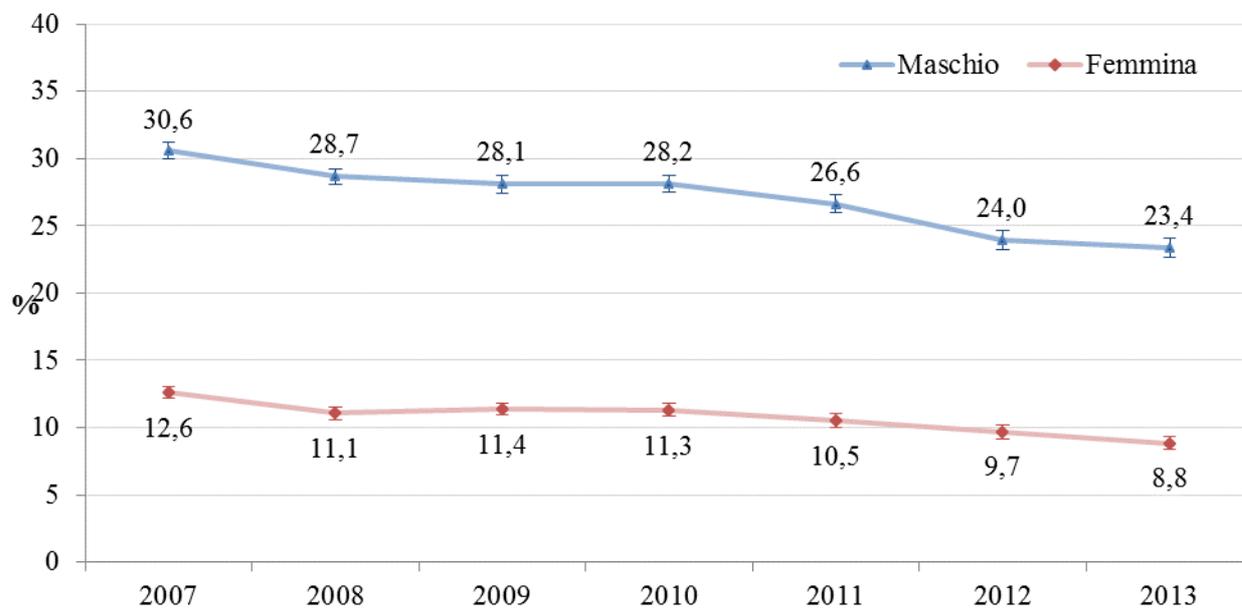
Fonte: ONA-CNESPS

A seguito delle evidenze scientifiche che hanno condotto a stabilire nuove Linee Guida per il *lower-risk drinking*, da questo report di monitoraggio è stato necessario aggiornare la componente del consumo giornaliero eccedentario utilizzando i nuovi limiti, fermo restando che la componente di rischio ascrivibile al consumo di alcol in modalità *binge drinking* considerata nel calcolo dell'indicatore non è stata modificata rispetto alle precedenti versioni. L'analisi del trend dei consumatori a rischio è stata eseguita ricalcolando retrospettivamente i valori del nuovo indicatore e di conseguenza le analisi presentate non sono quindi confrontabili con quelle presentate nei precedenti rapporti epidemiologici; le analisi sono state condotte, 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 Multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT la domanda sulle quantità consumate giornalmente oltre che di vino e birra, anche delle altre bevande alcoliche.

Il grafico 8 mostra che, nel corso degli ultimi sette anni, si è registrata una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore ad 11 anni per entrambi i sessi (M= -7,2 p.p.; F= -3,7% p.p.).

In particolare nel 2013 si è registrato il valore più basso della prevalenza delle donne che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica rispetto a tutti gli anni considerati; tra gli uomini invece il valore di prevalenza rispetto alla precedente rilevazione è rimasto pressoché stabile.

**Graf.8 - Prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere**



Fonte: ONA-CNESPS

## I CONSUMI E I MODELLI DI CONSUMO NELLA POPOLAZIONE GIOVANILE

Nel 2013, il 53,4% dei ragazzi e il 41,0% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambi i generi si rileva una diminuzione della prevalenza rispetto all'anno 2007 ma nel corso dell'ultimo anno i valori sono rimasti pressoché stabili. Nella fascia di età 11-25 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione.

**Tab. 6 - Persone di 11 anni e più per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche)**

ANNO 2013									
				TIPO DI COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE					
ALMENO UN COMPORTAMENTO DI CONSUMO A RISCHIO				GIORNALIERO NON MODERATO			BINGE DRINKING		
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	12,4	10,0	11,3	0,7	0,2	0,5	1,1	1,3	1,2
16-17	10,2	4,8	7,6	1,0	1,0	1,0	9,3	4,4	7,0
<b>11-17</b>	<b>11,7</b>	<b>8,5</b>	<b>10,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>3,5</b>	<b>2,2</b>	<b>2,9</b>
18-19	19,9	7,4	14,0	1,2	0,3	0,8	19,2	7,1	13,4
20-24	24,2	9,0	16,6	2,8	1,0	1,9	22,9	8,5	15,7
<b>18-24</b>	<b>23,0</b>	<b>8,6</b>	<b>15,9</b>	<b>2,4</b>	<b>0,9</b>	<b>1,6</b>	<b>21,9</b>	<b>8,1</b>	<b>15,1</b>

Fonte: Istat - 2013

I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Il fenomeno, in aumento per questa fascia d'età, è comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze.

Nel 2012 il consumo giornaliero non moderato (*consumo abituale eccedentario*), nella classe di età 18-24 anni era l'**1,4%**, di cui l'**1,9%** maschi e lo **0,8%** femmine.

Nel 2013 il consumo giornaliero non moderato (*consumo abituale eccedentario*), nella stessa classe di età è stato l'**1,6%**, di cui il **2,4%** maschi e lo **0,9%** femmine.

Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il *binge drinking* rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata.

Nel 2012 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il **14,8%** dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il **20,1%** erano maschi e il **9,1%** erano femmine.

Nel 2013 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il **15,1%** dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il **21,9%** maschi e l'**8,1%** femmine.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la Legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol.

Per quanto detto, anche se nella fascia d'età 11-17 anni si riscontra una riduzione della percentuale totale sia del fenomeno "consumo giornaliero non moderato" (ovvero: *consumo abituale eccedentario*) tra il 2012 (0,8%) ed il 2013 (0,6%), sia del fenomeno del "*binge drinking*" tra il 2012 (3,6%) ed il 2013 (2,9%), tuttavia è assolutamente rilevante il dato riportato da fonte ISTAT riguardo al fenomeno correlato ad almeno un comportamento di consumo a rischio che vede nella fascia di età 11-17 anni un valore del 10,2% (11,7% maschi e 8,5% femmine), valore che dovrebbe tendere allo zero.

Inoltre, nella fascia d'età 11-17 anni risulta particolarmente critico il quadro dei comportamenti a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni, infatti già a questa età il *binge drinking* raggiunge con il valore del 7,0% livelli superiori a quelli medi della popolazione (v.m.6,3%).

Tra i giovanissimi di 11-17 anni è più frequente, rispetto alle altre fasce di età, l'abitudine ad effettuare l'ultimo episodio di *binge drinking* in discoteca (33,3%), mentre tra i giovani di 18-24 anni è più frequente l'abitudine ad effettuare l'ultimo episodio di *binge drinking* al bar, pub o birreria (55,9%) e in discoteca, night (35,9%). Tra le bevande preferite dai giovani vi è la birra soprattutto tra i ragazzi seguita da aperitivi alcolici (alcolpops) e tra le ragazze gli aperitivi alcolici (alcolpops) seguiti dalla birra.

## INDAGINE ESPAD

L'indagine europea ESPAD, condotta per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R., rileva a partire dal 1999 specifiche informazioni raccolte attraverso un questionario somministrato a studenti di 15-19 anni che frequentano la scuola media superiore, le informazioni vengono raccolte in anonimato e nel contesto scolastico.

Le informazioni raccolte si riferiscono sia ai dati relativi ai consumi riferiti dagli studenti in diversi periodi (nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni) sia ai dati sulla percezione del rischio. Tali dati possono così essere utilizzati per stimare gli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale, che vanno ad incidere proprio sulla percezione stessa del rischio individuale legato al comportamento di assunzione di alcol.

I dati del 2013 si presentano sostanzialmente stabili o in lieve calo rispetto a quelli rilevati nel 2012 e risultano 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.7a, 7b, 7c). Anche per il *binge drinking* tra i giovani studenti lo studio ESPAD rileva nel 2013 una lieve diminuzione delle prevalenze rispetto al 2012, con valori che appaiono tra i più bassi della serie storica, anche se non arrivano ai livelli del 2009 (tab.7d).

**Tab. 7a – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 2003-2013**

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
56,4%	56,9%	55,8%	56,5%	56,5%	56,9%	50,6%	52,2%	51,5%	50,5%	49,0%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 7b – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI ANNI 2003-2013**

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
40,7%	42,8%	41,4%	42,8%	43,6%	43,4%	37,0%	39,3%	38,7%	38,6%	36,6%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 7c – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 2003-2013**

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
20,3%	22,1%	20,5%	22,2%	25,2%	25,7%	18,1%	19,9%	19,5%	19,6%	19,0%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 7d – BINGE DRINKING NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 2003-2013**

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
34,9%	35,9%	35,3%	37,5%	39,5%	35,4%	33,0%	35,5%	35,5%	35,2%	34,9%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

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 confermavano il trend in calo, soprattutto per quanto riguardava la non disapprovazione del consumo di 1-2 bicchieri \*, con valori che permanevano 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. Nel 2013, il dato disponibile riguarda la non disapprovazione di ubriacarsi 1 volta alla settimana, tale dato appare in lieve rialzo rispetto all'anno precedente.

Anche per l'anno 2013 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).

**Tab. 8 - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2013**

<b>Bevande alcoliche</b>	<b>Genitori con bassa scolarità (licenza media)</b>	<b>Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)</b>	
Non uso	37,3%	62,7%	100,00%
Uso	33,9%	66,1%	100,00%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 9- UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2013**

<b>Ubriacarsi</b>	<b>Genitori con bassa scolarità (licenza media)</b>	<b>Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)</b>	
Non uso	34,3%	65,7%	100,00%
Uso	34,3%	65,7%	100,00%

Fonte: ESPAD@Italia

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 (66,1%) rispetto a coloro che non ne hanno mai fatto uso (62,7%) ed il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità bassa, tra i quali gli utilizzatori (33,9%) sono in percentuale minore rispetto ai non utilizzatori (37,3%) (tab.8). Nel 2013, così come era accaduto nel 2012, 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.9). A differenza degli anni precedenti, l'influenza dello stato socio-economico dei genitori (così come percepito dai giovani) nel 2013 sembra avere relazione all'uso/non uso di bevande alcoliche, riscontrando un maggior uso di bevande alcoliche tra i ragazzi che percepiscono uno stato socio-economico familiare medio-alto. Mentre sulla tendenza ad ubriacarsi lo stato socio-economico sembra influire favorendo una più alta prevalenza dei comportamenti di ubriacatura nel gruppo di basso stato socio-economico rispetto al gruppo di stato socio-economico medio-alto (tab.10).

**Tab. 10 - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E STATO SOCIO-ECONOMICO DELLA FAMIGLIA – ESPAD ITALIA ANNO 2013**

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

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

<b>Bevande alcoliche</b>	<b>Basso*</b>	<b>Medio-alto**</b>	
Non uso	12,6%	87,4%	100,00%
Uso	11,3%	88,7%	100,00%

Fonte: ESPAD@Italia

<b>Ubriacarsi</b>	<b>Basso*</b>	<b>Medio-alto**</b>	
Non uso	10,7%	89,3%	100,00%
Uso	12,1%	87,9%	100,00%

Fonte: ESPAD@Italia

## I CONSUMI E I MODELLI DI CONSUMO NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Nella fascia di popolazione anziana è ormai consolidata l'abitudine a consumare bevande alcoliche soprattutto durante i pasti, questo fenomeno è da sempre parte della tradizione italiana. Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell'organismo dopo i 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare (digerire) l'alcol, si riduce la quantità di acqua presente nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerarne gli effetti, inoltre spesso si assumono farmaci. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 65enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcolologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute.

Nel 2013 il 59% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 79%; F: 44%).

Per entrambi i generi, nonostante la diminuzione rilevata rispetto all'anno 2007, non si registrano nel corso degli ultimi tre anni variazioni statisticamente significative dei valori delle prevalenze dei consumatori di almeno una bevanda alcolica.

La prevalenza dei consumatori ultra 65enni nel 2013 è stata massima, come già rilevato in tutte le precedenti rilevazioni per il vino (M: 74,8%; F: 39,8%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 39,7%; F: 13,9%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2013 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 25,5%; F: 6,3%), di aperitivi alcolici (M: 19,5%; F: 5,3%) e i superalcolici (M: 20,8%; F: 4,2%) (Tab.11).

Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato variazioni significative degli andamenti nel tempo; unica eccezione registrata rispetto alla rilevazione dello scorso anno è la prevalenza delle consumatrici di amari di sesso femminile che sono diminuite di 1,8 punti percentuali.

Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute; la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2013 è stata pari al 37,9% degli uomini e l'8,7% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 23,5% degli uomini e il 5,6% delle donne, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2013 sono stati il 3,5% e lo 0,4% rispettivamente.

Per tutti gli indicatori di rischio non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione sebbene una tendenza alla diminuzione, specie nel corso degli ultimi anni, è stata evidenziata in particolare tra gli uomini.

Nel 2013 si registra infatti rispetto all'anno 2007 una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori abituali eccedentari (M: -9,2 p.p.; F:-2,6 p.p.), dei consumatori a rischio (criterio ISS) (M:-9,6 p.p.; F: -2,8 p.p.) e per gli uomini dei consumatori *binge drinking* (-2 p.p.). In totale si stima che nell'anno 2013 sono stati oltre 2.720.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.080.000 uomini e 640.000 donne, pari al 38,6% e 8,9% rispettivamente.

**Tabella 11. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2013)**

Tipologia di consumo	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,3	48,5	75,5	40,8	66,3	37,6	79,0	44,0
Consumatori di vino	78,9	42,6	71,5	37,8	62,2	36,0	74,8	39,8
Consumatori di birra	48,5	19,1	31,1	10,2	18,6	6,7	39,7	13,9
Consumatori di aperitivi alcolici	25,2	7,2	13,7	3,7	6,2	3,0	19,5	5,3
Consumatori di amari	31,3	8,3	19,8	4,7	12,0	3,9	25,5	6,3
Consumatori di super alcolici	27,4	5,9	13,9	2,8	6,7	2,6	20,8	4,2
Consumatori abituali eccedentari	41,1	10,4	34,9	7,1	29,0	7,5	37,9	8,7
Consumatori di alcolici fuori pasto	28,5	7,2	18,8	4,7	10,6	3,2	23,5	5,6
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,4	0,5	2,9	0,3	0,5	0,2	3,5	0,4
Consumatori a rischio-criterio ISS	42,1	10,6	35,6	7,3	29,0	7,6	38,6	8,9

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2013

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## LE DIAGNOSI OSPEDALIERE PER PATOLOGIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI

Nell'anno 2013 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili è stato di 71.252 (75.445 nel 2012, 79.655 nel 2011), di cui 55.506 (77,9%) riferite a maschi e 15.746 (22,1%) riferite a femmine (tab.12).

Complessivamente il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto come diagnosi principale di ricovero che come diagnosi secondarie) nel 2013 ammonta a 63.666 (67.273 unità nel 2012, 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 (39,6% nel 2013; 39,0% nel 2012, e 38,6% del 2011), immediatamente seguita dalla sindrome di dipendenza da alcol (26,8% nel 2013; 26,6 % nel 2012; 26,9 % del 2011).

**Tab. 12 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (\*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2013**

Diagnosi di dimissione		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	2.731	731	3.462	78,9%	21,1%	4,9%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	14.033	5.058	19.091	73,5%	26,5%	26,8%
305.0	Abuso di alcol	6.398	2.518	8.916	71,8%	28,2%	12,5%
357.5	Polineuropatia alcolica	937	229	1.166	80,4%	19,6%	1,6%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	358	29	387	92,5%	7,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	339	112	451	75,2%	24,8%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	3.545	995	4.540	78,1%	21,9%	6,4%
571.1	Epatite acuta alcolica	1.397	377	1.774	78,7%	21,3%	2,5%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	23.170	5.061	28.231	82,1%	17,9%	39,6%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	2.401	565	2.966	81,0%	19,0%	4,2%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	3	2	5	60,0%	40,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	194	69	263	73,8%	26,2%	0,4%
<b>Totale</b>		<b>55.506</b>	<b>15.746</b>	<b>71.252</b>	<b>77,9%</b>	<b>22,1%</b>	<b>100,0%</b>

(\*) 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 2013, come accade da alcuni anni, la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per il 92,5% tra i maschi e per il 7,5 % tra le femmine), immediatamente seguita da cirrosi epatica alcolica e da danno epatico da alcol non specificato. La diagnosi che nel 2013 interessa maggiormente le femmine

in rapporto ai maschi è l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (distribuita per il 40,0% tra le femmine e per il 60,0% tra i maschi), seguita da abuso di alcol e da effetti tossici dell'alcol. Nel 2013 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 106,7 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.13).

Nel 2013, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni e P.A. a più alto tasso di ospedalizzazione sono Valle D'Aosta e P.A. di Bolzano; seguono Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Sardegna e Liguria. I tassi di ospedalizzazione più bassi continuano a riscontrarsi in Sicilia e Campania, seguite da Calabria, Umbria e Puglia.

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

**Tab.13 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (\*)**  
**TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNI 2003-2013** (Dimessi per 100.00 ab.)

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

(\*) 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. 14), anche nel 2013 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.14- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (\*)  
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	0,3	9,9	49,6	40,1	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,3	13,9	57,4	28,5	100,0
305.0	Abuso di alcol	1,1	21,4	54,7	22,8	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	3,3	41,1	55,7	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	5,2	34,6	60,2	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,4	8,9	42,6	48,1	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,2	6,3	40,2	53,2	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,1	9,2	50,2	40,6	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	0,9	31,6	67,4	100,0
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,0	4,8	43,1	52,1	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	20,0	20,0	40,0	20,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcol	8,7	19,0	38,4	33,8	100,0
<b>Totale</b>		<b>0,3</b>	<b>8,3</b>	<b>44,0</b>	<b>47,4</b>	<b>100,0</b>

(\*) 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 ed epatite acuta alcolica.

Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per abuso di alcol, seguite da avvelenamento da antagonisti dell'alcol ed effetti tossici 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 della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.15), negli ultimi dieci anni (2003-2013) si conferma l'aumento delle prevalenze nelle classi di età più elevate, soprattutto nella classe di età maggiore di 55 anni. Mentre nella classe di età 36-55 anni, dopo un incremento progressivo fino al 2011, negli ultimi anni sembrerebbe registrarsi una diminuzione del trend delle diagnosi alcol correlate.

Continua l'andamento nettamente in calo delle percentuali di diagnosi alcol correlate nella fascia di età 15-35 anni. La classe di età fino a 14 anni presenta percentuali minime, sostanzialmente stabili nel tempo.

L'analisi dell'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per sesso (tab.16) evidenzia che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile con un rapporto di circa 3:1 rispetto alle femmine.

**Tab. 15- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI (\*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ' DEL DIMESSO ANNI 2003-2013**

ANNI	<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
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
2013	0,3	8,3	44,0	47,4	100

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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

**Tab. 16 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (\*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003-2013**

<b>ANNI</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>
<b>2003</b>	78,5%	21,5%	100
<b>2004</b>	77,6%	22,4%	100
<b>2005</b>	77,4%	22,6%	100
<b>2006</b>	77,5%	22,5%	100
<b>2007</b>	77,7%	22,3%	100
<b>2008</b>	77,1%	22,9%	100
<b>2009</b>	77,6%	22,4%	100
<b>2010</b>	77,8%	22,2%	100
<b>2011</b>	78,0%	22,0%	100
<b>2012</b>	77,4%	22,6%	100
<b>2013</b>	77,9%	22,1%	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.17), si evidenzia tra il 2003 e il 2013 il progressivo aumento percentuale in rapporto al totale delle diagnosi, della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 30,0 % del 2003 al 39,6 % del 2013, con un aumento percentuale di quasi 10 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 31,4 % del 2003 al 26,8 % del 2013.

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 con la sola eccezione della diagnosi di abuso di alcol che dal 2003 al 2013 è in progressivo aumento.

**Tab. 17 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI ANNI 2003-2013**

DIAGNOSI DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi										
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,1%	5,0%	5,0%	5,1%	5,0%	5,0%	5,3%	5,0%	5,2%	5,0%	4,9%
303.0	Sindrome di dipendenza da alcol	31,4%	30,8%	30,1%	28,8%	29,0%	28,7%	28,0%	27,2%	26,9%	26,6%	26,8%
305.0	Abuso di alcol	9,6%	10,2%	10,6%	11,0%	11,2%	11,0%	11,1%	11,5%	11,8%	12,2%	12,5%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,4%	2,1%	2,0%	2,1%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%	1,6%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcoolica	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,1%	9,2%	9,4%	9,2%	8,8%	8,2%	7,9%	7,6%	7,1%	6,9%	6,4%
571.1	Epatite acuta alcolica	4,2%	4,0%	3,9%	4,0%	3,9%	3,7%	3,4%	3,2%	2,8%	2,8%	2,5%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	30,0%	30,9%	31,7%	32,9%	33,6%	35,0%	36,4%	37,7%	38,6%	39,0%	39,6%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	6,3%	5,9%	5,6%	5,3%	5,2%	4,9%	4,6%	4,5%	4,3%	4,2%	4,2%
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%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
		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.18).

**Tab. 18 - DIAGNOSI PRINCIPALI E SECONDARIE DI CIRROSI EPATICA ALCOLICA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL - ANNI 2003-2013**

<b>ANNI</b>	<b>Valori assoluti</b>
<b>2003</b>	32.523
<b>2004</b>	33.406
<b>2005</b>	33.072
<b>2006</b>	33.653
<b>2007</b>	32.886
<b>2008</b>	32.117
<b>2009</b>	31.795
<b>2010</b>	31.614
<b>2011</b>	30.731
<b>2012</b>	29.389
<b>2013</b>	28.231

**Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera**

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

### I decessi totalmente alcol-attribuibili

Le Malattie totalmente alcol-attribuibili sono quella categoria di malattie codificate secondo la codifica internazionale delle malattie' (*International Classification of Diseases* ed. 10-ICD X) la cui causa è totalmente causata dal consumo di alcol (es. gastrite alcolica).

L'ONA-CNESPS con la collaborazione dell'Ufficio di Statistica dell'ISS ha elaborato i dati dei decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili avvenuti in Italia negli anni 2007-2011.

Nell'anno 2011 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.543 (1.575 nel 2010), di cui 1.210 (78,4%) riferiti a maschi e 333 (21,6%) riferiti a femmine (tab.19)

Analizzando nel dettaglio alcune categorie si osserva che la prima causa di morte per patologie totalmente alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne sono dovute ad epatopatie alcoliche (K70); successivamente troviamo le sindromi psicotiche indotte da alcol (F10) per gli uomini e le gastriti alcoliche (K29) per le donne (tab.19).

Per tutte le patologie considerate, il tasso standardizzato di mortalità (TSM) è più elevato per gli uomini rispetto alle donne ad eccezione delle gastriti alcoliche, dove invece i valori risultano pressoché simili (tab.19).

**Tabella 19. Distribuzione dei decessi e tasso standardizzato di mortalità (TSM\*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili e sesso – Anno 2011 Fonte: ONA-CNESPS**

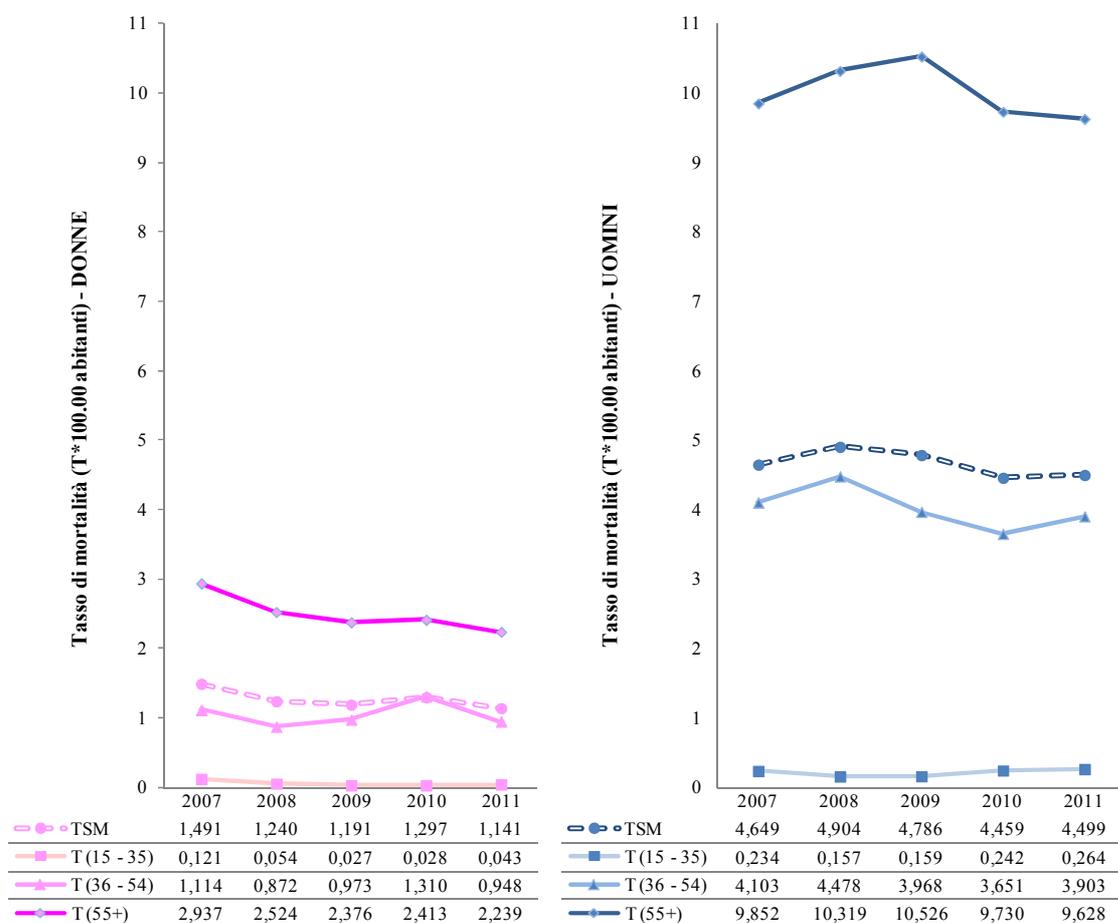
ICD10	Patologia	Maschi			Femmine			Totale	
		Morti	TSM	(% M)	Morti	TSM	(%F)	Morti	TSM
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	184	0,697	82,1	40	0,139	17,9	224	0,411
G62.1	Polineuropatia alcolica	8	0,030	80	2	0,007	20	10	0,018
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	14	0,054	82,4	3	0,011	17,6	17	0,032
K29	Gastrite alcolica	69	0,235	48,9	72	0,221	51,1	141	0,228
K70	Epatopatia alcolica	889	3,311	80,8	211	0,746	19,2	1.100	2,000
T51	Effetti tossici dell'alcol	8	0,032	88,9	1	0,003	11,1	9	0,017
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	32	0,117	88,9	4	0,013	11,1	36	0,064
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	6	0,022	100	0	0,000	0	6	0,011
TOTALE		1.210	4,499	78,4	333	1,141	21,6	1.543	2,781

L'analisi del TSM registrato per tutti i decessi totalmente alcol-attribuibili nel corso degli anni mostra che complessivamente il valore è leggermente diminuito rispetto al 2007 sebbene sia rimasto pressoché stabile rispetto al valore registrato nel 2010 (graf.9).

L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i sessi, i tassi di mortalità sono più bassi tra i 15-35enni mentre i valori più elevati si registrano nella popolazione ultra 55enne (graf.9). Nella classe di età giovanile, a seguito di una diminuzione registrata tra il 2007 ed il 2008, i tassi di mortalità sono leggermente aumentati e nel 2011 sono pari a 0,264 tra gli uomini e 0,043 tra le donne. Nella classe di età 36-54 anni invece l'andamento del tasso di mortalità è

stato diverso a secondo del sesso della persona deceduta. Il tasso è aumentato tra le donne tra il 2008 ed il 2010 ed è poi nuovamente diminuito nel 2011 mentre tra gli uomini si è rilevata una diminuzione del valore tra il 2008 ed il 2010 ed un incremento nel corso dell'ultimo anno (graf.9).

Nella fascia adulta e anziana della popolazione (55 anni e più) il tasso di mortalità è diminuito sia tra le donne che tra gli uomini sebbene per questi ultimi il valore sia inizialmente aumentato tra il 2007 ed il 2009 e poi diminuito nuovamente nel corso degli ultimi anni (graf.9).

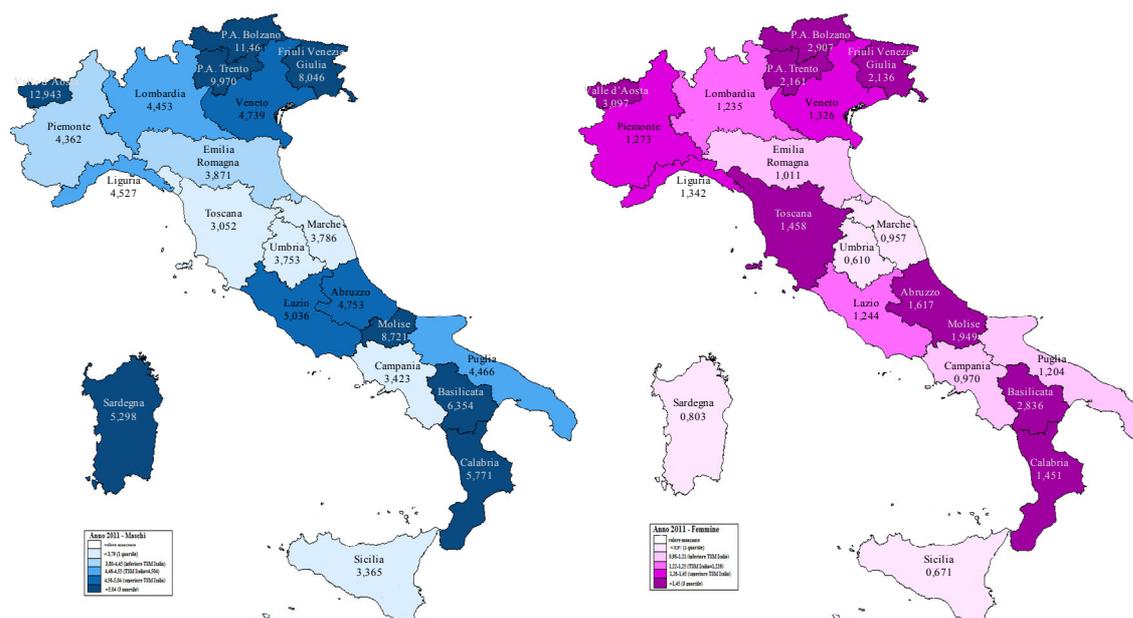


**Grafico 9 - Tasso di mortalità per classi di età (\*100.000 ab.) e tasso standardizzato di mortalità (TSM\*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili e sesso – Anni 2007-2011**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2007-2011

## Analisi territoriale dei decessi totalmente alcol-attribuibile

Per l'anno 2010-2011 l'ONA-ISS ha calcolato i TSM per le patologie totalmente alcol-correlate analizzando a livello regionale e di Province Autonome, le cause di morte dovute alle malattie totalmente alcol-attribuibili nella popolazione al di sopra dei 15 anni (tab.19). Al fine di aumentare l'attendibilità dei dati e di permettere delle analisi a livello di Regione e di Province Autonome è stato infatti deciso di calcolare ed analizzare i TSM medi relativi ai decessi avvenuti nel biennio 2010-2011 anziché quelli verificatisi solo nel corso dell'ultimo anno.



**Grafico 10. Tasso standardizzato di mortalità (TSM\*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili per sesso e regione di residenza– Anno 2010-2011**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2011

Dall'analisi effettuata a livello regionale dei TSM si evince una variabilità territoriale molto ampia. I valori più elevati si registrano sia per gli uomini sia per le donne in Valle d'Aosta (M=12,943; F=3,097), nella P.A. di Bolzano (M=11,461; F=2,907), nella P.A. di Trento (M=9,970; F=2,161), in Friuli Venezia Giulia (M=8,046; F=2,136), in Molise (M=8,721; F=1,949), in Basilicata (M=6,354; F=2,836) ed in Calabria (M=5,771; F=1,451) oltre a Molise e Sardegna per i soli uomini ed Abruzzo e Toscana per le sole donne. Viceversa i valori più bassi si registrano per entrambi i generi in Sicilia (M=3,365; F=0,671), in Umbria (M=3,753; F=0,610) e nelle Marche (M=3,786; F=0,957) oltre a Toscana e Campania per i soli uomini e Sardegna per le sole donne (graf.10).

## GLI INCIDENTI STRADALI

Secondo il **Rapporto ACI-ISTAT 2014** nell'anno 2013 sono stati rilevati in Italia 181.227 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato 3.385 morti e 257.421 feriti. Il dato del 2013 conferma la tendenza alla riduzione nel tempo di tutti i valori in questione (tab.20).

**Tab. 20 -INCIDENTI STRADALI, MORTI E FERITI  
ANNI 2003- 2013**

	<b>Incidenti</b>	<b>Morti</b>	<b>Feriti</b>
<b>2003</b>	252.271	6.563	356.475
<b>2004</b>	243.490	6.122	343.179
<b>2005</b>	240.011	5.818	334.858
<b>2006</b>	238.124	5.669	332.955
<b>2007</b>	230.871	5.131	325.850
<b>2008</b>	218.963	4.725	310.745
<b>2009</b>	215.405	4.237	307.258
<b>2010</b>	211.404	4.090	302.735
<b>2011</b>	205.638	3.860	292.019
<b>2012</b>	186.726	3.653	264.716
<b>2013</b>	181.227	3.385	257.421

Fonte: ACI-ISTAT - Incidenti stradali in Italia -Anno 2013

Nel 2013, prendendo complessivamente in considerazione i due sessi, il più alto numero di morti si è registrato nella fascia di età 20-24 anni, seguita dalla fascia di età 40-44 anni.

Nel 67,9% dei casi le vittime degli incidenti stradali sono conducenti di veicoli, nel 15,9% passeggeri trasportati e nel 16,2% pedoni.

Sulle strade urbane italiane si sono verificati 136.438 incidenti, con 184.683 feriti e 1.421 morti; sulle strade extraurbane, ad esclusione delle autostrade, si sono verificati 35.524 incidenti, con 57.291 feriti e 1.643 morti. Sulle autostrade gli incidenti sono stati 9.265, con 15.447 feriti e 321 decessi.

Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (escluse le autostrade), dove si sono verificati 4,63 decessi ogni 100 incidenti. Le vittime sono state invece 1,04 ogni 100 incidenti sulle strade urbane e 3,46 sulle autostrade. Rispetto al 2012, l'indice di mortalità risulta in netta diminuzione sulle strade extraurbane (dal 5,03 nel 2012 al 4,63 nel 2013 decessi ogni 100 incidenti); in lieve calo su autostrade (dal 3,51 nel 2012 al 3,46 nel 2013 decessi ogni 100 incidenti) e strade urbane (dal 1,12 nel 2012 al 1,04 ogni 100 incidenti).

L'indice di mortalità raggiunge il valore massimo tra le 3 e le 6 del mattino, in media 5 decessi ogni 100 incidenti, a fronte di una media giornaliera pari a 1,87.

La domenica è il giorno della settimana nel quale si registra il livello più elevato dell'indicatore con 3,1 morti per 100 incidenti.

Nella fascia oraria notturna, compresa tra le 22 e le 6 del mattino, l'indice è più elevato fuori città e nei giorni di lunedì e la domenica notte (8,32 e 7,94 decessi per 100 incidenti).

La categoria di veicolo più coinvolta in incidente stradale è quella delle autovetture (67,5%), seguono i motocicli (12,8%), gli autocarri (6,4%), le biciclette (5,3%) e i ciclomotori (4,5%).

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. Tuttavia, la mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol, in particolare appare indicativa 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.

Dall'ultima 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. 21).

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).

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'alcolometro 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. 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).

**Tab. 21 - 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, <b>non bevo alcolici</b>	38,2	35,6	32,4	30,6	34,2
Bevo fino al punto in cui so di poter " <b>reggere</b> " l'alcol	9,7	6	6,7	6,9	7
<b>Non limito il consumo di alcolici</b> , ma se non sono in grado di mettermi al volante <b>lascio guidare qualcuno che non ha bevuto o chiamo un taxi</b>	6,9	5,4	3,5	0,9	4,4
<b>Non limita il consumo</b> : per me guidare dopo aver bevuto non è un problema	1,2	1,7	0,5	1,4	1,2
<b>Non limito il consumo di alcolici</b> , ma se non sono in grado di mettermi al volante e sono in compagnia <b>lascio guidare qualcuno che "regge" l'alcol meglio di me</b>	1,5	1,9	0,7	0,5	1,2
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi 2012

**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 2013 l'8,7% 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.

Nel 2013 il 5,6% 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 2013 l'8,7% 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. I giovani di età compresa tra i 18-21 anni, mostrano una percentuale inferiore (7,0%) soprattutto in relazione alla percentuale rilevata nel 2012 (8,3%), questo fenomeno potrebbe essere correlato all'applicazione della legge 8.11.2012 n.189, in ogni caso questo dato rimane preoccupante in relazione sia agli aspetti di salute e sicurezza, sia agli aspetti legali, dato il limite pari a zero di tasso alcolemico vigente per legge in questa fascia di età.

I dati del Sistema PASSI relativi al quadriennio 2010-2013 conferma tra i giovani il trend in calo di coloro che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol con l'8% contro il 10% del quadriennio 2009-2012 ed il 12% 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.

La distribuzione geografica della guida sotto l'effetto dell'alcol presenta differenze statisticamente significative tra le Regioni, con una maggiore diffusione in alcune regioni settentrionali (12% in Friuli Venezia-Giulia e 10% nel Veneto) e al Centro (14% in Molise, l'11% nelle Marche e in Sardegna). Confortante è la significativa riduzione, nel periodo 2008-2013, della prevalenza dei guidatori sotto l'effetto dell'alcol in tutto il Paese, tranne nelle Regioni del Sud per le quali, comunque, il fenomeno è meno rilevante.

Nel 2013 il 34,0% 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 34,4% del 2012) e solo l'11% di essi (contro il 10,4% del 2012) riferisce di essere stato sottoposto a etilotest. Prendendo in considerazione complessivamente il periodo 2010-2013 non emergono variazioni significative nella frequenza dei controlli. Nel quadriennio 2010-2013 il confronto tra le Regioni mostra che i controlli delle Forze dell'Ordine sono risultati più frequenti in Molise (52%) ed in Sardegna (47%), mentre l'utilizzo di etilotest da parte delle Forze dell'Ordine è riportato con maggiore frequenza al Nord, soprattutto in Piemonte (14%) ed Emilia Romagna (14%).

### **1.3 L'ALCOLDIPENDENZA**

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

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

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 alcolodipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici 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 alcolologici 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 2013, fra le persone intervistate che si sono recate dal medico negli ultimi 12 mesi, il 14,2% 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 2012, pari al 14,6%). Tra queste persone solo il 6,2% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio di ridurre i propri consumi (6,4% nel 2012).

Nell'ambito del quadriennio 2010-2013 la quota di persone che hanno ricevuto attenzione sui propri consumi alcolici da parte di un medico o altro operatore sanitario appare in progressivo 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 2010-2013, la percentuale di persone che ricevono attenzione sui consumi alcolici è massima nelle Regioni con alte prevalenze di consumatori a rischio. La Sardegna registra il valore più alto (25%) e la Basilicata quello più basso (8%).

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 2013 il 44,4% delle persone con patologia epatica e il 30,9% 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. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE<sup>1</sup>**

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

Come indicato nello schema della pagina seguente, quasi tutte le molecole impiegate nel trattamento della dipendenza alcolica sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, ad eccezione della metadoxina, del nalmefene e del disulfiram nella forma farmaceutica di compresse effervescenti che sono registrate nella fascia di non rimborsabilità (fascia C).

Il nalmefene, distribuita in Europa con il nome farmaceutico di "Selincro", è il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol e si presenta come un trattamento per ridurre il consumo di alcol in pazienti con dipendenza che abbiano intrapreso un percorso, congiuntamente alla terapia psicologico comportamentale, con l'obiettivo dell'astinenza completa.

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 glutamnergica 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.

---

<sup>1</sup>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

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

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

Nel 2013 sono state dispensate, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, 1.677.670 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.22). Il 74% di queste dosi è rappresentato dalla specialità medicinale a base di disulfiram. Una nuova quantità, seppur minima in termini di consumo, riguarda il nalmefene (56 dosi), che ha iniziato a conquistare il mercato italiano dal 24 settembre 2013.

Rispetto all'anno precedente si è verificato un aumento dei consumi (+14%) dovuto essenzialmente all'utilizzo di acamprosato (+18%), disulfiram (+14%) e naltrexone (+6%); mentre per la metadoxina si è registrata una riduzione dei consumi pari al 30%.

**Tab. 22**

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

<b>Molecola</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - METADOXINA	468	327	-142	-30
N07BB - NALMEFENE CLORIDRATO		56	56	
N07BB01 - DISULFIRAM	1.096.644	1.247.184	150.540	14
N07BB03 - ACAMPROSATO	277.478	328.293	50.816	18
N07BB04 - NALTREXONE	96.062	101.810	5.748	6
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.470.652</b>	<b>1.677.670</b>	<b>207.018</b>	<b>14</b>

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

Nel 2013 sono state acquistate dalle strutture pubbliche 8.850.246 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.23).

Come già registrato nel 2012, l'incidenza percentuale più elevata (94%) rispetto al totale della spesa per farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol è rappresentata dal sodio oxibato e dal disulfiram.

Rispetto all'anno precedente, si registra un notevole incremento del numero di dosi consumate pari al 103%, attribuibile sostanzialmente all'incremento alla rilevante crescita dell'utilizzazione della metadoxina (+350%) e del sodio oxibato (+ 233%). Come nei consumi territoriali, il naltrexone mostra una crescita minima (+9%), mentre il disulfiram mostra una considerevole contrazione (-26%).

**Tab. 23**

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

<b>Molecola</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - SODIO OXIBATO	2.042.566	6.796.905	4.754.339	233
N07BB - METADOXINA	10.325	46.422	36.097	350
N07BB01 - DISULFIRAM	2.041.812	1.507.002	-534.810	-26
N07BB03 - ACAMPROSATO	153.484	386.503	233.019	152
N07BB04 - NALTREXONE	104.362	113.414	9.052	9
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.352.549</b>	<b>8.850.246</b>	<b>4.497.697</b>	<b>103</b>

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

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2013 è stato di 1.197.926 euro (tab.24). Il 66% della spesa totale è rappresentato dall'acamprosato, seguito dal disulfiram e dal naltrexone con una medesima quota di incidenza (17%) sul totale della spesa. E' opportuno sottolineare che il consumo farmaceutico del naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei; pertanto il suo impatto sul consumo farmaceutico nel trattamento della dipendenza alcolica dovrebbe essere ben inferiore alle 202.393 dosi.

Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento della spesa farmaceutica convenzionata del 15%, attribuibile agli acquisti relativi all'acamprosato (+18%) e al disulfiram (+14%). Analogamente a quanto accade per i consumi, la metadoxina registra una diminuzione della spesa pari al 29%.

**Tab. 24**

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

<b>Spesa convenzionata</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - METADOXINA	414	292	-121	-29
N07BB - NALMEFENE CLORIDRATO		381	381	
N07BB01 - DISULFIRAM	177.784	202.177	24.393	14
N07BB03 - ACAMPROSATO	669.817	792.683	122.867	18
N07BB04 - NALTREXONE	195.038	202.393	7.355	4
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.043.052</b>	<b>1.197.926</b>	154.874	15

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

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2013 è stato di 6.334.839 euro (tab.25). Analogamente a quanto accade per i consumi, la spesa per il sodio oxibato rappresenta una buona parte (85%) del valore complessivo della spesa per i farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol.

Rispetto all'anno precedente si registra un lieve aumento della spesa farmaceutica non convenzionata pari al 5%. Tale incremento è attribuito, come per i consumi, alla rilevante crescita degli acquisti della metadoxina, del sodio oxibato e dell'acamprosato e alla contrazione degli acquisti per il disulfiram.

**Tab. 25**

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

<b>Spesa non convenzionata</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Var.</b>	<b>Var. %</b>
N07BB - SODIO OXIBATO	5.305.274	5.393.182	87.908	2
N07BB - METADOXINA	9.475	39.017	29.542	312
N07BB01 - DISULFIRAM	355.480	231.223	-124.256	-35
N07BB03 - ACAMPROSATO	245.327	579.690	334.363	136
N07BB04 - NALTREXONE	89.899	91.728	1.829	2
<b>Totale complessivo</b>	<b>6.005.453</b>	<b>6.334.839</b>	329.386	5

### **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 2013 a 10.527.916 dosi (tab.26), di queste l'84% è attribuibile ai farmaci acquistati dalle strutture pubbliche (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto); il restante 16% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

Tra il 2012 e il 2013 i consumi complessivi sono aumentati dell'81%, soprattutto per la farmaceutica non convenzionata con il 103% rispetto alla farmaceutica convenzionata con il 14%.

Tra il 2007 e il 2013 l'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del 128% (rispettivamente, + 155% per la farmaceutica non convenzionata e + 47 % per quella convenzionata).

**Tab. 26**  
**TREND DEL CONSUMO FARMACEUTICO TOTALE**  
(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

<b>Trend di consumo (dosi)</b>					
<b>Periodo</b>	<b>Conv.</b>	<b>non conv.</b>	<b>totale</b>	<b>% conv.</b>	<b>% non conv.</b>
2007	1.139.168	3.469.404	4.608.572	25	75
2008	1.203.408	3.199.049	4.402.457	27	73
2009	1.489.313	2.739.753	4.229.066	35	65
2010	1.348.897	3.574.714	4.923.611	27	73
2011	1.376.793	4.055.678	5.432.471	25	75
2012	1.470.652	4.352.549	5.823.201	25	75
<b>2013</b>	1.677.670	8.850.246	<b>10.527.916</b>	<b>16</b>	<b>84</b>
Totale complessivo	9.705.901	30.241.393	39.947.294	24	76
<b>Var % 2007-2013</b>	<b>47</b>	<b>155</b>	<b>128</b>		
<b>Var % 2012-2013</b>	<b>14</b>	<b>103</b>	<b>81</b>		

### **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 7.532.765 euro per l'anno 2013 ed a 43.720.918 euro per il periodo 2007-2013 (tab.27). L'89% della spesa degli ultimi 7 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 11% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Tra il 2012 e il 2013 la spesa farmaceutica complessiva è aumentata del 7% (registrando, rispettivamente, +15% nella farmaceutica convenzionata e +5% nella farmaceutica non convenzionata). Tra il 2007 e il 2013 l'andamento della spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del 68% (rispettivamente, + 151% la farmaceutica convenzionata e +58 % quella non convenzionata).

In conclusione, come mostrano le tabelle 26 e 27, l'andamento generale dei consumi farmaceutici registra uno spostamento delle prescrizioni verso le strutture pubbliche, attribuibile al forte incremento dell'utilizzo del sodio oxibato; mentre la spesa di questi farmaci registra un incremento delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile agli acquisti di metadoxina e in parte alla comparsa dei nuovi acquisti relativi all'acamprosato a partire dall'anno 2011.

**Tab. 27**

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

<b>Trend di spesa (euro)</b>					
<b>Periodo</b>	<b>conv.</b>	<b>non conv.</b>	<b>totale</b>	<b>% conv.</b>	<b>% non conv.</b>
2007	477.553	4.014.723	4.492.276	11	89
2008	480.467	3.990.040	4.470.507	11	89
2009	544.176	5.552.441	6.096.617	9	91
2010	490.998	5.714.803	6.205.801	8	92
2011	717.974	7.156.472	7.874.446	9	91
2012	1.043.052	6.005.453	7.048.505	15	85
<b>2013</b>	1.197.926	6.334.839	7.532.765	16	84
<b>Totale complessivo</b>	4.952.147	38.768.771	<b>43.720.918</b>	<b>11</b>	<b>89</b>
<b>Var % 2007-2013</b>	151	58	<b>68</b>		
<b>Var % 2012-2013</b>	15	5	<b>7</b>		

## PARTE SECONDA

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

#### 3.1. 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.

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).

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.

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. Si osserva un generale aumento del personale nel 2012.

Le distribuzioni percentuali per qualifica mostrano 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.

#### 3.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2012 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro 69.770 soggetti alcoldipendenti. (note: 1, 2)

---

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

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

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%).

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 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 alcoldipendenti 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.

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.

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media. 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 alcoldipendente 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.

### **3.3. I consumi alcolici dell'utenza**

Nel 2012 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 riguardano, rispettivamente, il 9,0% (6.250 utenti) e il 3,7% (2.569 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale.

### **3.4. I modelli di trattamento**

Analizzando i programmi di trattamento 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 alcolodipendenti. 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'alcoldipendenza nelle singole realtà territoriali (valutati secondo criteri quantitativi e qualitativi) nonché da una loro integrazione con dati più precisi relativi alla domanda di salute (in questo particolare ambito), al contesto e alle molteplici problematiche (sanitarie e non sanitarie) connesse al fenomeno.

### **3.5. 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*".

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.

### **3.6. 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 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).

Nel corso del 2012, in media 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.

## **PARTE TERZA**

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

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

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

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcol correlate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio legati all'abuso di alcol. Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

#### **5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione**

Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcol correlati all'uscita degli ambienti dove si beve.

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

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

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

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

#### **7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto**

Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcol correlato.

Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci.

#### **8. Monitoraggio del danno alcol correlato e delle relative politiche di contrasto**

Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcol correlati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

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

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

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

Il programma, 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.

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

### **“Guadagnare salute rendendo più facile evitare l’abuso di alcol”** *Strategie e ipotesi di intervento*

#### **1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell’ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali**

- Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente “alcol free” (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

#### **2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche**

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

#### **3 Informare correttamente i consumatori**

- Combattere l’abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul “*saper bere*”, diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.
- Adeguare l’etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.

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

#### **4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati**

- *Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.*
- *Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).*
- *Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.*
- *Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.*
- *Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.*
- *Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).*
- *Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.*
- *Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.*

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

- *Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo.*
- *Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.*

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

- *Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità sociodemografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.*
- *Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.*
- *Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcolcorrelati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.*

### **7 Proteggere i minori dal danno alcol correlato**

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

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

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

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

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

### **8 Formare gli operatori**

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

• Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo 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 2014**

Il Programma nazionale "Guadagnare Salute", secondo i principi della "Salute in tutte le politiche", mira a contrastare l'epidemia di malattie cronico generative intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti

La collaborazione intersettoriale permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro, in linea con gli obiettivi del WHO - *Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2014–2020*.

È necessario, per altro, intervenire lungo tutto il corso dell'esistenza per garantire una maggiore aspettativa di vita in buona salute e un "bonus" in termini di longevità, fattori che possono produrre benefici importanti a livello economico, sociale e individuale (approccio *life-course*).

Tra gli obiettivi Programma "Guadagnare salute" è previsto il contrasto all'abuso di bevande alcoliche e la protezione dei minori dai rischi dell'alcol, anche attraverso campagne di comunicazione e sensibilizzazione, al fine di ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche e contenere i comportamenti a rischio, anche per evitare gli incidenti stradali alcol-correlati.

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

In linea con gli obiettivi del Programma “Guadagnare Salute”, DIAGEO, AUCHAN e SIMPLY hanno realizzato la seconda edizione della campagna sociale di sensibilizzazione sul consumo moderato e responsabile di bevande alcoliche “CONOSCERE L’ALCOL”.

L’obiettivo principale della campagna, premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, è stato quello di migliorare l’informazione e di far acquisire ai cittadini la consapevolezza dell’importanza di un consumo moderato e responsabile di bevande alcoliche. Sono stati coinvolti 50 ipermercati Auchan e 100 supermercati Simply, diffusi su tutto il territorio nazionale, che hanno messo a disposizione dei consumatori allestimenti e materiali informativi supervisionati dal Ministero della Salute. Inoltre, presso 22 supermercati Simply e 12 locali pubblici nelle Regioni di Marche, Lombardia e Piemonte e Veneto, sono state realizzate varie iniziative di carattere sociale e relazionale, dove con l’ausilio di tecnologie multimediali e lo stimolo di un concorso nazionale, personale appositamente formato ha sensibilizzato i consumatori ad adottare stili di consumo responsabili, non solo sul consumo moderato e responsabile delle bevande alcoliche, ma anche sui comportamenti da evitare (ad esempio binge drinking, guida di veicoli dopo l’assunzione di bevande alcoliche, assunzione di alcol e farmaci).

L’utilizzo del “Logo” di Guadagnare Salute per la Campagna di DIAGEO oltre a favorire la riconoscibilità, da parte dei cittadini, di un’iniziativa finalizzata a “facilitare le scelte salutari”, contribuisce ad evidenziare la responsabilità di un settore dell’industria nell’assumere un ruolo attivo per far sì che i consumatori possano fare scelte informate e consapevoli.

Attraverso la campagna di comunicazione “Natale in salute 2013”, il Ministero della Salute per la prima volta ha pubblicato consigli e informazioni dedicate alle feste, con un’attenzione tutta particolare non solo alla sana alimentazione, all’attività fisica, alla sicurezza dei giocattoli e dei cosmetici ma anche al consumo dell’alcol, rispecchiando la nuova idea di portale internet istituzionale orientato al cittadino, alla promozione della salute, alla trasparenza.

## IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018

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

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

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

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

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

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

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

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

- MACRO OBIETTIVO “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili”.
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire la dipendenza da sostanze”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti domestici”

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

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

Esse comprendono:

- La definizione di accordi intersettoriali a livello nazionale (Guadagnare salute/salute in tutte le politiche)
- L'attivazione in ogni Regione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche
- In ambiente scolastico lo sviluppo di programmi di promozione della salute integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative
- In ambiente di lavoro lo sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e “datori di lavoro”, volti a favorire

l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali

- In comunità lo sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l'adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali.

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

In questo ambito si citano:

- L'identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari
- L'offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori dei MMG, Medici Competenti, ecc.)

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

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

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

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

Le prove scientifiche suggeriscono alcuni interventi di setting:

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

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

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

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

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

Nel corso del 2014 sono state realizzate le seguenti iniziative.

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

Nel 2014 si è conclusa la campagna educativo-informativa “Non perderti in un bicchiere!” per sensibilizzare e informare gli studenti delle scuole superiori di primo e secondo livello sui rischi e gli effetti prodotti dal consumo e dall'abuso di alcol.

L'iniziativa che ha avuto il supporto scientifico dell'ISS si è svolta in collaborazione con *Diregiovani*, il Portale d'informazione multimediale che sfrutta la tecnologia oggi presente su Internet. Negli incontri con gli esperti sono stati coinvolti a partecipare gli studenti e i video degli incontri sono stati pubblicati sul sito *Diregiovani.it*.

Gli obiettivi della campagna “Non perderti in un bicchiere!” sono stati essenzialmente quelli di stimolare i giovani ad essere loro stessi promotori di uno stile di vita virtuoso e portarli a conoscenza dei pericoli e dei rischi che si corrono nell'abuso dell'alcol.

La realizzazione della campagna si è svolta su 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, predisposta in collaborazione con esperti dell'Istituto Superiore di Sanità-Osservatorio nazionale alcol, è suddivisa in sezioni ed utilizza un linguaggio adatto ad essere capito dai più giovani.

### **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 si sono articolati in 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. Gli incontri sono stati video ripresi e, previa autorizzazione della scuola coinvolta, pubblicati sul sito [www.diregiovani.it/istituzioni/campagna-prevenzione-alcolismo/scuole-alcolismo](http://www.diregiovani.it/istituzioni/campagna-prevenzione-alcolismo/scuole-alcolismo).

Nel corso di questi incontri sono stati somministrati ad un campione di 1111 studenti alcuni questionari con lo scopo di conoscere l'opinione giovanile sul complesso tema delle

dipendenze e per permettere lo sviluppo di un percorso di conoscenza e di costruzione di fiducia con i ragazzi oltreché per dare il massimo impatto alle campagne per il contrasto dell'abuso di alcol. In totale sono state coinvolte 50 scuole per un totale di 50.000 ragazzi e le pagine visionate sul sito sono state oltre 800.000.

### **Convegno “Alcohol Prevention Day 2014”**

È stato sostenuto e finanziato dalla Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute il convegno “Alcohol Prevention Day 2014”, svoltosi il 9 aprile 2014 al Centro Congressi Roma eventi presso Fontana di Trevi.

L'evento, giunto alla tredicesima edizione, 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. Nell'ambito del convegno sono state inoltre coinvolte associazioni direttamente operanti sul territorio nazionale sia in termini di prevenzione che cura.

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).

### **Alcol Prevention Race – Sanit run**

Nell'ambito del Semestre di Presidenza Italiana del Consiglio dell'Unione Europea è stato realizzato un evento di comunicazione e di aggregazione per ragazzi in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol. L'evento nello specifico si è svolto il 14 dicembre 2014 in occasione del SANIT, XI Salone internazionale della salute tenutosi a Roma il 14-17 dicembre 2014. Nello specifico si è svolta una “Corsa e camminata per la prevenzione dei rischi legati al consumo di bevande alcoliche tra i giovani” denominata “Sanit-Run-Alcohol prevention race”. Il claim della corsa è stato “Brillo? Sì ma solo nello sport”, la partecipazione permetteva l'iscrizione alla corsa sia a livello competitivo che non competitivo, inoltre è stata prevista una sezione dedicata ai più giovani. La premiazione si è svolta lunedì 15 dicembre all'interno del convegno “Alcol e giovani, famiglia e società. Le priorità della prevenzione integrata sanitaria e sociale tra cultura del trattamento e razionalizzazione dei servizi”.

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

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2014 a numerose attività internazionali finalizzate alla definizione di politiche, strategie, azioni e iniziative di programmazione utili alla riduzione dell'impatto dell'alcol a livello di popolazione e favorevoli un approccio di salute pubblica dedicato alla prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva. Un focus specifico è stato dedicato alla tutela delle fasce più vulnerabili alle patologie e problematiche alcol correlate e al contrasto degli effetti negativi derivanti dall'uso di bevande alcoliche nella popolazione.

In ambito U.E. il Ministero ha in particolare assicurato attraverso le competenze dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, Centro OMS per la Ricerca sull'alcol, 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 in Lussemburgo e in qualità di observer all'European Forum on Alcohol in Bruxelles. Le riunioni svolte nel corso del 2014 sono state avviate nel corso di un meeting informale degli Stati Membri presso l'EMMCDA di Lisbona per il lancio della **Joint Action Comunitaria RARHA** di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS coordina la valutazione e la componente dedicata alle Linee Guida. In tale occasione l'Italia ha collaborato al coordinamento e alla raccolta degli elementi utili predisposti dal *drafting group* congiunto concordato in DG Sanco tra Commissione Europea e Stati Membri per la definizione dei contenuti del testo del "**Piano di Azione sui Giovani e sul binge drinking**" e dello *scoping paper* per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol come richiesto dagli Stati Membri nel corso degli High Level Committee svolti nel corso del 2013. L'Italia è stata richiesta a presiedere numerose sessioni dei meeting comunitari dedicati dalla Joint Action RARHA in cui il Ministero della Salute ha delegato formalmente l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS a svolgere il piano di lavoro cofinanziato per il periodo 2014-2016. Le riunioni di lavoro si sono svolte prevalentemente in Lussemburgo e a Bruxelles secondo modalità di "back-to-back meeting" contestuali allo svolgimento delle riunioni del CNAPA che ha esaminato nel corso dell'anno attraverso consultazioni e meeting tecnico-scientifici le principali priorità su cui è emersa la convergenza e consolidato il consenso alla predisposizione di proposte per *policy* comuni di valenza e respiro europee (04 Marzo 2014, *13th meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action*; 17-18 Giugno 2014, *14th meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action*; 07-08 Ottobre 2014, *15th meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action*). La partecipazione italiana alle riunioni dei rappresentanti gli Stati membri per lo svolgimento delle azioni definite dalla Joint Action europea sulle tematiche specifiche delle linee guida finalizzate alla prevenzione ha assicurato la disponibilità degli elementi tecnici e scientifici da utilizzare al fine di garantire per le fasce giovanili e per la popolazione sistemi efficienti di monitoraggio epidemiologico alcol correlato negli Stati Membri. L'esperienza del sistema collegato al monitoraggio del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), predisposto e implementato dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione e su finanziamento del CCM del Ministero della Salute, le cui caratteristiche erano state presentate formalmente in Lussemburgo e pubblicate sul sito comunitario ([http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev\\_200110301\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_200110301_rd01_en.pdf)), sono state oggetto di

aggiornamento a cura dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal Centro collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute sulle problematiche alcol correlate, e saranno oggetto di prossima sintesi pubblicata a cura dell'Ufficio Regionale Europeo di Copenaghen. Nel corso delle riunioni del CNAPA in Lussemburgo è stato, come di consueto, assicurato l'aggiornamento periodico sull'implementazione nazionale delle misure legislative, delle iniziative di prevenzione e delle strategie specifiche indicate dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni e del rischio alcol correlati e risultante in una serie di azioni ritenute efficaci secondo un approccio multisettoriale, tramite interventi o Piani di azione nazionali, come il Piano sanitario nazionale e il Piano di prevenzione.

Le strategie ed iniziative nazionali promosse dal Ministero della Salute, quali quelle legate all'implementazione della Legge 125/2001, alle campagne di comunicazione attraverso i materiali e gli standard di intervento predisposti dai gruppi di lavoro del Centro Servizi Documentazione Alcol (CSDA) dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, alle attività di monitoraggio epidemiologico oltre che di rilevazione periodica delle attività dei gruppi di lavoro e dei servizi di alcologia per la riabilitazione degli alcolodipendenti e alle attività di formazione relative all'Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) su standard PHEPA e INEBRIA, International Network Brief Intervention on Alcohol, sono state oggetto di presentazione e dibattito in ambiti internazionali come nel corso dei progetti europei ALICE RAP, Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe, Reframing Addictions FP7 Project, ODHIN, Optimizing Delivery of Health Care Interventions FP7 Project, nell'AMPHORA FP7 Project *European Conference on Alcohol*, e nel meeting internazionale della rete INEBRIA (Varsavia, settembre 2014) che ha visto l'attivazione italiana nel progetto europeo BISTAIRS dedicato all'identificazione delle caratteristiche di identificazione e intervento alcol correlati nei settori sociali e sanitari tra cui quelli specifici dei luoghi di lavoro e di emergenza e pronto soccorso.

Nel mese di novembre 2014 l'Osservatorio Nazionale Alcol ha organizzato a Roma nel corso del turno di Presidenza italiana un **expert meeting europeo** per la presentazione dei risultati delle due *survey* condotte dall'ISS nell'ambito della Joint Action RARHA relative all'analisi dello stato dell'arte sulla disponibilità negli Stati Membri della UE, dell'accessibilità ed utilizzo di servizi dedicati all'identificazione, alla prevenzione, alla cura e riabilitazione delle problematiche alcol correlate.

Nel mese di novembre 2014 l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS ha partecipato all'*Alcohol Awareness Week* garantendo nell'ambito del meeting annuale dell'*Alcohol Policy Network*, del meeting satellite RARHA e della sesta European Conference sull'alcol, la presentazione dei risultati delle ricerche e delle *survey* condotte in collaborazione con tutti i rappresentanti governativi dei Ministeri della Salute attivi nel CNAPA.

Attraverso il Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Promozione della Salute e la Ricerca sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, in linea con gli orientamenti del Ministero della Salute, sono state garantite competenze specifiche nell'ambito della valutazione continua dell'implementazione della Risoluzione OMS sulla Global Strategy on Alcohol approvata nel maggio 2010 dall'Assemblea Mondiale della Sanità in Ginevra. Sono state assicurate tutte le azioni ricomprese nel piano di lavoro concordato dal Centro Collaboratore con l'Head Quarter OMS di Ginevra con condivisione e validazione delle attività di promozione delle strategie previste dall'*European Alcohol Action Plan* e dalla

*Global Strategy on Alcohol.* E' stata avviata la rete collaborativa nazionale ICONA (Italian Collaborative Network on Alcohol) realizzata e coordinata dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità e comprendente le competenze del Centro Alcolologico Regionale della Regione Toscana, del Centro Alcolologico Regionale della Regione Liguria e dell'organismo per la formazione professionale sanitaria regionale del Friuli Venezia Giulia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2013**

Per l'anno 2013 sono stati stanziati per il monitoraggio Euro 72.227,00 risultato di una serie di successive decurtazioni intervenute, in adempimento alla normativa vigente, sull'originario stanziamento di risorse nel relativo Capitolo di bilancio del Ministero della Salute.

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

Tutte le Regioni hanno inviato in tempi utili i dati e le informazioni richiesti ai fini dell'erogazione delle risorse e il Ministero, valutate positivamente le relazioni pervenute, ha completato l'avvio delle procedure per la corresponsione della rispettiva quota di riparto per l'anno 2013 alle Regioni interessate.

<b>Regioni</b>	<b>Popolazione</b>	<b>Quota fissa</b>	<b>Quota capitaria</b>	<b>Totale</b>
Valle d'Aosta	126.620	1.720,00	77,00	1.797,00
Molise	313.145	1.720,00	190,00	1.910,00
Prov.Aut.Bolzano	504.708	1.720,00	307,00	2.027,00
Prov.Aut.Trento	524.877	1.720,00	319,00	2.039,00
Basilicata	577.562	1.720,00	351,00	2.071,00
Umbria	883.215	1.720,00	537,00	2.257,00
Friuli Venezia Giulia	1.217.780	1.720,00	740,00	2.460,00
Abruzzo	1.306.416	1.720,00	794,00	2.514,00
Marche	1.540.688	1.720,00	936,00	2.656,00
Liguria	1.567.339	1.720,00	953,00	2.673,00
Sardegna	1.637.846	1.720,00	995,00	2.715,00
Calabria	1.958.418	1.720,00	1.191,00	2.911,00
Toscana	3.667.780	1.720,00	2.230,00	3.950,00
Puglia	4.050.072	1.720,00	2.462,00	4.182,00
Emilia Romagna	4.341.240	1.720,00	2.639,00	4.359,00
Piemonte	4.357.663	1.720,00	2.649,00	4.369,00
Veneto	4.853.657	1.720,00	2.951,00	4.671,00
Sicilia	4.999.854	1.720,00	3.040,00	4.760,00
Lazio	5.500.022	1.720,00	3.344,00	5.064,00
Campania	5.764.424	1.720,00	3.504,00	5.224,00
Lombardia	9.700.881	1.720,00	5.898,00	7.618,00
<b>Totale</b>	<b>59.394.207</b>	<b>36.120,00</b>	<b>36.107,00</b>	<b>72.227,00</b>

## PARTE QUARTA

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

L'analisi delle tipologie di bevande consumate e delle modalità di consumo delle stesse disaggregate a livello regionale sono state inizialmente sviluppate per rispondere alle esigenze della creazione di un sistema di monitoraggio in accordo con gli obiettivi previsti dal progetto CCM del Ministero della Salute "L'alcol in Italia e nelle Regioni"; successivamente l'inserimento della statistica derivata ISS-00034 (16) "Monitoraggio dell'impatto del consumo di alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)" inserita nel Piano Statistico Nazionale 2011-2013 e approvata anche per gli anni 2014-2016 ha reso necessario lo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione.

#### ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nel 2013 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 76,6% tra i maschi e al 50,7% tra le femmine. Tra il 2007 e il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche (M:-5,7 punti percentuali; F: -9 punti percentuali); la diminuzione risulta significativa anche rispetto alla precedente rilevazione (M:- 2,3 p.p; F:-3,5 p.p); anche la prevalenza dei consumatori di vino è diminuita rispetto al 2007 e tra le femmine si rileva una diminuzione di 3,4 p.p. anche rispetto all'ultimo anno. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest'area geografica una **prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e delle consumatrici abituali eccedentarie**. Pur tuttavia, rispetto all'anno 2007, si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e di quelli a rischio per entrambi i sessi, oltre a quella dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinkers* di sesso maschile.

#### PIEMONTE

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica così come quella dei consumatori di super alcolici nel 2013 risultano per entrambi i sessi in media con il dato medio nazionale mentre la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici risulta inferiore al dato nazionale; tra le femmine valori al di sotto della media si registrano anche per vino e birra mentre tra i maschi per gli amari. Rispetto alla rilevazione del 2012 si registra tra i maschi una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori di aperitivi alcolici. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sopra della media nazionale tra i maschi per i consumatori abituali eccedentari e quelli a rischio per il criterio ISS.

#### VALLE D'AOSTA

La percentuale di consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica nel 2013 è stata pari all'81,6% e 58,2% tra le donne; per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2012 né delle prevalenze dei consumatori né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio. La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche, così

come quella dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è superiore alla media nazionale sia tra i maschi sia tra le femmine e per queste ultime anche la prevalenza di consumatrici di birra.

Analizzando le modalità di consumo delle bevande alcoliche si evince che sono al di sopra della media nazionale i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinkers* e di quelli a rischio ISS per entrambi i generi.

#### **LOMBARDIA**

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2013 è stata pari al 76,4% tra i maschi e il 50,4% tra le femmine e per entrambi i generi si rileva una diminuzione statisticamente significativa rispetto alla rilevazione precedente. Tra i maschi risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari; tra le femmine sono invece diminuite rispetto al 2012 le prevalenze delle consumatrici di vino, di amari e di superalcolici e risultano inferiori alla media la prevalenza delle consumatori di amari e di birra. L'analisi sulle abitudini di consumo mostra una riduzione delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici a rischio secondo il criterio ISS e il valore della prevalenza delle consumatrici fuori pasto, pur rimanendo pressoché invariato rispetto alla precedente rilevazione, si mantiene superiore alla media nazionale.

#### **LIGURIA**

I consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e delle diverse tipologie di bevande nel 2013 sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione ed in linea con la media nazionale (ad eccezione degli amari che si mantengono inferiori al dato medio); tra le femmine i valori relativi alla prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica e di vino sono superiori alla media nazionale nonostante nel corso dell'ultimo anno si sia osservata una diminuzione statisticamente significativa. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i sessi un valore di prevalenza superiore alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari e per le femmine anche della prevalenza delle consumatrici fuori pasto. Tra i maschi infine si rileva un incremento dei consumatori fuori pasto rispetto al 2012 pari a 5,1 p.p.

#### **ITALIA NORD-ORIENTALE**

Nel 2013 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia nord orientale è stata pari al 78,9% tra i maschi e al 59,1% tra le femmine. Tra il 2007 ed il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche (M: -3,9 p.p.; F: -4,6 p.p.) ma nel corso dell'ultimo anno l'indicatore è rimasto pressoché stabile. La prevalenza dei consumatori di vino così come quella di amari tra i maschi è diminuita rispetto al 2007 di 2,8 p.p. e 3,7 p.p. rispettivamente, mentre tra le femmine, si registra un incremento della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici pari a 4,4 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che **la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori a rischio è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, oltre alla prevalenza dei *binge drinkers* per i soli maschi.**

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

Nel 2013, analogamente a quanto già riscontrato lo scorso anno, la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risulta la più elevata di tutte le regioni italiane (68,8%) così come quella delle consumatrici di aperitivi alcolici (40,0%), e superalcolici (27,0%); sempre tra le femmine risultano inoltre superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatrici di vino e birra e amari. Tra i maschi la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica, così come quella dei consumatori di birra e superalcolici risulta più elevata della media nazionale. I dati relativi alle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano per entrambe i sessi i valori più elevati di tutte le altre realtà territoriali della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M: 62,5%; F:39,6%) e per i soli maschi, anche dei *binge drinkers* (M: 27,8%); sono infine superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio ISS per entrambi i generi e dei *binge drinking* tra le femmine. Non si registrano infine variazioni percentuali significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle diverse bevande alcoliche o delle abitudini di consumo.

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

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica di sesso maschile è pari nel 2013 a 79,9% ed è aumentata rispetto alla precedente rilevazione di 5 p.p., nonostante il dato sia in linea con quello nazionale; sono superiori alla media italiana anche i valori di prevalenza dei consumatori di birra, super alcolici e aperitivi alcolici, questi ultimi aumentati rispetto al 2012 di 7,1 p.p. Le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, birra e aperitivi alcolici tra le femmine sono superiori al dato medio. L'analisi della modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori *binge drinking* e dei consumatori a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media nazionale per entrambi i sessi.

#### **VENETO**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, di quelli di vino, di aperitivi alcolici e di superalcolici è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi a cui si aggiunge quella delle consumatrici di birra di sesso femminile; la prevalenza dei consumatori maschi di amari è invece inferiore alla media nazionale. Nel 2013 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto e *binge drinking* sono più elevati dei valori nazionali sia tra i maschi che tra le femmine.

#### **FRIULI VENEZIA GIULIA**

La prevalenza delle femmine che consumano almeno una bevanda alcolica, così come quella delle femmine che consumano vino, birra ed aperitivi alcolici è superiore alla media nazionale e nel caso dell'ultima bevanda, il dato è superiore alla media anche per i maschi. Non si evidenziano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazioni. Il valore dell'indicatore relativo al consumo fuori pasto è superiore a quello nazionale per entrambi i sessi e per i soli maschi anche quello relativo alla prevalenza dei *binge drinking* e dei consumatori a rischio (criterio ISS).

## EMILIA ROMAGNA

Per gli uomini, i valori relativi al consumo di bevande alcoliche risultano in media con il dato nazionale, nonostante questo il valore relativo alla prevalenza dei consumatori a rischio (criterio ISS) risulti superiore alla media italiana (26,5%). La prevalenza delle femmine che hanno consumato almeno una bevanda alcolica, di quelle che hanno consumato vino e di quelle che hanno consumato birra è invece superiore al dato medio nazionale, così come l'indicatore relativo al consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti (19,7%). Gli amari risultano essere l'unica bevanda per la quale la prevalenza dei consumatori è inferiore al dato medio italiano per entrambi i generi.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione né delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche né di quelle delle diverse tipologie di comportamenti a rischio.

## ITALIA CENTRALE

Nel 2013 nel centro Italia la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,2% tra i maschi e al 53,8% tra le femmine. Tra il 2007 ed il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche (M:-3,7 p.p.; F: -4,8 p.p.). La prevalenza dei consumatori di vino tra i maschi è diminuita rispetto al 2007 di 3,6 p.p., mentre tra le femmine si registra un incremento della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici pari a 4,6 p.p. **L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per i maschi nel centro Italia la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei *binge drinkers* è statisticamente inferiore alla media nazionale mentre tra le femmine la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è superiore al dato medio nazionale.** Rispetto all'anno 2007 infine si rilevano una diminuzione dei consumatori *binge drinking* pari a -3,1 p.p. ed un incremento delle consumatrici fuori pasto pari a +2,7 p.p.. Complessivamente per entrambi i sessi si rileva rispetto all'anno 2007 una diminuzione significativa dei consumatori a rischio ma non si rilevano variazioni significative delle diverse abitudini di consumo alcolico rispetto alla precedente rilevazione.

## TOSCANA

Le percentuali dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e dei consumatori di vino sono superiori alla media nazionale per entrambi i sessi oltre a quelle della birra per le sole femmine. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana sia per i maschi che per le femmine la percentuale dei consumatori abituali eccedentari è più elevata di quella nazionale e che rispetto all'anno 2012 è anche aumentata la prevalenza di coloro che consumano bevande alcoliche lontano dai pasti (M:+4,9 p.p.; F: +4,2 p.p.), nel caso delle femmine inoltre, il valore di quest'ultimo indicatore (18,7%) è significativamente più elevato di quello medio italiano (15,8%).

## **UMBRIA**

Le percentuali di consumatori di almeno una bevanda alcolica e dei consumatori di vino e superalcolici risultano superiori alla media nazionale per i maschi mentre per le femmine tutti gli indicatori di consumo sono pressoché simili ai valori italiani (ad eccezione di quello relativo agli amari che è inferiore). Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio considerati, sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza delle femmine che consumano lontano dai pasti, che è più basso.

## **MARCHE**

Le percentuali di consumatrici di almeno una bevanda alcolica e di consumatrici di vino sono superiori alla media nazionale; tra i maschi si rilevano valori più bassi di quello registrato a livello nazionale degli indicatori relativi alla prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e di amari inoltre sempre per i maschi, la prevalenza dei consumatori di superalcolici è diminuita rispetto al 2012 di 6 p.p. Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale, ad eccezione dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinkers* tra i maschi che sono inferiori alla media.

## **LAZIO**

Le prevalenze dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e delle diverse bevande considerate sia per i maschi che per le femmine sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa agli amari per entrambi i sessi e quella relativa ai super alcolici per le sole femmine che risultano invece più elevate. La prevalenza di *binge drinker* e di consumatori a rischio ISS di sesso maschile sono inferiori alla media nazionale. Non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione né relativamente alle prevalenze delle bevande alcoliche consumate né ai comportamenti a rischio.

## **ABRUZZO**

Risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori maschi di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e amari, viceversa tra le femmine risultano al di sotto del valore medio nazionale le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica oltre a quelle delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e superalcolici; rispetto all'anno 2012 si rileva infine una diminuzione del valore di prevalenza dei consumatori di superalcolici pari a 8,2 p.p.

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio mostrano un valore superiore alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (42,2%) e valori inferiori al dato medio nazionale della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie, di quelle fuori pasto e di quelle a rischio (criterio ISS).

## **MOLISE**

La prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche considerate risulta in media con il dato nazionale per i maschi ad eccezione della prevalenza dei consumatori dei superalcolici che risulta inferiore. Per le femmine invece, ad eccezione degli aperitivi alcolici, i valori di prevalenza delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche risultano tutti inferiori alla media nazionale; la prevalenza delle consumatrici di amari risulta inoltre diminuita di 6,2 p.p.

rispetto alla precedente rilevazione. Tra i maschi tutti e tre gli indicatori relativi alle modalità di consumo a rischio sono superiori alla media nazionale ad eccezione di quello relativo al consumo lontano dai pasti, per il quale non si riscontra una differenza statisticamente significativa.

### **ITALIA MERIDIONALE**

Nel 2013 nell'Italia meridionale la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,2% tra i maschi e al 47,2% tra le femmine. Tra il 2007 e il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche pari a 3,8 p.p. La prevalenza dei consumatori di vino tra i maschi è diminuita, sempre rispetto al 2007 di 3,4 p.p. e non si rilevano variazioni significative della prevalenza dei consumatori delle altre bevande. Tra le femmine, si registra invece un incremento della prevalenza delle consumatrici di birra (+2,3 p.p. rispetto al 2007 e +3,1 p.p. rispetto al 2012) e di aperitivi alcolici (+2,3 p.p. rispetto al 2007 e +2,5 p.p. rispetto al 2012).

La prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e nel caso dei maschi risulta anche essere la più elevata rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate. **L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che nel meridione la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è statisticamente inferiore alla media nazionale per entrambi i sessi così come la prevalenza dei *binge drinkers* per i soli maschi, che risulta anche diminuita rispetto al 2012 di 1,6 p.p.**

### **CAMPANIA**

La prevalenza dei maschi consumatori di superalcolici risulta inferiore alla media nazionale mentre risulta superiore al valore medio nazionale quella dei consumatori di amari (42,8%). Sempre tra i maschi, risultano inferiori alla media nazionale le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinkers* e di quelli a rischio (criterio ISS). Tra le femmine risultano inferiori al dato medio le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, di vino, di aperitivi alcolici, di super alcolici oltre a quella delle consumatrici fuori pasto mentre per tutti gli altri indicatori i valori sono pressoché simili a quelli nazionali.

### **PUGLIA**

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, così come quella delle consumatrici di birra, aperitivi alcolici e superalcolici nel 2013 è per entrambi i sessi inferiore alla media nazionale, l'unico indicatore che presenta un valore significativamente superiore alla media italiana è quello relativo alla prevalenza dei consumatori di amari (M:50,2% ; F:17,1%). Per entrambi i sessi anche la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti e dei consumatori *binge drinkers* è inferiore alla media nazionale (relativamente a quest'ultimo indicatore, per le femmine, si registra anche una diminuzione rispetto all'anno 2012 pari a 1,4 p.p.)

## **BASILICATA**

La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di birra sono aumentate tra il 2012 ed il 2013 rispettivamente di 5,2 p.p. e 6,6 p.p.; non si evidenziano tuttavia variazioni statisticamente significative tra i dati rilevati in Basilicata ed i dati medi nazionali in relazione agli indicatori di monitoraggio considerati, ad eccezione della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e superalcolici che risultano essere inferiori alla media. Tra le femmine invece, i valori degli indicatori sono tutti statisticamente inferiori alla media nazionale ad eccezione di quello riguardante le consumatrici di super alcolici, per il quale la differenza non è significativa.

## **CALABRIA**

Tra il 2012 e il 2013 per entrambi i sessi è aumentata la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M: +5,3 p.p.; F: +4,7 p.p.) e di superalcolici (M: +5,2 p.p.; F: +4,3 p.p.); sono inoltre aumentate la prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (+5,5 p.p.) e di amari (+6,3 p.p.) tra le femmine. L'analisi dei consumatori delle bevande alcoliche mostra che per i maschi sono superiori al dato medio nazionale le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici, amari e superalcolici e per le femmine quelle relative alla birra e agli amari. Si registra infine per i soli maschi una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori *binge drinking* (-5 p.p.). L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sotto della media nazionale della prevalenza dei consumatori fuori pasto per entrambi i generi oltre a quelli della prevalenza dei abituali eccedentari ed a rischio (criterio ISS) per le sole femmine.

## **ITALIA INSULARE**

Nel 2013 nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 74,3% tra i maschi e al 42,4% tra le femmine. Tra il 2007 e il 2013 si registra un incremento statisticamente significativo della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici (+3,2 p.p.), di amari (+2,8 p.p.) e di super alcolici (+2,5 p.p.). Rispetto alla precedente rilevazione invece si registrano tra i maschi delle diminuzioni dei valori di prevalenza dei consumatori di birra (-3,7 p.p.), di amari (-4,5 p.p.) e di super alcolici (-5,8 p.p.).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che nelle isole rispetto al 2007 è diminuita tra i maschi la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari mentre rispetto allo scorso anno sono diminuite per entrambi i generi la prevalenze dei consumatori *binge drinking* e per le sole donne la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (-2,9 p.p.).

## **SICILIA**

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso ad eccezione di quello relativo alla prevalenza dei consumatori di amari e per i soli uomini di quello relativo ai consumatori di birra. Per gli uomini il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di vino e dei consumatori abituali eccedentari risulta essere il più basso di tutte le Regioni. Rispetto all'anno 2012 si registra per entrambi i sessi una diminuzione statisticamente

significativa della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (M:-3,6 p.p. ; F:-2,7 p.p.), della prevalenza dei maschi che hanno consumato superalcolici (-6,8 p.p.) e delle femmine che hanno consumato bevande alcoliche fuori pasto (-4,7 p.p.)

#### **SARDEGNA**

La prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche tra i maschi è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione e non si sono registrate differenze significative rispetto alla media nazionale. Un'attenta analisi dei comportamenti a rischio evidenzia tuttavia che risultano invece superiori alla media italiana le prevalenze dei consumi fuori pasto, dei consumi in modalità *binge drinking* e di quelli a rischio ISS. Tra le femmine invece la situazione in Sardegna appare molto diversa rispetto a quella dei maschi: sono inferiori ai valori medi italiani le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica e in particolare delle consumatrici di vino, birra e aperitivi alcolici. Non si rilevano variazioni significative tra i valori degli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sebbene la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica sia aumentata rispetto al 2012 di 5,6 p.p.

**6. LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITA'  
DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME  
IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125**

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

Griglia di argomenti per la Relazione delle Regioni ai fini della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati nell'anno 2013 ai sensi della legge 125/2001

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

Hanno dato riscontro alle richieste informative del Ministero, inviando la relazione richiesta, 19 Regioni e le Province Autonome. E' possibile pertanto per l'anno 2013 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

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

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

È stato realizzato un progetto per l'ampliamento delle offerte del Day Hospital alcolologico per la prevenzione delle ricadute insieme alla Cooperativa sociale "Bourgeon de Vie", che si occupa di riabilitazione alcolologica.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **ASL TO1**

Consolidamento del lavoro di rete con il Servizio di Salute Mentale in riferimento alla doppia diagnosi; attuate procedure di reciproco invio.

#### **ASL TO2**

Attivazione di percorsi assistenziali per i pazienti alcolisti con i medici di medicina generale, anche mediante l'intervento breve, e coinvolgimento delle *équipes* territoriali per favorire l'accesso ai trattamenti presso il Servizio di Alcologia.

Consolidamento del protocollo di collaborazione con il D.E.A. dell'Ospedale San Giovanni Bosco e fornitura nei locali del D.E.A. di materiale cartaceo e opuscoli illustrativi rivolti all'utenza per facilitare l'accesso al Servizio di Alcologia.

Consolidamento del protocollo di collaborazione con la S.C. Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Maria Vittoria per la prevenzione secondaria dei tumori della sfera ORL.

Attivazione di percorsi riabilitativi individualizzati in area sociale di orientamento al lavoro, con ampliamento delle competenze lavorative e delle abilità trasversali per pazienti alcolisti, anche con il coinvolgimento del Privato Sociale.

#### **ASL TO3**

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

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

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

#### ASL TO4

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

- *Progetto “A casa Tua”*: sviluppo di interventi domiciliari in pazienti alcolisti in condizione di comorbidità psichiatrica e marginalità sociale. Il progetto è stato realizzato dall’*équipe* del Ser.T. e dall’*équipe* del Servizio di alcologia.
- *Laboratorio Attività Espressiva*, gruppo settimanale rivolto a soggetti alcol dipendenti, in carico al Servizio di alcologia e alle Comunità terapeutiche del territorio, che si trovano in condizione di particolare fragilità e marginalità sociale, e necessitano di un’attività concreta in un ambiente informale che favorisce la socializzazione.
- *Laboratorio Monili*, un’attività di gruppo rivolta specificamente alle donne, strutturata con l’attivazione di un laboratorio di costruzione di monili integrato da una proposta psicologica centrata sulle criticità e sulla vulnerabilità femminile all’alcol, sul recupero degli aspetti concreti del “*prendersi cura di sé*”, e sul sostegno del recupero di un’immagine positiva di sé nella vita socio-familiare.
- *Progetto “Achille e la Tartaruga”*, finalizzato alla promozione del benessere psico-fisico e al contrasto dei rischi di patologie connesse alla sedentarietà.
- *Centro riabilitativo alcologico “ALTER EGO”*: costituito nel 2006 con finanziamento regionale, accoglie persone con gravi problemi alcol correlati in comorbidità psichiatrica. È stato progettato come struttura riabilitativa che accoglie sia i pazienti che i loro familiari.
- *Progetto “Help Center Chivasso stazione solidale”*, consiste in un intervento sulle persone in difficoltà presenti nell’area della stazione ferroviaria di Chivasso (TO), secondo il modello proposto dalla rete dell’Osservatorio Nazionale del Disagio e della Solidarietà nelle stazioni Italiane. La S.S. Alcologia è capofila del progetto, mentre il Comune di Chivasso è il partner principale. La progettualità è tuttavia complessa e vede la partecipazione attiva anche dei seguenti partner: Consorzio CISS Chivasso, ONDS, Conferenza San Vincenzo De Paoli, Associazione “Punto a Capo”.

#### ASL TO5

È stata rinnovata, nel corso del 2013, la formazione continua degli operatori sanitari coinvolti nel settore del “Percorso Nascita”, da parte degli operatori del Dipartimento Dipendenze, finalizzata all’accompagnamento alla nascita e alla prevenzione dei problemi alcol correlati nelle donne in età fertile.

E’ proseguito il progetto “*Liaison – alcol e gravidanza*”, attivato nel 2012, che prevede la collaborazione fra Servizio di alcologia, i Consultori familiari e i MMG. Il progetto ha come obiettivi la sensibilizzazione delle donne e i loro *partner* circa i rischi dell’assunzione di alcol, la prevenzione FASD (fetopatia alcolica), il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari sull’approccio e sulle conoscenze dei rischi legati all’uso dell’alcol per la donna e il bimbo in riferimento a tutto il periodo del percorso nascita. Il risultato atteso è l’attivazione di un percorso integrato che faciliti l’accesso al Servizio di alcologia delle donne e dei loro *partner*, come portatori di problematiche alcol-correlate.

In relazione a tale progetto è stata richiesta la partecipazione al coordinamento generale Consultori ASL TO5 per la presentazione del nuovo protocollo regionale che prevede una nuova agenda in cui si individua un consumo alcolico in gravidanza uguale a zero.

#### ASL AL

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

#### ASL BI

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

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

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

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

#### ASL CN1

Continuano le attività del gruppo di lavoro tra Dipartimento Materno Infantile e Ser.T. per la definizione di un programma formativo relativamente al settore alcol e gravidanza con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sul rischio di assunzione alcol in gravidanza.

#### ASL CN2

Presenza in carico congiunta dei pazienti con altri Servizi di riferimento e attivazione di protocolli tra Servizi per la relativa gestione congiunta. Protocollo con il DSM per i ricoveri di pazienti con comorbilità e prassi definite con le cliniche per i ricoveri finalizzati alla disintossicazione.

#### ASL VC

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

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

#### ASL VCO

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

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

#### ASL NO

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

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

#### PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

##### ***Cooperativa Il Punto Onlus.***

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

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

#### REGIONE LOMBARDIA

- Delibera d.g.r. n.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.

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

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

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

Il Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT), appositamente costituito, si riunisce periodicamente al fine d'impostare una politica che risponda applicando quelle strategie di condivisione del problema, integrazione e coinvolgimento di tutti i soggetti.

La complessità del tema e la sua evoluzione oltre i confini del sistema di cura socio sanitario e sanitario ha comportato, da parte di 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, alla individuazione condivisa di obiettivi e strategie attraverso uno strumento di *governance*.

Nel 2013, con la d.g.r. n.499/2013, viene approvata la realizzazione delle sperimentazioni, sulla base di un nuovo modello d'intervento dove, il sistema dei Servizi pubblici e privati, ambulatoriali e residenziali per le dipendenze dovrà fornire delle risposte appropriate ed efficaci alle persone.

Quindi, la rete dei Servizi dovrebbe prevedere:

- una residenzialità per le persone con una lunga storia di riabilitazione comunitaria, con attività occupazionali, relazionali e d'inclusione sociale;
- contesti specifici per l'accoglienza di adolescenti con problemi di consumo/abuso/dipendenza;
- nuove modalità d'intervento a favore di persone con comportamenti compulsivi che determinano anche nuove forme di abuso;
- interventi socio sanitari di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi riferiti alla popolazione giovanile.

A seguire, il Gruppo Tecnico composto dai referenti della Regione, dai Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze e degli S.M.I. e dai rappresentanti del Terzo Settore, hanno dato vita al **“Nuovo modello di valutazione dei bisogni delle Dipendenze”**.

*L'obiettivo prioritario di questo nuovo modello è di ridefinire i percorsi di cura verso una maggiore personalizzazione, coerentemente con i bisogni della persona.*

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

La rilevazione effettuata in collaborazione con i 15 Dipartimenti Dipendenze, ha evidenziato l'adozione di circa n. 27 iniziative per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali.

## **P.A. BOLZANO**

I Ser.D dell'Alto Adige e le Associazioni private convenzionate hanno proseguito ed incentivato il lavoro di rete inteso non solo come collaborazione ma condivisione di responsabilità tra Servizi. Da segnalare il ruolo dell'Ambulatorio di Alcologia presso l'Ospedale di Bolzano che ha svolto attività di consulenza psicologica con utenti degenti per patologie riconducibili ad uso dannoso/dipendenza da alcol, su richiesta dei medici dei singoli reparti di degenza. Nel corso dell'anno gli utenti sono stati 222, di cui nuovi utenti 122, pari al 55%. Le richieste di consulenza alcolologica arrivano in prevalenza dai Reparti di Psichiatria, Gastroenterologia, Medicina Interna e Astanteria.

È proseguito il rafforzamento della collaborazione con i medici ospedalieri, i medici di medicina generale, i Centri di Salute Mentale, SPDC ed una Clinica Privata convenzionata, aumentando così le offerte trattamentali e le occasioni di accesso ai trattamenti con una maggiore attenzione al processo diagnostico, al monitoraggio, verifica ed eventuale riparametrazione dei protocolli di intesa e operativi, alla supervisione clinica sul caso e sul processo di presa in carico e progettazione dei trattamenti psico-sociali-medici-infermieristici ed educativi.

In generale la presa di contatto con i Servizi, nella maggioranza dei casi, è principalmente volontaria, in seconda istanza tramite la segnalazione da parte dei diversi reparti ospedalieri incluso quello di psichiatria, in alcuni casi del medico di base o specialista, dal datore di lavoro. Diverse persone si sono presentate su pressione dei familiari, o su invio da parte della Commissione medica multizonale (GSE).

Tipologia delle principali prestazioni erogate dalle diverse figure professionali dei Servizi:

- visite e consulenze mediche e psichiatriche;
- diagnostica e consulenza psicologica al paziente e ai familiari;
- consulenza di coppia/familiare;
- psicoterapia singola/ di coppia/familiare;
- consulenze e colloqui educativi, di motivazione, di sostegno, di valutazione con singoli utenti, familiari e/o figure professionali di riferimento mirate alla dimensione preventiva;
- riabilitazione e reinserimento lavorativo;
- conduzione gruppi post-dimissioni da Comunità Terapeutica e per evitare le ricadute frequenti;
- trattamenti medico-legali in riferimento alla guida in stato di ebbrezza;
- somministrazione di farmaci, controlli urinari, alcolimetro;
- interventi infermieristici;
- conduzione medica, psicologica e psicosociale di gruppi informativi.

Alcune iniziative realizzate dai Servizi mirate alla qualità degli interventi e alla capillarità dei Servizi sul territorio:

- verifica dei protocolli operativi sulla qualità degli interventi;
- attivazione di protocolli di intesa mirati all'implementazione del lavoro di rete tra Servizi;
- verifica e valutazione della qualità dei Servizi attraverso l'applicazione di adeguati indicatori, degli esiti degli accessi presso strutture di ricovero e della capacità di "ritenzione" dei Ser.D.;
- creazione e partecipazione a diversi gruppi di lavoro e di consulenza per il miglioramento della gestione dei progetti terapeutici e socio-riabilitativi;
- prosecuzione nell'utilizzo di apposita piattaforma informativa informatizzata denominata POV (Progettazione Osservazione e Valutazione) che permette la gestione in rete del progetto di inserimento, del relativo esito e della valutazione complessiva annuale del lavoro svolto sia in termini quantitativi che qualitativi. Dai dati emerge che la maggior parte dei pazienti inseriti hanno un problema di abuso cronico o dipendenza da alcol ed hanno un'età superiore ai 50 anni;
- presenza strutturata di ambulatori dei Ser.D con accesso differenziato per consulenze a giovani e famiglie e per il trattamento di fumatori di tabacco e di giocatori d'azzardo e di ambulatori distaccati presso le valli del territorio di propria competenza.

## **P.A. TRENTO**

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

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

Incontri di sensibilizzazione/informazione per gruppi omogenei di persone attive nel sociale (assistenti sociali, educatori professionali, sacerdoti, insegnanti, forze dell'ordine, amministratori pubblici ed altre), al fine di incoraggiare l'invio delle persone con PAC (problematiche alcol correlate) ai Servizi di alcologia. Nel 2013 questi incontri sono stati

organizzati in particolare per le forze dell'ordine e le associazioni di genitori presenti sul territorio.

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

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

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

Presso i Servizi di alcologia di Trento e di Rovereto sono attivi due Centri Antifumo, coordinati anche questi dal Servizio di alcologia centrale. La finalità di questa iniziativa è di aumentare la salute della popolazione trentina attraverso la riduzione del consumo di tabacco, tenendo conto che nella realtà trentina i fumatori sono circa un quarto della popolazione sopra i diciotto anni (dati ISS). Nei due Centri, in accordo con le direttive nazionali, sono previste le seguenti attività: *counselling* individuale, terapia farmacologica, consulenza psicologica e percorsi di gruppo. L'accesso al Servizio, che è gratuito, è effettuato tramite prenotazione presso il Centro Unico Prenotazione o tramite servizio on line.

## **REGIONE VENETO**

Le Unità Operative Alcolologiche fanno parte di un più ampio sistema dei Servizi per le Dipendenze che, nella Regione Veneto, è rappresentato dal Dipartimento per le Dipendenze. Ciascuna Azienda Unità locale socio sanitaria ha istituito il Dipartimento secondo le indicazioni e le linee tecniche regionali.

Nella Regione Veneto, il 2013 è caratterizzato da un sostanziale mantenimento del sistema dei Servizi che si occupa delle problematiche alcol correlate. Le sedi dei Servizi per l'alcolologia sono sostanzialmente le stesse da diversi anni, 38 in totale. Le 21 Aziende ULSS in cui è articolata la Regione sono così organizzate: 5 Aziende hanno una sola sede, 13 Aziende hanno due sedi, le altre 3 Aziende presentano in alcuni casi 3 o 4 sedi, in altri casi nessuna sede. Una distribuzione quindi abbastanza uniforme delle strutture che rappresenta un primo elemento favorevole all'accesso alle cure.

All'interno dei Dipartimenti trovano spazio non solo le strutture pubbliche sopra menzionate ma anche quelle del Volontariato e del Privato sociale. In particolare, le Associazioni dei

Club Alcologici Territoriali (A.C.A.T.) e Alcolisti Anonimi (A.A.) sono realtà estremamente radicate nel territorio con una diffusione capillare, resa possibile da circa 800 unità presenti, di cui 624 Club Alcologici Territoriali (C.A.T.), 132 gruppi di A.A e altri 47 gruppi, che costituiscono un ulteriore punto di accoglienza e di accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali relativi alla dipendenza da alcol.

L'impegno offerto dalle centinaia di volontari si aggiunge quindi all'attività professionale dei 400 operatori presenti nell'anno 2013, all'incirca gli stessi degli anni precedenti, che si dedicano in modo esclusivo all'attività alcolologica nel 10,2% dei casi, mentre l'89,8% è impegnato a tempo parziale, dovendosi occupare per il resto del tempo anche di altre patologie, soprattutto di altre dipendenze.

L'accessibilità ai trattamenti continua, senza sostanziali novità, ad essere favorita dalla gratuità delle prestazioni erogate, ad eccezione delle visite specialistiche o altri interventi relativi alla perizia richiesta dalle commissioni mediche locali per le patenti di guida, e dall'accesso libero ai Servizi negli orari di apertura previsti, senza liste di attesa e con la garanzia di riservatezza per ogni forma di intervento.

Permane inoltre la necessità di ottimizzare le limitate risorse a disposizione e di contenere i periodi di degenza ospedaliera attraverso la sottoscrizione di accordi e la predisposizione di protocolli tra vari Servizi di alcolologia, le Divisioni specialistiche ospedaliere e altri Servizi della rete territoriale.

Altri soggetti importanti per il potenziamento della rete alcolologica sono gli operatori presenti nei Comuni, le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, le Forze dell'Ordine, il Volontariato e il Privato sociale, i Medici competenti aziendali, le Parrocchie, ecc.

L'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali anche per il 2013 è garantito da un'ampia pubblicizzazione delle proposte, come ad esempio la predisposizione di corsi di formazione per migliorare la sensibilità del personale sanitario sul tema dell'alcolologia, fornendo loro strumenti per l'applicazione del *counseling* breve motivazionale nei propri ambiti lavorativi. Si è potuto constatare come tale proposta rafforzi il coordinamento dei diversi interventi sulle problematiche alcol correlate, agevoli l'individuazione precoce di situazioni a rischio e favorisca ulteriormente l'invio e l'accesso al Servizio specialistico di Alcolologia.

## **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 Alcolologia (NOA), attivati presso tutte le Aziende Sanitarie Locali della Liguria a seguito della Legge 125, sono punti di offerta trattamentale specifici riguardo all'alcoldipendenza ed ai problemi alcol correlati. Tali punti di offerta sono per lo più dislocati in luoghi diversi dall'ubicazione del locale Ser.T di riferimento, al fine di consentirne la frequentazione a soggetti di età, genere e condizione socio economica diversa da quella degli utenti tossicodipendenti. Le azioni di diagnosi e terapia si svolgono di norma su appuntamento, durante le ore di apertura del Servizio, mentre le attività domiciliari o consulenze presso altri ospedali sono programmate.

All'interno dei NOA sono stati predisposti Servizi di trattamento in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura.

Tutti i Servizi delle dipendenze prevedono un accesso libero agli utenti con patologie alcol correlate negli orari di apertura per 5 giorni alla settimana attraverso un primo contatto che viene gestito dall'*équipe* multiprofessionale. I canali di invio spesso sono i Servizi territoriali e i reparti ospedalieri.

L'attività dei NOA si è negli anni consolidata e si è diversificata e intensificata l'offerta di trattamenti ambulatoriali, in *Day hospital* e in regime di ricovero.

Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri, d'elezione vengono utilizzate strutture convenzionate con le Asl di riferimento. Sono stati consolidati gli ambulatori alcolologici presenti in ogni distretto migliorandone la qualità.

Ad alcuni NOA è stato concesso l'accreditamento regionale e la certificazione di qualità del sistema inglese HQS per il Servizio di alcolologia

In alcuni casi i Servizi di alcolologia si avvalgono del *Day hospital* del Ser.T per disintossicazione e terapie infusionali.

Personale qualificato effettua inoltre consulenze urgenti presso le case circondariali e i reparti ospedalieri per patologie alcol correlate.

Sono state attivate collaborazioni con il tribunale ordinario, il tribunale per i minori e l'UEPE per gli affidi terapeutici alternativi alla carcerazione o trattamenti ordinati dai magistrati.

Nel 2013 sono stati mantenuti standard elevati di prestazioni in relazione alle visite per la revisione della patente. Inoltre è stata sperimentata una forma di cooperazione con i medici di base.

L'attività dei NOA ha visto lo sviluppo della "*Rete 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'Alcolologia dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST di Genova attraverso la

condivisione degli obiettivi e dei trattamenti, pur mantenendo ognuno la sua autonomia e specificità.

Il Servizio è costituito da due psichiatri a tempo pieno, che effettuano anche il servizio di guardia attiva presso il SPDC di zona, 1 psichiatra borsista a part-time, 3 psicologi part-time, un educatore professionale e un'assistente sociale a tempo pieno, un'infermiera professionale dedicata a tempo pieno e due infermiere professionali part time.

Inoltre, presso la maggior parte dei Servizi per l'alcolologia 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'Alcolologia, declinata in aree tematiche che vanno dalla promozione della salute alla cura, alla formazione.

I Servizi di Alcolologia (Centri Alcologici) 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.

Nel 2013 è proseguita l'attività dei gruppi tematici regionali a cui partecipa, per ognuna delle 11 AUSL, un professionista designato per quel tema:

- prevenzione e promozione di sani stili di vita;
- alcol e cura;
- alcol negli ambienti di lavoro;
- alcol e guida sicura.

Per quanto riguarda l'area del trattamento, si sottolinea un interessante approfondimento a cura del gruppo “*Alcol e Cura*” sulla problematica dei trapianti di fegato.

In Regione Emilia Romagna sono attivi due centri ospedalieri che effettuano i trapianti di fegato, l'uno presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena e l'altro presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola - Malpighi di Bologna.

In un gruppo misto, costituito dai professionisti dei Centri Alcologici e dei Centri Trapianto, si è avviato un confronto sugli aspetti clinici e organizzativi in favore dei pazienti con PAC candidati al trapianto di fegato o già trapiantati e da accompagnare con percorsi di mantenimento della sobrietà.

Il primo obiettivo del gruppo è stato quello di esplicitare le procedure cliniche già in atto nei due Centri per i trapianti per riesaminarle ed armonizzarle al fine di poterle considerare un percorso regionale condiviso.

Inoltre si è discusso di come modificare e rendere più appropriato il percorso di valutazione pre trapianto con l'inserimento della consulenza alcolologica in tutti i casi in cui sia indicato e la ricerca di un accordo condiviso sui criteri clinici.

Tutto il lavoro realizzato e ancora in corso, verrà presentato in un seminario previsto per il prossimo anno.

## **REGIONE TOSCANA**

La Regione Toscana con il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010, tutt'ora vigente, ha previsto lo sviluppo dei Servizi di prevenzione collettiva, dei Servizi ospedalieri in rete, dei Servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i Servizi di assistenza sociale e ha avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo dell'offerta territoriale.

Fra gli interventi più importanti in campo alcolologico è da menzionare la promozione della continuità delle cure attraverso l'utilizzo integrato delle altre Strutture residenziali a carattere socio sanitario e socio assistenziale, dei Servizi ambulatoriali di diagnosi e cura e di quelli di riabilitazione.

Al fine di ampliare e facilitare l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini residenti nelle zone di confine delle tre Aree Vaste della Toscana sono state sollecitate le Aziende sanitarie ad attivare idonee modalità di raccordo ed opportuni adeguamenti delle procedure.

In particolare per quanto riguarda l'uso di bevande alcoliche la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei Servizi e dei livelli di assistenza.

I Servizi pubblici e privati sono stati dotati di un *software* gestionale unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei Servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

È stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i Servizi: accoglienza, terapeutico-riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico-riabilitativo.

Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale.

È stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei Ser.T in un'ottica di qualità e di efficacia nell'erogazione delle prestazioni. E' stata disposta la costituzione, all'interno dei Servizi per le dipendenze, delle *équipe* alcolologiche con personale dedicato in numero sufficiente ai bisogni assistenziali, rilevati dalla programmazione regionale e

territoriale anche attraverso il Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT).

E' stata garantita la continuità dell'attività di ricovero per gravi patologie alcol-correlate del Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e la presa in carico delle persone con problemi alcol-correlati in un processo di continuità terapeutico assistenziale con i Servizi territoriali.

Importante riconoscimento dell'attività svolta dall'Associazionismo e dal Terzo settore (Alcolisti Anonimi, AlAnon, Alateen, Narcotici Anonimi, Club Alcologici Territoriali, Comunità Terapeutiche) ed attivazione di accordi o protocolli di intesa tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e i presidi ospedalieri con le Associazioni di volontariato, che stabiliscano ambiti e modelli di collaborazione, di volontariato e di tutela dei diritti, che intendono essere presenti con la propria attività all'interno dell'azienda.

Nel corso del 2013 sono proseguite le seguenti iniziative:

- Prosecuzione del processo di accreditamento dei Servizi (tra i quali Ser.T ed *équipes* alcolologiche) 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* alcolologiche 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.).

La presa in carico da parte dei Servizi territoriali dei soggetti con patologie alcol correlate (PPAC) è favorita dalle seguenti iniziative:

- l'ampliamento e il consolidamento dei rapporti con altri Servizi socio-sanitari (per esempio reparti ospedalieri, pronto soccorso), altre figure professionali presenti sul territorio (ad esempio medico di medicina generale), e Associazioni del Terzo settore e del Privato sociale, e altre strutture presenti sul territorio (ad esempio carceri);
- l'acquisizione di una maggiore autonomia delle *équipe* alcoliche, sia da un punto di vista organizzativo-funzionale che in termini logistici, ovvero anche attraverso l'ampliamento delle fasce orarie di apertura, al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei Servizi, e valorizzando alcune sperimentazioni di apertura di ambulatori specialistici a cadenza settimanale o con accessi diretti;
- l'individuazione di percorsi assistenziali personalizzati dei casi "complessi";
- la somministrazione di test di screening (AUDIT e CAGE) per la valutazione del consumo di alcol e individuarne precocemente il rischio;
- L'implementazione di sinergie con il reparto di Tossicologia (Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi) al fine di rispondere in maniera più attenta ai soggetti con PPAC;
- la valorizzazione e il potenziamento di gruppi di condivisione composti da pazienti e familiari supportati dalle figure professionali del Servizio (medico, educatore, ecc.);
- l'attuazione di un protocollo teso a garantire la continuità terapeutica assistenziale per i soggetti alcodipendenti in dimissione protetta dalle strutture ospedaliere, secondo la S.D.O.P. (Schede di Dimissione Ospedaliera Protetta).

## **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 Alcolologia 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.

I Servizi di Alcologia sono inclusi nella rete informativa regionale per le dipendenze; tutte le sedi sono state dotate del software *mFp*, in uso anche presso i Ser.T, che supporta una specifica cartella clinica informatizzata. Gli operatori hanno usufruito, nel tempo, di formazione e addestramento all'uso del software.

Nel corso del 2013 sono proseguiti gli incontri periodici tra gli operatori dei Servizi, i referenti regionali per le attività inerenti i flussi informativi e l'Osservatorio epidemiologico sulle dipendenze ed i referenti della ditta titolare del software adottato, con l'obiettivo di migliorarne l'utilizzazione e adeguarlo alle esigenze specifiche dell'alcologia. Inoltre sono state predisposte *linee guida regionali* per uniformare le modalità di immissione dei dati nel sistema informatizzato.

Nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale per l'area delle dipendenze (istituito con DGR n. 1847/2011) sono stati posti sotto monitoraggio sia i consumi di sostanze illegali che di sostanze legali, ed i problemi correlati, da indagare secondo una serie ampia di indicatori: dalle stime di consumo, alla domanda di trattamento e all'offerta dei Servizi, fino alla mortalità e alle patologie correlate. E' stato quindi avviato un consistente lavoro di individuazione ed integrazione delle fonti dei dati, con l'obiettivo di produrre nel 2014 il primo rapporto epidemiologico regionale complessivo.

Infine, è stato avviato un lavoro di valutazione dell'offerta dei Servizi e delle politiche rivolte all'area delle dipendenze, con un focus specifico inerente i Servizi di Alcologia. In questo primo anno si è partiti da un primo livello di "autovalutazione", con la realizzazione, attraverso l'impegno di un esperto valutatore, di diversi *focus group*, che hanno coinvolto sia i Servizi specifici, sia la più ampia rete di intervento; è stato quindi predisposto un rapporto finale, che costituirà la base per sviluppare ulteriormente il percorso.

## **REGIONE MARCHE**

Presso ogni Dipartimento per le Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) è attiva una Unità Operativa Semplice di Alcologia o un ambulatorio alcologico. Nel 2013 è stato attivato un modulo funzionale di Alcologia presso il Servizio territoriale dipendenze patologiche di Jesi (AN) ed è stato aperto il Centro di ascolto "Kriptos" da parte dell'ente accreditato Oikos onlus di Jesi. Presso il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche di San Benedetto del Tronto (AP) l'accesso all'ambulatorio alcologico è stato separato rispetto a quello per gli altri utenti.

## **REGIONE LAZIO**

Nella Regione Lazio è attivato da diversi anni il Centro di Riferimento Alcologico Regionale (CRARL), il Centro svolge attività di prevenzione e cura garantendo visite ambulatoriali, ricoveri ordinari e di Day Hospital per utenti con problemi di alcoldipendenza.

Sul territorio regionale da diversi anni si attuano strategie di accoglienza/presa in carico dei pazienti attraverso differenti modalità, 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, sono operative complessivamente 10 strutture. I 2 specifici Servizi di Alcologia (Ser.A) funzionanti autonomamente nel corso dell'anno 2012 (uno a Chieti ed uno a Pescara) sono ormai incardinati all'interno dei Servizi per le dipendenze, così gli 8 Ser.T (Avezzano, Vasto, Lanciano, L'Aquila, Sulmona, Giulianova, Nereto e Teramo), che seguono anche i soggetti con problematiche alcol-correlate.

Nell'anno 2013 gli operatori Ser.T. hanno condotto diversi interventi sul territorio, per rispondere ai bisogni e per favorire l'accesso alla cura, soprattutto nel territorio aquilano dove la popolazione è ancora sofferente a causa del sisma del 06.04.2009.

Proprio nell'area del capoluogo di regione è in funzione uno spazio di *counseling* per minori, sia presso la sede del Centro Diurno Terapeutico (CDT) sia presso alcuni Istituti Scolastici del territorio.

Nell'ambito delle attività del CDT di L'Aquila, sono stati realizzati, per gli utenti (alcoldipendenti e tossicodipendenti) in fase di recupero, percorsi di orientamento delle competenze individuali finalizzati al reinserimento socio-lavorativo. Come per gli anni precedenti è stato assicurato in tutte le strutture della regione l'accesso ai trattamenti sanitari facilitati rispetto ad altre realtà, anche regionali, dove non sono stati attivati specifici Servizi.

Sono stati garantiti sistematicamente i rapporti con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Servizi del territorio, quali principali inviati e per il rafforzamento di una rete di Servizi a sostegno delle persone disagiate.

Presso il Servizio di Chieti è proseguito uno specifico programma di sensibilizzazione e rieducazione per persone con problemi relativi alla guida in stato di ebbrezza, che ha previsto la frequenza di un gruppo psico-educativo oltre a colloqui alcolologici e controlli ematochimici degli indicatori di abuso alcolico. Si sono tenuti gruppi educativi indirizzati a persone con consumo problematico di alcol.

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

Anche nel corso del 2013 i Servizi regionali hanno proseguito la loro collaborazione con gruppi di auto-aiuto e con i reparti ospedalieri coinvolti per:

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

Risulta valido, inoltre, il raccordo con le strutture interne ed esterne alle Aziende Unità Sanitarie Locali: Medicina di Comunità (Consultori e Medicina Scolastica), Centri di Salute Mentale, Servizi Tossicodipendenze, Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali dei Comuni, Case Circondariali. Frequenti sono i contatti tra le varie realtà del territorio ed è stata riscontrata una fattiva collaborazione.

## **REGIONE MOLISE**

I Servizi per le Tossicodipendenze, tramite la realizzazione di programmi terapeutici multi-modali, garantiscono l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali degli alcoldipendenti, tenendo conto delle specificità che contraddistinguono tali soggetti. Tali Servizi assicurano un

accesso facilitato “a bassa soglia” riconoscendo i problemi alcol-correlati come facenti parte a tutti gli effetti delle “dipendenze patologiche”.

I Servizi per le Tossicodipendenze garantiscono agli utenti un trattamento integrato (medico-psicologico-sociale), ciò consente di predisporre percorsi individualizzati attraverso un lavoro di *équipe* delle diverse professionalità presenti all'interno del Servizio.

Al fine di un migliore trattamento all'utenza, si è ricorso alla collaborazione dei Servizi pubblici e privati (es. Club Alcolologici Territoriali e Comunità terapeutiche accreditate e convenzionate del Territorio Regionale e Nazionale). E' stato incentivato il lavoro terapeutico del gruppo alcolisti e le attività ambulatoriali che prevedono trattamenti prettamente sanitari con terapia sostitutiva e risposte di tipo psico e socio terapeutico, monitorando sugli utenti anche i *markers* dell'epatite intervenendo laddove si sono presentati casi positivi.

Infine, è proseguita la collaborazione dei Ser.T. con i medici di medicina generale ed i reparti ospedalieri al fine di favorire la conoscenza e la possibilità per i pazienti e i loro familiari di rivolgersi al Servizio territoriale.

## **REGIONE CAMPANIA**

Le UUOO Ser.T delle AASSLL della Regione Campania hanno raggiunto nel corso del 2013 un livello uniforme di offerte di prestazioni specifiche relative alla presa in carico degli utenti alcolisti con particolare riferimento all'accoglienza rapida, diagnosi e trattamento di tipo farmacologico e/o integrato con interventi di tipo psicosociale.

Tale risultato, individuato come obiettivo prioritario dal vigente Piano Sanitario Regionale 2011-2013 è stato raggiunto anche grazie ad un lavoro costante di promozione del dialogo e dello scambio di esperienze tra i Servizi.

Grande importanza è stata inoltre data alle iniziative di “*Consensus conference*”, durante il mese delle prevenzione alcolologica, attraverso le quali realizzare quella condivisione di buone prassi, indirizzi operativi e procedure dei trattamenti sanitari, con particolare implementazione di protocolli operativi per i trattamenti farmacologici integrati.

Complessivamente quindi, si riscontra tra le AASSLL della Campania un generale sforzo di tipo organizzativo, professionale e culturale teso ad aprire e innovare l'intero sistema dei servizi verso gli alcolisti e i consumatori problematici di alcol al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza nella intercettazione e poi nella presa in carico dei soggetti con PAC.

Tuttavia, permane una criticità di tipo strutturale nella adozione di modelli organizzativi che vedono la istituzione di UO dedicate alla Alcologia salvo rari casi (ASL Ce, ASL NA3 sud e ASL NA2nord).

### **ASL CASERTA**

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'A.S.L. Caserta nell'anno 2013, a seguito di una implementazione degli interventi di sensibilizzazione territoriale con i Servizi Sanitari ed i MMG, ha osservato un aumento esponenziale di iscrizioni di pazienti con problematiche

alcol-correlate. Tutto ciò, sebbene abbia anche rappresentato una vera e propria emergenza per le UU.OO. Ser.T., visto il ridotto numero di operatori dedicati e le scarse risorse investite nel territorio, è stato comunque accompagnato da uno sforzo del Dipartimento a promuovere e sostenere le iniziative di formazione e sensibilizzazione alla problematica correlata all'uso di alcol.

#### ASL NAPOLI 1 CENTRO

Nella ASL NA1 centro gli interventi nei confronti degli alcolisti e dei consumatori problematici di sostanze alcoliche, di prevenzione selettiva e di riduzione dei danni e dei rischi sono realizzati a vari livelli al fine di garantire una bassa soglia di accesso e la presa in carico pronta, attraverso una specifica attivazione di tutti i Servizi del sistema prevedendo spazi, orari, strategie di risposte ad hoc per l'utenza. Anche nel circuito delle Strutture Intermedie si prevedono programmi specifici residenziali per la disassuefazione dall'alcol con diverse finalità (approfondimento, trattamento, socializzazione, reinserimento, etc.). Complessivamente quindi il sistema è aperto alle diverse espressioni del consumo problematico legato ai molteplici stili e modelli di consumo (giovani, di strada, adulti, detenuti) di sostanze alcoliche attraverso una diversa modalità di azione (dal livello ambulatoriale, a quello intermedio a quello di strada fino a quello nei contesti del divertimento). E' inoltre ben rappresentato l'impegno nella organizzazione di eventi di sensibilizzazione ed informazione nonché nella integrazione con le diverse realtà del Terzo Settore e del Volontariato (GAMA).

#### ASL NAPOLI 2 NORD

La ASL Napoli 2 nord, per il tramite del Dipartimento Dipendenze, ha istituito una U.O. di Alcologia dedicata alla presa in carico di utenti con problemi di consumo-abuso di alcol e/o altre sostanze, offrendo loro spazi e tipologie di intervento differenziati rispetto ai Ser.T. e con l'offerta di piani terapeutici personalizzati.

A completamento della rete dei Servizi per la presa in carico va poi registrata l'attivazione di un Centro Diurno semiresidenziale "*Il Filo di Arianna*" per persone con problematiche alcol-correlate e con concomitanti problemi di uso/abuso di cocaina.

A fianco di tale specifica e peculiare articolazione organizzativa per gli interventi di carattere assistenziale, il Dipartimento per le Dipendenze implementa inoltre interventi di formazione permanente per operatori. Di particolare efficacia poi è stato il progetto di ricerca denominato "*Fuoriposto*", realizzato dalle Unità di Strada nei luoghi del divertimento giovanile e finalizzato alla rilevazione ed allo studio dei livelli di conoscenza, posseduti dai giovani relativamente agli effetti dell'uso dannoso di alcol.

#### NAPOLI 3 SUD

L'Azienda Sanitaria (ex Napoli 4), nel 2007, in linea con la Legge 125 del 30/03/2001 è stata una delle prime Aziende Campane ad istituire l'Unità di Alcologia dedicata a tali problemi e in collaborazione con i Ser.T., lavora per la presa in carico dei soggetti con problemi alcol correlati (PAC). Attualmente, oltre all'Unità di Alcologia che opera all'interno della struttura complessa di Somma Vesuviana, insistono nella ex ASL NA 4 tre Servizi per le

Tossicodipendenze, compresa l'Unità Psicosociale che svolge un ruolo importante nel campo clinico degli interventi psicoterapeutici. Buoni i livelli di collaborazione con i medici di medicina generale (M.M.G.), e la collaborazione con l'Ospedale S. Maria della Pietà di Nola, la quale è direttamente e indirettamente coinvolta nelle problematiche alcoliche, specie per il Pronto Soccorso e i ricoveri per PAC. Tale sinergia, Servizi territoriali/Ospedale, ha ridotto notevolmente l'incidenza dei ricoveri per PAC in quanto i soggetti venivano precocemente intercettati dai Servizi.

Ben rappresentati gli impegni nel campo della formazione degli operatori e della sensibilizzazione del territorio. Ricordiamo il progetto regionale nell'ambito delle iniziative relative al Mese di Aprile (2013) denominato "*BereInformati*" in cui le Unità di strada, presso le stazioni della ferrovia locale (circumvesuviana) hanno realizzato interventi di sensibilizzazione e d'informazione su tutta la popolazione pendolare, in particolar modo lavoratori e studenti.

#### **ASL AVELLINO**

Si registrano sufficienti livelli di collaborazione nella rete Ser.T della ASL di Avellino per quanto concerne la presa in carico di soggetti con problemi alcol correlati (PAC). Efficienti rapporti di collaborazione con l'Ospedale nonché buone sinergie con il Volontariato ed i gruppi AMA. In tale ASL si registra l'unico caso, per tutta la Regione Campania, in cui un medico Ser.T, esperto di alcologia, è inserito nelle Commissioni Medico Locali per le procedure di valutazione richieste in caso di sanzioni di cui agli articoli 186 e 187 del Codice della strada.

#### **ASL BENEVENTO**

L'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali nel contesto territoriale della ASL di Benevento viene garantito senza liste di attesa ed in regime libero all'interno di un circuito costituito da tre Ser.T, Ospedale di Benevento, Servizi sanitari territoriali specialistici ed il Centro Trapianti di Fegato. Esiste un avviato rapporto di collaborazione con l'associazione di Volontariato in integrazione con i GAMA per la presa in carico dei soggetti PAC.

#### **ASL SALERNO**

Nonostante l'assenza di un Dipartimento e tanto meno di un coordinamento dell'area dipendenze nella ASL Salerno, si registra comunque un grande sforzo messo in campo dai Ser.T nel contrastare l'alta incidenza delle problematiche alcol correlate che si registra nella popolazione della ASL Salerno. Azioni omogenee e buona diffusione degli accordi e delle intese locali con Servizi sanitari specialistici, Ospedali, Piani di zona, Scuole e gruppi AMA.

### **REGIONE PUGLIA**

Sul territorio regionale sono presenti diverse tipologie di Servizi sanitari sia territoriali (Ser.T e, in alcuni casi, specifici Servizi di Alcologia) che Ospedalieri pubblici e privati, oltre a realtà del Privato sociale e del Volontariato (Alcolisti Anonimi e CAT, nonché Comunità

terapeutiche che prendono in carico anche soggetti affetti da abuso/dipendenza da alcol), che garantiscono la presa in carico e il trattamento degli alcolisti e familiari.

Forme di collaborazione tra Ser.T e Strutture ospedaliere territoriali prevedono la presenza e la collaborazione degli operatori dei Ser.T nei reparti di medicina interna.

Tra le iniziative per favorire l'accesso dei soggetti alcolisti ai trattamenti sanitari, si segnalano le ormai consuete forme di collaborazione con agenzie educative territoriali (*Caritas Diocesane*, Servizi sociali, UEPE, USSM) e con i DSM territoriali per la presa in carico integrata di pazienti con doppia diagnosi.

In diversi Ser.T è prevista una forma di primo intervento definito "Trattamento breve" che comporta: inquadramento diagnostico, iniziale ricovero, presa in carico ambulatoriale con incontri serrati di tipo psicologico in terapia familiare e terapia medica-farmacologica.

Dai dati statistici annuali relativi al settore alcoldipendenza, compilati dai 54 Ser.T della Regione, emerge che, nel 2013, il numero complessivo dei soggetti alcolisti che si è rivolto ai Ser.T è stato di 2713; di questi i nuovi utenti sono pari a 680 (523 maschi e 157 femmine), con un'incidenza del 25%, in leggero aumento rispetto all'anno precedente.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale fornisce i dati statistici riguardanti il numero degli assistiti e dei ricoveri con diagnosi principale. Nel 2013 si sono registrati complessivamente 1425 ricoveri con diagnosi principale alcol correlata, 1157 per i maschi e 268 per le femmine.

## **REGIONE BASILICATA**

Ex-ASL 3 Lagonegro:

- azzeramento della lista d'attesa per l'accoglienza, la presa in carico e l'accesso alle cure degli utenti.

Ex-ASL 2 Villa d'Agri:

- conferma "tempo zero" di attesa del Ser.T. di Villa d'Agri per l'accoglienza, la presa in carico e l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali all'utenza;
- collaborazione alle attività del CRA (Centro di Riabilitazione Alcolologica) di Chiaromonte - ASP per ricoveri utenti;
- "captazione" dell'utenza (rapporto tra n° di soggetti che hanno accettato la presa in carico sul totale dei soggetti che si sono presentati al Servizio) > 96%.

Ex-ASL 1 Venosa:

- lista di attesa di max 7 giorni;
- intervento sanitario e psicoterapeutico, se necessario.

Ex-ASL 2 Potenza:

- consolidamento della rete alcolologica assistenziale e di supporto che vede coinvolti, oltre il Ser.T., il C.R.A. di Chiaromonte, i medici di medicina generale, i reparti di medicina generale, i CAT e gli A.A e i Servizi sociali comunali.
- conferma “tempo zero” per l’accoglienza, la presa in carico e l’accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali all’utenza;
- adeguamento agli standard ed alle proposte formulati dalla commissione mista ASL-Tribunale per i Diritti del Malato.
- attività presso centro distrettuale di Stigliano per la continuità terapeutica con la presenza di un medico di continuità assistenziale nel giorno di mercoledì con cadenza quindicinale e la verifica periodica delle attività mediante il medico del Ser.T.

## **REGIONE CALABRIA**

Le iniziative adottate dalla Regione Calabria si basano su strategie d’intervento definite dal Piano d’Azione Regionale 2011/2014 e dall’approvazione del Piano Operativo Regionale 2013/2015, che si muove su quattro aree d’intervento:

- prevenzione organica e pluriennale;
- cura e prevenzione per patologie alcol-correlate, seguendo le linee d’azione per interventi e progetti in grado d’incidere sulla riduzione dell’abuso di alcol;
- riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, teso a rafforzare interventi di assistenza, cura e riabilitazione offerti dai Servizi;
- formazione, valutazione e monitoraggio.

Il prosieguo dei progetti previsti nel D.G.R. n. 851 del 29 dicembre 2010 “Piano Regionale Prevenzione CCM 2010-2012” ha dato continuità ai seguenti interventi programmati:

- 1) “**Luogo di Prevenzione Alcol**” realizzato in via sperimentale presso l’U.A. dell’ASP di Catanzaro, finalizzato alla sensibilizzazione degli studenti di I II e III classe media inferiore sui comportamenti a rischio alcol-correlati.
- 2) “**Giovani a rischio per problemi alcol-correlati**”, tale iniziativa ha coinvolto l’Unità Operativa del Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera “Pugliese Ciaccio” di Catanzaro, attraverso la formazione e sensibilizzazione degli operatori, supportata da un’attività di monitoraggio, su giovani pazienti di età compresa tra i 14 e i 23 anni.

## **REGIONE SICILIA**

Nel corso dell’anno 2013 le Aziende sanitarie territoriali hanno favorito l’accesso ai Servizi eliminando le liste d’attesa e consentendo l’accesso diretto. L’apertura dei Servizi per tale tipologia di utenti è stata programmata oltre che nelle ore antimeridiane anche nella fascia oraria pomeridiana soprattutto nelle realtà dove l’esiguità degli spazi lo richiedeva.

## REGIONE SARDEGNA

L'*équipe* di operatori che si occupa di alcolologia e che opera nei Servizi per le Dipendenze della Regione Sardegna, è generalmente costituita da un medico, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale. Il Servizio garantisce, con professionalità e cortesia, l'accoglienza, la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con problemi alcol correlati, associati o meno a patologie psichiatriche (doppia diagnosi), sia in regime ambulatoriale, domiciliare o eventualmente anche presso le Case Circondariali. Tutti i Ser.D della Regione Sardegna effettuano un'accoglienza immediata e conseguente presa in carico del paziente alcolodipendente, dando continuità all'apertura degli ambulatori periferici.

In alcuni Servizi per le Dipendenze sono attivi ambulatori di Alcolologia, logisticamente dislocati rispetto ai luoghi deputati al trattamento della dipendenza da eroina, in prossimità dei Centri di Salute Mentale, con conseguente facilitazione nella presa in carico dei soggetti con Doppia Diagnosi, dedicando altresì uno spazio agli adolescenti con problemi alcol-correlati, prevedendo dove necessario un'apertura pomeridiana.

L'operatore dell'ambulatorio di Alcolologia ha un accesso anche bisettimanale in SPDC per l'elaborazione di un progetto individualizzato in prospettiva della dimissione; è attiva una consulenza nei contesti socio sanitari in cui si è presentato un problema alcol correlato (reparti ospedalieri, servizi sociali dei comuni, strutture protette).

Il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-Correlati è un'Unità Operativa Complessa del Dipartimento di Salute Mentale della ASL 8 di Cagliari.

Esso propone un programma di cura integrato di farmacoterapia e supporti psico-terapeutici e psico-sociali individuali e di gruppo, compresi quelli familiari. Tiene conto, inoltre, della complessità del fenomeno "alcol" e della multiformità dei fattori psicologici, psicopatologici, biologici, comportamentali e sociali implicati, oltre che nella genesi, anche nella prognosi del disturbo. Il Centro eroga in un unico Servizio trattamenti appropriati e ad alta intensità assistenziale per pazienti con bere problematico, alcolismo primitivo e alcolismo in Doppia Diagnosi, in modo coordinato e di lunga durata (12-18 mesi).

Secondo il programma, definito stadiale, il paziente è invitato a lavorare sulla condivisione dell'iter terapeutico, sulla *compliance* alle terapie farmacologiche con il coinvolgimento anche dei familiari. L'accesso al Centro è libero, a totale carico del SSN, non è indispensabile la richiesta da parte del Medico di Medicina Generale se non per gli utenti di altre ASL.

L'accesso preliminare e l'analisi della domanda vengono svolte tempestivamente dal personale infermieristico formato all'uopo, mediante:

- compilazione di una scheda di accettazione predefinita;
- somministrazione di strumenti diagnostici di screening (AUDIT, CAGE);
- *counselling* infermieristico;
- inserimento in un gruppo motivazionale strutturato in tre incontri;
- riduzione del tempo di attesa della prima visita psichiatrica a 3 -5 giorni dalla richiesta.

Il Centro è dotato di un *Day Hospital* territoriale per la disintossicazione rapida e per la stabilizzazione degli episodi astinenziali non complicati.

Nel Nord della Regione Sardegna, nell'ambito del Festival estivo sul cinema e letteratura – fatto di storie da vedere, leggere e ascoltare - ubicato presso i giardini pubblici, è stato presentato il video-documentario sul “*Drop-in*”, il Servizio a bassa soglia per l'accoglienza di persone che vivono per strada: tossicodipendenti, alcolisti, persone in situazioni di estrema povertà.

Il servizio “*Drop-in*”, avviato nel 2009 dal Ser.D della ASL di Sassari, grazie ai fondi della Regione Autonoma della Sardegna, è gestito dal Consorzio di cooperative *Andalas de Amistade*. L'iniziativa si colloca nell'ambito della collaborazione tra il Ser.D, il Servizio “*Drop-in*” e gli organizzatori del Festival.

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

### **REGIONE PIEMONTE**

#### REGIONE

- Progetto *"I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali"*. In continuità con il precedente Piano Regionale di Prevenzione, la sorveglianza e la prevenzione degli incidenti stradali sono state inserite nella programmazione delle attività delle ASL Piemontesi (Piano Locale Prevenzione 2013), in particolare dei Dipartimenti di Patologia delle dipendenze (Ser.T, Servizi di Alcologia) e dei Dipartimenti di Prevenzione (SISP, SpreSAL, Medicina legale ecc.), dei Servizi di Epidemiologia e Promozione della salute.

In tutte le AASSLL piemontesi continua ad essere presente un buon livello di integrazione fra gli "attori" interni (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento delle Dipendenze, PS/DEA, Servizi Emergenza sanitaria 118, MMG e PLS) e "attori" esterni (Enti quali Comuni, Province e Scuola; forze dell'ordine: Polizia locale, Polizia stradale, Carabinieri, Prefettura; Associazioni di categoria ecc.).

Nel 2013 sono stati attuati/implementati, in contesti del divertimento e/o in contesti educativi, diversi interventi di promozione di comportamenti di guida responsabile e prevenzione degli incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di alcol o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, con il coinvolgimento dei *moltiplicatori dell'azione preventiva\** individuati localmente (\*ossia quei soggetti - es. insegnanti e istruttori di autoscuole, insegnanti impegnati nei corsi per il patentino, forze dell'ordine, volontari, gestori dei locali, tecnici della Motorizzazione DTT, operatori delle ASL e della Polizia Stradale - che, pur non avendo un ruolo specifico nell'ambito della prevenzione, entrano a vario titolo in contatto con i destinatari finali - es. giovani, neopatentati - e svolgono una funzione educativa).

#### - *Coordinamento SAFE NIGHT Piemonte*

Il progetto *Safe night*, che in Piemonte comprende diversi progetti (*Vivi la notte, Buona notte, progetto SommerAgibile, progetto SAR-Neuttravel, Sicura la notte, Sicurezza in festa* ecc), è stato attivo nel 2013 nei territori delle AASSLL TO2 -TO3- TO4-VC-VCO. Complessivamente sono stati attuati n. 201 interventi (ossia uscite serali/notturne delle *équipe* con contatto con soggetti all'interno di locali/luoghi del divertimento o in occasione di eventi/sagre-feste; somministrazione questionario *go card*; previsione e considerazioni circa il proprio consumo di alcol; misurazione del tasso alcolemico; *counselling*; verifica sulle intenzioni di guida ecc). Sono stati raggiunti n. 9.362 soggetti, e n.1767 hanno accettato la compilazione del questionario. Di 1767, i guidatori sono n.794 e di questi n.227 hanno un'alcolemia superiore a 0,5 e decidono di aspettare o far guidare un amico. La percentuale di soggetti che dichiarano di non guidare a seguito della rilevazione di un tasso alcolemico

superiore ai limiti consentiti/soggetti intercettati dai moltiplicatori nei contesti del divertimento e con alcolemia superiore a 0,5 (strumento: *Go card*) è risultata pari al 72,75%.

## AZIENDE SANITARIE LOCALI

### ASL TO1

- *Dispensario alcologico ambulatoriale*. Si tratta di una iniziativa periodica del Servizio di Alcologia (2 edizioni all'anno) orientata all'informazione/formazione di pazienti e famigliari sui seguenti argomenti: la salute, l'alcol, i problemi sanitari alcol correlati, la famiglia, alcol e società, alcol e cinema, le associazioni di volontariato, gruppo discussione finale.

- *Progetto Scuole Elementari* in collaborazione con le Associazioni Club Alcologici Territoriali Torino Centro e Torino Sud. L'iniziativa, finanziata dal Piano Locale del Dipartimento Patologia Dipendenze Est, ha coinvolto due istituti scolastici elementari: "Silvio Pellico" e "Gaetano Salvemini". In entrambe le scuole si sono individuate classi 3° e 4° per un'attività di sensibilizzazione rivolta a bambini, genitori e insegnanti. Per quanto riguarda gli allievi il progetto si è svolto con il coinvolgimento di consulenti per la realizzazione di un fumetto, e l'elaborazione di una fiaba. Ai genitori si sono proposte serate su promozione e protezione della salute con particolare riferimento alle risorse famigliari e della comunità, mentre agli insegnanti si è offerto un panorama delle nozioni in alcologia. L'iniziativa proseguirà nel 2014.

- *Iniziativa pubblica in occasione del mese di Prevenzione Alcologica (Alcohol Prevention Day)* - Aprile - in collaborazione con ACAT TO Centro e TO Sud presso il Presidio ospedaliero Valletta.

- *Iniziativa pubblica "Last Minute Festival"* - Settembre -, in collaborazione con il Ser.T, Onda 1, le Associazioni e le Cooperative che si occupano di adolescenti a Mirafiori Sud. Concerto di gruppi musicali di base, gazebo informativi su alcol/droghe.

### ASL TO2

- Prosecuzione anche nell'anno scolastico 2012/2013 degli interventi di prevenzione specifica sull'alcol all'interno dei programmi avviati nelle scuole medie inferiori e dell'intervento "*Alcol e guida*" nelle scuole medie superiori, con il coinvolgimento degli operatori dei Servizi di Alcologia e del Dipartimento Patologia Dipendenze "*Claude Olievenstein*", attraverso l'utilizzo di strumenti didattici interattivi e multimediali.

- Interventi nelle scuole medie inferiori e superiori di promozione della salute e di prevenzione dei "comportamenti a rischio" di sviluppo di dipendenza da sostanze legali ed illegali e di dipendenza senza sostanza (gambling ecc).

- Interventi sul territorio rivolti alla popolazione e all'associazionismo di sensibilizzazione e informazione sulle problematiche alcol correlate.

### ASL TO3

- "*Alcol Stop - Licenza di guida responsabile*", progetto di durata biennale che coinvolge le classi quarte e quinte superiori (*target*: patentandi e/o neo-patentati).

In via sperimentale, a partire dal 2012, il progetto è stato esteso alle classi terze superiori. L'obiettivo è di far acquisire e trasmettere conoscenze, atteggiamenti e comportamenti

responsabili alla guida atti a prevenire gli incidenti stradali. A tal fine il progetto prevede incontri con gli studenti e con gli insegnanti per sensibilizzare e informare rispetto all'utilizzo di dispositivi di sicurezza e ai rischi connessi a comportamenti scorretti alla guida, con particolare attenzione agli effetti del consumo di alcolici sulla guida (causa maggiore di incidenti stradali).

- Prosecuzione del Progetto *"Ti Vuoi bene? Scegli la strada della Sicurezza"*, attivato nel corso dell'anno scolastico 2009-2010, è rivolto ai ragazzi di età compresa tra 14 e 18 anni che frequentano le scuole professionali.

L'obiettivo è di favorire l'acquisizione delle conoscenze utili a incrementare le capacità critiche rispetto al consumo di bevande alcoliche e rischi connessi alla guida; favorire lo sviluppo di una corretta percezione dei limiti e del rischio evitabile; promuovere l'adozione di comportamenti e stili di consumo salutari.

La metodologia di lavoro è basata sulla partecipazione attiva degli studenti e fa riferimento ai modelli teorici dello sviluppo di competenze vitali (*life-skills*).

- Progetto *"Insieme... ad altri... per la sicurezza"*, nel corso del 2013 il Gruppo di Lavoro per la promozione della Sicurezza Stradale dell'ASL TO3 ha inoltre collaborato con ANPAS Piemonte, Polizia Municipale di Torino, il Dipartimento Emergenza Urgenza 118 del Piemonte, il centro MotorOasi di Susa e la Croce Verde di Torino, per un progetto finalizzato alla realizzazione di un manuale multimediale e relativi materiali video, dedicato alla formazione degli autisti soccorritori delle 81 Associazioni di Volontariato piemontesi, aderenti ad ANPAS, e operanti nell'ambito del Servizio di emergenza-urgenza 118 e del trasporto sanitario a mezzo ambulanza, e alla formazione di altri destinatari intermedi o finali appartenenti a Enti, Associazioni o categorie.

È stato realizzato il previsto manuale formativo e il supporto multimediale-DVD.

#### ASL TO4

– Prosecuzione di interventi di prevenzione, nel contesto scolastico, territoriale, in occasioni aggregative e di socialità giovanile. In alcune progettazioni la prevenzione è realizzata non in modo settoriale sulla sostanza alcol, ma in forma più ampia e mirata a tutte le forme di abuso e dipendenza (*Progetti "Adolesco", "Invisibile elefante", "Unplugged" "Sommersibile", "Locomotiva"*).

Sono inoltre state sviluppate alcune progettazioni specifiche, in particolare sulle problematiche di "Alcol e guida sicura"; si tratta di interventi di prevenzione degli incidenti stradali correlati all'uso di alcolici nel *setting* di comunità con *target* gli adolescenti e i giovani, che si basano metodologicamente sul *"behavioral – life – skills – focused"*: potenziamento dei comportamenti e delle abilità sociali considerati protettivi rispetto all'uso dell'alcol, e sul *"knowledge – focused"*: trasmissione di informazioni in merito alle proprietà dell'alcol, in collaborazione con altri Enti e Associazioni c/o Scuole secondarie 2° grado e scuole secondarie di 1° grado.

La progettazione si sviluppa con interventi differenziati nei territori, e nello specifico *"Stasera non bevo ho voglia di guidare", "Scegli le strade della sicurezza", "Una guida al limite", "Per strada", "Clubhouse", "Ant"*.

## ASL TO5

– Nell’ambito del progetto CCM “Guadagnare salute in adolescenza” l’ASL TO5 ha aderito sia al Programma “*Insieme per la sicurezza. Moltiplichiamo le azioni preventive. Contesti educativi*” e sia al programma “*Unplugged*”. Relativamente ad “*Unplugged*” questo è stato sostenuto e implementato nelle scuole del territorio che già da anni lo utilizzano, inserendolo tra l’altro come attività stabile nel POF scolastico. Nel contempo sono stati attivati due nuovi corsi rivolti a insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado del territorio.

In riferimento, invece, al Programma di Prevenzione degli Incidenti Stradali, sono stati considerati i progetti “*I moltiplicatori dell’azione preventiva nel territorio dell’ASL TO5*”, “*Un Messaggio per Te!*”, “*Alcol e giovani*”. Il Programma di Prevenzione degli Incidenti Stradali trova inserimento nel Piano Locale della Prevenzione 2013 ASL TO5

relativamente al progetto “*I Moltiplicatori dell’azione preventiva nel territorio dell’ASL TO5*”. Nel 2013 sono state consolidate iniziative di promozione della sicurezza stradale caratterizzate dallo sviluppo di una rete di collaborazione e conoscenza tra le scuole guida, i comuni e le scuole che offrono la possibilità di acquisire il patentino per ciclomotori.

Si è voluto rinforzare il progetto attraverso il monitoraggio delle attività dei Moltiplicatori, formati precedentemente, in riferimento ai destinatari finali (giovani tra 14 e 25). È stato ampliato il gruppo dei formatori locali individuati tra i partecipanti alla formazione specifica (corsi collegati a “*Scelgo la strada della sicurezza*”, “*Insieme per la sicurezza*”) tra le figure professionali presenti nei Servizi per le Dipendenze Patologiche non ancora formati e tra esperti individuati dal gruppo stesso esterni all’ASL TO5 (es. operatori di polizia stradale, volontari).

- “*Alcol e Guida*”, progetto ideato come intervento nelle scuole superiori, con la collaborazione del Comune Locale, la Polizia municipale e Informagiovani.

- “*Un messaggio per TE!*”, iniziativa formativa/comunicativa in collaborazione con le scuole presenti sul territorio attraverso un’attività “ponte” che ha visto coinvolte realtà di cura e di prevenzione. L’iniziativa ha previsto la possibilità di leggere sui *monitor* posizionati nei DEA e nelle relative sale di attesa, i messaggi (spot, slogan, mini-video) creati dai giovani delle scuole, in quanto “Moltiplicatori”, attinenti al tema incidentalità stradale e consumo di alcolici. A tal fine è stato predisposto un CD che raccoglie i messaggi a cura dell’Ufficio Comunicazione e Stampa dell’ASL TO5. Tra le finalità sostenute dall’iniziativa è stata considerata quella di promuovere la creatività e il protagonismo dei ragazzi. L’iniziativa ha voluto inoltre rinforzare il ruolo di “Moltiplicatori” degli operatori del DEA opportunamente sensibilizzati sul tema. L’attività nel suo complesso può essere considerata come una “spinta” verso la diffusione di una cultura libera dall’alcol e la promozione di stili di vita sani. L’iniziativa proseguirà nell’anno scolastico 2013/2014 presso ulteriori scuole secondarie del territorio.

- Aggiornamento periodico del sito web dell’ASL TO5, come strumento di divulgazione, comunicazione e documentazione circa le attività di promozione della sicurezza stradale avviate nel 2013.

- Nel mese di Aprile 2013 è stato avviato con le scuole superiori di 2° grado e in collaborazione con i comuni interessati il progetto “*No Alcol? Yes party. Addiction free*” che ha come finalità quella di stimolare la consapevolezza delle situazioni di rischio alla guida in modo particolare nella fascia di popolazione giovanile.

#### ASL AL

- “*Creativamente senza alcol*”, intervento informativo rivolto alle scuole secondarie di 1° grado attuato dai Ser.T. di tutta la provincia, in collaborazione con il coordinamento e supporto PLP, con Lions Clubs della Provincia e con Fondazione CRA Alessandria.
- “*Progetto Traballo*”, progetto comunicativo-educativo rivolto ad adolescenti e giovani adulti promosso dal Ser.T. di Alessandria in collaborazione con Associazione Comunità S. Benedetto al Porto con estensione su tutto il territorio della provincia.
- “*Dal tramonto all'alba*”: progetto educativo di *Peer education* rivolto agli adolescenti, promosso dal Ser.T. di Alessandria in collaborazione con ENAIP di Alessandria.
- “*Guida e alcol*” (una rete territoriale di sensibilizzazione). Giovani-Strade sicure, percorso formativo per insegnanti che coinvolge SISP - Dipartimento di Prevenzione, Ser.T. di Alessandria, Prefettura, scuole professionali della provincia, Eclectica, Motorizzazione.
- “*Drink no Al-cool*”, progetto informativo rivolto agli studenti delle scuole secondarie di I e II grado, promosso dal Ser.T. di Valenza, con il coinvolgimento del Comune e dei LIONS.
- *Progetto “Sicurezza e lavoro*”, Casale Monferrato, su scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di 1° grado.
- *Gruppo “rilettura emozionale fiabe”* per donne con problemi alcol correlati, maggio 2013-giugno 2014, lavoro su gruppo di 10 persone afferenti al Servizio a cadenza quindicinale.
- “*motociclisti... strana, meravigliosa gente!*” (alcol/sostanze). PLP Dipartimento. Indagine su partecipanti al 68° motoraduno internazionale “Madonnina dei centauri”, per conoscenza comportamenti alla guida e prevenzione traumi stradali. Viene associata anche l’iniziativa presso l’ENAIP su adolescenti e giovani adulti.

#### ASL BI

- Progetto “*Safer-Tour*”, curato dagli operatori del *Drop in*, finalizzato alla sensibilizzazione delle fasce giovanili ai comportamenti a rischio relativi all’uso di alcol.
- Continua la distribuzione dell’opuscolo informativo dal titolo “*Alcol: sai cosa bevi?*” che al suo interno racchiude argomenti inerenti agli effetti dell’alcol sull’organismo, sulla guida, sul luogo di lavoro e sulla famiglia. In tale opuscolo sono altresì indicati i riferimenti e gli orari di accesso dei Servizi di alcologia dell’ASL di Biella. Tale materiale viene consegnato ai pazienti durante il loro primo accesso al Servizio.

#### ASL CN1

Da alcuni anni sono attivi interventi di prevenzione, nel contesto scolastico, territoriale, in occasioni aggregative e di socialità giovanile, tra questi si segnala:

- *Pronti a ripartire!* (Settembre 2006 – in corso)

Interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di “incidenti sulla strada”, causati in particolare dagli effetti dell’alcol nei conducenti di veicoli a motore. Gli interventi vengono realizzati sotto forma di incontri di gruppo su tutto il territorio del Dipartimento per quegli utenti segnalati dalla Commissione Locale Patenti per guida in stato di ebbrezza che non mostrino ancora una compromissione nell’uso di alcol tale da richiedere una presa in carico terapeutica.

- *Progetto SP.INT.A info (spazio informativo azione interattiva)*. Attività di prevenzione rivolta agli studenti delle terze classi della scuola media superiore del territorio di Mondovì.
- All'interno del Piano Locale Prevenzione dell'ASL-CN1 sono state previste attività formative rivolte a target specifici orientate alla prevenzione sia dell'incidentalità stradale (legata all'uso di sostanze) sia dei comportamenti da uso/abuso di alcol.

#### ASL CN2

- *Progetto "Bar"* (Bevi Alcol Responsabilmente), progetto di Prevenzione in collaborazione con la Cooperativa Girotondo. Il progetto prevede interventi nei luoghi di consumo coinvolgendo gestori di locali, produttori di vino, forze dell'ordine e servizi sanitari. Il progetto si propone lavorare sulla cultura del consumo di alcol introducendo alcuni interventi di protezione della salute nei contesti di divertimento.
- *Centro di Documentazione Steadycam*.
- progetto "*Vivere con Stile*" incentrato sugli stili di vita e sulle situazioni di rischio, si tratta di interventi negli Istituti scolastici (scuole professionali e superiori).
- Collaborazione al progetto "*Sicuri sulla strada*" promosso dalla Cooperativa Eclectica e la ditta Contraco: distribuzione di 20.000 *etiltest* monouso in due città (una delle quali è la città di Alba) per valutare la conoscenza sulle norme relative ad alcol e guida e l'esperienza nell'utilizzo degli *etiltest*.

#### ASL NO

- "*Chiocciola 2000*", attivo dal 2002, progetto finanziato dalla Regione Piemonte nell'ambito del Fondo Regionale per la lotta alla droga - programmi integrati di prevenzione primaria, Legge 45/99 e relativo alla realizzazione di interventi informativi (gestiti da un medico e uno psicologo dipartimentali). Tale Progetto ha l'obiettivo di portare sul territorio aziendale risorse informativo-formative riguardanti l'uso di droghe e sostanze stupefacenti e nel contempo rendere più visibili ed accessibili i Servizi e le risorse d'aiuto presenti. Nell'ambito di *Chiocciola 2000* è stato attivato l'omonimo sito internet ([www.chiocciola2000.it](http://www.chiocciola2000.it)) sul quale si possono reperire informazioni su: tabacco, alcol, droghe d'abuso, doping e sulle problematiche correlate, recenti normative.

È possibile inoltre esprimere in modo anonimo le proprie opinioni e richiedere anche l'intervento gratuito dello *staff*, per incontri informativi e di sensibilizzazione sulle stesse tematiche, rivolti a gruppi di persone.

- "*Decido quindi sono*", progetto informativo/formativo (a cura di un medico, uno psicologo e un CPE del Dipartimento), realizzato in collaborazione con gli insegnanti della Scuola media inferiore Castelli di Novara e della Scuola media inferiore di Vespolate, di prevenzione all'uso e abuso di alcol e altre sostanze, rivolto agli studenti delle classi terze.
- "*La mia macchina è ubriaca!*", progetto informativo, a cura di un CPE e di un'assistente sociale del DPD, rivolto alle classi quinte delle scuole secondarie di secondo grado, con presentazione di diapositive relative alle informazioni medico scientifiche di interesse alcologico e informazioni sulla normativa vigente alcol e guida. Lavori di gruppo e discussioni in classe.
- "*Percorsi salute*", progetto informativo (es. discussione sostenuta dalla visione di materiale informativo) ed educativo (es. educazione ad un comportamento, stile di vita) gestito da una

psicologa del DPD e rivolto a studenti frequentanti la classe IV Ginnasio, del Liceo “Don Bosco” di Borgomanero. Il progetto si inserisce all’interno del percorso, proposto dalla scuola, inerente la tutela della salute. Agli studenti vengono fornite conoscenze in merito all’uso di fumo, alcol e sostanze psicoattive. Oltre ad una parte informativa si sono trattati, attraverso giochi di ruolo, aspetti motivazionali e individuati percorsi alternativi per gestire situazioni relazionali e conflittuali.

- *Progetto “Oblò”*, progetto promosso dalla Prefettura di Novara. All'interno dei laboratori di Oblò, gli operatori del DPD offrono attività di *counselling* per la prevenzione, nelle situazioni di disagio, del consumo di alcol e sostanze stupefacenti, nella fascia di età 18-25 anni, e attività di drammatizzazione sui fondamenti dello psicodramma analitico junghiano e di arte terapia con i gruppi classe degli istituti scolastici del territorio novarese. Il progetto ha l'obiettivo di individuare i comportamenti a rischio, di individuare gli stati d'animo e le emozioni sottesi all'adozione di tali comportamenti, promuovere il confronto e la riflessione, facilitare l'espressione delle proprie idee e il confronto tra pari e con le figure adulte, proporre e condividere scelte alternative positive e offrire l'opportunità di riconoscere, attivare e sviluppare le proprie risorse personali.

- *“Indipendente-Mente”* progetto rivolto alle classi prime del Liceo Psicopedagogico e delle Scienze Umane di Gozzano. Il progetto affronta il tema delle dipendenze da sostanze e da alcol e si inserisce nei percorsi di prevenzione della salute che il liceo sviluppa lungo tutto il quinquennio. Obiettivo è di fornire informazioni corrette, individuare le motivazioni sottese all'uso e abuso di alcol e attivare, attraverso giochi di ruolo e attività di gruppo, condotte comportamentali a tutela della salute.

- *“Guida in stato di ...ebbrezza”*. Il progetto informativo/formativo è rivolto agli studenti del quarto anno di scuola secondaria con l'obiettivo di aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei loro atteggiamenti verso il consumo di bevande alcoliche, di favorire atteggiamenti responsabili in tema di alcol/droghe e guida, di informare sugli effetti dell'alcol sull'organismo e sulle abilità di guida, sulle norme e sulle sanzioni previste dal Codice della Strada.

- *“Educazione alla salute”*. Progetto informativo/educativo rivolto agli studenti delle terze classi della scuola secondaria di primo grado finalizzato al miglioramento della qualità della vita e all'acquisizione di un sano stile di vita libero dalle dipendenze, attraverso incontri interattivi e di discussione all'interno dei gruppi classe.

- Sensibilizzazione dei volontari della Croce Rossa Italiana: intervento informativo/formativo rivolto ai giovani volontari della CRI sulle sostanze stupefacenti e sull'alcol, sugli effetti di alcol e droghe sulle capacità di guida, sulle reazioni dell'organismo a tali sostanze e sugli effetti/conseguenze a breve e a lungo termine.

- *“Ballo o... sballo?”*. Intervento informativo, rivolto a studenti delle classi seconde della scuola media (Varallo Pombia) sul concetto di dipendenza, su sostanze (alcol e fumo in particolare) e comportamenti che possono dare dipendenza. L’obiettivo è di aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei loro atteggiamenti e dei loro comportamenti, volti o meno alla protezione della salute.

- *“Consapevoli di... le dipendenze”*. Intervento informativo, rivolto agli studenti di una classe CSF ENAIP, con l’obiettivo di far conoscere il concetto di dipendenza e di dipendenza patologica, compresa la dipendenza “senza sostanze”, e aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei loro comportamenti e di loro eventuali dipendenze.

## ASL VC

– Attività di prevenzione degli incidenti stradali: tali attività trovano inserimento nel Piano Locale della Prevenzione -ASLVC 2013- e consistono in iniziative di promozione alla sicurezza stradale caratterizzate dallo sviluppo di sinergie tra gli Enti istituzionali preposti, il Volontariato e i cittadini competenti, con il coinvolgimento dei diversi *stakeholders* interessati al tema della “guida responsabile e sicurezza stradale” e dei “moltiplicatori dell’azione preventiva” che operano in contesti aggregativi e del divertimento (progetto *Safe Night*).

- *CIC “Centri di Informazione e Consulenza”*- I Centri di Informazione e Consulenza (CIC) sono stati costituiti con DPR del 9/10/1990 n° 309 all’interno delle scuole secondarie superiori e regolamentati con successive circolari del Ministero della Pubblica Istruzione. Queste strutture rappresentano spazi reali di incontro e di integrazione tra le diverse agenzie educative e formative da una parte (scuola, servizi, famiglie) e le richieste di sostegno e di confronto con adulti competenti degli adolescenti dall’altra. Concretamente, nella nostra ASL, si tratta di interventi (spazi di ascolto e counselling di classe) istituiti all’interno degli istituti scolastici con la presenza di un operatore del servizio delle dipendenze per un certo numero di ore al mese. La finalità generale è di *promuovere il benessere* dei ragazzi e la qualità globale della vita sia scolastica, in quanto studenti, che privata, in quanto adolescenti. Le ricerche degli ultimi anni hanno messo in luce come l'effetto benefico di capacità di autoregolazione e percezione di autoefficacia, capacità di affrontare e risolvere i problemi (*problem solving*), le abilità socio-relazionali ed empatiche (le cosiddette *life skills*), la resilienza, e l'effetto protettivo del sostegno sociale, sono abilità e situazioni che fornirebbero una sorta di "substrato protettivo ad ampio raggio" rispetto al coinvolgimento in più tipologie di condotte rischiose da parte degli adolescenti. In questo senso, la promozione della salute mentale (intesa non come prevenzione dei disturbi mentali ma come promozione del benessere psicofisico in senso lato) attraverso il potenziamento di competenze e abilità, potrebbe essere una base da cui partire per poi proseguire con successivi o concomitanti interventi tematici specifici (es. dipendenze) preventivo-educativi. A tale scopo nei CIC si offrono occasioni di riflessioni in un momento evolutivo, qual è l’adolescenza, connotato da profondi cambiamenti e caratterizzato da un atteggiamento di sperimentazione di comportamenti a rischio. Tali comportamenti rispondono spesso alla necessità di assolvere ai normali compiti di sviluppo, e si pongono talvolta come anticipazione di modalità adulte in un momento di profonda transizione. Affinché tali sperimentazioni non si cristallizzino in veri e propri stili di vita si ritiene utile offrire spazi di confronto e di pensiero che facilitino la possibilità di sviluppare capacità critiche e pensiero alternativo (competenze psicosociali) nell’affrontare le situazioni che si presentano.

Dal momento che l’uso di sostanze e l’abuso di alcol rientra nell’atteggiamento di sperimentazione tipico di questa età, il DPD dell’ASL di Vercelli è da anni attivo con questo intervento nelle scuole con modalità multiprofessionali.

## ASL VCO

- Progetto Interregionale “*UP2Peer: Peer e media Education Vs rischio alcol correlato per la prevenzione degli incidenti stradali*”, rivolto a 200 studenti del 4° anno degli istituti superiori,

ai *moltiplicatori dell'azione preventiva*. Campagne di sensibilizzazione nei contesti del divertimento, ex "*Sicura la notte*".

## PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

### **Centro CUFRAD**

- "*Progetto Radio*", progetto di prevenzione dei problemi e delle patologie alcol correlate che consiste in trasmissioni radiofoniche sui problemi delle patologie alcol correlate con la partecipazione di psicologi e dibattito con gli ascoltatori per complessive 4-5 ore mensili per 12 mesi all'anno.
- *Progetto: "Alcol accoglienza ambulatoriale"*, accoglienza e orientamento ambulatoriale di soggetti con problematiche correlate al consumo di alcol.
- *Progetto via internet*: news su alcolismo e problemi alcol-correlati, news quotidiane su alcologia e problemi e patologie alcol-correlate redatte da psicologi.

### **Associazione ALISEO Onlus**

- *Progetto "– Sballo + Scuola"* rivolto a insegnanti e studenti delle Scuole secondarie inferiori del Comune di Rivalta e Frossasco di Torino. Hanno partecipato al progetto 275 ragazzi tra gli 11 e i 13 anni. L'obiettivo è stato quello di fornire informazioni corrette rispetto all'uso di alcol ma anche di potenziare e fortificare competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni della vita (*life skills*).
- *Intervento di prevenzione* realizzato nella Scuola superiore Spinelli di Torino. L'intervento ha coinvolto circa 50 ragazzi tra i 15 e 17 anni, l'obiettivo è stato quello di aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol, fornire informazioni corrette per ritardare l'inizio di assunzione dell'alcol.
- *Intervento di prevenzione* realizzato presso la Proloco di Foglizzo rivolto ad adolescenti e genitori con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol, fornire informazioni corrette per ritardare l'inizio di assunzione dell'alcol. Hanno partecipato circa 20 ragazzi e 10 genitori.
- *Attività di formazione* sul tema "*Adolescenti e Alcol*" rivolto ad operatori della Novacoop.
- *Attività di sensibilizzazione* dal titolo "*Illegalità, abusi e corruzione. Sconfiggerle è possibile se diventiamo cittadini responsabili.*" con la presenza di Don Luigi Ciotti. A tale incontro hanno partecipato circa 100 persone.

## REGIONE LOMBARDIA

Il Piano di Azione Regionale, ha recepito le indicazioni dell'Unione Europea sulle strategie d'intervento per le dipendenze, ponendo l'informazione quale obiettivo primario, in quanto considerata la principale azione significativa da intraprendere.

Il tema delle dipendenze è caratterizzato dalla presenza massiccia di stereotipi e tabù che confondono e non rispecchiano le caratteristiche del fenomeno. Pertanto, l'attenzione all'informazione "corretta" è uno degli obiettivi delle attività dei professionisti di settore e della loro azione divulgativa.

La rete degli Osservatori Territoriali coordinato dal Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori Territoriali (un referente per ogni Dipartimento Dipendenze) permette il monitoraggio dei cambiamenti e consente di comprendere le possibili evoluzioni del fenomeno al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento.

In considerazione dei buoni risultati ottenuti nelle scuole secondarie della Lombardia, le attività dei progetti “*Unplugged*” e “*Life Skills Training Program*” sono proseguite e sono state ampliate con l’adesione di nuovi plessi scolastici. La decisione di proseguire i due progetti scolastici menzionati s’inserisce nel programma generale di prevenzione selettiva, il cui obiettivo è quello di educare e di prevenire nei giovani studenti, i comportamenti a rischio di abuso di sostanze illecite, e lecite, come l’alcol.

Come per gli anni precedenti, nel territorio lombardo sono state effettuate diverse iniziative locali. La rilevazione effettuata in collaborazione con i 15 Dipartimenti Dipendenze, ha evidenziato la realizzazione di circa n. 62 interventi nelle aree dell’informazione, prevenzione ed educazione.

In coerenza con il P.A.R., la maggior parte delle iniziative sono indirizzate a aumentare l’influenza dell’informazione in ogni ambito sociale, con particolare sensibilizzazione delle aree d’interesse giovanili. Questo avviene attraverso la rete internet oppure mediante la distribuzione di *brochure* informative sul territorio e nei luoghi di aggregazione giovanile.

Altri esempi di iniziative a carattere preventivo ed educativo, riguardano la collaborazione dei Dipartimenti Dipendenze con le diverse Commissioni Medico Locali Patenti, e dei Ser.T, con le case Circondariali e gli Istituti di Pena per Minori.

Molte sono le iniziative che riguardano le azioni per la riduzione dei rischi connessi all’abuso di alcol/droghe nei luoghi di divertimento in tutta la Lombardia, effettuate dalle Unità di strada con il coinvolgimento dei frequentatori per l’utilizzo dell’alcol-test e con la somministrazione di questionari anonimi.

## **P.A. BOLZANO**

Nella Provincia di Bolzano si sta lavorando per consolidare una nuova cultura del bere. La cultura della prevenzione è cresciuta, in generale sono aumentati gli interventi di prevenzione sia universale che selettiva presso Istituzioni Scolastiche, Centri Giovanili e altre forme di Associazionismo giovanile, spesso attraverso incontri specifici con l’obiettivo di fornire informazioni, con modalità formativa interattiva, sul tema non solo delle sostanze illegali ma anche delle sostanze legali, tra cui quelle legate al consumo di alcol. Il lavoro attivato e svolto ha favorito l’accesso di utenza giovanile che abbina spesso l’uso di sostanze illegali con un consumo se non un abuso di alcol.

Su iniziativa del “Centro per l’inclusione e la promozione della salute” dell’Intendenza scolastica tedesca c’è stata la partecipazione alla creazione di un *KIT* rivolto a studenti delle scuole superiori di madrelingua tedesca ai fini della prevenzione. C’è stata un’offerta sia agli studenti che agli insegnanti di un evento formativo per conoscere meglio il lavoro clinico con le persone con problemi di alcoldipendenza e di gioco d’azzardo patologico.

E’ stata rafforzata la collaborazione con la Commissione medica Multizonale della Provincia

di Bolzano per l'accertamento dell'idoneità alla guida, che comporta una concreta rilevazione di persone ad alto rischio o già in zona grigia tra consumo di alcol ad alto rischio e consumo patologico (uso dannoso/dipendenza).

Gruppi *target* principali delle diverse iniziative sono stati: famiglia/genitori e adulti in genere, giovani, moltiplicatori nelle scuole, nel lavoro giovanile e negli ambiti del sociale e della salute, Comuni, responsabili politici e media.

Fra i metodi prioritari adottati si trovano la formazione, i progetti, il lavoro di rete, l'elaborazione di concetti, la valutazione, la ricerca ed il lavoro con i media.

Da segnalare l'elaborazione e la diffusione dell' Opuscolo "*alcol e gravidanza*" mirato alle donne incinte ed ai loro compagni affinché conoscano i rischi del loro consumo di alcol per il nascituro; il progetto "*Generazione Genitori*" per lo sviluppo di nuove offerte formative per genitori sui tipici temi giovanili; il progetto "*All-cool – Parcours per giovani*" centrato su un percorso interattivo sull'alcol, si tratta di un'offerta nell'ambito della prevenzione universale e, nello specifico, della prevenzione all'alcol per studenti/sse, a tal fine sono stati organizzati *parcours* con 91 classi e più di 1.700 studenti partecipanti di età compresa fra i 13 e i 18 anni all'interno di 9 centri giovani distribuiti su tutto il territorio provinciale e condotti da operatori/ci giovanili formati. È stata creata la pagina facebook [\*sauftirol-alcoladige\*](#) che offre ai giovani una piattaforma dove dare voce alla tematica dell'alcol. Si è voluto dare uno spazio ai ragazzi in cui esprimere le loro opinioni, perché altrimenti solitamente sono solo gli adulti che parlano e discutono sul tema; è sorprendente che, dopo un anno, vi siano più di 13.500 "*mi piace*" (numero molto alto rispetto alla popolazione del territorio) e commenti interessanti. Inoltre c'è stato il potenziamento del [sito internet \*www.hands-bz.it\*](http://www.hands-bz.it) che ha prodotto un aumento di contatti e-mail con richieste di ulteriori informazioni e chiarimenti. Il sito è stato visitato da circa 500 persone/mese.

## **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. La guida didattica illustrata in uso, e distribuita agli insegnanti, è stata di recente rivista ed innovata.

- Progetto "*Girandola*".

E' 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. Il progetto è portato avanti in misura minore rispetto

agli anni precedenti in quanto a breve sarà coperto l'intero ventaglio di scuole dell'infanzia territoriali anche dal punto di vista della formazione del personale.

- *Progetto Scuole superiori.*

Prevede interventi nelle scuole superiori da parte degli operatori dei Servizi di alcologia. Tali interventi si concretizzano dopo che gli insegnanti delle classi interessate hanno provveduto a:

- ✓ un incontro di tre ore antecedente l'intervento con l'operatore del Servizio di alcologia al fine di condividere una linea d'intervento comune;
- ✓ somministrare l'apposito questionario preventivo;
- ✓ dedicare due ore preventive per un lavoro in gruppi inerente al consumo di alcol e fumo;
- ✓ dedicare almeno mezz'ora per un lavoro singolo sull'alcol e fumo;
- ✓ svolgere in ogni classe una lezione sull'educazione emotiva;
- ✓ impegnarsi a mantenere vivo l'interesse sull'argomento per tutto l'anno scolastico.

- *Progetto "Unplugged".*

Questo progetto è stato attivato nel 2011 dopo che la Provincia ha aderito alla proposta giunta dalla Regione Piemonte nell'ambito del Progetto "*Guadagnare salute in Adolescenza*". Si tratta di un Progetto Europeo che ha come scopo la prevenzione dall'uso di sostanze sia legali che illegali da parte degli adolescenti, specialmente nella fascia scolastica dell'ultima classe delle scuole secondarie di primo grado e nelle prime di secondo grado. L'intervento di formazione, basato sulle *life skills*, è realizzato con gli insegnanti che a loro volta lo attueranno in classe. La peculiarità di questo progetto è la sinergia che si è venuta a creare con il Ser.D. che, nella nostra realtà geografica, è del tutto autonomo dai Servizi di alcologia; inoltre presenta numerose caratteristiche innovative sia nella didattica che nei contenuti oltre ad un marcato coinvolgimento attivo dei docenti e degli studenti.

- *Progetto "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. Attualmente realizzato in due distretti si prevede di esportare l'esperienza anche nel rimanente territorio provinciale.

- *Progetto pilota di Peer Education.*

Svolto da alcuni anni su tutto il territorio provinciale attraverso l'arruolamento di ragazzi dal contesto territoriale e di comunità, per formare un gruppo di *peer leaders* in grado di promuovere sani stili di vita e di prevenire scelte a rischio rispetto al bere e ad altri aspetti della salute, individuati all'interno del percorso formativo.

Il progetto di *peer education* si è rilevato essere un progetto capace di sensibilizzare anche il mondo adulto rispetto all'azione dei *peer leader* e ai sani stili di vita, così da poter diventare adeguato sostenitore dell'azione educativa degli adolescenti nella comunità di riferimento.

- Progetto "*Scommesse Impertinenti*".

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*". Il libro è diffuso solo nei momenti informativi. Da questa pubblicazione è stato tratto un opuscolo, che è stato inviato a tutte le famiglie tramite i figli, contattati in altri momenti formativi. Assieme è stato distribuito ai ragazzi anche l'opuscolo "*Frena l'alcol... fai correre la vita*".

- Progetto "*Pub-Disco*".

Il progetto è attivo da 10 anni su tutto il territorio provinciale, sviluppa interventi a vantaggio di quella parte di popolazione che frequenta discoteche, pub e feste campestri e prevede, davanti ai locali di ritrovo notturni o nelle feste campestri di vario tipo o feste rock, la presenza di un mezzo specificatamente attrezzato dell'APSS, dotato di etilometro e con a bordo operatori giovani preventivamente preparati per instaurare relazioni di dissuasione alla guida in stato di ebbrezza. Tutti gli interventi sono effettuati in base ad antecedenti accordi con i gestori dei locali, gli organizzatori delle feste, gli amministratori pubblici e le forze dell'ordine. Purtroppo l'attuazione di questo progetto è stata sospesa in corso d'opera per problemi burocratici intervenuti a seguito del mutamento di alcune normative giuridiche recentemente introdotte. Si sta cercando una possibile soluzione per ovviare a questa *impasse*.

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

I vari Servizi di alcologia da anni si sono fatti promotori dell'istituzione, in tutto il territorio provinciale, di coordinamenti stabili con le autoscuole, le Forze dell'ordine, le Scuole, i Comuni, le Comunità di valle e le Associazioni del Privato-sociale, al fine di promuovere iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcol correlate e principalmente quelle inerenti ai rischi che l'alcol presenta per la guida. I Coordinamenti hanno elaborato vari documenti di proposte pratiche per la prevenzione del consumo di alcol soprattutto per i giovani e l'ordinamento delle feste pubbliche che è stato in seguito presentato come proposta operativa alla Giunta Provinciale.

## **REGIONE VENETO**

Nell'anno 2013 permane per i Centri alcologici Veneti la difficoltà di realizzare programmi di prevenzione continuativi per il costante incremento dell'attività clinica ed il perdurare dell'assenza di finanziamenti pubblici specifici dedicati alla prevenzione delle dipendenze da alcol o da altre sostanze psicotrope. L'assenza di fondi specifici ha comportato una brusca frenata delle iniziative che si erano radicate nel territorio Veneto fino al 2010, anno di cessazione del Fondo lotta alla droga regionale. Queste attività alimentavano la produttiva

rete interistituzionale e cooperativistica attiva nei diversi ambiti sociali di intervento nel territorio Veneto. Nel 2013 i Servizi alcolologici hanno potuto garantire ancora alcune progettualità solamente attraverso finanziamenti diretti delle Aziende Unità Locale Socio Sanitarie, dopo una attenta valutazione del rapporto costo/benefici.

Le iniziative di prevenzione più diffuse sono finalizzate alla diffusione di informazioni aggiornate ed *evidence based*, relativamente alla prevenzione dell'abuso alcolico tra le fasce giovanili, ai danni legati all'assunzione di alcol, e all'esercizio di competenze sociali *life skills* (così denominate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità) in ambito prettamente scolastico, intese come fattori di protezione dei giovanissimi in età preadolescenziale e adolescenziale.

L'ambito privilegiato dalle iniziative delle progettualità preventive ancora attive in Veneto rimane quello scolastico, attraverso corsi di formazione e informazione per docenti (CIC), studenti (*peer education*), personale non docente e genitori, con la collaborazione dipartimentale tra Servizio pubblico e Terzo settore, Enti locali, Scuole secondarie di 1° e 2° grado, istituti universitari. In tale contesto di vita sociale si interviene formando ed informando gli adulti significativi del *target* preadolescenti/adolescenti, al fine di sviluppare in loro competenze nell'insegnamento e nella relazione d'aiuto utili allo sviluppo di abilità sociali, strumento indispensabile per la prevenzione dei comportamenti a rischio e all'uso e abuso di sostanze psicotrope, alcol *in primis*.

La diffusa assenza di investimenti in programmi preventivi, a medio o lungo termine, ha indotto i Servizi alcolologici e i Dipartimenti per le dipendenze ad organizzare interventi di breve durata, aventi la caratteristica operativa della diffusione di informazioni puntuali e qualificate sulle problematiche alcol-correlate e uso di sostanze psicotrope, con particolare attenzione agli adulti significativi per il *target* primario "giovani" e ad alcune categorie di persone particolarmente a rischio (donne in gravidanza, giovanissimi e persone che frequentano luoghi di aggregazione ove si vende alcol).

Le iniziative di prevenzione si svolgono in collaborazione con: circoli parrocchiali, autoscuole, gruppi auto-mutuo-aiuto, A.C.A.T., Al-Anon., A.A., Associazioni di volontariato, Agesci, AIDO, FIDAS, CRI, Associazioni sportive e Aziende private, Forze dell'ordine. Momento privilegiato per tali attività è il mese di aprile, dedicato alla prevenzione della dipendenza da alcol con iniziative denominate «*Aprile mese di prevenzione alcolologica*».

Grazie a finanziamenti ministeriali, alcune Aziende Unità Locale Socio Sanitarie della Regione Veneto hanno potuto dar seguito, anche nel 2013, al programma preventivo nazionale di comunità denominato «Guadagnare Salute». Grazie a queste risorse economiche si è potuto dedicare personale debitamente formato in azioni finalizzate a sviluppare, nelle comunità di uno specifico territorio, la consapevolezza dei fattori di rischio connessi all'alcol, al fumo e all'alimentazione scorretta e ad individuare soluzioni autogestite. Le Aziende Unità Locale Socio Sanitarie interessate hanno impegnato risorse e progettazioni in particolare sulla tematica specifica dell'uso consapevole e responsabile dell'alcol, affinché una comunità si

riappropri della capacità di tutelare la propria salute e quella dei propri giovani. Il programma territoriale si focalizza particolarmente sull'uso di alcol e agli eccessi tra i giovanissimi, sulla sicurezza negli ambienti di lavoro e sulle strade, e sul divertimento notturno e nei luoghi di aggregazione giovanile e popolare.

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 alcolica 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 di formazione presso gli istituti scolastici di Udine (scuole secondarie di I e di II grado), il corso per i giovani alunni della scuola alberghiera di Trieste che prevede una gara regionale con produzione libera di *cocktails* analcolici ed infine il progetto, secondo la metodologia della *peer education*, rivolto a cinque scuole secondarie finalizzato alla prevenzione dei rischi delle malattie sessualmente trasmissibili e dei rischi inerenti l'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali.

Molte sono state anche le iniziative intraprese nei luoghi di ritrovo e di divertimento giovanile e nelle numerose manifestazioni organizzate sul territorio regionale:

- progetto “*Overnight*” (ASS2 e Gorizia) che prevede il coinvolgimento nelle attività di prevenzione dei gestori dei locali frequentati dai giovani nei fine settimana;
- progetto “*Lucidamente*” che prevede il coinvolgimento delle società sportive (Città Sane CONI prov. Udine);
- partecipazione con materiale informativo alle manifestazioni “*Bavisela*” e “*Barcolana*”;
- iniziative molteplici poste in essere in occasione del “*Mese di prevenzione alcolica*”: banchetto informativo presso l'Università di Trieste e spettacolo sulla sicurezza stradale “*Katedromos*” organizzato dalla Polizia Locale; X° torneo di calcio memorial “*Serena Palma*”, organizzato con l'associazione Hyperion con distribuzione di materiale informativo e *gadgets*; concerto musicale presso lo Spazio Villas con distribuzione di materiale informativo e *gadgets*; torneo di calcio organizzato con la collaborazione della Polisportiva Fuoricentro a Trieste con partecipazione di una squadra di utenti.

## 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.

Nel 2013 è proseguito 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).

In Liguria sono inoltre 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.

Nel mese di settembre, nell'ambito del progetto "Giovani protagonisti e consapevoli" rivolto ai giovani residenti in Liguria dai 16 ai 29 anni e coordinato dall'Assessorato alle Politiche Giovanili della Regione Liguria con il coinvolgimento dell'Assessorato alla Salute, è stata allestita la mostra "Informato & Connesso", aperta nello Spazio Incontri della Regione Liguria. I temi della mostra sono stati: Alcol e guida sicura, il cibo e i disturbi dei

comportamenti alimentari, i consumi consapevoli e la sessualità sicura e la prevenzione delle malattie trasmissibili. L'iniziativa ha come obiettivo quello di sensibilizzare i ragazzi con esperienze dedicate alla cultura della legalità e a stili di vita consapevoli, grazie anche alla collaborazione con gli Enti locali, le Asl, le Scuole, l'Università, le consulte giovanili, gli Informagiovani, i centri giovani, le Associazioni di categoria. La predetta mostra racconta il lavoro fatto dai ragazzi nei mesi precedenti -*workshop* tematici, seminari di approfondimento, manifestazioni territoriali-, e presenta i risultati del concorso che si è svolto nel maggio scorso, suddiviso nelle quattro aree tematiche della manifestazione in tre sezioni: grafica, audio e video. Più di cento le opere in concorso tra *spot* video, manifesti e *spot* audio.

## 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. Per l'anno 2013 è stata predisposta una proroga di un anno del Piano, in attesa del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2020.

I progetti attivi in Regione nel 2013 si possono sintetizzare come segue.

- **Interventi nelle Scuole:** si caratterizzano per la capacità di lavorare sul contesto in modo non episodico, coinvolgendo gli adulti di riferimento e i giovani in modo attivo. È stato nuovamente proposto alle Scuole un concorso regionale per acquisire il titolo di "Scuola che promuove salute" e i percorsi realizzati hanno riguardato in generale il tema degli stili di vita e non solo i consumi alcolici.

La metodologia dell'educazione fra pari è stata sostenuta presso le Scuole che hanno risposto individuando un consistente numero di giovani che hanno ricevuto una formazione specifica e si sono attivamente misurati con attività di promozione della salute verso i compagni più piccoli.

E' stata riproposta ed ampliata l'esperienza di promozione della salute verso gli Istituti Alberghieri che hanno lavorato su alcol, alimentazione e prevenzione oncologica.

- **Luoghi del divertimento:** nei territori delle 11 AUSL della Regione sono attivi Servizi di prossimità gestiti in collaborazione con gli Enti Locali e il Terzo Settore. Si tratta di interventi educativi di strada con l'offerta di materiali informativi sulle diverse sostanze, misurazioni del tasso alcolemico, offerta di spazi e momenti di decompressione anche all'interno di grandi eventi, quali i concerti.

La metodologia dell'educazione fra pari è stata diffusa anche nei contesti extrascolastici, di prossimità, nell'ottica di favorire il benessere degli adolescenti.

- **Guida sicura:** sono state mantenute a livello regionale le attività di valutazione dell'idoneità alla guida per i cittadini che hanno violato l'art. 186 del Codice della strada anche attraverso l'attività infoeducativa di gruppo garantita in tutte le AUSL della Regione attraverso docenti abilitati e l'utilizzo di materiali condivisi a livello regionale. Nel 2013 sono state avviate

attività sperimentali intensive rivolte a cittadini che hanno nuovamente violato l'art. 186 del codice della strada, i cosiddetti "recidivi".

• **Progetti di comunità:** la Regione ha scommesso su questa modalità di promuovere salute nei territori attraverso una collaborazione con i Servizi di Sanità Pubblica e la creazione di alleanze territoriali tra le Scuole, i Servizi sanitari, i Comuni, le Associazioni culturali, sociali, sportive ecc. Sono stati selezionati 6 progetti di comunità che hanno coinvolto almeno due AUSL per ogni area vasta regionale e hanno lavorato su almeno due fattori di rischio tra alcol, fumo, sovrappeso e sedentarietà.

Il coordinamento didattico delle iniziative collegate ai progetti di comunità è stato affidato al Centro di riferimento regionale "Luoghi di Prevenzione" di Reggio Emilia.

## 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 2013 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:

- Progetto di prevenzione dei rischi connessi all'uso dei rischi dell'alcol e droga nell'ambito del divertimento notturno giovanile (Progetto "Happy Night", Arezzo).
- Progetto "Contaci" rivolto alle 6 classi prime dell'Istituto ITIS di San Giovanni Valdarno volto alla prevenzione del consumo di alcol e altre sostanze d'abuso; il progetto, che continuerà nel 2014, ha coinvolto nel 2013 le classi per un numero di 6 incontri.
- Progetto "Caschiamoci" interventi di prevenzione scuola media e primo anno scuola media superiore con riferimento ai rischi alcol e guida, in prospettiva conseguimento patentino per ciclomotore. Incontri con gruppi di studenti per la sensibilizzazione sui rischi correlati all'assunzione di alcol (SerT Valdichiana Aretina, Valtiberina).
- Progetto Interzonale "Alcol.info" al quale hanno aderito tutti e cinque i Ser.T della provincia di Arezzo, il progetto è finanziato dalla Regione Toscana e finalizzato alla realizzazione di materiale informativo e di sensibilizzazione sui temi e problemi alcol-correlati, rivolto a differenziati target di popolazione (ai giovani, sui temi alcol e guida e consumi alcolici; alle donne, su alcol e gravidanza; alla popolazione generale, sul consumo di alcol). Sono stati coinvolti dal progetto, in ogni zona, alcuni alunni delle classi quarte delle scuole medie secondarie. E' stato infatti indetto un concorso, rivolto agli studenti delle scuole medie secondarie, finalizzato alla realizzazione grafica, in forma di *depliant* divulgativo, dei contenuti inerenti sia ad alcol e guida che ad alcol e giovani. I

lavori vincitori del concorso per ognuno dei temi proposti, sono stati poi utilizzati per la realizzazione del materiale informativo programmato.

- Interventi realizzati su Firenze presso le scuole: attività di prevenzione delle dipendenze legali e illegali e C.I.C. (centro informazione e consulenza: esclusivamente nelle scuole medie superiori). Soggetti raggiunti da interventi di informazione e sensibilizzazione: 430 studenti 36 insegnanti e 20 genitori.
- Collaborazione al Sito “*Sostanze.info*” Società della salute - Comune di Firenze, attraverso schede e materiale informativo e consulenze *online*.
- All'interno delle attività “*Info-Salute*”, incontri informativi su temi riguardanti l'alcolologia rivolti a detenuti all'interno della nuova Sezione a trattamento avanzato dell'Istituto Penitenziario di Sollicciano.
- Interventi di educazione alla salute e sensibilizzazione presso le sedi delle Strutture: N.C.P. Sollicciano, Istituto M.Gozzini, Istituto Penale Minorile e formazione con gli operatori del Centro di Prima Accoglienza.
- Elaborazione e attivazione di un progetto (ricerca-intervento) di comunità nel quartiere 5 di Firenze su “*alcol e giovani*” (nell’anno 2013 si è realizzato un primo intervento in alcune sedi di aggregazione sportiva: scuola scherma; scuola calcio, scuola rugby e scuola judo).
- E' proseguita nel 2013 a Grosseto la collaborazione con l'U.O. Educazione alla Salute finalizzata alla prevenzione ed alla promozione della salute nell'ambito delle dipendenze da alcol e non. In particolare il Ser.T di Grosseto ha collaborato attivamente al progetto “*VIETATO ECCEDERE!*”, promosso dall'U.O. Educazione alla Salute, con gli studenti del polo liceale che non si avvalgono dell'insegnamento della religione cattolica. Partner del progetto, oltre alla scuola e la ASL 9, è stata l'Associazione “*Libera*” di Don Ciotti. L'idea, condivisa da studenti e docenti, nasce, attraverso la *peer education*, per riflettere, leggendo e confrontandosi con gli altri, al fine di raggiungere un'azione di sensibilizzazione, informazione ed educazione per specifici gruppi, nell'ottica di “*Scuole libere da uso di sostanze*”. Dopo l'iscrizione al *web forum* “*DITESTAMIA*”, gli studenti hanno voluto fortemente realizzare, per l'area tematica “*Rischio e Divertimento*”, il progetto “*VIETATO ECCEDERE!*”, caratterizzato da un lavoro continuo di raccolta di materiale scritto, discusso tra loro e i docenti, e di sintesi, nelle ore scolastiche di alternativa all'insegnamento di religione.
- Incontri informativi con gli studenti delle classi seconda e terza delle Scuole Medie Inferiori dei comuni di Bagni di Lucca, Castelnuovo Garfagnana e Castiglione di Garfagnana: complessivamente incontrati gli studenti di 13 classi nell’ambito del progetto “*Non farti imbottigliare*”.
- Partecipazione all’attività di Prevenzione del consumo di alcol nell’ambito della Manifestazione di “*Lucca Comics and Games*” dal 29 ottobre al 3 novembre 2013 con l’organizzazione e gestione di uno *stand* specifico per la pubblicizzazione dei rischi del consumo di alcol alla popolazione afferente alla manifestazione. Sempre in occasione di “*Lucca Comics and Games*” è stato proposto e somministrato ai genitori un questionario il cui obiettivo è stato quello di far riflettere sulla relazione con i propri figli. I risultati del questionario saranno oggetto di un prossimo incontro che sarà occasione di stimolo per

una riflessione sul ruolo della famiglia come fattore protettivo nei confronti dello sviluppo di comportamenti a rischio.

- A Pisa, partecipazione al progetto di Prevenzione territoriale all'interno delle scuole medie inferiori e superiori "*Imparare a stare in salute*" in collaborazione con l'Unità Funzionale Consultoriale U.O. Educazione alla Salute e Bioetica, fornendo consulenza specialistica agli insegnanti e incontrando i genitori.
- Nel corso del Carnevale 2013 sono state realizzate dall' U.F.S. Ser.T ASL12 di Viareggio, in rete con altre agenzie pubbliche e del III settore (Croce Verde, COOP, AEFVS, ACAT Versilia, Misericordia Lido etc.), azioni della campagna di prevenzione "*Non la bevo. A Carnevale mi diverto con la fantasia*" con incontri pubblici a cura del Comitato "*Non la Bevo*" tenutisi a Viareggio con amministratori locali, Fondazione Carnevale e AssoRioni nel gennaio 2013 sul tema del divertimento con creatività alternativo allo "*sballo*" dedicato in particolare ai giovani in occasione delle feste rionali (che in realtà per motivi economici non sono poi stati organizzati dall'AssoRioni nel corso del Carnevale 2013).
- Nel corso di tutto l'anno 2013 ed in particolare nel mese di prevenzione alcolica (aprile 2013) sono stati effettuati da operatori Ser.T in collaborazione con altre agenzie del Comitato NON LA BEVO interventi di prevenzione su alcol, fumo e droghe sia in luoghi di aggregazione giovanile extra-scolastici che soprattutto in ambito scolastico nelle scuole medie inferiori (Camaione, Viareggio, Massarosa...) e superiori della Versilia (Lido di Camaione, Viareggio, Pietrasanta...), in genere come attività formativa di supporto agli insegnanti ed alcune volte con interventi di informazione ed educazione indirizzati direttamente agli studenti, che hanno previsto anche la diffusione di materiale informativo della campagna di sensibilizzazione "*alcol e giovani*" (come opuscoli guida "*Alcol cioè?*", libretti e manifesti ISS "*se guidi, non bere*" e regoli alcolimetrici).
- Partecipazione alle sedute della Commissione Medica Locale Patenti di Guida di Firenze e Empoli.
- Gruppi informativi settimanali per i conducenti in violazione dell'articolo 186 del Codice della Strada.
- Organizzazione di incontri di sensibilizzazione sull'alcol insieme alla Comunità Peruviana di Firenze.

## REGIONE UMBRIA

In questi ultimi anni è stata definita a livello regionale l'organizzazione delle attività di educazione e promozione della salute, con l'obiettivo di superare la frammentazione degli interventi precedentemente registrata. E' stata quindi costituita presso ciascuna ASL la "*Rete della promozione della salute*", che include anche referenti dei Servizi di Alcolologia ed è coordinata da una figura professionale specificamente individuata.

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 extra-scolastici, 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 (STOP) hanno attivato vari progetti per favorire nel loro territorio di competenza una maggiore conoscenza dei danni provocati da un abuso continuo di alcol. Alcuni progetti già attivi dall'anno precedente hanno coinvolto un *target* adolescenziale che ancora frequenta la scuola media inferiore e superiore.

Anche nel 2013 è stato realizzato presso il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Macerata il progetto "*Cosa sai dell'alcol?*" che ha coinvolto le seconde e terze classi delle scuole secondarie di primo grado della città di Macerata. Si tratta di un'indagine sulle abitudini e sulla percezione dei rischi legati all'alcol, nell'ottica di una prevenzione di comportamenti problematici ad essi connessi. Per l'anno in questione sono stati coinvolti 470 alunni di 4 scuole del territorio con 18 interventi.

Inoltre, dal mese di gennaio 2013, il Centro di Alcolologia Clinica del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Ancona collabora con il Dipartimento di Prevenzione, che aderisce al progetto Regionale di controllo e vigilanza nelle Grandi Opere Edili, effettuando valutazioni alcolologiche per le categorie di lavoratori comportanti rischio di infortuni sul lavoro.

## 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.

Molte AASSLL territoriali hanno organizzato azioni di prevenzione primaria e di educazione sui problemi alcol correlati mediante l'attivazione del progetto "EUPAD Unplugged".

## REGIONE ABRUZZO

Come è noto la Scuola risulta essere ambiente d'elezione per attivare con successo politiche volte a promuovere il benessere. Infatti nel corso del 2013, come negli anni precedenti, i Servizi operanti in Abruzzo hanno svolto una intensa attività di sensibilizzazione all'interno degli istituti scolastici.

In occasione del mese della prevenzione alcologica, è stata realizzata una campagna informativa circa i rischi legati all'uso delle bevande alcoliche, che si è articolata in più eventi.

Al fine di contribuire alla diffusione della cultura della sicurezza alla guida e promuovere un comportamento di sobrietà è stata ripetuta l'iniziativa della distribuzione di pieghevoli, in continuità con il Progetto Regionale, sovvenzionato dal Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, "*Sobri alla guida*" iniziato tre anni fa. Tali pieghevoli hanno illustrato con vignette gli effetti dell'alcol alla guida e sono stati distribuiti nei principali punti di erogazione di prestazioni sanitarie.

Nel territorio della ex-ASL di Chieti sono stati coinvolti: Distretti Sanitari di Base, Consultori, Ospedale SS Annunziata, Servizi come Medicina dello Sport, Diabetologia, Servizio vaccinazioni, Pneumo-tisiologia territoriale, CSM, Ser.T, nonché URP, CUP, PUA, Commissione Medico Locale Patenti ecc. ed inoltre le reclute della Caserma Berardi, e gli studenti di vari Istituti scolastici della città e delle Sedi Universitarie. L'attività di distribuzione dei pieghevoli "*Sobri alla Guida*" accompagnata da spiegazioni effettuate dai tirocinanti del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria.

Nel 2013 il Ser.T. di L'Aquila, che aveva 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, ha continuato ad operare 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 un’adeguata conoscenza del Codice della Strada, basata su azioni di prevenzione (non di punizione) e sull’assunzione di stili di vita più responsabili, utilizzando metodologie già validamente sperimentate nel corso dell’anno precedente.

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, che su invito dell’Ufficio scolastico Provinciale, avevano aderito.

Altri interventi di prevenzione sul territorio attuati nell’anno 2013:

- Presso l’Istituto Magistrale Statale “I. Gonzaga” Chieti, è stato riproposto l’intervento articolato in due moduli rivolti rispettivamente alle 1° e 2° classi allo scopo di sensibilizzare e promuovere l’insegnamento della sicurezza stradale nella scuola attraverso l’individuazione di quelli che sono ritenuti comportamenti trasgressivi e a rischio in base alle esperienze dei ragazzi stessi. Il progetto di prevenzione alcol e giovani *“Sobri alla guida-guida con la testa”* di durata biennale, è stato attuato in diretta collaborazione con gli insegnanti.

- Nel mese di aprile 2013, rispettando la Campagna Nazionale *“Mese della prevenzione Alcolologica”* diverse iniziative sono state realizzate in altre Scuole - Francavilla al Mare, Ortona, Vasto – con la disponibilità del Direttore del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria dell’Università di Chieti-Pescara. Gli allievi del Corso hanno distribuito gli opuscoli ed informato gli utenti dell’Università e dei vari P. Ospedalieri dei rischi alcol correlati. La riuscita della campagna è da attribuire anche alla disponibilità manifestata dai Direttori Sanitari degli stessi P.O. e dai Direttori Sanitari dei Distretti territoriali di base, che hanno permesso la diffusione del materiale informativo e dato la possibilità di coinvolgere l’utenza interessata nel corso delle previste sette giornate di prevenzione alcolologica.

Il Ser.T di Vasto in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, ha effettuato attività di prevenzione territoriale e prevenzione in ambito scolastico al fine di favorire, tramite una corretta informazione, l’educazione alla salute e la prevenzione dei danni alcol-correlati. Per quanto riguarda la prevenzione in ambito scolastico - sul fumo, alcol e droghe – è stato dato corso a vari interventi nell’area del Vastese e della provincia di Chieti, alle iniziative previste dal *“Progetto Unplugged”*.

Alcuni interventi sul territorio sono stati realizzati in occasione di sagre patronali – in collaborazione Ser.t. di Vasto, Prefettura di Chieti, Polizia stradale, CRI Pionieri di Lanciano, Protezione civile locale – al fine di evitare incidenti stradali dovuti a guida in stato di ebbrezza e favorire la consapevolezza del rischio e la crescita della cultura della moderazione, evitando l’eccesso, soprattutto nei luoghi del divertimento (a Vasto manifestazione *“Notte Bianca”*, a Lanciano e Casoli per le feste patronali, a Treglio manifestazione *“Borghi Rurali”*). Le persone che si avvicinavano agli *stand* allestiti potevano ricevere informazioni, direttamente dagli Operatori, prendere gli opuscoli disponibili e verificare - tramite gli

etilometri messi a disposizione dal Ser.T. di Vasto e dalla Polizia Stradale di Lanciano – il proprio stato alcolemico.

- Anche in altri territori dell'Abruzzo sono state realizzate iniziative di prevenzione primaria dell'abuso di bevande alcoliche (e di sostanze stupefacenti), in particolare nelle fasce giovanili. Colloqui con famiglie, studenti ed insegnanti si sono svolti nell'ambito del "Progetto CIC", Centro Informazione e Consulenza, realizzato presso l'Istituto Commerciale Statale "Peano-Rosa" di Nereto dal Ser.T. del luogo. Inoltre sono state realizzate iniziative di formazione degli insegnanti, delle scuole medie e superiori, della provincia di Teramo e di quella di L'Aquila.

- Nell'ambulatorio dedicato del Ser.T di Avezzano si sono tenuti corsi di autoprotezione della salute, autostima, promozione della salute (genitori, insegnanti, *opinion leader*, alunni scuole superiori). E' stata condotta la formazione di un gruppo di docenti referenti degli Istituti di Scuola Superiore della Marsica al fine di rilevare, attraverso un questionario strutturato, le abitudini alimentari errate, l'aggressività, l'ansia, il rischio di problemi alcol-correlati, fumo-correlati, consumo di sostanze stupefacenti illegali, altre dipendenze, difficoltà di concentrazione.

Tra gli obiettivi perseguiti, con le attività formative, quello di contribuire a modificare la metodologia didattica e i contenuti dei *curriculum* con il fine: del miglioramento della comunicazione intrafamiliare e del clima scolastico; del cambiamento degli stili di vita dei docenti, degli alunni e dei genitori; della collaborazione con gli insegnanti coinvolti tramite condivisioni del processo formativo in aula e lettura congiunta dei questionari (ingresso/uscita) con valutazioni *in itinere* dei risultati ottenuti.

## **REGIONE MOLISE**

Le attività che hanno impegnato i Servizi per le Tossicodipendenze al fine di facilitare la diffusione della conoscenza in merito alle problematiche legate all'uso dell'alcol sono le seguenti:

- collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto: Club Alcolologici 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.;
- sensibilizzazione sul tema dell'alcol e della prevenzione nelle Scuole secondarie superiori con interventi mirati all'educazione alla salute;
- prevenzione ed educazione sanitaria con gli utenti del Ser.T. e, quando possibile, anche con le rispettive famiglie;
- giornate di prevenzione alcologica e promozione della salute in campo alcologico tramite l'organizzazione di una partita di calcio.

## REGIONE CAMPANIA

Nel corso del 2013 sono state realizzate, da parte di varie AASSLL, diverse iniziative in *partnership* sia con agenzie del Terzo settore che del Volontariato ed AMA.

Molte di queste attività sono state realizzate con una logica di ricerca-azione nei diversi contesti del divertimento, nei principali locali della *movida* cittadina ma anche nei luoghi del vivere quotidiano quali stazioni ferroviarie, mercati, ambienti di lavoro.

La principale di queste iniziative è stata realizzata nel mese di aprile, a Napoli, attraverso una manifestazione regionale, dal titolo “*Divertimento Assicurato*”, una *kermesse* di due giorni di formazione, promozione e sensibilizzazione, alla quale hanno partecipato tutte le Unità di Strada, i Ser.T, le Unità Operative di Alcolologia, i gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA).

Costante, da parte di tutti i Ser.T della Regione è poi la presenza nel circuito degli Istituti Scolastici per l’offerta di interventi di sensibilizzazione e informazione.

Altre importanti iniziative di prevenzione e sensibilizzazione sono state realizzate per quanto concerne la problematica alcol in alcuni particolari contesti quali: gravidanza, giovani, sicurezza sui luoghi di lavoro.

## REGIONE PUGLIA

La Regione, pur in un contesto di scarse risorse e in quanto amministrazione sottoposta a piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, anche per l’anno 2013 è riuscita a promuovere e realizzare, in collaborazione con le Scuole, soprattutto medie inferiori e superiori, interventi di prevenzione rivolti ad alunni, insegnanti e genitori. In diverse realtà territoriali della Regione questi interventi sono stati promossi anche presso Parrocchie e Associazioni.

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 un catalogo di progetti di prevenzione attivati nelle Scuole e proseguiti anche nel corso del 2013.

Tra questi citiamo:

- Il progetto “*Insieme per la sicurezza*”, riguarda la prevenzione degli incidenti stradali correlati all’uso di alcol e di sostanze psicotrope. Il progetto è coordinato dal Centro di Alcolologia del Dipartimento di Prevenzione dell’ASL di Bari.
- Il “*Progetto Unplugged EU-Dap*”, in collaborazione con l’Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte, avviato nel 2012 nelle ASL di Brindisi e Taranto a cui si è aggiunta, nel 2013, la ASL di Bari che prevede specifica attività di formazione degli operatori e dei docenti.

## REGIONE BASILICATA

Ex ASL 3 Lagonegro

- piano di comunicazione rivolto ai giovani “*Bevi la vita*”;
- serate della controtendenza;
- giornate di iniziative di prevenzione nell’ambito del mese di prevenzione alcolologica in diversi Comuni e con la collaborazione del Volontariato di settore.

Ex-ASL 2 Villa d’Angri:

- attuazione progetti di informazione, prevenzione ed educazione sui danni correlati dell’alcolismo organizzati dal Ser.T. di Villa d’Angri con gli Istituti Scolastici presenti nel territorio di competenza;
- incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all’alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza del Ser.T. di Villa d’Angri.

Ex ASL 1 Venosa:

- attività di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcol correlati nelle Scuole superiori del territorio.

Ex ASL 2 Potenza:

- **SCUOLA = CULTURA + SALUTE.** I Ser.T. aziendali con le proprie risorse umane hanno realizzato nelle Scuole medie superiori ed inferiori interventi di prevenzione con i gruppi classe e con i docenti. Per la gestione degli interventi le tecniche utilizzate sono state quelle tipiche della pedagogia di stampo attivo: il *brainstorming*, il *role playing*, la simulazione, il lavoro in piccoli gruppi e successivamente collegiale. Si è utilizzato materiale audiovisivo quali *spot* pubblicitari, *videoclip*, frammenti di film sul tema alcol e inoltre gli etilometri portatili professionali e gli occhiali Alcolvista (per simulare gli effetti dell’alcol);
- **PREVENIRE TEATRANDO.** Messa in scena della conferenza- spettacolo “*A.A. Altamente Alcolico*” a cura dell’Associazione Culturale “L’Albero”, in 10 Istituti Scolastici, insistenti sul territorio di competenza aziendale. L’azione teatrale, scelta come modalità di intervento negli incontri, ha integrato il momento informativo e quello performativo conferendo al messaggio, sui rischi connessi al consumo di alcol, immediatezza e leggerezza;
- giornate di iniziative di prevenzione nell’ambito del mese di prevenzione alcolologica in diversi Comuni e con la collaborazione del Volontariato di settore;
- incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all’alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza aziendale;

- attività di prevenzione territoriale, nei contesti di aggregazione giovanile, in collaborazione con la Cooperativa ISKRA: produzione di *videoclip*, *siti web* [Avvit@menti](mailto:Avvit@menti) e [PeerPotenza.it](http://PeerPotenza.it), realizzazione di eventi *alcol-free*, laboratori di creatività, *flash-mob*, attività di *peer-education*;
- partecipazione a programmi RAI regionali su prevenzione alcolica;
- incontri con la Direzione della Casa Circondariale di Potenza, rappresentanti della Polizia Penitenziaria e con l'Area Educativa della stessa Casa Circondariale finalizzati alla sensibilizzazione alle problematiche alcol-correlate. A seguito di tali incontri, la Direzione della Casa Circondariale ha disposto il divieto di acquisto di bevande alcoliche da parte dei detenuti.
- Nell'ambito del Progetto di Diagnosi Precoce, promosso dal Dipartimento Politiche Antidroge, è stato realizzato un piano di comunicazione, con l'invio di manifesti e flyer per la campagna di prevenzione sulle sostanze d'abuso. I punti interessati sono stati 397 tra Scuole, ambulatori di medicina generale e pediatri, distretti sanitari, poliambulatori, consultori familiari, servizi di neuropsichiatria infantile, studi dentistici, farmacie, servizi sociali comunali, parrocchie, associazioni di volontariato e società sportive.
- Gli interventi di prevenzione rivolti ai genitori e agli insegnanti sono stati realizzati in 14 Istituti Scolastici di cui 10 scuole medie inferiori e 4 scuole medie superiori del territorio dell'ex-ASL 5.
- Campagna di prevenzione alcolica: “*Corro non Barcollo*” (Policoro 20.10.2013) realizzata attraverso una manifestazione sportiva che ha coinvolto l'intera popolazione in una corsa podistica. Gli operatori del Ser.T. sono stati impegnati in attività di sensibilizzazione e di diffusione di materiale informativo sulle problematiche alcolcorrelate.

ASL Matera:

1. Azione: Informazione/sensibilizzazione sui rischi legati al consumo di alcol e sostanze stupefacenti, con particolare riferimento agli effetti sulla guida di autoveicoli, nell'ambito delle attività promosse dalla Consulta Provinciale Sicurezza. Risultato: realizzazione di n. 3 iniziative nelle Scuole Secondarie di II Grado di Matera in collaborazione con i NOT Prefettura di Matera e Comunità Terapeutica “*Casa dei Giovani*”, nelle Scuole del Distretto Scolastico di Matera. Realizzazione di n.1 evento pubblico, la manifestazione conclusiva “*Progetto Legalità*” presso il Cinema Comunale Matera in data 22.04.13.
2. Azione: Prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all'uso di sostanze nelle Scuole secondarie di I e II grado di Matera. Risultato: realizzazione di n. 11 iniziative nelle Scuole secondarie di I e II grado del Distretto Scolastico di Matera.
3. Azione: Realizzazione di interventi di prevenzione universale delle dipendenze in

collaborazione con il CEA/Ente Parco della Murgia Materana. Risultato: realizzazione di n. 3 eventi.

4. Azione: Attività previste dall'art.6 Legge 30 marzo 2001, n.125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Risultato: garantite n. 41 presenze del medico incaricato del Ser.T. in Commissione Medica Locale (n. 39 a Matera e n. 2 a Policoro).
5. Azione: Evento di sensibilizzazione sui problemi correlati all'uso di bevande alcoliche nell'ambito del progetto "*Prevenzione Alcolologica*" promosso dall'Azienda Sanitaria locale di Matera. Risultato: realizzazione di un seminario rivolto alla popolazione in occasione del bicentenario della nascita di Giuseppe Verdi intitolato "*Le bevande alcoliche nel melodramma italiano*".

## **REGIONE CALABRIA**

Gli interventi messi in atto al fine di divulgare informazioni sul consumo dannoso di alcol sono stati potenziati da campagne di sensibilizzazione e nello specifico si è dato maggior rilievo ai seguenti ambiti:

### 1) Ambito Lavorativo:

Informare e sensibilizzare i lavoratori sulle problematiche alcol-correlate;

Informare i soggetti responsabili di interventi di prevenzione nelle imprese edili dei divieti di somministrazione e assunzione di alcol previsti dalla normativa.

### 2) Ambito scolastico:

Interventi di sensibilizzazione e prevenzione sono stati effettuati presso le Scuole medie inferiori e superiori utilizzando materiale didattico già sperimentato e prodotto dalla regione Piemonte e dall'Istituto Superiore di Sanità.

### 3) Ambito Territoriale:

I Servizi Territoriali nell'area di propria competenza hanno intrapreso percorsi di sensibilizzazione e di collaborazione con le amministrazioni Provinciali, Comunali e con la Prefettura.

## **REGIONE SICILIA**

In tutte le Aziende Sanitarie provinciali sono state adottate iniziative progettuali rivolte agli studenti delle Scuole dell'obbligo e delle Scuole superiori finalizzate alla prevenzione, educazione e informazione sui danni alcol-correlati.

Sono proseguiti inoltre i progetti già avviati negli anni precedenti.

In alcune realtà territoriali sono stati avviati progetti specifici per l'informazione riguardante l'offerta terapeutica con il coinvolgimento dei medici di famiglia, le Parrocchie, le associazioni di Volontariato, i genitori di studenti delle Scuole dell'obbligo.

## **REGIONE SARDEGNA**

In Sardegna si contano ogni anno circa 800 morti legate all'alcol, numeri elevatissimi che devono necessariamente far riflettere la nostra società e che hanno spinto le AASSLL della Regione ad intraprendere nuove strategie per capire l'universo dei ragazzi e prevenirne l'abuso. Il fenomeno che crea maggiori preoccupazioni è quello del "binge drinking". L'alcol diviene in questo modo un mezzo per trasgredire, una sostanza tra l'altro che è facile da recuperare rispetto alle droghe, perché si trova senza problemi a casa e nei negozi ed è socialmente più accettato rispetto alle droghe.

Il fenomeno dell'abuso di alcol tra i giovanissimi è molto preoccupante. Molto spesso l'alcol è la sostanza d'ingresso all'uso di sostanze stupefacenti illegali, per questo con le iniziative di prevenzione si cerca di far capire ai giovani il danno che dall'alcol può derivare.

L'informazione è facilitata con l'attività formativa di gruppo e consta di lezioni informative 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 comorbidità, disturbi del comportamento e illegali.

Interventi psicoeducativi individuali e di gruppo vengono rivolti ai pazienti e ai familiari e sono 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.

Attività preventive e di sensibilizzazione negli Istituti superiori di I e II grado, nell'ambito dell'attività dei CIC (Centri di Informazione e Consulenza) sono state avviate nelle Scuole secondarie superiori e qualora emergano problemi alcol correlati, viene effettuato l'invio dei ragazzi ai Ser.D coinvolgendo anche la famiglia.

Incontri di sensibilizzazione si sono attuati in diversi Ser.D della Regione Sardegna con gli amministratori ed operatori sociali, per la pianificazione delle azioni preventive nei Comuni del territorio e con gli operatori del Centro PLUS (Piano Locale Unitario Servizi alla Persona) finalizzati ad un confronto sulle tematiche "*alcol e adolescenze*" e allo studio di situazioni relative agli adolescenti e alle famiglie con problemi alcol correlati.

Nei Ser.D della Regione Sardegna si trova una *équipe* di professionisti costituita da psicologi, pedagogisti e un mediatore familiare-assistente sociale, la loro azione si rivolge a genitori, coppie separate o in via di separazione, adolescenti e giovani e in un'ottica di lavoro in rete

collaborano con tutti gli attori istituzionali che a vario titolo ruotano intorno alle famiglie con problemi alcol correlati (Comuni, Scuole, Servizi ASL, Tribunali).

Nella settimana dedicata al carnevale, nel Nord Sardegna è stata allestita una postazione informativa con distribuzione di *brochure* e materiale informativo sui problemi alcol correlati, bevande analcoliche e bevande calde in collaborazione con il gruppo del "*progetto Bacco*", progetto che vede coinvolte Associazioni sportive e culturali, CAT, Comune e Scuole.

Sempre durante il carnevale la regola è "*niente alcol ai giovani*". Una fitta rete d'informazione ha evidenziato le normative vigenti in materia di vendita e somministrazione di sostanze alcoliche. Un appello particolare è stato rivolto ai genitori e a tutti coloro che esercitano la potestà genitoriale, affinché vigilino sui propri figli, nell'ottica di una maggiore tutela verso i rischi connessi all'uso e abuso di sostanze alcoliche.

Nel mese di febbraio 2013 è stato allestito uno spettacolo teatrale rappresentato dalla Compagnia *La Pulce* dal titolo "*Giovani Spiriti*", dove è stata simulata una trasmissione radiofonica dal vivo, con ritmo sostenuto, con uno stile ironico e quasi irriverente, con l'obiettivo di indurre i ragazzi a una riflessione relativa ai rischi inerenti l'uso di bevande alcoliche.

Il Ser.D. della Asl 2 di Olbia, in collaborazione con l'Assessorato regionale alla Sanità, ha avviato nelle Scuole il Progetto "*Alcol e giovani: nuove strategie per capire*", con delle rappresentazioni teatrali sulle problematiche alcol correlate; attività che proseguirà nei prossimi mesi con lezioni di educazione alla salute.

### **6.3. Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto**

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

Nel corso dell'anno 2013 sono stati effettuati diversi corsi in materia di alcol:

- *Nuove acquisizioni in tema di dipendenze patologiche sui diversi aspetti sanitari e psicosociali nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione.*
- *Rischi legati agli stili di vita in adolescenti e giovani adulti: dalla comunicazione all'azione.*
- *Le certificazioni cliniche e medico-legali in alcologia.*
- *Cuore e Cervello: metabolismo corporeo, meccanismi neuro mediati e aspetti psicocomportamentali.*
- *Realtà e rappresentazioni del binge drinking.*
- *Il colloquio motivazionale. Come aiutare le persone a cambiare.*

#### **REGIONE PIEMONTE**

##### **ASL TO1**

Avviamento e conclusione di cinque incontri di supervisione dinamica rivolta all'*équipe* del Servizio di alcologia.

##### **ASL TO2**

- È proseguito anche per il 2013 il percorso formativo e di supervisione rivolto agli operatori del Servizio di alcologia.
- Formazione per l'accoglienza e il trattamento dei pazienti stranieri, comunitari ed extra comunitari. Collaborazione con Agenzie formative specializzate del territorio.

##### **ASL TO3**

- Gruppo di lavoro su incidenti stradali nell'ambito delle attività previste dal progetto regionale "*Attività di sorveglianza incidenti stradali*".
- Prosecuzione del progetto formativo aziendale: "*Early alcohol screening e intervento breve*" – Identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e intervento breve. Il risultato atteso è quello di implementare lo *screening* alcologico e l'intervento breve nel lavoro clinico quotidiano dei MMG e degli operatori sanitari.
- Partecipazione lavoro di sperimentazione ambulatoriale sul farmaco Acamprosato (Campral®) in collaborazione con l'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino.

#### ASL AL

- Corso di formazione alcologica e incontro formativo preliminare finalizzato alla costituzione di un gruppo di lavoro congiunto ASL AL e MMG locale e nazionale per la gestione dei problemi alcol correlati.
- Ciclo di iniziative formative presentate come piano formativo aziendale per il 2013 rivolte al personale Ser.D, Salute Mentale, Ospedalieri, su temi inerenti la gestione del paziente alcologico (una per ogni sede ospedaliera su alcologia di base, formazioni di II livello sul personale specialistico, iniziative territoriali per attività con i gruppi di auto-mutuo-aiuto etc.).

#### 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

Corso di formazione del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ai propri operatori con una sezione dedicata ai problemi alcologici nell'ambito del progetto formativo "*L'équipe come strumento di formazione professionale e revisione clinica*".

#### ASL NO

Programma Europeo *UNPLUGGED*.

#### ASL VC

Corso di formazione alcologica: incontri congiunti tra personale SerT, Psichiatria, Psicologia e Neuropsichiatria Infantile, su tematiche alcologiche.

#### ASL VCO

Giornata di formazione nell'ambito degli eventi di presentazione dei Piani Locali di Prevenzione: "*Stili di vita: Alcol tabacco e life skills*." Rivolto a tutti i dipendenti ASL.

#### PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

##### **Associazione ALISEO Onlus:**

Realizzazione di un piano formativo in collaborazione con il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze TO1 Ovest.

La formazione si è articolata in quattro momenti sui temi:

- Adolescenti e alcol: "*Nuove forme di comunicazione e non comunicazione*".
- Formazione relativa agli interventi terapeutici sui pazienti gravosi.

## REGIONE LOMBARDIA

Il Piano di Azione Regionale (P.A.R.) ha previsto una serie di azioni formative a supporto del personale che opera nelle dipendenze, offrendogli degli strumenti per affrontare il problema. La formazione deve coinvolgere il personale dei diversi settori. Questa collaborazione serve non solo a migliorare la condivisione delle risorse, ma porta a avere un sistema in grado di elaborare un cambiamento culturale tra chi opera dentro e attorno alle dipendenze.

Gli operatori del sistema d'intervento, gli imprenditori, i dirigenti e i lavoratori della rete di offerta/supporto, devono essere sostenuti dalla formazione, per consentire loro di avere una chiave di lettura, una comprensione del problema e delle possibili soluzioni, nei luoghi della vita quotidiana e del lavoro.

Inoltre, la formazione deve entrare nel mondo dello sport, coinvolgendo gli allenatori sul tema del consumo di sostanze legali e illegali affinché lo sport sia sempre più uno stile di vita sano e non solo espressione di prestazioni esasperate.

Lo stesso discorso vale per gli operatori a competenze specifiche, legate a comportamenti di rischio come quelli del sistema penitenziario, il personale dei luoghi del divertimento, gli addetti alle vendite per la gestione di situazioni di acquisto di alcolici da parte di minorenni.

Le iniziative formative e di aggiornamento del problema alcol nel territorio lombardo, sono state rivolte soprattutto al personale docente delle scuole, ai medici di medicina legale, medici della commissione patenti, conduttori di mezzi pubblici e operatori del terzo settore.

L'esempio è fornito dal progetto "*LifeSkills Training Program*" dove è prevista sia la formazione di operatori dei Dipartimenti Dipendenze delle Asl, e conseguentemente, la formazione degli insegnanti che applicheranno le strategie educative/preventive nelle classi.

## P.A. BOLZANO

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.

Nel corso del 2013, in riferimento ad un miglior approccio assistenziale nei confronti di pazienti degenti con patologie alcol correlate, è stato offerto ed attivato un aggiornamento per il personale infermieristico e per gli operatori socio sanitari del Reparto di Medicina dell'Ospedale di Bolzano dal titolo "*Identificazione e approccio interdisciplinare a soggetti ospedalizzati con consumo problematico di alcol*". Il corso si è svolto in quattro edizioni di 16 ore ciascuna, per un totale di 64 ore di aggiornamento.

Da segnalare la partecipazione a due corsi particolarmente importanti:

- **Rischio clinico** che si è concretizzato in:

- applicare nella propria pratica professionale una metodologia appropriata ad identificare i rischi clinici e le relative determinanti;

- riconoscere e segnalare gli eventi avversi;
- analizzare le cause delle inefficienze e degli eventi avversi;
- scegliere ed applicare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi e delle relative conseguenze;
- riconoscere il valore e le potenzialità della documentazione clinica e gestionale per la prevenzione del rischio clinico e l'analisi degli eventi ad esso correlati;
- compilare in forma corretta la documentazione e collaborare alla sua adeguata gestione ed archiviazione;
- identificare le funzioni connesse al rischio per le diverse figure professionali e le relative responsabilità;
- istruire i pazienti, i familiari, i volontari e gli operatori per ottenere un'identificazione precoce dei rischi, per svolgere attività di prevenzione, protezione degli stessi, nonché la gestione dei danni e delle relative conseguenze.

- **Prevenzione del Burn Out** dove si sono adottate strategie che consentano agli operatori di:

- saper riconoscere i sintomi del *burn-out*;
- limitare o rimuovere le situazioni stressanti dovute all'ambiente e nel rapporto lavorativo con i colleghi;
- limitare o rimuovere le situazioni relazionali stressanti dovuti alla tipologia dell'utenza.

## **P.A. TRENTO**

Nel 2013 sono state organizzate e realizzate 4 “*Settimane di sensibilizzazione su problemi alcol-correlati e complessi*” di cui una atipica rispetto a quelle tradizionali. Infatti durante questa settimana si sono affrontati temi di più ampio respiro, proponendo riflessioni su argomenti quali la socio-equo sostenibilità, in un percorso sempre connesso con il disagio sociale della Comunità.

Sono state inoltre organizzate e realizzate, da parte dell'APSS, giornate di aggiornamento e corsi specifici per operatori dei Servizi di alcologia e dei Club degli Alcolisti territoriali e interventi di sensibilizzazione rivolti all'intera Comunità con conferenze serali, trasmissioni radio e televisive locali, conferenze stampa, ed altro.

## **REGIONE VENETO**

Prosegue anche nel 2013 l'attività formativa e di aggiornamento rivolta al personale della Regione Veneto addetto ai trattamenti sanitari e assistenziali, in materia di alcol e problemi alcol correlati.

Della realizzazione di tale attività continuano ad occuparsene, in ordine di importanza, le Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (100%), la Regione (71,4%), il Privato Sociale (61,9%); alcuni contributi sono offerti anche dal Ministero della Salute e dalle Società scientifiche.

In particolare, va sottolineato l'apporto offerto dalle Aziende Unità Locale Socio Sanitarie che, nella totalità dei casi, sono intervenute direttamente nell'organizzazione di attività formative e di aggiornamento, realizzando nel corso dell'anno circa 170 giornate. Si tratta di un dato particolarmente importante al quale va aggiunto che, nel 90,5% dei casi, la partecipazione alle attività formative è aperta ai soggetti della rete dipartimentale (Privato Sociale, C.T., Volontariato, altri servizi Aziende Ulss, altri Enti) favorendo l'integrazione tra le diverse realtà che intervengono in questo settore.

Come già accaduto anche nel 2012, la totalità dei Servizi alcolologici ha permesso ai propri operatori di partecipare a giornate di formazione e aggiornamento. È senz'altro un altro elemento positivo nel suo complesso ma, se si prende in esame la quantità di giornate a disposizione degli operatori delle varie Aziende Unità Locale Socio Sanitarie, continuano ad esserci delle differenze piuttosto significative: il 23,8% delle Aziende consente da 1 a 5 giornate di formazione, il 33,3% da 6 a 10, il 23,8% da 11 a 15 e il 19,1% più di 15. Osservando i dati raccolti nel corso degli anni, si può notare che tendenzialmente gli stessi Servizi offrono la medesima quantità di giornate formative ai propri operatori nel corso del tempo, per cui si può immaginare l'esistenza di una forbice che si allarga creando un divario tra operatori con minori opportunità di crescita e operatori che ne hanno di più.

Andando ad osservare la tipologia delle offerte formative, ci si trova davanti ad un insieme piuttosto diversificato di opportunità che incontrano l'interesse e la partecipazione del personale dei Dipartimenti per le Dipendenze su temi alcolologici proposti a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale.

Diversi Servizi alcolologici dichiarano di proseguire da tempo un'attività di supervisione, spesso su casi clinici. Altre *équipe* si sono concentrate al proprio interno con vari strumenti per migliorare la coesione e l'operatività (ad esempio con la creazione di un set di indicatori di esito e di trattamento al fine di migliorare la qualità del servizio offerto).

Per altri aspetti, come argomenti di carattere generale o temi specifici in ambito alcolologico, continuano ad essere proposti dei momenti di formazione comune ad altre realtà. Ciò avviene per esempio prendendo contatti con i referenti dei gruppi di Auto-Aiuto oppure attraverso la realizzazione in collaborazione con altri Dipartimenti (Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione, ecc.) di incontri e convegni relativi ad attività di tipo preventivo o di cura e gestione integrata dei pazienti.

L'avvicinamento alle tematiche alcolologiche di nuove persone, sia a livello professionale che volontario, avviene attraverso specifiche opportunità formative riproposte ciclicamente; si tratta delle «*Settimane di sensibilizzazione alcolologiche*» e di altre giornate organizzate sulla base dell'approccio Ecologico Sociale.

Altre formazioni condivise sono proposte a livello aziendale per tutto il personale e/o per specifiche categorie professionali.

Un altro argomento di interesse attuale è il lavoro, sia rispetto all'inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate, sia per quanto riguarda gli accertamenti di assenza di alcol dipendenza nei lavori a rischio.

Per quanto riguarda il Progetto regionale «*Alcol, non solo cura ma cultura*», nel corso del 2013 c'è stato un consolidamento del progetto con la realizzazione di numerose iniziative formative. Si tratta di una proposta rivolta all'intero territorio regionale che si propone di attivare un processo culturale di sensibilizzazione sulle problematiche sociosanitarie conseguenti all'abuso di bevande alcoliche, attraverso la modifica degli stili di vita, con azioni informative sulla popolazione e campagne di educazione continua in medicina rivolta agli operatori della salute.

Altre iniziative particolarmente interessanti inerenti problematiche alcol correlate di interesse attuale, riguardano i disturbi del comportamento alimentare oppure riguardano tematiche specifiche e sono volte allo sviluppo di competenze particolari, come ad esempio la gestione di programmi informatici utili al lavoro.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Sul territorio regionale si sono svolte alcune iniziative locali che hanno previsto momenti formativi per il personale delle Aziende Socio Sanitarie coinvolto nella prevenzione e presa in carico dei soggetti alcol dipendenti.

Si menziona, ad esempio, la formazione obbligatoria proposta dall'ufficio informatizzazione aziendale dell' ASS n° 4 "Medio Friuli" accreditata ECM dal titolo:

- *"Sanità penitenziaria: i cambiamenti normativi tra diritto alla salute e patologie da dipendenze"*;
- *"La riabilitazione educativa: approfondimento e confronto tra teoria e prassi nei diversi Servizi"*.

Corsi di formazione sono stati attuati in diversi ambiti di interesse, dagli Istituti scolastici al personale di Pubblica Sicurezza, spesso organizzati anche da Associazioni private.

Si menzionano le seguenti iniziative:

- corso di aggiornamento agli operatori dell'Associazione AsTrA sul tema *"L'alcolismo secondario"*;
- corso di sensibilizzazione all'Approccio Ecologico Sociale (Metodo Hudolin) della durata di 50 ore, in collaborazione con la Scuola Europea di Alcolologia e Psichiatria Ecologica;
- giornate di formazione in collaborazione con l'Associazione Club Alcolisti in Trattamento (ACAT Udinese) e Provincia di Udine sul disagio giovanile.

## REGIONE LIGURIA

Gli operatori delle strutture alcoliche 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 Alcolologia 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.

Tra le iniziative adottate all'interno dei NOA per garantire adeguati livelli di formazione, sono stati attivati diversi corsi, tra cui:

- utilizzo di procedure codificate in un Servizio territoriale;
- l'approccio pluriprofessionale al paziente alcolista;
- *mindfulness*: introduzione all'applicazione clinica;
- aggiornamenti in tema di hiv ed epatopatie: corso presso l'Ospedale Galliera di Genova rivolto alla figura dell'infettivologo.

Si segnala la formazione rivolta ai pediatri della regione Liguria “*Alcol ed infanzia: dal biberon alla discoteca*” incentrata su:

- approfondimento della dimensione del problema alcol e le problematiche alcol correlate;
- la sindrome feto-alcolica;
- approfondimento dei danni diretti da alcol sul baby bevitore e i danni da alcol “passivo”;
- la riabilitazione alcolologica della famiglia.

## REGIONE EMILIA- ROMAGNA

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 alcolico, sia per ciò che riguarda la cura sia per ciò che riguarda la sensibilizzazione e la formazione.

Per quanto riguarda la formazione in campo alcolico, diverse programmazioni a livello di AUSL prevedono momenti formativi per il personale coinvolto e attività di supervisione per le *équipes* cliniche.

Inoltre i numerosi progetti di prevenzione hanno previsto iniziative formative di respiro regionale a cui possono partecipare professionisti delle AUSL in formazione obbligatoria con ECM.

La collaborazione regionale con “Luoghi di Prevenzione” ha permesso di avere giornate formative sull'approccio transteorico al cambiamento.

## REGIONE TOSCANA

In linea con le previsioni del PSR 2008-2010, tutt'ora vigente, sono state realizzate le seguenti iniziative:

- corsi di formazione continua;
- partecipazione ad incontri di aggiornamento, congressi e altre iniziative formative in ambito alcolologico;
- informazione e auto-formazione su riviste e siti web specifici;
- riunioni di *équipe* con cadenza settimanale;
- corsi di formazione organizzati dal Dipartimento delle Dipendenze;
- partecipazione a corsi di formazione specifica ECM;
- iniziative di auto-aggiornamento interne ai Servizi;
- organizzazione del corso di formazione aziendale obbligatorio su *“Il lavoro riabilitativo nelle strutture residenziali per le Dipendenze Patologiche”* per il personale delle U.U. F.F. Ser.T di Lucca e della Valle del Serchio.

Nel corso dell'anno 2013 sono stati realizzati tre particolari eventi formativi a Grosseto: 1) *“Alcol: identificazione precoce e intervento breve (IPIB)”*, destinato a personale sanitario ospedaliero (medici e infermieri) e finalizzato alla prevenzione dei rischi di patologie alcol correlate in pazienti ricoverati nei diversi *settings* ospedalieri. Gli obiettivi perseguiti sono stati: potenziare il rapporto ospedale-territorio sulle problematiche alcol correlate, migliorare le conoscenze tra gli operatori sui rischi dell'uso anche moderato di alcol, individuare situazioni ad alto rischio per le patologie alcol correlate tra i consumatori di alcol, inserimento di interventi di prevenzione del consumo rischioso o dannoso di alcol nella pratica clinica giornaliera. Apprendimento del metodo *“Identificazione Precoce e Intervento Breve”*.

2) Convegno *“Alcol: Piacere, dipendenza e spending review”*, aperto anche agli operatori degli altri Servizi aziendali, ai MMG ed ai cittadini e volontari, con il patrocinio della Provincia di Grosseto. L'obiettivo di tale evento era quello di contribuire allo sviluppo di una cultura più consapevole tra gli operatori, le forze sociali e politiche presenti nel territorio dei rischi legati all'uso di alcol, capace di sviluppare luoghi e convivenze *alcol-free* in base alle recenti indicazioni di legge e ai più recenti programmi consigliati dall'OMS.

3) Giornata formativa rivolta ai MMG, in cui è stato presentato il progetto e la metodica IPIB con lo scopo di individuare situazioni rischiose nella pratica clinica quotidiana degli stessi medici di medicina generale ed accrescere il rapporto di continuità e collaborazione con l'U.F. Dipendenze.

## 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'alcolologia.

Nel 2013 è proseguito un percorso formativo inerente l'applicazione delle misure alternative alla detenzione per persone alcol/tossicodipendenti, avviato nell'anno precedente; è stato realizzato il corso di formazione "*Misure alternative alla detenzione per alcol/tossicodipendenti: Obiettivo linee guida*".

Sono state completate le azioni di formazione inerenti le attività di educazione alla salute e prevenzione, compreso il tema dell'alcol, rivolte agli operatori socio-sanitari 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.

Infine, sono proseguite in molti territori, ad iniziativa delle ASL, attività di formazione e sensibilizzazione rivolte ai medici di base, ai pediatri di libera scelta, e ad operatori socio-sanitari di diversi Servizi, focalizzate in particolare sul *Minimal Advice* e sul *Colloquio Motivazionale Breve* in tema di alcol, per favorire l'identificazione delle situazioni a rischio e consentire un approccio precoce.

## **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.

E' stato organizzato un corso relativo alla valutazione di outcome nei servizi per le dipendenze (Rieti).

## **REGIONE ABRUZZO**

Nel segnalare le difficoltà tecniche e organizzative di partecipazione a incontri formativi, specie se sono attuati fuori sede, il personale operante nei Servizi alcologici regionali risulta, comunque, costantemente aggiornato e formato.

Viene condotto, in tutti i Servizi della regione, un autoaggiornamento attraverso riunioni cliniche di tipo organizzativo.

Nel 2013 gli operatori Ser.T. hanno, dunque, partecipato a specifici corsi di aggiornamento e formazione su temi alcolologici e di sicurezza sul lavoro, sia in qualità di discenti che di relatori, alcuni dei quali di seguito elencati:

- 1) corsi di sensibilizzazione;
- 2) corsi info-educativi diretti ai cittadini segnalati in stato di ebbrezza alcolica;
- 3) dipendenti Asl1 (tutte le professioni).

## **REGIONE MOLISE**

Il personale che opera nell'ambito dell'alcoldipendenza ha avuto la possibilità di partecipare ai vari corsi e/o convegni di aggiornamento professionale sulle attività di competenza e di interesse.

Attività di questo tipo hanno riguardato, tra gli altri, il corso di formazione in tema di *“Alcologia e problematiche alcol correlate”* rivolto ai medici di medicina generale in formazione promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise - A.S.Re.M.

## **REGIONE CAMPANIA**

Le iniziative di formazione organizzati dalle AASSLL hanno approfondito la tematica dell'alcolismo con eventi tematici quali: formazione di base, valutazione dei trattamenti, procedure di *team working*, individuazione precoce del soggetto a rischio di problemi alcol correlati (PAC), processi di integrazione con i gruppi di auto mutuo aiuto (AMA).

## **REGIONE PUGLIA**

Ciascuna Azienda Sanitaria, anche nel 2013, ha favorito e promosso percorsi di formazione e aggiornamento del personale operante nelle *équipe* alcolologiche attraverso la partecipazione a corsi svoltisi, a livello regionale e nazionale, e organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità, dalla FEDERSERT, dall'ACUDIPA, SITD.

## **REGIONE BASILICATA**

Ex ASL 3 Lagonegro:

- evento formativo *“Il trattamento dell'Alcolismo nell'ambito del volontariato”*;
- evento formativo *“4° Convegno internazionale di alcologia”*.

Ex ASL 2 Villa d'Angri:

- Progettazione ed attuazione di diversi seminari di studio (regionali e nazionali) destinati al

personale addetto e finalizzati al miglioramento delle conoscenze ed alla diffusione delle buone prassi cliniche e gestionali nel settore operativo delle Dipendenze Patologiche da Alcol.

Ex ASL 1 Venosa:

- Continua l'attività di supervisione ai medici di continuità assistenziale operanti nel Ser.T di Melfi, per garantire le necessarie informazioni e aggiornamenti.
- Partecipazione al Congresso Regione SITD Puglia "*Sostanze d'Abuso e Valutazione dell'Idoneità alla Guida*"; Workshop Dipartimento Politiche Antidroga relativo al progetto "*Early Detection of drug use and early intervention in children*"; Congresso "*Dipendenza: Una Malattia dai Tanti Volti*"; Congresso "*Dipendenze Patologiche: Tra Stigma e Qualità della Vita*".

## **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 quasi tutte le Aziende sono stati effettuati corsi di formazione rivolti al personale operante nei Ser.T. Laddove ciò non è stato possibile per esiguità del budget si è registrata la volontà dei singoli operatori a partecipare a corsi di formazione, a proprie spese.

## **REGIONE SARDEGNA**

I problemi alcol correlati sono in progressiva crescita e la loro complessità impone l'attivazione di risorse comunitarie che si integrino e cooperino per il miglioramento della qualità della vita. Uno dei metodi maggiormente efficaci per affrontare i problemi alcol correlati (PAC) è l'approccio ecologico-sociale ideato dal Prof. Vladimir Hudolin.

Tale metodo ha come fulcro le comunità multifamiliari dei Club Alcologici Territoriali, di cui 37 solamente nella provincia di Cagliari.

Il corso di sensibilizzazione ha avuto come finalità anche quella di offrire una formazione di base per operare come Servitore Insegnante nei Club Alcologici Territoriali.

L'Obiettivo prioritario della Regione Sardegna è favorire la partecipazione dei referenti e degli operatori del settore ai convegni sull'Alcologia Clinica, coinvolgendo gli operatori dei Ser.D al corso di aggiornamento sull'*Amministratore di sostegno*, anche attraverso la formazione su tutte le tematiche inerenti i comportamenti di abuso, compresi quelli correlati all'alcol.

Nei Ser.D della Regione Sardegna si sono articolati cicli periodici di formazione intra-aziendale con l'intervento di esperti nelle discipline alcol correlate oltre alla partecipazione a seminari, workshop e congressi.

Nel 2013 si è svolto un corso di aggiornamento in alcologia organizzato dal Gruppo Operativo per le Dipendenze da Alcol, Tabacco e Gioco d'Azzardo del DSM di Cagliari. Il corso è stato indirizzato ad un massimo di 40 partecipanti tra le figure sanitarie, assistenti sociali, volontari e chiunque, a qualunque titolo, intenda occuparsi di problemi alcol correlati.

## **6.4. 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*” dell’Ospedale “*San Luigi*” di Orbassano, sulla diagnostica di laboratorio di abuso cronico di alcol ed utilizzo di nuovi biomarcatori.

#### ASL TO 3

- Facoltà di Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" di Orbassano.
- Corso di Alcolologia, II anno Corso di Laurea in Tecnica di riabilitazione psichiatrica.
- Attività didattica elettiva (ADE) sulle problematiche alcol-correlate nel Corso di Laurea in Medicina e chirurgia.

#### 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**

Il Dipartimento Dipendenze dell’ASL di Bergamo sta continuando la collaborazione con l’Università scozzese *St. Andrews*, per 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 Milano continua il suo impegno 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.

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*".

## **P.A. BOLZANO**

Supervisione e consulenza del Rettore della Libera Università di Bolzano per la elaborazione del Piano di settore dipendenze 2013-2018, approvato dalla Giunta provinciale nel 2013.

Docenza a titolo libero-professionale dell'Università di Verona al Medico Responsabile clinico di dell'Ambulatorio HANDS, docenza per i Corsi di Laurea in "Infermieristica", per le materie "Psichiatria" e "Medicina delle Dipendenze", presso la Scuola Superiore di Sanità della Provincia di Bolzano e 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**

Sono aumentati, anche nel 2013, i Servizi di Alcologia che collaborano con gli atenei presenti nel Veneto (Padova, Verona e Venezia) e anche fuori Regione (Trieste).

Più della metà (57,14%) dei Servizi ha avviato o prosegue attività di varia natura, ma accomunate dalla partecipazione degli Istituti universitari, tra cui:

- docenze e frequenze presso scuole, corsi di laurea e master;
- organizzazione di corsi di formazione e seminari;
- effettuazione di indagini sui fattori che influiscono sull'alcoldipendenza;
- produzione di eventi su problematiche e patologie alcol correlate;
- valutazione di progetti;
- realizzazione di protocolli, ricerche e pubblicazioni.

Si segnala inoltre l'avvio, in via sperimentale per la prima volta in Italia, del *training* CMB (*Cognitive Bias Modification*). La collaborazione tra un Servizio di Alcologia, l'Università e un gruppo di ricerca di Amsterdam ha portato all'approvazione di un protocollo di *Trial Clinico Randomizzato "TOP training"* per la sperimentazione del *training* per i processi automatici dell'attenzione e di approccio in pazienti alcolisti ambulatoriali.

Il dialogo tra Servizi e Università è molto più ampio, pari al 90,48% dei Servizi, se si contano le convenzioni in atto per il tutoraggio e la formazione in tirocini pre/post laurea, e/o di specialità per studenti e specializzandi (medici, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari). In alcuni casi la collaborazione riguarda anche attività di consulenza, supervisione e organizzazione di *stage* per tesi di laurea su argomenti relativi alla prevenzione, cura e riabilitazione in ambito alcologico d'intesa con i docenti.

## **REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

Convenzione con l'Università di Udine – Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, e l'ASS n° 4 "Medio Friuli" per attività epidemiologica e didattica.

Sono state dedicate lezioni sulle problematiche alcol correlate presso la scuola di specializzazione in Neuropsicologia della Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Trieste.

## **REGIONE LIGURIA**

Al fine di promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario, sono presenti all'interno dei Servizi di Alcologia tirocinanti delle Università di diversi Atenei (medici di medicina generale, psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) che vengono seguiti da personale afferente la struttura in qualità di *tutors* riconosciuti dalle stesse Università.

Recentemente i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze hanno stipulato convenzioni con la Clinica Psichiatrica dell'Università.

Nel 2013 è proseguita la cooperazione costante sia clinica che divulgativa e formativa con l'Alcologia dell'Ospedale San Martino di Genova e con la Società di Alcologia, sulla base del protocollo di ricerca per la diagnosi precoce del tumore al fegato in soggetti con storia di etilismo.

Sono stati fatti approfondimenti sui soggetti in carico alle strutture ospedaliere regionali per motivi correlati al consumo di alcol e tabacco e sono state analizzate le categorie diagnostiche (classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM) che riportano una diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di alcol e tabacco.

Nel 2013 è proseguita l'attività didattica elettiva sulle problematiche alcol correlate nel Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, in collaborazione con gli operatori dei Servizi preposti, prosegue l'analisi dei dati dei soggetti in carico ai NOA finalizzata al monitoraggio e allo studio qualitativo e quantitativo del fenomeno. Annualmente viene predisposta e diffusa relativa reportistica.

## **REGIONE EMILIA ROMAGNA**

Nell'anno 2013 si è lavorato alla programmazione di un *Master Universitario di primo livello* nato dalla collaborazione tra la Regione Emilia Romagna, l'Università di Modena e Reggio Emilia, titolare del Master, e l'Università di Bologna.

Sono stati realizzati alcuni seminari introduttivi sugli argomenti oggetto di programma per "testare" sui professionisti le docenze e le metodologie più efficaci e nell'autunno 2013 è ufficialmente iniziato il Master.

## **REGIONE TOSCANA**

Attivazione anche per l'anno accademico 2013-2014 presso l'Università degli Studi di Firenze del Master di primo livello in "*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*", proposta formativa rivolta agli operatori dei Servizi in grado di offrire alti livelli di formazione specialistica. Le discipline afferenti al Master sono di area medica, psicologica e sociale. Gli studenti provengono dall'intero territorio regionale e nazionale con diverse professionalità (psicologica, medica, infermieristica, sociale) appartenenti al Servizio Sanitario. Ogni anno il Master forma circa 10 operatori.

Accoglienza tirocinanti universitari, collaborazione con Università e Scuole di specializzazione post universitaria per tesi di laurea e specializzazione.

Collaborazioni per corsi di formazione e/o aggiornamenti con le Università, in particolare Firenze e Pisa.

## **REGIONE UMBRIA**

Sono state svolte lezioni su alcol e problemi alcol correlati per studenti del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche presso l'Università di Perugia.

## **REGIONE MARCHE**

Una psicologa e un medico del Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STOP) di Civitanova Marche hanno ultimato un Master di Alcologia presso l'Università "La Sapienza" di Roma.

Inoltre sono stati definiti lavori di ricerca clinica che hanno portato a pubblicazioni scientifiche in merito all'Alcologia.

Il Direttore del STOP di S. Benedetto del Tronto ha partecipato al corso avanzato del programma multidisciplinare della "Scuola Nazionale sulle Dipendenze" anno 2013, organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione.

## **REGIONE LAZIO**

Sono previste ore di lezione e seminari nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma, svolte grazie al supporto del Centro di Riferimento Alcolologico Regionale.

## **REGIONE ABRUZZO**

Continua, anche nell'anno 2013, la collaborazione con l'Università degli Studi di L'Aquila, Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione Psichiatrica con il Ser.T. del luogo.

Da quattro 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 le problematiche alcol correlate e che ogni anno partecipano attivamente alla campagna informativa che il Servizio attua.

## **REGIONE BASILICATA**

Diverse convenzioni con Università italiane sia con finalità di collaborazione per tirocini formativi che di ricerca una per tutte Fondazione Stella Maris di Calambrone di Pisa (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

Partecipazione alle attività di ricerca del CNR-Istituto di Fisiologia Clinica dell'Università di Pisa-Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sociali, Area Ricerca e Scuola di Alta Specializzazione. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri)

Formazione di n. 2 tirocinanti psicologhe. (a.t. ex-ASL 1 Venosa)

## **REGIONE CALABRIA**

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 2013 è proseguita la collaborazione con l'Università di Cagliari per l'elaborazione e la realizzazione di progetti di ricerca e prevenzione. Inoltre, sono state organizzate lezioni rivolte a medici specializzandi e a studenti universitari.

Nel 2013 si sono poste le basi per l'avvio e la realizzazione, per il 2014, di un corso di Alcolologia nella scuola di Specializzazione in Medicina Generale.

## **6.5. Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale *no profit***

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

La collaborazione del Ser.D. con i Gruppi di auto-aiuto (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi) si concretizza nella progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di diverse attività formative.

### **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 le Associazioni degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi.

#### **ASL TO2 e CN1**

E' costante la convenzione annuale delle ASL con le ACAT territoriali per la realizzazione di interventi di presa in carico ma anche di prevenzione, integrati tra pubblico e privato sociale.

#### **ASL TO3**

Il Servizio di Alcologia ha messo a disposizione del CAT di Beinasco i locali ove riunirsi una sera la settimana e un educatore professionale specificamente formato con funzioni di insegnante. Continua la collaborazione con l'ACAT Valli Pinerolesi.

#### **ASL TO5**

È costante da anni la collaborazione tra le ACAT locali e il Dipartimento Dipendenze. Sono attivi 11 CAT con il contributo di 4 operatori del Dipartimento Dipendenze in qualità di Servitori-Insegnanti.

#### **ASL AL**

Adesione a iniziative di sensibilizzazione e pubblica informazione e coinvolgimento dei soggetti a iniziative di prevenzione territoriali locali o all'interno di progetti. Collaborazione con CAT e AA.

#### **ASL BI**

Prosecuzione dei gruppi di auto-mutuo aiuto gestito dal personale interno.

#### **ASL VC**

Collaborazione con CAT.

## ASL VCO

Costante la collaborazione con ACAT-VCO e AA per la presa in carico delle famiglie degli alcolisti e per la realizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione sul territorio (Scuole alcolologiche territoriali di I, II e III modulo).

## REGIONE LOMBARDIA

Il nuovo Piano di Azione Regionale promuove e rafforza 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.

Nel 2013 le iniziative di supporto e di collaborazione che hanno visto coinvolte le Associazioni di auto mutuo aiuto sono state n. 15.

## P.A. BOLZANO

Sono proseguiti i rapporti di collaborazione dei Servizi specialistici con le realtà associative riconosciute sul territorio di competenza, con le Cooperative Sociali e di Lavoro, con le Comunità Comprensoriali, con i Gruppi di auto-aiuto, con il Centro Mediazione Lavoro, deputate all'inserimento lavorativo e abitativo, per la verifica e valutazione degli inserimenti di alcolodipendenti presso specifiche strutture.

Il Privato sociale convenzionato ha mantenuto e stabilizzato l'offerta di gruppi di auto-aiuto, gruppi informativi e di sostegno per familiari, gruppi specifici a conduzione professionale, colloqui singoli di sostegno per le persone in trattamento ma anche per quelle che hanno terminato con successo un trattamento di disintossicazione ambulatoriale o residenziale. Questi gruppi, condotti con frequenza settimanale da operatori specialisti ma anche da volontari, costituiscono un momento di confronto per pazienti in astinenza e che si stanno impegnando su obiettivi comuni. Vengono affrontate soprattutto le problematiche di una "vita senza alcol" e condivise esperienze.

Da segnalare l'integrazione di alcuni nuovi Servizi: un Servizio di accompagnamento educativo finalizzato a favorire il reale reinserimento sociale del soggetto alcolista nel territorio e alcune nuove Cooperative.

## **P.A. TRENTO**

Prosegue da numerosi anni una proficua collaborazione dei Servizi di Alcologia della Provincia con l'Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (APCAT) del Trentino e i gruppi di Alcolisti Anonimi (AA).

## **REGIONE VENETO**

La collaborazione tra Servizi pubblici specialistici di Alcologia del Veneto, le Associazioni di auto mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale non profit, anche nel 2013, ha permesso la realizzazione di iniziative volte al sostegno e alla promozione del medesimo associazionismo.

L'attività clinica è stata svolta in stretta collaborazione con le Associazioni e con le Comunità terapeutiche, per l'attuazione di programmi sia ambulatoriali sia residenziali. Questa alleanza operativa ha sostenuto tutte le attività dipartimentali, sia in ambito terapeutico-assistenziale che preventivo, secondo una logica di "rete" tra le varie agenzie pubbliche e private che si occupano di problemi alcol correlati (*P.A.C.*), con l'obiettivo di fornire risposte adeguate alla complessità dei bisogni, sempre in evoluzione, delle persone e delle famiglie.

Il 95% delle Alcologie coinvolge direttamente le Associazioni nelle attività del Dipartimento attraverso Comitati dipartimentali formalizzati e con la partecipazione al *Comitato dipartimentale allargato*; il 90% delle Alcologie offre attività formative ed il 76% le sostiene attraverso l'erogazione di contributi economici.

La totalità dei Servizi Alcolologici del Veneto dichiara di interagire sia con gli A.A. che con i C.A.T., seguendo la logica di lavoro in sinergia, coinvolgendo attivamente nei vari specifici momenti le Associazioni presenti nel territorio, anche attraverso la stipula di specifiche convenzioni/accordi.

Gli accordi di collaborazione presentano alcune differenziazioni nelle modalità di realizzazione: per quanto riguarda la condivisione della presa in carico, come per le annualità precedenti, si evidenzia una più marcata alleanza terapeutica con i C.A.T. rispetto agli A.A., mentre non si rilevano delle differenze significative per altri aspetti (quali la consulenza e il monitoraggio dei casi). L'86% delle Aziende Ulss stipula convenzioni con le Associazioni ed accordi, finalizzati a favorire la diffusione, il funzionamento e le attività dei gruppi di auto-aiuto.

Il legame tra il Servizio pubblico e il Volontariato nel settore alcolologico si mantiene anche attraverso il sostegno concreto del Volontariato e del Privato sociale; le Alcologie operanti nel territorio Veneto coinvolgono direttamente le Associazioni nelle iniziative dipartimentali. 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.

Gli operatori dei Servizi alcolologici del Veneto, infatti, garantiscono 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).

Le Alcologie nel 2013 hanno inoltre sostenuto le attività del Privato sociale e del Volontariato attraverso:

- l'organizzazione di incontri e partecipazione a iniziative locali, provinciali e regionali delle ACAT e degli AA;
- incontri di formazione e informazione sulla gestione della persona con “*Problemi alcol correlati*” (P.A.C.); Attivazione concordata del *Progetto “Non solo cura, ma cultura”*;
- incontri periodici con i referenti delle Associazioni di Auto Mutuo Aiuto per la programmazione condivisa delle iniziative;
- la partecipazione a corsi e supervisione per operatori Comunità Terapeutiche;
- l'attivazione di iniziative preventive in collaborazione col Privato sociale (formale ed informale) in occasione del *Mese di aprile* dedicato alla prevenzione alcolologica;
- l'organizzazione di settimane di sensibilizzazione e giornate di formazione su argomenti specifici;
- nel 2013 l'85,7% delle Azienda Ulss ha stipulato con le Associazioni convenzioni finalizzate alla gestione dei Club nel territorio 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 in generale;
- in Veneto, nel 76% dei casi, forniscono anche spazi in strutture pubbliche per riunioni dei gruppi delle Associazioni di volontariato e del Privato sociale;
- nel 76% si erogano contributi economici (ancorché questo dato sia in discesa rispetto alle annualità precedenti).

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Sono state adottate iniziative in convenzione con le Associazioni presenti sul territorio: - convenzione con l'Associazione AsTrA per la gestione di un gruppo appartamento per persone in trattamento prolungato;

- contributi erogati alle Associazioni AsTrA, ACAT, Hyperion, per attività specifiche relative alla cura dei problemi alcol correlati (P.A.C.) in integrazione con le azioni del Servizio;

- collaborazione con le due ACAT Territoriali (ACAT “Goriziana” e “Basso Isontino”);

- collaborazione con i gruppi Alcolisti Anonimi;

- convenzione con l'Associazione ACAT Udinese per la gestione dei *Clubs* degli Alcolisti in Trattamento in tutti i Comuni afferenti all'ASS n° 4 Medio Friuli;

- “Interclub in Carcere”, nel mese di giugno 2013, in collaborazione con la Casa Circondariale di Udine, il Comune di Udine, l'ACAT Udinese e l'ASS n°4 Medio-Friuli.

## **REGIONE LIGURIA**

Le relazioni tra i N.O.A. e le Associazioni di auto-mutuo aiuto sono consolidate in tutto l'ambito regionale. I NOA hanno attivato una buona rete di collaborazione e coordinamento degli interventi sia con i gruppi di auto-mutuo aiuto, sia con le organizzazioni del Terzo Settore, sia con le strutture del Privato sociale.

In alcuni casi i gruppi CAT sono coordinati da un operatore del NOA, in altri sono stati stipulati accordi con le strutture del Privato sociale per la cogestione di progetti e attività del NOA da parte del personale del Servizio pubblico e privato accreditato.

Si sono consolidati i rapporti di collaborazione tra i NOA e i gruppi di auto-aiuto (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi) concretizzatisi nella progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di alcune attività formative in comune, anche attraverso attività di sensibilizzazione in diverse fiere, sagre, feste e mercati.

Sono stati attuati dei corsi di formazione destinati al Volontariato sociale, per facilitatori di gruppi di auto aiuto rivolti ai genitori di figli con problematiche d'abuso di sostanze, in collaborazione con l'Associazione "*Genitori Insieme*".

Le collaborazioni con il Terzo Settore nel territorio della ASL5 spezzino riguardano soprattutto la CARITAS Diocesana locale, che ha attivato una struttura di accoglienza per persone con problemi e patologie alcol correlate e senza fissa dimora, che invia con regolarità al Servizio al fine di concordare un trattamento adeguato.

Sono stati attivati programmi di cooperazione con l'ARCAT (Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento) in cui si è svolta attività di formazione per i medici di base e per il personale, oltre a un corso di sensibilizzazione per i volontari.

Sempre in collaborazione con l'ARCAT, come integrazione della Rete 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 2011.

Nel mese di Aprile, come consuetudine regionale da almeno tre anni, un seminario regionale è stato dedicato alla collaborazione con le tre Associazioni firmatarie del protocollo. Infatti ogni anno, all'interno del gruppo di monitoraggio sull'accordo, viene deciso in modo condiviso come organizzare il seminario, su quale focus, con quali relatori. Il seminario ripropone un format dal titolo "Antiche risorse, nuovi legami".

Nell'anno 2013 l'approfondimento ha riguardato il concetto di "guarigione- cambiamento" evidenziato dal sottotitolo "Nulla sarà più come prima".

## **REGIONE TOSCANA**

In sintonia con le "*Linee di intervento su droghe sintetiche ed alcol*" del PSR 2007-2010 e del PSR 2008-2010 che prevedono la valorizzazione dei gruppi di volontariato e dell'auto-aiuto e il rafforzamento dell'integrazione con la rete dei servizi pubblici, nel corso del 2013 sono state realizzate le seguenti iniziative:

- 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 alcolica, nelle attività di formazione, nelle diverse iniziative pubbliche.

## **REGIONE MARCHE**

Tutti i Servizi hanno adottato forme di collaborazione con Associazioni di auto-mutuo aiuto (CAT, Alcolisti Anonimi) e con le organizzazioni del Privato sociale non profit che si occupano anche di problemi sociali correlati all'uso di alcol (Caritas).

## **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 alcolici 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.

In collaborazione con l'ARCAT Abruzzo ad Avezzano e in altri Comuni della Marsica sono stati realizzati i seguenti moduli formativi: 1) I° Modulo: "*Famiglie nuove del Club*", 2) II° Modulo: "*Famiglie Anziane*", 3) III° Modulo: "*Popolazione generale*".

## **REGIONE MOLISE**

I Servizi per le Tossicodipendenze hanno instaurato un clima di collaborazione con gruppi di auto-mutuo-aiuto che costituiscono una risorsa importante sia per gli alcolisti sia per le loro famiglie. Questa modalità di trattamento integrato tra i Ser.T. e i CAT - Club Alcolologici Territoriali e/o gli A.A. - Alcolisti Anonimi, hanno permesso alla famiglie, successivamente alla fase acuta, trattata esclusivamente dai Ser.T., di iniziare un percorso alternativo e di lunga durata finalizzato al cambiamento dello stile di vita in uno *alcol-free*.

## **REGIONE CAMPANIA**

La collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto (AMA) si è intensificata, in particolare presso alcune AASSLL, sia in seguito alle iniziative di formazione organizzate congiuntamente sia con la elaborazione di precisi accordi operativi locali. Il risultato di queste iniziative si è concretizzato poi in un ampliamento dell'offerta di percorsi di presa in carico integrati e multidisciplinari.

## **REGIONE PUGLIA**

Si segnala 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).

Con propria relazione, il Presidente dell'ARCAT Puglia ha comunicato che, nell'anno 2013, i Club attivi e operanti in Puglia, in numero pari a 46, hanno svolto una regolare ed incessante attività di sostegno alle famiglie con problemi alcol-correlati e di prevenzione e promozione della salute rivolta alla comunità, secondo l'approccio ecologico sociale del metodo Hudolin.

## **REGIONE BASILICATA**

Sul territorio della Regione si è consolidato il modello di "*lavoro di rete*" tra ASL, Associazioni, Volontariato, Centri di aggregazione giovanile.

## **REGIONE CALABRIA**

Al fine di favorire l'accesso ai trattamenti integrati sono stati elaborati dei protocolli di accoglienza in collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto, CAT e Alcolisti Anonimi, diffuse 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**

In tutte le Aziende sanitarie si è registrata una continua collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto (AMA), in particolare con i Club Alcolisti Territoriali (CAT) e gli Alcolisti Anonimi (AA).

## **REGIONE SARDEGNA**

La Regione Sardegna ha visto consolidarsi negli anni due tipologie di associazioni che operano nel settore dell'Alcologia: l'ARCAT, che riunisce 87 Clubs di Alcolisti in Trattamento e il gruppo degli Alcolisti Anonimi, a cui fanno capo 7 Associazioni territoriali. Tali Associazioni svolgono un'importante funzione di supporto per i soggetti affetti da dipendenza da alcol e per i loro familiari. Infatti, a tutte le famiglie prese in carico dai Servizi viene proposta la frequenza del Club degli Alcolisti in Trattamento più vicino per residenza.

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 alcologiche territoriali e l'organizzazione di Interclub zonali e regionali.

La Regione si è resa disponibile ad offrire locali e personale formato a sostegno delle iniziative promosse dai diversi gruppi AMA attivati all'interno del Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-Correlati di Cagliari e del DSM.

Inoltre, i gruppi AMA sono stati coinvolti nella iniziativa progettuale definita "B.A.S.S." che propone un modello di reinserimento socio-lavorativo integrato, rivolto a persone con problematiche di uso e/o abuso di sostanze, residenti nel territorio della "Comunità Montana del Nuorese – Gennargentu – Supramonte – Barbagia" che hanno effettuato e stanno effettuando o devono iniziare un programma terapeutico di recupero individuale.

**6.6. Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11 legge 125/01** (*Strutture di accoglienza per pazienti alcolodipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cura prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital*).

## **REGIONE VALLE d'AOSTA**

Nella Regione Valle d'Aosta vi sono le seguenti strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11 della legge 125/01:

- Comunità Terapeutica “Casa della salute della mente”.
- Comunità Terapeutica “Bourgeon de vie”.
- Servizio di Educativa Territoriale Millefiori.
- Comunità Terapeutica “La Svolta”.
- Gruppo Appartamento “Ensemblo”.

## **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 per alcolodipendenti.

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

Nel 2013 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. Al momento un gruppo di lavoro, di cui fa parte il Servizio di Alcologia e il personale dell'ospedale S. Pancrazio, sta rivedendo e aggiornando l'intero pacchetto teorico che sta alla base dell'intervento concreto attuato in questa struttura.

## **REGIONE VENETO**

Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza residenziale sono soddisfatte nell'81,8% dei casi dal Privato sociale e nel restante 18,2% dalle strutture pubbliche, particolarmente presenti nel territorio trevigiano e veronese.

L'analisi dell'offerta delle Comunità terapeutiche private, nel 2013 evidenzia che il dato sul convenzionamento delle strutture si dimostra stabile rispetto alle precedenti annualità. 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 personalizzato.

A questa offerta, che costituisce l'elemento costante principale, si aggiungono nei diversi territori 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).

Utilizzo di quattro posti letto (Modulo Alcolologico) presso la R.S.A. di Cormons (distretto A.I.) per la partecipazione "protetta" dei ricoverati al "Trattamento Integrato" che si svolge giornalmente presso il Ser.T di Gorizia.

## **REGIONE LIGURIA**

Nella Regione Liguria vi sono strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11, nelle quali sono presi in carico soggetti che svolgono programmi riabilitativi. Tutte le strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative specifiche del Privato sociale e presenti in Liguria hanno specifici programmi per soggetti con dipendenza da alcol. 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 proseguita nell'anno 2013 una riflessione per adeguare ai bisogni dei pazienti alcolisti i programmi proposti, anche in considerazione delle caratteristiche dei soggetti inviati alle strutture di accoglienza.

I contenuti discussi sono confluiti nella redazione del nuovo Accordo Regione Emilia Romagna – Coordinamento Enti Accreditati.

## **REGIONE TOSCANA**

Le strutture private che si occupano di alcoldipendenza presenti sul territorio regionale toscano sono di diversa natura: Enti ausiliari autorizzati e convenzionati con il SSR, quali la casa famiglia “*Crisalide*” gestita dal Ce.I.S. di Lucca, il Gruppo “*Incontro*” di Pistoia e, infine, la Casa di cura “*Villa dei Pini*” a Firenze, che attiva programmi di trattamento psico-medico-sociale che non superano i 30 giorni, secondo l'art. 11 comma 2 della Legge 125/2001.

Tra le strutture pubbliche, a Pontedera (Pisa) ha sede il Centro Osservazione e Diagnosi “*La Badia*”, di natura semiresidenziale e residenziale, gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 5 di Pisa. A Firenze si trova il Centro Diurno “*La Fortezza*”, con attività anche di *Day Hospital*, che offre un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 10 di Firenze.

## **REGIONE UMBRIA**

In Umbria al momento non sono presenti Comunità residenziali con finalità di trattamento specifico dei problemi alcol-correlati, tuttavia alcune delle strutture per tossicodipendenti esistenti nel territorio regionale accolgono anche, all'occorrenza, utenti di questa tipologia,

adeguando il programma terapeutico alle esigenze specifiche; queste strutture hanno sviluppato stretti rapporti di collaborazione sia con i servizi ASL che con le Associazioni di auto-mutuo-aiuto.

E' inoltre presente il Gruppo famiglia "Pindaro", di Perugia, che accoglie ogni anno circa 20 utenti in regime residenziale e circa 30 in semiresidenziale.

Non sono presenti in Umbria strutture di tipo ospedaliero, specifiche per la disintossicazione ed il primo trattamento; i pazienti di questa tipologia sono inviati, quando valutato opportuno, in strutture fuori regione.

## **REGIONE MARCHE**

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), il Centro diurno Arya-Jesi.

## **REGIONE LAZIO**

Nella provincia di Viterbo sono presenti due Centri: il Centro Diurno a Bassa Soglia di prima accoglienza e il Centro Specialistico Residenziale FISPA per il trattamento.

Presso il Policlinico Umberto I di Roma è presente un Centro diurno di accoglienza e riabilitazione.

## **REGIONE ABRUZZO**

Al momento sussiste una Proposta/Progetto per l'attivazione di un Centro Alcolologico residenziale e semiresidenziale. Nell'ambito delle Comunità Terapeutiche per ex tossicodipendenti attive nel territorio regionale, inoltre, una struttura in particolare accoglie soggetti con problemi di alcoldipendenza.

## **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 alcoldipendenti, 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 Alcologico presso il P.O. di Chiaromonte (PZ) – ASL n. 3.
- Completamento della realizzazione del Centro di Riabilitazione Alcologica (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

## **REGIONE CALABRIA**

Nella Regione quasi tutte le Comunità Terapeutiche accreditate hanno programmi specifici per alcolodipendenti.

## **REGIONE SICILIA**

Con Decreto del 7 luglio 2010 sono stati definiti i requisiti strutturali ed organizzativi per l’accreditamento delle strutture residenziali di tipo terapeutico-riabilitativo per alcolisti. Ancora nell’anno 2013 tuttavia non è operante alcuna struttura. Al momento le necessità di accoglienza trovano risposta all’interno delle strutture del Privato sociale accreditate per soggetti tossicodipendenti.

## **REGIONE SARDEGNA**

Attiva è la collaborazione dei Ser.D con i relativi inserimenti residenziali presso le strutture private della Regione Sardegna: “Comunità terapeutiche per alcolodipendenti”. Queste Comunità sono presenti su tutto il territorio regionale, quali centri di riferimento per momenti di crisi e di ricadute, e collaborano per la cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi alcol correlati. I Ser.D mantengono la titolarità dei progetti terapeutici.

## **6.7. Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge**

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

E' stato messo in atto un protocollo con la medicina legale che prevede l'invio al Ser.D. da parte della medicina legale di tutti i soggetti a loro segnalati per la revisione della patente (categoria A) o per rinnovo patente (categoria B).

Nel corso del 2013 sono stato seguiti i seguenti casi seguiti:

- Categoria A

Soggetti che hanno avuto la sospensione della patente (o per la prima volta o che risultano recidivi) per guida in stato di ebbrezza alcolica (e quindi non consumatori di altre sostanze) e che ne devono ottenere la revisione, devono, cioè, essere ritenuti di nuovo idonei alla guida.

Iter seguito: visita medica e incontro di riflessione di gruppo.

Numero gruppi effettuati: 22 per un totale di 142 pazienti.

- Categoria B

Tutti coloro che devono solo riconfermare il rinnovo per la patente di guida, già ottenuta, dopo un qualsiasi periodo di sospensione (sono consumatori di tutte le sostanze e di solito, sono soggetti per i quali la CML nutre dei dubbi e che coinvolge il Ser.T essenzialmente per una consulenza tossicologica specialistica.)

Iter seguito: visita medica, totale pazienti: 16.

### **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 alcolisti alla Commissione Patenti.

Nell'ambito di tali attività si sono realizzate tra i medici incaricati, riunioni periodiche di confronto sull'andamento dell'attività in Commissione, con l'obiettivo di un approccio condiviso nella valutazione dei PPAC.

- *Protocollo dipartimentale: alcol e patente di guida.* Il protocollo descrive il percorso dei pazienti inviati al Ser.T. dalle CMPP (Commissioni Mediche Provinciali Patenti).

In un'ottica di collaborazione tra Servizi, le S.C. del Dipartimento offrono un percorso valutativo/informativo alle persone che sono inviate dalla CMPP e che volontariamente o inviate dalla prefettura chiedono di effettuare un programma presso gli ambulatori di alcologia competenti per i rispettivi territori.

- *Protocollo su "Idoneità alla guida ed Alcol"*. Nel 2012 si è costituito un gruppo di lavoro interdipartimentale (Dipartimento di Patologia Dipendenze e Dipartimento di Medicina Legale) per la stesura del protocollo.

#### ASL AL

- Attivazione presso l'ASL di Alessandria di una collaborazione continuativa con struttura privata convenzionata per disintossicazione.
- Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Alessandria: continuazione percorsi di consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente. Da gennaio 2011 partecipazione stabile di un alcolologo all'interno della CML di Alessandria.
- Incontri con la CML per revisione ottimizzazione protocolli e procedure di invio in soggetti fermati per art. 186 e 186 bis.

#### ASL BI

Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Biella; continua la consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente.

#### ASL CN1

A seguito di un percorso formativo avviato con il progetto "*Pronti a ripartire*" tra la Commissione Medico Locale e i Ser.T. dell'ASL CN1 e CN2, prosegue la collaborazione per la consulenza alcolologica fornita dai medici del Ser.T. alla Commissione Medica Locale di Cuneo nel rispetto di un protocollo condiviso tra le parti. A tutti i soggetti che afferiscono alla Commissione Medica Locale per guida in stato d'ebbrezza è offerta la possibilità di frequentare il Corso "*alcol e guida*" tenuto da operatori del Ser.T.

#### ASL CN2

Prosegue la collaborazione per la consulenza alcolologica fornita dai medici del Ser.T. alla Commissione Medica Locale di Cuneo nel rispetto di un protocollo condiviso tra le parti. Prosegue inoltre la collaborazione col NOT della Prefettura di Cuneo e con le Forze dell'ordine attraverso il tavolo di lavoro finalizzato all'applicazione delle normative con il codice della strada (artt. 186 e 187). Permane la convenzione con la rete A.C.AT di Alba e Bra finalizzata ad ottimizzare risorse di rete ed interventi.

#### ASL VC

Persiste il Protocollo di collaborazione con il Servizio di Medicina Legale in tema di accertamenti ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada (D.Lgs. 285/1992 e successive modificazioni); tre medici del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze partecipano alla Commissione Patenti.

#### ASL VCO

Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Locali Patenti di Verbania, continuazione percorsi di consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente. Definizione di protocollo di collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze e SOC Medicina Legale.

ASL NO

Partecipazione di esperti in alcologia del D.P.D. alla C.M.L. patenti.

#### PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

##### ***Associazione Aliseo Onlus***

- Continuazione del progetto *Riempi il tempo*: progetto il cui obiettivo è favorire processi di reintegrazione e ri-socializzazione per donne e uomini alcolisti che vivono un particolare disagio legato a solitudine e isolamento. Il progetto si avvale di uno spazio-alloggio in cui, secondo un progetto terapeutico, le persone possono incontrarsi e condividere attività e momenti di riflessione.

-Nell'autunno del 2013, due operatori del Servizio di accoglienza, per un totale di 30 ore settimanali, hanno iniziato un collaborazione per un progetto sulla domiciliarità "Fuori e dentro di me" per alcolodipendenti "*Dalla patologia alla valorizzazione dei luoghi, dei legami e delle risorse*". Progetto di sostegno domiciliare per il contrasto dell'isolamento e della marginalità sociale rivolto agli utenti del Ser.D dell'ASL TO1 OVEST.

- Realizzazione di una mappatura della popolazione migrante del territorio dell'ASL TO1 OVEST e analisi del fenomeno di abuso/dipendenza alcolica relativa a ad essa in collaborazione i Servizi pubblici e del Privato sociale.

#### **REGIONE LOMBARDIA**

Nel 2013 la rete degli Osservatori territoriali è stata coordinata dal Tavolo tecnico degli Osservatori territoriali e dai Dipartimenti delle Dipendenze, uno per ogni ASL, e dalla partecipazione attiva, a livello locale, dei rappresentanti delle Associazioni del Privato sociale, degli operatori dei Servizi territoriali, dell'Associazione dei Comuni, dell'Unione delle Province Lombarde, dalla Direzione dell'Ufficio Scolastico Regionale, della Prefettura, della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, dal Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria e dai Rappresentanti del Tavolo permanente del Terzo Settore.

Le attività di coordinamento prevedono una attenta analisi del fenomeno mediante la raccolta e l'elaborazione dei flussi informativi provenienti dal territorio. Questa prima attività permette di promuovere e organizzare i corsi di formazione e specializzazione professionale necessari a rendere operativi i futuri addetti dell'area socio-assistenziale, educativa e sanitaria. Infine, attraverso l'organizzazione di convegni, seminari, dibattiti, incontri e pubblicazioni, vengono diffusi i risultati.

In quest'area, i protocolli di collaborazione redatti nel 2013 sul territorio sono stati 24.

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

Nell'ottica di continuità, sono state applicate le convenzioni in vigore stipulate fra Istituzioni pubbliche (Provincia, Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Comunità Comprensoriali) e Servizi specialistici, nonché i protocolli operativi fra gli stessi Servizi sanitari e sociali e sono stati

mantenuti 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 secondaria presenti sul territorio provinciale. Ci sono stati incontri periodici fra operatori dei diversi Servizi specialistici per una migliore coordinazione del lavoro di rete e per un approccio clinico condiviso nella gestione di pazienti comuni.

## **P.A. TRENTO**

- Convenzione con APCAT (Associazione Provinciale Club Alcolisti in Trattamento).
- Convenzione con Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

## **REGIONE VENETO**

Anche nel 2013 rimangono attive le collaborazioni all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto, realizzate con la stipula di 109 piani, convenzioni (con Comuni, Terzo settore ed Associazionismo e altri soggetti pubblici) finalizzati alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi alcol correlati. Il 40,5% viene stipulato tra Servizi pubblici mentre il 59,5% degli accordi vede coinvolto il Terzo Settore (Privato sociale e il Volontariato).

Gli accordi con le realtà pubbliche vengono redatti per favorire:

- il trattamento delle persone con doppia diagnosi in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale (P.D.T.A.);
- gli inserimenti socio-lavorativi protetti, tramite i S.I.L. (Servizio per l'inserimento lavorativo): ambito favorente la stesura di convenzioni tra Consorzi di cooperative sociali ed i Centri per l'impiego provinciali;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consulenti familiari ed i Servizi tutela minori;
- la Continuità assistenziale, rendendo maggiormente fattivi i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina, Gastroenterologia;
- la concreta collaborazione con le Unità Operative di malattie infettive;
- le collaborazioni con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con le Forze dell'ordine, con i Comuni ed altri soggetti pubblici.

Proseguono le collaborazioni attive interne ai Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto, concretizzate tramite la stipula di numerosi protocolli, piani, convenzioni (con Comuni, altri soggetti pubblici, Terzo settore ed Associazionismo) finalizzate alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi e patologie alcol correlati.

Il Terzo settore (Privato sociale e il Volontariato) viene coinvolto, nella maggior parte degli accordi, principalmente per:

- garantire l'integrazione operativa tra Servizi di Alcolologia ed A.C.A.T., favorendo l'operato dei club presenti nel territorio, con l'attivazione di diverse iniziative che rientrano nelle attività dell'approccio ecologico-sociale (Scuole alcolologico-territoriali SAT di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione);
- rafforzare i rapporti terapeutico-assistenziali con le Comunità Terapeutiche, accreditate dalla Regione Veneto, che accolgono anche pazienti alcolisti.

Gli accordi che vengono stipulati tra Servizi pubblici favoriscono e consolidano:

- il mantenimento della collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, secondo la procedura operativa per la gestione dei casi di comorbilità psichiatrica, estesa anche ai problemi alcol correlati;
- la Continuità assistenziale, rafforzando i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina e U.O. di Gastroenterologia;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consultori familiari ed i Servizi tutela minori;
- le collaborazioni con le Unità operative di malattie infettive;
- la co-gestione di progetti territoriali di inserimento socio-lavorativo con la collaborazione dei S.I.L., particolarmente segnalata dalle Aziende Unità Locale Socio Sanitarie venete, anche a seguito della prosecuzione nel 2013 del progetto Ministeriale "R.E.L.I.", sostenuto da un finanziamento dedicato espressamente alle persone socialmente svantaggiate;
- le collaborazioni con le Forze dell'ordine, con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con i Comuni ed altri soggetti pubblici;
- la cooperazione con i Servizi sociali dei Comuni;
- il mantenimento dei rapporti di collaborazione con le Prefetture per la realizzazione di progetti di prevenzione e con l'Ufficio per Esecuzione Pene Esterne U.E.P.E. al carcere;
- il coordinamento con la Commissione medica Provinciale Patenti, per quanto riguarda il tema della guida di veicoli (sanzionati all'art. 186 del Codice Stradale).

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

- Convenzioni con le Associazioni di volontariato Hyperion e ACAT su progetti specifici (ASS1).
- Convenzione con le due ACAT territoriali "Goriziana" e "Basso Isontino".
- Convenzione con l'ACAT "Udinese" (ASS4).
- Convenzione con l'Associazione AsTrA – Trieste per la gestione di una struttura residenziale intermedia (ASS1).
- Convenzione tra l'ASS n°4 Medio Friuli e la struttura di accoglienza "Casa Betania" di Udine.
- Convenzione con l'Associazione *Scuola Europea di 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. I requisiti generali e specifici per tale accreditamento sono descritti nella Deliberazione di Giunta regionale n° 26 del 2005.

Per quanto riguarda i soggetti pubblici, si menzionano le collaborazioni con gli Enti Locali all'interno dei Piani per la salute e il benessere sociale, a cui i Servizi per le Dipendenze/Centri Alcolologici partecipano per le parti di integrazione sociosanitaria legate ai trattamenti e al reinserimento sociale e per i progetti di prevenzione e promozione di sani stili di vita.

## **REGIONE TOSCANA**

Nel corso dell'anno 2013 sono proseguite le seguenti iniziative:

- ampliamento e consolidamento dei rapporti con altri Servizi socio-sanitari presenti sul territorio (Aziende Ospedaliere, Case di Cura, ecc.);
- collaborazione con presidi ospedalieri e/o universitari per ricoveri programmati, *day hospital*, visite ambulatoriali specialistiche di controllo;
- collaborazione con Amministrazioni comunali ed altri Enti locali, Forze dell'Ordine, ecc.;
- stipula da parte delle *équipe* alcoliche/Ser.T di una convenzione con le Comunità terapeutiche presenti sul territorio e con altri Enti o Associazioni (Cei.S, ACAT, Caritas, Comunità Montane, OGAP, Misericordie, ecc.);
- protocolli di collaborazione con alcune Case circondariali a favore dell'utenza con problemi di alcol;
- programmi specifici per i conducenti in violazione dell'art. 186 del Codice della Strada inviati dal Centro di Consulenza Alcolologica per l'effettuazione di un percorso diagnostico e informativo/motivazionale.

## **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.

E' 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. Con analoghi obiettivi è stata siglata una convenzione con il CNR – Istituto di Fisiologia clinica, per la realizzazione delle indagini ESPAD ed IPSAD, sul consumo di sostanze nella popolazione generale e nella popolazione studentesca.

Sono stati avviati gli incontri propedeutici alla stipula di un protocollo di collaborazione tra la Prefettura di Perugia, la Regione, il Comune di Perugia, l'Università, la ASL ed altre istituzioni del territorio perugino, focalizzato sui problemi connessi alla diffusione di sostanze psicoattive legali ed illegali.

## **REGIONE MARCHE**

Sono attivi da anni, presso alcuni Servizi territoriali protocolli di collaborazione o convenzioni con Associazioni ed Enti privati operanti per le finalità della legge.

## **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 2013 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 in fase di realizzazione anche nel 2013.

Accordi sono stati realizzati dal Ser.T. di Nereto anche per la creazione di corsie preferenziali con il Centro di Salute Mentale di Sant'Egidio alla Vibrata, sempre in provincia di Teramo.

## **REGIONE MOLISE**

I Servizi per le tossicodipendenze proseguono le collaborazioni con:

- Enti e Associazioni accreditate che si occupano di dipendenza (es. Associazione Regionale dei Club Alcologici Territoriali, Alcolisti Anonimi, Comunità di recupero accreditate e convenzionate con il Sistema sanitario regionale);

- Aziende ospedaliere o Reparti ospedalieri, per il ricovero di soggetti con Problematiche Alcol-Correlate (PAC) e/o provvedendo alla presa in carico dell'utenza ed al trattamento post-ospedaliero;
- Centri di Alcologia, attualmente non presenti entro il confine regionale;
- Case Circondariali per garantire consulenze e trattamenti ai detenuti ivi ristretti;
- l'Università del Molise per lo svolgimento del tirocinio teorico-pratico per assistenti sociali, psicologi e medici;
- Tribunale per adulti e per minorenni per la definizione e l'attivazione di programmi di osservazione e messa alla prova di soggetti con Problematiche Alcol-Correlate (PAC);
- Prefettura in merito ai soggetti segnalati per la violazione degli artt. 75 e 121 del DPR 309/90;
- Tribunale dei Minori per i soggetti segnalati in relazione all'andamento del trattamento e sul rispetto delle disposizioni date.

## **REGIONE CAMPANIA**

Sono molti i protocolli locali e gli accordi di partnership e collaborazione sanciti tra i Servizi Dipendenze e/o le UO alcologia delle ASSLL con i soggetti a vario titolo presenti sul territorio di competenza di ognuno (Terzo settore, gruppi AMA, Istituti Scolastici, Medici di Medicina Generale, Ospedali, Servizi sanitari di tipo specialistico, Forze dell'ordine, aziende, etc).

Di grande interesse, in tema di protocolli, è la costituzione di *gruppi di lavoro regionali*, ai quali collaborano: Università, Enti Ausiliari, Società scientifiche e Istituzioni.

Questi gruppi di lavoro lavorano soprattutto su due temi di vitale importanza quali: *“alcol e sicurezza sui luoghi di lavoro”* e *“alcol e codice della strada”*.

## **REGIONE PUGLIA**

Esistono, a livello locale, protocolli di collaborazione sottoscritti a livello di Piani di Zona tra EE.LL., Servizi sanitari pubblici e organizzazioni del Privato sociale. Tra questi, si segnala la sottoscrizione, nell'ambito della ASL Foggia, di protocolli d'intesa, tra UNASCA e Scuole Medie Superiori, che, partendo dal confronto, condivisione e assunzione di responsabilità da parte delle Istituzioni e dei portatori di interesse della comunità di riferimento (Scuola, Gestori del *loisir* e Rivenditori di bevande alcoliche e di tabacco, Scuole guida), giunga a promuovere un “Codice Etico” che richiami nei confronti dei giovani i principi della moderazione e dell'attenzione alla salute contenuti nelle linee di indirizzo dei documenti dell'OMS.

## **REGIONE BASILICATA**

Protocolli di collaborazione con le Divisioni di Medicina e con il Dipartimento di Salute Mentale del Presidio Ospedaliero Unificato di Melfi e Venosa.

Convenzione con l'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento della Regione Basilicata (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

Approvazione del “*codice etico per la salute*” promosso dall'ASP, a cui hanno aderito Comuni, Provincia, Associazioni di gestori di locali ecc. Esso contiene una serie di raccomandazioni ed impegni per clienti e gestori stessi, finalizzate ad un consumo responsabile di alcol e a comportamenti di protezione della salute. Sperimentazione del “*codice etico per la salute*” nel territorio di competenza del Ser.T. di Potenza: Comune di Potenza e Comuni delle Aree Programma Alto Basento e Marmo-Platano-Melandro. (a.t. ex-ASL 2 Potenza).

Collaborazioni con UEPE, USSM, Comuni, Provincia, Regione.

## **REGIONE CALABRIA**

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**

A Palermo sono state stipulate convenzioni con la “Casa dei giovani” e con “Opera Don Calabria”.

A Siracusa è stato adottato un protocollo con il reparto di Medicina del P.O. di Augusta per il ricovero, monitoraggio e presa in carico multifattoriale degli etilisti.

## **REGIONE SARDEGNA**

Il Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati lavora in rete mediante la definizione di procedure di collegamento e di protocolli specifici per le diverse aree di intervento, insieme con altri Servizi sanitari (MMG, Ospedali, Centri di Salute Mentale, Centro Trapianti, ecc.), socio sanitari (UVT, Comunità Terapeutiche, ecc.) ed Istituzioni (Comuni, Carcere, Tribunali, UEPE, ecc.); inoltre presta attività di informazione e consulenza per le scuole (C.I.C.).

Il Servizio offerto dal Centro si propone di superare la criticità rappresentata dalla frammentarietà e sovrapposizione degli interventi garantendo il coordinamento e l'unitarietà tra i diversi soggetti istituzionali formalmente deputati all'erogazione di prestazioni nel campo della salute mentale e dell'alcologia. Inoltre, mette in primo piano anche il lavoro di integrazione all'interno del DSM con la valorizzazione delle attività delle diverse UO e della specificità delle diverse discipline e professionalità. Ciò attraverso la definizione di procedure di collegamento e di protocolli specifici per le diverse aree di intervento.

La struttura del Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati è finalizzata a rendere più efficaci ed incisive le attività ed i processi in atto per offrire risposte sistematiche a richieste di cura che, fino ad oggi, hanno trovato solo parzialmente risposta. Si garantisce pertanto la continuità assistenziale per la gestione dei percorsi terapeutici dei pazienti, per la disintossicazione da sostanze alcoliche e il trattamento della sindrome astinenziale.

I Ser.D della Regione Sardegna hanno attivato protocolli operativi per una collaborazione con i Servizi Sociali Comunali.

Il Ser.D. dell'Azienda sanitaria di Nuoro, insieme alla Commissione Pari Opportunità della Provincia e ad altre istituzioni, ha realizzato un primo incontro rivolto ai giovani delle scuole superiori nell'ambito del progetto "Dipendenza o indipendenza", finalizzato a prevenire dipendenze comportamentali patologiche senza uso di droghe attraverso un'informazione più puntuale sia sui rischi sia sui servizi forniti dalla ASL.

Nel Nord Sardegna gli agenti di Polizia Locale hanno tenuto delle iniziative di sensibilizzazione tra gli studenti degli Istituti Superiori della Città, mirate ad alcol, sostanze stupefacenti e guida sicura.

Nell'ambito del territorio regionale si è proceduto all'avvio della programmazione di interventi secondo il progetto "*Network Scuola e Salute*" NeSS, con il coinvolgimento del personale del Servizio di Pediatria di Comunità della ASL per abbattere le barriere tra i diversi operatori e facilitare lo sviluppo di sinergie che aumentino la probabilità di portare nelle Scuole azioni efficaci di promozione e tutela della salute. L'obiettivo è stato creare una rete di operatori della promozione della salute che siano competenti e desiderosi di confrontarsi, scambiarsi informazioni e condividere una metodologia di lavoro comune per rispondere al meglio alle esigenze, alle dinamiche e alle problematiche sulle dipendenze anche da alcol nel mondo della Scuola.

## **6.8. Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida**

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

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine, nel corso di sagre e feste, ai fini della sensibilizzazione ed informazione della popolazione sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro accompagnati dalla distribuzione di etilometri tascabili.

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine ed i gestori di Scuole Guida ai fini della sensibilizzazione ed informazione dei futuri patentati sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro accompagnati dalla distribuzione di etilometri tascabili.

### **REGIONE PIEMONTE**

ASL CN 1: in provincia di Cuneo è attivo presso la Prefettura il “*Gruppo Provinciale Interistituzionale per la prevenzione dei comportamenti a rischio*”, con la partecipazione delle Forze dell'ordine, dei Consorzi Socio-Assistenziali, dei Ser.T e della Provincia. All'interno di tale Gruppo ci si confronta sui temi dell'abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol, e si tracciano strategie di sviluppo di interventi di prevenzione sul territorio anche in materia, per esempio, di Guida&Alcol.

È stato pubblicato, a cura del Gruppo Interistituzionale con la collaborazione anche della Motorizzazione, un opuscolo informativo che viene periodicamente aggiornato in base alle variazioni legislative, in cui sono dettagliate le conseguenze amministrative e penali sulla patente di guida determinate dalla contestazione degli art. 186 e 187 del codice della strada.

### **REGIONE LOMBARDIA**

Le azioni di prevenzione attivate nel territorio regionale, anche se numerose, rischiano di avere uno scarso impatto sul fenomeno se restano frammentate nel loro sviluppo territoriale. La Regione, attraverso il Piano di Azione Regionale (PAR), riorganizza le politiche territoriali comuni, in modo che si orientino gli interventi di prevenzione verso programmi scientificamente validati e riconosciuti dalla EMCDDA, organismo europeo di riferimento, nell'articolazione di prevenzione universale e selettiva indicata.

In concreto, intende proseguire nell'azione avviata secondo due direzioni: nella prima, dare continuità a quanto contenuto nei protocolli di collaborazione con istituzioni quali Scuola e

Prefetture, e nella seconda ai Piani di Zona che vedono interagire localmente Comuni, ASL e Terzo settore. I Protocolli sottoscritti per le attività svolte nel 2013, sono stati complessivamente n. 16.

## **P.A. BOLZANO**

E' proseguita la partecipazione di referenti dei diversi Servizi sanitari agli incontri del "Gruppo di coordinamento provinciale alcol" nonché l'accompagnamento di diversi Comuni nell'organizzazione e nella conduzione di programmi preventivi, nella logica che i Comuni, in quanto spazi vitali immediatamente accessibili, offrono una base di partenza ideale per integrare iniziative e progetti di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute.

Inoltre la distribuzione del "Kit" predisposto per i Comuni che, oltre a materiale informativo, contiene anche proposte concrete di intervento per l'organizzazione di feste e balli così come per la protezione dei giovani, ha raggiunto nel 2013 sessanta Comuni dei centosedici esistenti.

Con la legge provinciale "Interventi in materia di dipendenze" viene data possibilità ai Comuni di rilasciare alcune disposizioni per la prevenzione dell'abuso di bevande alcoliche. Secondo l'ultima rivelazione, settantuno Comuni altoatesini hanno rilasciato un'ordinanza comunale o adottato misure contro l'abuso di alcol.

## **P.A. TRENTO**

E' stato stipulato un Protocollo di intesa con la Commissione Medica locale Patenti secondo il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a sottoporsi alla visita presso la stessa Commissione. Prima di compiere tale visita le persone fermate sono tenute a presentarsi presso i Servizi di Alcologia per una consulenza alcolologica. In tale circostanza il Servizio di Alcologia competente per Distretto di residenza propone a tutti la frequenza ad un ciclo di 3 incontri in cui vengono illustrati ed analizzati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. La rilevanza della partecipazione a questo ciclo di incontri è convalidata dal fatto che alcuni giudici ne hanno stabilito l'obbligatorietà nelle loro sentenze per guida in stato di ebbrezza.

Protocollo d'Intesa con la Casa Circondariale di Trento con presenza una volta alla settimana di un operatore del Servizio di Alcologia presso il Carcere al fine di svolgere i colloqui richiesti.

Collaborazione proficua con l'UEPE per l'elaborazione di progetti che mettano in atto misure alternative al Carcere per persone condannate a pena detentiva.

Partecipazione alla sottocommissione alcol della Conferenza Stato-Regioni e collaborazione all'organizzazione della Conferenza Alcol di Trieste.

## REGIONE VENETO

Per quanto concerne le attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, Municipali e altre, si premette che 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 2013, così come non era stato registrato un impegno diretto in tal senso negli anni precedenti.

Si sono invece ulteriormente consolidate sia le iniziative per sostenere e favorire il rispetto delle norme relative alla guida di autoveicoli che gli interventi in materia di pubblicità, con una percentuale delle Aziende Ulss che dichiarano di aver collaborato con le competenti istituzioni rispettivamente nel 47,6% e nel 28,5% dei casi.

Le iniziative più diffuse continuano a riguardare:

- la predisposizione di materiale informativo su alcol e guida;
- l'organizzazione di incontri informativo-educativi con studenti delle Scuole medie inferiori e degli istituti superiori riguardo agli effetti dell'alcol per la guida, alla normativa e alle sanzioni previste dal codice della strada, anche avvalendosi della metodologia della *peer-education*. Si segnala in particolare l'esperienza avviata con gli studenti di alcuni istituti alberghieri, per il duplice ruolo di realtà scolastica e di formazione per figure professionali che lavoreranno confrontandosi con le bevande alcoliche;
- l'attivazione di corsi rivolti alle persone segnalate per guida in stato di ebbrezza ed inviate per una valutazione clinica dalle Commissioni Mediche Provinciali Patenti;
- le misurazioni del tasso alcolemico all'uscita di numerosi locali notturni: discoteche, pub, ecc.;
- varie collaborazioni con Polizia municipale, Polizia stradale e altre Forze dell'ordine in specifiche situazioni/eventi o in forma più continuativa attraverso la condivisione di specifici progetti;
- l'approvazione di linee di indirizzo sul consumo di alcol, riferite in particolare alle bevande alcoliche utilizzate in occasione di sagre, feste paesane o di quartiere o regolamenti relativi al consumo di alcolici nei pubblici esercizi;
- la promozione di campagne di informazione riguardanti la vendita e la somministrazione di alcolici, a specifici *target* come i giovani, le donne in gravidanza e allattamento, anche attraverso la distribuzione di materiali informativi e le nuove tecnologie, volte a promuovere degli stili di vita sani e l'assunzione di comportamenti responsabili rispetto al consumo di alcolici;
- la realizzazione di incontri e di altre attività di vario genere rivolte alla popolazione in merito alle tematiche alcol correlate, in particolare durante il periodo di aprile, nel corso del "*Mese della prevenzione alcologica*".

## **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 2013 sono inoltre state sperimentate attività intensive di sostegno per i cittadini recidivi alla violazione dell'art. 186 del codice della strada.

Per quanto riguarda la collaborazione con le Autoscuole in favore dei cittadini che per la prima volta prendono la patente, sono stati avviati tre corsi di formazione sperimentali rivolti ai docenti delle Autoscuole attraverso una collaborazione con le loro Associazioni di categoria e l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale.

## **REGIONE TOSCANA**

- Collaborazioni tra Regione Toscana e competenti Servizi delle Aziende USL all'interno dei tavoli attivati dalle Prefetture della Toscana.

- Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

- Collaborazione con il Centro Collaboratore dell'OMS per la promozione della salute.

- Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di materiale informativo rivolto sia alla popolazione generale sia ad un *target* specifico operante nel Sistema Sanitario o comunque nei contesti di promozione della salute (medici, infermieri, psicologi, ecc.) e per le attività del "*Mese di Prevenzione*".
- Collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).
- Collaborazione con le competenti Istituzioni centrali.
- Collaborazione con la Polizia municipale, con le Forze dell'Ordine, con le Province e i Comuni per la prevenzione e l'informazione in occasione delle manifestazioni locali.
- Collaborazione con i distaccamenti ACI presenti sul territorio al fine di lavorare in sinergia per la riduzione degli incidenti alcol correlati.

## **REGIONE UMBRIA**

Con la DGR n. 1423 del 3/9/2007 è stato adottato il "*Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza*".

Nel corso del 2013 la Regione ha 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 (STOP) hanno realizzato diverse collaborazioni con gli organi della Prefettura, della Questura, Comune, Province, Associazioni scolastiche e di volontariato e promozione sociale.

Tutti gli STOP del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche (DDP) dell'Area Vasta di Macerata partecipano al progetto "*In.Area*", promosso dalla Procura e dalla Prefettura di Macerata, insieme al Comune di Macerata, alla Provincia di Macerata, alla Questura di Macerata, al Comando Provinciale Carabinieri, al Comando Provinciale della Guardia di Finanza, all'Ufficio Scolastico Regionale per le Marche -Ufficio VI- Ambito Territoriale, alle Comunità Terapeutiche e le Associazioni di volontariato e di promozione sociale del territorio. Il tavolo di concertazione del progetto si propone di coordinare e promuovere le azioni di prevenzione sul territorio provinciale, di innescare un processo collettivo di sensibilizzazione e responsabilizzazione sulla problematica delle dipendenze patologiche promuovendo, nel lungo termine, il cambiamento culturale rispetto alle stesse. In tale contesto, particolare attenzione si è posta nei confronti del consumo di alcol tra i giovani e

delle conseguenze ad esso correlate.

I STOP collaborano, inoltre, con le Amministrazioni e le Forze dell'Ordine per l'applicazione delle norme relative all'alcol (pubblicità, vendita e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli) fornendo anche consulenze in merito.

## **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 2013 è proseguita l'attività dei Servizi Alcologia, se inviati a consulenza dalla CML, nei confronti delle persone segnalate, con l'attivazione di specifici programmi rieducativi e di sensibilizzazione ai fini della sicurezza alla guida.

Sono stati realizzati anche corsi di informazione e di sensibilizzazione dei guidatori che hanno violato gli articoli 186-186 bis del Codice della Strada.

## **REGIONE CAMPANIA**

Attività di informazione e sensibilizzazione in campo alcolologico svolte dalle UUOO Ser.T delle diverse Aziende sanitarie territoriali in collaborazione con Amministrazioni comunali, Forze dell'Ordine, Associazioni del Terzo Settore e Associazioni di gestori di esercizi pubblici.

Collaborazione con le Prefetture, con l'ACI e la Polstrada per promuovere campagne di prevenzione degli incidenti stradali.

## **REGIONE BASILICATA**

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.).

Collaborazione con la Prefettura-UTG di Potenza in merito ad iniziative di informazione e prevenzione su temi legati all'alcol e ad altre sostanze d'abuso. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri - a.t. ex-ASL 3 Lagonegro - a.t. ex-ASL 2 Potenza)

Collaborazione con EE.LL. (Comuni afferenti all'area di competenza territoriale del Ser.T. di Villa d'Agri) mediante distribuzione sul territorio di volantini esplicativi sul tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli e sui danni e rischi legati all'uso/abuso di alcol durante la guida. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri)

## **REGIONE CALABRIA**

La collaborazione dei Servizi di Alcologia e delle *équipes* 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 dannoso di alcol.

Diversi Comuni della Regione, in collaborazione con ACI e Aziende sanitarie, hanno effettuato iniziative pubbliche di sensibilizzazione come convegni e seminari.

I Servizi territoriali, in collaborazione con le Associazioni commercianti e barman, hanno attuato una "*campagna di informazione su alcol e guida*".

## **REGIONE SICILIA**

Si segnalano collaborazioni con la POLSTRADA, la Polizia Municipale e le Prefetture. In particolare a Trapani si è registrata una fattiva collaborazione con la Polizia Municipale nell'emissione di un'ordinanza che regola la vendita di alcolici.

A Palermo è stato stipulato un protocollo tra ASP e tutte le Forze dell'Ordine, Università e Comune per elaborare e condividere strategie per il contrasto all'uso ed abuso di alcol.

In alcuni Comuni sono stati coinvolti in specifici progetti oltre che il Comune ed il Comando dei Carabinieri anche i gestori di Autoscuole.

## **REGIONE SARDEGNA**

Oltre 300 studenti delle Scuole superiori della provincia di Cagliari, nell'ambito del progetto "*SICURVIA*", programma di intervento sull'infortunistica stradale, ideato e coordinato dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL di Cagliari, hanno partecipato a numerosi laboratori scolastici attraverso i quali hanno svolto attività di ricerca su tematiche inerenti gli incidenti stradali realizzando in conclusione: filmati, *spot*, piccoli spettacoli teatrali, rappresentanti le indicazioni per la prevenzione degli incidenti stradali e la censura di tutti i comportamenti a rischio in particolare l'eccessivo consumo di alcol, velocità ecc.

I risultati dei lavori vengono proposti ai numerosi *stakeholders* del progetto, in particolare a Forze dell'Ordine, Associazioni di Volontariato e rappresentanti della Scuola.

Il personale del Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati e il personale afferente ai Ser.D della Regione Sardegna, partecipano attivamente a tutte le iniziative delle istituzioni sopra menzionate, con attenzione alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

## **6.9. Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro**

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

Sviluppo e ampliamento delle attività di prevenzione dall'abuso di alcol negli ambienti di lavoro che prevede la concretizzazione di azioni coordinate ed integrate in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di lavoro con particolare riferimento all'abuso di alcol. Le attività vedono impegnati il Dipartimento di Prevenzione (U.B. Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, SPRESAL), il Dipartimento di Salute Mentale e il Ser.D. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

### **REGIONE PIEMONTE**

#### **ASL TO 1**

Definizione del progetto aziendale inerente accertamenti su lavoratori con problemi alcol correlati. Protocollo di invio dal medico competente per presa in carico, accertamenti sanitari, avviamento trattamento, Intervento Preventivo Breve (IPB), *counselling*.

#### **ASL TO2**

- Anche per il 2013 si è proceduto all'organizzazione di un percorso formativo obbligatorio dal titolo "*Approccio socio-occupazionale ai problemi di alcol dipendenza e altre dipendenze patologiche*" all'interno dell'ASL rivolti ai lavoratori dell'ASL TO2 in collaborazione con la Medicina del Lavoro.

- Individuazione di protocolli mirati alla presa in carico di utenti inviati dal medico competente per accertamenti di secondo livello.

#### **ASL AL**

È stato recepito dalla ASL AL il protocollo aziendale per l'applicazione della normativa della 125/01 in ambito lavorativo tramite il lavoro del gruppo aziendale con accordo tra tutte le parti. È stata effettuata la formazione programmata sui medici competenti nei primi mesi del 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.

#### **ASL NO**

È attivo il "*Percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio*" (DGR n. 21-4814 del 22/10/2012), procedura aziendale per lavoratori ASL NO.

#### ASL VC

Attivazione del protocollo Aziendale per l'applicazione della normativa della 125/01 in ambito lavorativo.

#### ASL VCO

Attivazione del gruppo di lavoro aziendale per gli accertamenti in tema di lavoro e alcol (SOC Prevenzione e Protezione, SOC Medico Competente, SOC Laboratorio Analisi, SOC Ser.T, SOC Medicina Legale). Organizzazione di un corso di formazione rivolto ai Medici Competenti del Territorio e i dipendenti ASL-SPRESAL dal titolo "*Alcol e Lavoro*" circa le nuove normative relative ai controlli alcolemici su lavoratori delle Aziende sanitarie.

### **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**

E' stato realizzato l'aggiornamento rivolto agli assistenti sanitari della Medicina del Lavoro di Bolzano dal titolo "*Il Colloquio Motivazionale Breve in Medicina del Lavoro*" con l'obiettivo d'integrare interventi mirati alla promozione della salute e alla prevenzione di patologie derivanti da comportamenti mal adattivi (alimentazione scorretta, alcol, fumo) e/o a rischio (mancato o scorretto utilizzo delle misure di protezione). Si è anche provveduto all'aggiornamento del Documento di valutazione di rischi e alla formazione obbligatoria sulla sicurezza e igiene sul lavoro.

#### **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

Si consolida l'attività inerente gli accertamenti di assenza di alcoldipendenza per le categorie di lavoratori con mansioni a rischio, inviate dai Medici Competenti anche se va tenuto presente che, rispetto alla vastità del fenomeno, il numero delle segnalazioni e degli invii resta piuttosto contenuto.

Una maggiore applicazione della normativa in vigore e la definizione di linee guida relative agli accertamenti per l'alcol, come già accaduto per le sostanze stupefacenti, si presume consentiranno un'ulteriore crescita degli invii nei prossimi anni.

La valutazione per l'idoneità lavorativa può rappresentare motivo di collaborazione con i Medici Competenti e, in alcune realtà, sono stati predisposti dei corsi di formazione rivolti a queste specifiche figure sull'identificazione e la diagnosi di patologie e problemi alcol correlati.

L'attenzione posta nella valutazione per l'idoneità lavorativa contribuisce, in alcuni casi, anche alla diffusione di altri interventi, come ad esempio colloqui informativi individuali sui rischi dell'uso di alcol in ambito lavorativo e la presa in carico e la cura dei soggetti che presentano una dipendenza dalle sostanze alcoliche.

Accanto agli accertamenti, prosegue l'attività di prevenzione della salute e di educazione sanitaria in diverse realtà lavorative 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.

In assenza di nuove iniziative per la difficoltà di reperire nuove risorse, continua l'attività iniziata l'anno precedente con il progetto nazionale *R.E.L.I.* che ha permesso l'avvio di diversi progetti locali anche nel territorio del Veneto.

Si è invece concluso nel corso del 2013 il progetto *EWA*, che ha portato alla realizzazione di incontri informativi/formativi rivolti a lavoratori e preposti di varie aziende del territorio, alla somministrazione di questionari anonimi per la valutazione degli interventi e infine alla realizzazione di un "seminario internazionale di diffusione del progetto".

Altre azioni nei luoghi di lavoro sono state realizzate all'interno di iniziative di più ampia portata, come "*Guadagnare Salute*" e "*Alcol, non solo cura ma cultura*".

A livello informativo continuano ad essere predisposti e distribuiti materiali informativi sui rischi legati all'uso di alcol durante l'attività lavorativa.

Nonostante si registri un calo degli infortuni mortali nei luoghi di lavoro, l'attenzione su tale problematica resta elevata sollecitando il consolidamento dell'impegno in tal senso dei

Servizi alcolologici del territorio Veneto e rafforzando la collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, gli S.P.I.S.A.L. ed i S.I.L. attraverso la sottoscrizione di protocolli, la condivisione di progetti e la collaborazione operativa.

## **REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

- Incontri a cadenza trimestrale, durante tutto l'anno solare, in tema di alcol e lavoro al Reggimento “Piemonte cavalleria” dell'Esercito Italiano accasermato presso la sede di Villa Opicina (Trieste);
- Incontro con medico competente e lavoratori di Ditte private operanti nei settori individuati dall'Intesa Stato-Regioni;
- Interventi informativi nei confronti dei lavoratori della “Fincantieri” di Monfalcone;
- Corso di formazione con *équipe* del Servizio di medicina del lavoro dell'ASS4 per formare e supervisionare visite a persone con problematiche alcol correlate e per consolidare il percorso di invio presso le strutture idonee alla presa in carico.
- Valutazione di utenti dell'ASS n° 4 Medio 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.

Per acquisire una valutazione sul progetto già realizzato, sono stati effettuati alcuni *focus group* ed interviste che hanno coinvolto:

- Operatori sanitari dei Servizi per le Dipendenze e dei Servizi PSAL che hanno condotto gli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro a proposito di consumi alcolici.
- Lavoratori di aziende private che hanno ricevuto il progetto di prevenzione.
- I coordinatori del gruppo regionale Alcol e Lavoro.

Il materiale di riflessione raccolto, insieme allo studio dei materiali didattici utilizzati e al confronto con la letteratura internazionale, ha orientato la predisposizione di un dispositivo di valutazione che accompagni da ora in poi le iniziative di promozione della salute negli ambienti di lavoro.

Un'ulteriore riflessione ha riguardato l'opportunità di trattare in generale il tema degli stili di vita e non solo i consumi alcolici. Il progetto definitivo verrà comunque considerato alla luce delle definizioni proposte dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2020.

## **REGIONE TOSCANA**

Nel corso del 2013 sono state promosse, progettate e in parte realizzate le seguenti attività:

- Con delibera di Giunta regionale toscana n. 1065 del 9 dicembre 2013 sono state approvate le *“Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi”*.

- Prosecuzione del progetto *“Alcol e sicurezza nei luoghi di lavoro”*, in collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze, Medicina del lavoro e Medici Competenti e Laboratorio Analisi. Tale progetto è volto alla rilevazione e valutazione dell'abuso di alcol nei lavoratori della Azienda USL 8 e nei lavoratori edili del territorio della Provincia di Arezzo.

- Progetto Euridice Ten *“La prevenzione del disagio psico sociale lavorativo e delle dipendenze negli addetti alla realizzazione delle grandi opere infrastrutturali”* (Ser.T Mugello).
- Prosecuzione del progetto *“Ospedale senza alcol”* attivato dal Distretto Area Grossetana in collaborazione con il Centro Alcolologico Regionale della Toscana e la Direzione dell'Ospedale Misericordia di Grosseto, tra i cui obiettivi è prevista la promozione di un sano ambiente di lavoro dal punto di vista alcologico.
- Attività di prevenzione sui rischi alcol correlati in ambito lavorativo in collaborazione con la UO Medicina del Lavoro della AUSL 2 di Lucca a favore dei lavoratori delle Ditte del Nuovo P.O. di Lucca.
- Progetto in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e Medicina del Lavoro, ASL 4 Prato su *“Alcol e Lavoro”*.
- Partecipazione dell'UF Ser.T Viareggio ad iniziative finalizzate a ridurre il rischio dei problemi alcol correlati nei luoghi di lavoro e nei contesti di aggregazione giovanile. E' proseguita in particolare nell'anno 2013 la collaborazione operativa tra l'*équipe* alcologica-UF Ser.T e il Dipartimento di Prevenzione ASL 12 di Viareggio riguardante la promozione di corretti stili di vita sui luoghi di lavoro, sono state organizzate varie riunioni del gruppo regionale *"RISCHI ALCOLCORRELATI IN AMBIENTE DI LAVORO"* finalizzate alla stesura di un documento-proposta sul tema *"alcol e lavoro"* da sottoporre ai competenti settori regionali toscani.
- Collaborazione alla stesura del regolamento interno sull'alcol dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi a seguito della Delibera Regionale n. 1065 del 9 dicembre 2013.
- Attivazione del Centro di Consulenza Alcolologica Aziendale per valutazione sanitaria di 2° livello dei lavoratori dell'AOUC.

## **REGIONE UMBRIA**

Sono stati realizzati progetti ed iniziative a livello locale, entro la cornice del Piano Regionale della Prevenzione.

## **REGIONE MARCHE**

Ai sensi della DGR 603/2009 *"Recepimento intesa Stato Regioni in materia di prevenzione, sorveglianza sanitaria e accertamento tossicodipendenza e/o assunzione sostanze stupefacenti e psicotrope in lavoratori addetti a mansioni a rischio"*, tutti i Dipartimenti Dipendenze Patologiche effettuano accertamenti di tossicodipendenza e/o assunzione di sostanze psicotrope in lavoratori addetti a mansioni a rischio.

## **REGIONE LAZIO**

I Dipartimenti di Prevenzione di alcune AASSLL (RMC, RME, RMF) 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**

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 di alcol sia per i lavoratori sia per i familiari che si rivolgono alla struttura.

Progetto di formazione "*Alcologia e problematiche alcol-correlate, Legge n. 81 del 2008 sulla tutela, la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro*" rivolto al personale dei Vigili del Fuoco, promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM

## **REGIONE CAMPANIA**

Particolarmente importante da menzionare sono i protocolli di istituzione dei *Gruppi di Lavoro Regionali*, ai quali collaborano: Università, Enti Ausiliari, Società scientifiche e Istituzioni. Questi GdL trattano come tematica di interesse "*L'alcol e la sicurezza sui luoghi di lavoro*".

## **REGIONE PUGLIA**

Si segnala, in tale ambito, la partecipazione della Regione all'organizzazione di un convegno nazionale sulle problematiche alcol-correlate nel cui contesto si è affrontato il tema specifico dal titolo "*Alcol: tra diritto al lavoro e diritto alla salute*".

## **REGIONE BASILICATA**

Diversi interventi congiunti con l'U.O.C. di Medicina del lavoro in ambito lavorativo sul tema alcol e lavoro (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro - a.t. ex-ASL 2 Potenza).

Attuazione progetto informativo teso a far conoscere in ambiente lavorativo i rischi e i possibili danni legati all'uso dell'alcol attraverso anche la produzione e distribuzione di un opuscolo informativo, prodotto da questo Ser.T., denominato: "*Salute e Lavoro*" (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri).

Corso di formazione aziendale sulla sicurezza dei lavoratori (D.LGS. 81/08 – SANITA').

Presa in carico dei lavoratori risultati positivi agli esami effettuati in adesione alla Legge: "*Procedure per agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, applicative del Provvedimento della Conferenza Unificata n. 99/CU del 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)*", (a.t. ex-ASL 1 Venosa).

## **REGIONE CALABRIA**

Su tutto il territorio regionale sono state realizzate le seguenti azioni:

### ***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 sotto fasi progettuali per coinvolgere i Medici Competenti, dopo un'opportuna formazione condivisa con i medici degli SPISAL; verificare, in fase di vigilanza, l'effettiva adesione al divieto di somministrazione e consumo, nonché la corretta esecuzione della sorveglianza sanitaria nei cantieri.

### ***Costituzione di gruppi di lavoro finalizzati ad attivare:***

- percorsi formativi per gli operatori SPISAL E MC
- Campagne di sensibilizzazione inerenti l'alcolologia
- Interventi educativi con associazioni ed imprese
- Individuazione ed implementazione della rete dei laboratori per gli accertamenti
- Controlli sui cantieri

## **REGIONE SICILIA**

A Palermo e a Trapani sono stati effettuati controlli periodici su categorie di lavoratori a rischio.

## **REGIONE SARDEGNA**

Nelle AASSLL ai medici competenti che si occupano di sicurezza nei luoghi di lavoro, è stato organizzato un corso di aggiornamento rivolto alla problematica dei danni alcol correlati negli ambiti lavorativi.

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

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

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.T., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

### **REGIONE PIEMONTE**

Negli ambulatori Ser.T. e nei Servizi di Alcologia dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, che svolgono attività per la presa in carico di persone alcolodipendenti, vengono erogati gratuitamente sia farmaci *anticraving* come il Sodio Oxibato (Alcover<sup>®</sup>) sia avversivanti come il Disulfiram.

### **REGIONE LOMBARDIA**

Le cure ambulatoriali e residenziali di soggetti con diagnosi di dipendenza alcolica fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono quindi a totale carico del Servizio Sanitario Regionale senza alcuna spesa per gli assistiti.

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

Le terapie farmacologiche utilizzate nelle disintossicazioni ambulatoriali, terapie *anticraving* e antiabuso vengono somministrare direttamente dal personale medico e/o infermieristico 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, e in alcuni casi, laddove i farmaci siano controindicati, l'assistenza al medico nelle applicazioni di agopuntura del padiglione auricolare (Acudetox). Qualora il medico lo ritenga opportuno la somministrazione viene effettuata coinvolgendo i familiari.

## **P.A. TRENTO**

- Etilox prescrivibile a carico del SSN.
- Altri farmaci anticraving.

## **REGIONE VENETO**

I trattamenti farmacologici antiabuso (o *anticraving*), nel 2013, sono stati erogati direttamente presso le sedi dei Servizi alcolologici Veneti nella totalità dei casi, per l'attività di trattamento terapeutico e cura dei pazienti con problemi alcol correlati.

Nell'71% dei casi i farmaci si somministrano su prescrizione medica rilasciata dal personale medico operante all'interno della struttura e/o di altri medici prescrittori.

I farmaci vengono acquisiti dalle farmacie ospedaliere interne con distribuzione diretta ai pazienti in carico.

La consegna della terapia farmacologica viene effettuata direttamente ai pazienti in ambulatorio, ai familiari e/o al personale delle Comunità terapeutiche che collaborano nella gestione dei percorsi terapeutici individualizzati.

L'erogazione viene effettuata da parte del personale infermieristico su prescrizione dei medici del Servizio. Il personale si occupa anche, sempre su prescrizione medica, del monitoraggio clinico-laboratoristico del trattamento farmacologico.

L'erogazione dei farmaci, con i relativi controlli e monitoraggio, non comporta alcun onere economico per i pazienti, poiché è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Ulteriori modalità di erogazione dei farmaci riguardano la possibilità di effettuare:

- specifiche terapie disintossicanti e di prevenzione della sindrome astinenziale in regime ambulatoriale di tipo protetto anche con terapie farmacologiche infusionali e sorveglianza clinica;
- le terapie a domicilio e/o in affido, anche con il coinvolgimento di familiari o altre persone di riferimento.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

I trattamenti farmacologici sono a carico del Servizio Sanitario Regionale e vengono assicurati dai Servizi di Alcolologia dei Dipartimenti delle Dipendenze.

## **REGIONE LIGURIA**

- La somministrazione dei farmaci antagonisti dell'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

- I medici dei Servizi utilizzano, quando opportuno, farmaci avversativi (Disulfiram) e farmaci contro il *craving* dell'alcol (Naltrexone), come dalle recenti evidenze scientifiche.

Viene utilizzato anche in fase di disintossicazione il farmaco agonista (GHB) per brevi e monitorati periodi di trattamento.

- La somministrazione dei farmaci avviene nella sede dei NOA o su prescrizione medica. La somministrazione e l'andamento della terapia farmacologica vengono comunque sempre monitorati dai medici del Servizio nei modi e nei tempi concordati.

- Vengono effettuati gratuitamente esami ematochimici per le patologie alcol correlate.

-Per assicurare l'erogazione diretta dei farmaci per terapie antiabuso o anticraving dell'alcolismo, alcune strutture garantiscono l'erogazione diretta e la somministrazione gratuita dei farmaci antagonisti per l'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol, vengono inoltre effettuati gratuitamente esami ematochimici per le patologie alcol correlate e per le sue complicanze.

## **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 Alcolologia, l'erogazione delle terapie farmacologiche in modalità gratuita.

## **REGIONE MARCHE**

Tutti i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche garantiscono la somministrazione dei farmaci prescritti nell'ambito del SSN e specifici per l'abuso e la dipendenza da alcol:

- Terapie avversivanti, quali il Disulfiram, per il mantenimento dell'astinenza del paziente alcol dipendente, è stato prescritto anche l'Acamprosato.

- Terapie *anticraving* (GHB) sono state dispensate ai pazienti alcolodipendenti in modo controllato direttamente presso i Servizi.

## **REGIONE LAZIO**

Tutte le Unità Alcologiche presenti nella Regione Lazio prescrivono e somministrano terapie antiabuso e *anticraving* con farmaci soprattutto a livello ambulatoriale.

Per adempiere a tale funzione si ricorre all'ausilio di protocolli farmacologici secondo quanto riportato dalla comunità scientifica.

I farmaci che vengono generalmente impiegati, per la prevenzione delle ricadute, sono il Disulfiram, il Sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico, l'Acamprosato, il Naltrexone.

## **REGIONE ABRUZZO**

Nella Regione Abruzzo i Servizi di Alcologia, 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**

Per gli utenti del Ser.T. tutti i trattamenti con farmaci antiabuso e *anticraving* e tutte le prestazioni di carattere psicologico e sociale sono erogate dal Sistema Sanitario Regionale senza il pagamento di ticket.

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 presso le farmacie convenzionate territoriali.

## **REGIONE CAMPANIA**

- I Servizi delle AASSLL garantiscono il trattamento con farmaci antiastinenziali e *anticraving* quali l'alcover e l'acamprosato.

- Si registra anche uno studio in corso per quanto riguarda l'eventuale adozione di altri protocolli terapeutici farmacologici, ad esempio anche coadiuvanti a un miglioramento del controllo del *binge drinking*, nonché l'offerta di trattamenti diversificati nell'ambito della presa in carico personalizzata e multi professionale (adeguatezza della prescrizione degli antipsicotici).

- 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**

I farmaci sono dispensati prevalentemente e direttamente dai Ser.T a carico del S.S.R.

## **REGIONE SARDEGNA**

La definizione e l'attuazione di programmi terapeutici individualizzati per i pazienti in carico ai Ser.D e al Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati, comprende: terapia farmacologica, sostegno psicologico, psicoterapia individuale e di gruppo, interventi di Servizio sociale, assicurando la somministrazione gratuita delle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo.

Tutti i Ser.D della Regione Sardegna somministrano ed eventualmente affidano la terapia antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo, implementando quindi la somministrazione e distribuzione diretta dei farmaci per la disassuefazione (GHB, *Acamprosato*) e di farmaci avversivanti (*Disulfiram*).

## **6.11. Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001**

### **REGIONE PIEMONTE**

**Progetto “Alcol e Marginalità”** (ASL Novara in collaborazione con il Gruppo Abele di Verbania e l'ACAT Novarese).

Il progetto ha mirato ad assicurare un'adeguata assistenza e tutela a una fascia specifica e sempre più ampia di soggetti in carico alla SSVD - Alcologia dell'ASL “NO”, quelli definibili “*a basso funzionamento sociale*” e “*multiproblematici*”: soggetti, cioè, che presentano, associate fra loro, alcune o più spesso molte delle seguenti caratteristiche:

- scarse/insufficienti competenze nella gestione del quotidiano (igiene, alimentazione, spese, ecc.);
- presenza di sintomatologia fisica e psichica di media/grave entità;
- scarsa o inesistente rete familiare o sociale;
- insufficienti competenze nella relazione con la rete dei Servizi;
- assenza di dimora o precarietà dell'alloggio;
- alta frequenza di disturbi psichiatrici e/o di personalità;
- eventuali difficoltà linguistiche o “*gap*” culturali/relazionali (immigrati);
- stato di detenzione, in assenza di riferimenti territoriali.

Sono utenti particolarmente gravosi dal punto di vista assistenziale e che soprattutto richiedono forme di approccio e di assistenza sostanzialmente differenziate e innovative rispetto a quelle ordinariamente assicurabili dai Servizi pubblici per le tossico-alcol-dipendenze, tradizionalmente tarati e strutturati, nel corso degli anni, su tipologie diverse di utenza.

Il progetto ha avuto inizio a febbraio 2013 e si è concluso a marzo 2014.

In fase di avvio, il gruppo di coordinamento composto da: “Gruppo Abele di Verbania Onlus” sede Arona, Servizio di Alcologia dell'ASL NO, ACAT Novarese, ha definito le modalità operative ed individuato le macrocategorie di intervento per livelli di intensità di cura.

L'*équipe* multidisciplinare del Servizio Alcologia ha quindi via via selezionato i soggetti “arruolabili”, con maggiori problematiche a rilevanza sociale e definito i singoli progetti personalizzati con la presenza di operatori del Gruppo Abele quali l'assistente sociale.

Il gruppo di coordinamento ha monitorato l'andamento delle attività a cadenza trimestrale, apportando, ove necessario, gli opportuni correttivi e valutato i risultati sino a lì raggiunti. L'*équipe* multidisciplinare ha effettuato verifiche periodiche sui singoli progetti personalizzati, raccogliendo i dati per il monitoraggio e la valutazione finale.

L'ASL di Novara ha contribuito mettendo a disposizione **un medico esperto**, convenzionato ed acquisito nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale, che ha dedicato al progetto in via esclusiva mediamente 10 ore a settimana, per un totale di 465 ore previste nell'arco dell'anno. Lo specialista individuato dall'ASL ha svolto pienamente e con grande disponibilità e dedizione il compito ricevuto, prestando ai soggetti che rientrano nel "target" del progetto un'assistenza medica che potremmo definire "ad alta intensità di cura e di attenzioni", per vicariare l'incapacità di autotutela di questa tipologia di pazienti, educarli alla cura di sé, addestrarli ad un utilizzo consapevole e adeguato delle risorse di cura (Servizi sanitari ospedalieri e territoriali, medici di base, ecc.) presenti nel territorio.

In particolare, gli interventi svolti sono stati particolarmente mirati:

- a stabilire con questa tipologia di pazienti un rapporto di cura inizialmente "globale" e intensivo, nella consapevolezza di dover assicurare loro anche le prestazioni ordinariamente di competenza dei medici di base, ai quali però questi soggetti non si rivolgono;
- a operare in stretto contatto con tutte le strutture sanitarie – ospedaliere e territoriali, pubbliche e private – presenti nel territorio o anche più lontane, comunque necessarie ad assicurare a questi pazienti la tutela sanitaria che occorre loro offrire;
- a costituire l'elemento sanitario di raccordo fra tutte le risorse di cura disponibili, interpellandole e attivandole secondo necessità e di fatto ponendosi – rispetto ai bisogni globali di salute di ciascun paziente – come il "case manager" della situazione;
- ad assicurare ai soggetti individuati nell'ambito del progetto, in un certo senso però come "ultimo" elemento (come punto d'arrivo), anche le prestazioni sanitarie specifiche di un Servizio di Alcolologia: trattamenti finalizzati alla disassuefazione dall'alcol o alla prevenzione dell'astinenza alcolica, trattamenti "anti craving" o avversivanti per consolidare l'astensione dall'alcol, monitoraggio della patologie psichiche e organiche alcol correlate, e così via.

Al 31 gennaio 2014 i **soggetti assistiti** sul piano **sanitario** dal medico dedicato al progetto sono stati **55**; costoro risiedono nella città di Novara o nel relativo Distretto.

L'**assistente sociale** del progetto è un operatore incaricato dal **Gruppo Abele**, per un totale di 604 ore nell'arco dell'anno (mediamente ca.12 ore a settimana). E' stato presente presso il Servizio Alcolologia di Novara ed ha effettuato le seguenti funzioni:

- 1) segreteria/orientamento/*counselling* presso il Servizio
- 2) accompagnamento sul territorio nella ricerca/fruizione degli strumenti previsti dai progetti personalizzati sia di tipo sociale che sanitario.

Compiti precipui dell'assistente sociale sono stati i seguenti:

- sviluppare le abilità, anche residue, dei soggetti, funzionali all'acquisizione di una maggiore autonomia nella fruizione della rete di Servizi e nella gestione del quotidiano;
- promuovere le risorse interne ed esterne del soggetto, sostenendolo e accompagnandolo gradualmente;
- favorire al soggetto una progressiva presa di coscienza delle proprie capacità sul piano sociale e pratico-burocratico, che coinvolge quotidianamente ogni cittadino.

Tali compiti sono stati svolti dall'assistente sociale mediante le seguenti azioni:

- orientamento, accompagnamento e/o presentazione del soggetto ai Servizi coinvolti (D.S.M, Servizi Sociali territoriali, patronati, Centro per l'Impiego, ecc.);
- educazione del soggetto ad una oculata gestione delle risorse economiche;
- effettuazione di un costante lavoro di rete con gli altri Servizi implicati;
- effettuazione di un periodico monitoraggio delle risorse del territorio;
- colloqui di sostegno ai famigliari;
- orientamento al lavoro;
- visite domiciliari;
- accompagnamento e verifiche presso cliniche o strutture comunitarie;
- monitoraggio dei soggetti aventi una misura alternativa al carcere in collaborazione con Ufficio Esecuzione Penale Esterna.

Al 31 gennaio 2014 i **soggetti assistiti** dal punto di vista **sociale** sono stati **35**; costoro hanno avuto un progetto socio-assistenziale a medio termine e risiedono nella città di Novara o nel relativo Distretto.

In questo periodo sono stati costruiti e rafforzati rapporti formali e informali con gli operatori dei Servizi pubblici e privati e delle Associazioni di Volontariato, per permettere un canale efficace nell'utilizzo delle risorse in caso di necessità (es: visite mediche specialistiche, in particolare dentista, patronato, medicina legale; centri di pronta accoglienza, comunità terapeutiche gratuite, Servizi Sociali territoriali, Centro per l'Impiego, Croce Rossa, Servizio CUP ASL NO, U.E.P.E., centri di ascolto Caritas, C.A.T., N.P.I., D.S.M., A.T.C., etc.).

Il **coordinatore del progetto** è un operatore incaricato da **Gruppo Abele di Verbania – sede di Arona** per un totale di 102,50 ore nell'anno; ha svolto le azioni di convocazione e conduzione del gruppo di coordinamento, gestione del personale incaricato, raccordo con *partners*, raccolta dati per rendicontazione e valutazione, rapporto con la Fondazione.

L'associazione **ACAT Novarese** (Associazione Club Alcolici Territoriali) ha collaborato al progetto mediante propri volontari per l'accompagnamento di utenti ai Servizi socio-sanitari del territorio o in comunità, in accordo con operatori del progetto e con l'inserimento di alcune famiglie nei Club. L'inserimento nei Club ha dato modo di sviluppare relazioni non patologiche e di ampliare la rete sociale con buoni risultati.

Nei dodici mesi, il progetto "Alcol e marginalità" ha permesso l'**assistenza socio-sanitaria**, nei modi sopra indicati, di un totale di **70 soggetti**.

Nel prendere ora in considerazione la **valutazione di risultato**, si ripresentano gli obiettivi specifici e gli indicatori coi relativi standard.

**Obiettivo specifico 1:**

Potenziare l'offerta di interventi di cura differenziati e specializzati per i soggetti destinatari, ad integrazione degli interventi istituzionali già assicurati dal Servizio di Alcologia.

*Indicatore: rapporto n. soggetti inseriti in percorsi di cura differenziati e n. soggetti destinatari progetto*

*Standard minimo: rapporto  $\geq 2/3$*

Il progetto ha inserito in percorsi di cura differenziati n. 55 soggetti su n. 70 soggetti destinatari del progetto (alcoldipendenti, definibili "a basso funzionamento sociale" e multiproblematici).

Il rapporto è pertanto soddisfatto.

**Obiettivo specifico 2:**

Potenziare la capacità dei soggetti destinatari di fruire in modo adeguato dei Servizi sanitari e sociali.

*Indicatore: rapporto n. soggetti fruitori servizi sanitari e sociali e n. soggetti in percorsi di cura differenziati*

*Standard minimo: rapporto  $\geq 1/2$*

Il progetto ha visto n. 38 soggetti fruitori di servizi sanitari e sociali su n. 55 soggetti in percorsi di cura differenziati.

Il rapporto è soddisfatto.

Gli standard minimi da raggiungere entro il termine del progetto sono risultati soddisfatti.

Per quanto attiene **gli sviluppi** dell'iniziativa intrapresa va sottolineato che, grazie ai riscontri positivi ottenuti, il progetto potrà continuare la propria attività con finanziamento dell'ASL NO, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, nell'ambito del Piano Locale delle Dipendenze, con la collaborazione dell'Associazione Gruppo Abele di Verbania – sede di Arona e dell'ACAT Novarese.

Quanto realizzato potrà quindi continuare a produrre risposte in forma sinergica per le persone e le famiglie coinvolte in problemi alcol correlati ed in particolare per chi esprime "*basso funzionamento sociali e multiproblematicità*".

**Progetto "UP2Peer: Peer e media Education Vs rischio alcol correlato per la prevenzione degli incidenti stradali" (ASL VERBANIA)****PREMESSA**

Nei territori del VCO e del Cantone Ticino, tra le diverse agenzie attive nell'ambito della prevenzione dei comportamenti a rischio tra giovani e adolescenti, si è affermata in questi ultimi anni una metodologia di intervento che prevede sinergie tra il pubblico e il privato e l'adozione di strumenti educativi innovativi rivolti in particolare alla valorizzazione delle potenzialità e delle competenze comunicative delle giovani generazioni, finalizzate agli obiettivi di promozione della salute.

Un proposito concepito anche come un'occasione per esplorare i rischi e le opportunità del *web* utilizzando alcuni dispositivi che lo sviluppo della tecnologia hanno reso disponibili, in particolare per quanto riguarda i *media*, le piattaforme dei *social network* e le connessioni digitali.

#### **Le competenze dei partner del progetto:**

La partnership del progetto coniuga competenze in ambito di prevenzione socio-sanitaria, connesse in particolare al rischio alcol correlato, e competenze educative nell'ambito della *peer education* e delle dinamiche del piccolo gruppo, di *marketing* e comunicazione, sui *media* e sulle nuove tecnologie digitali e di ICT. I partner del progetto si propongono peraltro di far transitare in ambito della promozione della salute, e con fini preventivi, conoscenze e strumenti resi disponibili dallo sviluppo delle tecnologie digitali e dall'evoluzione dei linguaggi mediali.

#### **L'ambito socio-sanitario (il tema del rischio alcol correlato):**

Il patrimonio di competenze in ambito sanitario è garantito dalla presenza nel progetto, per quanto riguarda il versante italiano, di due soggetti in particolare che si riferiscono al Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL VCO, una struttura dell'Azienda Sanitaria Locale che ha lo scopo di gestire percorsi e processi di recupero di soggetti affetti da dipendenza e abuso di sostanze legali e illegali e per coordinare, sotto il profilo organizzativo, attività aziendali e di soggetti extra aziendali. Infatti, fanno parte del dipartimento: il Ser.T (partner del progetto), il reparto di Malattie Infettive, la SOS di Educazione Sanitaria, il Comitato della Committenza Territoriale, il CISS del Verbano (partner del progetto), del Cusio e dell'Ossola, la Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (capofila del progetto), oltre a ONLUS e organizzazioni del Volontariato Sociale.

In particolare il Ser.T dell'ASL VCO si occupa di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, da sostanze illegali (droghe), legali (alcol, tabacco, psicofarmaci) e da comportamenti (gioco d'azzardo, ecc.).

Il Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano, che comprende 25 Comuni della Provincia del Verbano Cusio Ossola ed è stato costituito nel 1996 ai sensi della Legge Regione Piemonte n. 62/95, è un Ente autonomo che ha il compito di gestire i Servizi socioeducativi e assistenziali per i cittadini in difficoltà in particolare per coloro che si trovano in una condizione fisica, psicologica o sociale di marginalità (minori a rischio, disabili, anziani, soggetti svantaggiati, persone in stato di povertà).

Per quanto attiene l'attività con i minori il CSSV, gestisce un Servizio di Educativa territoriale, che segue minori provenienti da famiglie con disagi sociali e socio educativi, anche molto gravi sia attraverso progetti individualizzati sia con attività di gruppo e di integrazione sociale.

#### **Le competenze in materia di *peer education***

La *peer education*, che costituisce la strategia di approccio educativo e informativo che caratterizza l'impianto progettuale, si fonda in particolare sul patrimonio dell'esperienza verbanese che nasce e si sviluppa nella metà degli anni novanta grazie alla *partnership* tra ASL VCO e Contorno Viola, un'organizzazione di Volontariato e di impegno civile fondata a

Verbania nel 1992 e storicamente impegnata sulla questione dell'Aids e della sieropositività e, più in generale, sulla prevenzione dei comportamenti a rischio e del disagio fra i giovani e gli adolescenti. La *peer education* è una strategia di prevenzione basata sull'attivazione diretta dei soggetti, che comporta un percorso di gruppo scandito da fasi ben delineate, finalizzato esplicitamente verso un esito prestabilito (ad es. la prevenzione delle IST) e che sia nel contempo adeguatamente flessibile in modo tale da garantirne l'adattabilità ad obiettivi e/o a situazioni anche molto diversi tra loro.

La *peer education* – declinabile in italiano come prevenzione tra pari – riconosce ai pari le naturali competenze relazionali, interpretative, sociali e li supporta nel confronto con il gruppo. Una strategia che non deve essere intesa come annullamento del ruolo adulto, ma come il tentativo di valorizzare ed indirizzare ad un esito condiviso i diversi ruoli e le differenti competenze individuali, sociali ed istituzionali. La *peer education* rafforza gli stessi percorsi di prevenzione grazie alle leve dell'apprendimento emotivo ed esperienziale e alla riattivazione dei processi di socializzazione naturale tra i ragazzi e mette in moto processi di trasformazione delle dinamiche anche dei gruppi istituzionali (quali il gruppo classe) e dei singoli individui all'interno del gruppo.

Recentemente l'attenzione alle nuove forme di comunicazione multimediali, ma anche all'evoluzione delle tecnologie digitali, ha consentito alla *peer education* di tradizione verbanese di estendere l'approccio di prevenzione alla rete *web* secondo una strategia definita "**Peer education 2.0**" che ha l'obiettivo di promuovere comportamenti responsabili, oltre che nel gruppo presenziale, anche all'interno del gruppo digitale.

### **I media e le tecnologie digitali**

L'attenzione sviluppata verso i *media* e le tecnologie digitali è alla base della collaborazione avviata da un biennio, grazie al progetto transfrontaliero "**Peer education IT-CH**", con il CREMIT (Centro di Ricerca sull'Educazione ai Media, all'Informazione e alla Tecnologia), che partecipa al progetto per conto dell'Università Cattolica di Milano. Lo scopo del CREMIT è di promuovere lo sviluppo e lo studio di modelli, metodologie e strumenti nel campo della *Media Education* e della *Technology Literacy*, con particolare attenzione all'ambito scolastico. I *media* ricoprono un ruolo significativo all'interno dei processi di identificazione e individuazione tipici della fase evolutiva adolescenziale e soprattutto nella costruzione dei rapporti interpersonali, tendenzialmente sempre più demandati alla comunicazione mediata. Questo vale non soltanto per i nuovi ambienti digitali (*Social network, blog, forum, chat, YouTube...*), ultima frontiera della fruizione mediale adolescenziale, ma anche per i *media* cosiddetti tradizionali come la stampa, che spesso restituisce una rappresentazione dei rapporti affettivi e degli adolescenti univoca.

Nell'attuale sistema formativo policentrico i *media* ricoprono un ruolo significativo all'interno dei processi di identificazione e individuazione tipici della fase evolutiva adolescenziale, identificando nei *media* digitali uno spazio di socializzazione e di relazione senza precedenti, perché distaccato dalla dimensione spaziale che confinava le relazioni nel medesimo spazio fisico. Ciò che *blog, forum, chat e social network* forniscono agli adolescenti oggi è uno spazio sociale, nel quale incontrarsi e fare gruppo, nel quale rappresentarsi e presentare i propri interessi.

Le attività proposte sono tanto di analisi dei propri consumi quanto di rielaborazione e produzione creativa e accompagnano i giovani nella riflessione sullo spazio che i *media* occupano nella loro quotidianità relazionale, cercando di identificare usi e consumi, pratiche e significati che attorno ai *media* vengono costruiti per incontrare i pari.

Il lavoro di indagine sulla comunicazione mediata e quello di autoriflessione possono costituire un valido sostegno agli adolescenti per evitare rischi quali la perdita del senso delle proprie azioni, anche in Rete, e del senso delle relazioni.

### **Marketing e comunicazione**

In tempi più recenti è stata avviata una collaborazione con la cooperativa ICS (Immagine Comunicazione Servizi) che si occupa di *marketing*, comunicazione, relazioni esterne, rapporti con la stampa e dell'organizzazione di eventi e che opera prevalentemente nell'ambito della grande ristorazione. La collaborazione con ICS ha rappresentato un'opportunità in particolare per quanto riguarda lo sviluppo di soluzioni ICT destinate a sostenere e strutturare le attività preventive nel *web*.

### **Il capofila italiano del progetto**

La partnership progettuale sul versante italiano è coordinata come capofila dalla Provincia VCO che ha ormai consolidato competenze articolate nell'ambito della gestione di diversi progetti transfrontalieri.

### **Il capofila svizzero del progetto**

Sul versante del Canton Ticino le competenze progettuali sono garantite da RADIX, un'Associazione impegnata nella realizzazione di progetti locali e regionali per la promozione della salute e la prevenzione delle dipendenze rivolti alla popolazione in generale e a gruppi mirati. In particolare RADIX realizza e sostiene progetti e promuove iniziative informative sulle dipendenze sia da sostanze (alcol, droghe, medicinali..) che da attività (lavoro, internet, gioco d'azzardo, ecc.). RADIX offre consulenza e sostegno a gruppi, scuole e comuni e collabora alla pianificazione e all'attuazione di progetti.

### **Le esperienze di collaborazione consolidate tra i partner**

Le esperienze di collaborazione già consolidate fra i *partner* si fondano prevalentemente sui temi della *peer education*, del digitale e della prevenzione degli incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica. Per quanto riguarda la *peer education* ci si riferisce all'esperienza consolidata da oltre 15 anni nel territorio della provincia del VCO, finalizzata alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, che, in oltre 15 anni, ha coinvolto quasi 20.000 studenti con il concorso di circa 1.500 *peer educator* e di 300 insegnanti, contribuendo peraltro al decremento dei casi di AIDS registrati nel territorio.

In continuità con questa tradizione è stato realizzando tra il 2009 e il 2011 il progetto Interregionale "*Peer education Italia-Svizzera*", promosso congiuntamente con la SUPSI di Lugano, che ha rappresentato tra l'altro un'opportunità per una profonda riflessione sulle prospettive della *peer education* di fronte all'evoluzione dei *media* digitali e alla diffusione dei *social network* condotta con la collaborazione del CREMIT.

L'opportunità del progetto Interregionale citato ha consentito, inoltre, di declinare come prevenzione fra pari l'esperienza di *peer education* sviluppata a livello locale definendo così con maggiore precisione l'ambito entro il quale devono essere progettati gli stessi programmi di valutazione dedicati. Le analisi e le riflessioni sviluppate dal gruppo di lavoro che ha operato nell'ambito del progetto sono state raccolte nel volume "*Prevenzione fra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*", a cura di Mauro Croce, Gioacchino Lavanco e Mauro Vassura, pubblicato alla fine del 2011 per le edizioni Franco Angeli.

Un ulteriore sviluppo della ricerca di opportunità di azione in ambito *web* è avvenuto grazie al progetto "*Spazio consultorio adolescenti*" promosso, tra il 2010 e il 2011, da ASL VCO e dai Consorzi dei Servizi Sociali del VCO e realizzato dall'Associazione "*Contorno Viola*" con l'obiettivo di promuovere la fruizione consapevole dei Servizi socio-sanitari da parte dei giovani. Grazie a questo progetto è stata esplorata l'opportunità di strutturare una presenza di operatori e *peer educator* nel *web*, ai fini preventivi, utilizzando lo strumento dei *social network*, attività effettuata sempre in stretta collaborazione con il CREMIT. Nella seconda parte del progetto ci si è avvalsi, inoltre, della consulenza di ICS, per strutturare una comunicazione in ambito digitale coerente con i linguaggi e gli strumenti comunicativi specifici delle giovani generazioni obiettivo dell'azione preventiva.

L'approccio di prevenzione fra pari è anche uno degli elementi qualificanti del progetto "*Sicura La notte*", promosso dal SerT dell'ASL VCO nel periodo 2006-2011. Si tratta di un intervento di prevenzione selettiva, per la prevenzione degli incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica realizzato da un'equipe formata da *peer educator*, operatori sanitari e volontari del Privato sociale che opera nei luoghi del divertimento giovanile notturno per favorire lo sviluppo di una corretta percezione delle proprie condizioni psicofisiche ed alla successiva intenzione di porsi o meno alla guida della propria auto.

Il progetto Interregionale "*Peer education Italia-Svizzera*" citato ha rappresentato anche un'occasione per avviare una collaborazione con l'Associazione RADIX del Cantone Ticino sui temi della *peer education*.

I progetti sviluppati da RADIX riguardano prevalentemente l'ambito scolastico. L'Associazione, infatti, da un lato coordina il programma nazionale "*Rete svizzera delle scuole che promuovono la salute*", sviluppato nell'ambito della "Rete europea delle scuole che promuovono la salute" (ENHPS) e dall'altro lato interviene direttamente nelle sedi scolastiche attraverso animazioni, consulenza e materiale didattico sul tema delle dipendenze. RADIX da alcuni anni organizza, in collaborazione con il Dipartimento dell'Educazione, della Cultura e dello Sport (DECS), un progetto denominato "*Laboratorio In-Dipendenze*" che coinvolge una decina di sedi scolastiche di scuole medie e scuole superiori in un progetto di riflessione e di confronto sul tema delle dipendenze.

L'Associazione, inoltre:

- coordina, in collaborazione con il Dipartimento della Sanità e della Socialità, la campagna "*Meno dei 18; niente alcol*", nata in seguito ai test di acquisto realizzati da RADIX negli esercizi pubblici che hanno mostrato la facilità di accesso a bevande alcoliche per i minori di 18 anni;
- ha sviluppato la Campagna "*Festa con testa*", un progetto di prevenzione al consumo abusivo di alcol nel contesto del divertimento avviato con la collaborazione di Strade più sicure del Dipartimento delle Istituzioni che si è svolto tra il 2009 e il 2011.

La campagna ha previsto la realizzazione e la diffusione di materiali informativi e di un **cd rom** indirizzati a un pubblico giovanile con contenuti riguardanti i rischi della guida in stato di ebbrezza. Inoltre sono stati realizzati 14 interventi di presenza e animazione sul territorio, alcuni dei quali sono stati condotti in collaborazione con gli agenti della polizia cantonale;

- ha partecipato alla realizzazione della campagna “*Settimana Alcol*”, promossa dall’Ufficio Federale della Sanità Pubblica, nell’ambito del programma nazionale alcol 2008-2012, e coordinata da Ticino Addiction in collaborazione con RADIX Svizzera italiana e Ingrado, con l’obiettivo di coinvolgere la Società civile nella riflessione e nel dibattito attorno al tema dell’alcol in generale. In Ticino sono stati coinvolti nel progetto 25 *partner* tra Associazioni, Enti e Privati e sono state realizzate 33 attività di prevenzione, informazione, sensibilizzazione e di riflessione.

### **Obiettivi generali del progetto**

- Strutturare interventi dedicati nei contesti educativi, nei luoghi del divertimento giovanile e nel *web* rivolti alla prevenzione del rischio alcol correlato e della guida in stato di ebbrezza alcolica;
- formare educatori, in particolare sulle competenze in materia di *peer education*, in grado di sostenere e promuovere gli interventi a tutti i livelli;
- promuovere fra i giovani la consapevolezza delle strategie rivolte alla promozione della salute;
- consolidare l’interazione tra le competenze del mondo adulto con le esperienze comunicative ed emotive dei giovani;
- sviluppare e realizzare strumenti dedicati per realizzare le azioni informative e di prevenzione nei gruppi presenziali e nel *web*;
- sperimentare ai fini preventivi una nuova piattaforma digitale e una soluzione ICT nel *web*;
- far transitare in ambito di promozione della salute competenze disponibili nell’ambito della tecnologia digitale, di linguaggi mediali e di soluzioni ICT promuovendo un’attività di ricerca condivisa tra i giovani e gli adulti coinvolti nel progetto;
- costituire una rete di soggetti con competenze diversificate per sostenere le strategie preventive anche nel contesto digitale;
- garantire un’adeguata promozione e comunicazione del progetto e dei suoi risultati utilizzando anche le potenzialità della tecnologia digitale;
- strutturare un modello di valutazione adeguato agli obiettivi del progetto.

### **Le fasi principali del progetto**

Il progetto è articolato in tre fasi principali:

- 1) Progettazione e sviluppo degli interventi di prevenzione sul rischio alcol correlato in **istituti scolastici** del VCO e del Cantone Ticino.
- 2) Progettazione e sviluppo degli interventi di prevenzione sul rischio alcol correlato nei **luoghi di aggregazione e del divertimento** del territorio del VCO.
- 3) Progettazione, sviluppo e realizzazione dell’azione informativa e di supporti dedicati alla prevenzione nel *web*.

Tutte le fasi del progetto saranno pianificate e gestite sia a livello locale con la costituzione di un tavolo per la gestione e realizzazione delle attività previste nei territori, con la partecipazione di rappresentanti di tutti i *partner* del progetto, e di un tavolo a livello transfrontaliero per la pianificazione e gestione del progetto a più alto livello e in particolare per le attività realizzate in maniera congiunta.

Nella prima fase del progetto si procederà all'individuazione di tre istituti scolastici nel VCO e due nel Cantone Ticino nei quali realizzare degli interventi relativi alla prevenzione del rischio alcol correlato. Si tratta di istituti già coinvolti nei processi di *peer education*, nello specifico sui temi della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse.

Uno dei compiti specifici dei tavoli costituiti a livello locale e a livello transfrontaliero sarà quello di sviluppare, nel contesto dei processi di *peer education*, un modulo specifico relativo ai contenuti rischio alcol correlato che caratterizzerà sia le fasi formative sia quelle successive degli interventi informativi nelle classi.

Gli interventi formativi verranno realizzati, a cura degli operatori dell'ASL VCO, delle Associazioni *Contorno Viola* e *RADIX*, negli Istituti individuati nel corso degli anni scolastici 2012-2013 (primavera 2013) e 2013-2014 (autunno 2013).

Il programma di dettaglio degli interventi negli istituti scolastici è il seguente:

- a. Individuazione Istituti scolastici
- b. Arruolamento e formazione *peer educator*
- c. Arruolamento e formazione insegnanti
- d. Sviluppo interventi nelle classi sul tema "Prevenzione rischio alcol correlato".

Nella seconda fase, immediatamente a ridosso dello sviluppo della prima serie di interventi negli Istituti, previsti per la primavera del 2013, verrà costituita l'*équipe* di lavoro che dovrà gestire le campagne di prevenzione nei luoghi del divertimento notturno e negli spazi di aggregazione giovanile. L'*équipe* di lavoro, in seguito ad una fase formativa, coordinata dal SerT dell'ASL VCO, dedicata alla corretta gestione degli strumenti delle postazioni mobili (per la prova alcolimetrica, per l'utilizzo del simulatore) e alle attività di *counseling* avrà il compito di sviluppare e gestire gli interventi in prossimità dei luoghi del divertimento e di aggregazione del territorio per tutto il periodo della durata del progetto. L'*équipe* di lavoro sarà composta da operatori socio-sanitari, delle realtà associative e da *peer educator* già formati nel contesto degli istituti scolastici coinvolti nel progetto.

Il programma di dettaglio degli interventi nel territorio è il seguente:

- a. Individuazione luoghi del divertimento e centri di aggregazione - sensibilizzazione alla guida sicura -
- b. Formazione *peer educator* e operatori - gestione attrezzature postazioni mobili e formazione alle attività di *counseling* -
- c. Sviluppo campagne a livello territoriale - prevenzione rischio alcol correlato.

La terza fase, che rappresenta la parte più innovativa del progetto, prevede, grazie alle esperienze pregresse e alle competenze dei *partner*, di mettere a punto una specifica strategia di prevenzione e di strutturare un'azione informativa nel *web* tramite i *social network* e con il supporto di strumenti dedicati.

Questa fase si svolgerà lungo due direttrici:

- 1) Lo sviluppo di un'azione informativa prevalentemente tramite i *social network*.
- 2) La progettazione, lo sviluppo e la realizzazione di un'applicazione destinata agli *smartphone* per supportare gli utenti nella valutazione delle proprie condizioni psicofisiche per prevenire la guida in stato di ebbrezza alcolica.

La scelta di utilizzare il veicolo dei dispositivi mobili è correlata alle loro caratteristiche di portabilità unite all'ampliamento delle reti di connessione digitale che garantisce la disponibilità costante di uno strumento *on line* di allerta e di valutazione delle condizioni psico-fisiche dei soggetti.

Per quanto riguarda le attività nel *web* si prevede di realizzare una fase formativa preliminare, a cura del CREMIT, sugli aspetti dei *media* digitali e dei *social network* rivolta ai *peer educator* e agli adulti coinvolti nel progetto per metterli in condizione di operare nel *web* sempre nel contesto delle dinamiche *peer to peer*.

Questa fase sarà perfezionata con la progettazione e lo sviluppo di un'architettura dedicata nel contesto dei *social network* (profili, gruppo aperti, gruppi di *back office*) per consentire una gestione e un flusso congruente delle attività informative e di *counselling* nel *web* e la realizzazione di eventi di socializzazione *on line*.

### **Ambito digitale**

#### **WEB e SOCIAL NETWORK**

- a. Arruolamenti e Formazione *peer educator* e operatori e insegnanti coinvolti - gestione attività formative e di *counselling* nei *social network*.
  - b. Sviluppo struttura informativa e di *counselling* nei *social network*.
- Azione di supporto alla prevenzione rischio alcol correlato nel *web*.

La fase successiva costituirà il punto di arrivo di tutti i soggetti coinvolti nel progetto, in particolare dei *peer educator*, che, in seguito alle esperienze acquisite negli interventi nei contesti scolastici, nei rispettivi territori e nei *social network*, prenderanno parte in maniera attiva ad un evento residenziale organizzato nel territorio del VCO, per partecipare ad attività di gruppo, congiuntamente a conduttori e ad esperti della comunicazione, di *media* digitali e di ICT, con l'obiettivo di mettere a punto il requisito di un'applicazione destinata agli *smartphone*, già delineata in fase preliminare con gli strumenti della ricerca qualitativa, per la valutazione dell'attitudine alla guida dei veicoli, in condizioni psicofisiche non ottimali.

L'applicazione, dopo una fase di validazione, verrà promossa a livello territoriale e in ambito *web*, per poter essere pubblicizzata, scaricata e utilizzata da tutti i potenziali utenti.

### **Ambito digitale**

#### **SOLUZIONE APPLICATIVA PER SMARTPHONE**

- a. Fase ideativa preliminare Sviluppo requisito applicazione.
- b. Preparazione e realizzazione evento residenziale.

c. Sviluppo e attività di *testing* applicazione.

d. Campagna promozionale a livello territoriale e in ambiente *web*- scarico applicazione sugli *smartphone*.

I risultati del progetto verranno divulgati nel corso di un evento dedicato previsto nella fase finale del progetto per cui si prevede la partecipazione di circa 200 soggetti. Lungo tutta la durata del progetto verrà sviluppata un'azione di comunicazione e promozione delle azioni correlate e dei risultati ottenuti a cura della cooperativa ICS.

### **Il tema della ricerca e della valutazione**

Un'azione ampia e articolata, come quella prevista, richiede un robusto sostegno in termini conoscitivi. Il gruppo di lavoro ha pertanto messo a fuoco la necessità di stabilire, trasversalmente a tutte le fasi del progetto, un raccordo sistematico con la funzione di studio e analisi, rappresentata dal Gruppo di Ricerca. E' ipotizzabile un impianto operativo simile a quello concettualizzato per la ricerca-azione in ambito psico sociale, per le caratteristiche proprie del *target* e dei fenomeni indagati.

Nello specifico, e in sintesi, il progetto prevede l'attivazione di protocolli di ricerca per tre finalità principali:

- Conoscitiva: per la possibilità, attraverso strumenti leggeri e facilmente attivabili, di ricostruire, mappare, comprendere, ecc. i principali fenomeni adolescenziali e giovanili che intrecciano le azioni progettuali. E' presumibile una metodologia quali-quantitativa mista, caratterizzata sia per la comprensione più profonda dei fenomeni che per il loro monitoraggio nel tempo.
- Orientativa: connessa direttamente ai prodotti realizzati nel corso degli interventi, che si propone di calibrare e posizionare i risultati, di indirizzare compiutamente campagne informative, preventive o di sensibilizzazione, di 'creare' nuovi *pattern* comunicativi caratterizzati in senso ecologico rispetto al *target* finale. In questo caso la metodologia di riferimento è di tipo qualitativo, dai gruppi ideativi ai test sui prodotti intermedi.
- Valutativa: su due obiettivi generali distinti. Valutazione dell'intervento sociale in termini di processo/prodotto e valutazione ai fini del progetto Interregionale. L'approccio consigliabile in questo caso è la costruzione partecipata *ex ante* del sistema di monitoraggio del progetto e la sua implementazione nel corso delle attività in base a protocolli di indagine prestabiliti.

Dal punto di vista organizzativo, anche in un'ottica di contenimento di costi, si ritiene importante mettere a punto una struttura leggera e flessibile in grado di attivarsi sulle esigenze emergenti e specifiche, senza appesantire oltremodo il gruppo di lavoro. Il disegno organizzativo idoneo sembra quello che prevede la presenza organica al gruppo di un Coordinatore di Ricerca in grado di collegare il livello scientifico con quello operativo. Al coordinatore il compito di progettare e organizzare le indagini, nonché i raccordi orizzontali e verticali. Il *team* dei ricercatori potrebbe essere formato ad inizio progetto a livello generale e nello specifico in base alle esigenze di ogni singolo *step* di indagini.

E' inoltre previsto un modulo di ricerca quantitativa finalizzato in modo specifico al testaggio dell'applicazione per *smartphone* quale prodotto finale del progetto. Trattandosi infatti di uno strumento di supporto alle azioni preventive occorrerà dotarlo di una scala 'sensibile' a

diversi valori di alcoemia e di conseguenza a diverse categorie, relativamente allo stato di ebbrezza, di guidatori: lavorando sinergicamente con i realizzatori del *software* e gli operatori socio-sanitari si dovrà approntare un sistema in grado di fornire riscontri precisi e puntuali sui potenziali rischi alla guida in grado di orientare i comportamenti decisionali dei ragazzi. Una volta impostata l'applicazione (APP) secondo gli standard medico-legali, si dovrà procedere ad una verifica di tipo sperimentale. I dettagli dell'impianto di ricerca per questa fase potranno scaturire solo dopo la definizione degli *standard* attesi per l'applicazione. In definitiva, oltre alla normale verifica di gradimento del prodotto, si dovrà approntare una strategia sperimentale in grado di testare in senso estensivo le soluzioni adottate per l'applicazione sul binomio alcol e guida.

## REGIONE LOMBARDIA

### **Progetto: “Non fate Sbronzate!”.**

Campagna di comunicazione sociale sui rischi connessi all'uso di alcol in adolescenza.

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Lodi ha presentato il progetto “Non fate Sbronzate!” alla Fondazione Comunitaria della Provincia di Lodi che lo ha finanziato grazie alle donazioni di Sostenitori.

Il progetto prende avvio dalla consapevolezza che il Servizio per le dipendenze fatica a raggiungere i giovanissimi consumatori che rappresentano il vero “nuovo volto” del fenomeno dell'abuso di alcol.

Emerge, pertanto, l'urgenza di affrontare il problema con interventi di prevenzione e informazione per frenare la diffusione di comportamenti a rischio nei giovanissimi.

Il progetto, che sarà realizzato nel 2014, prevede la somministrazione di tre argomenti da sviluppare sul tema dell'alcol agli studenti che frequentano gli istituti di Scuola secondaria di primo grado (classi II e III) e secondo grado (biennio).

I tre argomenti che verranno proposti a tutti gli studenti e tra i quali gli stessi sceglieranno per il proprio elaborato sono:

#### **1. *Non me la bevo***

“Si comincia a bere sempre più giovani per cercare di essere come gli altri o immaginando di essere diversi dagli altri. Si beve per essere accolti dagli altri o per sentirsi più grandi. Ci si trova poi ad essere tutti uguali, come personaggi senza storia di un *videogame*, manovrati da qualcun altro. Si fa fatica però ad immaginare qualcosa di diverso. O forse no, forse c'è il modo e tu lo stai vivendo ogni giorno. Prova a raccontarlo”.

#### **2. *Sai che c'è?***

“C'è che oggi voglio scriverti una lettera.

Immagina di scriverla ad un amico o qualcuno che ti sembra abbia trovato nell'alcol una possibile soluzione per situazioni che diversamente non saprebbe affrontare. E se le conosci prova a raccontargli di strade diverse, di modi diversi o persone speciali per vivere anche i momenti difficili”.

### 3. *Stasera si balla*

“L’idea che ci si diverte solo se si è sconvolti è una *sbronzata*.”

Ricordarsi di quello che facciamo della musica che abbiamo sentito, degli amici incontrati, degli sguardi incrociati o sfuggiti è il vero sbalzo. E portarli con noi, goderne ancora perché tutto questo è dentro di noi e non in fondo ad un bicchiere. Forse anche tu conosci questo modo di divertirti e forse è anche venuto il momento di parlarne agli altri”.

Di tutti gli elaborati pervenuti, i tre lavori migliori saranno utilizzati dalla ASL di Lodi per promuovere la campagna di prevenzione “Non fate sbronzate!”.

I tre vincitori riceveranno i premi in palio: uno *smartphone*, un *tablet*, un *ipod*.

## P.A. BOLZANO

Nel 2013 è proseguita la campagna di prevenzione contro l’abuso di alcol sotto il motto “**volti nuovi con posizioni chiare**”. Attraverso manifesti, immagini, *radiospot* e un *video*, quattro giovani altoatesini/e si sono proposti con il loro stile di vita come *testimonials* per un approccio consapevole e responsabile all’alcol.

La campagna era presente con inserzioni nei *mass-media* locali e sui fori *internet*, con 2.000 manifesti in diversi luoghi pubblici (comuni, scuole, ambulatori sanitari, distretti sociali, ecc.) e *citylights*.

La campagna **bereresponsabile.it** accetta il consumo di alcol come parte della cultura locale, vuole però anche sostenere un comportamento che contrasta l’eccesso, i casi di incidenti, il consumo inadeguato e la dipendenza e raccomanda l’astinenza in particolari condizioni di vita.

Obiettivo della campagna vuole essere il rafforzamento dell’assunzione di responsabilità a livello locale, il mantenimento degli obiettivi raggiunti negli ultimi anni e il riconoscimento del *logo* come marchio della prevenzione dell’alcol in Alto Adige.

La campagna e le sue misure di intervento nel 2013 sono state sottoposte ad un ulteriore processo di valutazione tramite interviste telefoniche fatte ad un gruppo rappresentativo per popolazione del territorio. I risultati della valutazione saranno pubblicati nel 2014.

## REGIONE LIGURIA

Con la Legge Regionale 5 aprile 2012, la Regione Liguria ha istituito la **Rete Alcolologica Regionale (RAR)**, 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 Alcolologico Regionale (CAR)** con funzioni specialistiche in ambito diagnostico, clinico e di ricerca.

Nell'ambito della Rete Alcolologica Regionale, è stato approvato il Regolamento di organizzazione e funzionamento del Centro Alcolologico Regionale.

Il Centro Alcolologico Regionale ha sede presso l'Unità Operativa dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro:

- fornisce supporto ai nuclei operativi alcolologici attivi sul territorio nell'elaborazione di protocolli per la gestione di patologie alcol correlate;
- svolge attività di coordinamento con i NOA delle ASL Liguri;
- svolge consulenza e sostegno alle iniziative di formazione;
- svolge attività di prevenzione primaria, educazione, sensibilizzazione secondo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, del Centro Collaboratore Organizzazione Mondiale della Sanità e Società Italiana di Alcologia;
- sviluppa programmi di prevenzione secondaria;
- svolge attività di ricerca scientifica con particolare riferimento all'area oncologica;
- cura i rapporti con la rete dell'associazionismo;
- interagisce con le Unità Operative dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, al fine di garantire i necessari percorsi diagnostico-terapeutici a favore dei pazienti affetti da patologie alcol correlate.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Il progetto che propone la Regione Emilia Romagna si riferisce all'area della **guida sicura** e considera il mondo delle Autoscuole come ambito in cui proporre attività formative e consulenze con l'obiettivo di raggiungere la *target* dei cittadini che prendono la patente.

L'iniziativa è stata concordata tra due Direzioni della Regione e le Associazioni maggiormente rappresentative delle Autoscuole.

Il progetto sperimentale di collaborazione ha visto la realizzazione di tre seminari formativi rivolti al personale delle Autoscuole in tre aree vaste della Regione (Parma, Bologna, Rimini) a cui hanno aderito formatori ed istruttori di Scuola Guida.

L'interesse suscitato dall'iniziativa ha dato luogo alla sottoscrizione di un **protocollo di collaborazione tra la Regione e le Associazioni delle Autoscuole**.

## **REGIONE TOSCANA**

**Progetto “Da volontari del soccorso a promotori di salute nella comunità: incidenti stradali, alcol e sballo”**

Ente promotore: Regione Toscana

Ente Gestore: Federazione Regionale delle Misericordie della Toscana

Contributo regionale assegnato: Euro 100.000,00

Il progetto si è sviluppato nelle tre province previste inizialmente: Lucca, Firenze e Arezzo, coinvolgendo i Ser.T di zona e le Misericordie di riferimento. In particolare, per quanto riguarda le zone di Lucca e di Firenze, il campo di azione del progetto è stato ristretto rispettivamente alle zone della Versilia e di Firenze nord-ovest per cercare di calibrare meglio le azioni e per avere riferimenti precisi sia di Associazioni di volontariato che di direttori di Unità funzionale.

La logica del progetto è stata totalmente rispettata e, così come previsto a livello preventivo le azioni di sensibilizzazione, come il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini) oltre che gli interventi che hanno coinvolto sia adulti sia giovani, hanno provocato una espansione di responsabilità notevole sul territorio interessato.

**OBIETTIVI** raggiunti dal progetto:

Il progetto "Da volontari del soccorso a promotori di salute nella comunità: incidenti stradali, alcol e sballo", in continuità con il precedente progetto regionale "Insieme per la Sicurezza-moltiplichiamo le azioni preventive" sviluppatosi negli anni 2011-2012 nei territori delle Aziende USL coinvolte (USL 12 di Viareggio, USL 11 di Empoli e USL 8 di Arezzo), aveva come obiettivo principale quello di favorire comportamenti di guida responsabile, con particolare attenzione al fenomeno della guida associata al consumo di alcol e di sostanze psicoattive fra gli adolescenti e i giovani, attraverso la formazione e la sensibilizzazione degli operatori volontari delle Misericordie e delle altre Associazioni del III settore afferenti al 118 della Regione Toscana, delle tre aree individuate, sul tema "Incidenti stradali, uso e abuso di sostanze psicoattive legali e non" al fine di farli diventare i protagonisti di interventi di prevenzione e sensibilizzazione sulle strade. Nello specifico i volontari delle Misericordie e delle altre Associazioni coinvolte sono oggi attori non più del solo soccorso a seguito di incidenti o malori provocati da uso di sostanze e alcol ma sono il "braccio operativo" delle ASL, Società della salute ed Enti Locali in ambito di prevenzione degli incidenti stradali.

La Federazione Regionale delle Misericordie della Toscana ha investito su queste tre zone sperimentali che tra loro sono diverse da un punto di vista morfologico, di abitudini e di divertimenti ma allo stesso tempo di particolare interesse per l'attenzione da mostrare a questi aspetti di prevenzione.

Le AZIONI previste dal progetto sono state:

- un primo approccio di informazione, sensibilizzazione e formazione dei volontari delle singole zone;
- azioni operative sul territorio: punti di sensibilizzazione durante eventi, fiere e feste paesane, momenti di controllo sulle strade anche in collaborazione con le Forze dell'ordine, programmazione di giornate/serate di prevenzione organizzate contemporaneamente nelle tre province interessate.

La finalità principale del progetto è stata raggiunta e avrà il culmine con il seminario organizzato nei giorni 9 e 10 maggio 2014 e che rappresenterà un momento forte di riflessione, acquisizione di conoscenze rispetto al consumo delle sostanze alcoliche e stupefacenti e confronto di tutto il percorso fino ad oggi strutturato.

In questi mesi sono state molte le occasioni di incontro e anche per l'acquisizione di formazione di nuovi strumenti, modalità e stili di vita attraverso interventi finalizzati alla riduzione del consumo e abuso delle sostanze psicoattive.

I volontari si sono trasformati in “moltiplicatori” dell'azione preventiva.

L'intento di Federazione continua ad essere quello di estendere all'interno delle singole sedi di Misericordie e delle altre Associazioni coinvolte l'approccio della rete internazionale HPH e della Carta di Ottawa dell'OMS (promozione della salute come processo di miglioramento del controllo dei determinanti della salute da parte delle persone e delle comunità). Il progetto HPH “Ospedali e ambienti sanitari che promuovono la salute” ed in particolare il progetto interaziendale della rete HPH Regione Toscana “Ospedali ed Ambienti sanitari liberi da alcol” punta a rendere *alcol-free* tutti gli ambienti sanitari interni ed esterni agli ospedali.

**OBIETTIVI SPECIFICI raggiunti:**

- 1) promozione della salute ed empowerment: sviluppare nei giovani volontari delle Misericordie della Regione Toscana una maggiore resistenza all'influenza negativa dei pari o dei modelli imposti dal *marketing* commerciale dominante;
- 2) informazione e formazione: creare momenti di confronto e di condivisione di esperienze e saperi per essere maggiormente informati sulle conseguenze e sulle modalità di prevenzione;
- 3) interventi di prevenzione di incidenti stradali: realizzare interventi educativi nei contesti di aggregazione e divertimento (locali, associazioni sportive, ecc) attraverso l'individuazione di strategie comunicative adeguate per agire sulla percezione del rischio e sull'aumento della consapevolezza nel target finale.

**OBIETTIVO ancora da raggiungere:**

– Stesura e firma di protocollo operativo fra Associazioni di volontariato, 118 e altri soggetti al fine di creare alleanze per costruire una rete territoriale tra operatori della sanità e moltiplicatori dell'azione preventiva.

**Interventi effettuati nelle tre zone della Toscana coinvolte (Versilia, Firenze ed Arezzo).**

**AZIONI ZONA VERSILIA**

- Progetto “Da volontari del soccorso a promotori di salute nelle comunità: incidenti stradali, sballo e alcol” (in continuità con il precedente progetto regionale “Insieme per la Sicurezza-moltiplichiamo le azioni preventive” sviluppatosi negli anni 2011-2012). Il progetto si è articolato con le seguenti attività:

- 9 e 16 maggio 2013: Corso di formazione per operatori, insegnanti e genitori dal titolo “I segnali del disagio” organizzato in collaborazione e presso la Misericordia di Lido di Camaiore.
- 26 settembre 2013 allestimento *buffet* con promozione aperitivi analcolici curato dai volontari CSI-Miselido all'interno del seminario regionale “Guadagnare Salute” al Festival della Salute di Pietrasanta (LU).

○ 6, 20 e 25 novembre 2013: corso di formazione per operatori, insegnanti e genitori dal titolo: “*Life Skills* e mediazione corporea motoria” organizzato in collaborazione e presso la Misericordia di Lido di Camaiore.

- Progetto “volontari e sport” presso CSI e Misericordia di Lido di Camaiore si è concretizzato attraverso la realizzazione di iniziative e manifestazioni ludiche e ricreative (es. *meeting* “InSuperabili” in data 6 e 7 aprile 2013, “palio del volontariato” in data 15 e 16 giugno 2013) per i giovani della comunità utilizzando il gioco e lo sport come deterrente delle principali forme di devianza giovanile e come strumento di promozione di corretti stili di vita, integrazione sociale e recupero delle frange a rischio di emarginazione sociale ed economica del territorio versiliese.

Le iniziative hanno riguardato in larga parte *stage* di discipline sportive per giovani con disabilità e normodotati, incontri di sensibilizzazione sulle conseguenze degli abusi di sostanze psicoattive, corsi di approfondimento sulle *Life Skills*, e sui segnali del disagio nei giovani e ragazzi.

Durante il periodo estivo sono stati realizzati tornei ed incontri promozionali di attività sportive senza finalità agonistiche o competitive.

Tutte le iniziative progettate e gli eventi realizzati nel contesto del progetto sono stati “pensati” all’insegna di una filosofia di vita orientata a valorizzare la pratica sportiva come elemento di protezione rispetto ai fattori di rischio che accompagnano il disagio psichico e sociale dei giovani e che. Spesso, rendono possibile il manifestarsi di situazioni di difficoltà del singolo o del gruppo. Lo sport in questo contesto viene considerato un importante veicolo per migliorare la salute sia fisica che psichica.

#### - Progetto “RICREAZIONE IN VIA D’ESTINZIONE”

Il progetto si pone come obiettivo, attraverso la realizzazione di interventi svolti direttamente nei contesti del divertimento, quello di sensibilizzare giovani e meno giovani rispetto ai rischi connessi all’uso di sostanze e ai pericoli della guida. Il progetto che si svolge in numerosi contesti e situazioni, da locali da ballo in orari notturni a manifestazioni di vario genere, è attuato anche in collaborazione con i volontari della Misericordia Lido di Camaiore).

Le finalità:

- avvicinare le giovani generazioni a temi difficili, “rischiosi” in modo tutelato;
- favorire il rapporto e la conoscenza con gli adulti di riferimento del loro territorio;
- facilitare lo scambio di esperienze, la formulazione di domande, anche quelle che ai ragazzi possano apparire “poco pertinenti”.

L’articolazione si sviluppa intorno ad una caratteristica innovativa, quella di formare dei *tutors*, una sorta di sorelle/fratelli maggiori, capaci di proporre modalità relazionali finalizzate alla trasmissione di: conoscenze, informazioni, metodi per tutelare il divertimento e prevenire lo “sballo del fine settimana”. *Tutors* che sono stati individuati in collaborazione con le scuole. Sono loro che dopo una formazione specifica gestiscono gli incontri nei locali, operatori a tutti gli effetti. Altra caratteristica innovativa di questo progetto è la valorizzazione precisa della dimensione formativa più che informativa, il dare valore al contesto “dei locali” come luogo centrale dell’esperienza del divertimento dei giovani e del loro incontro con gli adulti.

#### - Intervento/progetto “Cresco Sicuro”.

Rivolto agli alunni delle classi quinte della scuola primaria e terze della scuola secondaria di primo grado degli Istituti comprensivi del territorio del comune di Camaiore si è rivelato istruttivo e divertente allo stesso tempo.

Le classi terze delle scuole Michele Rosi, Rosso di San Secondo e Pistelli, riunite nei rispettivi *auditorium*, hanno portato gli elaborati sulla sicurezza stradale, mostrando ai compagni i cartelloni e presentazioni in *power point* sull'importanza di guidare, sobri, biciclette, *scooter* (mezzi prevalentemente utilizzati da ragazzi e ragazze) oltre, ovviamente, automobili.

In precedenza gli insegnanti avevano partecipato ad un corso di formazione sulle “*life skills*” strutturato sulla critica alla pubblicità ingannevole sull'alcol. Inoltre, il responsabile del SerT, ha trattato gli effetti e la pericolosità del consumo di sostanze nel nostro cervello, introducendo ai docenti le scoperte scientifiche più recenti delle neuroscienze,

Successivamente i vigili della Polizia Municipale del Comune di Camaiore si sono recati nelle singole classi per illustrare le conoscenze di base per una corretta condotta sulla strada.

Gli incontri hanno avuto successo e la speranza è che, informati per tempo, gli studenti siano in grado di attuare quanto appreso e approfondito. Per la giornata nazionale del pedone si cercherà di rivedere tutti gli allievi di quinta elementare e delle terze medie, probabilmente presso lo stadio comunale, per concludere il lavoro di quest'anno scolastico e rilanciare “Cresco sicuro!” per il prossimo anno scolastico con l'uso della *Peer education*.

#### AZIONI ZONA FIRENZE

##### Progetto “Da volontari del soccorso a promotori di salute nelle comunità: incidenti stradali, sbalzo e alcol”.

Gli incontri realizzati all'interno del progetto sono stati suddivisi in due tranches: la prima nel 2012 e la seconda nel 2014.

In tutti gli incontri sono stati trattati temi relativi a problemi alcol correlati e uso di sostanze psicoattive. In particolar modo si è parlato dell'incidenza dell'uso dell'alcol sulla nostra salute e nella nostra cultura, sui suoi meccanismi di azione/diffusione, sugli effetti fisici e psicologici anche in quantità moderate. Inoltre, è stato affrontato anche l'aspetto epidemiologico e sociale dell'utilizzo di sostanze psicoattive, con particolare attenzione riservato all'argomento alcol e guida. Infine, è stata proposta una riflessione sul ruolo del volontario nella società e sulla posizione personale assunta nei confronti di tali argomenti, cercando di coinvolgere le persone presenti nell'attivazione di possibili azioni preventive da promuovere all'interno della specifica realtà.

Questi incontri hanno avuto anche la finalità di individuare volontari per ogni Misericordia sensibilizzati e disponibili a frequentare il corso residenziale del 9 e 10 maggio per la Formazione di RAM (Referente Alcolologico della Misericordia), svoltosi presso il Centro Studi Nazionale Cisl a Firenze.

L'attuazione del progetto porta ad una prima azione concreta sul territorio il giorno 16 maggio 2014, durante la Cena di Solidarietà “*SocialParty*” organizzata dal Comune di Scandicci. In tale occasione la Misericordia di Scandicci sarà presente con un *gazebo* all'interno del quale

saranno svolte azioni di prevenzione e promozione della salute, grazie ad alcuni strumenti forniti dal progetto.

#### AZIONI ZONA AREZZO

- Progetto “Da volontari del soccorso a promotori di salute nelle comunità: incidenti stradali, sballo e alcol” (in continuità con il precedente progetto regionale “Insieme per la Sicurezza-moltiplichiamo le azioni preventive” sviluppatosi negli anni 2011-2012).

- Interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi per la guida connessi all'uso dell'alcol nei luoghi di aggregazione giovanile notturna.

- Interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi per la guida connessi all'uso dell'alcol nelle manifestazioni musicali.

- Interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi per la guida connessi all'uso dell'alcol nell'ambito di feste, manifestazioni culturali, ecc.

- Corso di peer education

- Video intervista su Sicurezza stradale e guida sicura: In collaborazione con la Consulta Provinciale degli Studenti di Arezzo, realizzato in occasione del convegno provinciale sulla filiera della sicurezza stradale.

STRUMENTI utilizzati nelle azioni progettuali:

- a) simulatore di guida per la prevenzione degli incidenti stradali;
- b) materiale audiovisivo per utilizzare modalità più coinvolgenti di sensibilizzazione;
- c) materiale di sensibilizzazione cartaceo e *gadgets* vari personalizzati “guadagnare salute”;
- d) etilometri;
- e) *peer education*;
- f) *pc* e *software* di elaborazione grafica;
- g) supporto esperti.

#### RACCOLTA e DIFFUSIONE dei RISULTATI

In questa tipologia di progetto è di fondamentale importanza un’accurata azione di monitoraggio e di diffusione dei risultati a livello di comunità locale.

E’ stata fondamentale anche la rete che le singole Misericordie sul territorio garantiscono in maniera naturale, soprattutto in Toscana.

La diffusione dei risultati del progetto è un punto di partenza per attivare il processo di prevenzione e sensibilizzazione anche nelle zone non coperte dall’attività sperimentale.

Questo risultato verrà raggiunto a seguito del seminario finale attraverso azioni di diffusione caratteristiche della comunicazione delle Misericordie: canali istituzionali, canali informatici, canali di stampa interna ed esterna.

#### MONITORAGGIO

Il monitoraggio, che ha interessato tutte le azioni fino ad oggi svolte e curato dal coordinatore regionale del progetto ha rilevato:

- attività del gruppo di regia e del livello di partecipazione;
- numero di corsi di formazione attivati a livello regionale;
- numero e tipologia partecipanti ai corsi di formazione;
- sintesi dei risultati sul gradimento corsi di formazione (questionario);
- numero di volontari impegnati nella formazione e nelle azioni di sensibilizzazione;
- numero di Misericordie coinvolte.

#### **Chiusura del progetto e prosecuzione delle azioni**

Il progetto, protrattosi nel corso di questi anni, ha avuto un significativo slittamento anche a seguito di vicende interne e organizzative che hanno coinvolto le sedi regionali ma è attualmente stabilito nel giorno 10 maggio con il termine del seminario e con il giorno 19 giugno con il termine delle collaborazioni di esperti messe in essere.

Queste date sono però in realtà il punto di partenza per la vera azione del progetto: *“l’azione dei moltiplicatori di salute che saranno i numerosi volontari presenti nelle sedi delle Misericordie della Toscana”*.

### REGIONE MARCHE

#### **Progetto “Insieme per la sicurezza”.**

ENTE TITOLARE: Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Pesaro.

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE: riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali.

INDICATORE: riduzione del 5% nel target 15-24 anni degli incidenti stradali mortali.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- **Intervento in contesti educativi:** scuole guida e scuole di guida sicura. **AZIONI:** Formazione operatori delle scuole guida e scuole di guida sicura. Formazione ragazzi target 15-24 anni. Acquisizione conoscenze sui rischi legati alla sicurezza stradale.

- **Intervento in contesti del divertimento:** gestori e personale dei locali e delle discoteche. AZIONI: Formazione gestori di discoteche e personale dei locali del divertimento. Formazione ragazzi target 15-24 anni. Acquisizione conoscenze sui rischi legati alla sicurezza stradale.
- **Equipe Multidisciplinare operativa.**  
AZIONI: Formazione professionalità della *équipe* operativa. Intervento nei luoghi del divertimento (feste paesane, sagre, carnevale discoteche ecc.).

## REGIONE LAZIO

Con DCA n. 430 del 24 dicembre 2012 è stato approvato il bando per l'assegnazione di progetti di carattere sanitario per la cura di soggetti con patologie della dipendenza nella Regione Lazio. I progetti articolati per 24 mesi si svolgeranno per un arco temporale di tre anni e riguardano le seguenti strutture territoriali del Lazio: 2 Centri specialistico ambulatoriale di consulenza alcol nel territorio RMA e Rieti; 1 Centro specialistico ambulatoriale e semiresidenziale per alcolisti in collaborazione con il Municipio I e il \*Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio ed infine 1 Centro Specialistico residenziale per il trattamento degli alcolisti.

\*Il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL) svolge attività di prevenzione e cura garantendo visite ambulatoriali, ricoveri ordinari e di DH per utenti con problemi di alcoldipendenza.

## 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 "SCUOLA = cultura + salute"**

La Scuola non è solo un luogo di apprendimento ma un luogo in cui s'impara il mestiere di vivere. Ponendosi questa finalità la Scuola diventa anche luogo di prevenzione dove si realizzano interventi educativi mirati ad incrementare i fattori di protezione e a ridurre l'impatto dei fattori di rischio.

I 4 Ser.T. dell'ASP da oltre 15 anni realizzano interventi di prevenzione con i gruppi classe e con i docenti. È dimostrato che i ragazzi non imparano concetti sulla salute, né interiorizzano comportamenti sani, solo perché viene detto loro ciò che fa bene.

Essi imparano attraverso l'esperienza e la partecipazione attiva, utilizzando la riflessione e la discussione.

Il massiccio impiego delle nuove tecnologie da parte adolescenziale e giovanile impone di affiancare, alle classiche metodologie centrate sull'ascolto e sulla relazione *face to face*, peraltro indispensabili ed irrinunciabili principi volti alla costruzione comune di senso e di significati, approcci centrati sulla comunicazione mediatica, a partire da sollecitazioni

provenienti dal mondo delle immagini (caratterizzate da una forte componente emotiva piuttosto che logico razionale).

Il progetto ha la finalità di incrementare negli studenti la percezione del rischio connesso al consumo di alcol ed offrire occasioni e spazi di confronto all'interno del gruppo di coetanei per favorire lo sviluppo di atteggiamenti ed opinioni che possono disincentivare l'uso di alcol. Per la completa realizzazione si richiede anche la disponibilità e l'impegno degli insegnanti a partecipare a percorsi formativi predisposti dall'*équipe* dei Ser.T. ed alla realizzazione degli interventi previsti in classe.

Queste figure vengono coinvolte considerando l'importanza del loro ruolo educativo e del loro costante contatto con gli alunni, che può incidere positivamente sulle scelte e sui comportamenti adottati dagli studenti.

#### OBIETTIVI:

- Aumentare il senso critico e favorire scelte consapevoli rispetto ad una sostanza psicoattiva che appartiene alla nostra cultura ed è presente nella quotidianità.
- Riflettere in modo critico sul proprio approccio al consumo di alcol, sia individuale che in gruppo, sulla ritualità del bere e sui loro significati, sulle pubblicità inducenti, esplicite e non.
- Approfondire il tema alcol e comportamenti a rischio.

DESTINATARI: Alunni e docenti Scuole medie superiori ed inferiori del territorio dell'ASP.

#### METODOLOGIA E STRUMENTI:

Si esplorerà il tema dell'alcol esplicitandone gli aspetti negativi (il danno fisico, la dipendenza, i danni sociali, ecc) e quelli positivi (elementi di seduzione e d'attrazione che spingono i giovani ad iniziare a bere), coinvolgendo direttamente ed emotivamente i giovani.

Sul piano dei contenuti (dimensione tematica) si visualizzerà la molteplicità di prospettive attraverso cui considerare e affrontare il tema alcol, favorendo negli studenti la consapevolezza dell'importanza del punto di vista - non solo personale, ma anche sociale, culturale e ideologico - che determina una specifica interpretazione della tematica in esame. L'offerta di molteplici prospettive permette agli studenti di visualizzare immediatamente la possibilità di posizionarsi in modo non univoco o scontato, favorendo l'emergere di posizioni variegata in sede di analisi e di confronto all'interno del gruppo.

Il progetto prevede un primo momento di contatto con la Scuola per l'organizzazione e la contestualizzazione dell'intervento, un incontro di presentazione del lavoro ai docenti delle classi coinvolte di ogni singola scuola, l'intervento diretto con il gruppo classe (2/3 incontri di 2 ore in ciascuna classe) ed un incontro di restituzione ai docenti del lavoro svolto.

Si prevede, dove possibile realizzarlo, anche un percorso formativo per gli insegnanti.

Per la gestione degli interventi le tecniche utilizzate sono quelle tipiche della pedagogia di stampo attivo: il *brainstorming*, il *role playing*, la simulazione, il lavoro in piccoli gruppi e successivamente collegiale.

La salvaguardia di un clima informale e ludico permetterà inoltre di poter instaurare un rapporto di agio che facilita l'espressione del proprio punto di vista, l'esposizione di impressioni "a caldo", connotate sotto il profilo emotivo.

Si utilizzerà materiale audiovisivo quale *spot* pubblicitari, *videoclip*, frammenti di film sul tema alcol.

Inoltre, nel corso degli incontri gli alunni sperimenteranno particolari occhiali (ALCOVISTA) che simulano lo stato d'ebbrezza, etilometri elettronici ed etil-test monouso.

Con l'impiego di questi particolari occhiali ALCOVISTA è facile vedere quali sono i veri effetti dell'alcol sulla visione (e di conseguenza sulla guida) in maniera ludica ma realistica, essi simulano un tasso alcolemico nel sangue tra lo 0,4 e l'1,2 g/l.

Gli occhiali ALCOVISTA (utilizzati in ambiti preventivi e formativi soprattutto negli Stati Uniti, Spagna o Francia) mostrano con chiarezza le alterazioni della visione dopo aver bevuto.

Gli incontri nelle classi saranno condotti dagli operatori Ser.T. con l'eventuale ausilio degli insegnanti.

Dopo gli incontri con gli operatori è auspicabile la prosecuzione delle attività di prevenzione a cura dei docenti dei singoli gruppi classe attraverso approfondimenti tematici (alcol nella storia, alcol e arte, alcol e musica, alcol e guida, alcol e sessualità) e, utilizzando la creatività e il protagonismo dei giovani, la realizzazione di un "prodotto" preventivo sul tema "*Alcol e comportamenti a rischio*" (*slogan, spot video, o altro*).

Ai docenti interessati a proseguire il percorso con i propri studenti verrà fornito il supporto e il materiale tecnico necessario alle attività.

#### VALUTAZIONE

La valutazione è di tipo qualitativo e quantitativo, basata sulle percezioni di operatori, docenti, alunni; numero partecipanti, grado di partecipazione, esiti dei questionari di gradimento e di acquisizione delle conoscenze.

#### **Progetto "Conoscere per prevenire".**

Tempi di attuazione: Gennaio-Aprile 2013.

DESTINATARI: Adolescenti studenti Scuola Media ed ITIS di Corleto Perticara (PZ).

#### FINALITA':

Portare i giovani ad un adeguato livello conoscitivo sui rischi legati all'uso dell'alcol per favorire un percorso formativo in linea con gli orientamenti e i principi della Legge 125/2001.

#### AZIONI:

- programmazione concordata con gli Istituti interessati;
- sondaggio (somministrazione test "in entrata") dei livelli di conoscenza e percezione del rischio nonché della presenza di sistemi valoriali presenti nei soggetti intervistati;
- incontri di tipo "interattivo" con le classi degli studenti;

- animazione teatrale sul tema “alcol” condotta dall’Associazione culturale “L’albero”;
- confronto risultati dei test in “entrata” ed “uscita” per valutare l’eventuale aumento dei corretti livelli di conoscenza ed attenzione al problema alla luce di quanto appreso dagli incontri frontali ed interattivi e dalla partecipazione alla animazione teatrale;
- restituzione dati in plenaria per discussione risultati e per eventuale impostazione di possibili e future azioni in merito.

#### RISULTATI:

L’elaborazione dei dati del questionario ha permesso la stesura di un “*report*” che, pur non essendo esaustivo, può avere una sua certa utilità come una delle possibili fonti di “lettura” del mondo giovanile riguardo a questi fenomeni. Passando ai dati, su un campione di 106 studenti (con una età compresa, per la Scuola Media, tra 11 e 15 anni e per l’ ITIS tra i 16 e i 21 anni) si è potuto individuare un buon livello di conoscenza dei danni causati dall’alcol ed una percezione, da parte dei giovani, dell’importanza e della diffusione sociale del “problema alcol”: più del 93% del campione è consapevole, infatti, dei danni dell’alcol e conosce, nel proprio ambito territoriale, soggetti ritenuti alcolisti; il 98% ritiene che vi sia un aumento del “bere” tra i giovani rispetto al passato; il 40% ritiene che il “bere misto” (vari tipi di alcolici assunti nella giornata) sia la bevanda alcolica preferita dai giovani, seguita dai superalcolici (32%), birra (24%) e vino (4%). La ricerca permette inoltre di sottolineare un certo atteggiamento critico da parte dei giovani verso alcuni “luoghi comuni” sul bere: il 93% del campione non ritiene, infatti che l’alcol renda “più forti”; il 70% non ritiene che “faccia digerire”; il 97% ritiene che l’alcol non debba essere assunto assieme ai farmaci.

E’ comunque anche da segnalare la presenza di comportamenti tesi a valorizzare, più o meno consapevolmente, situazioni di pericolo: il 12% circa del campione di ricerca ritiene, infatti, importante “reggere l’alcol” evocando un tipo di comportamento che gli anglosassoni (che già conoscono il problema) hanno denominato “*binge drinking*”, cioè un comportamento estremo teso a “saggiare” la resistenza del corpo con dosi sempre più crescenti di alcol.

I necessari spunti operativi che scaturiscono dall’analisi della ricerca brevemente presentata possono portare alla definizione di alcuni possibili **obiettivi** quali:

- promuovere l’educazione incrementando il livello di consapevolezza degli effetti dell’alcol tra i giovani;
- sviluppare programmi di promozione alla salute che comprendano i temi dell’alcol in ambienti quali istituzioni educative, organizzazioni giovanili e comunità locali.

## REGIONE 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 efficaci all’abuso di bevande alcoliche soprattutto tra i giovani. L’azione di prevenzione riguarda anche altre forme di

dipendenza quali la tossicodipendenza ed il *gambling*, ed ancora la prevenzione alle malattie sessualmente trasmissibili ed HIV.

Il progetto è stato definito “itinerante” poiché è caratterizzato da interventi effettuati dall’Unità Mobile che transita ed effettua numerose soste sul territorio dell’ASP di Catanzaro. E’ importante la definizione della mappatura dei territori interessati in modo da prevedere la preparazione e la definizione di un piano d’intervento. Scegliendo con criterio i luoghi dove collocare l’Unità Mobile e predisponendo il materiale necessario all’intervento da effettuare.

Gli interventi correlati alla prevenzione dell’uso e abuso di alcol sono stati realizzati all’uscita dei locali più frequentati e nei luoghi di maggiore aggregazione dei ragazzi/e, il materiale utilizzato è vario, tra questi l’etilometro.

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. Inoltre sono stati somministrati questionari a persone di età compresa tra i 15 ed i 40 anni di entrambi i sessi, tale strumento di rilevazione anonimo è finalizzato ad esplorare le dimensioni del fenomeno e permetterà di monitorare i cambiamenti degli stili di consumo e degli stili di vita.

#### 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 alcol.

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 dépliant, posti sul tavolo allestito per il *front office*, e da un *banner* plastificato che invita a sottoporsi alla prova etilometrica. L’attività progettuale ha previsto un cronoprogramma di 24 mesi, e si è concluso a dicembre 2013.

### REGIONE SARDEGNA

**Progetto di ricerca sulla “Fetopatia alcolica” derivante dal consumo di alcol in gravidanza in una popolazione di donne sarde.**

UNITÀ OPERATIVA PROPONENTE: Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati, Gruppo Operativo dipendenze da alcol tabacco e gioco d'azzardo.

#### SOGGETTI COINVOLTI:

Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università di Cagliari;  
Clinica Ostetrica e Ginecologica , Università di Cagliari;  
Clinica Ostetrica e Ginecologica , Università di Sassari;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale San Francesco di Nuoro, Asl Nuoro;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale San Martino di Oristano , Asl Oristano;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale Giovanni Paolo II, Asl Olbia;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Ospedale Nostra Signora della Mercede, Asl Lanusei;  
Divisione di Ginecologia e Ostetrica, Presidio Ospedaliero Sirai, Asl Carbonia;

FINANZIAMENTO: Determinazione RAS n° 321 del 31/12/2012 – Posizione finanziaria EC 231-188 – 00.12.01.03-€ 10.544.00

AMBITO DI INTERVENTO: Attività di prevenzione dai danni derivanti dal consumo di alcol in gravidanza e nel puerperio.

#### FINALITA' E ASPETTI INNOVATIVI DEL PROGETTO:

Attivazione di un progetto pilota a carattere regionale di prevenzione dall'alcol per donne nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nel puerperio.

Ciò verrà attuato coinvolgendo le Università di Cagliari e Sassari e tutte le Asl.

La reale conoscenza della fetopatia alcolica sarà rilevata ponendo domande specifiche sull'argomento (questionario autosomministrato e Test AUDIT) prima e dopo l'informazione sulle conseguenze che l'esposizione all'alcol, nel corso di tutti i trimestri della gravidanza, può indurre.

Uno degli obiettivi sarà l'identificazione in Sardegna del consumo di alcol nella suddetta popolazione femminile, rilevando la quantità assunta nell'arco della settimana, l'eventuale uso eccessivo e le condizioni correlate al suo uso/abuso/dipendenza.

Successivamente, verranno date informazioni dettagliate alla popolazione generale sulle ripercussioni negative dell'uso di alcol in gravidanza.

OBIETTIVO GENERALE: Identificare la reale conoscenza riguardo la fetopatia alcolica e delle conseguenze che l'esposizione all'alcol, nel corso di tutti i trimestri di gravidanza, può indurre sulla salute fetale. Ciò effettuando domande specifiche sull'argomento sia prima sia dopo l'informazione.

RISULTATI ATTESI: Migliorare la conoscenza nella popolazione dei danni derivanti dal consumo di alcol in gravidanza e favorire la sua completa astensione, con particolare riferimento alla popolazione femminile in corso di gravidanza e nel puerperio.

Per rendere più incisivi i risultati attesi, il progetto si concluderà con l'organizzazione di un convegno: “*Giornata Regionale sugli effetti dell'alcol in gravidanza*”.

#### FASI DI REALIZZAZIONE, VALUTAZIONE, TEMPISTICA E STRUMENTI UTILIZZATI:

Il progetto, che avrà la durata di 12 mesi, si articolerà in più fasi, a partire dalla reale conoscenza della fetopatia alcolica, che verrà appurata mediante domande specifiche sull'argomento che verranno poste prima e dopo l'informazione sulle conseguenze che l'esposizione all'alcol può indurre sulla salute fetale.

Ciò verrà effettuato nelle donne in fase preconcezionale, in gravidanza e nel puerperio, mediante l'utilizzo di un questionario autosomministrato e la compilazione del Test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).