Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

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 2016

INDICE

PREMESSA
PRESENTAZIONE **I**

PARTE I

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO **1**
1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo **1**
Il consumo di bevande alcoliche nel Mondo ed in Europa **1**
Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana
I modelli di consumo dei giovani
I modelli di consumo degli anziani **9**
I comportamenti di consumo a rischio **11**
L'alcol nelle Linee Guida **21**
1.2 L'alcoldipendenza
1.3 La morbilità e la mortalità alcol correlate **25**
Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili **26**
Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità **36**
Gli incidenti stradali **41**

2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE **52**

PARTE II

3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 ANNO 2015 **62**
3.1 Il personale dei Servizi **63**
3.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza **63**
3.3 I consumi alcolici dell'utenza **64**
3.4 I modelli di trattamento **64**
3.5 La collaborazione dei Servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, privato sociale e privato **64**
Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto – AICAT, AA **65**

Tabelle e grafici

PARTE III

4. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 **76**

4.1 Gli interventi di indirizzo **76**

4.2 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione **86**

4.3 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001ai fini del monitoraggio **88**

4.4 La partecipazione alle politiche internazionali **90**

PARTE IV

5. I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI **99**

6. LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITA' DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 n. 125 **111**

6.1 Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità **112**

6.2 Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati **131**

6.3 Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto **151**

6.4 Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario **161**

6.5 Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale *no profit* **167**

6.6 Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11 **175**

6.7 Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge **183**

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 **193**

6.9 Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro **200**

6.10 Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo **208**

6.11 Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001 **213**

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 2015 e dal Ministero della Salute nell'anno 2016.
La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VI, avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Uff. VIII; Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Uff. VI; Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti europei e internazionali – Uff. III.
Per l'elaborazione della presente Relazione al Parlamento, il Ministero della Salute, inoltre, si è avvalso della collaborazione di diversi ***patners*** che hanno apportato contributi di notevole interesse scientifico e conoscitivo del fenomeno correlato al consumo di alcol.

Pertanto si ringrazia:
*l'Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Nazionale Alcol e C. C. del WHO
*l'Istituto Superiore di Sanità – Ufficio di Statistica
*l'ISTAT – Multiscopo
*l'ISTAT – Direzione Centrale delle Statistiche socio-demografiche e ambientale, Servizio Sanità, Salute ed Assistenza Incidentalità stradale
*CRA-NUT, Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del CRA (ex INRAN)
*AICAT, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti Territoriali
*AA, Alcolisti Anonimi
*Gruppo Interregionale Alcol – FVG
*Centro Alcologico Regionale Toscano

PRESENTAZIONE

Il fenomeno relativo al consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana, negli anni più recenti, sta decisamente mostrando un profilo nuovo rispetto agli ultimi decenni e purtroppo non meno preoccupante se si considera che, a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, condizione ancor più dannosa per le patologie e le problematiche correlate.

Secondo i dati **ISTAT,** nel corso del 2015, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,5% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 64 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,9%) rispetto alle femmine (52,0%). Si registra un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente, infatti nel 2014 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 319 mila persone). Tale osservazione risulta confermata anche dai dati forniti dal database europeo *Health For All* (HFA-DB), che mostra nella rilevazione dei litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne in Italia, nel corso degli ultimi quattro anni, un nuovo incremento in controtendenza rispetto agli anni precedenti.

Nell'anno 2015 si osserva una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri, **mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto** (nel 2013 erano il 25,8%, nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 risultano il 27,9%).

I consumatori giornalieri nel 2015 sono il 22,2% dei consumatori, 12 milioni circa di persone(33,3% tra i maschi e 11,8% tra le femmine).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2005-2015 l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 69,7% al 64,5%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 22,2%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% al 42,3%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% al 27,9%).

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani 18-24enni e tra gli adulti 25-44enni diminuiscono maggiormente i consumatori giornalieri; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2015 il 38,9% degli uomini e il 17,7% delle donne, pari a circa quindici milioni persone di età superiore a 11 anni. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=52,9% e 25-44=52,5%). Tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (40,2%); per entrambi i sessi, oltre tali classi di età, le percentuali diminuiscono nuovamente. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali invece le differenze non risultano significative. La prevalenza dei consumatori fuori pasto è aumentata rispetto al 2013; tra le donne si registra nel corso degli anni un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto, in particolare, nel corso dell'ultimo anno, la prevalenza è aumentata

di 1,2 punti percentuali (pp); tra le donne l'incremento risulta statisticamente significativo anche nella classe di età 25-44 anni.

Resta allarmante il fenomeno del ***binge drinking,*** che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo: nel 2015 è stato pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne di età superiore a 11 anni, identificando oltre 3.700.000 *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età. L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine, sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini, mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne. Rispetto alla precedente rilevazione, tuttavia, si registra un incremento della prevalenza dei *binge drinker*sia tra gli uomini (+0,8 pp) che tra le donne (+0,6 pp), in particolare nella classe di età dei 25-44enni.

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento d**i comportamenti di consumo a rischio,** che comportano non solo rischi per la salute del singolo bevitore ma anche rischi per la comunità e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, si è ritenuto necessario individuare strumenti idonei a monitorare attentamente il fenomeno.

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

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2015 del 23% per uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone

quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sui loro consumi non conformi alle raccomandazioni di sanità pubblica.
Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica.
L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi, sebbene nel corso dell'ultimo anno tra le donne si è assistito ad un incremento delle consumatrici a rischio che sono passate da 8,2% a 9%.

Lo **studio sui consumi alcolici nelle Regioni Italiane** dimostra che il consumo di alcol nell'anno 2015 è decisamente aumentato rispetto all'anno precedente sia al Nord e sia al Centro Italia, mentre non si rilevano variazioni statisticamente significative al Sud e nelle Isole. Come negli anni precedenti, le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia Nord Orientale sono quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute. Nella predetta area geografica, la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,5% tra le donne e per queste ultime, il valore è il più elevato di tutte le realtà territoriali ed è aumentato di +3,2 pp rispetto al 2014.

Dall'analisi del **tipo di bevande** consumate si conferma la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne, e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registra nei giovani e giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e gli anziani. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici, *alcolpops*) oltre a vino e birra. Per tutte le altre classi di età si osserva, tra gli uomini, una diminuzione sia del numero di quanti consumano solo vino e birra sia della 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 2015 il vino resta al primo posto seguito dalla birra e quindi al terzo posto altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici).

L'**alcoldipendenza** è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. La stima puntuale del numero di alcoldipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcoldipendenti in trattamento nei Servizi alcologici pubblici, nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi Servizi pubblici o in maniera autonoma. Nel 2015sono stati presi in carico presso i Servizi o gruppi di lavoro rilevati 72.377 soggetti. L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati. Circa il 26,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.
Il rapporto M/F è pari a 3,4 per il totale degli utenti. L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 76,4% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto

dei 30 anni rappresentano il 7,2% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,4%. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categoria di utenti.
Analizzando i programmi di trattamento, si osserva che nel 2015 il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,3% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 4,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,0% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,0% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,3% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,7% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.
Dall'anno della loro prima costituzione, avvenuta con D.M. del 1996, il numero dei Servizi alcologici è progressivamente aumentato, accompagnandosi a un contestuale, progressivo calo dei ricoveri ospedalieri per sindrome di dipendenza da alcol. Al 31.12.2015 sono stati rilevati circa 499 Servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'85,0% sono di tipo territoriale (Ser.D). Tuttavia resta ancora come rilevante criticità la frammentazione dell'organizzazione dei Servizi nelle varie Regioni.
E' cresciuto nel contempo anche il numero complessivo delle unità di personale addette al trattamento dell'alcoldipendenza: gran parte di tale personale tuttavia risulta addetto solo parzialmente ai Servizi alcologici e il numero degli addetti esclusivi resta ancora troppo basso rispetto al fabbisogno, soprattutto tra i medici e gli psicologi. Il buon funzionamento dei Servizi alcologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale ed espressamente prevista dalla legge 125/2001. I Gruppi di auto-mutuo aiuto svolgono attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcol dipendenti, ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale. Si osserva che nel 2015 il 50,3% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcologici Territoriali (CAT), il 39,1% con gli Alcolisti anonimi (A.A). e il 12,4% 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 43,5% e il 20,4% dei Servizi; la percentuale dei Servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 33,3%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (20,0%) o private (1,0%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

Il trend (2007-2015) del consumo complessivo farmaceutico (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a quasi 53 milioni e 300 mila dosi. Il 75% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche, (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto), il restante 25% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. L'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) è aumentato nel 2015 rispetto al 2007 del +38%, attribuibile per il +37% all'assistenza farmaceutica non convenzionata e per il 41% a quella convenzionata, viceversa rispetto all'anno precedente il consumo totale per questa categoria di farmaci è diminuito del -7% corrispondente a una riduzione del -12% in ambito territoriale e un -6% in ambito ospedaliero.

Il trend (2007-2015) della spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a circa 60 milioni di euro. L'88% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle Strutture sanitarie pubbliche, (comprendente sia i consumi interni alla struttura che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 12% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. L'andamento della spesa complessiva (convenzionata e non convenzionata) è aumentata nel 2015 rispetto al 2007 del +79%, corrispondente a un incremento della spesa (+97%) in regime di assistenza convenzionata e a un altrettanto aumento della farmaceutica non convenzionata (+77%). Come già riportato nelle analisi dei consumi, anche la variazione della spesa per il 2015, rispetto all'anno precedente, ha registrato una riduzione, seppur minima del -1%, dovuta essenzialmente alla contrazione della spesa in regime di assistenza convenzionata, viceversa un incremento minimo del +1% si registra in ambito ospedaliero.
In conclusione, l'andamento generale dei consumi e della spesa registra uno spostamento delle prescrizioni verso le Strutture sanitarie pubbliche; tale fenomeno è essenzialmente attribuibile al forte incremento dell'utilizzo del sodio oxibato in ambito ospedaliero, sebbene tale medicinale registri un lieve calo dei consumi (-8%) rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda il contesto territoriale, sia la spesa che i consumi per questa categoria di medicinali registrano entrambi una riduzione delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile sostanzialmente all'acamprosato per quanto concerne la spesa e al disulfiram per i consumi.

L'elaborazione dei dati provenienti dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera** (SDO) confermano anche per l'anno 2015 l'andamento in calo del numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili nelle donne, mentre per i maschi si osserva un lieve incremento. Per i ricoveri in regime ordinario, la diagnosi principale è da attribuire prevalentemente a disturbi mentali (23%), a seguire, patologie dell'apparato digerente (17%), tumori (11%) e malattie del sistema circolatorio (10%). Per i ricoveri diurni i tumori rappresentano le patologie prevalenti. Inoltre si osserva che la numerosità dei ricoveri cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo per la fascia 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine, per poi gradualmente decrescere.

I dati relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili** sono forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA-CNESPS e Ufficio di Statistica) i dati più recenti attualmente disponibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2013 e le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri). Si evince che nell'anno 2013 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.180, di cui 924 (78,3%) uomini e 256 donne (21,7%); questi numeri, se rapportati alla popolazione, corrispondono a circa 37 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 1 decesso per milione tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le **epatopatie alcoliche** e **sindromi psicotiche indotte da alcol,** che nel complesso causano oltre il 90% dei decessi alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcol-correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante **l'incidentalità stradale**. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. Per la **guida in stato di ebbrezza alcolica** (Artt. 186 e 186 bis) e la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187), Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie

Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, complessivamente nel 2015, 42.857 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol e 4.518 sotto l'effetto di stupefacenti**.** Per la guida in stato di ebbrezza aumentano lievemente solo le sanzioni rilevate dai Carabinieri (+0,2% rispetto al 2014).

Il numero di controlli mirati alla rilevazione di comportamenti scorretti, in particolare legati alla guida in stato di ebbrezza, dipende sicuramente anche dalle dotazioni di etilometri e precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine. Grazie alla collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e con Ministero dell'interno, Servizio Polizia Stradale, è stato possibile effettuare alcune elaborazioni aggiuntive mirate al sottoinsieme di **incidenti stradali alcol correlati**. Pertanto si osserva che sono 4.060 gli incidenti stradali, rilevati dai Carabinieri nel 2015, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, 66 le vittime coinvolte e 4.437 i feriti. Calcolando il rapporto sul totale degli incidenti stradali, morti e feriti, risulta che il13,2% degli incidenti, il 5,2% delle vittime e il 9,2% dei feriti è alcol correlato. Tale informazione, assolutamente inedita, rappresenta un primo importante passo per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di alcol in Italia.

Nello spirito della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha continuato a sostenere 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 ha rivestito la **Strategia Comunitaria 2006-2012** per la riduzione dei danni alcol correlati, "***EuropeanAlcohol Action Plan 2006-2012",*** alla quale hanno fatto seguito lo **Scoping Paper** per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol e, in accordo con la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol ("**WHO *Global Strategy on alcohol),*** l' "***European Alcohol Action Plan 2012-2020*****"** dell'OMS**;** più recentemente anche il Piano d'azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 dell'OMS **"WHO *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicableDisease 2013-2020"*** contiene un obiettivo specifico per l'alcol.

Un altro importante documento di riferimento al quale si continua a lavorare in ambito Europeo è l' "***European Action Plan on Youth and on bingedrinking*** **2014-2016"**.

Le strategie e i piani elaborati in ambito U.E. e nel contesto internazionale hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti. Per il raggiungimento dei predetti obiettivi il Ministero della Salute, tramite l'Istituto Superiore di Sanità- ONA CNESPS, collabora all'attuazione delle azioni finalizzate alla definizione, monitoraggio e valutazione delle politiche europee ed internazionali sull'alcol. In particolare l'impegno è stato rivolto al supporto e all'attivazione di attività formali di *data collection* e *reporting* annuale per lo "**EU Status Report on Alcohol** " e per il "**Global Status Report on alcohol**" ed alla collaborazione tecnico-scientifica nei gruppi e nei contesti formali della Commissione Europea, nell'ambito del ***Committee for National Alcohol Policy and Action* - CNAPA.**

Le riunioni svolte nel corso del 2016 sono state prevalentemente orientate alla valutazione periodica del "**Piano di Azione sui Giovani e sul binge drinking**" e alla discussione di merito delle priorità identificate dallo **S*coping Paper*** per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol.

Inoltre l'Italia ha partecipato a numerosi meeting comunitari dedicati alla **Joint Action RARHA 2014-2016,** alla quale il Ministero della Salute ha contribuito tramite l'ISS/ONA.
Le principali priorità emergenti dal lavoro della Joint Action RARHA hanno riguardato la predisposizione di proposte per *policy* comuni identificate in vari ambiti, tra i quali: la prevenzione delle patologie cronico-degenerative, le relazioni tra alcol e droghe illegali, la proposta di una nuova direttiva sulle modalità di comunicazione commerciale delle bevande alcoliche, sulle modalità di etichettatura delle bevande alcoliche, la prevenzione della sindrome fetoalcolica, l'esposizione dei minori alla pubblicità e al marketing, le linee guida del bere a basso rischio.
L'Italia ha partecipato a Ljubljana, il 21-23 novembre 2016, alla "7° *European Conference on Alcohol Policy*" presentando i risultati della propria *alcohol policy* relativa all'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato. Inoltre sempre a Ljubljana, il 24-25 novembre 2016, l'Italia ha partecipato alla *Regional Consultation* dell'OMS, nel corso della quale sono state presentate le politiche e le iniziative nazionali di prevenzione della Sindrome Feto-alcolica (FASD).
Nel corso delle riunioni del CNAPA in Lussemburgo è stato, inoltre, 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 risultando in una serie di azioni ritenute efficaci secondo un approccio multisettoriale, tramite interventi o Piani di azione nazionali, come il Piano sanitario nazionale e il Piano di prevenzione.

Il **Piano Nazionale di Prevenzione** (PNP) per il quinquennio 2014-2018, approvato con l'Intesa Stato-Regioni 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 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. E' stata stanziata la somma di 200 milioni di euro finalizzata a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del nuovo PNP, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni hanno recepito il PNP con apposita delibera, adottando i Piani Regionali di Prevenzione. Tutte le Regioni, nell'ambito dei propri Piani Regionali, hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol privilegiando in particolare interventi specifici nel *setting* scuola e nei luoghi di lavoro. Il PNP ha fatto proprio l'approccio strategico del Programma nazionale "Guadagnare Salute" che, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche", mira a contrastare l'epidemia di malattie cronico degenerative, intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, sviluppando interventi "intersettoriali" e "trasversali" volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol), sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita. 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 noncommunicablediseases 2014–2020***".
Il PNP individua, principalmente in due macro obiettivi, le strategie di prevenzione del consumo dannoso e rischioso di alcol da attuare per la fascia di popolazione giovanile e per le età successive:1) macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle

MCNT" e 2) macro obiettivo "Prevenire la dipendenza da sostanze". Le strategie da attuare prevedono azioni svolte in *setting* specifici per giungere ad incidere sulla popolazione giovanile (scuole, famiglie, luoghi di svago). Le strategie individuali 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. 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. Nel macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT", tra le strategie mirate all'individuo è prevista 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.).

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 alcologica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto "*SisMA. Sistema di Monitoraggio alcol correlato*" affidato all'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto, concluso nel 2016, ha raggiunto l'obiettivo previsto: "Sistematizzazione delle attività di raccolta, elaborazione, analisi, studio e reporting di dati e di flussi informativi utili ai fini del monitoraggio epidemiologico, della programmazione sociosanitaria e dell'azione di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione".

Altro progetto che si è concluso nell'anno 2016 è il progetto CCM "***ITA-RARHA***", finalizzato a sostenere le attività di supporto al progetto europeo "RARHA: *Joint Action on reducing Alcohol related harm*", al quale si è accennato sopra.

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4), al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale, volte alla prevenzione dei danni alcol correlati e risorse destinate alle Regioni al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo.

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

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

sensibilizzazione: ***"Alcol Snaturato - Una serata speciale".*** Avviata nel corso del 2015 e continuata nel 2016, la campagna si è avvalsa della collaborazione del gruppo musicale "Elio e le Storie Tese". L'obiettivo è stato quello di rendere "poco appeal", nei confronti dei ragazzi, il modello comportamentale di chi abusa di sostanze alcoliche e di correggere il difetto di percezione alimentato dai media che nei giovanissimi descrive l'alcol come facilitatore di successo. "*Alcol Snaturato*" è il titolo della canzone che il Ministero ha prodotto e veicolato sul web facendo ricorso ai canali di comunicazione social abitualmente più utilizzati dai giovani.
Inoltre, nell'ambito dell'accordo di collaborazione "Promozione di iniziative di comunicazione per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol" con l'Istituto Superiore di Sanità, si è dato seguito e continuità all'iniziativa on line "***Non perderti in un bicchiere*"** avviata in collaborazione con l'Agenzia Dire Giovani. Per coinvolgere attivamente i ragazzi e avviare con loro un dialogo costruttivo sulla problematica, sul sito *www.diregiovani.it* sono stati realizzati una rubrica informativa ed uno sportello d'ascolto *on-line* gestito in collaborazione con medici ed psicologi.
E' stata anche realizzata, sempre con l'ISS, la Campagna di Comunicazione: ***"In ogni serata c'è chi beve e chi si diverte. E tu?",*** *ancora* finalizzata a contrastare l'abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del *binge drinking*). Per tale campagna sono stati realizzati uno spot televisivo di 30" andato in onda sui canali televisivi Italia1, Canale5, Telelombardia e Telenorba, nonché uno spot radiofonico andato in onda sulle emittenti a diffusione nazionale Rtl 102.5, Radio DJ, Radio 105, Radio Dimensione Suono, Radio Italia e Radio Subasio.
Il Ministero della Salute ha sostenuto e finanziato la quindicesima edizione dell'**Alcol Prevention Day,** che si è tenuta il 14 aprile 2016 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali ed EUROCARE. Durante il convegno, che rappresenta da anni il momento centrale nel calendario degli eventi di sensibilizzazione ed informazione sull'alcol organizzati dalla comunità scientifica, sono stati presentati gli ultimi dati emersi da studi e monitoraggi istituzionali raccolti in vari paesi europei ed extra europei. Tutti gli interventi presentati dai partecipanti al convegno sono stati pubblicati sul sito **http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd16.asp.**
Il 17 aprile 2016, allo Stadio delle Terme di Caracalla, successivamente al convegno dell'Alcol Prevention Day, si è svolta la XVIII edizione della tradizionale "Roma Appia Run", che quest'anno ha corso per **l'Alcohol Prevention Race**, gara podistica non competitiva. Hanno aderito alla manifestazione circa 5000 appassionati provenienti da tutte le regioni italiane.

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 monitora 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 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. 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. Purtroppo si registra ancora una notevole frammentazione e disomogeneità nell'organizzazione

dei Servizi di Alcologia nelle diverse Regioni e realtà territoriali, per i quali sarebbe auspicabile una più puntuale definizione delle caratteristiche e degli standard.

Al fine di migliorare il coordinamento degli interventi sul territorio nazionale ed in coerenza con quanto disposto dalla legge 125/2001, che aveva previsto l'istituzione di una Consulta Nazionale Alcol, attiva sino ad alcuni anni or sono, per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione alcologica, appare sempre più opportuna l'attivazione di un Tavolo di lavoro permanente presso il Ministero della Salute con la partecipazione di tutti gli Stakeholders, anche al fine di supportare il Gruppo tecnico interregionale per l'alcologia della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni che ha interagisce direttamente sul territorio con le Autorità locali.

Beatrice Lorenzin

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEL MONDO E IN EUROPA

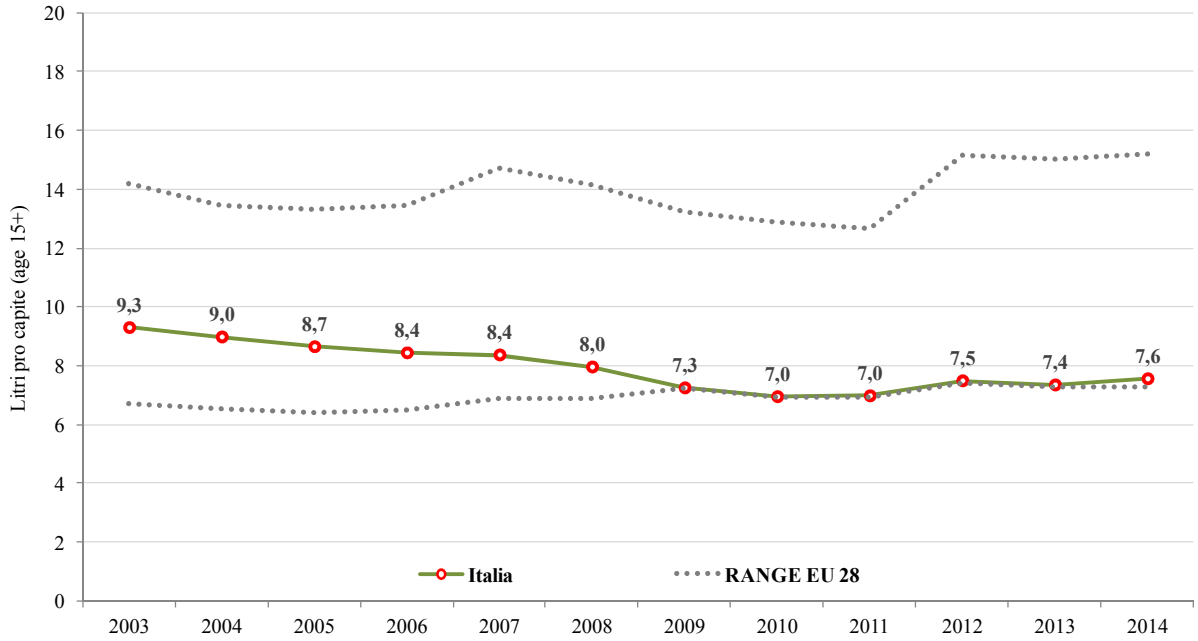
Health for All, il database europeo della WHO

Il database europeo *Health For All* (HFA-DB) è uno strumento messo a disposizione dalla WHO per monitorare numerosi fenomeni sanitari negli Stati membri della regione Europea. Lo strumento è stato sviluppato dalla metà degli anni 1980 per monitorare e confrontare lo stato di salute nell'Unione Europa (UE). I dati vengono direttamente trasmessi dagli Stati membri, ed alla data del 20 dicembre 2016 era disponibile un aggiornamento dei dati Italiani.
L'indicatore utilizzato prende in considerazione solo il consumo medio pro capite di alcol puro che è contabilizzato a livello nazionale da ogni Paese (spesso attraverso i dati di produzione, importazione, esportazione, e vendita) e non tiene quindi conto del consumo di alcol prodotto a livello domestico o acquistato all'estero tramite canali di vendita non tassati o registrati (ad esempio i *duty free*) o acquistato in maniera illegale (*unrecorded consumption*).
A decorrere dall'anno 2015 l'ONA dell'Istituto Superiore di Sanità ha introdotto un nuovo indicatore nel sistema di monitoraggio sviluppato nell'ambito dell'azione centrale approvata dal Ministero della Salute "SisMA" (Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato finalizzato all'analisi dell'impatto alcol-correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione). L'indicatore aggiuntivo proposto, sulla base dei dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT, permette di stimare il consumo medio pro capite di alcol puro rapportandolo ai soli individui che hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno anziché all'intera popolazione.

I litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne tra il 1980 e il 2010 sono diminuiti sia in Europa che in Italia ma nel corso degli ultimi quattro anni si è registrato un nuovo incremento.

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro capite* più elevato, nel 2014 è tra i Paesi con i valori più bassi tra tutti i 28 Stati Membri dell'UE con 7,6 litri (**figura I.1**).

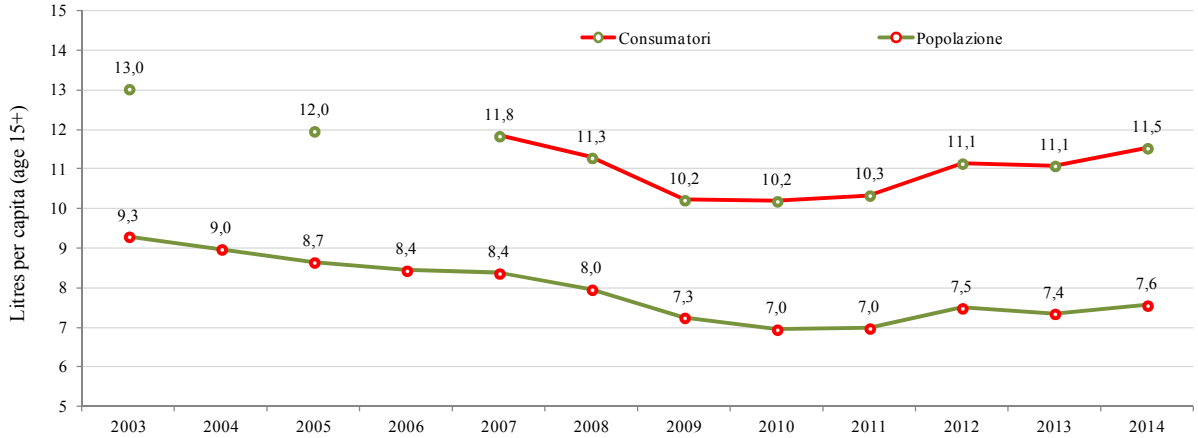
Figura I.1 Trend di consumo di alcol (espresso in litri *pro capite* di alcol puro) in Italia



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati *HFA-DB* della WHO (20 dicembre 2016).

In base all'indicatore sviluppato dall'ONA tuttavia (**figura I.2**), **il consumo *pro consumatore* di alcol puro** nella popolazione italiana di età superiore a 15 anni stimato per il 2014 è pari a 11.5 litri e l'incremento registrato rispetto al 2010 stato di 13,2% mentre nel caso del consumo medio pro capite, l'aumento registrato rispetto al 2010 è stato del 8,8%.

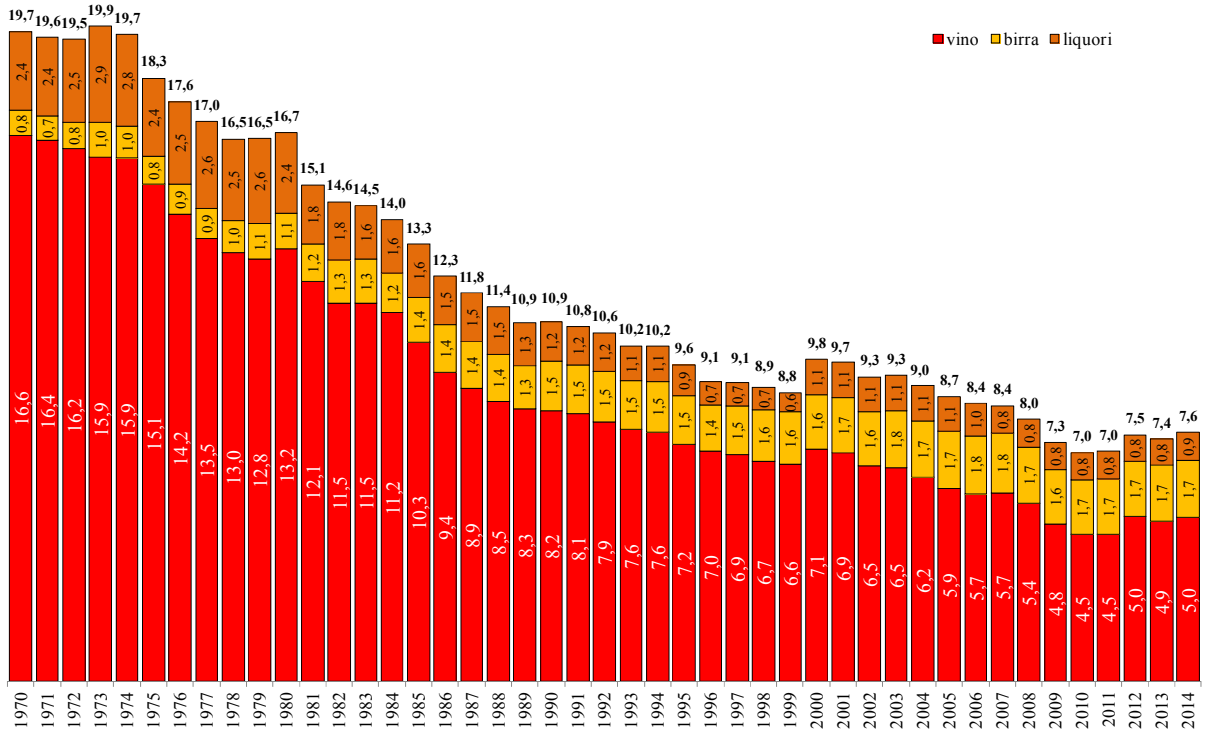
Figura I.2. Trend di consumo di alcol in Italia espresso in litri *pro capite* e litri pro consumatore di alcol puro



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati *HFA-DB* della WHO (20 dicembre 2016) e Indagine Multiscopo sulle famiglie –Aspetti della vita quotidiana (2003; 2005-2014)

Disaggregando il consumo medio espresso in litri *pro capite* di alcol puro per tipologia di bevanda alcolica, si evince che il vino è la bevanda che maggiormente contribuisce al consumo di alcol in Italia (**figura I.3**). L'analisi dei trend mostra che nel 1970 il consumo di alcol puro ascrivibile al vino era pari a 16,6 litri a fronte di un solo 0,8 ascrivibile alla birra e un 2,4 dei liquori. Per tutte le bevande considerate il consumo medio è diminuito rispetto al 1970 ma nel corso degli ultimi quattro anni si è assistito ad un incremento dovuto in particolare all'incremento del consumo medio pro capite di vino che è passato da 4.5 nel 2010 a 5,0 nel 2014 e dei super alcolici passati da 0,8 nel 2010 a 0,9 nel 2014 (**figura I.3**).

Figura I.3 Distribuzione(%) dei litri di alcol puro per tipologia di bevanda tra gli adulti in Italia (1970-2014)



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati *HFA-DB* della WHO (al 20 dicembre 2016)

IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'elaborazione delle Indagini annuali Multiscopo, l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute.
Secondo i dati ISTAT nel corso del 2015 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,5% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 64 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,9%) rispetto alle femmine (52,0%).
Il 22,2% dei consumatori (12 milioni circa di persone) beve quotidianamente (33,3% tra i maschi e 11,8% tra le femmine). **Nell'anno 2015 si osserva una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri**, **mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto** (nel 2013 erano il 25,8% e nel 2014 erano il 26,9%).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2005-2015 (**tab.I.1**) l'ISTAT ha rilevato:
- la diminuzione della quota di consumatori (dal 69,7% al 64,5%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 22,2%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% al 42,3%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% al 27,9%).

Tab I.1 Persone 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età. Anni 2005 e 2015 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE	11-17		18-24		25-44		45-64		65 e più		Totale	
	2005	2015	2005	2015	2005	2015	2005	2015	2005	2015	2005	2015
MASCHI												
Nell'anno	32,1	22,4	82,1	75,7	87,5	84,5	89,2	84,2	83,2	80,4	82,1	77,9
Tutti i giorni	*3,4*	*1,1*	*20,6*	*10,2*	*40,8*	*26,3*	*59,7*	*40,6*	*61,5*	*53,0*	*45,2*	*33,3*
Occasionalmente	*28,7*	*21,2*	*61,5*	*65,4*	*46,7*	*58,2*	*29,5*	*43,6*	*21,6*	*27,4*	*36,9*	*44,5*
Fuori pasto	13,0	9,8	49,7	52,9	45,8	52,5	38,3	39,0	24,6	25,0	37,3	38,9
FEMMINE												
Nell'anno	23,9	15,6	63,2	61,0	64,7	60,2	63,9	56,9	50,9	44,7	58,1	52,0
Tutti i giorni	*0,5*	*0,3*	*4,5*	*3,2*	*13,2*	*7,4*	*24,9*	*14,5*	*25,5*	*18,8*	*17,8*	*11,8*
Occasionalmente	*23,4*	*15,3*	*58,7*	*57,8*	*51,5*	*52,8*	*39,1*	*42,4*	*25,4*	*25,9*	*40,3*	*40,2*
Fuori pasto	9,7	6,8	33,7	40,2	20,3	28,4	13,0	15,2	5,0	6,1	14,9	17,7
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	28,2	19,0	72,8	68,5	76,2	72,4	76,3	70,2	64,4	60,1	69,7	64,5
Tutti i giorni	*2,0*	*0,7*	*12,6*	*6,8*	*27,1*	*16,8*	*41,9*	*27,2*	*40,6*	*33,6*	*31,0*	*22,2*
Occasionalmente	*26,1*	*18,3*	*60,1*	*61,7*	*49,1*	*55,5*	*34,4*	*43,0*	*23,8*	*26,6*	*38,6*	*42,3*
Fuori pasto	11,4	8,3	41,8	46,7	33,1	40,5	25,4	26,9	13,2	14,3	25,7	27,9

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani 18-24enni e tra gli adulti 25-44enni a diminuire di più sono i consumatori giornalieri; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2015

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 soprattutto i giovani e gli adulti tra 18 e 44 anni.

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

Nel 2015, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve **vino** il 52,2% di cui 65,8% maschi e 39,5% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 46,4%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (61,3%) doppia rispetto a quella femminile (32,4%). Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati nel 2015 dal 42,1% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (55,4%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (29,8).

Nell'anno 2015 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 20,1% (29,8% maschi e 11,0% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,5% (7,8% maschi e 1,5% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,6% (1,0% maschi e 0,2% femmine) (**Tab.I.2**).

Tab I.2 Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2015 (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	*di cui tutti i giorni*	Nell'anno	*di cui tutti i giorni*	Nell'anno	*di cui tutti i giorni*
Vino	65,8	*29,8*	39,5	*11,0*	52,2	*20,1*
Birra	61,3	*7,8*	32,4	*1,5*	46,4	*4,5*
Aperitivi, amari, superalcolici	55,4	*1,0*	29,8	*0,2*	42,1	*0,6*
Totale	**77,9**	***33,3***	**52,0**	***11,8***	**64,5**	***22,2***

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015

Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-nord, soprattutto nel Nord-est (69,1%), in particolare tra i maschi (79,4%). In modo analogo si distribuiscono i consumatori giornalieri, con una quota nel Nord del 24,1%.

Rispetto al 2014, si osserva al Nord e al Centro un aumento nel consumo di alcol di 2,4 punti percentuali.

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

Rispetto al 2014 aumenta in maniera significativa la quota di consumatori nell'anno nei Comuni con più di 50.000 abitanti (da 63,6% a 66,2%).

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 40,1%, quota che sale al 68,6% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, sia per gli uomini che per le donne

I MODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2015, il 49,3% dei ragazzi e il 38,3% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 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 11-24 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 (**Tab. I.3**). 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.**
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 è comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze.
Nel 2014 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,5%, di cui il 3,4% maschi e l'1,5% femmine.
Nel 2015 il consumo abituale eccedentario, nella stessa classe di età è stato il 2,1%, di cui il 2,8% maschi e l'1,4% 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 2014 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 14,6% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 21,2% maschi e l'7,7% femmine.
Nel 2015 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 15,6% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,2% erano maschi e il 8,6% erano femmine.

Tab I.3 Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2015 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

Classe di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche					
				Consumo abituale eccedentario			*Binge drinking*		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	11,3	8,3	9,8	11,3	8,3	9,8	0,7	0,5	0,6
16-17	47,4	32,3	40,0	47,4	32,3	40,0	9,8	4,3	7,1
11-17(*)	**22,4**	**15,6**	**19,0**	**22,4**	**15,6**	**19,0**	**3,5**	**1,7**	**2,6**
18-19	19,9	9,1	14,8	3,3	0,5	2,0	18,8	9,1	14,2
20-24	24,6	9,1	17,0	2,6	1,8	2,2	23,7	8,4	16,2
18-24	**23,1**	**9,1**	**16,3**	**2,8**	**1,4**	**2,1**	**22,2**	**8,6**	**15,6**

(*) per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.
Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2015

L'abitudine da parte dei genitori ad avere almeno un tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche sembra influenzare il comportamento dei figli. Infatti, il 32,6% dei ragazzi di 11-24 anni che vivono in famiglie dove entrambi i genitori adottano

comportamenti a rischio nel consumo di alcol ha abitudini non moderate nel bere alcolici, mentre tale quota scende al 15,7% tra i giovani con genitori che non bevono o consumano alcolici in maniera moderata (**Tab I.4**).

Tab I.4 Persone di 11-24 anni con almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per abitudine al consumo di alcol dei genitori e sesso. Anno 2015 (per 100 persone di 11-24 anni dello stesso sesso e con le stesse caratteristiche familiari)

ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI	Almeno un comportamento di consumo a rischio		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Nè il padre nè la madre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	20,3	10,8	15,7
Solo la madre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	25,6	28,9	27,2
Solo il padre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	34,6	14,2	24,6
Sia la madre che il padre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	36,5	29,2	32,6
Totale	**22,7**	**12,5**	**17,7**

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2015

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 tra il 2014 e il 2015 una sostanziale stabilità della percentuale totale sia del consumo abituale eccedentario che del fenomeno del "*binge drinking*", tuttavia è assolutamente rilevante il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 19,0% ha almeno un comportamento a rischio (22,4% maschi e 15,6% femmine), valore che dovrebbe tendere allo zero.

Inoltre 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 7,1% livelli sovrapponibili a quelli medi della popolazione (v.m.6,9%).

Tra i giovani di 18-24 anni e 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 o night (18-24 anni 39,5%, 11-17 anni 34,0%). In queste classi di età, se si considera soltanto chi frequenta assiduamente (più di 12 volte nell'anno) le discoteche, la quota di quanti dichiarano l'ultimo episodio in discoteca o night arriva al 51,7%.

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.

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

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 Alcologia 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 2015 il 60,1% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 80,4%; F: 44,7%). Per entrambi i generi, nonostante la diminuzione rilevata rispetto all'anno 2007, non si registrano nel corso degli ultimi tre anni variazione statisticamente significative dei valori delle prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica. La prevalenza dei consumatori ultra 65enni nel 2015 è stata più elevata per il vino (M: 76,1%; F: 40,2%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 42,2%; F: 15,6%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2015 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 28,9%; F: 8,1%), di aperitivi alcolici (M: 21,2%; F: 6,4%) e i superalcolici (M: 23,3%; F: 5,3%) (**Tab.I.5**).

Tab I.5 . Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2015)

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,3	48,9	77,5	44,4	75,9	33,8	80,4	44,7
Consumatori di vino	78,3	42,6	73,9	41,2	72,5	31,6	76,1	40,2
Consumatori di birra	52,7	22,0	33,2	11,7	21,7	5,9	42,2	15,5
Consumatori di aperitivi alcolici	27,4	10,0	16,9	3,8	6,5	2,2	21,2	6,4
Consumatori di amari	35,0	10,6	24,6	7,0	14,5	3,2	28,9	8,1
Consumatori di super alcolici	30,7	7,2	16,8	4,4	9,2	2,5	23,3	5,3
Consumatori di alcolici fuori pasto	29,8	8,0	21,6	5,0	12,7	3,2	25,0	6,1
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	39,5	10,5	33,9	8,7	30,3	5,3	36,4	9,0
Consumatori abituali eccedentari	38,4	9,9	33,1	8,3	29,9	5,3	35,5	8,5

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2015

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. 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 2015 è stata pari al 35,5% degli uomini e l'8,5% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 25,0% degli uomini e il 6,1% delle donne.

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 2015 si registra infatti rispetto all'anno 2007 una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori con almeno un comportamento di consumo a rischio (-6,3 punti percentuali.) e dei consumatori abituali eccedentari (-6,2 punti percentuali).

In totale si stima che nell'anno 2015 sono stati 2.715.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 2.053.000 uomini e 662.000 donne, pari al 36,4% e 9,0% rispettivamente.

I COMPORTAMENTI DI CONSUMO A RISCHIO

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

Le Linee Guida per una sana alimentazione, rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali ed europee sanitarie ed alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. A livello internazionale sono state pubblicate nel report ***Good practice principles for low risk drinking guidelines*** sviluppato nell'ambito delle Work Pakage 5 della Joint Action RARHA, le informazioni raccolte dall'ISS nel 2014 sui Paesi che avevano già adottato linee guida o raccomandazioni sul consumo di alcol a minor rischio.

Dall'analisi è emerso che l'Italia è uno dei 21 Paesi investigati in cui sono già utilizzate le linee guida differenziate per sesso.

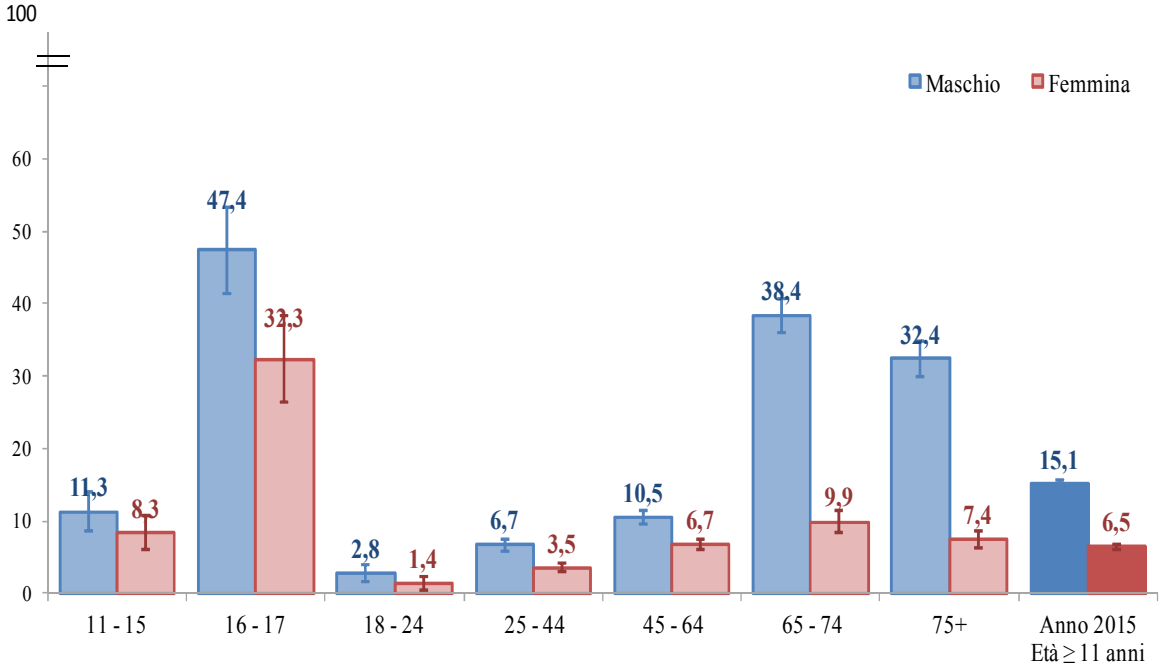
Le linee guida, che rappresentano la traduzione dei LARN (Livelli di assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche - UA = 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

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

Nel 2015, il 15,1% degli uomini e il 6,5% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.800.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M= 47,4%; F= 33,3%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (Figura I.4).

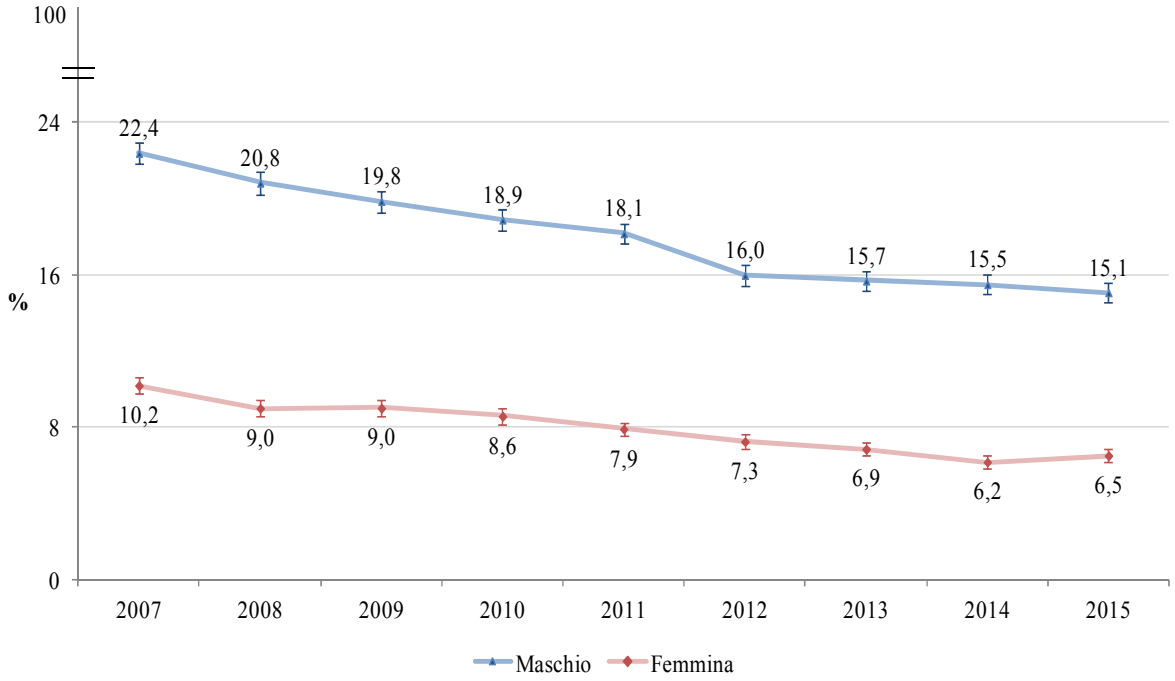
Figura I.4 Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere ed età (Anno 2015)



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

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari condotta separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2015. La diminuzione è stata più consistente tra gli uomini (M=-5,4 pp) tra le donne sebbene però, nel corso degli ultimi anni non si sono rilevate differenze significative indipendentemente dal genere dell'interessato. (**Figura I.5**).

Figura I.5 Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2015)



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

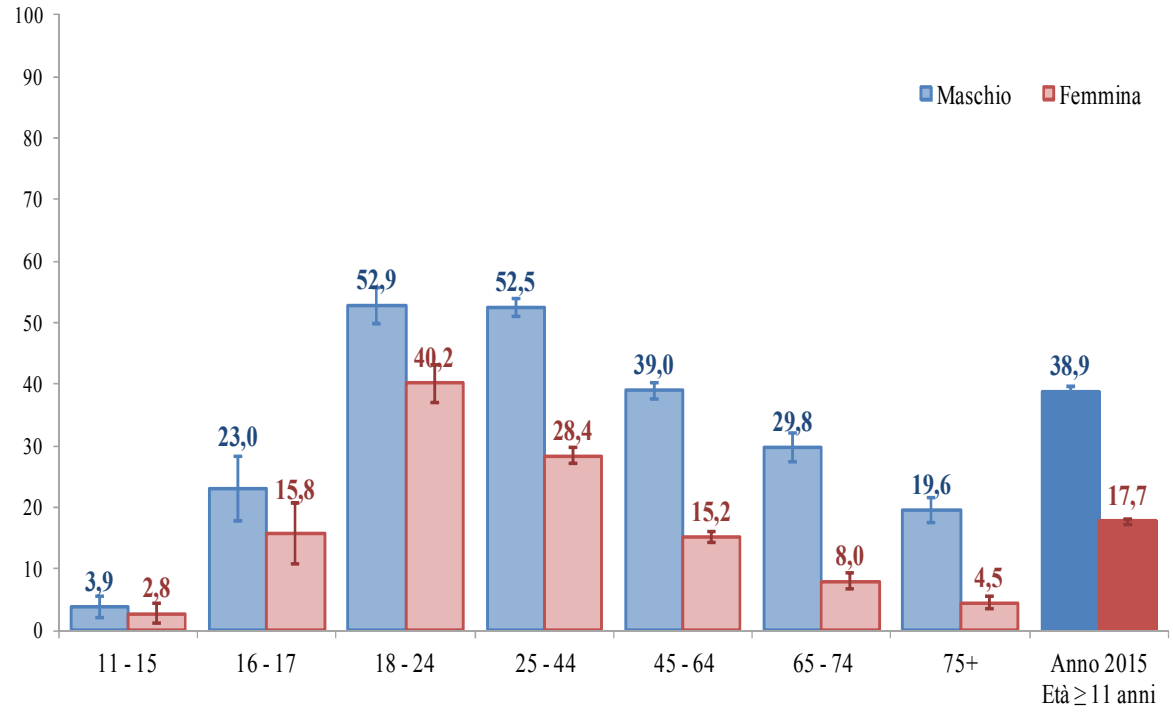
I consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2015 il 38,9% degli uomini e il 17,7% delle donne, pari a circa quindici milioni persone di età superiore a 11 anni.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=52,9% e 25-44=52,5%); tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (40,2%); per entrambi i sessi, oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente.

Le classi di età con percentuali più basse sono quelle al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi pasti (M=3,9% F=2,8%), a cui si aggiunge quella delle ultra 75enni per le donne. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali invece non le differenze non risultano significative (**Figura I.6**).

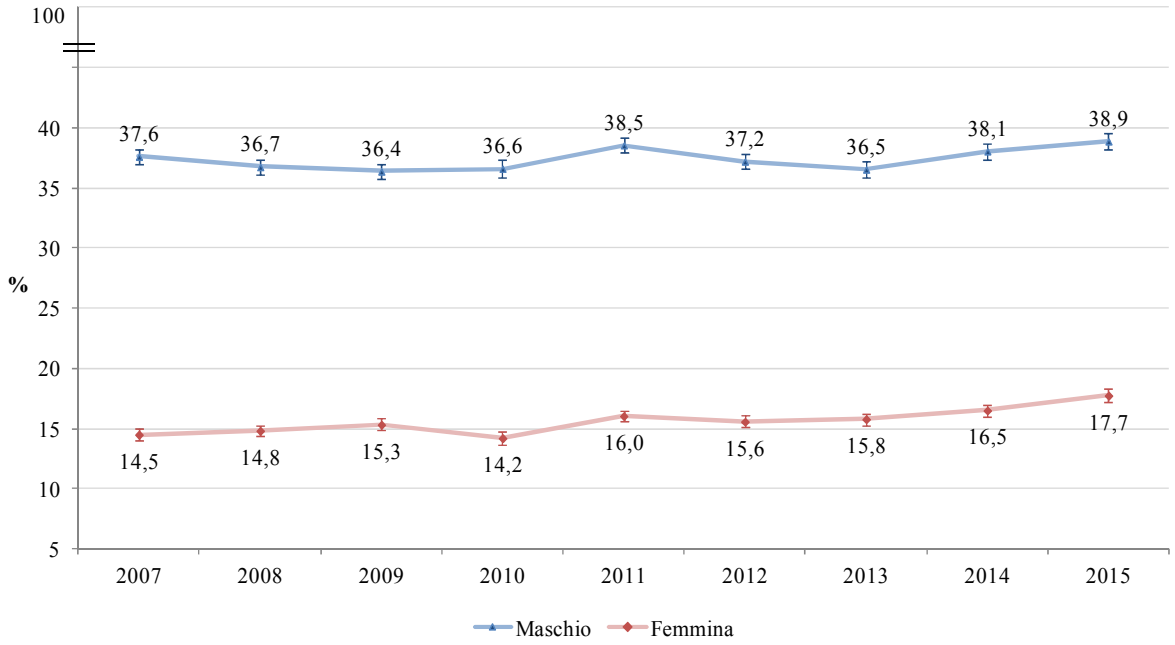
Figura I.6 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (2015)



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

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che tra gli uomini, rispetto all'anno 2007, la prevalenza dei consumatori fuori pasto ha subito delle oscillazioni ed è aumentata rispetto al 2013; **tra le donne si registra nel corso degli anni un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto ed in particolare, nel corso dell'ultimo anno, la prevalenza è aumentata di 1,2 punti percentuali (pp); tra le donne l'incremento risulta statisticamente significativo anche nella classe di età 25-44 anni** (**Figura I.7**).

Figura I.7 Prevalenza (%) di consumatori (età ≥14 anni) di vino o alcolici fuori pasto (2007-2015)



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

I consumatori "*binge drinking*"

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

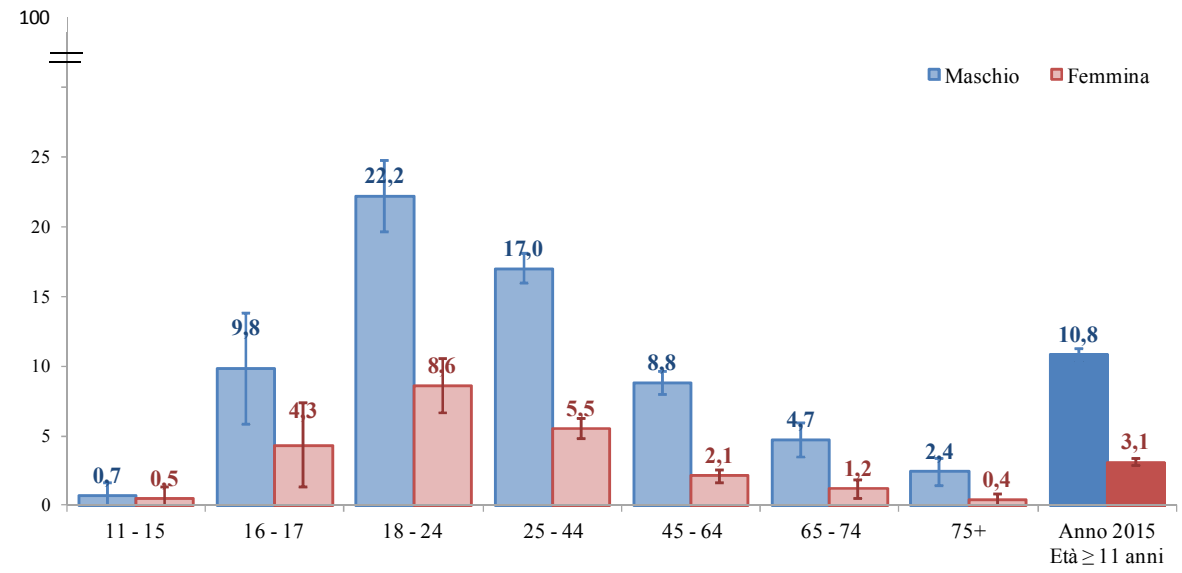
Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, compresa l'Italia, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata "***Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)***" che si concluderà il prossimo anno e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

ambiente sano e sicuro per i giovani, e infine di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi nella popolazione, **nel 2015 è stata pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica oltre 3.700.000 *binge drinkers* di età superiore a 11 anni,** con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione.

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente. **La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti**, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età (**Figura I.8**).

Figura I.8 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2015)

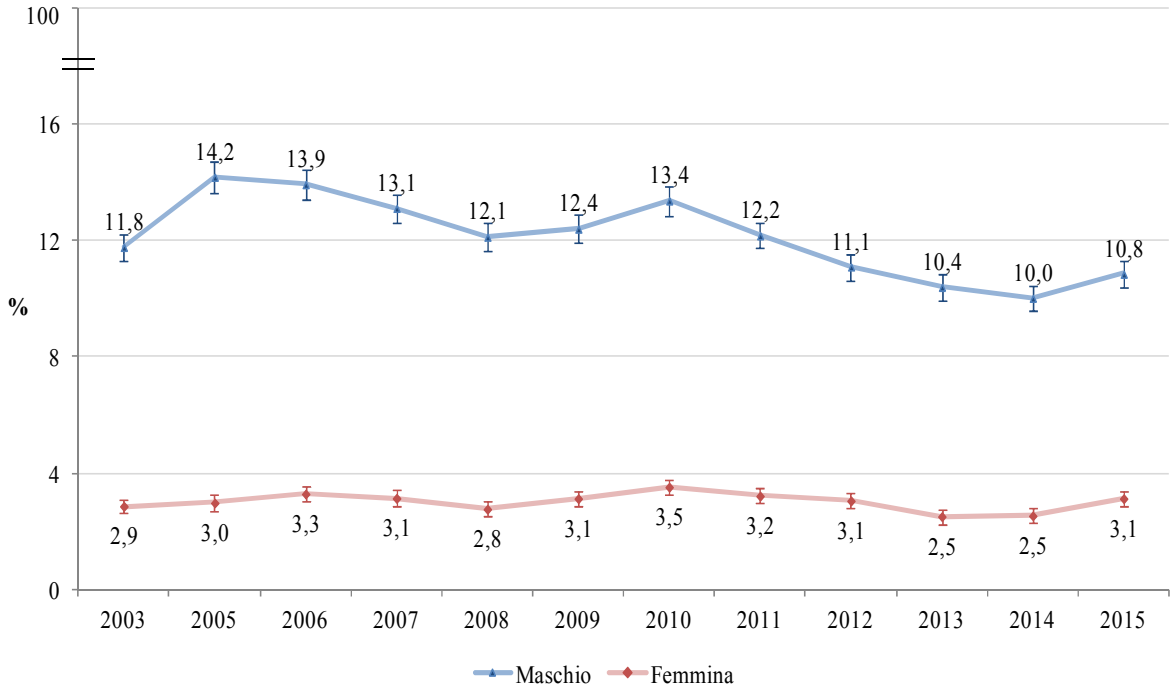


Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne.

Rispetto alla precedente rilevazione tuttavia **si registra un incremento della prevalenza dei binge drinkers sia tra gli uomini** (+0,8 pp) **che tra le donne** (+0,6 pp), **in particolare nella classe di età dei 25-44enni** (**Figura I.9**).

Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003; 2005-2015)



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

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

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

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

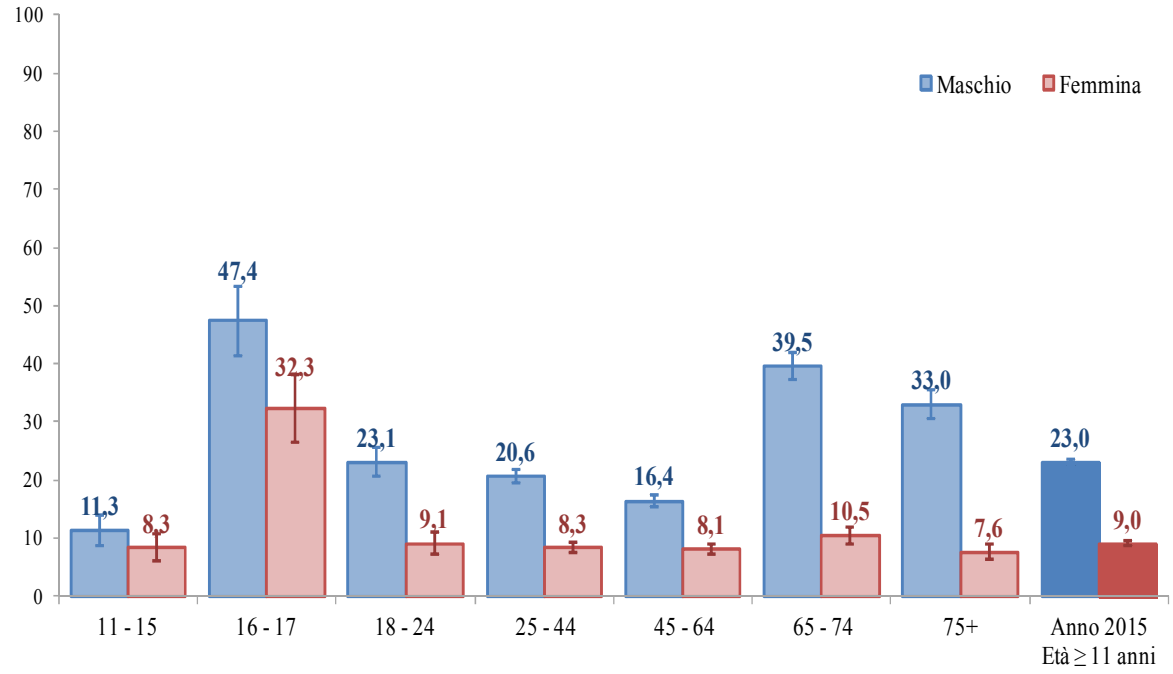
Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e un'analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore. Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello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

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2015 del 23% per uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000) che nel 2015 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (**Figura I.10**).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (**Figura I.10**).

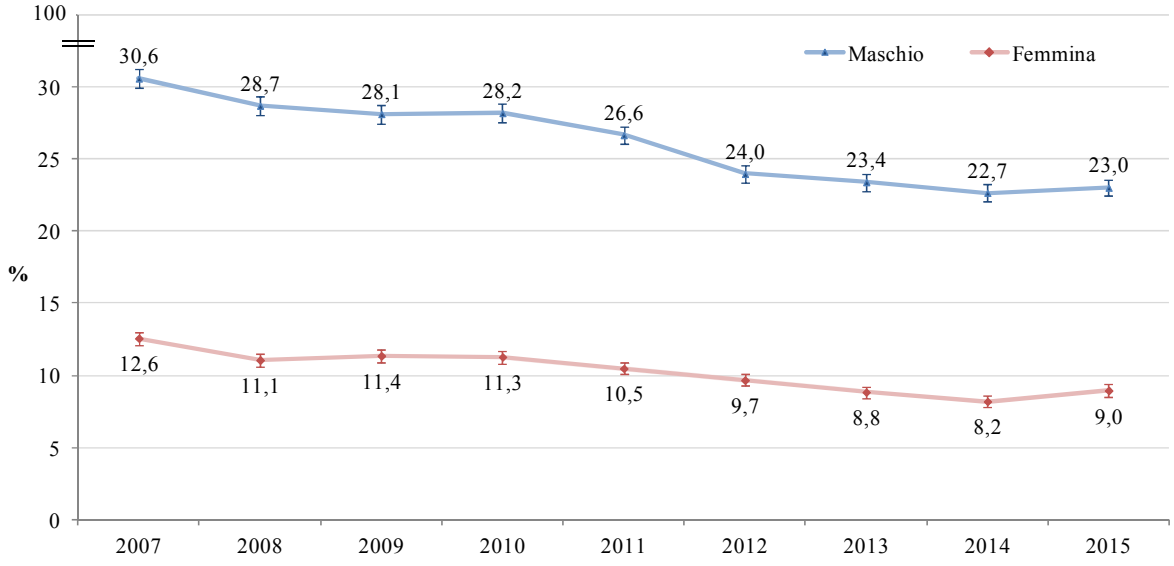
Figura I.10 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS)per genere e classi di età (2015)



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

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi sebbene nel corso dell'ultimo anno tra le donne si è assistito ad un incremento delle consumatrici a rischio che sono passate da 8,2% a 9% (**Figura I.11**).

Figura I.11 Prevalenza (%) di consumatori (≥11 anni) a rischio (criterio ISS)per genere (2007-2015)



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

L'ALCOL NELLE LINEE GUIDA

Le bevande alcoliche, soprattutto il vino, sono un prodotto largamente utilizzato nel nostro Paese e il loro consumo è parte integrante della cultura e della tradizione italiana. Da qui la necessità di inserirle in un documento di salute pubblica come le linee guida per una sana alimentazione italiana.

Le raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche in molti Paesi, ancor prima del nostro Paese, hanno adottato un criterio rivolto alla prudenza. Già dal 1980 nelle Linee Guida degli Stati Uniti d'America si poteva leggere: "One or two drinks daily appear to cause no harm in adults" e l'edizione successiva del 1985 cominciava già a definire meglio e a sostanziare: "One or two *standard*-drinks daily appears to cause no harms in *normal, healthy and not pregnant* adults".
Al contrario, più o meno negli stessi anni (1979) nelle nostre raccomandazioni, l'alcol, sotto forma di vino, era addirittura definito come "razione", vale a dire quella quantità che "spetta" quotidianamente ad una persona secondo regole stabilite. Una buona razione di vino non si negava neanche alla donna in gravidanza o allattamento. L'unica variabile era la quantità che diminuiva col progredire dell'età per il semplice motivo che la razione di alcol era stabilita come porzione fabbisogno energetico complessivo giornaliero. Ciò era dovuto alla classificazione dell'alcol tra i nutrienti energetici.
Si comprende quindi il grande sforzo culturale che è stato e che continua ad essere necessario alla popolazione italiana per adeguarsi al cambiamento di percezione dell'alcol che in epoca moderna non viene più considerato un nutriente, ma una sostanza non nutriente alla quale non si può non riconoscere un interezze in ambito nutrizionale.
Tuttavia oggi nei documenti di consenso, nelle Linee Guida più moderne **non si usano più termini come "consumo moderato", "consumo consapevole", o simili, che potrebbero indurre il consumatore in una certa indulgenza nel bere alcolici, ma si parla di consumi a basso rischio,** specificando che se non si consumano bevande alcoliche, di qualsiasi tipo esse siano è senza dubbio meglio.
In questo modo si esprime il Codice europeo contro il cancro, il documento frutto di un'iniziativa della Commissione europea e diretto all'informazione dei cittadini sulle azioni sa intraprendere per diminuire il rischio di cancro e così si esprimono le linee guida di diversi Paesi, nelle quali ormai il consumo moderato di bevande alcoliche viene definito a basso rischio.
Secondo le principali Agenzie Internazionali di salute pubblica, l'alcol è una sostanza tossica e cancerogena, tanto che la IARC (*International Agency for Research on Cancer*) lo classifica nel gruppo 1 (sicuramente cancerogeno per l'uomo).
Il suo consumo prolungato e cronico è associato quindi ad aumentato rischio di cancro e non è possibile stabilire una quantità assolutamente sicura. Senza contare che può indurre assuefazione, dipendenza, alterazioni comportamentali.
Ciò a sottolineare che quando si tratta di bevande alcoliche, non può esistere un rischio pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporterà un rischio, tanto più elevato quanto maggiore sarà la quantità di alcol consumata.

Per questo motivo le nuove indicazioni italiane definiscono a basso rischio un consumo di 2 unità alcoliche per l'uomo adulto e 1 per donne adulte e anziani di entrambi i sessi, corrispondenti rispettivamente a 24 e 12 grammi di alcol.
Oltre ad un aumentato rischio di cancro, anche per consumi molto bassi come quelli rappresentati da un bicchiere al giorno, da tenere presente nelle Linee Guida per una sana alimentazione gli effetti sull'apporto calorico delle bevande alcoliche. In generale nel mondo occidentale e nello specifico in Italia, le migliorate condizioni sociali hanno portato ad un costante aumento della sedenterietà con conseguente consistente diminuzione del fabbisogno energetico giornaliero.
Ogni unità alcolica consumata apporta mediamente 70 kcal, prive di qualsiasi contenuto nutritivo se non il potere calorico, di cui bisogna tenere conto, anche in vista del crescente aumento di eccedenza ponderale. L'apporto energetico di un'unità alcolica infatti si andrà ad aggiungere ad un apporto calorico complessivo già tendenzialmente maggiore del fabbisogno, come testimonia il fatto che un uomo di due e una donna su tre sono, nel nostro Paese, in eccedenza ponderale, oppure andrà a sostituire le calorie apportate da alimenti importanti per lo stato complessivo di nutrizione. Particolare attenzione deve essere quindi posta non solo per i rischi di varie patologie, ma anche per quelli legati all'aumento di peso.
I presunti (e mai pienamente dimostrati) effetti protettivi delle bevande alcoliche sulla salute cardiovascolare consistono nell'effetto farmacologico dell'etanolo sulla colesterolemia, sull'aggregabilità piastrinica e sul controllo glicemico, effetti tutti che complessivamente possono essere ottenuti con un'alimentazione equilibrata e con un auspicabile aumento di attività fisica.
Frutta e verdura sono ricchissime di molecole antiossidanti, in quantità ben superiori a quelle che sarebbe possibile ottenere da un bicchiere di vino e senza i pericolosi effetti tossici dell'alcol.

Nell'attuale versione delle linee guida per una sana alimentazione, in estrema sintesi, ribadiamo che l'impatto dell'alcol sulla salute è sostanziale e richiede la disponibilità e la realizzazione di iniziative di prevenzione rivolte alla popolazione generale, sebbene declinate per target specifici, per condizioni e per contesti di riferimento. L'informazione su questo versante può giocare un ruolo fondamentale nella promozione della salute pubblica, sensibilizzando maggiormente la società e favorendo una crescente consapevolezza dei rischi correlati al consumo di bevande alcoliche. Per farlo deve essere oggettiva e scientificamente fondata: il consumo di alcol, per quanto minimo, non pone al riparo da rischi per la salute.

Le raccomandazioni finali delle prossime linee guida possono essere come di seguito sintetizzate. La comunicazione concernente le bevande alcoliche indirizzata al grande pubblico rappresenta un problema delicatissimo, dato che l'alcol è una sostanza psicotropa, tossica e cancerogena, per la quale non sono identificate modalità di assunzione esenti da rischio. Trattandosi però di bevande piacevoli al palato, che vengono ampiamente consumate e che fanno parte delle tradizioni alimentari del nostro Paese, sia gli operatori sanitari sia coloro che si occupano di comunicazione scientifica devono affrontare l'argomento in maniera corretta. In altri termini, occorre evitare di generare fraintendimenti, di fornire alibi a consumi voluttuari o

persino di indurre nuovi comportamenti a rischio, in quanto non esistono dati che autorizzino a suggerire agli astemi di divenire bevitori, seppure nel gruppo di consumo a basso rischio.
Anche l'indulgenza nei confronti di vino e birra dovrebbe essere riconsiderata: è vero che contengono meno alcol di altre bevande alcoliche, ma restano comunque la maggior fonte alimentare di etanolo, sostanza cancerogena e tossica. La piccola quota di componenti bioattivi in essi contenuta è irrilevante rispetto alla quantità di etanolo presente. E' per questo motivo che le organizzazioni internazionali raccomandano estrema prudenza nel consumo di etanolo, indipendentemente dalla bevanda che lo contiene, sia essa vino, birra, liquori o liquori.
L'atteggiamento che la comunità medica dovrebbe assumere nei riguardi del consumo di alcol è un problema di difficile soluzione, data la difficoltà di inserire suggerimenti in merito fra i consigli relativi allo stile di vita, che fanno parte di qualunque programma di prevenzione e di difesa della salute.
Chi è a stretto contatto con il paziente – medici di base, specialisti, farmacisti, altro personale sanitario- può però svolgere un ruolo chiave nel far sì che gli effetti nocivi dell'alcol sulla popolazione siano minimizzati.
Dal canto loro, i media hanno un compito di grande responsabilità. Aver timore di affrontare in via ufficiale i problemi connessi all'uso delle bevande alcoliche è inutile e può essere controproducente, perché non solo non si informerebbe l'opinione pubblica, ma non si concorrerebbe alla formazione e alla diffusione di una vera cultura della salute. Chi si occupa di informazione scientifica deve innanzitutto ed in ogni occasione evitare di presentare, sia pure larvatamente, l'uso delle bevande alcoliche come una forma di medicamento. Dovrà invece insistere sui concetti del basso rischio, del consumo frazionato in occasione dei pasti e delle quantità permesse nell'arco della giornata, capaci di coniugare il piacere del palato con il minore rischio possibile per la salute. Inoltre, bisogna, sempre tenere conto che si tratta di raccomandazioni e di indicazioni generali e quindi elencare accuratamente le limitazioni per particolari gruppi "vulnerabili" di popolazione e sottolineare costantemente che il bilancio fra eventuali effetti benefici ed effetti negativi pende sempre - anche per consumi molto bassi sul versante del rischio.
In sintesi, non si deve dare l'impressione che il mondo medico suggerisca ai pazienti di bere a protezione della salute e bisognerà invece sottolineare sistematicamente come, nonostante possano sussistere, in alcuni gruppi di popolazione, alcuni effetti apparentemente protettivi per consumi a basso rischio, ciò non può essere motivo per spingere chi è astemio a bere, sia pure in quantità minime.

1.2 L'ALCOLDIPENDENZA

La stima puntuale del numero di alcoldipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito.
Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcologici pubblici nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi servizi pubblici o in maniera autonoma.

Gli alcolisti nei servizi pubblici* (*Vedi Parte II della Relazione)
Nel 2015 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro 72.377 soggetti.
L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati.
Il 26,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.
Il rapporto M/F è pari a 3,4 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).
L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2015 si osserva che l'11,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,0% per i nuovi utenti e il 48,0% per quelli già in carico.
La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (49,6%), seguito dalla birra (25,9%), dai superalcolici (11,0%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,1%).

1.3 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.

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.
Le percentuali più elevate di morti attribuite all'alcol, nel mondo, sono causate da patologie cardiovascolari, seguite da infortuni, patologie gastrointestinali (soprattutto cirrosi epatica) e tumori.
Il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale.

DIMISSIONI OSPEDALIERE CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI

Come è noto la tossicità dell'alcol causa danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto quelle del fegato e del sistema nervoso centrale. Pertanto lo stato di intossicazione causato dall'abuso di alcol provoca patologie che spesso necessitano il ricorso alle cure ospedaliere. Il flusso informativo relativo alle dimissioni ospedaliere (SDO), rileva la diagnosi principale, responsabile del bisogno di assistenza e le diagnosi secondarie concomitanti. Per indicare tali diagnosi è attualmente in uso la versione 2007 della Classificazione internazionale delle malattie e dei traumatismi (ICD-9-CM).
Le diagnosi totalmente attribuibili all'uso dell'alcol sono le seguenti:

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

Sindromi psicotiche indotte da alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
291.0	Delirium da astinenza da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool
291.81	Astinenza da alcool
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool

Sindromi di dipendenza da alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
303.0	Intossicazione acuta da alcool
303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione

Abuso di alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
305.00	Abuso di alcool, non specificato
305.01	Abuso di alcool, continuo
305.02	Abuso di alcool, episodico
305.03	Abuso di alcool, in remissione

Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
357.5	Polineuropatia alcoolica

Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
425.5	Cardiomiopatia alcoolica

Gastrite alcoolica	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia

Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
571.0	Steatosi epatica alcoolica
571.1	Epatite acuta alcoolica
571.2	Cirrosi epatica alcoolica
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato

Effetti tossici dell'alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcooli specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato

Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicamenti	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool

Nel corso del 2015 si sono avute complessivamente 57.992 dimissioni ospedaliere a seguito di ricovero, caratterizzate dall'aver segnalata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, ovvero come causa principale del ricovero, o come diagnosi secondaria, che coesiste al momento del ricovero e che influenza il trattamento terapeutico somministrato.
La modalità di ricovero per le 57.992 dimissioni è stata per il 94% il regime ordinario e per il restante 6% in ricovero diurno.

TAB.I.6 - Distribuzione per regime e regione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2015

REGIONE	Diagnosi principale						Diagnosi secondaria					
	Regime ordinario			Regime diurno			Regime ordinario			Regime diurno		
	Dimissioni	Giornate di degenza	*Degenza media*	Dimissioni	Accessi	*Numero medio accessi*	Dimissioni	Giornate di degenza	*Degenza media*	Dimissioni	Accessi	*Numero medio accessi*
Piemonte	1.640	26.994	*16,5*	292	1.437	*4,9*	3.224	56.943	*17,7*	69	334	*4,8*
Valle d'Aosta	158	1.209	*7,7*	52	192	*3,7*	114	1.013	*8,9*	16	77	*4,8*
Lombardia	3.601	43.624	*12,1*	73	380	*5,2*	4.812	58.125	*12,1*	50	334	*6,7*
P.A. Bolzano	650	5.115	*7,9*	12	64	*5,3*	734	7.636	*10,4*	31	118	*3,8*
P.A. Trento	347	4.913	*14,2*	10	39	*3,9*	493	6.072	*12,3*	27	98	*3,6*
Veneto	2.078	25.262	*12,2*	75	844	*11,3*	3.399	50.897	*15,0*	277	5.683	*20,5*
Friuli V.G.	674	6.743	*10,0*	44	374	*8,5*	1.263	15.263	*12,1*	83	567	*6,8*
Liguria	961	9.200	*9,6*	135	1.101	*8,2*	1.306	12.559	*9,6*	45	302	*6,7*
Emilia Romagna	2.349	27.134	*11,6*	119	1.032	*8,7*	2.926	36.147	*12,4*	113	1.202	*10,6*
Toscana	1.056	9.168	*8,7*	70	456	*6,5*	2.024	23.455	*11,6*	129	810	*6,3*
Umbria	267	2.042	*7,6*	3	22	*7,3*	399	3.935	*9,9*	5	19	*3,8*
Marche	1.466	25.737	*17,6*	15	58	*3,9*	718	9.294	*12,9*	19	66	*3,5*
Lazio	1.482	15.428	*10,4*	736	8.768	*11,9*	2.208	25.525	*11,6*	113	748	*6,6*
Abruzzo	473	4.364	*9,2*	83	531	*6,4*	738	7.328	*9,9*	49	352	*7,2*
Molise	109	1.120	*10,3*	12	43	*3,6*	249	2.946	*11,8*	15	73	*4,9*
Campania	1.413	12.576	*8,9*	153	602	*3,9*	1.563	18.147	*11,6*	175	654	*3,7*
Puglia	1.247	10.539	*8,5*	63	122	*1,9*	1.714	16.267	*9,5*	86	326	*3,8*
Basilicata	205	2.393	*11,7*	18	46	*2,6*	351	3.889	*11,1*	16	50	*3,1*
Calabria	559	5.378	*9,6*	96	535	*5,6*	625	6.292	*10,1*	31	171	*5,5*
Sicilia	739	6.637	*9,0*	73	439	*6,0*	1.355	14.392	*10,6*	36	188	*5,2*
Sardegna	1.004	7.959	*7,9*	58	255	*4,4*	1.646	15.001	*9,1*	76	514	*6,8*
ITALIA	**22.478**	**253.535**	***11,3***	**2.192**	**17.340**	***7,9***	**31.861**	**391.126**	***12,3***	**1.461**	**12.686**	***8,7***

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

La **TAB.I.6** presenta la distribuzione delle 57.992 dimissioni per regione e modalità di ricovero, dando anche indicazione della durata della degenza complessiva e media, espresse in giorni. Nel caso di ricovero diurno si parla di numero complessivo di accessi e la tabella fornisce anche il loro valore medio.
Delle 57.992 dimissioni il 43% presenta una diagnosi principale totalmente attribuibile all'alcol, mentre per il restante 57% la diagnosi attribuibile all'alcol è indicata come diagnosi secondaria, e quindi con effetti sull'assistenza erogata e sulla durata della degenza, come si evince confrontando le rispettive degenze medie. A tal riguardo si precisa che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.
Interessante rilevare il raggruppamento diagnostico al quale appartiene la diagnosi principale, nei casi in cui la diagnosi attribuibile all'alcol è stata indicata come diagnosi secondaria.

TAB.I.7 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*), per regime di ricovero - ANNO 2015

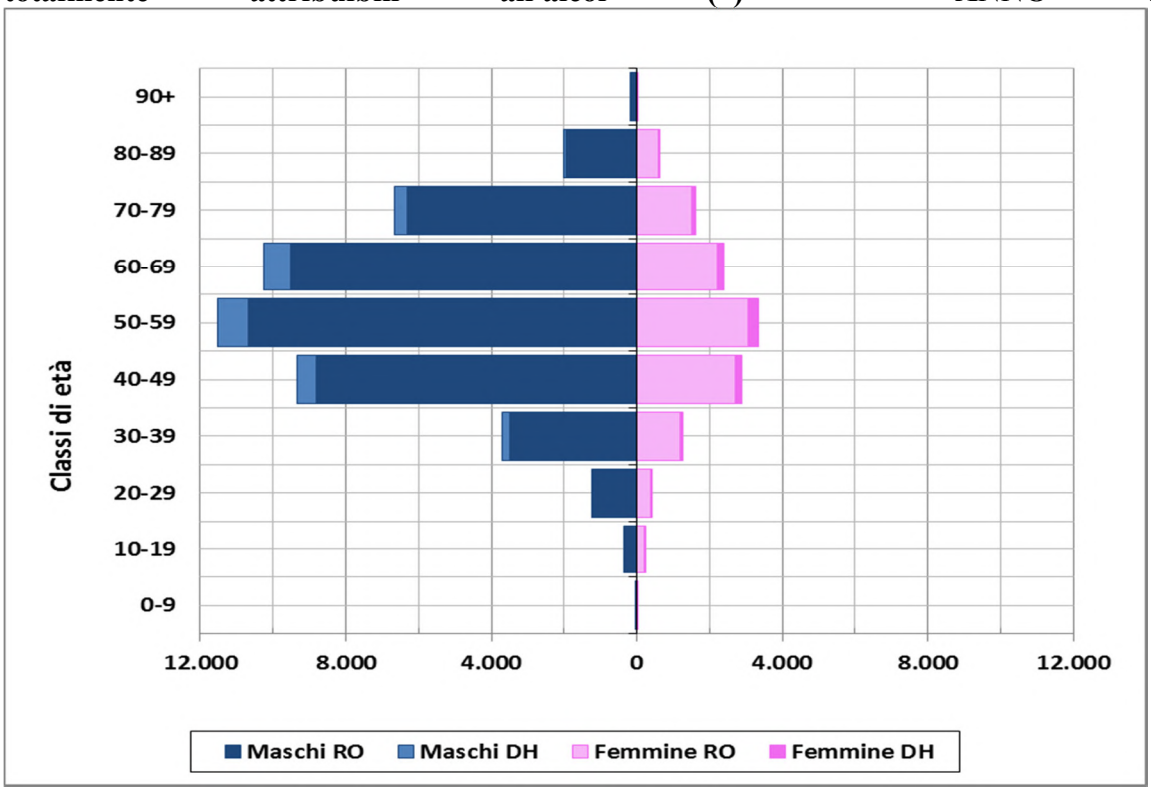
CAPITOLI DI DIAGNOSI PRINCIPALE	2015					
	Regime ordinario			Regime diurno		
	Dimissioni	Giornate di degenza	*Degenza media*	Dimissioni	Accessi	*Numero medio accessi*
Malattie infettive e parassitarie	1.020	16.796	*16,5*	79	468	*5,9*
Tumori	3.436	35.909	*10,5*	306	1.534	*5,0*
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari	797	7.835	*9,8*	63	277	*4,4*
Malattie del sangue e organi emopoietici	638	6.485	*10,2*	64	399	*6,2*
Disturbi mentali	7.240	98.827	*13,7*	189	1.939	*10,3*
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	1.283	15.519	*12,1*	21	146	*7,0*
Malattie del sistema circolatorio	3.160	38.124	*12,1*	91	369	*4,1*
Malattie dell'apparato respiratorio	2.664	33.543	*12,6*	20	83	*4,2*
Malattie dell'apparato digerente	5.386	55.074	*10,2*	156	590	*3,8*
Malattie dell'apparato genitourinario	711	8.402	*11,8*	22	69	*3,1*
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	4	32	*8,0*	-	-	-
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	168	2.424	*14,4*	18	109	*6,1*
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	335	5.984	*17,9*	10	85	*8,5*
Malformazioni congenite	24	258	*10,8*	1	5	*5,0*
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	30	*15,0*	-	-	-
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	1.876	19.948	*10,6*	146	841	*5,8*
Traumatismi ed avvelenamenti	2.270	27.497	*12,1*	6	31	*5,2*
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san.	847	18.439	*21,8*	269	5.741	*21,3*
Diagnosi non indicata	-	-	-	-	-	-
ITALIA	**31.861**	**391.126**	***12,3***	**1.461**	**12.686**	***8,7***

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

La **TAB.I.7** mostra la distribuzione, per raggruppamento diagnostico, della diagnosi principale in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol. Per i ricoveri in regime ordinario, la diagnosi principale è da attribuire prevalentemente a disturbi mentali (23%), con circa 14 giorni di degenza media e, a seguire, patologie dell'apparato digerente (17%), tumori (11%) e malattie del sistema circolatorio (10%). Per i ricoveri diurni i tumori rappresentano le patologie prevalenti con mediamente 5 accessi. Al secondo posto, in ordine di prevalenza, la diagnosi principale è indicata con codici "V" della classificazione ICD-9-CM (18%) con mediamente 21 accessi. [I codici "V" sono utilizzati per codificare problemi clinici, servizi erogati o circostanze particolari]. La rappresentazione grafica a forma di piramide del **GRAF.I.1**, fornisce una immediata indicazione sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi affetti da patologie alcol attribuibili rispetto alle femmine. Il grafico rappresenta infatti la distribuzione del numero assoluto, a livello nazionale, delle suddette dimissioni ospedaliere per genere e classi di età (decennali), tenendo anche conto della composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario (RO) e diurno (DH). La prevalenza del genere maschile caratterizza sia i ricoveri ordinari che quelli diurni, come evidenziato dal grafico (complessivamente, a prescindere dal regime di ricovero, maschi 78% *vs* 22% femmine). Inoltre si osserva che la numerosità dei ricoveri, caratterizzati da queste patologie, cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo per la fascia 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine, per poi gradualmente decrescere.

GRAF.I.1 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2015



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

Restando alla distribuzione per genere e classi di età delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, la **TAB.I.8** ne riporta la distribuzione dei valori assoluti per regione di ricovero, genere e classe di età. In testa alla classifica per regione di ricovero, con oltre 5.000 dimissioni, vi sono in ordine crescente, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia. Chiudono la classifica, con dimissioni inferiori a 400, Molise e Valle d'Aosta.

TAB.I.8 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2015

REGIONE	Maschi						Femmine					
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale
Piemonte	4	784	1.993	757	383	3.921	4	289	686	215	110	1.304
Valle d'Aosta	-	42	103	102	41	288	-	7	26	8	11	52
Lombardia	47	1.514	2.965	1.275	746	6.547	47	506	951	299	186	1.989
P.A. Bolzano	8	192	517	245	127	1.089	9	57	173	52	47	338
P.A. Trento	-	81	304	174	130	689	-	27	95	39	27	188
Veneto	7	718	2.008	1.115	567	4.415	6	266	635	341	166	1.414
Friuli V.G.	4	113	653	518	305	1.593	4	36	198	129	104	471
Liguria	7	446	811	368	171	1.803	3	161	368	68	44	644
Emilia Romagna	5	920	2.031	717	449	4.122	4	376	731	163	111	1.385
Toscana	5	487	1.232	399	269	2.392	13	258	385	141	90	887
Umbria	6	104	214	94	86	504	6	54	67	24	19	170
Marche	2	493	845	214	118	1.672	4	209	240	52	41	546
Lazio	19	744	1.923	638	335	3.659	22	231	389	140	98	880
Abruzzo	11	159	592	179	162	1.103	11	47	100	44	38	240
Molise	-	68	170	48	36	322	-	9	31	15	8	63
Campania	8	613	1.381	402	241	2.645	14	140	323	89	93	659
Puglia	24	608	1.319	361	222	2.534	25	148	261	87	55	576
Basilicata	2	61	287	90	72	512	-	21	34	8	15	78
Calabria	13	142	581	262	122	1.120	7	41	85	27	31	191
Sicilia	9	454	1.012	260	112	1.847	4	106	176	47	23	356
Sardegna	16	359	1.235	519	304	2.433	16	83	168	50	34	351
						-						-
ITALIA	**197**	**9.102**	**22.176**	**8.737**	**4.998**	**45.210**	**199**	**3.072**	**6.122**	**2.038**	**1.351**	**12.782**

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

A seguire la **TAB.I.9** riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione di ricovero, genere e classe d'età. La distribuzione dei tassi di ricovero, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.
Con riferimento alla classe d'età centrale (45-64 anni), caratterizzata da prevalente numerosità dei ricoveri, il tasso presenta valori estremi per entrambi i generi, in Sicilia e P.A. di Bolzano (ad esempio per i maschi 151 *vs* 722 per 100.000 ab.). Inoltre, con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di ricovero assai più elevato rispetto al valore medio nazionale nella P.A. di Bolzano ed in Valle d'Aosta, con oltre 1.000 dimissioni su 100.000 residenti. Analogamente per le femmine si rileva una elevata variabilità dei tassi di ricovero specifici: per la classe di età centrale i valori estremi della distribuzione sono in Sicilia (valore minimo) e nella P.A. di Bolzano (valore massimo), che registra un valore ben superiore al valore medio nazionale. Inoltre il confronto per genere evidenzia tassi specifici più elevati per i maschi rispetto alle femmine, in tutte le regioni e per tutte le classi di età, con la sola eccezione della prima classe di età, ossia quella dei pazienti con età inferiore a 18 anni. Relativamente a questa classe di età infatti i tassi di ricovero a livello nazionale si discostano lievemente tra loro (3,8 per i maschi *vs* 4,1 per le femmine). I raffronti a livello regionale mostrano anch'essi valori generalmente più elevati per le femmine, in modo particolare in Sardegna e nella P.A. di Bolzano.

TAB.I.9 - Tassi di ricovero (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2015

REGIONE	Maschi					Femmine				
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	1,1	113,3	315,7	308,0	174,9	1,2	42,4	105,0	78,2	32,1
Valle d'Aosta	-	207,3	545,1	1.468,3	739,3	-	35,0	136,6	108,8	122,3
Lombardia	5,4	90,2	209,8	251,5	181,4	5,7	31,2	66,2	52,2	27,7
P.A. Bolzano	15,4	214,6	722,2	1.037,3	666,5	18,4	65,1	244,8	196,5	161,2
P.A. Trento	-	91,9	395,5	649,8	624,8	-	31,0	123,4	135,6	77,3
Veneto	1,6	89,0	281,2	440,1	279,7	1,5	33,7	88,0	121,5	50,3
Friuli V.G.	4,2	59,3	367,3	714,6	526,6	4,5	19,5	109,2	159,4	107,6
Liguria	6,2	196,4	356,4	391,2	188,6	2,8	71,5	153,4	61,7	29,7
Emilia Romagna	1,4	128,2	326,9	310,7	206,1	1,2	53,1	113,0	62,8	33,1
Toscana	1,7	82,9	235,8	192,2	141,1	4,7	44,0	69,7	59,6	30,6
Umbria	8,4	73,4	176,4	194,2	186,1	8,9	37,8	51,5	44,5	26,6
Marche	1,6	197,0	393,0	270,1	148,8	3,4	84,5	107,3	58,8	33,8
Lazio	3,8	73,9	235,7	226,4	141,0	4,7	23,1	44,2	42,5	26,5
Abruzzo	10,3	70,9	318,3	264,7	255,0	11,0	21,4	51,4	59,6	39,5
Molise	-	128,3	381,0	300,9	227,9	-	17,7	68,0	88,4	32,7
Campania	1,4	57,8	178,6	157,3	128,3	2,6	13,2	39,1	30,9	31,2
Puglia	6,6	85,5	241,7	178,6	135,6	7,3	21,0	44,6	38,4	22,4
Basilicata	4,3	61,1	352,4	333,3	261,7	-	21,7	40,5	26,8	37,2
Calabria	7,6	40,5	217,9	279,3	146,2	4,3	11,8	30,2	26,8	25,5
Sicilia	2,0	50,3	151,3	108,8	55,7	0,9	11,9	24,5	17,3	7,6
Sardegna	12,9	125,3	499,3	587,1	444,8	13,8	30,2	65,8	50,9	32,7
ITALIA	**3,8**	**89,4**	**262,7**	**284,9**	**191,5**	**4,1**	**30,6**	**69,4**	**59,0**	**33,1**

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

Si rileva infine che per i minori di 18 anni non ci sono dimissioni nelle regioni Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Molise.
La **TAB.I.10** presenta il trend 2011-2015 dei tassi di ricovero, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, standardizzati per età. Il metodo della standardizzazione consente di confrontare i tassi regionali, avendone corretto l'effetto della diversa composizione regionale della popolazione residente.

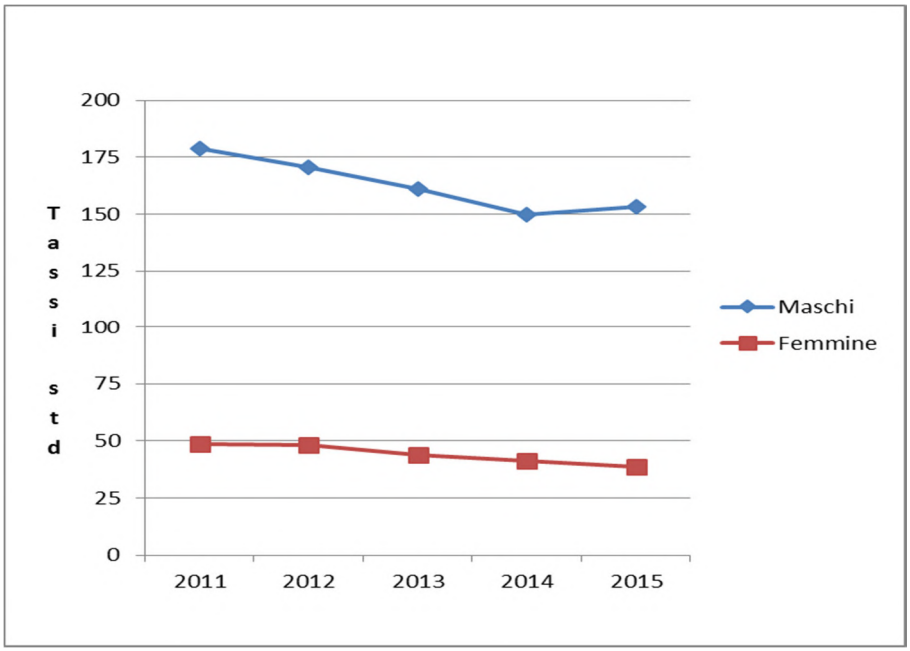
TAB.I.10 - Tassi di ricovero standardizzati per età (x 100.000 residenti) dei dimessi con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2015

REGIONE	2011		2012		2013		2014		2015	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	213,4	65,4	191,2	62,2	182,2	58,2	175,6	57,4	163,1	52,6
Valle d'Aosta	414,4	126,7	539,1	96,6	499,5	93,1	411,1	62,6	410,6	72,0
Lombardia	172,9	50,2	160,6	48,3	145,3	43,7	136,6	39,5	124,5	37,1
P.A. Bolzano	496,5	153,6	482,1	142,8	422,2	118,7	389,5	122,2	423,8	128,2
P.A. Trento	323,9	78,8	296,0	64,9	282,5	61,5	244,5	73,1	241,4	65,4
Veneto	187,0	64,5	178,2	60,5	170,3	62,0	167,2	57,5	166,0	53,0
Friuli V.G.	289,9	81,5	281,3	84,7	276,5	77,6	236,3	67,3	221,8	65,1
Liguria	251,2	81,2	248,5	78,5	235,6	74,5	221,5	69,9	216,6	74,1
Emilia Romagna	218,7	66,6	213,8	69,7	209,3	64,5	192,0	65,2	174,5	56,8
Toscana	131,6	50,4	138,4	51,5	125,8	47,3	121,8	48,5	119,9	42,8
Umbria	143,7	39,7	135,4	44,8	125,3	37,7	120,5	32,3	106,3	36,3
Marche	211,3	66,5	217,9	72,8	220,2	66,5	213,6	62,6	210,9	66,8
Lazio	153,1	37,1	148,8	38,7	143,0	36,2	125,5	29,7	119,6	27,2
Abruzzo	191,1	42,7	178,5	36,2	178,6	41,5	161,5	37,2	152,4	32,6
Molise	231,6	55,4	210,5	34,9	245,8	39,7	201,1	32,2	190,6	35,7
Campania	126,6	25,3	119,0	27,0	105,9	21,2	97,8	20,1	92,1	21,5
Puglia	147,0	34,8	147,7	33,9	142,0	31,4	130,1	28,4	121,5	26,5
Basilicata	213,8	28,0	150,8	55,7	157,6	24,6	154,3	24,5	164,0	24,5
Calabria	157,7	29,9	146,9	29,1	117,8	21,2	109,0	24,4	109,4	18,3
Sicilia	109,7	20,1	95,6	19,9	88,3	16,0	80,5	15,3	73,2	13,3
Sardegna	296,2	46,2	301,5	46,4	293,6	37,3	285,8	40,4	261,3	38,7
ITALIA	**178,9**	**48,6**	**170,8**	**48,0**	**160,9**	**43,8**	**149,8**	**41,4**	**153,2**	**38,8**

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

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

GRAF.I.2 - Tassi di ricovero dei dimessi con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) standardizzati per età (x 100.000 residenti) - ANNI 2011-2015



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

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

Il **GRAF.I.2** rappresenta l'andamento temporale dei tassi di ricovero standardizzati, distinti per genere e calcolati a livello nazionale. Per entrambi i generi si rileva un andamento temporale progressivamente decrescente dei rispettivi tassi nel quinquennio 2011-2015. Per i maschi si osserva un lieve incremento nell'ultimo anno osservato.

Con riferimento ai ricoveri ordinari, il ricovero urgente, ossia non programmato, costituisce la tipologia di ricovero prevalente per le dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol: essa ne rappresenta il 71%, come si può evincere dalla **TAB.I.11**, che riporta la distribuzione in valore assoluto delle varie tipologie di ricovero. I ricoveri programmati rappresentano il 27% dei ricoveri ordinari ed i ricoveri caratterizzati da trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è pari ad 1,3%.

TAB.I.11 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, regime e tipo di ricovero - Anno 2015

REGIONE	2015													
	REGIME ORDINARIO							REGIME DIURNO						
	Tipo ricovero non compilato	Ricoveri program.	Ricoveri urgenti	Ricoveri TSO	Ricoveri program. con pre-osp.	Tipo ricovero errato	Totale	Tipo ricovero non compilato	Ricoveri program.	Ricoveri urgenti	Ricoveri TSO	Ricoveri program. con pre-osp.	Tipo ricovero errato	Totale
Piemonte	-	1.701	3.050	67	46	-	4.864	361	-	-	-	-	-	361
Valle d'Aosta	-	49	215	8	-	-	272	68	-	-	-	-	-	68
Lombardia	-	2.515	5.761	76	61	-	8.413	123	-	-	-	-	-	123
P.A. Bolzano	-	379	1.003	-	2	-	1.384	-	43	-	-	-	-	43
P.A. Trento	-	222	607	4	7	-	840	-	37	-	-	-	-	37
Veneto	190	1.397	3.806	28	56	-	5.477	352	-	-	-	-	-	352
Friuli V.G.	-	447	1.461		29	-	1.937	127	-	-	-	-	-	127
Liguria	-	285	1.931	33	18	-	2.267	180	-	-	-	-	-	180
Emilia Romagna	-	1.530	3.606	102	37	-	5.275	232	-	-	-	-	-	232
Toscana	-	708	2.313	28	31	-	3.080	199	-	-	-	-	-	199
Umbria	-	60	595	8	3	-	666	8	-	-	-	-	-	8
Marche	-	1.218	862	72	32	-	2.184	34	-	-	-	-	-	34
Lazio	-	804	2.828	34	24	-	3.690	-	849	-	-	-	-	849
Abruzzo	-	271	920	15	5	-	1.211	71	60	-	-	1	-	132
Molise	-	50	301	4	3	-	358	27	-	-	-	-	-	27
Campania	-	1.009	1.890	57	20	-	2.976	328	-	-	-	-	-	328
Puglia	-	604	2.305	41	11	-	2.961	149	-	-	-	-	-	149
Basilicata	-	113	436	2	5	-	556	34	-	-	-	-	-	34
Calabria	-	230	913	24	16	1	1.184	41	73	-	-	13	-	127
Sicilia	-	497	1.513	66	18	-	2.094	109	-	-	-		-	109
Sardegna	-	365	2.236	19	30	-	2.650	-	104	-	-	30	-	134
ITALIA	**190**	**14.454**	**38.552**	**688**	**454**	**1**	**54.339**	**2.443**	**1.166**	**-**	**-**	**44**	**-**	**3.653**

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

A livello regionale si rilevano delle oscillazioni attorno ai valori medi nazionali. Ad esempio in Liguria, Umbria, Molise e Sardegna la percentuale di ricoveri urgenti supera l'80%, a discapito dei ricoveri programmati. Le percentuali più elevate di ricoveri con TSO sono in Valle d'Aosta, Marche e Sicilia, con valori che oscillano attorno al 3%. La disponibilità del codice identificativo del paziente ricoverato con diagnosi totalmente attribuibile all'alcol, consente di avere una tracciabilità dei ricoveri successivi al primo effettuato. Delle 54.339 dimissioni in regime ordinario, il 93% (50.694) presenta un codice identificativo valido, che consente di valutare il numero di riammissioni in ospedale.

Limitatamente al 2015, la **TAB.I.12** presenta la distribuzione, per regione di ricovero, delle dimissioni con codici identificativi validi e delle riammissioni in ospedale.
Mediamente a livello nazionale il 9,5% delle dimissioni di pazienti con codice identificativo valido, sono sottoposti ad un ricovero successivo entro 30 giorni dal precedente. A livello regionale detta percentuale di riammissione varia da circa il 5% (Campania e Marche) ad oltre il 16% (Sardegna e Liguria).

TAB.I.12 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2015

REGIONE	2015				
	Regime ordinario				
	Dimissioni con codici identificativi del paziente validi	Riammissioni entro 30 giorni	*% riammissioni entro 30 giorni*	Riammissioni entro 7 giorni	*% riammissioni entro 7 giorni*
Piemonte	4.804	395	*8,2%*	161	*3,4%*
Valle d'Aosta	272	27	*9,9%*	7	*2,6%*
Lombardia	8.307	611	*7,4%*	233	*2,8%*
P.A. Bolzano	1.317	144	*10,9%*	51	*3,9%*
P.A. Trento	734	49	*6,7%*	26	*3,5%*
Veneto	3.751	357	*9,5%*	119	*3,2%*
Friuli V.G.	1.932	154	*8,0%*	52	*2,7%*
Liguria	2.263	372	*16,4%*	184	*8,1%*
Emilia Romagna	4.817	494	*10,3%*	246	*5,1%*
Toscana	3.041	321	*10,6%*	119	*3,9%*
Umbria	510	66	*12,9%*	26	*5,1%*
Marche	2.066	104	*5,0%*	36	*1,7%*
Lazio	3.573	303	*8,5%*	121	*3,4%*
Abruzzo	1.195	121	*10,1%*	49	*4,1%*
Molise	358	33	*9,2%*	10	*2,8%*
Campania	2.438	118	*4,8%*	45	*1,8%*
Puglia	2.903	396	*13,6%*	148	*5,1%*
Basilicata	553	60	*10,8%*	17	*3,1%*
Calabria	1.174	87	*7,4%*	25	*2,1%*
Sicilia	2.059	205	*10,0%*	77	*3,7%*
Sardegna	2.627	420	*16,0%*	166	*6,3%*
ITALIA	**50.694**	**4.837**	***9,5%***	**1.918**	***3,8%***

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

Inoltre la tabella presenta la percentuale di riammissioni entro 5 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero. A livello nazionale detta percentuale è pari 3,8% delle dimissioni con codice identificativo valido. Anche in questo caso i valori regionali oscillano da valori inferiori al 2% (Marche e Campania) a valori superiori al 6% (Sardegna e Liguria).

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

Si definiscono "morti totalmente alcol-attribuibili" quei decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10)**,** sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10:I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0,T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche la "*Miopatia alcolica* (ICD10: G72.1)" e "*Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD10: R78)", ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso.
Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall'ONA-CNESPS e dall'Ufficio di Statistica dell'ISS. Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2013; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione i tassi sono stati standardizzati utilizzando come standard di riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.
Poiché la mortalità alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni effettuate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

Mortalità alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2013 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.180, di cui 924 (78,3%) uomini e 256 donne (21,7%) (**Tabella 13**); **questi numeri se rapportati alla popolazione corrispondono a circa 37 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 1 decesso per milione tra le donne.**

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le **epatopatie alcoliche** e **sindromi psicotiche indotte da alcol** che nel complesso causano oltre il 90% dei decessi alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne.

Per il complesso delle patologie alcol-attribuibili nel 2013 il tasso standardizzato di mortalità tra la popolazione di 15 anni è stato pari a 3,79 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,92 per le donne; con una, seppur **lieve, riduzione rispetto all'anno precedente** quando si era registrato un valore di 4,41 per gli uomini e 0,95 per le donne (**Tabella I.13, Figura I.12**).

Tabella I.13. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2013.

Causa di morte (codici ICD-10)	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	%	Morti	%	Morti	%
Sindromi psicotiche indotte da alcol (F10)	161	*17,5*	49	*19,0*	210	*17,8*
Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol (G31.2)	28	*3,0*	4	*1,6*	32	*2,7*
Polineuropatia alcolica (G62.1)	8	*0,9*	0	*0,0*	8	*0,7*
Cardiomiopatia alcolica (I42.6)	18	*2,0*	3	*1,2*	21	*1,8*
Gastrite alcolica (K29.2)	2	*0,2*	1	*0,4*	3	*0,3*
Epatopatie alcoliche (K70)	698	*75,7*	196	*76,0*	894	*75,8*
Pancreatite cronica indotta da alcol (K86.0)	4	*0,4*	0	*0,0*	4	*0,3*
Effetti tossici dell'alcol (T51)	5	*0,3*	3	*1,9*	8	*0,7*
	924	***100,0***	**256**	***100,0***	**1.180**	***100,0***

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata tra le fasce di popolazione di età più avanzata. Tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 6,82 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,60 tra le donne (**Tabella I.14**).
Negli anni più recenti, dal 2007 al 2013, la mortalità per patologie alcol-attribuibili e diminuita per entrambi i generi e in tutte le classi di età (**Tabella I.14, Figura I.12, Figura I.13 e Figura I.14**). Se si confronta l'anno 2013 con il 2007, la riduzione del tasso di mortalità per la popolazione di 15 anni e più è stata di circa il 24% tra gli uomini e di circa 26% tra le donne (**Figura 12)**.

Tabella I.14 Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (STD). Italia, anno 2013.

età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34	9	0,14	4	0,06	13	0,10
35-54	288	3,09	77	0,81	356	1,94
55+	627	6,82	175	1,60	802	3,96
15+	924	3,79	256	0,92	1180	2,26

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

Figura I.12 Mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati (STD) per 100.000. Maschi e femmine. Italia, anni 2007- 2013

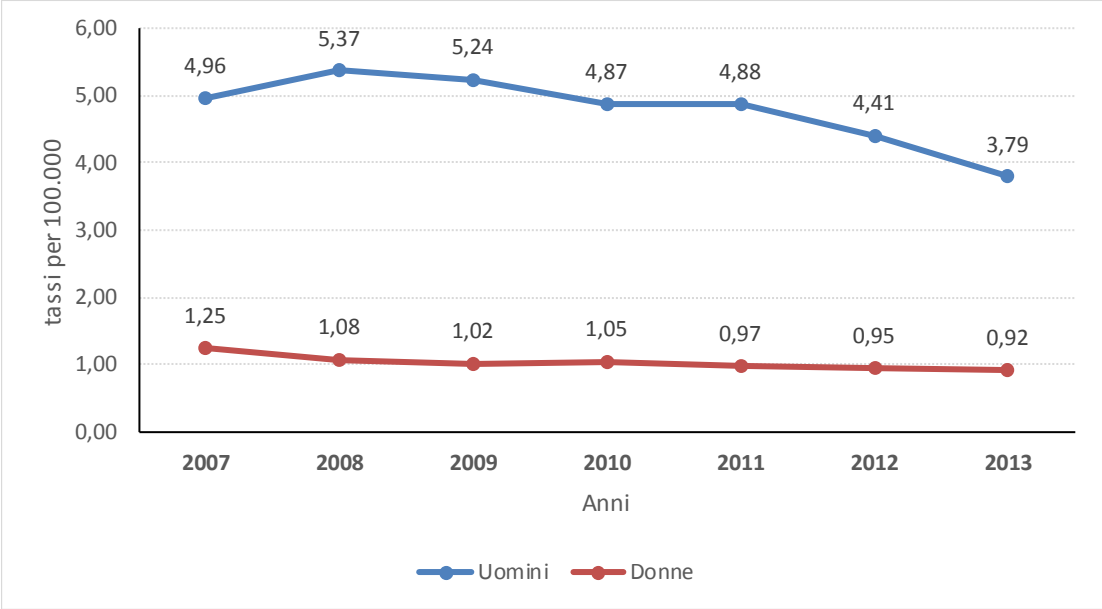


Figura I.13 Mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Maschi. Italia, anni 2007- 2013

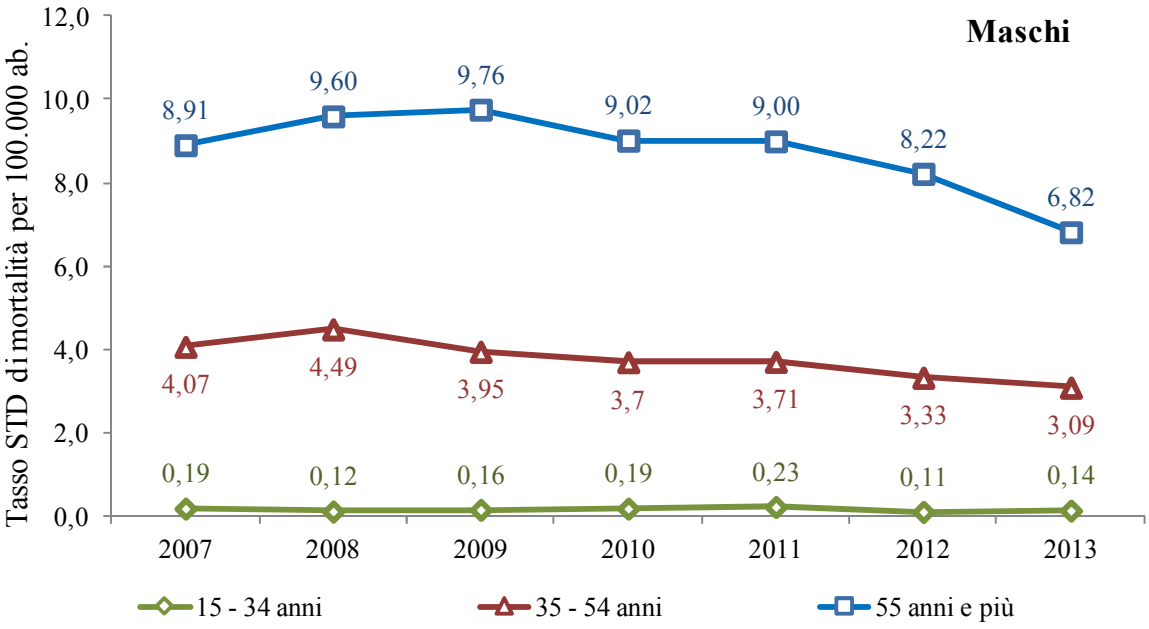
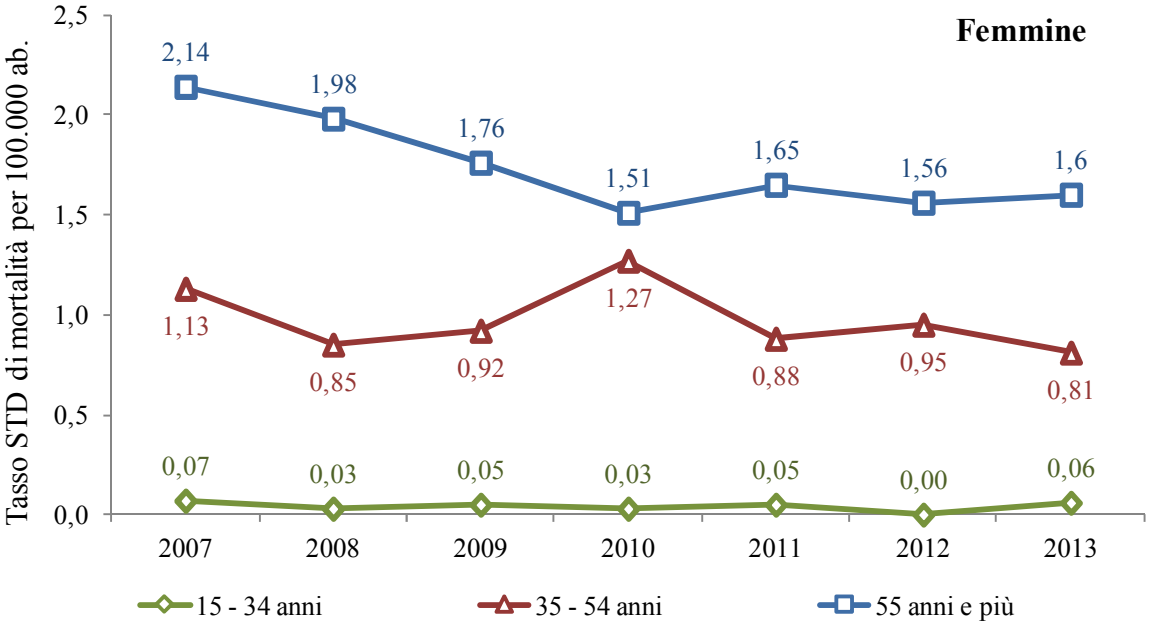


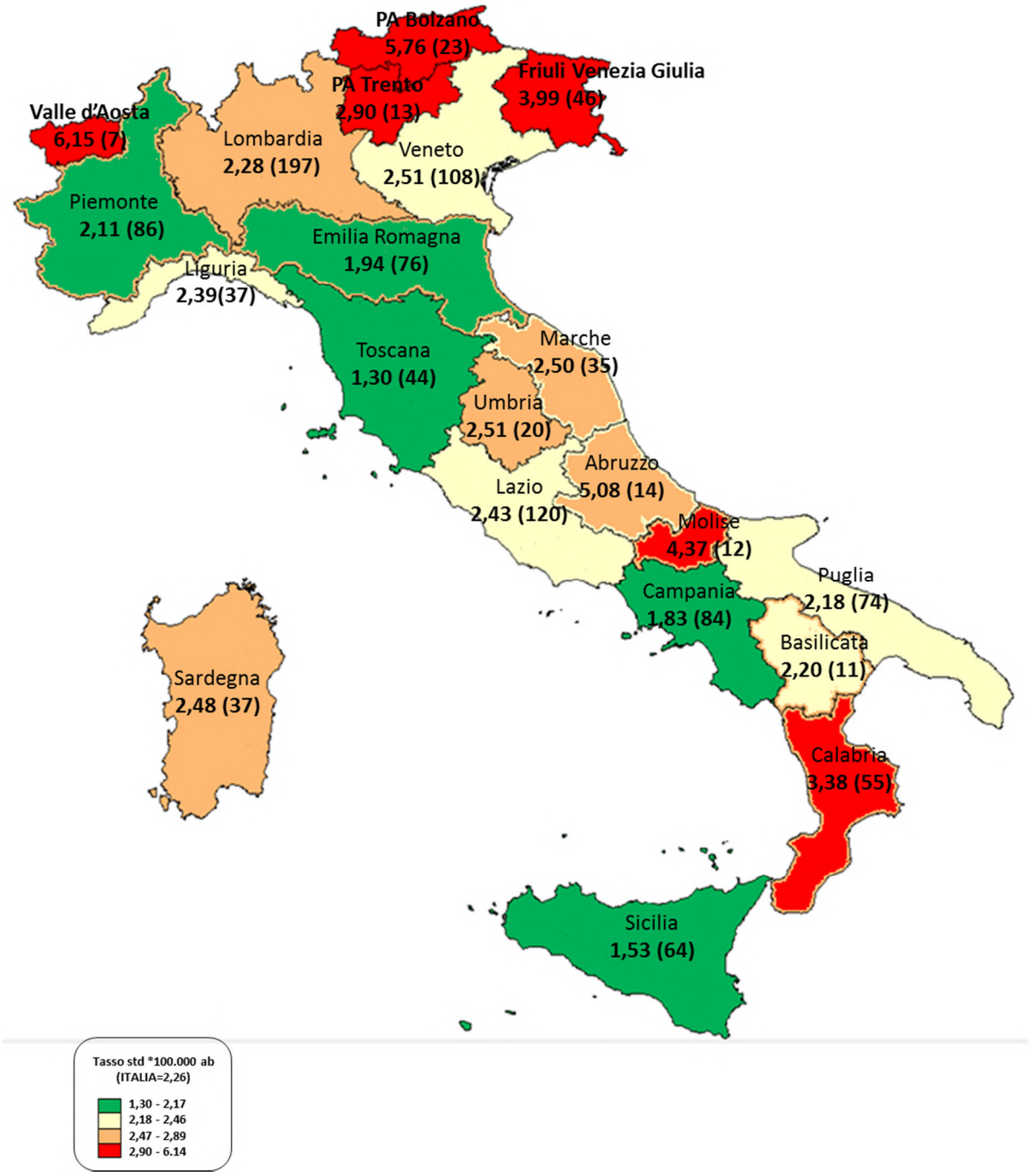
Figura I.14 Mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Femmine. Italia, anni 2007- 2013



Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità piuttosto elevata. Le regioni che nel 2013 hanno fatto registrare il numero maggiore di decessi sono state Lombardia, Lazio e Veneto con più di 100 decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili. Tuttavia, quando si rapporta il numero di decessi alla popolazione residente e mediante la standardizzazione si "depura" il tasso dall'influenza della diversa struttura per età nelle varie regioni, emerge che **i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) si registrano in Valle D'Aosta** (6,15 per 100.000 abitanti), **la provincia autonoma di Bolzano** (5,76 per 100.000 abitanti) e **Molise** (5,08 per 100.000 abitanti) con più che doppi della media nazionale (2,26 100.000 abitanti); valori estremamente elevati sono stati registrati anche in Friuli Venezia Giulia (3,99 per 100.000 abitanti) e in Calabria (3,38 decessi ogni 100.000 abitanti).
Le regioni in cui si registrano i livelli più bassi del tasso standardizzato sono invece la Toscana (1,30 per100.000 abitanti), la Sicilia (1,53 per 100.000 abitanti), la Campania (1,71 decessi ogni 100.000 abitanti) e l'Emilia Romagna (1.94 per 100.000 abitanti) (**Figura I.15**).

Figura I.15. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2013.

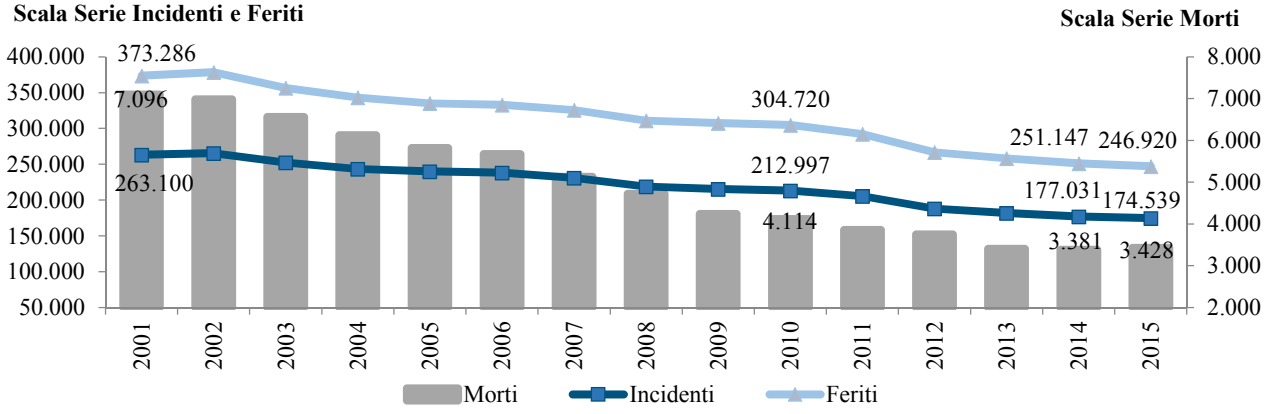


GLI INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali in Italia nel 2015: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Nel 2015, in Italia si sono verificati 174.539 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.428 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 246.920. Rispetto al 2014, il numero di incidenti scende dell'1,4%, quello dei feriti dell'1,7% mentre, per la prima volta dal 2001, si registra un aumento del numero dei morti dell'1,4%.
Anche per il 2015, è stato calcolato il numero dei feriti gravi in incidente stradale in Italia, secondo le indicazioni della Commissione europea. Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, nel 2015 i feriti gravi sono stati 15.901, contro i 15 mila del 2014 (+6,4%). Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 4,6 (era 4,4 nel 2014).
Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per far fronte a questa emergenza, a partire dal 2011 è stata inaugurata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea una nuova decade di iniziative per la Sicurezza Stradale 2011-2020. L'obiettivo fissato per il 2020 consiste nell'ulteriore dimezzamento, rispetto al 2010, delle vittime sulle strade in Europa e nel mondo. Il decennio 2011-2020 è la prosecuzione delle azioni di miglioramento e sensibilizzazione promosse nella decade precedente 2001-2010, per la quale era stato fissato l'obiettivo di ridurre almeno del 50% la mortalità.
Fra il 2015 e il 2010 le vittime della strada diminuiscono del 16,7%. Tra il 2001 e il 2015, ad ogni modo, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 174.539 (-32,7%), i morti da 7.096 a 3.428 (-51,7%) e i feriti da 373.286 a 246.920 (-32,7%) (**Figura I.16**).
Il numero di morti per milione di abitanti, calcolato come rapporto tra il numero di morti in incidenti stradali e la popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 56,2 del 2015.

FIGURA I.16 Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2015 (valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Le cause degli incidenti stradali

La rilevazione degli incidenti stradali condotta dall'Istat, con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, tra le altre anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti. Le circostanze di incidente sono elencate in una lista, predisposta dall'Istat e organizzate in tre diverse categorie: per inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli e allo stato psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime stato di ebbrezza alcolica e assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.
A causa dell'esiguo numero di casi comunicati dagli Organi di rilevazione per le circostanze legato allo stato psico-fisico alterato, però, a partire dal 2009, l'Istat ha scelto di sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per tali circostanze.
Purtroppo, ad oggi, infatti, la compilazione di tale informazione continua a essere non esaustiva e conduce a valori del dato discrepanti se comparati con dati diffusi da organismi internazionali o indagini demoscopiche sui comportamenti a rischio dei conducenti, condotte sulla popolazione a livello nazionale (Cfr. Rapporti Istisan 11/04 Scafato E. et al. 2011 http://www.iss.it/binary/publ/cont/11_4_web.pdf).

Per colmare questa lacuna informativa è stato richiesto agli Organi di rilevazione di fornire, in via sperimentale, l'informazione sulle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto di alcol, contestate in occasione di incidente stradale.
Passando all'analisi delle circostanze accertate o presunte per inconvenienti di circolazione, informazione più consolidata, causa degli incidenti stradali, tra i comportamenti errati più frequenti[1] sono da segnalare la guida distratta (36.443 casi), il mancato rispetto delle regole di precedenza (32.548 casi), la velocità troppo elevata (23.594 casi) (nel complesso il 42,2% dei casi).
Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (21.573 casi), la manovra irregolare (15.580 casi) e il comportamento scorretto del pedone (7.376 casi) rappresentano rispettivamente il 9,8%, il 7,1% e il 3,4% delle cause di incidente. (**Tabella I.15**)

[1] Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

TABELLA I.15 Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2015 ***(valori assoluti e valori percentuali)***

DESCRIZIONE CAUSE (a)	**Totale**	
	Valore assoluto	**Valore %**
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	**36.443**	**16,6**
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	**32.548**	**14,8**
- procedeva senza rispettare lo stop	*11.469*	*5,2*
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	*8.330*	*3,8*
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	*10.586*	*4,8*
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	*2.163*	1,0
Procedeva con velocità troppo elevata	**23.594**	**10,8**
- procedeva con eccesso di velocità	*22.818*	*10,4*
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	*776*	*0,4*
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	21.573	9,8
Manovrava irregolarmente	15.580	7,1
Svoltava irregolarmente	5.235	2,4
Procedeva contromano	4.810	2,2
Sorpassava irregolarmente	3.994	1,8
Ostacolo accidentale	5.692	2,6
Veicolo fermo evitato	2.946	1,3
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	6.430	2,9
Buche, ecc. evitato	1.355	0,6
Circostanza imprecisata	30.036	13,7
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	2.342	1,1
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	15.073	6,9
Comportamento scorretto del pedone	7.376	3,4
Totale cause per comportamento scorretto del conducente e del pedone	**207.651**	**94,6**
Altre cause	**11.773**	**5,4**
Totale cause (b)	**219.424**	**100,0**

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

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

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

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali e colmare alcune lacune informative, per il 2015, come lo scorso anno, sono state rese disponibili anche le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali[2]. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nella **Tabella I.16** per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

[2] Rilevazione ad hoc, condotta dall'Automobile Club d'Italia (ACI), presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia.

TABELLA I.16 Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. *Anno 2015 (valori assoluti)*

CODICE DELLA STRADA [3]	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	50.070	23.657	31.197
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	743.965	1.585	1.810.073
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	17.219	11.825	14.898
Art.145	Obblighi di precedenza	7.496	9.013	19.714
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	42.861	17.248	300.738
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	13.614	15.838	6.025
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.563	2.933	4.550
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	16.563	5.853	1.917
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.832	3.167	21.256
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	703	1.217	20.131
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	18.263	21.322	3.201.883
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.551	526	270
Art.164	Norme sulla sistemazione dei carico sui veicoli	6.274	674	654
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	40.859	166	815
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	2.013	67	24
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	6.895	2.271	3.502
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	491	875	1.158
Art.171	Uso del casco	5.012	13.177	63.405
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	88.790	68.202	32.104
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	39.771	31.238	77.665
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	46.399	484	2.788
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane principali	38.569	309	102
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	5.671	293	586
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	252.645	160.680	122.804
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	151	252	464
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	21.431	16.693	4.733
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.625	2.196	697
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.160	2.050	4.161
Art.190	Comportamento dei pedoni	327	453	2.951
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	958	1.002	6.946
Art.193	Obbligo di assicurazione	58.967	85.980	50.122
Totale	**Violazioni al codice della strada : Titolo V - Norme di comportamento**	**1.544.708**	**501.246**	**5.808.333**

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

Tra le principali violazioni al codice, al netto del mancato possesso di documenti non validi per la circolazione e del rispetto della segnaletica e della disciplina di fermata e sosta, si trovano l'eccesso di velocità, il mancato uso di dispositivi di sicurezza (cinture, casco e sistemi di ritenuta per bambini) e il mancato uso di lenti o l'uso improprio di telefoni cellulari o cuffie. Per quest'ultima infrazione, l'aumento sull'anno precedente delle violazioni contestate è

[3] Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

consistente: Polizia Stradale +20,0% e Carabinieri +11,8%. Analogo andamento si registra per le sanzioni relative all'eccesso di velocità (Polizia Stradale +13,1%, Carabinieri +3,6%), mentre quelle per il mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza aumentano complessivamente del 5,2%.

Per la guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis) e la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187), Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, complessivamente **nel 2015, 42.857 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol** e 4.518 sotto l'effetto di stupefacenti **(Tabella 16).**

Per la guida in stato di ebbrezza aumentano lievemente solo le sanzioni elevate dai Carabinieri (+0,2% rispetto al 2014) mentre per la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti risultano in decisa crescita quelle contestate dalla Polizia Stradale (+11,1%) e, in misura molto più contenuta, le sanzioni disposte dai Carabinieri (+0,8%).

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

Per quanto concerne le dotazioni dichiarate dalle Polizie Locali dei comuni capoluogo di provincia, rispondenti per la rilevazione condotta dall'ACI, si rileva, in totale nel 2015, la disponibilità di 321 etilometri (29,6% al Nord Est, 27,8% a Nord Ovest, 26,2% al Centro e 16,4% al Sud e Isole) e di 847 precursori (17,8% al Nord Est, 35,9% a Nord Ovest, 23,3% al Centro e 23,0% al Sud e Isole).

Alcol e guida: l'analisi dei dati dalle fonti informative giudiziarie e delle Forze dell'Ordine

Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale e di forte impatto mediatico, ma per il quale sono ancora presenti lacune informative.

Nonostante la rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone consenta di produrre un ricco set di informazioni, anche per quanto concerne gli eventi alcol correlati, presenta ancora alcuni *gap* di informazione e difficoltà nel reperimento di dati esaustivi a livello nazionale.

Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state considerate informazioni sui procedimenti penali definiti dalle Procure della Repubblica e informazioni sulle violazioni al codice della strada fornite da Carabinieri e Polizia Stradale.

La violazione al Codice della Strada degli Artt. 186 e 186 bis, guida sotto l'influenza dell'alcol, comporta diverse pene a seconda della gravità dell'infrazione:

- Solo una sanzione amministrativa nel caso di tasso alcolemico tra 0,5 e 0,8 g/l (anche tra 0 e 0,5g/l per 186bis).
- L'inizio di un procedimento penale, oltre alla sanzione amministrativa, nel caso di tasso alcolemico rilevato tra 0,8g/l e 1,5 g/l e oltre 1,5g/l.
- Con tasso alcolemico superiore a 1,5g/l è sempre disposta la sospensione della patente fino all'esito della visita medica.

I dati delle Procure della Repubblica: reati per i quali ha avuto inizio un'azione penale

Dai dati provenienti dai procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica si desumono informazioni sulle persone per le quali ha avuto inizio un'azione penale per tipo di reato ascritto.
La rilevazione, basata su dati estratti dagli archivi informatici delle Procure della Repubblica, riferiti agli adulti, consente di elaborare statistiche sui procedimenti penali, sulle persone indagate (età genere, luogo di nascita) e sulla tipologia di reati ad essi ascritti (delitti o contravvenzioni e luogo del reato), secondo una classificazione analitica o sintetica.
Nel 2014, ultimo anno disponibile negli archivi forniti all'Istat, i conducenti che guidavano sotto l'influenza dell'alcol sono stati 44.566 mila (più 4.192 archiviati), valore in calo del 9,4% rispetto all'anno precedente. I conducenti di età inferiore a ventuno anni, i neo-patentati e chi esercita professionalmente l'attività di autotrasportatore che guidavano sotto l'influenza dell'alcol, nel 2014, sono rimasti pressoché invariati, circa 2.400 casi (più 83 archiviati). I conducenti che guidavano sotto l'influenza di sostanze stupefacenti sono stati poco più di 5.000 nel 2014, in calo del 9,6% rispetto al 2013.
Occorre specificare, per l'interpretazione dei dati, che sono sempre esclusi i conducenti sotto l'effetto di alcol deceduti in incidenti stradali. Non sono inclusi, inoltre, i casi con livello del tasso alcolemico registrato tra 0,5 e 0,8 g/l, per i quali è prevista solo una sanzione amministrativa, a meno di altri reati concomitanti.
I valori assoluti presentati, benché forniscano elementi per valutare la dimensione del fenomeno, sono, comunque, legati al numero dei controlli effettuati dalle Forze dell'ordine sulle strade (**Tabella I.17** e **Figura I.17**).

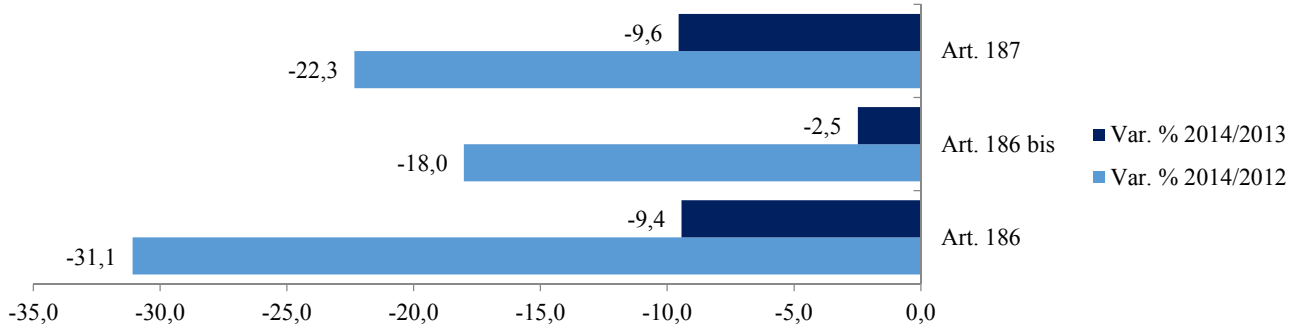
TABELLA I.17 Persone per cui è stata avviata un'azione penale per tipo di reato. Anni 2012-2014 *(valori assoluti)*

Descrizione reati ascritti	Anno 2012 *(a)*	Anno 2013 *(a)*	Anno 2014
Guida sotto l'influenza dell'alcol *(b)*	64.671	49.207	44.566**
Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose *(c)*	2.880	2.421	2.361
Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti *(d)*	6.863	5.893	5.330

Fonte: Procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica. Anni 2012, 2013 e 2014 (Elaborazione su dati acquisiti dall'Istat).
(a) Anni 2012 e 2013 in fase di revisione.
(b) Codice della strada art.186 e Legge 285 del 1992 art.186; (c) Codice della strada 186 bis e Legge 285 del 1992 art. 186 bis; (d) Codice della strada art. 187 e Legge 285 del 1992 art. 187.

** Sono inclusi 42 casi nei quali esiste la concomitanza di uso stupefacenti e stato di ebbrezza.

FIGURA I.17 Persone per cui è stata avviata un'azione penale per tipo di reato. Variazione Percentuale 2014/2013



Fonte: Procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica. Anni 2014 e 2013.

Dai dati provenienti dai procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica, si rilevano anche informazioni più dettagliate sui reati, tra queste, associate agli art. 186 o 186 bis, anche quelle sul livello del tasso alcolemico registrato:

- 0,5-0,8 g/l (Comma 2 Lettera a)
- 0,8-1,5 g/l (Comma 2 Lettera b)
- oltre 1,5g/l (Comma 2 Lettera c)

Per la categoria con tasso alcolemico tra 0,5 e 0,8 non è previsto inizio azione penale, ma può accadere nel caso di altri reati concomitanti. Seppure il numero di casi con livello alcolemico non indicato risulti elevato, è comunque rilevante la percentuale di autori colpevoli con livelli del tasso oltre 1,5 g/l, anche tra i giovani, i neopatentati e conducenti professionali (**Tabella I.18**).

TABELLA I.18 Persone per le quali ha avuto inizio un'azione penale per guida sotto l'influenza dell'alcol. Anno 2014 ***(valori assoluti)***

Descrizione reati ascritti *(a)*	Livelli tassi alcolemici rilevati	Autori con Inizio Azione Penale (valori assoluti)	Autori con Inizio Azione Penale (valori percentuali)
Art.186	**0,5 ł 0,8 g/l**	126	0,3
Art.186	**0,8 ł 1,5 g/l**	18.864	42,3
Art.186	**oltre 1,5g/l**	13.596	30,5
Art.186	**-**	11.980	26,9
Art.186bis	**0,5 ł 0,8 g/l**	13	0,6
Art.186bis	**0,8 ł 1,5 g/l**	845	35,8
Art.186bis	**oltre 1,5g/l**	543	23,0
Art.186bis	**-**	960	40,7

(a) Art. 186 Guida sotto l'influenza dell'alcol; Art. 186 bis Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose.

Fonte: Procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica. Anno 2014 (Elaborazione su dati acquisiti dall'Istat).

Tra i casi di inizio azione penale a seguito di guida sotto l'influenza dell'alcol, possono essere individuati anche gli autori coinvolti in incidente stradale.
L'individuazione degli autori dei reati coinvolti in incidenti stradali, può essere effettuata, nel caso di incidenti stradali con o senza lesioni a persone, prendendo in considerazione i casi per i quali esiste dichiarazione esplicita da parte della Procura di «incidente provocato», eventualmente anche associata alle voci di «omicidio colposo o volontario» e «lesioni personali». Volendo isolare i soli incidenti stradali con lesioni a persone, si conteggiano solo i casi per i quali sono associate le voci di «omicidio colposo o volontario» e «lesioni personali». Sui 44.566 casi di casi con inizio azione penale per "guida sotto l'influenza dell'alcol", il 3,4% (1.522 casi) riguarda casi di incidente stradale provocato e una percentuale più bassa (0,9%) con lesione a persone.
Sebbene la fonte dei dati sia molto ricca e dettagliata, la qualità delle informazioni dipende dall'accuratezza nella comunicazione e registrazione.

TABELLA I.19 Persone per le quali ha avuto inizio un'azione penale (IAP) per tipo di reato *incidente provocato*. Anno 2014 *(valori assoluti e percentuali)*

Descrizione reati	Autori con IAP per incidente stradale provocato	*di cui con menzione di lesione a persone*	Autori con IAP per incidente stradale (% sul totale)
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Art. 186)	1.522 (+97 archiviati)	*391 (+9 archiviati)*	3,4% (su 44.566)
Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose (Art.186 bis)	59 (+11 archiviati)	*24*	2,5% (su2.361)
Totale	**1.581**	***415***	**3,4% (su 46.927)**

Fonte: Procedimenti penali definiti nelle Procure della Repubblica. Anno 2014 (Elaborazione su dati acquisiti dall'Istat).

Incidenti stradali alcol correlati: le violazioni al Codice della Strada

Grazie alla collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e con Ministero dell'interno, Servizio Polizia Stradale è stato possibile effettuare alcune elaborazioni aggiuntive, mirate al sottoinsieme di incidenti stradali alcol correlati. In particolare, sono stati resi disponibili dati sulle violazioni al codice della strada per guida sotto l'influenza di alcol, contestate dall'Arma dei Carabinieri e dalla Polizia Stradale, nel 2015.
Dalla **Tabella I.20** si osserva che sono 4.060 gli incidenti stradali, rilevati dai **Carabinieri** nel 2015, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, 66 le vittime coinvolte e 4.437 i feriti. Calcolando il rapporto sul totale degli incidenti stradali, morti e feriti, risulta che il 13,2% degli incidenti, il 5,2% delle vittime e il 9,2% dei feriti è alcol correlato. Tale informazione, assolutamente inedita, rappresenta un primo importante passo per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di alcol in Italia.

TABELLA I.20 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2015

Violazioni al codice della strada *(a)*	Incidenti stradali con lesioni a persone	*Incidenti stradali mortali*	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Art. 186)	3.915	*57*	60	4.189
Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose (Art.186 bis)	145	*5*	6	248
Totale	**4.060**	***62***	**66**	**4.437**
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	**30.852**	***1.199***	**1.268**	**48.050**
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	**13,2**	***5,2***	**5,2**	**9,2**

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2015
Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2^ Sezione "Statistica".

Passando ad esaminare i soli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada e per periodo di accadimento, si rileva che le percentuali citate in precedenza salgono notevolmente di notte e in ambito urbano. Sono, infatti, ben il 36,7% gli incidenti stradali alcol correlati sul totale, mentre le vittime arrivano al 14,3% (**Tabella I.21**).

TABELLA I.21 Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo. Anno 2015

Tipo di strada *(a)*	Periodo del giorno o della notte		
	Giorno	Notte *(b)*	Totale
	Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati *(valori assoluti)*		
Strada Urbana	890	1.588	2.478
Strada Extraurbana	705	877	1.582
Totale	**1.595**	**2.465**	**4.060**
	Vittime in Incidenti stradali alcol correlati *(valori assoluti)*		
Strada Urbana	7	20	27
Strada Extraurbana	18	21	39
Totale	**25**	**41**	**66**
	Percentuale Incidenti stradali alcol correlati sul totale		
Strada Urbana	6,9	36,7	14,4
Strada Extraurbana	6,6	29,9	11,6
Totale	**6,8**	**33,9**	**13,2**
	Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale		
Strada Urbana	2,5	14,3	6,5
Strada Extraurbana	3,0	8,1	4,6
Totale	**2,9**	**10,3**	**5,2**

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2^ Sezione "Statistica".

(a) Sono incluse nella categoria "Strada urbana" anche le Provinciali, Statali e Regionali entro l'abitato. Sono incluse nella categoria "Strada Extraurbana", le strade Statali, Regionali e Provinciali fuori dall'abitato, Comunali extraurbane e le autostrade e raccordi.
(b) Notte: dalle 22 alle 6 del mattino.

Per quanto concerne le violazioni agli articoli del Codice della Strada, contestate dai Carabinieri nel 2015, sono state 16.693 quelle per guida sotto l'influenza dell'alcol (art.186 e 186bis), il 23,9% in incidente stradale.
Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati elaborati emerge che il 13,1 % delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.
Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 6,5% degli incidenti stradali è alcol correlato (**Tabella I.22**). La percentuale rappresenta in realtà un'approssimazione, ritenuta comunque plausibile. Nel calcolo, infatti, si ipotizza, che ciascuna violazione per guida in stato di ebbrezza, attribuita a un singolo conducente, rappresenti un incidente stradale alcol correlato. Del resto non sono molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica tasso alcolemico oltre il limite consentito.
Per quanto concerne le violazioni agli articoli del Codice della Strada, contestate dalla Polizia Stradale nel 2015, sono state 21.431 quelle per guida sotto l'influenza dell'alcol art.186 e 186bis. Il 13,2% in incidente stradale.

TABELLA I.22 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2015

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada *(a)*	
Art. 186 o 186 bis – Totale	21.431
Di cui	
Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni	*2.818*
Art. 186 o 186 bis - Con rifiuto di sottoporsi al test alcolemico	*669*
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	**13,1%**
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale *(a)*	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	**1.816**
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	**28.129**
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	**6,5%**

(a) Art. 186 Guida sotto l'influenza dell'alcol; Art. 186 bis Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose.
Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale - Ministero dell' Interno

Alcune considerazioni conclusive

I dati forniti dalle Procure della Repubblica hanno un potenziale informativo molto elevato, riguardano però solo i conducenti illesi o feriti per i quali ha avuto inizio un procedimento penale e non includono i casi con tasso alcolemico tra 0,5 e 0,8 (solo se in concomitanza di altri reati).
I dati sulle infrazioni al codice della strada forniti da Carabinieri e Polizia Stradale all'Istat rappresentano una base informativa esaustiva e accurata. Dall'analisi delle violazioni al C.d.S. si desumono risultati più completi rispetto ai dati sulle «circostanze di incidente» richieste dalla rilevazione dell'Istat.
Tra le possibili spiegazioni della discrepanza si annoverano diverse motivazioni. In particolare, l'informazione raccolta dall'Istat riguarda solo i primi due veicoli coinvolti (sono circa il 10%

gli incidenti stradali con più di due veicoli), la tempistica di fornitura dei dati all'Istat potrebbe non consentire di fornire nell'immediato, da parte degli organi di rilevazione, le informazioni complete sullo stato psicofisico dei conducenti, per i deceduti, inoltre, esistono vincoli giuridici per i quali non è immediatamente rilasciabile l'informazione derivante dai test tossicologici.
La percentuale delle vittime coinvolte in incidenti alcol correlati sul totale delle vittime, infine, è l'indicatore più diffuso per l'analisi, per la comparazione tra diversi approcci metodologici e tra gli indicatori proposti anche a livello internazionale occorre tenere conto di definizioni e metadati a corredo.

2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

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.
Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Infatti, su un totale di 30 molecole attualmente presenti sul mercato nazionale, ben il 60% di queste risulta a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (fascia A e H), un 20% è a carico dei cittadini (fascia C) e il residuale 20% è classificato in fascia di rimborsabilità "Cnn", vale a dire prodotti accessibili ai pazienti, ma non ancora sottoposti alle procedure per la definizione del prezzo e rimborso e pertanto questi prodotti risultano momentaneamente non a carico del SSN.

Il **disulfiram** presenta una lunga storia d'uso. L'interferenza del farmaco con il metabolismo dell'alcol, causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l'assunzione dell'alcol e pertanto viene utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol.
Il **naltrexone**, antagonista oppioide orale a lunga durata di azione, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale.
L'**acamprosato**, derivato sintetico della taurina e strutturalmente simile all'acido gamma amino butirrico (GABA), agisce riducendo la trasmissione glutaminergica e modulando l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica. Per questo motivo viene utilizzato nell'assistenza dei pazienti alcoldipendenti in associazione con un sostegno psicologico individuale e di gruppo.
Il **sodio oxibato**, noto come il sale sodico dell'acido gamma idrossi butirrico (GHB), è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol e nella fase iniziale o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica.
La **metadoxina,** molecola presente nel sistema nervoso centrale, agisce riducendo l'alcolemia e la durata di azione di esposizione dei tessuti all'azione lesiva dell'alcol, oltre ad esercitare un'azione centrale sul GABA, riducendo il desiderio compulsivo e aggressivo e migliorando quindi le relazioni sociali.
Il **nalmefene**, distribuita in Europa con il nome farmaceutico di "Selincro", é il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol e si presenta come un trattamento per ridurre il consumo di alcol in pazienti con dipendenza che abbiano intrapreso un percorso, congiuntamente alla terapia psicologico comportamentale, con l'obiettivo dell'astinenza completa. Tali pazienti presentano livelli di consumo ad elevato rischio (*Drinking Risk Level* – DRL) senza sintomi fisici da sospensione e che, pertanto, non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Il trattamento con questo medicinale deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio due settimane dopo la valutazione iniziale.

Codice AIC	Ditta Produttrice	Principio attivo	Descrizione	Classe
041824018	BB FARMA Srl	ACAMPROSATO	CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	Classe A
034208013*	BRUNO FARMACEUTICI SpA	ACAMPROSATO	CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	Classe A
004308019*	AUROBINDO PHARMA ITALIA Srl	DISULFIRAM	ANTABUSE DISPERG*24CPR 400MG	Classe C
010681029*	A.F.O.M. DIPENDENZE Srl	DISULFIRAM	ETILTOX*30CPR 200MG	Classe A
025316011*	LABORATORI BALDACCI SpA	METADOXINA	METADOXIL*30CPR 500MG	Classe C
025316023*	LABORATORI BALDACCI SpA	METADOXINA	METADOXIL*10F 5ML 300MG/5ML	Classe C
025316035*	LABORATORI BALDACCI SpA	METADOXINA	METADOXIL*OS SOL 10FL 15ML500M	Classe C
025855014	ZAMBON ITALIA	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*10CPS 50MG	Classe A
025855065*	ZAMBON ITALIA	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*OS 10FL 50MG/10ML	Classe A
025855077*	ZAMBON ITALIA	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*14CPS 50MG	Classe A
025969039*	MOLTENI & C. F.LLI ALITTI SpA	NALTREXONE CLORIDRATO	NALOREX*14CPR RIV 50MG	Classe A
040955027*	ACCORD HEALTHCARE ITALIA Srl	NALTREXONE CLORIDRATO	NALTREXONE ACC*14CPR RIV 50MG	Classe A
042683021*	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*14 CPR RIV 18 mg	Classe C
042683019*	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*7 CPR RIV 18 mg	Classe C
042683033	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*28 CPR RIV 18 mg	Classe CN
042683045	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*42 CPR RIV 18 mg	Classe CN
04683058	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*98 CPR RIV 18 mg	Classe CN

042683060	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*49 CPR RIV 18 mg	Classe CN
042683072	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*14 CPR RIV 18 mg	Classe CN
042683084	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*28 CPR RIV 18 mg	Classe CN

Le confezioni di medicinali recanti il codice AIC con asterisco (*) sono quelle che hanno contribuito alle analisi del presente documento, poiché sono quelle che risultano effettivamente movimentate sul territorio nazionale.

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 economico a carico del SSN sono analizzati soltanto quei farmaci che presentano come indicazione terapeutica unicamente quella del trattamento per la dipendenza da alcol.

Gli indicatori di consumo e spesa in regime di assistenza convenzionata (canale farmacie) e non convenzionata (canale Strutture sanitarie pubbliche) fanno riferimento ai seguenti flussi informativi:

- Il flusso in regime di assistenza farmaceutica convenzionata riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il SSN, istituito ai sensi della L. 448/1998. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale.
- Il flusso in regime di assistenza farmaceutica non convenzionata è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004. Tale flusso, alimentato dalle Aziende farmaceutiche, è finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale lungo tutta la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc. I dati analizzati nel presente documento si riferiscono all'acquisto di medicinali, sia in termini di quantità, che di valore economico, da parte delle Strutture sanitarie pubbliche.

Le analisi di consumo a livello nazionale sono espresse in dosi giornaliere, DDD (o giornate di terapia), al fine di consentire elaborazioni di confronto temporale e in particolare, le analisi sulle prescrizioni dei farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche sono comprensive sia dei consumi interni alla struttura ospedaliera, che all'eventuale distribuzione territoriale (distribuzione diretta e distribuzione per conto).

Dosi prescritte in assistenza farmaceutica convenzionata
(tramite il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico)

Nell'anno 2015, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate in totale più di 1.600 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (**tabella 23**). Come per gli anni precedenti, la specialità medicinale a base di disulfiram detiene il primato dei consumi con l'80% sul totale delle prescrizioni, seguito dall'acamprosato e dal naltrexone concorrenti rispettivamente con un consumo minimo del 13% e del 7%.

In generale rispetto all'anno precedente, si è verificata una riduzione dei consumi (-215 mila euro, 12%) dovuta essenzialmente al ridotto utilizzo del disulfiram (-13%) e dell'acamprosato (-12%). Diversamente, un modesto incremento percentuale (+26%) si è registrato per merito della metadoxina, medicinale a carico del cittadino, seguita dal naltrexone (+6%), medicinale per il quale è opportuno sottolineare che il consumo farmaceutico deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della dissuefazione dalla dipendenza da oppiacei; pertanto il suo impatto sul consumo farmaceutico nel trattamento della dipendenza alcolica dovrebbe essere ben inferiore alle 108 mila dosi (**tabella I.23**).

Tabella I.23

DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA CONVENZIONATA

(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

DDD convenzionata	2012	2013	2014	2015	var	var %	inc %
ACAMPROSATO	280.639	328.387	245.692	215.558	-30.134	-12	13
DISULFIRAM	1.109.250	1.247.184	1.475.208	.284.486	-190.722	-13	80
METADOXINA	427	327	325	410	85	26	0
NALMEFENE CLORIDRATO	-	56	358	14	-344	-96	0
NALTREXONE CLORIDRATO	98.960	101.800	102.652	108.406	5.754	6	7
Totale complessivo	**1.489.276**	**1.677.754**	**1.824.235**	**1.608.874**	**-215.361**	**-12**	**100**

Dosi prescritte in assistenza farmaceutica non convenzionata
(tramite gli acquisti delle strutture pubbliche)

Nel 2015 le Strutture sanitarie pubbliche hanno consumato circa 4.700 dosi di medicinali utilizzati nel trattamento della dipendenza alcolica (**tabella I.24**).
Come già registrato negli anni precedenti, la molecola con il più elevato consumo è il Sodio Oxibato, prodotto farmaceutico utilizzato prevalentemente in ambito ospedaliero, che assieme al disulfiram, costituisce l'85% del consumo totale dei farmaci di questa categoria terapeutica.

Come precedentemente osservato nell'ambito territoriale, anche l'ambito ospedaliero registra un consumo per questi medicinali in riduzione (-81 mila euro) rispetto all'anno precedente. Tale contrazione è essenzialmente dovuta ai consumi del sodio oxibato (-8%), assieme al disulfiram (-3%), all'acamprosato (-6%) e metadoxina (-76%). Gli unici incrementi sul consumo delle dosi sono osservabili per il nalmefene (+227%) e il naltrexone (+17%), che ad ogni modo incidono, in valore assoluto, con una quota minima sul consumo totale di questa categoria di farmaci (**tab.I.24**).

Tab. I.24

DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA

(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

DDD non convenzionata	2012	2013	2014	2015	var	var %	inc %
ACAMPROSATO	172.028	386.614	571.230	538.573	-32.657	-6	11
DISULFIRAM	2.043.318	1.507.002	1.895.832	1.832.004	-63.828	-3	38
METADOXINA	44.973	46.440	41.990	10.140	-31.850	-76	0
NALMEFENE CLORIDRATO	-	-	13.006	42.539	29.533	227	1
NALTREXONE CLORIDRATO	116.918	112.514	98.758	115.904	17.146	17	2
SODIO OXIBATO	2.042.188	6.796.905	2.425.302	2.225.601	-199.701	-8	47
Totale complessivo	**4.419.425**	**8.849.474**	**5.046.118**	**4.764.761**	**-281.357**	**-6**	**100**

Spesa farmaceutica in assistenza convenzionata
(tramite le farmacie territoriali aperte al pubblico)

La spesa farmaceutica in regime di assistenza convenzionata per questa categoria terapeutica ammonta a più di 940 mila euro (**tabella I.25**). Tale valore è essenzialmente dovuto in primis alla spesa per l'acamprosato (55%), seguito dal naltrexone (23%) e disulfiram (22%), mentre l'impatto della spesa per le restanti molecole (nalmefene e metadoxina) è sostanzialmente nullo.

Rispetto all'anno 2014, tale spesa è diminuita del -9%, attribuibile sostanzialmente alla contrazione degli acquisti relativi all'acamprosato (-72 mila 900 euro) che incidono per un -12% e al disulfiram, che registra una riduzione di spesa di circa 31 mila euro (-13%). Come già evidenziato nell'analisi dei consumi, un incremento percentuale rilevante (+34%) è dovuto alla metadoxina, medicinale a pagamento per il cittadino oltre all'incremento seppur in quota minima del naltrexone (+5%) (**tab. I.25**).

Tabella I.25

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PU**BBLICO)**

Spesa convenzionata	2012	2013	2014	2015	var	var %	inc %
ACAMPROSATO	677.449	792.683	593.238	520.328	-72.909	-12	55
DISULFIRAM	179.846	202.177	239.097	208.163	-30.934	-13	22
METADOXINA	370	292	315	421	106	34	0
NALMEFENE CLORIDRATO	-	381	762	95	-666	-88	0
NALTREXONE CLORIDRATO	201.262	202.366	201.628	212.444	10.816	5	23
Totale complessivo	1.058.926	1.197.899	1.035.039	941.452	-93.588	-9	100

Spesa farmaceutica in assistenza non convenzionata
(tramite le strutture pubbliche)

Nel 2015 l'impatto sulla spesa farmaceutica in regime di assistenza non convenzionata per questa categoria terapeutica è stato di circa 7 milioni e 100 mila euro, con un andamento crescente nel corso degli anni. Come già mostrato nell'analisi dei consumi, il valore più elevato di spesa, rispetto al totale della categoria stessa, è rappresentato dal sodio oxibato (81%), seguito dall'acamprosato (11%).

Rispetto all'anno precedente, la spesa farmaceutica in assistenza non convenzionata è stato l'unico indicatore che ha registrato un valore in crescita, pari a +38.674 euro. Tale incremento è attribuito, come per i consumi, agli acquisti del sodio oxibato che sono cresciuti di 70.600 euro, del nalmefene con 28 mila 150 euro (+48%) e del disulfiram con 8 mila 700 euro (+3%) (**Tab.I.26**).

Tabella I.26

SPESA FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA

(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Spesa non convenzionata	2012	2013	2014	2015	var	var %	inc %
ACAMPROSATO	277.998	579.690	849.505	817.363	-32.142	-4	11
DISULFIRAM	355.647	231.223	325.416	334.164	8.748		5
METADOXINA	40.254	39.017	38.378	9.268	-29.111	-76	0
NALMEFENE CLORIDRATO	-	-	58.158	86.315	28.156	48	1
NALTREXONE CLORIDRATO	104.131	90.345	84.307	76.709	-7.598	-9	1
SODIO OXIBATO	5.304.251	5.393.182	5.723.765	5.794.385	70.620	1	81
Totale complessivo	**6.082.281**	**6.333.456**	**7.079.530**	**7.118.204**	**38.674**	**1**	**100**

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

Il trend (2007-2015) del consumo complessivo farmaceutico (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a quasi 53 milioni e 300 mila dosi (**tabella I.27**). Il 75% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche, (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto), il restante 25% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.
L'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) è aumentato nel 2015 rispetto al 2007 del +38%, attribuibile per il +37% all'assistenza farmaceutica non convenzionata e per il 41% a quella convenzionata, viceversa rispetto all'anno precedente il consumo totale per questa categoria di farmaci è diminuito del -7% corrispondente a una riduzione del -12% in ambito territoriale e un -6% in ambito ospedaliero.

Tabella I.27

TREND DEL CONSUMO FARMACEUTICO TOTALE

(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di consumo (dosi)					
Periodo	**Conv.**	**non conv.**	**totale**	**% conv.**	**% non conv.**
2007	1.139.168	3.469.404	4.608.572	25	75
2008	1.203.408	3.199.049	4.402.457	27	73
2009	1.489.313	2.739.753	4.229.066	35	65
2010	1.348.897	3.574.714	4.923.611	27	73
2011	1.376.793	4.055.678	5.432.471	25	75
2012	1.489.276	4.419.425	5.908.701	25	75
2013	1.677.670	8.849.474	10.527.144	16	84
2014	1.824.235	5.046.118	6.870.353	27	73
2015	**1.608.874**	**4.764.761**	**6.373.635**	**25**	**75**
Totale complessivo	13.157.634	40.118.376	53.276.010	25	75
Var % 2015-2007	**41**	**37**	**38**		
Var % 2015-2014	**-12**	**-6**	**-7**		

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

Il trend (2007-2015) della spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a circa 60 milioni di euro (**tabella I.28**).
L'88% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle Strutture sanitarie pubbliche, (comprendente sia i consumi interni alla struttura che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 12% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.
L'andamento della spesa complessiva (convenzionata e non convenzionata) è aumentata nel 2015 rispetto al 2007 del +79%, corrispondente a un incremento della spesa (+97%) in regime di assistenza convenzionata e a un altrettanto aumento della farmaceutica non convenzionata (+77%). Come già riportato nelle analisi dei consumi, anche la variazione della spesa per il 2015, rispetto all'anno precedente, ha registrato una riduzione, seppur minima del -1% dovuta essenzialmente alla contrazione della spesa in regime di assistenza convenzionata, viceversa un incremento minimo del +1% si registra in ambito ospedaliero.

Tabella I.28

TREND DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE

(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di spesa (euro)					
Periodo	**conv.**	**non conv.**	**totale**	**% conv.**	**% non conv.**
2007	477.553	4.014.723	4.492.276	11	89
2008	480.467	3.990.040	4.470.507	11	89
2009	544.176	5.552.441	6.096.617	9	91
2010	490.998	5.714.803	6.205.801	8	92
2011	717.974	7.156.472	7.874.446	9	91
2012	1.043.052	6.005.453	7.048.505	15	85
2013	1.197.926	6.334.839	7.532.765	16	84
2014	1.035.039	7.079.530	8.114.569	13	87
2015	**941.452**	**7.118.204**	**8.059.655**	**12**	**88**
Totale complessivo	**6.944.484**	**53.041.950**	**59.986.434**	**12**	**88**
Var % 2015-2007	**97**	**77**	**79**		
Var % 2015-2014	**-9**	**1**	**-1**		

In conclusione, come si evince dalle analisi (**tab. I.27 e I.28**), l'andamento generale dei consumi e della spesa registra uno spostamento delle prescrizioni verso le Strutture sanitarie pubbliche, tale fenomeno è essenzialmente attribuibile al forte incremento dell'utilizzo del sodio oxibato in ambito ospedaliero, sebbene tale medicinale registri un lieve calo dei consumi (-8%) rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda il contesto territoriale, sia la spesa che i consumi per questa categoria di medicinali registrano entrambi una riduzione delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile sostanzialmente all'acamprosato per quanto concerne la spesa e al disulfiram per i consumi.

PARTE SECONDA

3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 – ANNO 2015

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

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

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

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

Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza
ANNO 2015

Al 31.12.2015 sono stati rilevati circa 499 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'85,0% sono di tipo territoriale (**Tabella II.1**).

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2015 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza circa 4.607 unità di personale la maggior parte delle quali (79,2%) sono addette solo parzialmente a tali attività (**Tab.II.2; Graf.II.1**).
Considerando la distribuzione del personale totale per ruolo professionale, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si osservano le proporzioni più alte, in ordine, per gli infermieri professionali (26,3%), per i medici (23,6%) e per gli psicologi (17,1%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (30,0%), mentre quella dei medici rimane stabile, intorno al 23%, anche negli addetti parziali (**Grafici II.2-II.3-II.4**).

3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2015[4] sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 72.377 soggetti (**Tab.II.3**). L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati (**Grafico II.5**).
Circa il 26,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.
Il rapporto M/F è pari a 3,4 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).
L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 76,4% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,2% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,4% (**Tabella II.4**).
Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2015 si osserva che l'11,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale

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

è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,0% per i nuovi utenti e il 48,0% per quelli già in carico.
Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 26,3% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 20,8% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 42,4% nei maschi e al 47,9% nelle femmine.
Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categoria di utenti (**Grafico II.6**).

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2015 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (49,6%), seguito dalla birra (25,9%), dai superalcolici (11,0%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,1%) (**Tab.II.5**; **Graf.II.7**).
La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre il sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso di birra e di superalcolici.

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2015 il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,3% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 4,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,0% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,0% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,3% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,7% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (**Tabella II.6-II.7**; **Grafico II.8**).

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

I servizi o gruppi di lavoro svolgono attività di collaborazione con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale e del privato in materia di alcoldipendenza (**Tabella II.8**).
Si osserva che nel 2015 il 50,3% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 39,1% con gli A.A. e il 12,4% 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 43,5% e il 20,4% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni

di svantaggio è pari al 33,3%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (20,0%) o private (1,0%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

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

Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali – metodo Hudolin) è stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club in Italia, dopo la fondazione del primo Club Alcologico Territoriale (d'ora in poi CAT) avvenuta a Trieste il 22 novembre 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria e fondatore dell'omonimo Metodo (che si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcol correlati e complessi). L'AICAT è un'associazione no-profit che coordina le attività delle reti territoriali dei CAT (Club Alcologici Territoriali), che è la nuova denominazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento adottata dopo il Congresso AICAT di Paestum del 2010.
I CAT sono comunità multifamiliari presenti su tutto il territorio nazionale, organizzati in 230 Associazioni territoriali (**ACAT** o **APCAT**), in 18 associazioni regionali (**ARCAT**) e in 2 associazioni provinciali (**APCAT**) quelle di Trento e a Bolzano**.**
I CAT lavorano secondo i principi ed i metodi dell'approccio sistemico e multifamiliare, promuovendo la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri di una famiglia e della rete relazionale prossima nelle sofferenze, nei disagi e nei disturbi correlati al consumo di bevande alcoliche, all'uso associato di altre droghe e/o alla presenza di altri comportamenti problematici (es.: disagi psichici, gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare, rapporto problematico con internet, ecc.), stimolando un processo di cambiamento di stile di vita orientato alla riconquista della propria salute e libertà.
Il CAT non si presenta come luogo di terapia ed opera sulla base dell'assunto che l'uso di alcol non è una patologia ma un tipo di comportamento.
Fanno parte del CAT anche un "*servitore – insegnante*" nonché coloro che scelgono di fungere da "*famiglia solidale*" delle persone con problemi alcol – correlati sole, senza una famiglia e senza una rete di sostegno. Il lavoro svolto all'interno del CAT si basa sulla condivisione dei propri vissuti, dei propri disagi, delle proprie difficoltà, delle proprie emozioni e delle proprie potenzialità. Nel CAT l'attenzione viene focalizzata, più che sul rapporto che una persona ha con l'alcol o altre sostanze, sulla persona stessa nella sua totalità e complessità, tenendo conto

anche del contesto familiare e sociale in cui essa è inserita. In particolare sono considerati i disagi ed i problemi che l'alcol crea all'intera famiglia. È l'intera famiglia, infatti, che viene coinvolta nel lavoro del CAT e tutta viene stimolata a modificare il proprio stile di vita, a crescere e a maturare insieme. Le famiglie considerate prima in difficoltà, con il cambiamento del proprio stile di vita, diventano risorse per se stesse e per tutta la comunità nella quale sono inserite. Diventano le protagoniste di azioni di promozione e protezione della salute e del benessere sociale, aumentando la qualità delle relazioni e dei valori umani e sociali nella propria comunità.

Attività e Servizi promossi e sostenuti da AICAT

- I Congressi: AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- Forum nazionali di EEC: AICAT organizza ogni anno 2 Forum EEC (Educazione Ecologica Continua) uno a marzo e l'altro a novembre con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.
- Nelle varie regioni sono sviluppati n. 30 Corsi di sensibilizzazione (di 50 ore) sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).
- I Servizi.
- Il Numero Verde: 800 974 250
- Il Sito Web: **www.aicat.net**
- La Banca Dati

Collaborazioni

- Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Nazionale sull'Alcol.
- SIA (Società Italiana di Alcologia).
- ConVol (Conferenza Nazionale Associazioni di Volontariato).
- Forum 3° Settore
- Rivista dei CAT "Camminando Insieme"
- WACAT (Associazione Mondiale dei CAT)
- EUROCARE (network europeo per lo Studio e la Ricerca e l'Advocacy sull'alcol).
- La "Scuola Europea di Psichiatria ed Alcologia Ecologica" per i programmi di formazione internazionale secondo il metodo di Hudolin.

La Banca Dati

A partire dall'anno 2004 con cadenza annuale, l'AICAT promuove, in collaborazione con le ARCAT, una rilevazione sulle attività svolte dai CAT nelle diverse regioni d'Italia. La Banca Dati è una fotografia sul lavoro dei CAT, delle associazioni e dei programmi di attività ad essi collegati, scattata con cadenza annuale grazie al contributo delle associazioni regionali e alla regia di un gruppo di lavoro nazionale coordinato da ARCAT Veneto.
I dati più attuali disponibili – raccolti nel 2016 – risalgono all'anno 2015, anno in cui è stata effettuata l'ultima rilevazione su scala nazionale. Oltre a quello nazionale, esistono anche report

regionali recenti tra cui quello della Toscana, che risale all'anno 2013 e quello annuale del Veneto (l'ultimo risalente al 2016).
Lo scopo dell'indagine è quello di conoscere alcuni aspetti dell'attività delle ARCAT, delle ACAT, dei CAT e dei servitori insegnanti del territorio nazionale.
Le Regioni che hanno partecipato a questo report dell'aggiornamento della Banca dati sono 12.
Nel 2016, quindi, sono state raccolte:

- 3 schede ARCAT
- 140 schede ACAT

L'organizzazione delle ARCAT
Le ARCAT sono le associazioni regionali dei CAT; hanno un compito organizzativo e propongono eventi formativi e cercano di fare rete con le istituzioni locali.
Attività formativa per eccellenza per la sensibilizzazione delle comunità e per la formazione dei Servitori Insegnanti è il Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodo Hudolin). Il Corso della durata di 50 ore si svolge all'interno di un'intera settimana. È rivolto ai membri di CAT e alla comunità in cui il CAT è inserito. Ha l'obiettivo di sensibilizzare il territorio rispetto ai problemi alcolcorrelati, diffondere la conoscenza dei CAT e formare nuovi Servitori Insegnanti (d'ora in poi SI) da inserire nei CAT.
Dai dati rilevati si osserva come i corsi di sensibilizzazione organizzati in Italia siano una trentina, in calo nell'ultimo anno; essendo frequentati da una media di 40 persone, si può stimare che nel 2015 in Italia sono state "sensibilizzate" circa un migliaio di persone.
Il 76% delle ARCAT partecipa a qualche forma di coordinamento con le Consulte per il Volontariato, il 56% con le Amministrazioni Regionali. Mettendo insieme le varie forme di sovvenzione economica, il 50% delle ARCAT (era il 32% nel 2010) ha ricevuto qualche forma di finanziamento.
Il lavoro di rete sembra migliorato in questi anni.
Ogni ARCAT è organizzata in APCAT o ACAT. Le APCAT fanno riferimento alle province, le ACAT a territori più piccoli.

Le ACAT e la diffusione dei Club in Italia
Le ACAT censite in Italia sono in totale 257, 143 di queste hanno inviato la scheda (55,4% fra tutte le ACAT, 80,5% fra le ACAT associate).
Dalle schede ACAT si rileva che il numero di CAT presenti nel territorio italiano è di 2.041 nel 2011.
Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, "contare" i CAT non è risultato semplice.
In generale negli ultimi 10 anni i CAT in Italia sono diminuiti del 9%, ed anche la loro densità è passata da un CAT ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2000 ad un CAT ogni 30.000 abitanti nel 2011. **Questa diminuzione è in parte dovuta al peggioramento del rapporto di collaborazione con le reti socio sanitarie dei territori e dal minore investimento delle Istituzioni amministrative.** È difficile invertire tale tendenza anche se, in tuttti questi anni, è stata ampiamente dimostrata l'efficacia della metodologia hudoliniana nell'affrontare i problemi alcolcorrelati (d'ora in poi denominati PAC). Dall'analisi degli elementi raccolti, con la banca

dati, si evince che il 70-80% delle famiglie con PAC, cambiando il proprio stile di vita, diventano risorse per le comunità, sviluppano azioni di cittadinanza attiva nel migliorare la salute e la convivenza nei propri territori.
I CAT associati come Club degli Alcolisti in Trattamento sono circa un quarto, un quinto del totale. Difficile, però, conoscere il numero esatto in quanto molte volte non hanno risposto alle richieste di informazioni.

Rispetto all'andamento dei CAT si possono fare le seguenti riflessioni:

- si registrano situazioni critiche: in Calabria in 10 anni sono stati persi i ¾ dei CAT (da 46 a 12). In Piemonte i CAT si sono dimezzati e anche la Val d'Aosta è in difficoltà;
- nelle rimanenti regioni si registrano situazioni sostanzialmente stabili o comunque con lievi decrementi.

È interessante andare a vedere anche quanti Club sono stati aperti e sono stati chiusi nelle varie Regioni nel corso del 2015. In Italia sono stati aperti una sessantina di nuovi CAT, mentre ne sono stati chiusi 90. Le Regioni in cui si aprono di più nuovi CAT sono il Veneto e la Puglia. Le Regioni in cui se ne chiudono di più sono sempre il Veneto, la Puglia, la Toscana, il Piemonte ed il Trentino.
Per quanto riguarda la diffusione capillare dei CAT si osserva che nel Nord – Est (Friuli Venezia Giulia, Veneto, provincia autonoma di Trento e di Bolzano ed Emilia Romagna) si concentrano più della metà dei CAT italiani (1.066), uno ogni 10.922 abitanti.
All'opposto si evidenzia in alcune regioni del Centro Sud una grossa difficoltà nella diffusione dei CAT, con un numero di abitanti per ogni CAT superiore ai 100.000: la Campania (un CAT ogni 216.000 abitanti), la Calabria (un CAT ogni 167.000 abitanti), la Sicilia (un CAT ogni 158.000 abitanti) ed il Lazio (un CAT ogni 136.000 abitanti).
La metodologia Hudoliana prevede, per la formazione di tutto il sistema, delle Scuole Alcologiche Territoriali (d'ora in poi denominate SAT). Quelle di Primo modulo sono organizzate in 8-10 incontri di 2 ore e sono rivolte alle nuove famiglie appena inserite nei CAT; quelle di Secondo modulo composte da 2 incontri di 2 ore ciascuno servono a tutte le famiglie dei CAT per approfondire la metodologia; infine quelle di Terzo modulo costituite da 2 incontri di 2 ore ciascuno sono finalizzate alla sensibilizzazione del territorio.
Per quanto riguarda le attività formative si è rilevato che la SAT di primo modulo viene organizzata da tre ACAT su quattro (77-78%), mentre quelle di secondo e terzo modulo da una ACAT su due; in leggero calo rispetto agli anni precedenti, in particolare la SAT di terzo modulo.
Relativamente alla collaborazione con gli altri Enti del territorio risulta che poco più di metà ACAT partecipano a tavoli di lavoro allargati, "piano di zona e dipartimento delle dipendenze" mentre quasi 2 ACAT su 3 partecipano a tavoli di lavoro con il Ser.D o le Alcologie. Viene confermato anche in questo caso il buon rapporto con le consulte del Volontariato (64-66%).

Le famiglie nel CAT
Mediamente nell'anno 2015 hanno frequentato ciascun CAT 8,6 famiglie, mentre le famiglie presenti nel mese di dicembre erano 6,6. Ipotizzando valido questo dato per tutti i CAT italiani, è possibile stimare che nel corso del 2015 i 2.041 CAT sono stati frequentati da 17.275 famiglie. Rispetto al 2015 il calo è di più di 2.000 famiglie.

Negli ultimi anni il numero delle famiglie sembra essersi stabilizzato.
Il dato che definisce l'effettiva dimensione dei CAT è il numero di famiglie presenti a dicembre pari a 6,6 famiglie per CAT. Nei CAT italiani a fine 2015 c'erano 13.500 famiglie, di cui 2.790 nuove (negli anni il numero di famiglie nuove varia da 2.700 alle 3.000).
Rispetto alla numerosità dei CAT si evidenzia un 15-17% di CAT "piccoli" (da 0 a 3 famiglie) ed un 6% circa di CAT da moltiplicare (con 12 o più famiglie).

Il servitore insegnante
Il 97% dei CAT ha un servitore insegnante. Tale figura è formata attraverso il Corso di sensibilizzazione; ha il compito di far rispettare la maetodologia all'interno del CAT e di favorire la comunicazione tra i vari membri. Ritenedo valido tale dato per tutti i CAT italiani si può stimare che 64 CAT nel 2011 sono senza servitore insegnante (d'ora in poi SI). Va considerato poi che il 4,6% dei SI dichiara di prestare servizio in due CAT e lo 0,5% in più di due CAT.
È pertanto possibile quantificare per l'anno oggetto di indagine un "fabbisogno" di 167 SI (per CAT privi e per "alleggerire" quei SI inpegnanti in più CAT per un totale sui CAT del 8,2%).
Si conferma, dunque, la difficoltà a coinvolgere nei programmi nuovi SI, conseguenza anche dell'organizzazione di un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione.
Tra i SI abbiamo il 45,5% di uomini ed il 54,5% di donne; poco più della metà di questi (53,8%) sono membri di CAT.
Tra i SI membri di CAT prevalgono gli uomini, tra i SI non membri di CAT prevalgono le donne.
L'età media dei SI è di 53,6 anni.
Più della metà dei SI (53,7%) ha un'età pari/superiore ai 55 anni (erano 51,6% l'anno precedente). A conferma del processo di "invecchiamento" dei SI, si consideri che nella rilevazione del 2000 l'età media degli stessi era di 45,2 anni. Il 38,8% circa è SI da più di 10 anni: 123 SI fra questi (l'11,2%) svolgono questo servizio da più di 20 anni.
Negli anni è aumentato il numero di SI che svolge servizio a titolo gratuito, mentre sono decisamente diminuiti i SI con rimborso spese (dal 35% al 20%).
Il 95,3% dei SI ha frequentato il Corso di Sensibilizzazione; l'87% partecipa alle giornate di aggiornamento.
Tutte le percentuali che si riferiscono all'aggiornamento/formazione stanno crescendo negli anni.
Molti SI si sono resi disponibili in attività di insegnamento.
Nell'ultimo anno un SI su quattro ha insegnanto in una SAT di primo modulo e uno su cinque in una SAT di secondo modulo. Si conferma la difficoltà nell'attivazione di SAT di terzo modulo.
Anche in questo caso si nota un leggero peggioramento della situazione rispetto agli anni precedenti.
In generale la buona collaborazione con il servizio pubblico è migliorata passando dal 63% al 69%.

Conclusioni

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

Oltre al calo delle famiglie presenti emergono altri aspetti critici.

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

I segnali positivi sono dovuti al fatto che è un movimento molto diffuso e ben radicato nell'Italia del Nord e nell'Italia Centrale; in queste zone basta fare pochi chilometri per trovare un CAT. Inoltre è un movimento dai costi bassissimi come dimostrato dal fatto che i SI fanno servizio per il 70% a livello completamente gratuito, senza nemmeno rimborsi chilometrici. Altro aspetto positivo è la presenza di un processo di formazione permanente, partecipato sia dalle famiglie che dai SI. Infine, in gran parte, anche se non ovunque, c'è un buon lavoro di rete e un buon rapporto con il servizio pubblico. Da questa analisi ne deriva la necessità di implementare il lavoro di rete sia per quanto riguarda l'impegno associativo sia per quanto riguarda l'investimento delle istituzioni pubbliche quali: Governo, Ministeri, Enti regionali e locali e Servizi ed Istituzioni socio sanitarie nella promozione del lavoro dei CAT. Tale metodologia, si è dimostrato, è un intervento efficace nella promozione e protezione della salute e nel cambiamento della cultura sociale.

Alcolisti Anonimi

Alcolisti Anonimi (**AA**) è un'associazione di auto-mutuo aiuto in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima e mettono in comune la loro esperienza e capacità di aiuto con il fine di risolvere il comune problema di alcolismo. L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere. L'associazione si sostiene in modo completamente autonomo con i contributi dei soci, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi soci operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del Programma di recupero, ma esso riguarda solo i singoli membri e non l'associazione, che al contrario opera apertamente nella società tramite i suoi organi di servizio. L'anonimato ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti; tuttavia la sua funzione principale è quella di garantire una completa uguaglianza fra tutti i membri del gruppo, al di là delle differenze sociali, culturali, economiche e di storia personale; attraverso l'anonimato è più facile accettare e considerare tutti i membri del gruppo allo stesso modo, senza giudicare o escludere nessuno. L'anonimato inoltre garantisce che i membri aiutino i loro simili per puro spirito di servizio, senza attendersi in cambio niente che non sia la soddisfazione personale che ne ricavano, con un atteggiamento di umiltà che è una chiave molto importante dell'intero programma di recupero.

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

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

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

Le attività svolte dall'Associazione sono state suddivise in Collaborazioni, finalizzate all'arrivo nei gruppi di coloro che cercano il recupero dall'alcolismo attraverso il programma; Informazioni, al fine di favorire la conoscenza delle finalità dell'Associazione; Formazioni,

destinate a particolari ambiti (es. Friuli V.G. con il personale delle questure) ed infine la partecipazione a seminari e convegni.
Per quanto l'Associazione non si occupi di raccogliere o elaborare dati, attraverso delle indagini interne si è tentato di offrire uno spaccato dell'Associazione a quanti ne hanno interesse. L'ultima rilevazione effettuata risale agli anni 2011/2012.

Indagine Alcolisti Anonimi 2011 – 2012 "Autoritratto davanti allo specchio"

L'indagine è stata realizzata dai dai Servizi Generali di Alcolisti Anonimi Italia ed è stata effettuata su una parte dei membri dell'associazione, coloro che vi hanno aderito liberamente e non può per questo motivo ritenersi esaustiva dell'immagine di A.A. tutta, né della totalità dei suoi membri. Fotografa comunque uno spaccato dell'associazione che nell'esperienza appare una realistica rappresentazione della media di coloro che frequentano i gruppi. Hanno aderito 765 membri di Alcolisti Anonimi nell'anno 2011.
Il campione che ha risposto al questionario proviene per oltre la metà dal nord (66%). Sono per buona parte membri di A.A. che hanno partecipato al raduno Nazionale di Rimini 2011 anche se non manca una quota di persone che hanno risposto dalle loro aree di riferimento. I partecipanti dichiarano che il loro gruppo di appartenenza ha rapporti di collaborazione con associazioni, servizi ed enti del territorio rappresentati per lo più da AlAnon (associazione dei Familiari di A.A.), Servizi Alcologici, ospedali e parrocchie.
Nel campione pochi sono i rispondenti sotto i 30 anni (2,2%). La massima concentrazione si ha tra i 40 ed i 60 anni (56,2%) non mancano gli ultrasessantenni (29,7%). In maggior parte sono maschi (68,9%). Quasi i 2/3 (59,5%) ha un nucleo familiare ovvero è separato/divorziato (12,6%). Lo stato di single è tale per 1/5 (18,1%) e raggiunge il 23%, cioè quasi 1⁄4, se si sommano i vedovi. Circa la metà (48,5%) ha un qualche tipo di occupazione lavorativa. A ciò, aggiungendo casalinghe (5,2%) e studenti (0,5%), oltre la metà (54,2%) ha una occupazione definita da assolvere. Da un punto di vista del sostegno economico ben l'82% ha una qualche forma di reddito definito.
Oltre 1/3 del campione dichiara di aver iniziato a bere regolarmente prima dei 16 anni (35%) e ben 510 su 756, ha comunque iniziato sotto i 20 anni. Solo il 6,7% ha avuto qualcuno che gli ha detto "di bere eccessivamente" a breve distanza dall'inizio del problema, la maggior parte invece ha avuto questo segnale a distanza di molti anni: entro i 30 (32,6%) o i 40 anni (28,8%). Una parte non esigua attorno ai 50 anni (16,2%) o oltre. La maggior parte ha raggiunto la consapevolezza di avere un problema con l'alcol sopra i 30 anni (69,6%). Solo circa 1⁄4 si è reso conto del problema in età più giovanile (20-30 anni).
Circa 1/3 dei rispondenti è venuto a conoscenza dell'esistenza di A.A. da un amico o un familiare (33,3%), un altro terzo da medici/operatori (29,9%), un 15% da un altro A.A. L'approccio attraverso i media vede la prevalenza dei giornali o altra forma cartacea (7,4%), della televisione/radio (3,1%), di internet (2,6%) per un totale complessivo del 13,1%. La quasi totalità di coloro che hanno avuto l'informazione da internet è entrata in A.A. negli ultimi 5 anni, senza differenze per fasce di età. Residuali appaino altre vie di informazione. Il contatto vero e proprio con A.A. vede uno sviluppo siffatto attraverso: un familiare o amico (32%), un altro A.A. (15,2%) ovvero un altro alcolista (3,4%), oppure un professionista (25,4%). Una parte non esigua ha avuto un contatto con A.A. autonomamente, senza aiuto di nessuno (15%).

L’esito del primo approccio è stato per la maggior parte di frequenza regolare (72,4%). Per una minoranza vi è stata una certa irregolarità (10,6%) o periodi di abbandono (16,5%). Il 76,9% dei rispondenti, ovvero i 3⁄4, da quando è in A.A. non ha avuto ricadute (62%) o ne ha avuta una (14,9%). Una minoranza (21,1%) è ricaduta due o più volte. La tipologia dell’alcolista anonimo più rappresentata è quella con una sobrietà che va dai 3 ai 10 anni (29,3%). Una sobrietà superiore ai 10 anni è complessivamente dichiarata dal 31,7%. Inoltre 1/5 degli intervistati ha una sobrietà inferiore all’anno (19,1%). Infine il 35,7% ha meno di 3 anni di sobrietà.
Una parte non piccola di persone che frequentano riferisce di aver avuto anche altri problemi, con sostanze o comportamenti compulsivi, oltre all’alcol. Nell’ordine problemi con le sostanze (20,9%), quindi col sesso (18,7%), con farmaci (15,7%), col cibo (14,8%), col gioco (7,8%). Infine con video/internet (2,7%). Per oltre la metà questi problemi sono migliorati con la frequenza di A.A. (54,4%), per altri no (10,3%), con un alto numero di non risposte, circa 1/3, che rende difficile la lettura finale. Si è analizzato anche quanto riferito sui ricoveri alcol correlati per due aree di grande interesse come quelle associate ad incidentalità stradale e domestica. Per la prima circa 1/3 dichiara di aver avuto da uno a più incidenti con ricovero (28%), prima di iniziare a frequentare, scesi nel complesso al 7,5% dopo aver frequentato A.A. Per l’incidentalità domestica invece i ricoveri sono passati nel totale dal 22% al 7,6%. Il numero di ricoveri complessivamente è diminuito per ogni categoria e nel complesso, per quanto riguarda quelli da incidenti stradali, del 19,2% soprattutto a carico delle categorie che denunciavano un solo incidente (- 8,9%) e 4 o più (- 6,4%). Anche per gli incidenti casalinghi vi è un decremento visibile (-14,2%) prevalentemente a carico della categoria più bassa (1 incidente, -5,5%). Tali decrementi ovviamente indicano uno speculare incremento di persone che dichiarano di non averne più avuto alcuno dopo aver iniziato a frequentare.
Area di maggior miglioramento dichiarata è la famiglia (47,4%), seguita dalla salute (13,4%) e dalla vita sociale (11%). Riguardo a quest’ultima i rispondenti sembrano per la maggior parte impegnati attivamente in vari ambiti e contesti (61,7%) diversamente che nel periodo di attività dell’alcolismo durante il quale buona parte risponde dichiarando di aver avuto problemi nella vita sociale (34,5%), migliorata poi per ben il 78%. Il 72,3% degli intervistati nell’ultimo mese ha frequentato il gruppo 1-2 volte a settimana

Al-Anon e **Alateen**

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

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

TABELLE E GRAFICI

Tab.II.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI ANNO 2015

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	68	-	-	1	69
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	49	-	-	11	60
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	6	-	-	-	6
VENETO	21	1	-	9	31
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	-	-	-	5
LIGURIA	7	-	-	-	7
EMILIA ROMAGNA	16	-	-	30	46
TOSCANA	39	-	1	-	40
UMBRIA	6	-	-	-	6
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	18	-	1	10	29
ABRUZZO	7	-	-	-	7
MOLISE	4	-	-	1	5
CAMPANIA	45	-	-	-	45
PUGLIA	38	-	-	2	40
BASILICATA	5	-	-	1	6
CALABRIA	8	-	-	5	13
SICILIA	51	-	-	-	51
SARDEGNA	11	-	-	1	12
ITALIA	**424**	**2**	**2**	**71**	**499**

Tab. II.2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA
ANNO 2015

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	6	124	130	10	108	118	4	75	79	6	104	110
VALLE D'AOSTA	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
LOMBARDIA	36	85	121	21	85	106	24	65	89	17	50	67
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	3	26	29	1	6	7	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	1	7	8	0	1	1	1	2	3	4	1	5
VENETO	2	47	49	4	31	35	3	28	31	9	37	46
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	11	20	7	6	13	5	7	12	2	3	5
LIGURIA	31	12	43	15	7	22	18	5	23	4	5	9
EMILIA ROMAGNA	5	60	65	4	39	43	3	30	33	3	38	41
TOSCANA	4	77	81	3	48	51	0	47	47	3	33	36
UMBRIA	1	6	7	0	6	6	0	5	5	0	6	6
MARCHE	6	28	34	2	17	19	3	16	19	0	2	2
LAZIO	21	82	103	17	66	83	11	34	45	3	8	11
ABRUZZO	13	5	18	4	9	13	8	5	13	3	1	4
MOLISE	8	3	11	6	0	6	10	1	11			
CAMPANIA	42	92	134	16	62	78	20	53	73	6	20	26
PUGLIA	2	61	63	5	53	58	2	45	47	1	28	29
BASILICATA	0	13	13	0	10	10	0	8	8	0	3	3
CALABRIA	14	19	33	5	10	15	7	13	20	2	1	3
SICILIA	4	99	103	5	50	55	5	60	65	1	8	9
SARDEGNA	15	26	41	9	17	26	6	10	16	4	6	10
ITALIA	**224**	**863**	**1.087**	**138**	**651**	**789**	**133**	**515**	**648**	**72**	**355**	**427**

Tab.II.2bis

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	4	141	145	16	34	50	1	37	38	47	623	670
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	4	4				10	4	14
LOMBARDIA	24	107	131	3	20	23	5	5	10	130	417	547
PROV.AUTON.BOLZANO	0	15	15	1	7	8	0	1	1	9	62	71
PROV.AUTON.TRENTO	2	1	3	1	0	1				9	12	21
VENETO	4	67	71	0	17	17	2	17	19	24	244	268
FRIULI VENEZIA GIULIA	19	14	33	1	4	5	6	1	7	49	46	95
LIGURIA	54	13	67	5	4	9	3	0	3	130	46	176
EMILIA ROMAGNA	2	64	66	0	2	2	0	6	6	17	239	256
TOSCANA	7	82	89	2	5	7	1	13	14	20	305	325
UMBRIA	1	4	5				1	0	1	3	27	30
MARCHE	6	25	31	0	5	5	0	8	8	17	101	118
LAZIO	30	74	104	1	5	6	19	18	37	102	287	389
ABRUZZO	17	3	20	2	1	3	5	0	5	52	24	76
MOLISE	11	0	11	1	0	1	7	0	7	43	4	47
CAMPANIA	56	88	144	4	12	16	5	22	27	149	349	498
PUGLIA	7	71	78	0	5	5	0	12	12	17	275	292
BASILICATA	0	15	15	0	2	2	0	2	2		53	53
CALABRIA	11	20	31	4	2	6	4	9	13	47	74	121
SICILIA	7	93	100	0	20	20	4	32	36	26	362	388
SARDEGNA	24	25	49	1	5	6	0	4	4	59	93	152
ITALIA	**288**	**922**	**1.210**	**42**	**154**	**196**	**63**	**187**	**250**	**960**	**3.647**	**4.607**

Tab.II.3 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

UTENTI TOTALI

REGIONE	2010				2011				2012				2013				2014				2015			
	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F
PIEMONTE	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,2	5.694	1.830	7.524	3,1	5.504	1.294	6.798	4,3	5.111	1.654	6.765	3,1	4.874	1.635	6.509	3,0
VALLE D'AOSTA	279	74	353	3,8	239	72	311	3,3	251	67	318	3,7	271	58	329	4,7	257	73	330	3,5	255	79	334	3,2
LOMBARDIA	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,2	9.289	2.144	11.433	4,3	9.399	2.261	11.660	4,2	11.136	2.656	13.792	4,2	10.255	2.721	12.976	3,8
PROV.AUTON.BOLZANO	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,1	1.372	468	1.840	2,9	1.354	456	1.810	3,0	2.531	602	3.133	4,2	2.239	569	2.808	3,9
PROV.AUTON.TRENTO	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,5	2.825	671	3.496	4,2	2.397	493	2.890	4,9	2.414	705	3.119	3,4	1.949	391	2.340	5,0
VENETO	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,8	7.768	2.008	9.776	3,9	6.907	1.808	8.715	3,8	7.575	2.084	9.659	3,6	7.392	1.978	9.370	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,6	3.053	866	3.919	3,5	3.362	991	4.353	3,4	3.545	924	4.469	3,8	3.328	922	4.250	3,6
LIGURIA	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,8	1.353	544	1.897	2,5	1.273	538	1.811	2,4	1.230	534	1.764	2,3	1.338	538	1.876	2,5
EMILIA ROMAGNA	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,4	3.987	1.534	5.521	2,6	3.988	1.578	5.566	2,5	4.120	1.623	5.743	2,5	4.146	1.660	5.806	2,5
TOSCANA	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,6	3.791	1.535	5.326	2,5	3.684	1.499	5.183	2,5	3.750	1.597	5.347	2,3	3.993	1.956	5.949	2,0
UMBRIA	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,3	2.100	463	2.563	4,5	2.410	604	3.014	4,0	1.791	446	2.237	4,0	863	303	1.166	2,8
MARCHE	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,4	1.027	402	1.429	2,6	1.161	519	1.680	2,2	1.185	479	1.664	2,5	1.187	453	1.640	2,6
LAZIO	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,5	1.476	496	1.972	3,0	2.033	620	2.653	3,3	1.743	559	2.302	3,1	2.624	886	3.510	3,0
ABRUZZO	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,8	874	224	1.098	3,9	1.081	264	1.345	4,1	839	227	1.066	3,7	537	115	652	4,7
MOLISE	360	72	432	5,0	246	48	294	5,1	369	80	449	4,6	369	86	455	4,3	400	64	464	6,3	394	77	471	5,1
CAMPANIA	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,2	2.204	540	2.744	4,1	2.429	525	2.954	4,6	2.400	477	2.877	5,0	2.663	497	3.160	5,4
PUGLIA	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,6	321	74	395	4,3	1.344	330	1.674	4,1	1.012	272	1.284	3,7	1.503	379	1.882	4,0
BASILICATA	93	30	123	3,1	375	78	453	4,8	424	95	519	4,5	261	54	315	4,8	358	77	435	4,6	399	81	480	4,9
CALABRIA	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,1	120	10	130	-	1.350	262	1.612	5,2	985	183	1.168	5,4	1.246	210	1.456	5,9
SICILIA	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,7	2.399	444	2.843	5,4	2.593	534	3.127	4,9	2.641	523	3.164	5,0	2.870	565	3.435	5,1
SARDEGNA	1.771	437	2.208	4,1	3.190	693	3.883	4,6	3.734	844	4.578	4,4	1.533	403	1.936	3,8	1.541	461	2.002	3,3	1.855	452	2.307	4,1
ITALIA	**35.125**	**9.902**	**45.027**	**3,5**	**45.771**	**12.351**	**58.122**	**3,7**	**54.431**	**15.339**	**69.770**	**3,5**	**54.703**	**15.177**	**69.880**	**3,6**	**56.564**	**16.220**	**72.784**	**3,5**	**55.910**	**16.467**	**72.377**	**3,4**

Tab.II.3a

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2010				2011				2012				2013				2014				2015			
	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F
PIEMONTE	3.849	1.232	5.081	3,1	3.676	1.236	4.912	3,0	3.973	1.335	5.308	3,0	4.286	997	5.283	4,3	3.974	1.310	5.284	3,0	3.739	1.305	5.044	2,9
VALLE D'AOSTA	218	57	275	3,8	210	61	271	3,4	203	59	262	3,4	218	50	268	4,4	223	50	273	4,5	210	57	267	3,7
LOMBARDIA	1.105	322	1.427	3,4	5.577	1.279	6.856	4,4	6.174	1.517	7.691	4,1	6.395	1.612	8.007	4,0	7.463	1.838	9.301	4,1	7.221	1.896	9.117	3,8
PROV.AUTON.BOLZANO	1.041	267	1.308	3,9	1.038	324	1.362	3,2	1.111	347	1.458	3,2	1.083	362	1.445	3,0	1.945	467	2.412	4,2	1.765	451	2.216	3,9
PROV.AUTON.TRENTO	1.369	456	1.825	3,0	1.978	330	2.308	6,0	2.106	405	2.511	5,2	1.211	294	1.505	4,1	1.888	599	2.487	3,2	1.554	320	1.874	4,9
VENETO	4.095	1.081	5.176	3,8	4.154	1.116	5.270	3,7	5.878	1.501	7.379	3,9	5.222	1.332	6.554	3,9	5.728	1.586	7.314	3,6	5.594	1.487	7.081	3,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.590	373	1.963	4,3	177	37	214	4,8	1.692	519	2.211	3,3	2.034	648	2.682	3,1	2.409	603	3.012	4,0	2.197	576	2.773	3,8
LIGURIA	1.426	566	1.992	2,5	949	349	1.298	2,7	1.155	437	1.592	2,6	1.036	433	1.469	2,4	952	426	1.378	2,2	1.040	441	1.481	2,4
EMILIA ROMAGNA	251	87	338	2,9	782	326	1.108	2,4	2.977	1.170	4.147	2,5	3.093	1.181	4.274	2,6	3.177	1.281	4.458	2,5	3.232	1.325	4.557	2,4
TOSCANA	2.576	995	3.571	2,6	2.796	1.065	3.861	2,6	2.874	1.192	4.066	2,4	2.823	1.179	4.002	2,4	2.848	1.247	4.095	2,3	2.913	1.535	4.448	1,9
UMBRIA	529	120	649	4,4	1.865	454	2.319	4,1	1.266	297	1.563	4,3	1.241	360	1.601	3,4	1.027	239	1.266	4,3	648	224	872	2,9
MARCHE	685	241	926	2,8	532	217	749	2,5	795	305	1.100	2,6	881	379	1.260	2,3	819	353	1.172	2,3	893	357	1.250	2,5
LAZIO	467	149	616	3,1	1.575	437	2.012	3,6	985	318	1.303	3,1	1.322	424	1.746	3,1	1.210	389	1.599	3,1	1.728	623	2.351	2,8
ABRUZZO	460	149	609	3,1	434	127	561	3,4	558	138	696	4,0	753	179	932	4,2	500	132	632	3,8	369	75	444	4,9
MOLISE	284	49	333	5,8	210	38	248	5,5	272	68	340	4,0	286	59	345	4,8	296	53	349	5,6	304	58	362	5,2
CAMPANIA	1.127	234	1.361	4,8	1.452	328	1.780	4,4	1.574	341	1.915	4,6	1.824	387	2.211	4,7	1.732	340	2.072	5,1	1.883	353	2.236	5,3
PUGLIA	897	210	1.107	4,3	703	155	858	4,5	243	58	301	4,2	1.001	239	1.240	4,2	740	196	936	3,8	1.162	282	1.444	4,1
BASILICATA	71	24	95	3,0	277	58	335	4,8	328	71	399	4,6	204	40	244	5,1	279	57	336	4,9	334	67	401	5,0
CALABRIA	-	-	-	-	973	151	1.124	6,4	62	2	64	-	1.013	170	1.183	6,0	650	97	747	6,7	734	128	862	5,7
SICILIA	911	176	1.087	5,2	1.053	199	1.252	5,3	1.527	284	1.811	5,4	1.814	371	2.185	4,9	1.857	359	2.216	5,2	2.114	416	2.530	5,1
SARDEGNA	1.274	303	1.577	4,2	2.326	512	2.838	4,5	2.452	578	3.030	4,2	1.017	284	1.301	3,6	942	303	1.245	3,1	1.219	321	1.540	3,8
ITALIA	**24.225**	**7.091**	**31.316**	**3,4**	**32.737**	**8.799**	**41.536**	**3,7**	**38.205**	**10.942**	**49.147**	**3,5**	**38.757**	**10.980**	**49.737**	**3,5**	**40.659**	**11.925**	**52.584**	**3,4**	**40.853**	**12.297**	**53.150**	**3,3**

Tab.II.3b

UTENTI NUOVI

REGIONE	2010				2011				2012				2013				2014				2015			
	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F	M	F	Totale	M/F
PIEMONTE	1.535	405	1.940	3,8	1.451	382	1.833	3,8	1.721	495	2.216	3,5	1.218	297	1.515	4,1	1.137	344	1.481	3,3	1.135	330	1.465	3,4
VALLE D'AOSTA	61	17	78	3,6	29	11	40	2,6	48	8	56	6,0	53	8	61	6,6	34	23	57	1,5	45	22	67	2,0
LOMBARDIA	555	115	670	4,8	2.388	608	2.996	3,9	3.115	627	3.742	5,0	3.004	649	3.653	4,6	3.673	818	4.491	4,5	3.034	825	3.859	3,7
PROV.AUTON.BOLZANO	287	102	389	2,8	253	97	350	2,6	261	121	382	2,2	271	94	365	2,9	586	135	721	4,3	474	118	592	4,0
PROV.AUTON.TRENTO	433	148	581	2,9	548	232	780	2,4	719	266	985	2,7	1.186	199	1.385	6,0	526	106	632	5,0	395	71	466	5,6
VENETO	1.987	429	2.416	4,6	1.580	402	1.982	3,9	1.890	507	2.397	3,7	1.685	476	2.161	3,5	1.847	498	2.345	3,7	1.798	491	2.289	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.209	254	1.463	4,8	378	63	441	6,0	1.361	347	1.708	3,9	1.328	343	1.671	3,9	1.136	321	1.457	3,5	1.131	346	1.477	3,3
LIGURIA	309	128	437	2,4	242	83	325	2,9	198	107	305	1,9	237	105	342	2,3	278	108	386	2,6	298	97	395	3,1
EMILIA ROMAGNA	102	39	141	2,6	198	90	288	2,2	1.010	364	1.374	2,8	895	397	1.292	2,3	943	342	1.285	2,8	914	335	1.249	2,7
TOSCANA	787	316	1.103	2,5	900	369	1.269	2,4	917	343	1.260	2,7	861	320	1.181	2,7	902	350	1.252	2,6	1.080	421	1.501	2,6
UMBRIA	772	118	890	6,5	891	180	1.071	5,0	834	166	1.000	5,0	1.169	244	1.413	4,8	764	207	971	3,7	215	79	294	2,7
MARCHE	216	84	300	2,6	183	81	264	2,3	232	97	329	2,4	280	140	420	2,0	366	126	492	2,9	294	96	390	3,1
LAZIO	226	55	281	4,1	695	214	909	3,2	491	178	669	2,8	711	196	907	3,6	533	170	703	3,1	896	263	1.159	3,4
ABRUZZO	395	144	539	2,7	288	128	416	2,3	316	86	402	3,7	328	85	413	3,9	339	95	434	3,6	168	40	208	4,2
MOLISE	76	23	99	3,3	36	10	46	3,6	97	12	109	8,1	83	27	110	3,1	104	11	115	9,5	90	19	109	4,7
CAMPANIA	516	110	626	4,7	546	147	693	3,7	630	199	829	3,2	605	138	743	4,4	668	137	805	4,9	780	144	924	5,4
PUGLIA	329	107	436	3,1	263	53	316	5,0	78	16	94	4,9	343	91	434	3,8	272	76	348	3,6	341	97	438	3,5
BASILICATA	22	6	28	3,7	98	20	118	4,9	96	24	120	4,0	57	14	71	4,1	79	20	99	4,0	65	14	79	4,6
CALABRIA	-	-	-	-	428	78	506	5,5	58	8	66	-	337	92	429	3,7	335	86	421	3,9	512	82	594	6,2
SICILIA	586	77	663	7,6	775	123	898	6,3	872	160	1.032	5,5	779	163	942	4,8	784	164	948	4,8	756	149	905	5,1
SARDEGNA	497	134	631	3,7	864	181	1.045	4,8	1.282	266	1.548	4,8	516	119	635	4,3	599	158	757	3,8	636	131	767	4,9
ITALIA	**10.900**	**2.811**	**13.711**	**3,9**	**13.034**	**3.552**	**16.586**	**3,7**	**16.226**	**4.397**	**20.623**	**3,7**	**15.946**	**4.197**	**20.143**	**3,8**	**15.905**	**4.295**	**20.200**	**3,7**	**15.057**	**4.170**	**19.227**	**3,6**

Tab.II.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2015

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	112	0,7	51	1,2	163	0,8	94	0,2	37	0,3	131	0,2	206	0,4	88	0,5	294	0,4
20-29	1.641	10,9	365	8,8	2.006	10,4	2.409	5,9	515	4,2	2.924	5,5	4.050	7,2	880	5,3	4.930	6,8
30-39	3.323	22,1	775	18,6	4.098	21,3	7.123	17,4	1.704	13,9	8.827	16,6	10.446	18,7	2.479	15,1	12.925	17,9
40-49	4.505	29,9	1.332	31,9	5.837	30,4	12.984	31,8	3.813	31,0	16.797	31,6	17.489	31,3	5.145	31,2	22.634	31,3
50-59	3.441	22,9	1.002	24,0	4.443	23,1	11.474	28,1	3.800	30,9	15.274	28,7	14.915	26,7	4.802	29,2	19.717	27,2
>=60	2.035	13,5	645	15,5	2.680	13,9	6.769	16,6	2.428	19,7	9.197	17,3	8.804	15,7	3.073	18,7	11.877	16,4
TOTALE	**15.057**	**100,0**	**4.170**	**100,0**	**19.227**	**100,0**	**40.853**	**100,0**	**12.297**	**100,0**	**53.150**	**100,0**	**55.910**	**100,0**	**16.467**	**100,0**	**72.377**	**100,0**

Tab.II.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2015

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	11,2	11,4	11,3	1,7	1,8	1,8	34,0	36,6	34,6	14,3	10,9	13,4	38,8	39,2	38,9
VALLE D'AOSTA	2,6	3,7	2,9	0,0	1,2	0,3	90,6	86,6	89,7	6,7	8,5	7,2	0,0	-	0,0
LOMBARDIA	9,4	9,2	9,4	4,8	3,8	4,6	47,4	57,7	49,5	32,5	23,7	30,7	5,9	5,7	5,8
PROV.AUTON.BOLZANO	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
VENETO	6,0	7,8	6,4	6,1	9,0	6,7	61,5	59,3	61,0	26,0	23,8	25,5	0,5	0,1	0,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,4	9,7	5,5	1,3	2,6	1,6	53,5	49,9	52,8	32,9	25,0	31,3	7,8	12,7	8,8
LIGURIA	8,3	11,4	9,2	6,4	5,3	6,1	53,1	58,2	54,6	30,8	25,1	29,1	1,3	-	0,9
EMILIA ROMAGNA	13,2	10,8	12,5	3,1	3,3	3,2	57,3	65,9	59,8	25,0	19,4	23,4	1,4	0,6	1,2
TOSCANA	10,1	8,4	9,6	6,3	4,1	5,6	54,9	55,9	55,2	22,9	19,7	21,9	5,8	11,8	7,7
UMBRIA	13,1	15,3	13,8	10,1	10,1	10,1	42,3	44,1	42,8	34,4	30,2	33,2	0,0	0,3	0,1
MARCHE	7,9	8,8	8,1	4,1	3,3	3,9	43,1	49,7	44,9	12,8	12,1	12,6	32,1	26,0	30,4
LAZIO	13,9	11,4	13,0	6,8	7,5	7,0	43,4	46,3	44,4	27,6	31,4	28,9	8,2	3,4	6,6
ABRUZZO	5,2	3,0	4,9	8,8	15,2	9,7	47,7	45,5	47,3	37,8	36,4	37,6	0,5	-	0,4
MOLISE	20,1	15,6	19,3	5,6	6,5	5,7	45,2	53,2	46,5	28,2	24,7	27,6	1,0	-	0,8
CAMPANIA	20,8	12,5	19,4	9,0	7,8	8,8	50,3	56,7	51,4	19,8	22,5	20,2	0,2	0,6	0,2
PUGLIA	18,3	16,9	18,0	7,1	5,8	6,9	41,2	50,6	43,0	31,2	25,3	30,0	2,2	1,4	2,1
BASILICATA	12,5	13,7	12,7	6,1	9,6	6,7	47,8	52,1	48,6	33,0	21,9	31,1	0,6	2,7	1,0
CALABRIA	17,3	12,7	16,6	6,8	8,8	7,1	49,3	59,5	50,9	25,9	19,0	24,9	0,6	-	0,5
SICILIA	20,5	17,0	19,9	7,2	8,9	7,5	37,9	42,8	38,7	31,1	27,9	30,6	3,2	3,4	3,2
SARDEGNA	9,2	9,7	9,3	4,3	7,1	4,9	37,2	40,0	37,7	38,1	31,8	36,9	11,2	11,5	11,3
ITALIA	11,2	10,4	11,0	5,1	5,3	5,1	48,6	53,0	49,6	26,9	22,5	25,9	8,1	8,8	8,3

Tab.II.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2015

REGIONE	*Medico farmacologico ambulatoriale*	*Psicoterapeutico*		*Counseling all'utente o alla famiglia*	*Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto*	*Trattamento socio-riabilitativo*	*Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.*	*Ricovero ospedaliero o day hospital per:*			*Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:*			*Altro*
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	20,4	8,7	0,0	17,2	1,7	27,3	2,5	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0	21,6
VALLE D'AOSTA	53,3	8,2	1,3	16,8	1,8	6,0	12,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	24,5	8,4	3,7	25,1	2,0	19,9	3,1	1,2	0,5	0,1	0,6	0,0	0,0	10,7
PROV.AUTON.BOLZANO	20,0	20,2	0,2	29,6	0,1	10,5	2,4	0,7	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	14,9
PROV.AUTON.TRENTO	5,7	0,5	0,0	69,2	12,4	5,8	1,2	2,2	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0
VENETO	28,6	5,2	4,0	23,0	10,5	13,7	2,5	3,3	1,4	0,5	0,4	0,1	0,0	6,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	7,8	2,8	6,5	34,1	7,8	9,8	2,3	5,9	0,4	0,9	0,4	0,1	0,0	21,3
LIGURIA	28,4	13,4	2,5	31,6	3,1	13,7	3,4	2,2	0,6	0,0	1,1	0,1	0,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	47,1	3,4	1,7	8,9	1,9	24,2	4,7	0,5	0,1	1,0	0,0	0,0	0,0	6,4
TOSCANA	34,9	2,5	1,0	31,7	10,4	11,6	2,7	1,1	0,6	0,2	0,6	0,3	0,3	2,1
UMBRIA	25,6	5,2	5,2	39,3	9,4	9,9	2,1	0,9	0,2	0,0	1,7	0,1	0,0	0,0
MARCHE	22,4	12,5	2,4	33,1	1,0	17,9	3,8	2,3	0,5	0,1	3,5	0,1	0,1	0,4
LAZIO	29,3	21,3	2,0	14,7	3,8	7,4	1,8	2,1	2,1	0,0	1,3	0,4	12,7	1,2
ABRUZZO	22,6	12,2	1,9	39,2	4,9	9,1	5,6	1,9	1,2	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
MOLISE	30,8	7,9	6,4	26,7	7,0	16,2	2,8	1,0	0,8	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0
CAMPANIA	34,8	11,6	3,3	29,3	2,3	11,6	2,5	1,2	2,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,2
PUGLIA	31,8	9,7	3,7	29,1	4,5	9,4	5,5	0,9	0,9	0,0	0,9	0,3	0,1	3,2
BASILICATA	29,6	13,2	8,5	21,1	3,3	15,0	6,6	1,2	1,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	29,5	9,6	2,1	29,0	7,7	16,5	3,8	0,7	0,9	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
SICILIA	27,6	13,2	4,0	29,8	2,2	17,0	2,3	1,1	1,3	0,0	0,9	0,5	0,0	0,0
SARDEGNA	32,4	11,1	6,0	32,7	4,4	6,8	2,3	1,6	1,5	0,0	0,2	0,1	0,1	0,6
ITALIA	27,3	9,1	2,9	25,3	4,5	16,0	2,9	1,6	0,8	0,2	0,7	0,1	0,9	7,6

Tab.II.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO

percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Medico farmacologico ambulatoriale		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3
Psicoterapeutico	individuale	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9.1
	di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9
Counseling all'utente o alla famiglia		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5
Trattamento socio-riabilitativo		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	sindrome di dipendenza da alcool	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6
	altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8
	altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	sindrome di dipendenza da alcool	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7
	altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
	altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9
Altro		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6

Tab.II.8a - PERCENTUALI DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2015*

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	62,3	33,3	14,5	34,8	20,3	49,3	2,9
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
LOMBARDIA	78,3	81,7	10,0	68,3	33,3	66,7	-
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	33,3	50,0	33,3	33,3	50,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	50,0	-	66,7	83,3	66,7	-
VENETO	80,6	67,7	22,6	51,6	22,6	74,2	16,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	40,0	20,0	60,0	60,0	20,0
LIGURIA	57,1	57,1	14,3	71,4	-	28,6	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	65,0	40,0	22,5	27,5	15,0	22,5	7,5
UMBRIA	83,3	66,7	-	66,7	50,0	33,3	-
MARCHE	42,9	78,6	14,3	57,1	14,3	28,6	14,3
LAZIO	41,4	41,4	13,8	75,9	17,2	31,0	10,3
ABRUZZO	-	14,3	-	14,3	14,3	14,3	14,3
MOLISE	80,0	40,0	-	100,0	-	-	20,0
CAMPANIA	35,6	31,1	11,1	42,2	22,2	15,6	6,7
PUGLIA	30,0	15,0	7,5	40,0	20,0	22,5	2,5
BASILICATA	83,3	66,7	16,7	50,0	-	16,7	-
CALABRIA	46,2	30,8	15,4	69,2	15,4	15,4	-
SICILIA	29,4	17,6	2,0	39,2	19,6	15,7	5,9
SARDEGNA	100,0	33,3	41,7	41,7	25,0	41,7	-
ITALIA	50,3	39,1	12,4	43,5	20,4	33,3	5,0

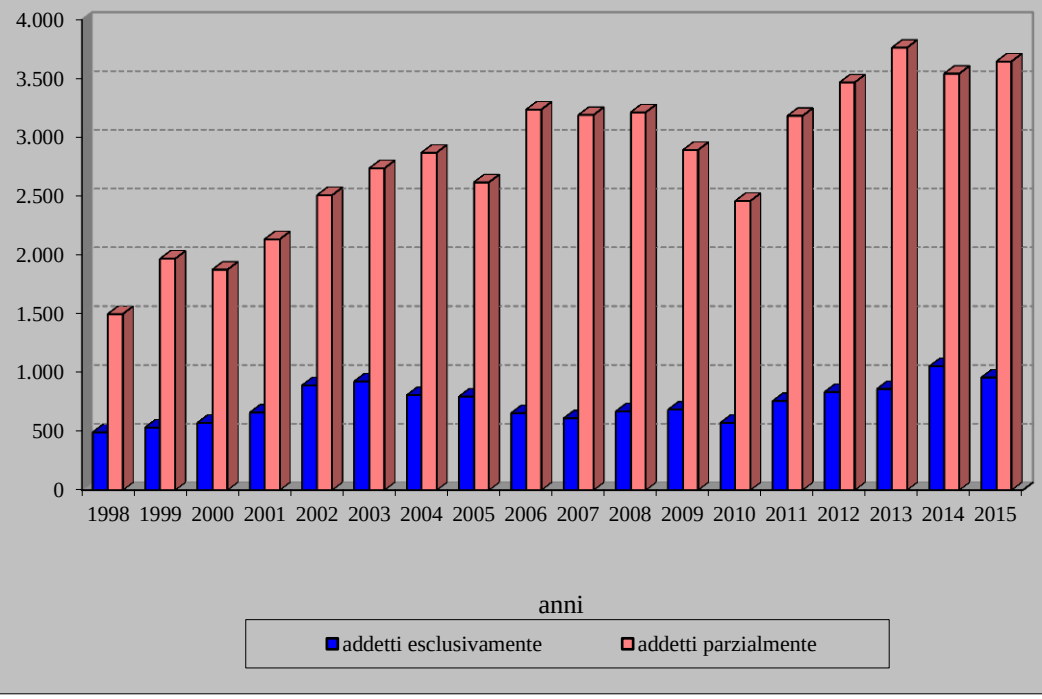
*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello ALC.07)

Tab.II.8b

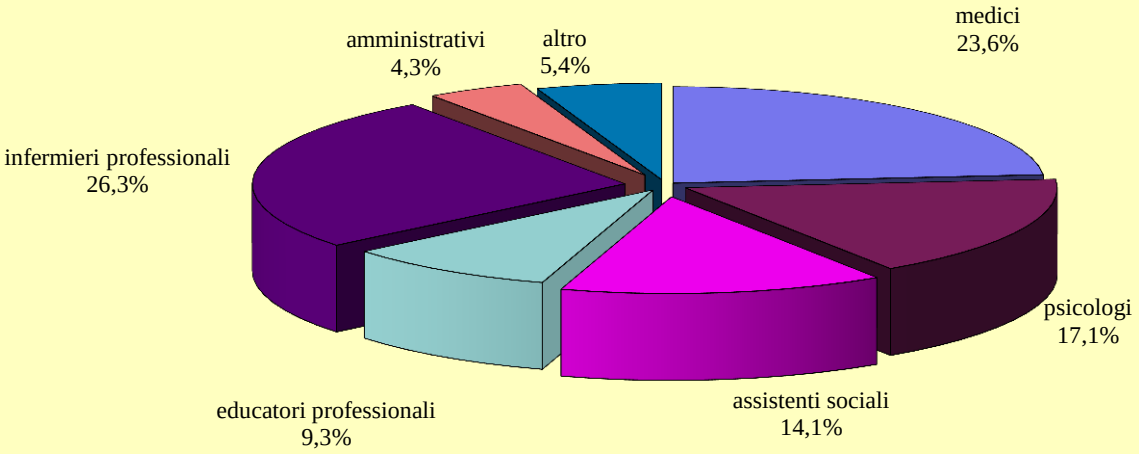
b) Enti privati

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	27,5	1,4	7,2
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	33,3	1,7	-
PROV.AUTON.BOLZANO	33,3	-	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	16,7	-	-
VENETO	9,7	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	20,0	-	-
LIGURIA	28,6	-	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-
TOSCANA	5,0	-	2,5
UMBRIA	50,0	-	-
MARCHE	42,9	7,1	-
LAZIO	41,4	3,4	-
ABRUZZO	-	-	-
MOLISE	20,0	-	-
CAMPANIA	26,7	-	-
PUGLIA	5,0	2,5	-
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	23,1	-	-
SICILIA	17,6	-	-
SARDEGNA	16,7	-	-
ITALIA	20,0	1,0	1,4

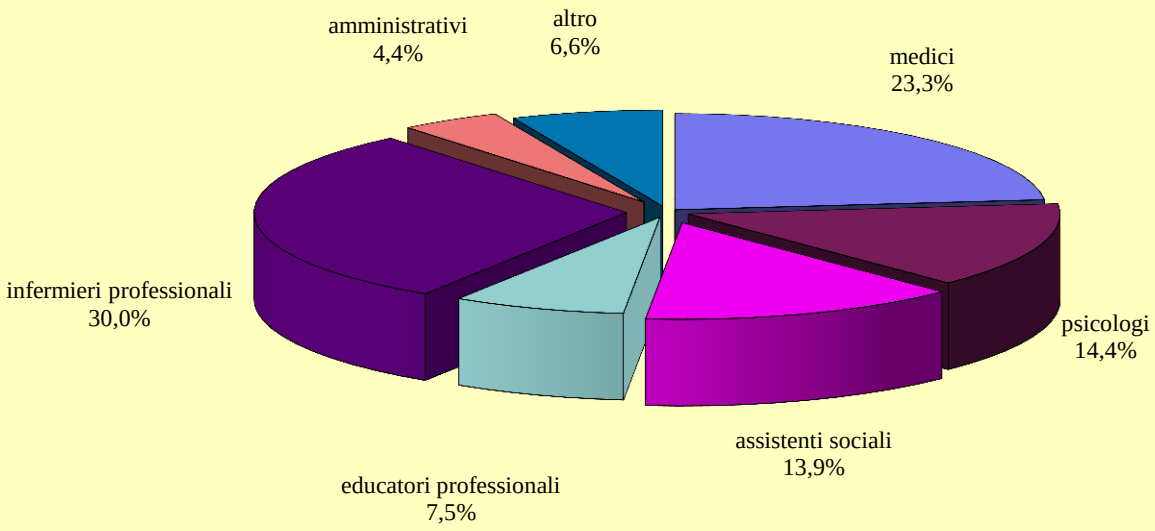
Graf. II.1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



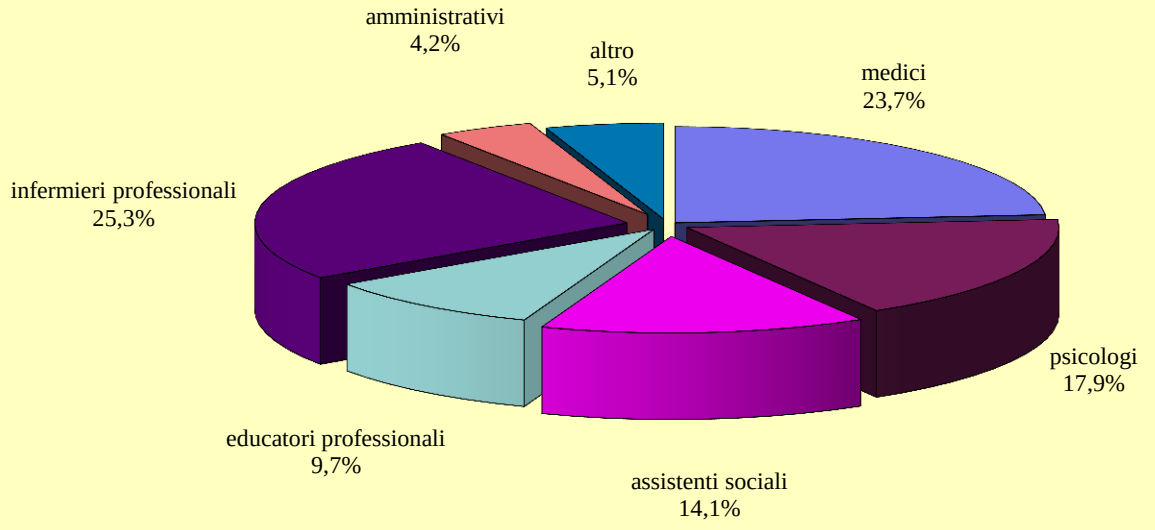
Graf.II.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA ANNO 2015

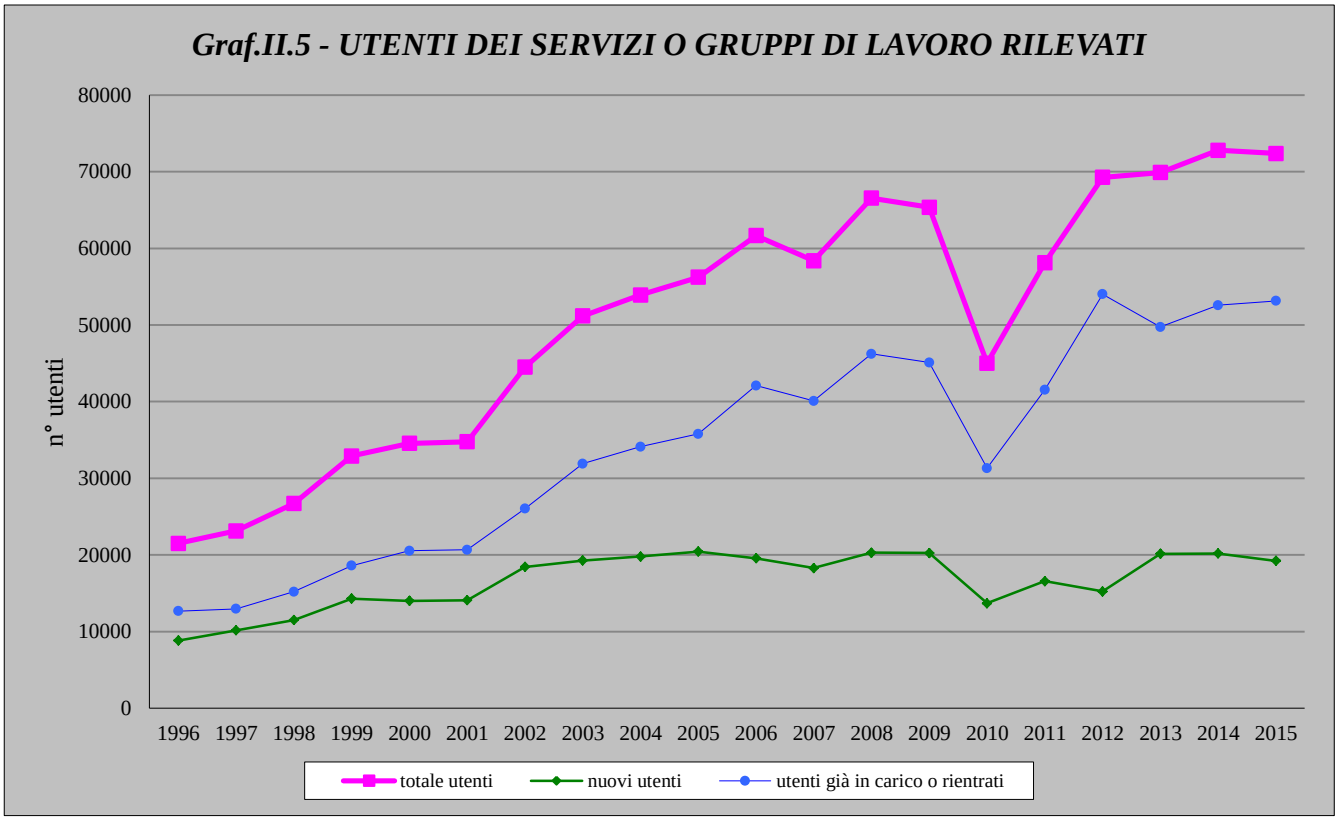


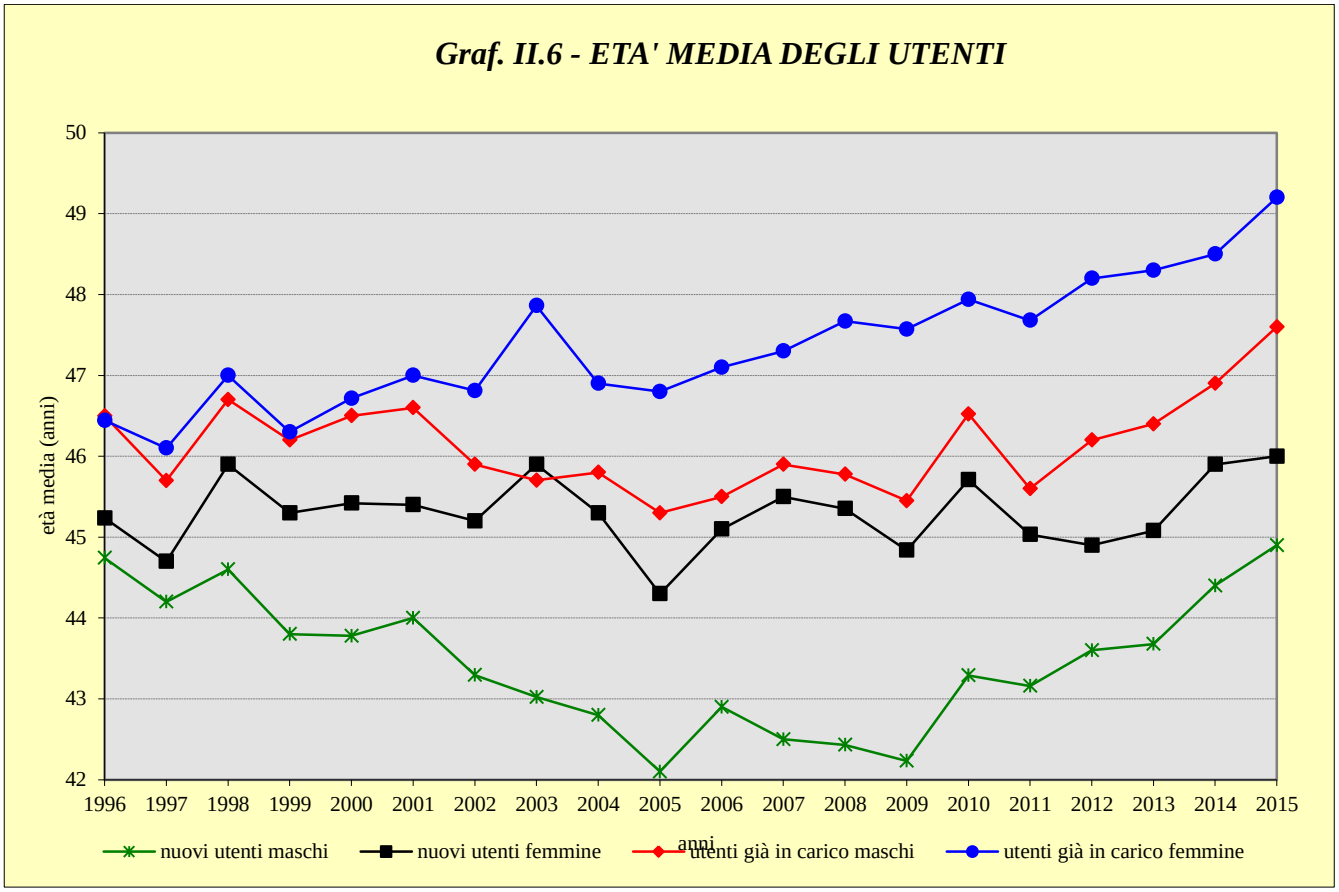
Graf.II.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2015



Graf.II.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2015

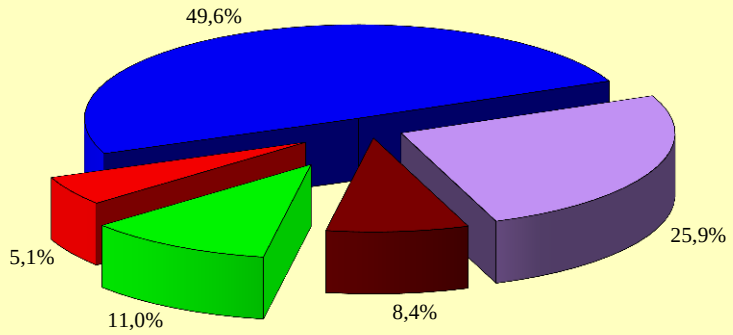



Graf.II.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
n° utenti
80000
70000
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
totale utenti
nuovi utenti
utenti già in carico o rientrati


Graf. II.6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI
età media (anni)
50
49
48
47
46
45
44
43
42
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
anni
nuovi utenti maschi
nuovi utenti femmine
utenti già in carico maschi
utenti già in carico femmine

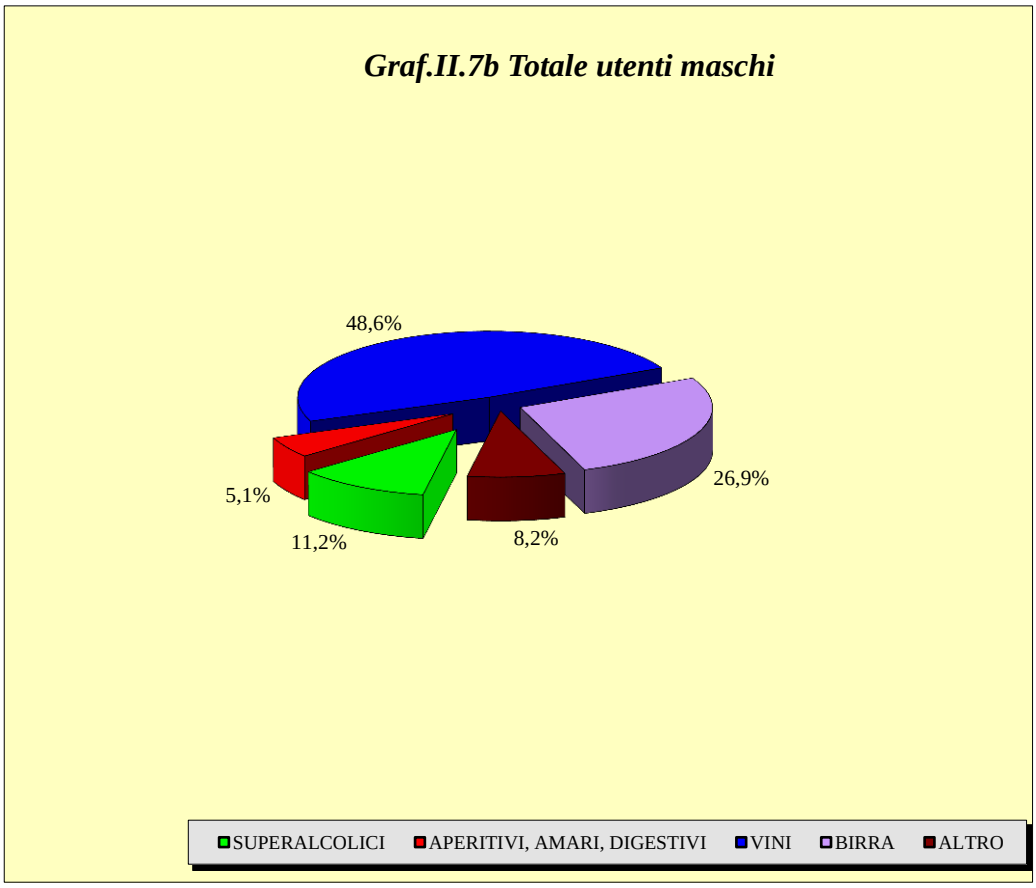
Graf.II.7a - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE - ANNO 2015

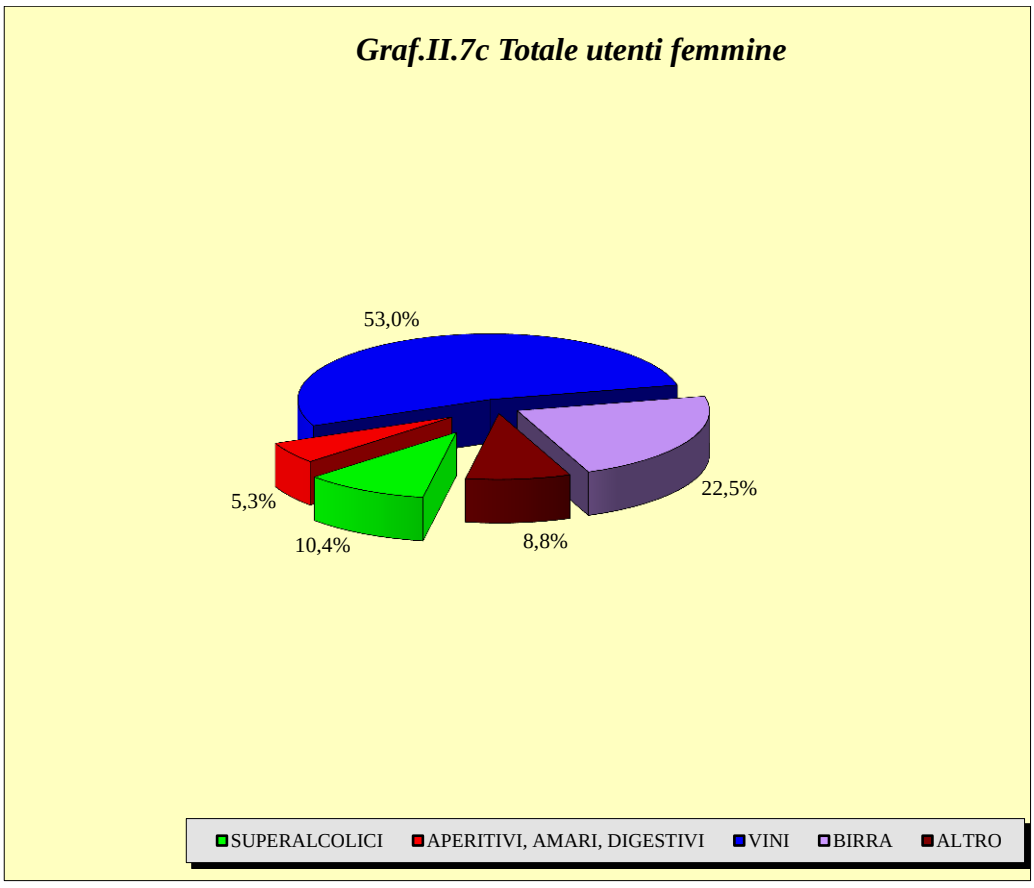
a) Totale utenti



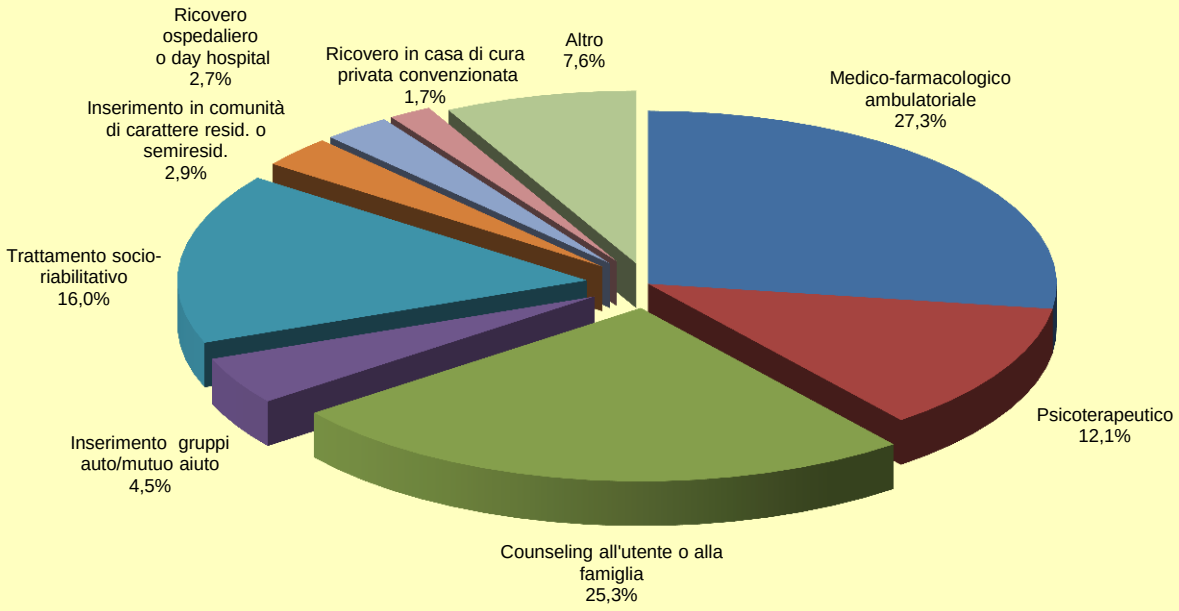
SUPERALCOLICI APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI VINI BIRRA ALTRO

Segue Graf.II.7





Graf.II.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*) ANNO 2015



PARTE TERZA

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

4.1. Gli interventi di indirizzo

Il PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE

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

Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno 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.

Il PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE"

Il programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute.
Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.
"Guadagnare Salute" punta su un approccio intersettoriale e sull'avvio di una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e diversi settori della società (amministrazioni centrali e locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc) secondo i principi della "*Health in all policies*", poiché buona parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari va oltre gli ambiti di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.
Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007.
Si riporta di seguito il paragrafo del Programma Guadagnare Salute relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo *"Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol"*.

"Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol"
Strategie e ipotesi di intervento

1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali
• Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
• Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente "alcol free" (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche
• Incoraggiare e incentivare i produttori di bevande alcoliche a incrementare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica, nel rispetto della qualità, e assicurando su questi prodotti una corretta informazione.

3 Informare correttamente i consumatori
• Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul "saper bere", diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.
• Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.
• Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati
• Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
• Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).

• Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.
• Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.
• Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.
• Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).
• Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.
• Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

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

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

7 Proteggere i minori dal danno alcol correlato
• Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:
***a.** campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;*
***b.** interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;*
***c.** sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.*
• Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori.

8 Formare gli operatori
• Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcol correlati.
• Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

L'implementazione del Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" nel settore Alcol ed il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Le attività dell'anno 2016

La salute, in particolare, quella delle generazioni future, è un bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle Istituzioni ed alla Società, ponendo particolare attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute che maggiormente influenzano i comportamenti delle persone.
Le malattie cronico-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili e fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora.
L'abuso di alcol, il tabagismo e l'uso di sostanze stupefacenti, tra i principali fattori di rischio comportamentali che spesso si instaurano già durante in età giovanile o durante l'adolescenza, dipendono, infatti, solo in parte da scelte individuali: l'ambiente fisico e sociale esercita spesso una forte pressione e facilita l'adozione di stili di vita non salutari.
La personalità si forma dall'interazione tra ambiente, comportamenti e processi psicologici individuali. Assume, pertanto, particolare importanza il ruolo dei fattori sociali in grado di determinare la "normalità" di un comportamento, come ad esempio l'azione della scuola, le campagne di informazione, i "*media*". L'influenza dei pari ha un maggior impatto sul comportamento individuale di quanto non abbiano i fattori biologici, della personalità, familiari, religiosi e culturali.
I determinanti sociali (livello di istruzione, reddito, lavoro, situazione familiare ecc.) possono, inoltre, contribuire a favorire condizioni di disagio predisponenti all'uso e alla dipendenza da sostanze.
Tra i determinanti individuali che influenzano i comportamenti d'uso di sostanze e, forse, anche la progressione dall'uso alla dipendenza, vi sono la capacità di gestione dello stress e delle emozioni, di relazionarsi con i pari e la resistenza alla loro pressione, alla resilienza. Pertanto, è essenziale definire strategie integrate focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita, attraverso i metodi "life skills education" e "peer education". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Nella scuola secondaria di secondo grado, in particolare, la promozione della salute attraverso tale strumento è riconosciuta come efficace metodo di prevenzione. Gli studenti "educatori pari" adeguatamente formati, in quanto portatori di esperienze, conoscenze e linguaggi comuni alla fascia giovanile, sono in grado di influenzare gli stili di vita dei coetanei.
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 esistenti, suggeriscono alcuni interventi di *setting* come le scuole che promuovono la salute, con l'adozione di policy in cui il fumo e l'alcol sono esplicitamente proibiti in ogni orario e in ogni ambiente scolastico (inclusi gli spazi pubblici antistanti la scuola, le gite scolastiche ecc.), o i luoghi di lavoro con interventi di promozione della salute nonché regolazione dell'uso dell'alcol in ambiente di lavoro.

Tali strategie sono state ben delineate dal **Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018,** sia nell'ambito del macro-obiettivo "Prevenire le dipendenze" finalizzato a valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza sia del macro-obiettivo 1 che mira a ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili anche attraverso la promozione di sani stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio. A tal proposito identifica come obiettivi centrali quello di ridurre il consumo a rischio di alcol con l'intento di ridurre del 15% la prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol per il 2018.

Il PNP ha fatto proprio l'approccio strategico del Programma nazionale "Guadagnare Salute" che, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche", mira a contrastare l'epidemia di malattie cronico denerative intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, sviluppando interventi "intersettoriali" e "trasversali" volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol), sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita.
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***". Nell'ambito dei Piani Regionali/ Provinciali della Prevenzione tutte le Regioni hanno attivato programmi volti a promuovere e sostenere la promozione di sani stili di vita, privilegiando in particolare il *setting* scuola e quello dei luoghi di lavoro.
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*). Attraverso l'attuazione del Programma "Guadagnare Salute" negli ultimi anni si è assistito nel nostro Paese ad un cambiamento radicale della visione e degli approcci in tema di promozione della salute che richiede la partecipazione di molteplici attori e di istituzioni, per agire, sin dalla prima infanzia, in un'ottica di prevenzione di fattori di rischio (tabagismo, abuso di alcol e consumo di sostanze, ecc).
Tale cambiamento ha riguardato in primo luogo il mondo sanitario e quello della scuola, consentendo finalmente il consolidamento del concetto di "promozione della salute" come "quel processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni, e la cui responsabilità non è esclusiva del settore sanitario. Nel contesto scolastico, pertanto, si è passati dal tradizionale concetto di "educazione alla salute" ad un approccio in grado di favorire ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, in raccordo con le attività di altri servizi rivolti alla popolazione, a partire da quelli sanitari, per sostenere processi di *empowerment* delle comunità e delle organizzazioni in cui le persone vivono quotidianamente.
In questo ambito è di grande importanza l'attuazione del ***Protocollo d'Intesa tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute, per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione***" sottoscritto ad aprile 2015. Tra le aree prioritarie di intervento individuate, per quanto attiene al diritto alla salute, vi sono quelle sono relative alla promozione di corretti stili di vita (con particolare riguardo ad attività fisica, alimentazione e promozione della salute orale), alla prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali, alla promozione della cultura delle vaccinazioni, alla promozione di una corretta relazione di genere, attraverso interventi sulle tematiche dell'affettività.
Inoltre, "***Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2014-2018***" (GU n.36 del 13-2-2016), prevede, inoltre, l'istituzione di un ***Tavolo tecnico congiunto Ministero-Regioni per il coordinamento interregionale delle attività di Health in all policies*** *il cui l'obiettivo è la valorizzazione e promozione di politiche e azioni di promozione della salute e intersettorialità, con particolare attenzione alla scuola.* Pertanto, per promuovere una stabile cooperazione scuola-salute, necessaria per la realizzazione delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal PNP, *è stato attivato* un ***Gruppo di lavoro congiunto tra referenti della scuola e della salute***. Tale gruppo di lavoro ha anche l'obiettivo di Predisporre un documento condiviso di policy che favorisca l'inserimento della "Promozione della salute" come una proposta educativa continuativa e integrata, nel curriculum formativo degli studenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Tra gli obiettivi Programma "Guadagnare salute" è previsto il contrasto all'abuso di bevande alcoliche e la protezione dei minori dai rischi dell'alcol, che richiede cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni. Le campagne di comunicazione e sensibilizzazione possono contribuire a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche e contenere i comportamenti a rischio, anche per evitare gli incidenti stradali alcol-correlati. Obiettivo della comunicazione, per la promozione di stili di vita salutari, è motivare al cambiamento, diffondere empowerment, per far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari. In linea con gli obiettivi del Programma "Guadagnare Salute", DIAGEO, Pernod Ricard Italia, Caviro e Ruffino, col supporto di Unione Italiana Vini e Wine in Moderation ed in collaborazione con Auchan, Simply e Gallerie Commerciali Italia hanno realizzato la quarta edizione di "CONOSCERE L'ALCOL" una campagna sociale di sensibilizzazione sul consumo moderato e responsabile delle bevande alcoliche**.**

L'obiettivo principale della campagna, premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, è stato quello di migliorare l'informazione e di far acquisire ai cittadini la consapevolezza dell'importanza di un consumo moderato e responsabile di bevande alcoliche.

Sono stati coinvolti 150 punti vendita tra ipermercati Auchan, supermercati Simply e Gallerie Commerciali Italia diffusi su tutto il territorio nazionale, dove sono stati messi a disposizione dei clienti allestimenti e materiali informativi inerenti la gradazione delle bevande alcoliche più comuni e le situazioni in cui è necessaria un'astensione totale dall'alcol (minore età, guida, gravidanza, allattamento, etc.). Inoltre, all'interno delle di 12 Gallerie Commerciali AUCHAN e SIMPLY sono state realizzate giornate di sensibilizzazione in cui personale appositamente formato ha sensibilizzato i consumatori sulla necessità di un consumo moderato e responsabile e sui comportamenti da evitare (ad esempio binge drinking, guida di veicoli dopo l'assunzione di bevande alcoliche, assunzione di alcol e farmaci). I consumatori, anche rispondendo a un quiz multimediale attraverso video *touch-screen* e tablet, sono stati sensibilizzati ad adottare stili di consumo moderato e responsabile e, insieme, ad evitare comportamenti pericolosi (come il binge drinking, la guida di veicoli dopo il consumo di bevande alcoliche, etc.).

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.
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.
Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 è affidato al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.
Le Regioni hanno recepito il PNP con apposita delibera, adottando i Piani Regionali di Prevenzione.
Tutte le Regioni nell'ambito dei Piani Regionali/ Provinciali della Prevenzione hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol privilegiando in particolare interventi specifici nel setting scuola e nei luoghi di lavoro
Gli Obiettivi e gli Indicatori per misurare il progresso della prevenzione sono definiti congiuntamente fra Governo e Regioni. A tale scopo il documento approvato, oltre a definire la *vision* di prevenzione della salute e i principali macro-obiettivi, chiama attivamente le Regioni a seguire priorità e scadenze precise.
In questo PNP si è scelto di individuare pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi. I macro obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di queste priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili; considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

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

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

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

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

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

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 alcologica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto "*SisMA. Sistema di Monitoraggio alcol correlato*" 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 2016 anche in linea con le indicazioni espresse dall' "*Action Plan on Youth Drinking on Heavy Episodic Drinking"* dell'Unione Europea per gli anni 2014-2016, la Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali ha realizzato le seguenti iniziative di informazione e sensibilizzazione in materia di contrasto all'abuso di alcol e di problemi alcol correlati:

"In ogni serata c'è chi beve e chi si diverte. E tu?"
In collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità -Osservatorio nazionale alcol è stata avviata una campagna di comunicazione finalizzata a contrastare l'abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del *binge drinking*). Per tale campagna sono stati realizzati uno spot televisivo di 30" andato in onda sui canali televisivi Italia1, Canale5, Telelombardia e Telenorba nonché uno spot radiofonico andato in onda sulle emittenti a diffusione nazionale Rtl 102.5, Radio DJ, Radio 105, Radio Dimensione Suono, Radio Italia e Radio Subasio.
Lo spot è stato trasmesso nei mesi di marzo e aprile 2016 ed è stato pubblicato sul sito (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_7_0_1.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1674). Un banner della campagna che rimandava al sito del ministero e permetteva la visualizzazione dello spot è stato presente per tutto il periodo anche sul portale Diregiovani.it .

"Alcol Snaturato - Una serata speciale"
Avviata nel corso del 2015 e continuata nel 2016, la campagna si è avvalsa della collaborazione di un testimonial d'eccezione: il famoso ed affermato gruppo musicale "Elio e le Storie Tese". L'obiettivo è stato quello di rendere "poco appeal", nei confronti dei ragazzi, il modello comportamentale di chi abusa di sostanze alcoliche e di correggere il difetto di percezione alimentato dai media che nei giovanissimi descrive l'alcol come facilitatore di successo. "*Alcol Snaturato*" è il titolo della canzone che il Ministero ha prodotto e veicolato sul web facendo ricorso ai canali di comunicazione social abitualmente più utilizzati dai giovani.
L'iniziativa ha riscosso un sorprendente successo di contatti e di gradimento più di 100 mila visualizzazioni spontanee su **youtube** del videoclip.
Anche il sito Wikipedia ha segnalato la campagna.
Lo spot-canzone ha vinto, inoltre, a fine 2015 il "Premio Musica e Comunicazione Sociale" nell'ambito della 28a Edizione di International GrandPrix Advertising Strategies con la seguente motivazione: *"Con il loro inconfondibile stile hanno collaborato alla nuova campagna del Ministero della Salute contro l'abuso di alcol tra i giovanissimi, scrivendo una canzone divertente e ricca d'informazioni. (...) Attraverso l'utilizzo di un videoclip è stato realizzato un contenuto innovativo e all'avanguardia che ha permesso a questo storico gruppo italiano di essere testimonial credibile e non convenzionale di una comunicazione forte ed efficace".*

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

Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità che ha curato anche la produzione di cinquanta video basati sulle domande ricevute dagli studenti nelle scuole *http://www.diregiovani.it/campagna/cosa-dicono-gli-esperti/* .
Nel corso dell'anno scolastico 2015-2016, inoltre, si sono tenuti i consueti incontri con gli alunni delle scuole medie e medie superiori, sono state coinvolte 8 scuole per un totale di circa 2000 studenti. Durante gli incontri si è voluto coinvolgere in modo costruttivo anche il corpo insegnante.
Per una maggiore diffusione di conoscenze e una maggiore consapevolezza del problema, durante gli incontri nelle scuole è stato promosso il Concorso per studenti "Indipendenza Alcolica" che è terminato a marzo 2016 con la premiazione di due classi del liceo Tacito di Roma. Tutti gli elaborati pervenuti sono stati pubblicati sulla pagina web *www.diregiovani.it/campagna/non-perderti/*. Come per gli anni scorsi tutta l'attività della campagna di comunicazione e divulgazione è stata accompagnata da oltre 100 lanci di agenzia pubblicati sui siti www.dire.it , www.diregionavi.it e su i notiziari DireGiovani, Welfare e Sanità, e le newsletter collegate.

Alcol Prevention Day (APD 2016)
La Direzione ha sostenuto e finanziato la quindicesima edizione dell'Alcol Prevention Day che si è tenuta il 14 aprile 2016 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità e promosso in stretta collaborazione con la SIA, Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali, l'AICAT ed EUROCARE. Durante il convegno, che rappresenta da anni il momento centrale nel calendario degli eventi di sensibilizzazione ed informazione sull'alcol organizzati dalla comunità scientifica, sono stati presentati gli ultimi dati emersi da studi e monitoraggi istituzionali raccolti in vari paesi europei ed extra europei. Tutti gli interventi presentati dai partecipanti al convegno sono state pubblicati sul sito http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd16.asp.
In questa occasione sono stati aggiornati dal CSDA, il Centro Servizi Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol i materiali di comunicazione e per la prevenzione pubblicati sulla pagina http://www.epicentro.iss.it/alcol/materialiComunicazione.asp che hanno trovato ampia disseminazione e distribuzione nelle strutture sanitarie del SSN presso aziende sanitarie , ospedali, servizi e inserimento nelle pagine dedicate dal Ministero della Salute all'alcol (http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=81&area=Vivi_sano)

Alcol Prevention Race **edizione 2016**
Il giorno 17 aprile, allo Stadio delle Terme di Caracalla, successivamente al convegno dell'Alcol Prevention Day, si è svolta la XVIII edizione della tradizionale "Roma Appia Run", che quest'anno ha corso per l'Alcohol Prevention Race, gara podistica non competitiva. Hanno aderito alla manifestazione circa 5000 appassionati provenienti da tutte le regioni italiane. All'iscrizione sono stati consegnati ai partecipanti la maglia, lo zainetto il pettorale e i materiali informaativi per la prevenzione alcologica per giovani e adulti realizzati grazie al finanziamento del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol e Centro OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute sull'Alcol e sulle problematiche alcol-correlate.

4.3. 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 alcologici 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 2015
Per l'anno 2015 sono stati stanziati per il monitoraggio Euro **130.089,00.**
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 2015 alle Regioni interessate.

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO VI (exVII)

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI DATI RELATIVI ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI
LEGGE N. 125 DEL 30.3.2001 ART. 3 C. 1 E 4

RIPARTO FONDI STANZIATI CON LEGGE DI APPROVAZIONE DEL BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO 2015 N. 191 DEL 23.12.2014 **€ 87.255,00** INTEGRATI A SEGUITO DELLA "RIPARTIZIONE DEL FONDO PER LE AUTORIZZAZIONI DIRETTAMENTE REGOLATE PER LEGGE" DELLA SOMMA DI **€ 42.834,00**

Regioni	**Popolazione**	**Quota fissa**	**Quota capitaria**	**Totale**
Valle d'Aosta	128.298	3.097,00	138,00	3.235,00
Molise	313.348	3.097,00	336,00	3.433,00
Prov.Aut.Bolzano	518.518	3.097,00	555,00	3.652,00
Prov.Aut.Trento	537.416	3.097,00	575,00	3.672,00
Basilicata	576.619	3.097,00	617,00	3.714,00
Umbria	894.762	3.097,00	958,00	4.055,00
Friuli Venezia Giulia	1.227.122	3.097,00	1.313,00	4.410,00
Abruzzo	1.331.574	3.097,00	1.425,00	4.522,00
Marche	1.550.796	3.097,00	1.660,00	4.757,00
Liguria	1.583.263	3.097,00	1.694,00	4.791,00
Sardegna	1.663.286	3.097,00	1.780,00	4.877,00
Calabria	1.976.631	3.097,00	2.115,00	5.212,00
Toscana	3.752.654	3.097,00	4.015,00	7.112,00
Puglia	4.090.105	3.097,00	4.376,00	7.473,00
Emilia Romagna	4.450.508	3.097,00	4.762,00	7.859,00
Piemonte	4.424.467	3.097,00	4.734,00	7.831,00
Veneto	4.927.596	3.097,00	5.272,00	8.369,00
Sicilia	5.092.080	3.097,00	5.448,00	8.545,00
Lazio	5.892.425	3.097,00	6.305,00	9.402,00
Campania	5.861.529	3.097,00	6.272,00	9.369,00
Lombardia	10.002.615	3.097,00	10.702,00	13.799,00
Totale	**60.795.612**	**65.037,00**	**65.052,00**	**130.089,00**

4.4. La partecipazione alle politiche internazionali

Nel quadro della legge 125/2001, il Ministero della Salute coordina l'attuazione delle politiche sull'alcol anche in linea con gli orientamenti approvati **in ambito internazionale**, sia a livello di Unione Europea (UE) che di Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
A tale proposito, la cornice nella quale si inquadra l'attività del nostro Paese è costituita dai seguenti Piani e Programmi di settore:

- "***Global Strategy on alcohol"*** **(OMS 2010)**
- ***"Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020" (OMS): obiettivo 2 almeno 10% di riduzione di abuso di alcol, tenuto conto del contest nazionale***
- "***European Alcohol Action Plan 2012-2020*****" (OMS)**
- **Quadro politico e strategia europea per il 21mo secolo "HEALTH 2020" (OMS)**
- **"*European Alcohol Action Plan 2006-2012*" (UE)**
- "***European Action Plan on Youth and on binge drinking*** **2014-2016" (UE)**
- **S*coping Paper* per una rinnovata Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni e del rischio alcol correlati (UE)**
- **Obiettivi di sviluppo sostenibile al 2030 (SDG ONU 3.5 rafforzamento della prevenzione e del trattamento di abuso di sostanze, comprese droghe ed alcol)**

In campo internazionale il Ministero della Salute esplica le proprie attività prevalentemente attraverso il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), il quale è anche Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche di Salute Alcol correlate.
Nel corso del 2016 è stata garantita ampia collaborazione in particolare per:

- pianificazione e supporto ad attività generali;
- definizione di interventi per il rafforzamento delle azioni di identificazione precoce dell'uso dannoso di alcol, di sensibilizzazione e di riduzione del danno alcol correlato nella popolazione generale;
- ricerca e attività formali di *data collection* e *reporting* annuali per lo "**EU Status Report on Alcohol" e per** il "**Global Status Report on alcohol**".

Le strategie e i piani elaborati in ambito U.E. e nel contesto internazionale hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire, da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione e, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti.
In ambito UE è stata assicurata 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.**

Le riunioni svolte nel corso del 2016 sono state prevalentemente orientate alla valutazione periodica del "**Piano di Azione sui Giovani e sul binge drinking**" e alla discussione di merito delle priorità identificate dallo **S*coping Paper*** per una rinnovata Strategia Comunitaria **per la riduzione dei danni e del rischio alcol correlati.**

In particolare sono state esaminate, attraverso consultazioni, seminari e meeting tecnico-scientifici, le principali priorità, tra le quali la prevenzione delle patologie cronico-degenerative, le relazioni tra alcol e droghe illegali, la comunicazione sulla proposta di una nuova direttiva (AVMSD), sulle modalità di marketing delle bevande alcoliche, sulle modalità di etichettatura delle bevande alcoliche, la prevenzione della sindrome fetoalcolica, l'esposizione dei minori alla pubblicità e al marketing, le linee guida del bere a basso rischio.

Numerosi meeting comunitari sono stati dedicati alla **Joint Action RARHA,** della quale si parlerà diffusamente più avanti.
Il nostro paese ha inoltre partecipato attivamente a Ljubljana, sotto la presidenza slovena della UE, nel novembre 2016, alla **"7° *European Conference on Alcohol Policy*",** presentando i risultati delle *alcohol policy* italiane ed alla ***Regional Consultation*** **dell'OMS**, nel corso della quale sono state presentate le politiche nazionali di prevenzione della Sindrome Fetoalcolica (FASD), assieme al contributo al report europeo "**Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014**" sulla mortalità alcol attribuibile nei 53 Stati Membri della regione europea dell'OMS

Inoltre, il Ministero della Salute, attraverso la rete collaborativa nazionale ICONA (Italian Collaborative Network on Alcohol), coordinata dall'ONA/ ISS e comprendente le competenze del Centro Alcologico Regionale della Regione Toscana e della Regione Liguria ha contribuito alla redazione del **WHO Global Questionnaire on Progress in Alcohol Policy 2016** e della **Global Survey on alcohol and health 2015 additional component on unrecorded alcohol consumption,** la rilevazione periodica dei focal point OECD per il consumo medio pro-capite di alcol.

Partecipazione attiva è stata assicurata anche per la redazione e revisione del report "**Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States (2016)**", sulla prevenzione della Sindrome Fetoalcolica e sul nuovo standard OMS per l'identificazione precoce e intervento breve che verrà presentato nel corso del 2017.

Sono state infine rese disponibili sulla pagina web dell'OMS le traduzioni curate dall'ONA/ISS delle pubblicazioni "**Problemi di alcol nel sistema giudiziario penale: un'opportunità di intervento" e "Alcol e disuguaglianze. Guida per affrontare le disuguaglianze nel danno alcol-correlato"**

LA JOINT ACTION EUROPEA RARHA

Le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio come buona pratica di salute pubblica, le basi scientifiche e l'opinione di esperti della Joint Action Europea RARHA per la riduzione del danno alcol-correlato.

Gli Stati Membri hanno congiuntamente aderito nel 2006 alle priorità individuate dalla strategia comunitaria "***EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm***" adottata dal Parlamento europeo al fine di contrastare l'impatto alcol-correlato. Con oltre 55 milioni di adulti a maggior rischio, oltre 195.000 morti, 23 milioni di alcoldipendenti, l'Europa è l'area geografica in cui il consumo medio di alcol è il doppio rispetto alla media mondiale. La media di 30 grammi pro-capite di alcol consumato al giorno in Europa è causa di 132.000 nuovi casi di cancro e di impatto in termini di mortalità, morbilità e disabilità per oltre 60 malattie con costi che, nel 2003, incidevano per l'1,3 % sul PIL europeo (di cui 66 miliardi solo per la componente legata ai problemi alcol-correlati).

La ***Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*** (RARHA), finanziata nell'ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria in materia di Salute, nasce come risposta alle esigenze di mobilitare gli Stati Membri e favorire la cooperazione per lo sviluppo e la condivisione di un approccio comune in linea con la Strategia Europea sull'Alcol.

RARHA è stata la prima Joint Action europea specificamente diretta al problema dell'alcol ed è stata promossa su iniziativa dei rappresentanti degli Stati Membri coinvolti nel *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA), l'organismo creato dalla Commissione Europea per supportare l'implementazione della Strategia Europea sull'Alcol.

L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA-CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha rappresentato l'Italia, su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute, nella Joint Action (JA) RARHA finalizzata a sostenere la collaborazione tra gli Stati Membri al fine di migliorare la comparabilità dei dati sul consumo, il rischio e il danno alcol-correlato e favorire approcci comuni d'informazione e sensibilizzazione efficace rivolti alla popolazione. Lo stretto e continuo contatto con il CNAPA nel corso delle attività della JA, che ha avuto funzioni di guida e indirizzo, ha assicurato l'aderenza alle esigenze dei singoli Stati Membri.

La Joint Action RARHA, che si è conclusa a dicembre 2016, ha avuto la durata di 3 anni (2014-2016); è stata coordinata dal "*Service for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies* (SICAD)", Portogallo. La JA ha coinvolto 30 nazioni europee (27 Stati Membri + Islanda, Norvegia e Svizzera) rappresentate da enti ed istituzioni pubbliche, organizzazioni non governative (OnG) e università, affiancate da organizzazioni internazionali quali: l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Gruppo Pompidou e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE); ha avuto un totale di 32 partner associati e 28 partner collaboranti.

Allo stato attuale, la sfida principale sottolineata da tutti gli organismi internazionali del settore, è rappresentata dall'adozione di politiche che partano dalla valutazione dell'impatto alcol-correlato e dal monitoraggio epidemiologico, attività utili ad identificare azioni per la riduzione del danno alcol-correlato le cui competenze coinvolgono vari ambiti oltre a quello sanitario, quali, ad esempio, il settore della produzione, il marketing, la sicurezza stradale. Un'ulteriore elemento di fondamentale importanza è attribuito all'incremento della consapevolezza sui rischi e sui danni causati dall'alcol e alle informazioni alla popolazione sulle quantità che si riscontrano associate ad un incremento del rischio individuale per favorire una scelta consapevole.

Pertanto, tenendo conto delle suddette sfide principali, il progetto esecutivo RARHA ha previsto il raggiungimento di tre obiettivi principali:

1. Indagine conoscitiva ed il monitoraggio del consumo di alcol (WP4)
2. Linee guida per la riduzione del danno alcol-correlato (WP5)
3. Pacchetto di strumenti (tool kit), esempi di buona pratica in Europa per la riduzione del danno alcol-correlato (WP6)

Per le attività del progetto relative al monitoraggio ed al **tool kit** si rimanda alla consultazione di documenti tecnici e pubblicazioni disponibili sul sito web RARHA (**www.rarha.eu**).

Di seguito vengono invece sintetizzate le principali informazioni raccolte sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio (WP5) in Europa derivanti dalla verifica ed aggiornamento delle principali basi scientifiche disponibili (mediante l'attuazione di una survey) e dall'opinione di esperti (mediante analisi Delphi).

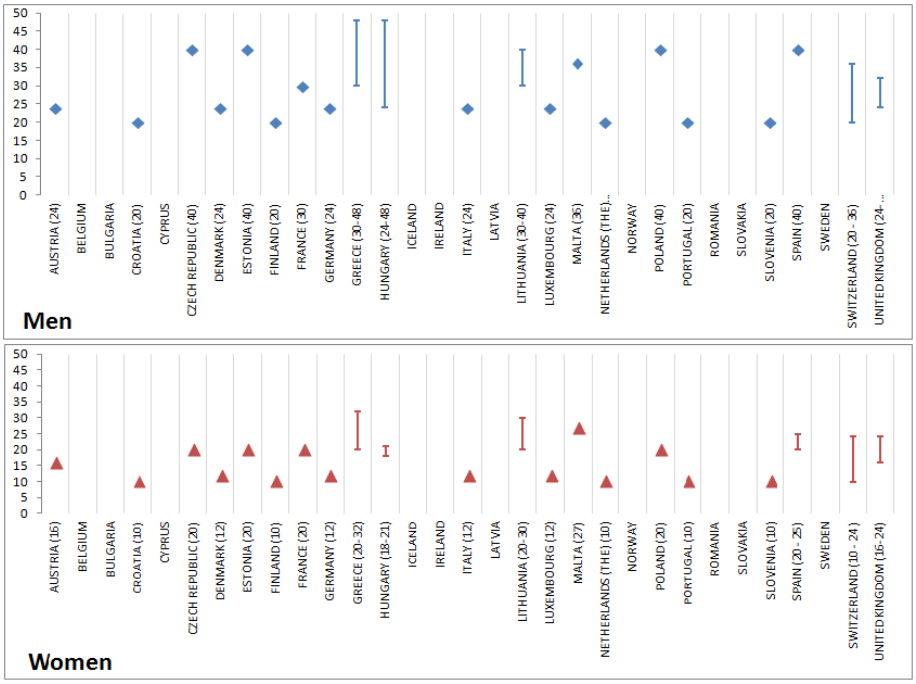
Indagine conoscitiva sull'implementazione delle linee guida sul consumo di alcol come strumento di salute pubblica in Europa

Nel maggio 2014, l'ONA-CNESPS ha avviato una ***survey*** con tutti gli Stati Membri sviluppando e sottoponendo un questionario ai rappresentati del CNAPA con richiesta di informazioni ed eventuale verifica ed aggiornamento (delle informazioni provenienti dalle più importanti banche dati) sulle linee guida o raccomandazioni esistenti relative al consumo a basso rischio nei diversi paesi dell'Unione Europea.

- La disponibilità di linee guida nazionali (o raccomandazioni) sul consumo di alcol a basso rischio è rilevata in due paesi esaminati su tre (21/31) (Stati membri dell'UE, Islanda, Norvegia e Svizzera), in genere governative o emesse da organizzazioni di sanità pubblica.

- La maggior parte delle linee guida esprimono il consumo di alcol da non superare in grammi di alcol puro al giorno, separatamente per uomini e donne. Il consumo medio giornaliero da non superare varia da 20 a 48 grammi di alcol puro per gli uomini, e da 10 a 32 g per le donne (**Figura III.1**).

Figura III.1 RARHA survey sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Europa: Livelli di assunzione media di alcol al giorno da non eccedere, espressi in grammi di alcol puro, per sesso



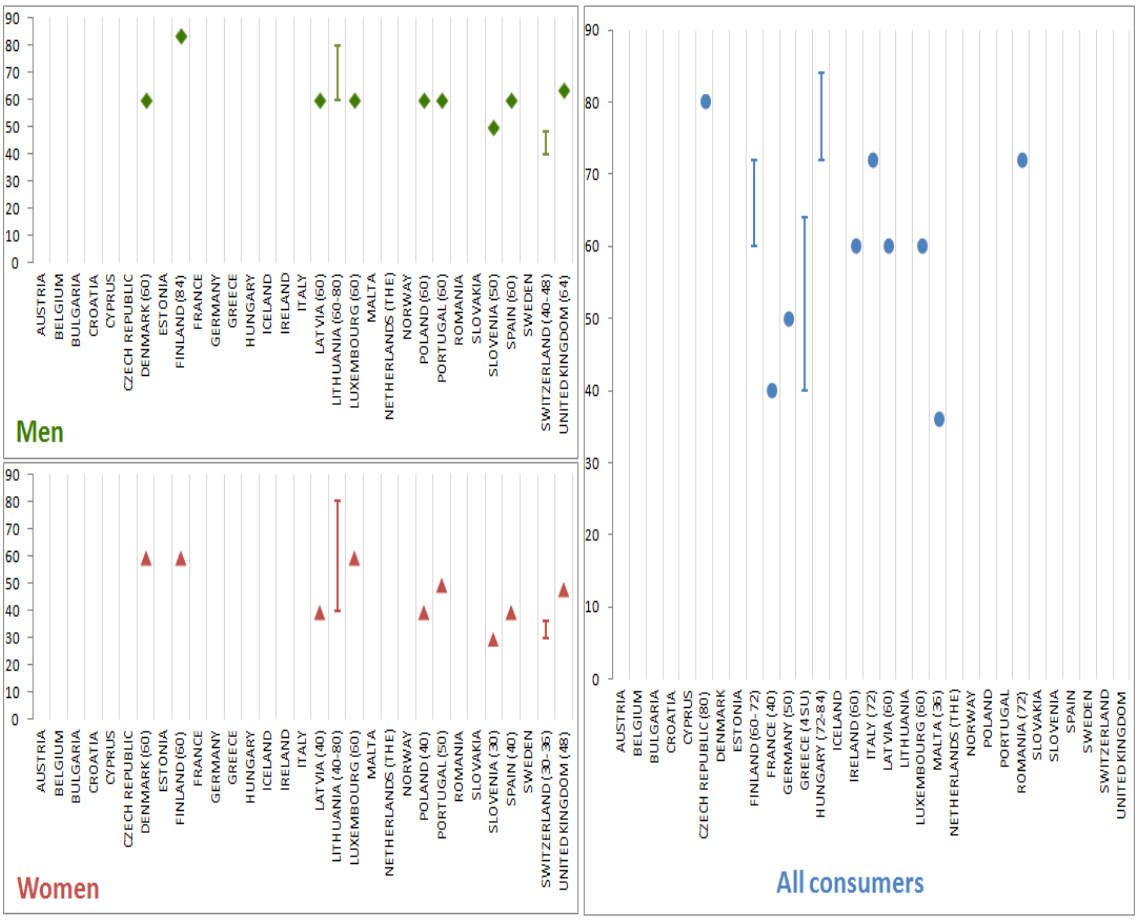
- Nei 20 paesi ove sono disponibili linee guida (o raccomandazioni) per evitare il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*), i livelli massimi di consumo di alcol da non eccedere variano tra i 30 ed i 84 grammi di alcol puro. Nella metà dei paesi, tale limite è più basso nelle donne rispetto agli uomini (**Figura III.2**).

- Rispetto ai gruppi di età, le linee guida/raccomandazioni per la riduzione del rischio di danno alcol-correlato nei giovani di età inferiore a 18 anni e negli anziani sono disponibili rispettivamente in 15 / 31 ed in 6 / 31 paesi che hanno partecipato all'indagine.

- Linee guida / raccomandazioni nelle donne in gravidanza / allattamento che consigliano alle donne di limitare il consumo di alcol, e nella maggior parte dei casi, di astenersi completamente dall'assumere alcol sono disponibili in 25 su 31 paesi.

- I limiti di BAC legali alla guida (cioè i livelli massimi di concentrazione di alcol nel sangue consentiti per i conducenti) sono la misura più comunemente usata per ridurre il rischio di danni alcol-correlati in Europa. In linea con le raccomandazioni della Commissione Europea, il limite di tasso alcolemico per tutti i conducenti è 0,5 g / l, o inferiore a 5 (moda = 0,5 g / l) in tutti i Paesi presi in esame nel 2014 (ad eccezione di due Stati membri dell'UE dove il limite era 0,8 g / l). Allo stesso modo, un limite inferiore è comunemente indicato per i conducenti giovani o inesperti (mode = 0,2 g / l), nonché per i conducenti professionali o commerciali (moda = 0,2 g / l).

Figura III.2 RARHA survey sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Europa: Livelli di assunzione massimi per il consumo episodico eccessivo - binge drinking (grammi di alcol puro) 2014



Per ulteriori informazioni e dettagli metodologici si rimanda a: ***http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf .***

A completamento delle basi scientifiche raccolte è stata richiesta l'opinione di un gruppo di esperti, mediante analisi ***Delphi*** (circa 50 dell'Unione Europea dei settori della sanità pubblica e dipendenze individuati dai membri del CNAPA).

- E' importante diffondere le linee guida sul consumo a basso rischio per la popolazione in generale dal momento che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al consumo di alcol per una scelta consapevole.
- La responsabilità della diffusione delle informazioni alla popolazione sui rischi e sui modi per ridurli spetta ai governi ed alle proprie strutture di salute pubblica.
- Disporre di linee guida sul consumo di alcol "a basso" ed "alto rischio" nonchè sul consumo episodico eccessivo, può contribuire con il tempo a favorire i cambiamenti delle modalità e delle

abitudini di consumo nella popolazione. Infatti, possono incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il consumo, attrarre l'attenzione dei consumatori a rischio sulle abitudini del loro consumo e, per il consumo episodico eccessivo, ridurre il rischio di danni sanitari e sociali da stato di ubriachezza sia per il bevitore stesso sia per terzi.

- Le linee guida del consumo di alcol a basso rischio devono includere informazioni/raccomandazioni (*advice*) per ridurre i rischi ed i danni immediati ed a lungo termine.
- Le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite separatamente per uomini e donne.
- Il messaggio deve essere concentrato sui rischi e non su potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute nella comunicazione del consumo a basso rischio.
- Il "consumo a basso rischio" non significa "assenza di rischio".
- Le linee guida sul consumo a basso rischio non sono utilizzabili per situazioni e gruppi di popolazione ad alto rischio per le quali l'opzione più sicura da comunicare è quella di non bere affatto (i minori, le donne in gravidanza, soggetti che assumono farmaci, con storia famigliare di alcoldipendenza, con problematiche relative alla salute mentale ed al consumo di sostanze, quando si è alla guida di veicoli, nell'ambiente di lavoro e per tutte le attività che richiedono concentrazione).
- L'alcol aumenta il rischio di cancro.
- L'alcol ha effetti negativi per la famiglia.
- Sono necessarie linee guida sul consumo a basso rischio per gli anziani, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità ed agli incidenti alcol-correlati.
- Fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio per i minori di 18 anni potrebbe essere controproducente.
- Nella comunicazione del rischio nel consumo episodico eccessivo è opportuno sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro; dovrà inoltre essere specificato l'arco temporale ed il fatto che il consumo episodico eccessivo è dannoso come il consumo eccedentario giornaliero.
- Le bevande alcoliche devono includere etichette con informazioni sul contenuto delle bevande in particolare il contenuto di calorie delle bevande, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti.
- E' necessario sostenere politiche a favore delle etichette con informazioni sui rischi per la salute (***warning messages***) sui contenitori delle bevande alcoliche.

Lungi dal definire livelli raccomandabili o ammissibili di consumo, il consenso degli esperti europei RARHA appare allineato alle indicazioni già prodotte dall'OMS e da numerose Società Scientifiche, ribadendo l'esigenza di tutelare scelte informate e massima salvaguardia per i minori ai quali appare urgente posticipare l'avvio al consumo di alcolici anche dopo l'età minima legale e sino ai 25 anni, sottolineando che l'alcol consumato prima di tale età pregiudica un normale sviluppo funzionale e cognitivo del cervello. Queste considerazioni sono riportate dall'Action Plan comunitario sul bere dei giovani e sul *binge drinking* che pertanto suggerisce l'importanza dell'educazione al bere e del bere responsabile tra le misure efficaci di prevenzione per i giovani.

Le misure per migliorare il potenziale delle linee guida sul consumo, sostenute dalla maggioranza degli esperti consultati sono le seguenti:

- Applicare e far rispettare il limite di 18 anni di età per la vendita e la somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica.
- Supportare, in particolare i Servizi sanitari di base, nell'identificazione dei consumatori a rischio ed offrire loro interventi finalizzati alla riduzione del consumo a rischio come parte della pratica clinica; fornire la formazione professionale richiesta.
- Fornire informazioni utili per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, in particolare il loro contenuto calorico, i grammi di alcol puro contenuti in una bottiglia o altra confezione.
- Richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità di alcolici contengano informazioni sui rischi per la salute associati al consumo di alcol.

Per ulteriori informazioni si rimanda a*: https://user-ucadpix.cld.bz/Good-practice-principles-for-low-risk-drinking-guidelines .*

Piano d'azione dell'Unione europea sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (*binge drinking*)

I giovani sono da oltre vent'anni un obiettivo sensibile delle strategie europee di contrasto al rischio e al danno causato dall'alcol, essendo uno dei target più vulnerabili della società.
Il Consiglio sulle politiche ed azioni nazionali sull'alcol - CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*) ha riconosciuto, in diverse occasioni, l'importanza di un impegno costante nel tempo rivolto a ridurre i danni alcol-correlati. Nel 2011, per rispondere a questa esigenza di rilanciare la politica sull'alcol nell'Ue, la Commissione europea ha avviato un processo di riflessione insieme al CNAPA per determinare le future priorità strategiche. Un risultato importante di questo processo è stato l'azione comune Joint Action RARHA, avviata nel gennaio 2014 e che si è conclusa nel mese di dicembre 2016; la JA ha mirato a sviluppare una serie di strumenti complementari per sostenere e facilitare sia lo sviluppo dell'evidenza che le politiche degli Stati Membri e, potenzialmente, a sostenere un maggior raggruppamento delle strategie per affrontare i danni alcol-correlati. (Per ulteriori informazioni sulla Joint Action RARHA si rimanda al paragrafo specifico).
Nel mese di ottobre 2013, la Commissione europea ha proposto al CNAPA l'idea di un Piano d'azione come mezzo per rafforzare il lavoro in alcune aree specifiche del consumo dannoso di alcol. Le molte discussioni sviluppatesi sulla base della proposta della Commissione su temi quali i giovani e il *binge drinking* (consumo eccessivo episodico), hanno portato ad identificare il consumo di alcol nei giovani e il consumo eccessivo episodico come i due obiettivi principali del Piano d'azione, e ne ha definito la durata in due anni. Il Piano è stato sviluppato dal CNAPA attraverso consultazioni scritte, conferenze telefoniche e riunioni di un gruppo di lavoro *ad hoc*. D'altra parte, il Consiglio aveva già raccomandato a partire dal 2001, una particolare attenzione ai cambiamenti nei modelli di consumo tra gli adolescenti, in particolare l'aumento del *binge drinking* e del consumo rischioso di alcol tra i minorenni. Nel corso del tempo, tali raccomandazioni d'interesse hanno incoraggiato gli Stati membri e gli altri *stakeholder* a sviluppare processi per affrontare i problemi causati dal consumo di alcol tra i giovani. Nonostante le tendenze positive registrate da allora, in alcuni Stati membri, queste preoccupazioni sono ancora rilevanti.
I principali obiettivi del Piano d'Azione mirano ad affrontare i danni alcol-correlati tra i giovani ed il consumo eccessivo episodico di alcol con lo scopo di sostenere il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione dei danni alcol-correlati previsto nella Strategia UE. In tutti gli Stati membri, questi due punti focali rappresentano le preoccupazioni comuni che contribuiscono in modo significativo ai danni alcol-correlati con conseguenze a lungo termine.
Il Piano d'Azione si concentra su sei aree specifiche e mira ad attivare ulteriori azioni concrete nel quadro della Strategia UE, per affrontare le principali sfide e sostenere l'obiettivo principale della Strategia.

Le sei aree di intervento sono le seguenti:

1. Ridurre il consumo eccessivo episodico (*binge drinking*)
2. Ridurre l'accessibilità e la disponibilità di bevande alcoliche per i giovani
3. Ridurre l'esposizione dei giovani al marketing ed alla pubblicità sull'alcol
4. Ridurre i danni da alcol durante la gravidanza
5. Garantire ai giovani un ambiente sano e sicuro
6. Monitorare, sostenere e incrementare la ricerca

Per ciascuna area di intervento sono suggerite opzioni per azioni ed obiettivi, con relativi indicatori, che gli Stati membri possono prendere in considerazione per l'attuazione e che possono adeguare, se appropriato, tenendo conto di circostanze nazionali, quali ad esempio i contesti culturali e le priorità nazionali di salute pubblica, come pure le risorse, le competenze e le capacità, tutto finalizzato per intensificare il lavoro di protezione dei bambini e dei giovani e per ridurre i danni dovuti al consumo eccessivo episodico (*binge drinking*).

La traduzione italiana del Piano d'azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (*Binge Drinking*) (2014-2016) è stata curata dal WHO *Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm*, Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità. Il documento, reso disponibile nella lingua italiana, potrà agevolare la conoscenza del testo, con la finalità di contribuire al cambiamento di cultura relativa al bere nella Società in modo da innalzare i livelli di protezione e di tutela dei minori, degli adolescenti e dei giovani. Il piano d'azione tradotto in italiano è consultabile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf .

PARTE QUARTA

5. CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMONELLE REGIONI

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

I risultati del sistema di monitoraggio disponibile sul sito **www.epicentro.iss.it/alcol** hanno permesso un'analisi dell'andamento temporale degli indicatori di monitoraggio in tutte le Regioni e le Provincie Autonome e sono di seguito riportate per macroarea di riferimento.

Tabella IV.1 **Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2015)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		*Birra*		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	**67,3 ↗**	**44,3 ↗**	**60,6 ↗**	**32,6**	**45,0 ↗**	**27,2 ↗**	**37,6 ↗**	**15,4 ↗**	**36,4**	**16,5 ↗**
Piemonte	69,5	43,6	62,7 ↗	33,6	45,4 ↗	25,4	39,5 ↗	15,2	37,0	13,7
Valle d'Aosta	68,4	43,3	65,3	35,3	51,7	33,1	36,7	14,7	39,7	17,9
Lombardia	66,8	44,7 ↗	60,0	32,0	45,0	27,8 ↗	37,3	15,7 ↗	36,0	17,6 ↗
Liguria	64,2	43,7	58,0	33,4	43,5	27,5	34,7	14,5	36,7	17,1
Italia nord-orientale	**68,9**	**47,6 ↗**	**62,5**	**36,3**	**47,6 ↗**	**28,9 ↗**	**38,3 ↗**	**16,6 ↗**	**41,1 ↗**	**17,9 ↗**
PA Bolzano	66	45,9	67,5	34,1	46,0	38,9	38,4	**30,1**	44,5	**26,8**
PA Trento	58,9 ↘	37,2	64,3	37,6	43,2	30,4	30	14,3	35,1	15,4
Veneto	66,9	48,0 ↗	60,6	35,6	48,5	29,1	38,9 ↗	16,5	40,4 ↗	16,8 ↗
Friuli-Venezia Giulia	68,1	44,0	66,1	39,1	47,3	26,5	37,1	15,8	39,1	17,4
Emilia Romagna	72,8	49,6	62,8	36,5	47,4 ↗	28,0 ↗	38,9 ↗	15,6	42,7 ↗	18,5 ↗
Italia centrale	**66,9 ↗**	**41,1 ↗**	**60,9**	**33,4**	**43,3**	**23,6 ↗**	**39,5 ↗**	**13,7 ↗**	**38,9 ↗**	**14,1 ↗**
Toscana	71,6 ↗	45,6	64,3 ↗	36,1 ↗	43,7	25,0	37,9 ↗	12,4 ↗	41,1 ↗	16,0 ↗
Umbria	65,9	47,7	57,6	34,0	41,3	24,8	37,8	13,6	36,4	14,1
Marche	70,6	45,8	62,6	34,0	45,0 ↗	24,8	37,3	12,0	40,0	14,2
Lazio	63,0	35,9	58,9	31,5	42,9	22,2	41,4	15,1	37,6	13,0
Italia meridionale	**63,3**	**31,3**	**61,8**	**29,1**	**40,4**	**17,6**	**46,3**	**16,3**	**32,1**	**9,9**
Abruzzo	70,6 ↗	43,5 ↗	67,3	36,1 ↗	47,1	22,1	43,9	14,8	31,9	11,4
Molise	66,8	29,6	63,6	25,9	46,4	21	46,3	14,1	34,8	9,8
Campania	63,2	28,9	59,3	25,6	41,0	16,5	44,7	16,1	32	9,9
Puglia	60,2	30,5	62,0	30,5	35,4	17,1	48,6	16,9	32,3	9,2
Basilicata	64,9	29,1	59,3	26,8 ↗	36,8	17,3	37,6	13,9	28,0	7,5
Calabria	64,1	32,5	65,5	33	44,7	18,7	50,1	17,7	33,2	11,2
Italia insulare	**59,9**	**28,4**	**60,7**	**30,5**	**39,7**	**19,5**	**42,0**	**14,7**	**32,4**	**9,9**
Sicilia	57,6	27,8	59,0	30,2	39,4	19,2	43,4	14,8	30,6	8,5
Sardegna	66,9	30,1	65,6	31,1	40,7	20,4	37,9	14,4	37,8	14,5
Italia	***65,8 ↗***	***39,5 ↗***	***61,3 ↗***	***32,4 ↗***	***43,5 ↗***	***23,7 ↗***	***40,6 ↗***	***15,4 ↗***	***36,3 ↗***	***14,0 ↗***

↘ diminuito rispetto al 2014
↗ aumentato rispetto al 2014

MINIMO NAZIONALE	Inferiore alla media nazionale	Superiore alla media nazionale	MASSIMO NAZIONALE

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

Tabella IV.2 **Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2015)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Tutte le bevande alcoliche		Abituali eccedentari		Fuori pasto		*Binge drinkers*		Consumatori a rischio	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	**78,9 ↗**	**55,9 ↗**	**16,4**	**6,9**	**42,9**	**22,5**	**12,1**	**4,6**	**25,4**	**10,4**
Piemonte	81,4 ↗	56,3	17,3	6,2	43,1 ↗	21,8	14,9	4,9	27,7	10,3
Valle d'Aosta	79,9	56,1	20,2	7,4	52,7	30,9	18,9	6,3	32,8	12,7
Lombardia	78,5	55,7	16,3	7,2	43,8	22,9 ↗	11,4	4,6	25,1	10,4
Liguria	74,9	55,9	14,6	7,1	36,0	21,1	8,5	3,6 ↗	20,6	10,1
Italia nord-orientale	**79,4**	**59,5 ↗**	**16,7**	**8,4**	**49,4**	**24,8**	**14,2**	**3,6**	**27,4**	**11,4**
PA Bolzano	80,5	**65,3**	12,4	5,9	**61,3**	**36,1**	**25,6**	6,7	33,4	11,9 ↘
PA Trento	76,0	55,6	15,3	6,3	56,1	28,2	16,1	3,5	27,6	9,5
Veneto	77,9	59,6 ↗	17,5	8,5	49,8	25,3	13,6	3,6	27,9	11,4
Friuli-Venezia Giulia	80,1	57,1 ↘	16,4	8,8	55,7	25,4	18,1	4,5	31,3	12,2
Emilia Romagna	81,2	60,0 ↗	16,5	8,7	45,1 ↗	22,4	12,2 ↗	3,0	25,0	11,3
Italia centrale	**78,4 ↗**	**52,6**	**15,8**	**7,4**	**34,6**	**16,1**	**8,3**	**2,7**	**21,8**	**9,4**
Toscana	81,8 ↗	57,5 ↗	18,2	9,5	38,8	19,0	9,7	3,0	25,3	11,6
Umbria	76,8	58,1	14,5	7,9	33,2	17,0	8,4	3,4	20,6	10,8
Marche	80,8 ↗	54,1	16,6	7,8	39,0	17,2	11,6 ↗	3,6	25,8 ↗	11,0
Lazio	75,7	48,2	14,3	5,8	31,0	13,8	6,5	2,2	18,6	7,4
Italia meridionale	**76,9**	**44,8**	**13,6**	**5,2**	**31,4**	**10,6**	**8,5**	**1,6**	**19,4**	**6,4**
Abruzzo	81,8	53,8 ↗	16,1	5,1	42,8	16,7	11,9	1,9	24,4	7,0
Molise	78,6	43,4	16,7	4,9	45,1	13,9	16,4	2,8	27,9	7,3
Campania	74,4	41,3	11,9	4,5	28,3	8,8	6,1	1,3	15,1	5,4
Puglia	77,5	46,4	15,4	6,4	28,5	10,8	7,1	1,5	21,0	7,5
Basilicata	78,9	43,0	17,2	4,5	33,2	11,1	12,0	0,9	25,4	5,4
Calabria	78,6	46,5	11,6	4,8	35,8	10,7	13,6	2,5	22,1	6,7
Italia insulare	**73,9**	**43,7**	**10,6**	**3,7**	**34,3**	**12,2**	**11,5**	**2,9**	**19,4**	**6,1**
Sicilia	72,2	43,2	8,6	3,4	29,1	10,2	8,6	2,1	15,5	5,2
Sardegna	79,2	45,2	16,5	4,6	49,7	18,2	20,1	5,4	30,8	8,8
Italia	***77,9 ↗***	***52,0 ↗***	***15,1***	***6,5***	***38,9***	***17,7 ↗***	***10,8***	***3,1 ↗***	***23,0***	***9,0 ↗***

↘ diminuito rispetto al 2014
↗ aumentato rispetto al 2014

MINIMO NAZIONALE	Inferiore alla media nazionale	Superiore alla media nazionale	MASSIMO NAZIONALE

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

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nell'anno 2015 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,9% tra gli uomini e al 55,9% tra le donne. Nel corso degli ultimi anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini che per le donne ma nel corso dell'ultimo anno i valori sono aumentati in maniera statisticamente significativa di +2,1 punti percentuali (pp) tra gli uomini e di +3,2 pp tra le donne. Tra il 2014 ed il 2015 l'analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato incrementi significativi dei consumatori di vino pari a +2,9 pp per gli uomini e di +3,0 pp tra le donne; dei consumatori di birra di sesso maschile pari a 2,7; dei consumatori di aperitivi alcolici pari a +2,6 pp per gli uomini e di +3,8 pp tra le donne; dei consumatori di amari pari a +2,7 pp per gli uomini e di +2,2 pp tra le donne e infine delle consumatrici di super alcolici pari a +3,4 pp. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest'area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e delle consumatrici *binge drinking* di sesso femminile ma non si rilevano variazioni significative rispetto al 2014. (**Tabella IV.1 – IV.2**).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2105 è stata del 55,9% tra le donne e del 78,9% tra gli uomini e in quest'ultimo caso il valore rispetto al 2014 è aumentato di +4,1 pp. L'analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che la percentuale di consumatori e consumatrici di vino è superiore al valore medio nazionale. Tra gli uomini si registra un incremento delle prevalenze dei consumatori di birra (+5,8 pp), di aperitivi alcolici (+5 pp) e di amari (+4,2 pp).
L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei *binge drinkers* e dei consumatori fuori pasto, ed in quest'ultimo caso il valore è aumentato negli uomini, rispetto al 2014, di +6 pp. Tra gli uomini inoltre risultano superiori alla media nazionale le percentuali di consumatori abituali eccedentari e di consumatori a rischio per il criterio ISS (*vedi* **Tabella IV.1 – IV.2**).

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata dell'79,9% tra gli uomini e 56,1% tra le donne, per queste ultime con un valore superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi si rilevano valori superiori alla media nazionale dei consumatori di aperitivi alcolici e, solo per le donne delle consumatrici di super alcolici.
Analizzando le modalità di consumo delle bevande alcoliche si evince che sono al di sopra della media nazionale, per entrambi i generi, i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e di quelli a rischio, oltre alla prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (*vedi* **Tabella IV.1 – IV.2**).

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata del 78,5% tra gli uomini e 55,7% tra le donne, valore per queste ultime superiore alla media nazionale .Tra gli uomini, come già evidenziato nella precedente rilevazione, risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre tra le donne sono aumentate le prevalenze delle consumatrici di amari (+3,4 pp), di aperitivi alcolici (+4,4 pp) e di super alcolici (+4,7 pp) e per le ultime due bevande (aperitivi alcolici e super alcolici) i valori di prevalenza risultano superiori al valore medio nazionale.
L'analisi comportamenti a rischio mostra valori al di sopra della media nazionale della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontane dai pasto per entrambi i generi; tra le donne il valore è aumentato di +3,6 pp rispetto alla precedente rilevazione e si registra un valore superiore alla media anche della prevalenza di consumatrici *binge drinker*. (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Liguria

I consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e delle diverse tipologie di bevande nel 2015 sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione e per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla media nazionale.
L'analisi dei comportamenti a rischio mostra un dato di prevalenza superiore alla media nazionale delle consumatrici fuori pasto e viceversa un valore inferiore alla media degli uomini *binge drinker*. La prevalenza delle consumatrici *binge drinker* è inoltre aumentata rispetto alla precedente rilevazione di +2,1 pp (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

ITALIA NORD-ORIENTALE

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord orientale sono quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.
La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,5% tra le donne e per queste ultime, il valore è il più elevato di tutte le realtà territoriali ed è aumentato di +3,2 pp rispetto al 2014. Le prevalenza delle consumatrici di vino e di birra tra le donne e dei consumatori di aperitivi alcolici tra gli uomini, sono le più alte rispetto a tutte le altre realtà territoriali. La prevalenza dei consumatori di vino e di super alcolici tra gli uomini e degli aperitivi alcolici tra le donne sono comunque superiori alla media nazionale. Rispetto al 2014, per entrambi i generi si registra un incremento dei consumatori di aperitivi alcolici

(M:+5 pp; F:+2,5 pp), di amari (M:+4,7 pp; F:+2,1 pp) e di super alcolici (M:+5,9 pp; F:+3,2 pp) e delle consumatrici di vino, come già evidenziato lo scorso anno (+2,7 pp).
L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto per entrambe i generi e dei *binge drinker* tra i soli uomini è la più elevata di tutte le realtà territoriali; complessivamente i consumatori a rischio per il criterio identificato dall'ISS sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi. Per tutti gli indicatori di rischio considerati, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. (**Tabella IV.1-IV.2**).

Provincia Autonoma di Bolzano
Per il quarto anno consecutivo nel 2015 la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risulta la più elevata di tutte le regioni italiane (65,3%) così come quella delle consumatrici di amari (30,1%) e superalcolici (26,8%); sempre tra le donne risultano inoltre superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatrici di vino e aperitivi alcolici. Tra gli uomini la prevalenza di consumatori di birra e superalcolici è più elevata della media nazionale.
I dati sulle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano, per entrambi i sessi, i valori più elevati di tutte le altre realtà territoriali della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M=61,3%; F=36,1%) e dei consumatori uomini in modalità *binge drinking* (25,6%); sono inoltre superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi e delle consumatrici in modalità *binge drinking* (6,7%). Non si registrano infine variazioni percentuali significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle diverse bevande alcoliche e delle abitudini di consumo ad eccezione delle consumatrici a rischio di sesso femminile che sono diminuite di -6,3 pp (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Provincia Autonoma di Trento
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 76,0% tra gli uomini e 55,6% tra le donne ed è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione; tra le donne tale valore è superiore alla media italiana così come per la prevalenza di birra e aperitivi alcolici; tra gli uomini il dato di prevalenza di amari è invece inferiore alla media nazionale.
L'analisi della modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze degli indicatori considerati sono tutti superiori alle media nazionale tra gli uomini così come è superiore alla media nazionale la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**)

Veneto
La prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è aumentata di +5,4 pp ed è superiore a quello medio nazionale (59,6%). Sono inoltre superiori alla media italiana sia per gli uomini che per le donne le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici (M=48,5%; F=29,1%) e la prevalenza dei consumatori di super alcolici

(M=40,4%; F=16,8%) e questi ultimi, i super alcolici, aumentati rispetto al 2014 di +6,1 pp e +3,6 pp rispettivamente. Tra le donne sono superiori alla media nazionale la prevalenze delle consumatrici di birra e di vino, quest'ultima aumentate di 6,3 pp rispetto allo scorso anno. Tra gli uomini infine si registra un incremento di+6 pp dei consumatori di amari, sebbene il dato rimanga in linea con quello nazionale.
Nel 2015 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi, così come la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e degli uomini *binge drinker* (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Friuli-Venezia Giulia
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 in Friuli Venezia Giulia è pari all' 80,1% degli uomini ed al 57,1% delle donne e, sebbene tra queste ultime il dato si mantiene superiore a quello medio nazionale, tra le donne si registra una diminuzione 5,5 pp. Nel dettaglio sono superiori alla media nazionale, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di birra, di aperitivi alcolici nel sesso maschile, vino e super alcolici nel sesso femminile. Il dato del consumo di amari per gli uomini è invece inferiore alla media nazionale.
Nel 2015 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi, così come la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e dei consumatori *binge drinking* tra gli uomini (vedi **Tabella IV.1-IV.2***)*.

Emilia Romagna
Nel 2015 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata superiore alla medio nazionale per entrambi i generi e pari a 81,2% tra gli uomini e del 60,0% tra le donne, per queste ultime inoltre si registra un incremento rispetto al 2014 pari a +4,7 pp. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale, così come di aperitivi alcolici e super alcolici ed è superiore alla media nazionale quella delle donne che consumano birra. Si registrano incrementi statisticamente significativi sia tra gli uomini che tra le donne dei consumatori di aperitivi alcolici (M:+9,8 pp; F:+6,3% pp, di super alcolici (M:+8,2 pp; F:+4,0 pp), e tra gli uomini un incremento dei consumatori di amari pari a +5,8 pp.
L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto, delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici a rischio. Per gli uomini si rileva un incremento statisticamente significativo dei consumatori in modalità *binge drinking* (+4,4 pp) e dei consumatori fuori pasto (+6,1 pp) (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

ITALIA CENTRALE

Nel 2015 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 78,4% tra gli uomini e al 52,6% tra le donne e rispetto all'anno 2014 si rileva un incremento dei consumatori di almeno una bevanda alcolica di sesso maschile pari a +3,1 pp. La prevalenza dei consumatori di vino è aumentata rispetto al 2014 di +2,9 pp tra gli uomini e 2,8 pp tra le donne, così come quella di amari (M:+3,1 pp; F:+2,9 pp), di super alcolici (M:+5,0 pp; F:+3,1 pp) e di aperitivi alcolici per le sole donne (+2,4 pp). Per tutte le bevande considerate la prevalenza è in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa alla birra ed agli amari tra le donne che risultano invece inferiori. L'unico valore che risulta al di sopra della media nazionale è la prevalenza dei consumatori di super alcolici per gli uomini.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per entrambi i generi gli indicatori sono rimasti pressoché stabili rispetto alla precedente rilevazione e che, nel centro Italia le prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, per entrambi i generi, e *binge drinker* per i soli uomini, sono statisticamente inferiori alla media nazionale (**Tabella IV.1-IV.2**).

Toscana

Nel 2015 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è risultata superiore alla media nazionale sia tra gli uomini (81,8%) che tra le donne (57,5%) e risulta aumentata rispettivamente di +7,8 pp e +6,1 pp rispetto al 2014. Rispetto alla tipologia delle bevande, al di sopra della media nazionale sono le prevalenze di consumatori di vino per entrambi i generi, di consumatrici di birra e di consumatori di super alcolici. Per entrambi i generi sono aumentate le prevalenze dei consumatori di birra (M:+8,1 pp; F:+4,9 pp) di amari (M:+9,7 pp; F:+4,3 pp) e di super alcolici (M:+8,1 pp; F:+5,3 pp).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana sono superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari in entrambi i generi, e la prevalenza delle consumatrici a rischio (vedi **Tabella IV.1-IV.2**).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 76,8% tra gli uomini e a 58,1% tra le donne, e solo per queste ultime il valore è superiore a quello medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori delle singole bevande alcoliche risultano in linea con il dato nazionale ad eccezione dei consumatori uomini di birra per i quali si registra un valore al di sotto della media nazionale e delle consumatrici di vino per le quali è superiore alla media nazionale.

Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio considerati, sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza degli uomini che consumano lontano dai pasti o che praticano il *binge drinking*, che invece sono più bassi (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Marche
La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 80,8% tra gli uomini ed al 54,1% tra le donne; per gli uomini il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione di +5,3 pp e risulta superiore alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori e consumatrici di tutte le bevande considerate sono in linea con la media nazionale ad eccezione del vino che per entrambi i generi è superiore alla media nazionale, degli amari per le donne, che risulta più basso, dei super alcolici per gli uomini più alto. Unico incremento significativo rispetto al 2014 si registra tra gli uomini che consumano aperitivi alcolici (+7,5 pp).
Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale, ma rispetto al 2014 si rileva un incremento tra gli uomini dei consumatori *binge drinker* (+5,4 pp) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (5,2 pp) (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Lazio
La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2015 ed è stata pari al 75,7% tra gli uomini ed al 48,2% tra le donne e per entrambi i generi i valori risultano inferiori alla media nazionale. I valori di prevalenza delle diverse bevande considerate sono tutti in linea con la media nazionale ad eccezione del vino per le donne e della birra per gli uomini che risultano più bassi rispetto alla media nazionale.
La prevalenza di consumatori fuori pasto per entrambi i generi, quella dei consumatori *binge drinking* ed a rischio per i soli uomini sono inferiori alla media nazionale. (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

ITALIA MERIDIONALE
Nel 2015 nell'Italia meridionale, le percentuali di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini sono pari al 76,9% ed in linea con il dato medio nazionale, e tra le donne 44,8%, dato inferiore alla media. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici, per entrambi i generi, sono inferiori alla media nazionale; per i soli uomini, come già segnalato lo scorso anno, si registra invece il valore più elevato rispetto a tutte le altre realtà regionali dei consumatori di amari (quasi un uomo su due ha dichiarato di averne consumato).
L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, tutti i valori degli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono inferiori al dato medio nazionale e in particolare la prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile e delle consumatrici *binge drinking* sono i più bassi di tutte le realtà territoriali analizzate.
Tra il 2014 e il 2015 non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio. (**Tabella IV.1-IV.2**).

Abruzzo
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è superiore alla media nazionale (81,8%), tra le donne non è superiore alla media nazionale ma è aumentata rispetto al 2014 di +8,0 pp. Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e di amari, mentre risulta inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di super alcolici. Tra le donne, sono superiori alla media nazionale i valori di prevalenza delle consumatrici di vino e birra mentre, come per gli uomini, è inferiore alla media la prevalenza dei consumatrici di super alcolici. Rispetto alla precedente rilevazione sono aumentate le prevalenze dei consumatori e consumatrici di vino (M:+5,8 pp; F:+10,9 pp) e, per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra (+6,2 pp).
Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto è superiore alla media nazionale mentre tra le donne sono al di sotto della media le prevalenze delle consumatrici *binge drinking* ed a rischio (criterio ISS) (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Molise
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 78,6% tra gli uomini ed al 43,4 % tra le donne, per queste ultime, inferiore alla media nazionale. Analizzando le singole bevande si evince che le prevalenze delle consumatrici di vino, birra e super alcolici sono inferiori alla media italiana, mentre tra gli uomini risulta superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari.
Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto, *binge drinking* e dei consumatori a rischio sono superiori alla media nazionale, tra le donne i valori risultano in linea con quello nazionale ad eccezione delle consumatrici fuori pasto che risulta invece inferiore rispetto alla media nazionale. Per nessun indicatore si evidenziano variazioni rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* **Tabella IV.1-IV.2**).

Campania
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, è inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (74,4%) che per le donne (41,3%) . L'analisi delle bevande alcoliche evidenzia che per entrambi i generi le prevalenze dei consumatori di birra e super alcolici sono inferiori alla media nazionale, così come per le sole donne, le prevalenza delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici; unico valore al di sopra della media nazionale si rileva tra i consumatori di amari di sesso maschile.
Per entrambi i generi tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale . (*vedi* ***Tabella IV.1-IV.2***).

Puglia
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 77,5% tra gli uomini e 46,4% tra le donne. Per entrambe i generi sono inferiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super

alcolici; l'unico valore superiore a quello medio nazionale è per i consumatori di amari di sesso maschile (48,6%) come già rilevato nelle ultime due rilevazioni.
Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti e *binge drinker* è inferiore alla media nazionale. Negli ultimi tre anni non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio. (*vedi* ***Tabella IV.1-IV.2***).

Basilicata
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 78,9% tra gli uomini e 43,0% tra le donne ed in quest'ultimo caso il valore risulta inferiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore al dato medio italiano sia per gli uomini che per le donne. Le prevalenze di consumatrici di vino e di birra sono più basse della media italiana ma in quest'ultimo caso il valore è aumentato di +5,5 pp rispetto alla precedente rilevazione.
L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambe i generi una prevalenza di consumatori fuori pasto al di sotto della media nazionale; è al di sotto della media nazionale, tra le sole donne, la prevalenza delle consumatrici eccedentarie, *binge drinking* e delle consumatrici a rischio.
Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 né delle prevalenze dei diversi comportamenti a rischio (*vedi* ***Tabella IV.1-IV.2***).

Calabria
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 78,6% tra gli uomini e 46,5% tra le donne ed in quest'ultimo caso il valore risulta inferiore alla media nazionale. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di birra e di amari mentre tra le donne è inferiore alla media la prevalenza delle consumatrici di vino e super alcolici.
L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati, mentre tra gli uomini la prevalenza dei *binge drinker* è superiore al dato medio nazionale.
Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 delle prevalenze dei diversi comportamenti a rischio ne delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate (*vedi* ***Tabella IV.1-IV.2***).

ITALIA INSULARE

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2015 pari al 73,9% tra gli uomini (valore più basso rispetto a tutte le realtà territoriali analizzate) e al 43,7% tra le donne. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è la più bassa di tutte le realtà territoriali e risultano comunque inferiori alla media nazionale i valori delle prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) nel 2015 sono state inferiori alla media italiana e che la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è la più bassa di tutte le realtà territoriali considerate.
Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (***Tabella IV.1-IV.2***).

Sicilia
La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata pari al 72,2% tra gli uomini e al 43,2% tra le donne; per entrambi i generi tali valori risultano inferiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e super alcolici per entrambi i generi sono inferiori alla media italiana, per i soli uomini anche i valori relativi alla prevalenza dei consumatori di birra e di aperitivi alcolici.
Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso ad eccezione della prevalenza delle donne *binge drinker* che non si discosta in maniera statisticamente significativa dal dato medio.
Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* ***Tabella IV.1-IV.2***).

Sardegna
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano tra gli uomini (79,2%) e inferiore alla media nazionale tra le donne (45,2%) senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che la prevalenza delle donne che consumano vino è inferiore a quella nazionale, mentre la prevalenza dei consumatori di birra e di sesso maschile è superiore al dato medio, così come è superiore alla media nazionale la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2015 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei *binge drinker* per entrambi i generi, e le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio per gli uomini. Tra le donne infine si registra una prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie inferiore alla media nazionale. Per tutti gli indicatori considerati non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* ***Tabella IV.1-IV.2***).

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 2015 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 2015 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

A partire dal 1999 il SerD di Aosta ha organizzato un gruppo di lavoro "dedicato" agli alcolisti. Tale "*equipé* di alcologia" è costituita da un medico, una educatrice professionale, una psicologa e due infermieri.
Inoltre, il SerD prevede un "*day service*" di alcologia. Il *Day Service* garantisce una frequenza quotidiana di interventi medici ed educativi, si svolge su un arco temporale di 4 settimane ed è ad accesso immediato; l'utente alcolista, dopo essere arrivato al SerD e aver svolto un primo colloquio con il medico, viene inserito nel *Day Service* e intraprende un programma di disintossicazione e riabilitazione psicosociale.

REGIONE PIEMONTE

La presa in carico dei pazienti alcolisti si realizza nel Dipartimento delle Dipendenze, negli ambulatori presenti con una diffusione capillare in tutto il territorio, per potenziare al massimo attraverso la vicinanza e l'accessibilità l'incontro fra il bisogno e l'offerta d'aiuto. Ad integrazione e sviluppo della presa in carico il Dipartimento fa fronte al fenomeno dell'alcoldipendenza attraverso la rete territoriale dei Servizi di Alcologia situati sul territorio e strutturati da un lato per la presa in carico clinica integrata dei soggetti alcoldipendenti, dall'altro per il contrasto del fenomeno.
Ogni cittadino con problematica di alcodipendenza o abuso, nel momento in cui si rivolge ad uno degli ambulatori del DPD riceve una accoglienza e viene ingaggiato in un percorso multiprospettico di diagnosi e cura dove incontra l'*equipé* multiprofessionale e trova una risposta clinica alla sofferenza che sempre accompagna la condizione di dipendenza. Ogni nucleo familiare coinvolto ha la possibilità di confrontarsi e affidarsi all'*equipé* per ricevere supporto nel percorso clinico e di cambiamento, correggere gli errori relazionali, potenziare strategie evolutive orientate a condividere stili di vita sani, supporto nel carico emotivo e concreto determinato da una patologia severa e che si protrae a lungo nel tempo. I Servizi di alcologia si interfacciano regolarmente per la gestione dei percorsi clinici dei pazienti multiproblematici con gli ambulatori del DSM ed i Servizi sociali del territorio; svolgono funzioni di consulenza nei confronti dei reparti ospedalieri e dei medici di medicina generale; articolano altresì percorsi di valutazione e trattamento specifici per pazienti inviati dalla Medicina Legale, in relazione a misure sospensive dell'autorizzazione alla guida o di verifica dell'idoneità al rilascio del porto d'armi.

La prassi di lavoro clinico in ambito alcologico vede emergere negli anni della crisi, un diffuso fenomeno di disagio sociale, economico e relazionale, che si traduce in problematiche alcologiche, di diverso impatto sugli stili di vita e di diversa gravità.
Pertanto i Servizi Alcologici del Dipartimento, in collaborazione con il privato accreditato, si sono dotati di percorsi trattamentali specifici ed adattabili alle diverse situazioni, che affiancano agli obiettivi e strumenti clinici abituali, l'obiettivo del contrasto della marginalità sociale e gli strumenti della riabilitazione sociale.
Nello specifico si evidenziano due ambiti di intervento, che fino a qualche anno fa non erano utilizzati per i pazienti alcoldipendenti, ossia:

- Il supporto socio-lavorativo con percorsi di orientamento individuali e gruppali, tirocini terapeutico riabilitativi anche agganciati a fasi trattamentali di tipo residenziale, percorsi di inserimento lavorativo costruiti in collaborazione con i centri per l'impiego ed altre agenzie di inserimento al lavoro
- La domiciliarità, nelle sue varie articolazioni, con interventi di supporto al mantenimento dell'autonomia abitativa, momenti di socialità guidata ed attività di inclusione sociale, accompagnamenti ai luoghi di cura e supporto della *compliance* ai trattamenti, laboratori espressivi

REGIONE LOMBARDIA

- d.g.r. n.3654/2015 approva il Piano Regionale di Prevenzione per il 2015-2018, tra l'altro in particolare, il programma: "Scuole che promuovono Salute" e il programma "Rete Regionale per la Prevenzione delle Dipendenze", gli aspetti di entrambi sono approfonditi al punto 2;
- d.g.r. n.3945/2015, approva e definisce la nuova Unità di Offerta Sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle Dipendenze al fine di migliorare la rete di cura e trattamento delle dipendenze per aumentarne l'efficacia, la flessibilità e l'innovazione;
- d.g.r. n.6975/2015, approva l'avvio del "Sistema Integrato Analisi e Previsione Abuso Dipendenze – SIAPAD" in grado di fornire elementi di programmazione e di verifica delle azioni in tema di abuso di sostanze lecite ed illecite, delle dipendenze patologiche e anche non da sostanze. Lo strumento è in grado di ipotizzare scenari evolutivi del fenomeno relativo alla diffusione di sostanze illegali nella popolazione nazionale e regionale, e di permettere, di conseguenza, una tempestiva programmazione delle azioni di contrasto, con particolare riferimento ai settori dell'intervento socio-sanitario.

I provvedimenti introdotti in questi anni hanno formato la base su cui sono state elaborate le "**Linee Guida**", lo strumento tecnico che ha favorito lo sviluppo del **Piano di Azione Regionale per le Dipendenze** (P.A.R.), nel quale venivano individuati gli obiettivi da realizzare negli ambiti dell'educazione, della prevenzione e del trattamento delle dipendenze e che ha dato la possibilità di affrontare, con nuove prospettive, i problemi dell'uso/abuso/dipendenza.

L'indirizzo di contrasto del fenomeno di uso/abuso dell'alcol viene trattato, come per altre forme di dipendenza, non solo da un punto di vista dei trattamenti, ma anche attraverso la partecipazione di altri riferimenti, coinvolgendo i soggetti della società civile, così da poter fornire risposte appropriate.
A tal fine, è stato costituito il **Gruppo di Approfondimento Tecnico** (GAT), con l'obiettivo di integrare e coinvolgere questi soggetti per definire le azioni idonee a una politica corrispondente alle strategie di condivisione del problema.
Questo strumento di *governance*, impostato da Regione Lombardia, riesce a mantenere un fenomeno così composito, entro i confini del sistema di cura sociosanitario e sanitario, grazie a una metodologia che permette una maggiore capacità di ascolto dei soggetti coinvolti (mondo del lavoro, della scuola, del tempo libero, della sanità, della sicurezza, dei servizi, ecc.) e una significativa condivisione delle strategie.
Visti i risultati degli anni precedenti, nel 2015, si è passati al consolidamento e alla messa a punto definitiva del sistema di rete dei servizi, con una serie di azioni, tra cui offrire una residenzialità alle persone aventi caratteristiche di cronicità, individuando una nuova unità di offerta e con attività occupazionali, relazionali e d'inclusione sociale.
A seguire, si sono costituiti dei contesti specifici per l'accoglienza di adolescenti con problemi di consumo, abuso e dipendenza.
Il nuovo approccio propone anche nuove modalità d'intervento a favore di persone con comportamenti compulsivi, fonte di nuove forme di abuso, spesso correlata all'uso di alcol. Per finire, sì è voluto favorire, nel maggior modo possibile, gli interventi sociosanitari di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi che riguardano la popolazione giovanile.
Questa revisione del modello d'intervento, non può prescindere dalla ridefinizione del modello di valutazione dei bisogni delle persone affette da dipendenze che deve essere indirizzato verso una maggiore personalizzazione e coerenza rispetto ai reali bisogni della persona.
Si tratta di un complesso processo di valutazione multidimensionale indispensabile 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 messa in pratica di questa nuova revisione è diretta dal Gruppo Tecnico composto dai referenti della Regione, dai Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze e dai rappresentanti del Terzo Settore.

P.A. BOLZANO

Il funzionamento della rete delle offerte di riabilitazione ambulatoriale e residenziale per il settore "Alcologia" è garantito dal Servizio Sanitario Provinciale e da Organizzazioni privati convenzionati con l'Amministrazione provinciale e/o con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
Anche nel 2015 è proseguito il consolidamento dei modelli di collaborazione vincolante in atto, per garantire anche in futuro il diritto all'assistenza e aggiornare l'offerta di

servizi. I Servizi pubblici dell'Alto Adige e le Organizzazioni private convenzionate operanti nell'ambito "Alcoldipendenze" hanno proseguito e incentivato nell'anno 2015 il lavoro di rete e la collaborazione con tutto il sistema dei Servizi sanitari e sociali del territorio.

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

- la predisposizione di ulteriori offerte di consulenza differenziate per genitori e giovani da parte dei Ser.D;
- l'intensificazione della collaborazione fra le strutture ambulatoriali (Ser.D, strutture private convenzionate) e le strutture residenziali/semiresidenziali/ospedaliere private e pubbliche operanti in Alto Adige;
- l'attività di consulenza psicologica dell'ambulatorio "Alcologia" presso l'Ospedale di Bolzano;
- la prosecuzione, il rafforzamento e l'incentivazione della collaborazione con i medici ospedalieri, i medici di medicina generale, i Centri di Salute Mentale, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e le Organizzazioni private convenzionate;
- la diffusione capillare di materiale informativo (anche attraverso siti web), con l'obiettivo di dare visibilità ai Servizi sulla loro ubicazione, la loro organizzazione e l'offerta di prestazioni;
- le consulenze effettuate presso la clinica privata "S. Anna" di Merano ove, attraverso apposita convenzione, vengono ricoverate persone per la disassuefazione da alcol e per patologie alcol-correlate.
- la collaborazione con la Commissione Medica Multizonale che invia pazienti ai Servizi competenti per interventi medico-legali dai quali in alcuni casi è emerso un problema di abuso/dipendenza favorendo quindi l'accesso della persona interessata alla dimensione trattamentale/curativa;

Iniziative adottate per migliorare la qualità dei trattamenti sanitari ed assistenziali sono state:

- l'organizzazione della clausura annuale con i collaboratori dei quattro Ser.D. operanti in Alto Adige;
- l'organizzazione di 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;
- l'attivazione e monitoraggio di protocolli di intesa mirati all'implementazione del lavoro di rete tra servizi;
- la prosecuzione dei rapporti di collaborazione con le realtà associative riconosciute;
- la partecipazione di tutti i Servizi competenti a diversi gruppi di lavoro e di consulenza per il miglioramento della gestione dei progetti terapeutici e socio-riabilitativi;

- l'offerta di ambulatori dedicati all'interno dei Ser.D (con accesso differenziato per consulenze a giovani e famiglie);
- l'implementazione e utilizzo nei Ser.D e nelle strutture convenzionate del Sistema Informativo Informatizzato denominato "IPPOCRATE";
- la verifica dei protocolli operativi sulla qualità degli interventi;
- la prosecuzione della collaborazione tra il Reparto Medicina dell'Ospedale di Bolzano ed i Servizi ambulatoriali del Comprensorio Sanitario di Bolzano per migliorare la qualità dell'assistenza nei ricoveri di disintossicazione alcolica ed per abbreviare il tempo della degenza.

P.A. TRENTO

Su tutto il territorio della Provincia Autonoma di Trento sono attivi undici Servizi di Alcologia indipendenti dal Ser.D., sebbene entrambi i Servizi facciano parte di un unico Dipartimento Dipendenze Interdistretto. I Servizi di Alcologia assicurano visite alcologiche senza tempi di attesa, con accesso diretto e gratuito. In ogni Servizio di Alcologia (organizzazione di tipo funzionale) è presente un Responsabile –medico o psicologo, dipendente o convenzionato - che dedica alcune ore del proprio orario settimanale al Servizio di Alcologia e almeno un Operatore di Rete (educatore professionale, assistente sociale, infermiere, terp).

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

Progetto RAR/RPS (Referente Alcologico di Reparto/Referente per la Promozione della Salute): in tutti i Reparti Ospedalieri della Provincia è attivo almeno un Referente Alcologico e per la Promozione della Salute (figura professionale solitamente Infermiere) specificatamente formato per svolgere colloqui motivazionali con le persone - e se possibile con le loro famiglie- con problemi alcol correlati (p.a.c.) o altri problemi legati ad altri stili di vita ricoverate in Reparto, al fine di inviarle ai Servizi di Alcologia o ad altri Servizi specialistici, o direttamente ai gruppi del Quarto Settore del territorio.

Le persone con p.a.c. o con problemi legati a stili di vita non salutari vengono individuate attraverso su un'apposita scheda anamnestica sugli stili di vita somministrata a tutti i pazienti al momento del ricovero, indipendentemente dalla patologia presentata. Tale Progetto, e quindi anche la figura che ne consegue, è ormai stabilizzato da lungo tempo, ma nel 2015 ha avuto un'evoluzione importante e attenta alla multidimensionalità della persona: da "solo" RAR a RAR/RPS.

Incontri di sensibilizzazione/informazione per gruppi omogenei di persone attive nel sociale (ass. sociali, educatori professionali, sacerdoti, insegnanti, forze dell'ordine, amministratori pubblici, associazioni di genitori, esercenti, allenatori, volontari che operano nel sociale, ed altre) al fine di informarle e sensibilizzarle rispetto agli stili di vita e ai problemi alcol correlati, e per incoraggiare l'invio delle persone con pac ai Servizi di Alcologia.

Incontri rivolti specificatamente 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 e Centri anti-fumo.

Coordinamento dei Servizi di Alcologia presenti sul territorio provinciale da parte del Servizio di Alcologia centrale, finalizzato al coordinamento delle attività sia di trattamento che di prevenzione e di promozione della salute dei vari Servizi di Alcologia territoriali, con l'obiettivo di raggiungere un'equità nei servizi erogati (una famiglia con problemi di alcol, in qualunque punto del Trentino abiti, avrà accesso alle stesse opportunità)

Presso i Servizi di Alcologia di Trento e di Rovereto sono attivi due Centri Antifumo, coordinati anch'essi 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 Alcologiche fanno parte di un più ampio sistema dei Servizi per le Dipendenze che, nella Regione Veneto, è rappresentato dal Dipartimento per le Dipendenze. Ciascuna Azienda Unità Locale Socio Sanitaria ha istituito il Dipartimento secondo le indicazioni e le linee tecniche regionali previste dalla Delibera della Giunta Regionale n. 2217/1999, che raggruppa al proprio interno sia le Strutture pubbliche, sia il Volontariato e il Privato sociale interessato alla cura della dipendenza da alcol.

Nella Regione Veneto, il 2015 è caratterizzato da un sostanziale mantenimento del sistema dei Servizi che si occupa delle problematiche alcol correlate. Le sedi dei Servizi per l'alcologia sono sostanzialmente le stesse da diversi anni, 37 in totale. Le 21

Aziende ULSS in cui è articolata la Regione sono così organizzate: 6 Aziende hanno una sola sede, 12 Aziende hanno due sedi, le atre 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 Associazione 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 2015, all'incirca gli stessi degli anni precedenti, che si dedicano in modo esclusivo all'attività alcologica nel 13,7% dei casi, mentre l'86,3% è impegnato a tempo parziale, dovendosi occupare per il resto del tempo anche di altre patologie, soprattutto di altre dipendenze.

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

Il miglioramento della qualità degli interventi si persegue anche attraverso la sottoscrizione di accordi e la predisposizione di protocolli tra vari Servizi di Alcologia, le Divisioni specialistiche ospedaliere e altri Servizi della rete territoriale, in particolare: Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.), Medici di Medicina Generale (M.M.G.), Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro (S.P.I.S.A.L.), Servizi integrazione lavorativa (S.I.L.), Consultori familiari (C.F.), Servizi tutela minori, Neuropsichiatrie infantili (N.P.I.), Unità Operative per la Disabilità, Servizio di Educazione e Promozione della Salute (S.E.P.S.).

Altri soggetti importanti per il potenziamento della rete alcologica 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 2015 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'alcologia, fornendo loro strumenti per l'applicazione del *counseling* breve motivazionale nei propri ambiti lavorativi. Si è potuto constatare come tale proposta

rafforzi il coordinamento dei diversi interventi sulle problematiche alcol correlate, agevoli l'individuazione precoce di situazioni a rischio e favorisca ulteriormente l'invio e l'accesso al Servizio specialistico di Alcologia.

REGIONE FRIULI -VENEZIA GIULIA

Si sono sviluppate collaborazione di rete fra i Servizi, anche grazie ai Piani di Zona locali, molti dei quali centrati ad aumentare la sensibilizzazione del problema e a favorire l'accesso ai Servizi, piani costruiti in stretta collaborazione con le Organizzazioni di volontariato (CAT e altre associazioni locali).

REGIONE LIGURIA

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

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

L'accesso ai Servizi non necessita di alcuna prenotazione, l'accesso è diretto e offerto 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. Presso alcune ASL, per facilitare l'accesso al Servizio della popolazione del territorio sono attivi ambulatori decentrati.

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 alcologici presenti in ogni distretto migliorandone la qualità.
Ad alcuni NOA è stato concesso l'accreditamento regionale e la certificazione di qualità del sistema inglese HQS per il Servizio di alcologia

In tutti i Ser.T è presente un ambulatorio infettivologico-internistico con personale dedicato che si occupa del trattamento e della prevenzione delle patologie organiche

correlate e degli accertamenti di laboratorio indispensabili in questo settore (accertamenti per provvedimenti giudiziari, per revisione patenti, per accertamenti di idoneità al lavoro, per controlli HIV, epatite C, epatopatie alcoliche, ecc).

Particolarmente importante è l'attività per la revisione patenti per guida in stato di ebbrezza che vanno svolte in tempi coordinati con quelli della Commissione medico-legale.
Personale qualificato effettua inoltre consulenze urgenti presso le case circondariali e i reparti ospedalieri per patologie alcol correlate.
Sono state attivate collaborazioni con il tribunale ordinario, il tribunale per i minori e l'UEPE per gli affidi terapeutici alternativi alla carcerazione o trattamenti ordinati dai magistrati.

Nel 2015 sono stati mantenuti standard elevati di prestazioni in relazione alle visite per la revisione della patente. Inoltre è stata sperimentata una forma di cooperazione con i medici di base.

L'attività dei NOA ha visto lo sviluppo della "*Rete alcologica metropolitana*" che ha come finalità l'implementazione degli interventi clinici e di prevenzione, la formazione per il personale sanitario e la cooperazione con le Associazioni operanti nel settore.
Si sono rafforzate ed implementate le già presenti sinergie e convergenze con l'Alcologia dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST di Genova attraverso la condivisione degli obiettivi e dei trattamenti, pur mantenendo ognuno la sua autonomia e specificità.
Il Servizio è costituito da due psichiatri a tempo pieno, che effettuano anche il servizio di guardia attiva presso il SPDC di zona, 1 psichiatra borsista a part-time, 3 psicologi part-time, un educatore professionale e un'assistente sociale a tempo pieno, un'infermiera professionale dedicata a tempo pieno e due infermiere professionali part time.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

In Emilia Romagna sono attivi 41 Centri Alcologici ambulatoriali che afferiscono ai Servizi per le Dipendenze Patologiche delle Aziende USL, inquadrati a loro volta nell'articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Il personale è costituto da *equipes* pluriprofessionali a scavalco tra Ser.T. e Centro Alcologico tranne alcune unità a tempo pieno in due realtà territoriali.

Nei Servizi per le Dipendenze Patologiche della Regione operano circa 800 operatori, di cui poco meno di 300 sono impegnati anche nei Centri Alcologici con una media di 14 ore a settimana.

In ogni Azienda USL, su richiesta della Regione, è stato nominato un professionista denominato "Coordinatore alcologico aziendale" dotato di competenza in alcologia e con ruoli organizzativi riconosciuti al fine di migliorare le risposte fornite.

In ogni AUSL è attivo inoltre un Osservatorio per le Dipendenze Patologiche che coordina la raccolta dei dati epidemiologici su record individuali trasmettendoli all'Osservatorio regionale.

Sul territorio regionale sono attivi anche tre Centri Alcologici Ospedaliero-Universitari, precisamente a Parma, Modena e Bologna

REGIONE TOSCANA

La Regione Toscana con il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010 ha avviato 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, portando avanti un importante processo di rimodellamento organizzativo dell'offerta territoriale, che è stato rafforzato anche dal Piano Sanitario e Sociale Integrato (2012-2015), ancora in atto.

Fra gli interventi più importanti si evidenziano 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.

Per migliorare l'accesso ai trattamenti e la qualità degli stessi, l'intervento dei Servizi è stato rivolto principalmente a:
- Realizzare incontri con Medici di Medicina Generale per promuovere e favorire la collaborazione professionale e gli interventi di rete. Tali incontri sono finalizzati a fornire strumenti per una diagnosi precoce e per interventi di *counselling* breve con successivo invio al servizio più adatto alle esigenze degli utenti.
- Definire in maniera più accurata le procedure relative ai trattamenti sanitari e assistenziali.
- Creare contatti con i medici dell'Ospedale e con gli operatori del Servizio Sociale territoriale e del DSM al fine di illustrare l'attività dell'equipe alcologica e favorire l'invio di bevitori problematici.
- Coinvolgere i familiari degli utenti nella cura.
- Predisporre percorsi differenziati in base alle esigenze degli utenti.
- Favorire contatti con i servitori insegnanti dei gruppi autoaiuto ACAT (Associazione dei Clib Acologici Territoriali) e con i responsabili AA (Alcolist Anonimi) per l'eventuale presa in carico e il trattamento degli utenti e dei familiari.
- Spostare alcune sedi con la finalità di creare uno spazio dedicato, più adeguato alle esigenze dell'utenza. Nei casi in cui ciò non è possibile, vi è comunque il tentativo di

organizzare il Servizio in modo da tener distinti gli orari di accesso alla sede per i pazienti con problematiche alcol-correlate e quelli dei pazienti affetti da altre patologie, ampliando ove necessario e possibile, il numero di ore di apertura dei Servizi.
- Creare gruppi di sensibilizzazione ed educazione rivolti ad utenti inviati dalle Commissioni Mediche Locali per il rinnovo patenti e ad utenti dei Centri Alcologia.
- Collaborare con gli operatori delle carceri, al fine di garantire ai detenuti tossico ed alcoldipendenti le stesse opportunità di trattamento che vengono assicurate agli utenti del servizio territoriale.
- Monitorare in maniera continua l'organizzazione del Servizio.
- Condividere i piani di trattamento e i programmi terapeutici con il paziente e discutere gli stessi in riunioni periodiche *d'equipé.*
- Stipulare convenzioni con alcune strutture residenziali.
- Collaborare con mediatori linguistici dei Paesi dell'Est e dei Paesi extracomunitari al fine di migliorare le informazioni che giungono agli utenti di tali comunità, sempre più presenti sul territorio.
- Per migliorare la connessione con la rete dei servizi si sono rafforzate le collaborazioni con i Pronto Soccorso, con alcuni reparti di gastroenterologia, malattie infettive, ginecologia e ostetricia, con i consultori giovani e gravidanze, con i Servizi Sociali, con il Tribunale dei Minori, con le Comunità Terapeutiche, con associazioni di volontariato e cooperative, con la Salute Mentale per la gestione dei casi più complessi.

Nel corso del 2015 sono inoltre proseguite le seguenti attività:
- Centro di ascolto e accoglienza per i figli, sia minorenni che maggiorenni, di persone e famiglie con problemi di alcol istituito dal Centro Alcologico Regionale Toscano in collaborazione con la SOD Alcologia dell'AOU Careggi. Il centro ha anche un ruolo di prevenzione di disagi futuri (psicopatologia, scarsa autostima, relazioni interpersonali difficili) che da letteratura sembrano essere presenti con maggiore probabilità nei figli che crescono in una famiglia con un problema di alcol rispetto alla popolazione generale.
- Progetto "Alcol: Interventi Brevi e sostegno ai soggetti in trattamento" (Lucca), per l'implementazione della metodologia dell'Intervento Breve.
- "Percorso SAT" svolto attraverso un gruppo informativo e di sostegno e rivolto ai pazienti con problematiche alcol-correlate ed ai loro familiari.
- "Gruppo di Educazione Alcologica (GEA)", rivolto ai soggetti con problemi alcol-correlati e alle loro famiglie.
- Conduzione dello sportello di ascolto CIC.
- Realizzazione e diffusione di materiale informativo specifico anche sui Servizi territoriali e sulle modalità di accesso a tali Servizi.
- Realizzazione di percorsi riabilitativi di inserimento sociale.
- Inserimenti residenziali a breve e medio periodo.
- Interventi terapeutici e motivazionali all'interno degli istituti penitenziari.
- Formazione specifica in ambito alcologico (Master Alcol e Tabacco, convegni)
- Diffusione dell'informazione sull'accesso ai Servizi attraverso il foglio di accoglienza aggiornato e la carta dei Servizi.

- Interventi di comunità e di Empowerment dei contesti di vita.
- Interventi informativi negli Istituti Scolastici.

REGIONE UMBRIA

I Servizi territoriali di Alcologia afferiscono ai Dipartimenti per le dipendenze, presenti in ciascuna Azienda Sanitaria Locale, e sono articolati in Unità Operative distribuite in maniera omogenea in tutto il territorio regionale, di norma una per ciascun distretto sociosanitario, nella maggior parte dei casi collocate in sedi diverse dai Ser.T., nel complesso, in Regione sono presenti 11 Unità Operative di Alcologia, che assicurano:

- Interventi di prevenzione e promozione della salute. I servizi di alcologia fanno parte delle Reti di promozione della salute, attivate presso ciascuna ASL e composte da tutti i Servizi coinvolti in questo tipo di attività; le metodologie più frequentemente utilizzate fanno riferimento ad un approccio di comunità.
- La presa in carico, attraverso trattamenti multidisciplinari integrati, delle persone con uso problematico o dipendenza da alcolici.
- La realizzazione di interventi:
  - rivolti alla riduzione dei rischi e dei danni associati all'uso di alcolici;
  - a supporto dell'inclusione sociale e lavorativa;
  - rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate;
  - rivolti alle famiglie.

I Servizi nella maggior parte dei casi hanno sedi distinte rispetto ai Ser.T. e personale specificamente dedicato, anche se, in molti casi, in *part time* con altri Servizi.

Nel caso di utenti multiproblematici, assicurano una presa in carico integrata con i Servizi portatori delle necessarie competenze, poiché hanno sviluppato integrazioni ormai consolidate con gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, le risorse del Privato sociale accreditato.

I Servizi di alcologia hanno inoltre un rapporto "storico" con le Associazioni di auto mutuo aiuto, soprattutto l'Associazione dei Club Alcologici Territoriali ed Alcolisti Anonimi, entrambe presenti in tutto il territorio regionale.

Gli operatori dell'Alcologia assicurano una presenza costante all'interno degli Istituti penitenziari, con realizzazione, oltre a colloqui ed attività informative, di gruppi di sostegno e di auto mutuo aiuto.

I Servizi assolvono infine a pratiche inerenti il rilascio di certificazioni a valenza medico legale, che comportano un notevole carico di lavoro; in particolare, accolgono le persone fermate per guida in stato di ebbrezza, secondo procedure stabilite da un protocollo regionale, DGR n. 1423 del 3/9/2007, "Protocollo per procedure sanitarie a

seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza", che includono attività diagnostiche, informative e di sensibilizzazione, colloqui individuali e gruppi.

I Servizi garantiscono un buon livello di accessibilità, con massima semplificazione delle procedure di contatto e di accoglienza; gli utenti accedono con contatto diretto e/o telefonico, non necessita alcuna richiesta medica né pagamento di *ticket;* non esistono liste di attesa.

L'ampliamento delle opportunità di accesso è stato rivolto in particolare a quei *target* che usufruiscono con difficoltà, per svariati motivi, dei Servizi percepiti come "*tradizionali*"; in questo senso, sono state attivate le seguenti strategie:

- avvio di sperimentazioni per l'accoglienza di giovani (adolescenti/giovani adulti) con problematiche connesse al consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali, attraverso *équipe* multidisciplinari e con utilizzo di sedi appropriate;
- attività di formazione e sensibilizzazione rivolte ad operatori socio sanitari di Servizi diversi, focalizzate in particolare sul *Minimal Advice* e sul Colloquio Motivazionale Breve in tema di alcol, per favorire l'identificazione delle situazioni a rischio e consentire un approccio precoce ai Servizi;
- la collocazione dei Servizi in sedi autonome o comunque con caratteristiche logistiche che favoriscano una percezione non stigmatizzante.

A supporto della programmazione e dell'attività dei Servizi, sono state sviluppate le attività di monitoraggio e rilevazione epidemiologica a cura dell'Osservatorio epidemiologico regionale per l'area delle dipendenze (istituito con DGR n. 1847/2011).

REGIONE MARCHE

Nella Regione si evidenzia quindi una situazione in cui a fronte di una diffusività del fenomeno, buona è la capacità di attrazione da parte dei Servizi.
Il buon grado di accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali trova riscontro in diversi aspetti che si sono sviluppati e consolidati nel corso degli anni: uniforme distribuzione dei Servizi nel territorio regionale, integrazione dei Servizi, investimento nella specializzazione di alcuni Servizi nell' area alcologica.

I cinque DDP dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale – ASUR, che hanno competenza nelle Aree Vaste coincidenti con le cinque Provincie della Regione, si articolano in quattordici Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (STDP), i quali, in tutti i casi, dispongono di un ambulatorio territoriale che, tra le altre dipendenze, si occupa anche di alcol.

Agli ambulatori territoriali si aggiungono sei Servizi con una *equipé* specialistica per le problematiche etiliche: *Unità Operativa Semplice Alcologia* ad Urbino (DDP AV1 Pesaro), *U.O.S. "Alcol e Sostanze illegali" Centro di Alcologia Clinica* a Falconara

(DDP AV2 Ancona), *Nucleo Alcoldipendenze* a Civitanova Marche e Ambulatorio territoriale del STDP che si occupa esclusivamente di dipendenza da alcol c/o Ospedale di Tolentino (entrambi DDP AV3 Macerata), *U.O.S. Ambulatorio Alcologico* a Porto Sant'Elpidio (DDP AV4 Fermo) e *Ambulatorio Alcologico* a San Benedetto (DDP AV5 San Benedetto).

Dal punto di vista operativo l'attenzione posta alla definizione ed attuazione di sistemi integrati ha prodotto un rilevante lavoro di rete svolto sia all'interno del sistema dei Servizi sanitari che sul territorio.

Numerose e consolidate sono le collaborazioni, attraverso protocolli ed accordi, tra i servizi dei DDP che si occupano di alcologia e le varie unità specialistiche sia ospedaliere che territoriali. Gli accordi, finalizzati a garantire le consulenze specialistiche ed alla predisposizione e gestione dei progetti d'intervento, coinvolgono i Dipartimenti di Salute Mentale, i Pronto Soccorso, le UO ospedaliere, in particolare di Neurologia e di Medicina, i MMG, le Unità Multidisciplinari Minori (UMEE) e Adulti (UMEA), il Comitato Trapianti Epatici delle Aziende ospedaliere, i Dipartimenti di Prevenzione e Sicurezza negli ambiente di lavoro.
Sul territorio, la rete dei servizi comprende un importante lavoro integrato anche con le tre Case di cura private convenzionate presenti nelle Marche, con i Servizi dei Comuni e degli Ambiti Territoriali Sociali –ATS, con le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate del privato sociale, le associazioni, il volontariato, tra cui in particolare gli Alcolisti Anonimi oltre ai CAT ed Alanon, le cooperative sociali.

Nel campo della sanità penitenziaria, gli operatori assicurano la propria presenza, periodica e costante.

Tre dei DDP (AV1 Pesaro, AV2 Ancona e AV5 San Benedetto –Ascoli Piceno) della Regione Marche dispongono, in collaborazione con il Privato sociale, del Servizio di Unità di Strada. Infine anche rispetto all'area dell'intercettazione ed al contatto precoce, i Servizi per l'alcologia delle Marche operano in costante e stretta sinergia con i vari servizi territoriali e con le Agenzie sia educative che del tempo libero: Ambiti Territoriali Sociali, Forze dell'Ordine, Scuole, Centri di Aggregazione Giovanile, Associazioni sportive, Parrocchie, Esercizi pubblici ed Imprese private.

Alla disponibilità sul territorio dei Servizi si associa un buon livello di accessibilità. Tutti i Servizi garantiscano ampie fasce orarie di apertura al pubblico e gli utenti accedono con contatto diretto, libero o telefonico, e senza pagamento *ticket.* Solo per specifiche situazione è prevista una lista di attesa o la richiesta del medico curante.

Le *èquipe* deputate all'accoglienza ed alla predisposizione dei piani terapeutici personalizzati sono multiprofessionali (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri).

I Servizi favoriscono l'informazione anche attraverso la divulgazione della carta dei

Servizi, in alcuni casi, la produzione di opuscoli informativi o siti *web* ed un costante lavoro di organizzazione e/o partecipazione ad iniziative pubbliche per la sensibilizzazione al problema. La Regione Marche si è dotata recentemente di un *software* finalizzato al monitoraggio dell'utenza e delle attività relativamente alle dipendenze.

REGIONE LAZIO

Nella Regione Lazio è attivato da diversi anni il Centro di Riferimento 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.

Il CRARL, nel 2015, ha promosso le seguenti iniziative:

- è stato attivato un Servizio di monitoraggio della positività per alcolismo attraverso la somministrazione dell'Audit al momento del Triage nel DEA del Policlinico Umberto I;
- è proseguita l'attività volta ad incrementare il numero degli assistiti con la stipula di contratti a termine per medici, psicologi e assistenti sociali;
- sono stati effettuati due Corsi di Formazione teorica e due di Formazione pratica (Roma e Rieti) per gli operatori della Regione per promuovere la *Evidence Based Medicine* nel settore alcologico;
- sono stati firmati Protocolli di Intesa con: associazioni del Terzo Settore, Ordini professionali (avvocati, psicologi, assistenti sociali, giornalisti, infermieri) italiani.

REGIONE ABRUZZO

In Abruzzo per l'assistenza e la cura dei soggetti alcoldipendenti, sono operative complessivamente 10 Servizi per le dipendenze, comprensivi anche dei 2 specifici Servizi di Alcologia (Ser.A) funzionanti autonomamente nel corso dell'anno 2012 (uno a Chieti ed uno a Pescara), ormai incardinati all'interno dei Servizi per le dipendenze, così gli 8 Ser.T (Avezzano, Vasto, Lanciano, L'Aquila, Sulmona, Giulianova, Nereto e Teramo), che seguono anche i soggetti con problematiche alcol-correlate. Tutte le strutture preposte assicurano l'accesso ai trattamenti sanitari per la dipendenza da bevande alcoliche e le attività di sensibilizzazione/informazione rivolte alla popolazione generale e a *target* specifici - prevalentemente giovani.

Nell'anno 2015 gli operatori di detti Servizi hanno condotto diversi interventi sul territorio, per rispondere ai bisogni e per favorire l'accesso alla cura, soprattutto nel territorio aquilano dove la popolazione è ancora sofferente a causa del sisma del 06.04.2009.

Proprio nell'area del capoluogo di regione è in funzione uno spazio di *counseling* per minori, sia presso la sede del Centro Diurno Terapeutico (CDT) sia presso alcuni Istituti Scolastici del territorio.
Infatti, nell'ambito delle attività del CDT di L'Aquila, sono stati realizzati, per gli utenti (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 invianti e per il rafforzamento di una rete di Servizi a sostegno delle persone disagiate.

Presso il Servizio di Chieti è proseguito uno specifico programma di sensibilizzazione e rieducazione per persone con problemi relativi alla guida in stato di ebbrezza, che ha previsto la frequenza di un gruppo psico-educativo oltre a colloqui alcologici 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 2015 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 Dipendenze patologiche hanno realizzato programmi terapeutici garantendo l'accesso ai trattamenti sanitari ed essenziali per gli alcoldipendenti.
La costante affluenza degli utenti dimostra come la politica condotta nel corso degli anni ha favorito un buon utilizzo dei Servizi che si rivela quale sistema sufficientemente consolidato per sostenere le famiglie coinvolte in questa annosa problematica anche in collaborazione con i CAT, gruppi di auto-mutuo-aiuto presenti sul territorio.

I Servizi garantiscono consulenze nei vari reparti ospedalieri provvedendo alla presa in carico ed al trattamento post-ospedaliero.
Le attività ambulatoriali sono state strutturate in maniera da offrire all'utenza risposta immediata ai problemi alcol correlati, trattamenti strettamente sanitari, anche con terapie sostitutive e risposte più complesse e integrate attraverso personalizzazione di terapie sia di tipo medico sia psicosociale, terapie di gruppo.

Una collaborazione con i medici di Medicina Generale mirate a favorire la conoscenza e all'opportunità di rivolgersi al Servizio da parte dei pazienti e dei familiari.

Si provvede, dove il caso lo richiede, all'invio dei pazienti in strutture specializzate, Centri di Alcologia, non presenti sul territorio molisano.

Una stretta collaborazione con Tribunali degli adulti e minorenni per la definizione e attivazione di programmi di osservazione e messa alla prova di soggetti con P.A.C.

REGIONE CAMPANIA

Le AASSLL della Regione Campania hanno raggiunto un livello uniforme di offerte di prestazioni specifiche relative alla presa in carico degli utenti alcolisti con particolare riferimento all'accoglienza rapida, diagnosi e trattamento di tipo farmacologico e/o integrato con interventi di tipo psicosociale.

Complessivamente vi è uno sforzo istituzionale di tipo organizzativo, professionale e culturale teso ad aprire e innovare l'intero sistema dei Servizi verso gli alcolisti e i consumatori problematici di alcol al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza nei confronti delle problematiche complesse e variegate legate ai consumi problematici di sostanze alcoliche.

Si segnala, in particolare:
- Unità di Strada e struttura a bassa soglia (*drop in*) facilitanti l'invio alla rete assistenziale territoriali ed ospedaliera e orientata all'aggancio di migranti clandestini e senza fissa dimora e spesso clandestini, ma anche di quelli che rientrano nell'area dei rifugiati utilizzando le funzioni per i soggetti affetti da disagio mentale *(ASL NA1).*

- Implementazione delle reti di assistenza territoriale ed ospedaliera (Medici di famiglia Pronto soccorso - 118¸ Divisione Ospedaliere di Malattie Infettive; DSM; Guardie Mediche, SAUT, Medico competente, ecc.) e Forze dell'Ordine, Comuni, Piani di Zona, Farmacie, Associazioni di Volontariato da parte dei seguenti Servizi : *ASL Salerno (SERD Agropoli,Vallo della Lucania, Battipaglia); ASL BN (SERD Benevento, Telese Terme, Montesarchio); ASL NA3 SUD (SERD Castellamare di Stabia; UOSP Alcologia Somma Vesuviana); ASL CE* .

- Linea verde dedicata ai problemi alcol correlati (*ASL NA2 NORD).*

REGIONE PUGLIA

Il quadro assistenziale complessivo è costituito da Servizi Sanitari territoriali (Ser.T e, in alcune realtà, da specifici Servizi di Alcologia) e ospedalieri (pubblici e privati) oltre a realtà del Privato sociale e del Volontariato (Alcolisti Anonimi e CAT, nonché Comunità terapeutiche che prendono in carico anche soggetti affetti da abuso/dipendenza da alcol).

Sul territorio regionale si rileva una modalità omogenea di prestazioni che prevede:
1. accesso dei soggetti alcolisti, ai trattamenti presso i Ser.T o gli specifici Servizi di Alcologia, attraverso una diversificazione delle giornate e degli orari d'ingresso rispetto ad utenti tossicodipendenti.
2. interventi di rete finalizzati alla presa in carico del paziente alcolista, unitamente alla sua famiglia, attraverso sistematici e continuative forme di collaborazione con realtà territoriali quali: Caritas Diocesane, Centri Parrocchiali, UEPE, USSM, ecc..
3. costante collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale del territorio per la presa in carico di alcolisti con doppia diagnosi.
4. forme di collaborazione tra Ser.T e Strutture Ospedaliere Territoriali che prevedono la presenza e la collaborazione degli operatori dei Ser.T nei reparti di medicina interna.

REGIONE BASILICATA

Si conferma sul territorio regionale il consolidamento della rete alcologica assistenziale e di supporto che vede coinvolti, oltre il Ser.T., i medici di medicina generale, i reparti di medicina generale, le Associazioni e i Servizi sociali comunali.
Si conferma anche il "tempo zero" per l'accoglienza, la presa in carico e l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali all'utenza, da parte della maggioranza dei Ser.T presenti sul territorio.

REGIONE CALABRIA

Le iniziative attraverso le quali la Regione Calabria, e di conseguenza le Aziende Sanitarie, hanno lavorato nell'anno 2015 sono state volte a favorire l'accesso dei soggetti con problemi alcol correlati al trattamento nei Servizi; in particolare sono state avviate campagne di sensibilizzazione sui rischi legati all'alcol e progetti finalizzati ad una maggiore conoscenza dei servizi dedicati alla presa in carico dei soggetti alcolisti.
Tra le modalità di "aggancio" sono stati sperimentati *setting* di ascolto innovativi rispetto ai tradizionali ambienti di lavoro, attraverso l'utilizzo di strumenti alternativi (camper attrezzato).
All'interno della riorganizzazione della rete di assistenza territoriale (di cui al D.C.A. n. 76/2015) è stata prevista l'attivazione di specifiche strutture residenziali e semiresidenziali per utenti alcol dipendenti.

REGIONE SICILIA

Nel corso dell'anno 2015 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

In Sardegna l'accesso al Servizio alcologico avviene senza impegnativa e non esistono liste d'attesa.

Gli ambulatori sono dislocati rispetto ai luoghi per il trattamento di altre dipendenze e la presa in carico, che si concretizza tipicamente nella stesura di un programma terapeutico riabilitativo individuale (PTRI), è globale (medico-farmacologico-psicologico-socio educativa) e contempla la dimensione della sofferenza nelle famiglie degli utenti in carico.

L'attività dei Servizi ricomprende altresì consulenze differenziate per *setting* (reparti ospedalieri, servizi sociali, strutture protette) e *life stage* (es. adolescenti).

Esistono inoltre protocolli operativi fra *equipe* di alcologia, da una parte, e MGG o reparti di medicina dei Presidi Ospedalieri, dall'altra, a garanzia dell'integrazione ospedale-territorio.

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

REGIONE VALLE d'AOSTA

Nel 2015 il SerD ha organizzato una capillare e impegnativa campagna di prevenzione e promozione della salute in tema di alcol e danni alcol correlati. Tale campagna si tradotta in serate pubbliche, rivolte alla popolazione generale, tenute in quasi tutte le biblioteche comunali della Valle d'Aosta e in una campagna di formazione rivolta agli insegnanti e portata nel 50% delle scuole superiori della Valle d'Aosta.

REGIONE PIEMONTE

La Regione Piemonte è da diversi anni impegnata nella sorveglianza e nella prevenzione delle patologie e dei danni alcol correlati, con una particolare attenzione rivolta al mondo giovanile. Il Piano Regionale di Prevenzione della Regione Piemonte propone infatti diverse linee di intervento e progetti rivolti a vari contesti, in particolare a quello educativo quale è la scuola. In tale ambito, infatti, è possibile aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei loro atteggiamenti verso il consumo di bevande alcoliche, favorire atteggiamenti responsabili negli studenti con particolare riferimento alla guida sotto effetto di alcol/sostanze, anche attraverso l'informazione sugli effetti dell'alcol sulle abilità di guida e su contenuti specifici relativi alla normativa del codice della strada e al sistema sanzionatorio. In molte scuole della Regione già da anni utilizzano il programma "*Unplugged*" che viene inserito come attività stabile nel POF scolastico. **"*Unplugged*"** è un programma di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute, basato sul modello dell'influenza sociale, formulato e validato da un team di esperti a livello europeo, rivolto a ragazzi. "*Unplugged"* ha l'obiettivo di prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze, favorire lo sviluppo delle *life skills* (competenze interpersonali, abilità intrapersonali, riconoscere ed esprimere emozioni, ecc.), migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze. Nel programma di Unplugged un'unità specifica di lavoro è dedicata all'alcol.
Il target di riferimento è quello di ragazzi dai 13 ai 15 anni e le classi specifiche con cui realizzarlo va dalla II classe della scuola primaria di secondo grado al I anno della scuola secondaria. Il progetto viene condotto direttamente da alcuni insegnanti opportunamente formati con supervisione di operatori SerD.
Il progetto prevede un monitoraggio, attraverso la compilazione di apposite schede i cui dati vengono inseriti in un database gestito dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte che è il responsabile a livello nazionale ed internazionale del progetto e ne cura la valutazione in itinere.

La sorveglianza e la prevenzione degli incidenti stradali sono inserite nella programmazione delle attività delle ASL Piemontesi, 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.).
Anche nel 2015 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. Si tratta di 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.

REGIONE LOMBARDIA

Il Piano di Azione Regionale, ha recepito le indicazioni dell'Unione Europea sulle strategie d'intervento per le dipendenze, mettendo l'informazione quale obiettivo primario, in quanto considerata la principale azione significativa da intraprendere.
Il tema delle dipendenze è caratterizzato dalla presenza massiccia di stereotipi e tabù che confondono, e non rispecchiano le caratteristiche del fenomeno, dov'è costante, la mancanza di riferimenti e approfondimenti che orientino qualitativamente la comunicazione ai cittadini, nelle differenti fasce di età. Pertanto, l'attenzione all'informazione "corretta" è uno degli obiettivi delle attività dei professionisti di settore e della loro azione divulgativa.

La rete degli Osservatori Territoriali coordinato dal Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori Territoriali (un referente per ogni Dipartimento Dipendenze) permette il monitoraggio dei cambiamenti e consente di comprendere le possibili evoluzioni del fenomeno al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento, grazie anche al completo adeguamento dei sistemi informatici, allo standard SIND (Sistema Informatico Nazionale Dipendenze).

Il Piano Regionale di Prevenzione Dipendenze ha come obiettivo quello di sostenere l'*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro il mondo della sanità pubblica (con i

propri obiettivi di salute) con il mondo della scuola (con la propria *mission* educativa). Inoltre promuove, con il supporto tecnico scientifico delle ASL e la collaborazione con altri soggetti della comunità locale, il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, bidelli, tecnici, dirigenti e genitori) e le modifiche strutturali ed organizzative sostenibili che facilitano l'adozione di stili di vita salutari, attraverso interventi di provata efficacia o raccomandati (definiti buone pratiche).
Proseguono quindi le iniziative nelle scuole secondarie della Lombardia, tramite le attività dei progetti "*Unplugged*" e "*Life Skills Training Program*", ampliate con l'adesione di nuovi plessi scolastici: l'obiettivo è quello di aumentare l'influenza dell'informazione in ogni ambito sociale, sensibilizzando le aree d'interesse giovanili, utilizzando soprattutto la rete internet, la distribuzione di brochure informative sul territorio e nei luoghi di aggregazione giovanile.
Questi progetti scolastici, "*Unplugged*" e "*Life Skills Training Program*", sono coerentemente inseriti 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.
Nel corso del 2015 sono stati avviati interventi in 205 istituti secondari di primo grado, coinvolgendo 2962 docenti e circa 35.000 studenti di 1379 classi.

In aggiunta, nel territorio si svolgono altre attività a carattere preventivo ed educativo e riguardano la collaborazione dei Dipartimenti Dipendenze con le Commissioni Medico Locali Patenti e dei SerT con le case Circondariali e gli Istituti di Pena per Minori.

Infine si evidenzia come, in tutto il territorio lombardo, si attuano molteplici iniziative nell'ambito delle azioni per la riduzione dei rischi connessi all'abuso di alcol/droghe nei luoghi di divertimento, effettuate dalle Unità di strada con il coinvolgimento diretto dei frequentatori, per la somministrazione questionari anonimi e l'utilizzo preventivo dell'alcol-test.

L'attività di riduzione del rischio e dei danni legati all'uso/abuso di sostanze ha visto, nel 2015, la prosecuzione di 54 sperimentazioni regionali di pronto intervento (unità mobili, *drop-in*, altre situazioni a libero accesso) con il coinvolgimento di 50.900 soggetti per un totale di oltre 89.000 contatti.

P.A. BOLZANO

È proseguita anche nel 2015 la Campagna di prevenzione contro il consumo di alcol in Alto Adige avviata nel 2006 e realizzata dal "Forum Prevenzione". La pagina web della campagna (www.bereresponsabile.it) è stata ampliata nel 2015. Inoltre la Campagna era presente con un sito anche su "Facebook". La vasta diffusione delle iniziative legate alla Campagna di prevenzione hanno raggiunto i più diversi gruppi *target* ed i relativi messaggi hanno ottenuto consenso e sono stati condivisi da una larga maggioranza della

popolazione. La sensibilità della popolazione sudtirolese rispetto al rapporto con l'alcol è nettamente aumentata.

In generale sono aumentati gli interventi di prevenzione universale presso Istituzioni scolastiche, Centri giovanili e altre forme di Associazionismo giovanile attraverso incontri specifici con l'obiettivo di fornire informazioni sul tema non solo delle sostanze illegali ma, e soprattutto, delle sostanze legali tra cui quelle legate al consumo, abuso e abuso cronico di alcol.

Importante è stato il supporto fornito alla Provincia dalle Organizzazioni private convenzionate, in particolare dal "Forum Prevenzione" che ha partecipato alla gestione degli interventi preventivi, all'elaborazione di concetti, alla ricerca e al lavoro con i media, alle offerte di seminari, workshop e serate informative per i diversi gruppi *target*. Il lavoro attivato e svolto ha favorito l'entrata di utenza (anche giovanile) ai Ser.D e ai Servizi convenzionati.

Da anni all'interno dei Ser.D è presente un modulo operativo dedicato alla prevenzione selettiva a cui afferiscono persone che manifestano un consumo a rischio/abuso di sostanze (anche da alcol). Inoltre l'associazione "La Strada-Der Weg" offre il Servizio di prevenzione secondaria "EXIT" che è rivolto a giovani e adulti che consumano sostanze e alle loro persone di riferimento (famigliari, partner, amici ecc.). Vengono offerti dei colloqui, delle consulenze, sostegno e mediazione tra genitori e figli.

È proseguita da parte del Settore "Alcologia" del Ser.D. Bolzano la rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano per intossicazione da alcol e/o altre sostanze psicoattive di giovani fino ai 29 anni**.**

L'ambulatorio di alcologia dell'associazione "HANDS" ha promosso nel 2015 gruppi informativi a conduzione professionale (medici e psicologi) per pazienti e per familiari sulle patologie alcol-correlate e psichiatriche (doppie diagnosi)

P.A. TRENTO

- *Progetto "In punta di piedi sul pianeta" per le scuole dell'infanzia*

Rivolto non solo agli insegnanti ma a tutto il personale attivo nelle scuole dell'infanzia e ai genitori dei bambini, allo scopo di fornire a tutti gli adulti di riferimento strumenti idonei a realizzare uno specifico percorso educativo con i bambini, improntato allo sviluppo delle capacità di vita, dell'intelligenza emotiva e delle abilità pro sociali, con un'attenzione agli stili di vita e al loro impatto sulla salvaguardia del pianeta. Questo progetto è supportato da una guida contenente il materiale didattico comprensivo di giochi, fiabe ed altri strumenti da sviluppare con i bambini.

- *Progetto "In punta di piedi sul pianeta" per Istituti Comprensivi*

Rivolto agli insegnanti e ai genitori delle scuole primarie e secondarie di primo grado. Il progetto ha come obiettivo finale la formazione degli adulti di riferimento, riguardo a salute, stili di vita e stili di relazione, partendo da un percorso di alfabetizzazione emozionale e di ascolto del proprio corpo, per arrivare agli stili di vita (alcol, fumo, altre droghe, alimentazione, attività fisica, gioco d'azzardo, conflitti non gestiti, stili di relazione) e al loro impatto su salute, benessere e salvaguardia del pianeta.

- *Progetto "In punta di piedi sul pianeta" per le Scuole Superiori*

Rivolto ai ragazzi e ai loro insegnanti, alfine di sensibilizzarli riguardo a salute, stili di vita, 8alcol, fumo, altre droghe, alimentazione, attività fisica, gioco d'azzardo, conflitti non gestiti, stili di relazione) partendo dalle Capacità di Vita e da percorsi di alfabetizzazione emotiva, ponendo attenzione anche all'impatto degli stili di vita sulla salvaguardia del pianeta. Il percorso prevede una prima fase informativa e di sensibilizzazione rivolta agli insegnanti a cura dell'operatore del Servizio di Alcologia, una seconda fase in classe con i ragazzi a cura dell'insegnante, e una terza fase in classe con i ragazzi a cura dell'esperto del Servizio di Alcologia.

- *Progetto di peer education "alcol e fumo" per le Scuole Superiori*

La *peer education* è una strategia educativa raccomandata dall'O.M.S., che permette lo scambio di informazioni, valori ed esperienze tra persone della stessa età o appartenenti allo stesso gruppo sociale. Negli Istituti Superiori tale progetto favorisce la dinamica di gruppo e l'autonomia progettuale dei ragazzi, incidendo positivamente sulla capacità critica e sulla consapevolezza nell'assunzione di scelte, rafforzando l'adesione individuale e collettiva ai sani stili di vita e prevenendo comportamenti a rischio, in particolre bere alcolici e fumare.

- *Progetto "Altrinoi"*

Rivolto agli insegnanti degli Istituti Superiori che afferiscono ad uno solo dei Servizi di Alcologia. Tale progetto ha lo scopo di formare gli insegnanti, affinché siano in grado di gestire autonomamente un percorso di esplorazione del mondo emozionale, relazionale e pro sociale dei ragazzi all'interno del gruppo classe, nell'ottica della promozione della salute e della salvaguardia del pianeta. Il percorso si articola in tre fasi: formazione degli insegnanti, realizzazione del progetto da parte degli insegnanti con la classe, e valutazione finale.

- *Progetto "Strada amica"*

Rivolto agli studenti delle classi quarte o quinte degli Istituti Superiori (prossimi a conseguire la patente di guida) che afferiscono a tre dei Servizi di Alcologia. Il progetto mira a favorire la promozione del benessere e più nello specifico della guida sicura, attraverso informazioni sulle norme del codice della stada e sugli effetti delle sostanze sul nostro benessere e sulle prestazioni di guida.

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

- *Progetto "Peer Education di comunità"*.
Svolto da alcuni anni su tutto il territorio provinciale attraverso l'arruolamento di ragazzi dal contesto territoriale e di comunità, per formare un gruppo di *peer leaders* in grado di promuovere sani stili di vita e di prevenire scelte a rischio rispetto al bere e ad altri aspetti della salute, individuati all'interno del percorso formativo.
Il progetto di *peer education* si è rilevato essere un progetto capace di sensibilizzare anche il mondo adulto rispetto all'azione dei *peer leader* e ai sani stili di vita, così da poter diventare adeguato sostenitore dell'azione educativa degli adolescenti nella comunità di riferimento.

- Progetto *"Scommesse Impertinenti"*.
Prosecuzione anche nel 2015 di questo progetto con il quale si intende raggiungere gli adulti di riferimento (genitori dei ragazzi frequentanti tutti i livelli di scuole e della comunità, insegnanti ed altri educatori) attraverso l'organizzazione di momenti formativi e la diffusione del libro "*Scommesse Impertinenti*". Il libro è diffuso solo nei momenti informativi. Da questa pubblicazione è stato tratto un opuscolo, che è stato inviato a tutte le famiglie tramite i figli, contattati in altri momenti formativi. Tale progetto va a mettere in discussione anche il bere degli adulti, che sono poi degli esempi per i figli e per i ragazzi.

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

normativi nella direzione auspicata dai Coordinamenti stessi. Questi Coordinamenti sono rimasti operativi negli anni solo in alcune zone.

- "Aprile, mese nazionale della prevenzione alcologica":
Nel mese di aprile vengono messe in atto su tutto il territorio provinciale iniziative e interventi di sensibilizzazione della comunità e di gruppi specifici, attraverso attività informative c/o farmacie, ospedali, scuole, luoghi pubblici (piazze, fiere, …) con stand, diffusione di volantini, ecc.

- Interventi di sensibilizzazione rivolti all'intera Comunità quale, ad esempio, conferenze serali, trasmissioni radio e televisive locali, conferenze stampa, ecc.

REGIONE VENETO

Anche l'anno 2015 ha visto il permanere della fase di assenza di finanziamenti pubblici specifici dedicati alla prevenzione delle dipendenze da alcol o da altre sostanze psicotrope. La mancanza di risorse pubbliche dedicate specificatamente alla prevenzione ha comportato un'importante revisione delle progettualità, fino a tre anni prima finanziate dalle Regione Veneto; la maggioranza delle iniziative di prevenzione sono state finanziate dalle Aziende Socio-Sanitarie o da Associazioni filantropiche, sono quelle maggiormente diffuse e apprezzate dal territorio ove agiscono, sostenute dalla fattiva rete interistituzionale e cooperativistica presente nei diversi contesti sociali di intervento preventivo del Veneto. Attraverso fondi sostenuti direttamente dalle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie, e con una attenta valutazione del rapporto costo/benefici, i Servizi alcologici nel 2015 hanno potuto garantire ancora alcune progettualità, caratterizzate dalla diffusione di informazioni aggiornate e dall'*evidence based*, relativamente ai danni legati all'assunzione di alcol, alla prevenzione dell'abuso alcolico tra le fasce giovanili e all'esercizio di *life skills* (definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) in ambito prettamente scolastico, intese come fattori di protezione dei giovani in età evolutiva.

In Veneto l'ambito primario di intervento rimane quello scolastico, con specifici programmi di prevenzione quali la realizzazione di corsi di formazione e informazione rivolti a docenti, studenti, personale non docente e genitori, alimentati dall'essenziale collaborazione tra servizio pubblico, terzo settore, comuni, scuole secondarie di 1° e 2° grado, aziende, associazionismo, università.

Per quanto riguarda le iniziative di promozione alla salute rivolte alla popolazione in generale, nel corso del 2015 sono rimasti costanti gli interventi diretti ad un *target* adulto, con una capillare attività di informazione sulle problematiche alcol correlate e uso di sostanze psicotrope, tramite incontri con la distribuzione di materiale informativo.

Nel territorio Veneto il mese di aprile è il momento privilegiato per la messa in atto di specifiche iniziative, essendo il periodo dedicato alla prevenzione della dipendenza da alcol denominato «*Aprile mese di prevenzione alcologica*». L'attività di tipo informativo viene realizzata grazie alla stretta collaborazione con le Agenzie del territorio: parrocchie, circoli, autoscuole, associazioni di volontariato, gruppi auto mutuo aiuto, A.C.A.T., A.A., A.I.D.O., F.I.D.A.S., C.R.I., associazioni sportive e aziende private.

Grazie a finanziamenti ministeriali confermati, alcune Aziende unità locali socio sanitarie della Regione Veneto hanno potuto dar seguito al programma preventivo nazionale di comunità denominato «*Guadagnare Salute*».
L'iniziativa di prevenzione e promozione della salute, attivata nel 2012, anche per il 2015 si è posta come obiettivo lo sviluppo nelle comunità di uno specifico territorio, della consapevolezza dei fattori di rischio connessi all'alcol, al fumo e all'alimentazione. Le Aziende unità locali socio sanitarie interessate hanno deciso di impegnare risorse e progettazioni in particolare sulla tematica specifica dell'uso consapevole e responsabile dell'alcol, affinché una Comunità acquisisca l'importanza della tutela della propria salute e quella dei propri giovani. Le varie progettualità territoriali sono per lo più indirizzate ad attivare all'interno di *social contest* dei giovanissimi sempre maggiori spazi *alcol free*, stimolando in essi la curiosità alla scelta di un bere alternativo analcolico al fine di promuovere il piacere del drink analcolico.
Varie sono state anche le iniziative sul tema "sicurezza" sia negli ambienti di lavoro che sulle strade, durante il divertimento notturno e nei luoghi di aggregazione giovanile e popolare. Nel corso del 2015 il programma «*Guadagnare Salute*», tramite l'iniziativa formativa denominata «*Non solo cura, ma cultura*», ha continuato ad interessare migliaia di operatori socio-sanitari delle ULSS della Regione Veneto, portando in evidenza le problematiche alcol correlate.

Interessanti sono state le iniziative segnalate da alcune Associazioni convenzionate con le Aziende Socio-Sanitarie venete, che si sono avvalse di unità mobili per svolgere attività di informazione e promozione della salute e prevenzione dell'abuso alcolico nei pressi di famosi locali frequentati da un *target* giovane e in alcune occasioni di grandi manifestazioni e concerti di forte attrattività giovanile.

La Regione Veneto, attraverso la Delibera della Giunta Regionale n. 473 del 2006, ha definito la politica regionale in materia di problemi alcol correlati (*P.A.C.*) e nel 2015 si è consolidata una Rete alcologica tra tutte le Aziende Unità Locali Socio Sanitarie del Veneto, attraverso la informazione/formazione del personale socio sanitario concernente l'efficacia nell'attività di prevenzione del *counseling* breve (*brief interventction*) e avendo come garanzia di valutazione il sistema di sorveglianza «*PASSI*» che si caratterizzerà per la semplicità dell'intervento.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Sono state attivate iniziative di prevenzione rivolte alla popolazione generale, mediante la strutturazione di percorsi di formazione e informazione relativi agli effetti dell'uso e abuso di alcol, grazie alla collaborazione con le agenzie educativo/formative del territorio. L'ambito privilegiato dalle iniziative rimane quello scolastico, attraverso corsi di formazione e informazione per docenti, studenti, personale non docente e genitori.

REGIONE LIGURIA

Gli interventi di educazione alla salute e prevenzione sono stati attivati soprattutto nelle scuole, sia medie inferiori che medie superiori.
Da anni è attivo sul territorio il progetto "UNPLUGGED" nell'ambito del quale è stata svolta attività di formazione per un gruppo di *peer educators* dapprima sulla tematica delle dipendenze e da quest'anno anche sul gioco d'azzardo patologico.
Dal 2014, in seguito alla specifica formazione, i peer educators svolgono in autonomia la loro attività sotto la supervisione di operatori esperti.

Attraverso il supporto dei più noti *social network*, sono attive pagine dedicate alle *equipé* di prevenzione e *blog* informativi relativamente alle iniziative intraprese: sono state attivate due pagine facebook: dottor virus e Salute&Prevenzione Tigullio, dedicata all'*equipé* integrata prevenzione e un *blog* (http://eipasl4.wordpress.com) sui quali è possibile interagire e visionare le iniziative intraprese.
E' stato attivato "*Youngle is*", profilo facebook in cui viene offerto un servizio di ascolto in chat due volte la settimana ed offre un servizio vicino e accessibile in modo immediato agli adolescenti. La fascia di età cui è rivolto va da 13 ai 20 anni e il servizio è gestito da coetanei opportunamente formati dagli psicologi del Ser.T.

Il Programma "Salute e Benessere degli adolescenti" prevede il coordinamento di diversi interventi già attivati o in via di attivazione nelle singole ASL, in merito al benessere dell'età adolescenziale.
Esso comprende sette progetti specifici, in parte derivanti dalla programmazione interregionale nell'ambito di "GSA: Guadagnare Salute in Adolescenza" e dell'iniziativa interministeriale "Scuola e Salute" e in parte scaturiti da specifiche iniziative regionali. I progetti, rivolti agli adolescenti, agli insegnanti, alle famiglie e agli operatori, sono incentrati sulla prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti e stili di vita correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol)

Anche nel 2015 sono state fatte iniziative finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali da uso di alcol in occasione delle più importanti sagre ed eventi organizzati nel periodo estivo. L'esperienza maturata dal 2001 ad oggi ha consentito il consolidarsi di una stretta collaborazione tra territorio e istituzioni, facendo sì che la presenza degli

operatori ASL a questi eventi diventasse un fatto solido, concreto e ricorrente. Gli stand all'interno delle sagre, sono gestiti da operatori ASL che distribuiscono materiale informativo e consentono (a chi vuole sottoporvisi volontariamente) di poter effettuare il test etilometrico.
La prevenzione degli incidenti stradali da uso di alcol e sostanze psicoattive è stata effettuata anche in contesti di divertimento notturno e attraverso la misurazione gratuita e anonima del tasso alcolico, incrementando il numero di etilometri effettuati.

Attraverso il progetto ReteE20, il cui obiettivo è catalizzare la formazione di una rete, connettendo le energie e le risorse delle varie realtà di aggregazione giovanile, sono state fatte serate di sensibilizzazione contro l'uso dell'alcol che hanno coinvolto anche i gestori dei locali e numerosi sponsor.
La filosofia sottesa è lo sviluppo del territorio all'insegna del benessere e della cooperazione.
Molto interessante anche il progetto territoriale "Palla in centro" per la prevenzione all'uso di sostanze ed alcol nei giovani, con particolare riguardo ai migranti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

L'attività di promozione della salute riferita ai consumi di alcol è contenuta nel Piano Regionale della Prevenzione 2015/2018 e si articola in tre principali *setting* di intervento:

- l'ambito scolastico nella cornice di "Scuole che promuovono salute", con azioni sul contesto, utilizzo dei curricula didattici, laboratori espressivi, educazione tra pari. Un approfondimento specifico ha coinvolto gli Istituti Alberghieri della Regione con il progetto "Scegli con gusto, gusta in salute";

- gli ambienti di lavoro nel contesto di "Sani stili di vita" anche con interventi di tipo formativo sull'approccio motivazionale per Medici Competenti;

- l'intera comunità attraverso interventi di prossimità nei luoghi del divertimento, con iniziative pubbliche per Aprile Alcologico e con il progetto "Alcol e Guida Sicura" (corsi infoeducativi per guidatori fermati per violazione Art. 186 Codice della Strada, di base e di secondo livello per guidatori che hanno ripetuto la violazione dell'art. 186).

REGIONE TOSCANA

Anche per l'anno 2015 i Servizi Territoriali si sono proposti di favorire la formazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati, con particolare riguardo ai giovani, a coloro che guidano, alle persone a forte marginalità sociale tra cui anche carcerati con problemi legati all'alcol.

Resta importante la formazione del personale degli esercizi commerciali come bar e discoteche che vendono e somministrano bevande alcoliche, affinché possano promuovere anche e soprattutto bevande analcoliche nei luoghi di aggregazione giovanile quali feste, manifestazioni sportive e musicali, etc.

Sono altresì proseguite le seguenti azioni, interventi, programmi e progetti di prevenzione e sensibilizzazione rivolti a:

- ✓ settori professionali coinvolti nella prevenzione e cura delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate (MMG, pediatri, neuropsichiatri infantili, operatori sanitari, pronto soccorso, ecc.);
- ✓ al Terzo Settore particolarmente coinvolto nella prevenzione delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate;
- ✓ a target di fasce della popolazione maggiormente a rischio (soprattutto giovani, adolescenti, pre-adolescenti, donne in gravidanza, detenuti, neopatentati) con la collaborazione di altre agenzie formative (Università, Agenzia Regionale della Formazione, formazioni aziendali come Careggi-Firenze, Empoli, Pistoia, Lucca, scuole guida, ecc.), amministrazioni comunali, enti o associazioni (ACAT, Misericordia), esercizi commerciali (bar, pub, ecc.) e sportivi presenti sul territorio;
- ✓ alle scuole medie inferiori e nelle scuole medie superiori (incontri e momenti di confronto interdisciplinare sull'alcolismo e sulle patologie alcolcorrelate);
- ✓ agli insegnanti e genitori;
- ✓ alla formazione degli operatori nei penitenziari;
- ✓ ai membri di associazioni di volontariato operanti sul territorio;
- ✓ agli utenti inviati dalla CML per rinnovo patenti;
- ✓ ai giovani nei locali di divertimento, al fine di indirizzarli a un consumo di bevande alcoliche a basso rischio.
- ✓ alle donne in gravidanza, con la collaborazione di alcuni corsi preparto.
- ✓ alla popolazione generale e agli utenti del servizio, con gruppi educativo-motivazionali, al fine di favorire la discussione e la riflessione sui danni alcol-correlati.

Nello specifico:

- Progetto ***Creativamente*** rivolto agli studenti delle scuole primarie e secondarie della Zona Apuana, basato sulla *peer education* e finalizzato alla promozione di stili di vita sani e alla comprensione delle patologie derivanti dall'uso di alcol e della normativa vigente in materia di alcol e guida.
- Progetto di sensibilizzazione e prevenzione rivolto agli adolescenti del Servizio Salute Mentale Infanzia e Adolescenza rispetto all'uso di sostanze psicotrope e di comportamenti di *addiction* per aumentare la consapevolezza e la percezione del rischio dei ragazzi, nei genitori e negli operatori di riferimento.
- Progetto *"**Ballo, sballo e riballo**"* volto alla sensibilizzazione sui comportamenti temerari e di sottovalutazione del rischio di compromissione della salute in adolescenza, rivolto alle scuole secondarie di 1° e 2° grado svoltosi a Prato.

- Progetto con la Misericordia di Arezzo *"**Prevenzione della Federazione Toscana delle Misericordie**"*.
- Percorsi "**Fra benessere ed emozioni**", incentrati sull'utilizzo della *peer education* per la promozione dello star bene insieme e dei sani stili di vita; volto ad implementare nei ragazzi le competenze relazionali e a metterli in grado di fare scelte ponderate e sane rafforzando i fattori protettivi dei giovani.
- Progetto *"**UNPLUGGED**"* volto alla prevenzione scolastica e all'insegnamento di *life skills*.
- Progetto *"**Operativa di Strada**"*
- Progetto *"**Communitas**"* per la presa in carico di giovani a rischio dipendenza.
- Progetto *CCM 2011 "**Social Net Skills**"* per la prevenzione degli incidenti stradali e altri comportamenti a rischio nei contesti del divertimento reale e virtuale.
- Incontri informativi con studenti delle classi prime, quarte e quinte delle scuole medie superiori del Comune di Barga e nel Comune di Castiglione di Garfagnana.
- Collaborazione con l'associazione Testa di Alkol per la realizzazione di iniziative specifiche sul tema alcol e guida rivolta agli studenti delle scuole superiori della Toscana.
- Prosecuzione della collaborazione con la Polizia Municipale di Firenze per la progettazione di interventi di sensibilizzazione sull'alcol, con particolare attenzione al tema "**alcol e guida**" rivolta agli studenti delle Scuole Superiori di Firenze.
- Collaborazione con l'Associazione Culturale "Viva El Perù" per la realizzazione di incontri informativi e di sensibilizzazione sull'alcol ed i rischi ad esso correlati con giovani e adulti della comunità peruviana.
- Realizzazione di materiale informativo (tradotto anche in altre lingue) sul tema Alcol e Guida con campagne di sensibilizzazione come "**guadagnare salute in 4 mosse**", "**alcol e giovani**", "**se guidi non bere**".
- Realizzazione di materiale informativo sul tema delle conseguenze dell'alcol sul lavoro e durante la gravidanza.
- Articoli informativi su stampa locale e partecipazione a trasmissioni televisive specifiche.
- Implementazione della comunicazione attraverso i *social network*, con aggiornamento costante delle pagine dedicate a questa tematica per favorire riflessioni "in rete" e scambi sui temi delle dipendenze.
- Diffusione dei programmi di *life skills* nelle scuole medie inferiori, con realizzazione di corsi sugli stili di vita.
- Collaborazione con pediatri ed operatori del consultorio per la distribuzione di materiale di informazione sui danni indotti dall'alcol assunto in gravidanza e durante l'allattamento.
- Interventi di sensibilizzazione, promozione della salute e prevenzione, svolti in occasione di pubbliche manifestazioni, eventi pubblici, feste e serate nei locali di divertimento, con *target* giovanile.
- Corsi di sensibilizzazione per i giovani che acquisiscono il patentino del ciclomotore.

- Collaborazione con alcune scuole guida sul territorio per interventi informativi per utenti in procinto di conseguire l'idoneità alla guida.
- Gruppi informativi per guidatori segnalati al Centro di Consulenza Alcologica per infrazione dell'articolo 186 N.C.S.
- Partecipazione ai gruppi territoriali di familiari e conoscenti con lo scopo di ampliare la conoscenza e la diffusione dei problemi e delle patologie alcol-correlate.

REGIONE UMBRIA

Nel 2015 è stata completata la definizione del Piano regionale di prevenzione 2014-18, che include, tra le azioni rivolte agli stili di vita, una serie di progetti mirati a contenere il consumo di alcolici e a prevenire i rischi alcol correlati.
Il Piano è il frutto di un ampio lavoro di progettazione partecipata, al quale hanno aderito attivamente gli operatori dei Servizi di alcologia, oltre agli operatori degli altri servizi sanitari, MMG e PLS, Scuola, Università, Comuni ed altre istituzioni, privato sociale ed associazioni. Sono stati realizzati seminari, incontri pubblici, percorsi di confronto e progettazione.

A livello organizzativo, le attività di educazione e promozione della salute realizzate dalle Aziende USL sono coordinate ed attuate dalle Reti della promozione della salute, definite da uno specifico atto regionale (DGR n. 805 del 30/6/2014, "*Linee di indirizzo per la costituzione delle Reti aziendali dei servizi per la promozione della salute*"), che includono i Servizi di Alcologia.

E' attivo, inoltre, 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, e, a cascata, protocolli di livello locale, che oltre alle istituzioni scolastiche coinvolgono anche i Comuni, il privato sociale, ed altre realtà rilevanti presenti nei territori.

All'interno di tali cornici organizzative, accanto alla programmazione del nuovo Piano regionale, è proseguita la realizzazione di attività progettate in precedenza, attuate in particolare nelle Scuole, secondo le metodologie dell'educazione socioaffettiva, del lavoro sulle *life skills* e della *Peer education*. Merita particolare menzione la realizzazione di momenti formativi intensivi attraverso campus residenziali, ai quali hanno partecipato docenti e studenti, seguiti da attività nelle scuole condotte dagli insegnanti e dai *peer*, con il supporto e la supervisione degli operatori sanitari.

Iniziative particolari di prevenzione alcologica, diffuse in tutto il territorio regionale, sono state realizzate nel mese di aprile.

Nel 2015 si sono concluse le attività del progetto nazionale "*Social Net Skills*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute - CCM, rivolto alle fasce giovanili, al

quale ha aderito anche la Regione. Il progetto è proseguito oltre la data di scadenza con il supporto della Regione, ed è stato inserito nel Piano di prevenzione 2014-18, ampliando maggiormente, rispetto al programma precedente, le attività di informazione on line riguardanti il tema degli stili di vita e rivolte in maniera specifica alla fascia giovanile.

REGIONE MARCHE

Tutte le iniziative di carattere informativo, preventivo ed educativo attuate rispetto ai danni correlati all'uso di alcol, si collocano, nella Regione Marche, all'interno del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, DGRM 540 del 15/07/2015 "*Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018"* che ne costituisce la cornice organizzativa ed istituzionale di riferimento.

Le varie iniziative adottate dai Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (STDP) della Regione possono essere ricondotte a due principali tipologie di azioni: progetti specifici e/o servizi/attività strutturate.

Rispetto alle attività si segnalano:
-CIC-Centri di Informazione e Consulenza,
-Servizi di Unità di Strada,
-Attività di sensibilizzazione ed informazione sui danni derivati dall'abuso di sostanze, compreso alcol. Tale attività è stata realizzata, in alcuni Servizi territoriali, attraverso diverse strategie: partecipazione, da parte dei professionisti dei Dipartimenti in qualità di esperti del settore, ad eventi ed iniziative promosse dalle varie istituzioni dei territori di competenza; attivazione di sportelli di ascolto sul territorio in collaborazione con gli Enti Locali, attuazione di gruppi di sensibilizzazione ed informazione sui rischi dell'uso/abuso di sostanze stupefacenti ed i relativi problemi sanitari correlati nelle carceri e/o per persone del territorio di competenza segnalate e sanzionate dalla Prefettura ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 309/90;

Per ciò che attiene le progettualità, nel corso del 2015 nei DDP delle Marche sono stati realizzati: *"Insieme per la sicurezza"; "Amo la libertà"; "Giovani alcol e guida; "Voglio una vita esagerata"; "L'abuso di alcol negli adolescenti. Genitori e figli in un rapporto che cambia"; "Cambiare punto di vista"; "Non me la dai a bere"; "Niente da capire"; "Stammi bene"; "Cosa sai del bere?"; "Pink Drink"; "Formula Me – Guida Sicura tra storia e futuro"; "Team Territoriale di prevenzione"; "Uso, abuso, dipendenze e sostanze"; "Scuole che promuovono salute"; "Educazione alla Salute"; "Unplugged; "Progetto regionale di controllo e vigilanza nelle Grandi Opere Edili".*
I progetti sono prevalentemente pluriennali e finanziati con fondi integrativi Regionali per il contrasto delle dipendenze e/o con risorse economiche dei budget dipartimentali dell'ASUR.

Significativo è il ruolo del Privato Sociale Accreditato ed importanti, in alcuni casi, le collaborazioni con i Dipartimenti di Prevenzione, gli Istituti Scolastici, la Polizia Stradale, gli Enti Locali (Comuni, Province), di settore (Camera di Commercio, Accademia delle Belle Arti), ed anche delle aziende private.

L'ambito privilegiato delle iniziative è stato quello scolastico, tuttavia molte delle progettualità hanno attuato interventi di tipo trasversale coinvolgendo oltre al mondo della scuola, i luoghi del divertimento e del tempo libero, il settore del lavoro, della guida sicura, i carceri, la cittadinanza e le istituzioni socio sanitarie dei territori.

I principali destinatari, intermedi e finali, sono stati i giovani e gli adulti della comunità educante, in particolare: studenti, genitori, insegnati, dirigenti scolastici, personale ATA degli istituti secondari di primo e secondo grado, giovani in prossimità del conseguimento del patentino di guida, istruttori delle scuole guida, educatori, gestori dei locali e dei luoghi del divertimento, forze dell'ordine ed addetti alla sicurezza, detenuti e personale dei carceri, giovani lavoratori, categorie di lavoratori comportanti rischio di infortuni sul lavoro, professionisti sanitari, la cittadinanza in generale e le donne.

REGIONE LAZIO

Il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio (CRARL) ha attuato le seguenti iniziative nell'anno 2015:

- 4 ore dedicate alla dipendenza da alcol e tabacco nel secondo semestre del Corso di Laurea in Medicina
- Un seminario rivolto alle studentesse di ostetricia sulla Sindrome Feto Alcolica
- Un seminario sull'alcol per gli studenti del VI anno di Medicina (Università Sapienza)
- 0,5 Crediti Formativi per studenti di Medicina mediante un corso Monografico sull'alcol.
- Due corsi di formazione sulla FASD volti a informare/sensibilizzare ginecologi, ostetriche, pediatri e medici in generale sulla Sindrome Feto Alcolica
- Stipula di una Convenzione con l'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio
- Stipula di una Convenzione con la ASL RMD per la diffusione dell'informazione e gli interventi sui bambini con FASD
- ECM sui problemi e patologie alcol-correlati volto agli Assistenti Sociali del Lazio
- ECM sulla FASD rivolto agli operatori della ASL RMD

Sul territorio della Regione Lazio sono state, inoltre, intraprese le seguenti iniziative:

- ASL RM**A**: Informazione sui danni derivanti dall'abuso di alcol fornite ai pazienti durante la prima visita e le successive. Affissione di poster e locandine.
- ASL RM**B**: Unità di strada di Prevenzione dei Rischi (VIII Municipio).
- ASL RM**D**: Educazione sanitaria sui danni alcol correlati a livello di scuola media superiore, gruppi di genitori, utenti del SerT.

- ASL RM**G**: Informazione e prevenzione presso istituti scolastici del territorio (studenti, insegnanti e genitori), consultori ASL RMG, collaborazione con il Comune di Tivoli (Piano di zona).
- VITERBO: Incontri programmatici con la Regione Lazio e l'ASP Lazio. Nomina di formatori locali e svolgimento dei corsi di formazione Regionali. Organizzazione e costituzione del Gruppo di Lavoro Locale (GLA). Organizzazione di Corsi di formazione per insegnanti. Incontri di sensibilizzazione sul territorio e corsi di formazione specifici tra cui il progetto "*ALCOL: IO TI BEVO TU MI MANGI*" in collaborazione con la Prefettura di Viterbo; "*progetto di agricoltura sociale contro droga e alcol*"; progetto *"se bevi...fatti guidare*" in collaborazione con la Croce Rossa Italiana; Interventi nelle scuole già in atto nel precedente anno scolastico, laboratori tematici nelle scuole e progetto "*Unplagged*" 2014/15. Sito internet www.arca-alcol.it. Pagina facebook per promozione Gruppi di Auto Mutuo Aiuto per alcolisti e gioco d'azzardo di Viterbo e Tarquinia.
- FROSINONE (Cassino): Interventi preventivi negli istituti scolastici di secondo grado del distretto D rivolti a studenti e docenti. Attività di ascolto dello sportello CIC rivolto a studenti, docenti, genitori e personale ATA. Seminari di formazione per docenti scuole medie superiori.

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 2015, 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 mese di aprile 2015, in adesione alla campagna nazionale "Mese della prevenzione alcologica" diverse iniziative sono state poste in essere e realizzate sia negli istituti scolastici sia in altri ambiti del territorio regionale con la diffusione del materiale informativo ed il coinvolgimento dell'utenza interessata nel corso delle previste sette giornate di prevenzione alcologica, al fine di favorire, tramite una corretta informazione,

l'educazione alla salute e la prevenzione dei danni alcol correlati. Sono stati, inoltre, svolti corsi di autoprotezione, di autostima, ecc.

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:
- "La passeggiata in sobrietà" nel centro storico del Capoluogo regionale durante la giornata di prevenzione dell'alcol rivolto a tutta la popolazione e promossa in collaborazione con l'ARCAT Molise.
- Organizzazione di una partita di calcio "Le famiglie scendono in campo" realizzata nel mese della prevenzione alcologica rivolto agli alcolisti e famiglie in collaborazione con ARCAT Molise.
- "Interclub sui problemi Alcol correlati" rivolto ad alcolisti e famiglie, promossa dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM – ARCAT Molise e SERT.
- "Non aprite la porta all'alcol" iniziativa di prevenzione, in collaborazione con la FIDAPA di Larino, rivolto agli studenti delle Scuole medie superiori.

REGIONE CAMPANIA

Attività di prevenzione tramite Unità Mobili o stand presenti soprattutto nei luoghi di aggregazione giovanile, finalizzata sia alla riduzione di comportamenti rischiosi sia all'aggancio di comportamenti problematici e dannosi - ASL Salerno (SERD Salerno e Cava dè Tirreni); ASL NA3 SUD (SERD Castellamare di Stabia).

Attività di Prevenzione e Promozione della Salute attraverso l'attivazione dei sportelli di ascolto e Centri di Informazione e Consulenza presso gli Istituti Scolastici Superiori - ASL Salerno (SERD Salerno, Agropoli); ASL BN (SERD Benevento) ASL CE.

Progetto UNPLUGGED/Equità in Salute: progetto nazionale finalizzato a promuovere attività di promozione delle *Life Skills* nei docenti delle Scuole superiori, propedeutico ad attivare percorsi educativi per gli studenti - ASL Salerno; ASL BN.

Progetti di Peer Education: ASL Salerno

Fuoriposto - Safe Night - SERD NA1: spazio specifico di coinvolgimento dei giovani nelle piazze e nel corso di eventi diversi con la compilazione di un questionario informatico, l'uso dell'alcolimetro finalizzato alla valutazione del proprio livello di alcol nel sangue utile a verificare le proprie *perfomances.*

REGIONE PUGLIA

Nel decorso anno 2015, i Dipartimenti per le Dipendenze delle ASL, a causa delle croniche carenze economiche e di personale, si sono limitati a realizzare una ordinaria "Agenda di eventi" che ha previsto la realizzazione di interventi di prevenzione rivolti ad alunni, insegnanti e genitori nei contesti scolastici.

Anche nel 2015, nell'ambito del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute sono proseguiti, in collaborazione con i GIA (Gruppo Interdipartimentale Aziendale) varie iniziative in tema di prevenzione dell'abuso alcolico nella popolazione generale, con particolare riguardo alla fascia giovanile.

REGIONE BASILICATA

Sul territorio regionale si sono svolte molteplici attività di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcol correlati privilegiando il *setting* scolastico.
In particolare si menziona la prosecuzione anche per l'anno di riferimento del progetto "***Scuola=Cultura*** **+** ***Salute***" posto in essere dalla ex ASL 2 Potenza. Il progetto coinvolge i Ser.T. aziendali, che con le proprie risorse umane realizzano 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 quelle tipiche della pedagogia di stampo attivo: il *brainstorming,* il *role playing*, la simulazione, il lavoro in piccoli gruppi e successivamente collegiale. Si utilizza 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).

Numerose sono state le iniziative di prevenzione territoriale nei contesti di aggregazione giovanile, soprattutto durante il mese di Aprile, dedicato oramai da anni alla prevenzione alcologica.

Sono continuati gli 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.

Iniziative di informazione/sensibilizzazione sui rischi legati al consumo di alcool/sostanze stupefacenti sono state promosse nell'ambito delle attività della Consulta Provinciale Permanente sulla Sicurezza in collaborazione con i diversi soggetti istituzionali interessati alla materia.

Nell'ambito del Progetto di Diagnosi Precoce, promosso dal Dipartimento Politiche Antidroghe, 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.

REGIONE CALABRIA

Le attività di prevenzione ed educazione nel campo delle patologie alcol correlate sono state realizzate attraverso:
- Incontri di sensibilizzazione rivolti alla popolazione in collaborazione con gli operatori dei Servizi pubblici e del privato accreditato
- Interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori
- Utilizzo, anche notturno, di "operatori di strada" per avvicinare gruppi di giovani nei luoghi di aggregazione e al contempo promuovere iniziative di socializzazione.
- Iniziative mirate a sensibilizzare i lavoratori sulle problematiche alcol-correlate
- Manifestazione d'interesse "*TarantaWine*" sulla prevenzione del bere responsabile.
- Allestimento gazebo, distribuzione materiale informativo, *counselling*.
- Continuazione dell'attività progettuale "Luoghi di prevenzione".
- Conclusione del progetto sperimentale "Prevenzione in Comunità".

REGIONE SICILIA

Come per gli anni precedenti, anche nel 2015, nell'ambito della prevenzione, sono stati organizzati interventi formativi-informativi in collaborazione con le Istituzioni scolastiche, che si sono sviluppati secondo due diverse linee: da una parte sono stati realizzati interventi di consulenza ed ascolto psicologico individuale, dall'altra interventi su gruppi-classe centrati sul disagio ed incontri con piccoli gruppi di allievi, genitori ed insegnanti, orientati all'approfondimento delle problematiche adolescenziali.

In tutte le Aziende Sanitarie provinciali sono proseguiti anche i progetti avviati negli anni precedenti, in particolare l'attività di *Peer Education* sull'alcol, coerentemente al Piano di Prevenzione Regionale, per la costituzione e formazione di gruppi di *peer educators* nelle scuole medie e superiori, per l'effettuazione di incontri di sensibilizzazione, finalizzati alla diffusione di messaggi preventivi dell'abuso/dipendenza da alcol.

In alcune realtà sono state promosse specifiche iniziative come la manifestazione "*ASP in Piazza*", con un notevole coinvolgimento di operatori e materiale informativo autoprodotto e sono stati distribuiti i questionari Audit (*Alcohol Use Disorders Identification Test)*.

REGIONE SARDEGNA

Nell'ambito dell'attività dei CIC (Centri di Informazione e Consulenza) sono state effettuate diverse attività di prevenzione sull'uso e abuso di alcol presso le istituzioni scolastiche. L'obiettivo di tali interventi è prevenire i fattori di rischio, favorendo lo sviluppo delle capacità critiche, intellettuali, cognitive ed emotive dei soggetti coinvolti; le metodologie di intervento spaziano da interventi frontali alla *peer-education*.

I Ser.D sono presenti anche in contesti di aggregazione extra scolastiche (discoteche, stabilimenti balneari), e organizzano regolarmente corsi di informazione ed educazione all'approccio ecologico sociale dei problemi alcol correlati e complessi (Metodo Hudolin).

6.3. Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto

REGIONE VALLE d'AOSTA

Nel 2015 il SerD ha attivato una formazione indoor sulle problematiche alcol correlate, rivolta a tutto il personale del SerD.

REGIONE PIEMONTE

É proseguito anche per il 2015 il percorso formativo e di supervisione rivolto agli operatori del Servizio di Alcologia. Gli operatori dei Servizi di Alcologia sono attivi nel Gruppo di lavoro della Formazione Dipartimentale in atto nel Dipartimento Dipendenze, e svolgono funzioni di progettazione e implementazione dell'attività formativa complessiva. Tutti gli operatori che si occupano di alcoldipendenza usufruiscono di regolare spazio di supervisione dei casi clinici, nell'ambito del percorso che coinvolge tutti i Servizi del Dipartimento, secondo una programmazione pluriannuale che prevede momenti di lezione frontale, supervisioni dirette da esperti del settore, preparazione e discussione dei casi, individuazione di aree di sviluppo dei percorsi clinici e messa a punto di risposte tipo organizzativo e di tipo innovativo.
Gli operatori partecipano inoltre alle proposte formative in ambito regionale ed occasionalmente extraregionale.

Si sono svolti diversi interventi formativi ad insegnanti, le cui scuole di appartenenza prevedono il programma di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute *Unplugged,* il quale è basato sul modello dell'influenza sociale, formulato e validato da un team di esperti a livello europeo, rivolto a ragazzi da 12 a 14 anni. Il programma prevede che la conduzione del gruppo sia assegnata ad un insegnante, preventivamente formato, che utilizza una metodologia interattiva. La formazione per gli insegnanti consente di padroneggiare i presupposti teorici del programma e di sperimentare le tecniche di attivazione degli studenti nelle classi. Nelle supervisioni si forniscono aggiornamenti sul progetto, si raccolgono dati sull'attuazione nelle classi, si affrontano i problemi nello svolgimento delle attività con il coinvolgimento attivo dei partecipanti, elaborando in gruppo indicazioni operative.

REGIONE LOMBARDIA

La caratteristica principale delle dipendenze è la sua continua trasformazione, provocata dalle molte variabili culturali e sociali che la influenzano. Per stare al passo e

contrastare in maniera adeguata tale fenomeno, è necessario offrire una formazione continua agli operatori del settore.
Il Piano di Azione Regionale (P.A.R.) ha previsto una serie di azioni formative a supporto del personale che opera nelle dipendenze, offrendogli degli strumenti per affrontare il problema. La formazione deve coinvolgere il personale dei diversi settori. Questa collaborazione serve non solo a migliorare la condivisione delle risorse, ma porta a avere un sistema in grado di elaborare un cambiamento culturale tra chi opera dentro e attorno alle dipendenze.
Gli operatori del sistema d'intervento, gli imprenditori, i dirigenti e i lavoratori della rete di offerta/supporto, devono essere sostenuti dalla formazione, per consentire loro di avere una chiave di lettura, una comprensione del problema e delle possibili soluzioni, nei luoghi della vita quotidiana e del lavoro.
Inoltre, la formazione deve entrare nel mondo dello sport, coinvolgendo gli allenatori sul tema del consumo di sostanze legali e illegali affinché lo sport sia sempre più uno stile di vita sano e non solo espressione di prestazioni esasperate.
Lo stesso discorso vale per gli operatori a competenze specifiche, legate a comportamenti di rischio come quelli del sistema penitenziario, il personale dei luoghi del divertimento, gli addetti alle vendite per la gestione di situazioni di acquisto di alcolici da parte di minorenni.
Le iniziative formative e di aggiornamento del problema alcol nel territorio lombardo, sono state rivolte soprattutto al personale docente delle scuole, ai medici di medicina legale, medici della commissione patenti, conduttori di mezzi pubblici e operatori del terzo settore.
L'esempio è fornito dal progetto "*LifeSkills Training Program*" dove è prevista sia la formazione di operatori dei Dipartimenti Dipendenze delle Asl, e conseguentemente, la formazione degli insegnanti che applicheranno le strategie educative/preventive nelle classi.

P.A. BOLZANO

Gli operatori dei Servizi pubblici e delle Organizzazioni private convenzionate che gestiscono ambulatori di alcologia e comunità riabilitative per alcoldipendenti hanno partecipazione a formazioni mirate, supervisioni di *equipé*, a seminari specialistici, a convegni provinciali, nazionali ed internazionali che hanno permesso di affinare esperienze e competenze volte a garantire la qualità delle prestazioni agli utenti.
Sono state attivate diverse formazioni che fra l'altro miravano all'acquisizione di maggiori competenze sulla tematica delle dipendenze da più sostanze, alcol incluso.
È stato realizzato un convegno a porte chiuse (due giornate) che era indirizzato agli operatori dei Servizi pubblici e delle Organizzazioni private convenzionate che gestiscono ambulatori e comunità riabilitative per alcoldipendenti.

P.A. TRENTO

Nel 2015 sono state organizzate e realizzate due "*Settimane di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcol-correlati e complessi*" e due "*Settimane di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale al ben-essere nella comunità*", atipiche rispetto a quelle tradizionali. Infatti durante queste settimane si sono affrontati temi di più ampio respiro, proponendo riflessioni su argomenti quali la socio-equo sostenibilità, in un percorso sempre connesso alla multidimensionalità del disagio sociale nella Comunità.

Sono state inoltre organizzate e realizzate, da parte dell'APSS, giornate di aggiornamento e corsi specifici per operatori dei Servizi di alcologia e dei Club degli Alcolisti territoriali.

REGIONE VENETO

Prosegue anche nel 2015 l'attività formativa e di aggiornamento rivolta al personale della Regione Veneto addetto ai trattamenti sanitari e assistenziali, in materia di alcol e problemi alcol correlati. Il principale apporto è offerto direttamente dalle Aziende Unità Locale Socio Sanitarie che, nella quasi totalità dei casi, sono intervenute nell'organizzazione di attività formative e di aggiornamento. Nella maggior parte dei casi, la partecipazione alle attività formative è aperta ai soggetti della rete dipartimentale (Privato Sociale, C.T., Volontariato, altri servizi Aziende Ulss, altri Enti) favorendo l'integrazione tra le diverse realtà che intervengono in questo settore.
Della realizzazione di tale attività continuano ad occuparsene, in ordine di importanza, le Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (100%), la Regione (71,4%), il Privato Sociale (61,9%); alcuni contributi sono offerti anche dal Ministero della Salute e dalle Società scientifiche.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Anche nel 2015 si sono svolti corsi di aggiornamento e giornate di formazione dedicate agli operatori delle strutture alcologiche.

REGIONE LIGURIA

Gli operatori delle strutture alcologiche partecipano regolarmente a Corsi di Aggiornamento e a giornate di formazione organizzate all'interno della ASL di appartenenza.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

La formazione in campo alcologico del personale in servizio viene garantita dalle singole AUSL con occasioni formative specifiche e supervisioni cliniche alle *equipes* delle Dipendenze.

E' attivo un gruppo regionale tematico denominato "Alcol e Cura" a cui partecipano professionisti designati da ogni AUSL per l'elaborazione di documenti regionali di approfondimento ed indirizzo a proposito di trattamenti clinici in alcologia.
I due ultimi lavori elaborati trattano di:
- la qualità del sistema curante nei casi di trapianto di fegato in pazienti con epatopatia alcolica
- percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per pazienti con PAC o dipendenza alcolica.

In entrambi i casi i documenti prodotti diventano materia di circolari di indirizzo regionale o materiale di condivisione tecnico professionale per la qualificazione dei Servizi.

REGIONE TOSCANA

In linea con le previsioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato (20012-2015) sono stati realizzati i seguenti corsi di formazione e aggiornamento:

- Master di I livello "*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*" dell'Università degli Studi di Firenze coordinato dal Centro Alcologico Regionale Toscano.
- Corso di aggiornamento professionale "*Problematiche e Patologie Alcol correlate*" realizzato con modalità FAD coordinato dal Centro Alcologico Regionale Toscano.
- Convegno "*Alcol zero…1. Stato dell'arte rispetto alle raccomandazioni internazionali sul non consumo*", organizzato dal Centro Alcologico Regionale Toscano in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia -sezione Toscana.
- Conclusione del progetto "*Prevenzione dei rischi legati al consumo di alcol e promozione della salute nei contesti sanitari primari*", realizzato dal Centro Alcologico Regionale Toscano in collaborazione con l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Firenze, avviato nell'anno 2013, per la realizzazione di corsi di formazione provinciali sull'Identificazione Precoce dei rischi alcol correlati e l'Intervento Breve rivolti agli operatori dell'assistenza sanitaria di base tra cui medici di medicina generale, infermieri e medici specialisti.
- Corsi sulla prevenzione delle ricadute con il metodo MBRP.
- Formazione dei neoassunti su problematiche alcol correlate.
- Organizzazione di corsi alcologici indirizzati verso operatori del privato sociale delle varie istituzioni fiorentine.

- Seminari di aggiornamenti previsti nei piani di formazione aziendale e dipartimentale, supervisione interne ai Servizi (Formazione obbligatorio delle U.U. F.F. dei SerT, incontri di monitoraggio e aggiornamento dei percorsi aziendali, audit clinici)
- Partecipazione a seminari su alcol e guida, alcol e donna, alcol e giovani, alcol e lavoro, prevenzione, problematiche dei disturbi di personalità e comportamenti di abuso e dipendenze
- Partecipazione a corsi di formazione e di aggiornamento per l'Educazione Continua in Medicina promossi dall'Azienda di appartenenza
- Partecipazione a corsi FAD
- Monitoraggio della qualità del percorso assistenziale
- Giornate di aggiornamento promosse dalla Scuola Superiore di Alcologia
- Discussione casi clinici in equipe e riunioni di autoaggiornamento
- Aggiornamenti per i servitori insegnanti dell'ACAT provinciale
- Aggiornamento su riviste e siti web specifici
- Organizzazione di lavori di gruppo monotematici, provinciali e regionali finalizzati alla stesura di progetti e protocolli operativi condivisi (come ad esempio "*Guadagnare salute-azione sulla lotta all'abuso alcologico e al tabagismo*", "*alcol e lavoro*", "*guida e alcol-prevenzione incidenti stradali*", "*alcol, fumo e cambiamenti di stili di vita*") in collaborazione con il Ministero della Salute, Azienda Regionale Sanità (ARS) e Centro Alcologico Regionale Toscano.

REGIONE UMBRIA

La Regione Umbria organizza tutti gli anni corsi di formazione rivolti agli operatori dell'area delle dipendenze, che prevedono la partecipazione anche degli operatori dell'Alcologia.

Nel 2015 sono state realizzate molteplici attività di formazione connesse all'elaborazione del Piano regionale di prevenzione.

E' stato inoltre realizzato il corso "*Comunicare, condividere, partecipare. Aggiornamenti informativi e buone pratiche nella prevenzione e nel trattamento delle dipendenze*", rivolto a operatori dei Servizi per le dipendenze delle ASL, di altre istituzioni, del terzo settore e volontariato, delle associazioni. Obiettivo generale del corso è stato quello di implementare un approccio interistituzionale, integrato, ai problemi connessi alla diffusione di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione generale ed in particolare nelle fasce giovanili. Il corso ha compreso seminari in plenaria e laboratori tematici in piccoli gruppi.

Sono stati realizzati corsi di aggiornamento professionale inerenti l'approccio motivazionale, di iniziativa sia regionale che delle Aziende USL.

Le ASL hanno realizzato molteplici corsi ed iniziative formative, mirate ad innovare l'approccio clinico, a promuovere l'integrazione tra i vari Servizi, a diffondere l'intervento motivazionale per gli stili di vita.

REGIONE MARCHE

Per quanto riguarda la formazione in campo alcologico, nel 2014 la Regione Marche ha aderito al *Progetto nazionale IPIB "Formazione su identificazione precoce e intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base"*. La formazione segue uno standard specifico promosso dall'OMS nell'ambito del progetto Europeo *PHEPA* (*Primary Health-care European Project on Alcol*) ed è ispirato ai principi della *Evidence Based Prevention*.

Nel 2015 sono stati effettuati diversi incontri organizzativi con tutti i rappresentanti dei Servizi coinvolti nell'AV 2 e AV3 a cui hanno preso parte oltre al Centro di Alcologia del STDP (*Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche*) di Ancona, con responsabilità scientifica del progetto, anche il Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche, l'Ufficio Promozione Salute ASUR Marche.
Inoltre tre dei Servizi delle due Aree Vaste coinvolte (Centro di Alcologia di Ancona, il Nucleo Alcoldipendenze di Civitanova Marche ed il Servizio Territoriale di Fabriano) hanno realizzato diverse giornate formative della durata di circa 8 ore ciascuna, comprendenti lezioni frontali ed esercitazioni pratiche di gruppo. Le giornate formative hanno coinvolto i MMG, Medici del Lavoro e altro personale sanitario e non-sanitario che possono avere rapporti istituzionali con persone a rischio ed hanno avuto tra le finalità quella di fornire strumenti per l'identificazione dell'abuso di alcool in fase precoce, alla sua stadiazione secondo i parametri AUDIT, all'utilizzo del colloquio motivazionale per creare una relazione utile per il trattamento a domicilio o l'invio in struttura specialistica.

Oltre all'iniziativa di carattere regionale, significativo è stato il numero degli eventi formativi, di carattere multidisciplinare, organizzati sia dai DDP che dalle strutture private convenzionate-accreditate ed a cui hanno preso parte i professionisti degli stessi.

Il personale dei servizi pubblici ha inoltre partecipato a seminari e convegni specialistici organizzati a livello locale e nazionale.

Le varie iniziative hanno visto il coinvolgimento del personale del terzo settore, in quanto parte integrante del Sistema dei servizi, ed in alcuni casi anche dei professionisti operanti nei settori e servizi implicati nelle problematiche legate alle dipendenze patologiche.

Tra le varie iniziative si riportano*:*
-Tavolo Regionale di confronto tra operatori per l'attuazione del PRP 2014 – 2018 "Scuola e Salute – è tutto un programma- DDP AV4*;*
- *"Integrazione in Area vasta delle procedure relative ai trattamenti e ai modelli di valutazione degli esiti"* giornata di formazione organizzata dal STDP di Camerino (DDP AV 3 Macerata), tenuta da docenti esterni e rivolta agli operatori del DDP, della Casa Circondariale di Camerino e del privato sociale dipartimentale;
- *"Dipendenza da alcol, Comorbilità psichiatriche e uso di sostanze"* convegno organizzato dalla Casa di cura Villa Silvia di Senigallia. Giornata di formazione sulle interazioni possibili tra l'alcol e il vasto *range* di sostanze psicotrope presenti sul mercato. Oltre ad esperti esterni, sono intervenuti i professionisti del STDP di Ancona - DDP AV2;
- *"Quarto passo: il coraggio di applicare i principi al di sopra delle personalità nelle ventiquattrore"*. Seminario Macro Regione Centro Area Marche finanziato ed organizzato da Alcolisti Anonimo. Intervento dei professionisti del STDP di Senigallia - DDP AV2;
- *"Alchimia o Evidence-based Medicine in Alcologia"*. Convegno organizzato dalla Casa di Cura Villa San Giuseppe. Intervento dei professionisti del STDP di Ancona - DDP AV2;
- *"Benzodiazepine ed Alcol: interazioni e proposte terapeutiche"*. Convegno formativo organizzato dall'Associazione Arcobaleno di Capodarco di Fermo rivolto agli operatori dei Servizi per le Dipendenze ed agli operatori del Privato Sociale.
- *"Sharing experience: il paziente con dipendenza da alcol*". Evento formativo di carattere locale, sull'utilizzo dell'acamprosato nella cura del paziente alcolista organizzato da Bruno Farmaceutici s.p.a a cui hanno partecipato operatori del DDP AV3 di Macerata

Infine, all'interno del piano formativo ASUR, in molti Servizi sono stati attivati e realizzati percorsi di supervisione ed attività di formazione interna, autogestita in gruppi di miglioramento:
- *"Casi di confine in alcologia: pazienti in doppia diagnosi e gruppo operativo"*. Ciclo di n. 4 incontri di supervisione – Centro di Alcologia Clinica- STDP Ancona –DDP AV2;
- *"Le terapie psicofarmacologiche in alcologia"*. Gruppi di miglioramento –Centro di Alcologia Clinica- STDP Ancona –DDP AV2
- *"Gestire per obiettivi e ottenere risultati. Rischio clinico connesso all'aggressività" - Strumenti clinici nella gestione del comportamento aggressivo indotto dall'assunzione di alcool e/o sostanze.* Gruppi di miglioramento Servizio Territoriale di Fabriano- DDP AV2;
-*Circoli di Lettura Interna accreditati.* Ciclo di n. 5 incontri STDP di San Benedetto DDP AV5.

REGIONE LAZIO

- Il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio, nel 2015, ha promosso l'inserimento dell'alcologia in corsi di studio ed ha organizzato Convegni, anche ECM.
- ASL RMA ha organizzato un Corso di formazione organizzato dalla Scuola Nazionale Dipendenze, Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- ASL RMD ha organizzato Corsi di aggiornamento agli operatori del Servizio.
- ASL RMG ha organizzato giornate di formazione con informatore farmaceutico ed ha attuato una formazione parziale del personale presso il Centro Alcologico Regionale.
- Nel territorio di FORMIA si sono svolti incontri settimanali di *èquipe* per discussione di casi clinici e per aggiornamenti.
- A CASSINO (Frosinone) si sono svolti Corsi di formazione e aggiornamento.
- A VITERBO sono stati individuati formatori locali e si sono svolti corsi di formazione regionali, punti di incontro per i MMG.

REGIONE ABRUZZO

Pur con le difficoltà tecniche ed organizzative inerenti la situazione della zona colpita dal sisma, nel 2015 gli operatori dei Servizi interessati hanno, comunque, partecipato a specifici corsi di aggiornamento e formazione su temi alcologici e di sicurezza sul lavoro, sia in qualità di discenti che di relatori, alcuni dei quali di seguito elencati:
1) corsi di sensibilizzazione;
2) corsi info-educativi diretti ai cittadini segnalati in stato di ebbrezza alcolica;
3) dipendenti ASL (tutte le professioni).

REGIONE MOLISE

Il personale che opera presso i Servizi per le Dipendenze patologiche ha avuto la possibilità di partecipare a vari corsi e/o convegni di aggiornamento professionale per l'anno 2015 e in modo specifico:
- Corso di formazione per la prevenzione di incidenti alcol correlati nei luoghi di lavoro promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise – SerT di Termoli.
- Corso di formazione "Alcologia e problematiche sulla dipendenza" rivolto ai Medici di Medicina Generale promosso dall'Azienda Sanitaria Regionale Molise – ASReM.

REGIONE CAMPANIA

- Intervento formativo sulla gestione delle emergenze tossicologiche (alcol e stupefacenti) e della presa in carico clinica e terapeutica dei pazienti assistiti dal personale del 118 e del Pronto Soccorso nel Corso sulle Emergenze psichiatriche

organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale nell'anno 2015 - ASL Salerno (SERD Cava dè Tirreni).

- Corso di formazione aziendale: "*Poliabuso. Un approccio vecchio e nuovo*", svoltosi da marzo 2015 a settembre 2015, nell'ambito del quale è stato dato ampio risalto alle problematiche alcol-correlate, con moduli di formazione sulla neurobiologia dell'alcolismo e sulla diagnosi e cura delle emergenze internistiche e psichiatriche nell'alcolista – ASL CE.

- Evento formativo: "L'alcolismo: una patologia complessa e complicata", svoltosi presso l'Ordine dei Medici di Caserta e rivolto ai Medici di Famiglia della Provincia di Caserta – ASL CE.

REGIONE PUGLIA

Anche nell'anno 2015 si rileva che le singole Aziende Sanitarie Locali hanno sostenuto e incoraggiato percorsi di formazione e aggiornamento del personale, attraverso la partecipazione ai numerosi eventi formativi svoltisi a livello locale, regionale e nazionale.

REGIONE BASILICATA

Nel corso dell'anno 2015 sono stati espletati diversi incontri e corsi formativi, organizzati nel contesto del Dipartimento per le Dipendenze e destinati al personale addetto, finalizzati al miglioramento delle conoscenze ed alla diffusione delle buone prassi cliniche e gestionali nel settore operativo delle Dipendenze Patologiche da Alcol.
Tra le diverse iniziative poste in essere nel territorio regionale si menziona il 4° Convegno internazionale di alcologia organizzato dall'ex-ASL 3 Lagonegro.

REGIONE CALABRIA

Nel 2015 tutte le Aziende Sanitarie Provinciali hanno predisposto iniziative formative e di aggiornamento del personale sui problemi e sulle patologie alcol correlate.

REGIONE SICILIA

In quasi tutte le Aziende sono stati effettuati corsi di formazione rivolti al personale operante nei Ser.T. In alcune Aziende sono stati programmati corsi specifici rivolti non solo agli operatori dei SerT ma aperti anche ad operatori di altri Servizi interessati alla problematica.

REGIONE SARDEGNA

Al fine di soddisfare adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto, i Ser.D. aderiscono a molteplici eventi formativi, congressi e convegni, volti a promuovere la crescita di abilità, competenze e risorse dei professionisti coinvolti.
La partecipazione attiva e la collaborazione tra operatori ha favorito un clima di scambio di conoscenze e di costruttivo confronto.
Si segnala in particolare la formazione, in Sardegna, di n. 20 formatori regionali *Unplugged*, l'unico programma *evidence-based* di prevenzione dell'uso di sostanze nella popolazione scolastica basato sul modello dell'influenza sociale.

6.4. Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario

REGIONE VALLE d'AOSTA

Nel 2014/15 il SerD ha permesso ad uno dei medici di acquisire un master presso il Dipartimento Politiche antidroga su droghe e alcol.

REGIONE PIEMONTE

Alcune ASL della Regione, in particolare ASL TO1 e ASL CN1, prestano la loro collaborazione al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche per attività di tirocinio e organizzazione delle attività didattiche in materia di Alcologia.

REGIONE LOMBARDIA

Tutte le ASL lombarde, sono coinvolte all'interno del programma di prevenzione selettiva regionale, nello sviluppo di protocolli di ricerca, i cui risultati vengono poi diffusi con apposite pubblicazioni e utilizzati a livello di formazione specialistica universitaria, attraverso corsi di aggiornamento e convegni scientifici.

P.A. TRENTO

Prosecuzione della collaborazione con l'Università per i tirocini e i seminari sui problemi alcol correlati nelle lauree brevi in Scienze Infermieristiche e nei corsi per Assistente Sociale, Educatore Professionale e Tecnico della riabilitazione psichiatrica.

REGIONE VENETO

La collaborazione tra i Servizi di Alcologia e gli Atenei presenti nel Veneto (Padova, Verona e Venezia) e anche fuori Regione, è piuttosto consolidata e riguarda la quasi totalità dei Servizi, se si prende in esame le convenzioni in atto per il tutoraggio e la formazione in tirocini pre/post laurea, e/o di specialità per studenti e specializzandi (medici, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari).

Più contenuta, comunque in sensibile aumento, anche la percentuale dei Servizi che nel corso del 2015 ha avviato o prosegue varie attività che prevedono la partecipazione e il coinvolgimento degli Istituti universitari.

Come negli anni precedenti l'ambito delle collaborazioni ha riguardato in particolare:
- docenze e frequenze presso scuole, corsi di laurea e master;
- organizzazione di corsi di formazione e seminari;
- effettuazione di indagini sui fattori che influiscono sull'alcoldipendenza;
- produzione di eventi su problematiche e patologie alcol correlate;
- valutazione di progetti;
- realizzazione di protocolli, ricerche e pubblicazioni.

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 Igiene e Medicina Preventiva della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Udine.

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 2015 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 2015 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 2015 si è svolta la seconda edizione del *Master post universitario di primo livello* "Dalla prevenzione alla gestione clinica dei problemi alcol correlati" organizzato dall'Università degli Studi di Modena e Reggio in collaborazione con l'Università di Bologna.
Hanno frequentato il Master diversi professionisti che operano nei Centri Alcologici della Regione.

In occasione di Aprile mese della Prevenzione Alcologica, la Regione ha organizzato la giornata di studio "Antiche risorse, nuovi legami" rivolgendola a Docenti e Studenti universitari i quali hanno potuto seguire direttamente sedute aperte di gruppo gestite dalle Associazioni ALCOLISTI ANONIMI, ALANON e CAT.

REGIONE TOSCANA

- Collaborazione con vari Centri universitari e laboratori, nei corsi di laurea e nelle scuole di specializzazione Medica (Firenze, Pisa, Siena);
- aggiornamenti attraverso la rete informatica ***Medline*;**
- collaborazione con l'Università di Siena che ha messo a disposizione, presso l'ambulatorio alcologico del Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto, un medico specializzando con convenzione;
- collaborazione con il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università di Firenze per la realizzazione di un modulo di alcologia di 8 ore all'interno dell'Attività Didattica Elettiva;
- collaborazione con il Corso di Laurea in Educazione Professionale dell'Università di Firenze per la partecipazione degli studenti del 3° anno al "Corso di sensibilizzazione ai problemi alcol correlati e complessi (metodo Hudolin)".
- collaborazione con la Scuola di specializzazione in Psichiatria della Facoltà di Medicina dell'Università di Siena;
- attivazione anche per l'anno accademico 2014-2015 presso l'Università degli Studi di Firenze il 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) e appartenenti al Servizio Sanitario. Ogni anno il master forma circa 10 operatori e ad collaborano come docenti e relatori di tesi operatori dei Servizi territoriali;

- collaborazione con il Dipartimento Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche "Mario Serio" dell'Università di Firenze per il progetto di ricerca "*Ipertransaminasemia come marker precoce di epatopatia e strumento di prevenzione*" rivolto agli operatori sanitari e ai soggetti con consumo rischioso/dannoso di alcol.

REGIONE UMBRIA

Sono state svolte lezioni su alcol e problemi alcol correlati in particolare all'interno del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche presso l'Università degli Studi di Perugia.

REGIONE MARCHE

Sul territorio della Regione Marche sono state attivate alcune iniziative volte alla promozione della ricerca e della formazione specialistica a livello universitario.

Nello specifico nell'anno 2015 sono state accolte presso i vari Servizi dei DDP di Pesaro, Ancona, Fermo e San Benedetto nove esperienze di tirocinio universitario provenienti dai corsi di Laurea in Psicologia, Servizio Sociale ed Educazione Professionale.

Inoltre il Servizio di Senigallia (AN) ha proseguito, per l'anno 2015, l'attività di ricerca in collaborazione con il Centro Studi e Ricerche *Josè Bleger* ed ha avviato una ricerca-azione, in collaborazione con il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Senigallia ed i Comuni del territorio. L'iniziativa ha come principali finalità: strutturazione di un sistema di osservazione e monitoraggio con il Pronto soccorso di Senigallia per l'intercettazione precoce dei comportamenti a rischio delle sostanze stupefacenti ed etiliche; predisposizione di dispositivi clinici integrati; concertazione di attività di promozione e prevenzione attraverso la lettura e l'analisi dei bisogni sul territorio.

Il Centro di Alcologia Clinica del STDP (*Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche*) di Ancona, sta partecipando alla realizzazione di una tesi di specializzazione avente come oggetto lo studio osservazionale sui nuovi casi clinici dei pazienti afferenti al Centro di Alcologia Clinica del STDP di Ancona.

REGIONE LAZIO

Sono previste ore di lezione e seminari nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma, svolte grazie al supporto del Centro di Riferimento Alcologico Regionale.

REGIONE ABRUZZO

Continua, anche nell'anno 2015, la collaborazione con l'Università degli Studi di L'Aquila, Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione Psichiatrica con il Servizio Tossicodipendenze. Analogamente è stata portata avanti anche per la corrente annualità la fruttuosa collaborazione con il Corso di Laurea in Assistenza sanitaria dell'Università di Chieti.

REGIONE MOLISE

Convenzione con l'Università per tirocinio teorico-pratico per Assistenti Sociali, Psicologi e Medici.

REGIONE PUGLIA

Nell'anno 2015 non sono state avviate particolari iniziative atte a promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario. In tale ambito si segnala solo una attività di formazione realizzata in collaborazione con l'Università Roma Tre, l'Università del Salento e l'Università di Bologna, avviata in una ASL pugliese, in favore degli studenti inviati per attività di tutoraggio esterno.

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' stata avviata una collaborazione con l'Università degli Studi di Messina - Facoltà di Psicologia e Scienza Sociali - finalizzata all'accoglienza di tirocinanti all'interno dei Servizi.

In collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità è stata avviata e realizzata un'indagine epidemiologica: "*Dipendenze patologiche: analisi della situazione locale*", mediante l'utilizzo di otto *Focus Group*.

REGIONE SICILIA

Solo l'ASP di Caltanissetta ha proposto un Accordo di Programma con le Università di Palermo e di Catania per attività di Tutoraggio nelle Scuole di Specializzazione di Psicoterapia e tirocinio pre-laurea della Facoltà di Medicina dell'Università di Palermo.

REGIONE SARDEGNA

Collaborazione del Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici alcol correlati di Cagliari con il Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare dell'Università degli Studi di Cagliari per l'elaborazione e la realizzazione di progetti di ricerca e prevenzione. Uno di questi studi ha come titolo: "il consumo di alcolici tra i giovani sardi", realizzato con dall'associazione Proeis (Promozione e Indagini Sociali); lo studio ha coinvolto dieci istituti scolastici di secondo grado di tutta la Sardegna, dove sono stati raccolti oltre 700 questionari sulle abitudini e le opinioni dei giovani in relazione all'uso e all'abuso di bevande alcoliche. I dati sono stati poi elaborati ed interpretati con il contributo degli esperti del settore.

6.5. Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale *no profit*

REGIONE VALLE d'AOSTA

Prosegue la collaborazione del Ser.D. con i Gruppi di auto-aiuto (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi) che si concretizza nella progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di diverse attività formative. In particolare il SerD ha messo a disposizione degli Alcolisti Anonimi e degli Al/Anon le stanze del Servizio per permettere gli incontri tra gli utenti che afferiscono al SerD e i gruppi suddetti.

REGIONE PIEMONTE

Le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del Privato sociale non profit sono a tutti gli effetti parte attiva del Dipartimento Dipendenze secondo la logica della costituzione di una rete strutturata e formalizzata. Le Comunità presenti sul territorio, i Gruppi di volontariato, i Servizi di Alcologia, hanno modalità di collaborazione stabili, gruppi di lavoro strutturati, momenti formativi comuni, pertanto sviluppano progettazioni su lungo periodo, sia sulla gestione del singolo caso, che sull'analisi dei bisogni e la programmazione degli interventi nella gestione della problematica alcologica sul territorio.
In generale tutte le occasioni formative realizzate nel Dipartimento sono aperte e co-costruite con gli Enti del privato sociale non profit operanti nel territorio, garantendo che le azioni del servizio pubblico e del privato sociale si sviluppino in percorsi trattamentali coerenti ed integrati, nella logica della continuità terapeutica e del potenziamento reciproco dell'efficacia. Si conferma così la positiva costruzione di modelli di intervento condivisi, di prassi omogenee nei diversi territori, di confronto e ottimizzazione della rete di interventi.

REGIONE LOMBARDIA

Le attività effettuate nel territorio lombardo dalle ASL, evidenziano un coinvolgimento, in costante aumento, dei diversi attori istituzionali e non, locali e regionali, con particolare attenzione al mondo dell'associazionismo e dell'auto mutuo aiuto al fine di garantire la continuità degli interventi tra i diversi momenti vita della persona, così come indicato dal Piano di Azione Regionale.

P.A. BOLZANO

- Sono proseguiti i rapporti di collaborazione dei Servizi Specialistici con le Associazioni Private Convenzionate, con le Cooperative sociali e di lavoro, con le Comunità Comprensoriali, con i gruppi di auto-mutuo aiuto, con il Centro Mediazione Lavoro, deputate all'inserimento lavorativo e abitativo.
- Presenza costante sul territorio è stata l'offerta di gruppi di auto-mutuo aiuto, gruppi informativi e di sostegno per familiari, gruppi specifici a conduzione professionale, colloqui singoli di sostegno non solo con le persone in trattamento presso i Servizi ma anche per quelle che hanno concluso un trattamento di disintossicazione ambulatoriale o residenziale.

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

I Servizi Pubblici Specialistici di Alcologia del Veneto hanno stretto una attiva e fattiva collaborazione con le Associazioni di auto mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato sociale non profit, realizzando iniziative volte al sostegno e alla promozione delle medesime. L'attività clinica è stata svolta in stretta collaborazione con le Associazioni e con le Comunità terapeutiche, per l'attuazione di programmi sia ambulatoriali sia residenziali. Questa alleanza operativa ha sostenuto tutte le attività dipartimentali, sia in ambito terapeutico-assistenziale che preventivo, secondo una logica di "rete" tra le varie agenzie pubbliche e private che si occupano di problemi alcol correlati (*P.A.C.*), con l'obiettivo di fornire risposte adeguate alla complessità dei bisogni, sempre in evoluzione, delle persone e delle famiglie.
Il 95% dei Servizi Alcologici veneti coinvolge direttamente le Associazioni nelle attività del Dipartimento attraverso Comitati dipartimentali formalizzati e con la partecipazione al *Comitato dipartimentale allargato;* il 95% delle Alcologie offre attività formative ed il 71% le sostiene attraverso l'erogazione di contributi economici.
La totalità dei Servizi Alcologici 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).

I Dipartimenti delle Dipendenze del Veneto hanno mantenuto direttamente i contatti con le Associazioni nell'ambito delle iniziative dipartimentali; gli operatori delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie infatti hanno garantito la loro presenza, come relatori o auditori, a numerose occasioni di incontro, di tipo informativo, sui problemi alcol correlati, organizzate sul proprio territorio dalle A.C.A.T. e da A.A. e familiari (Al-Anon, Al-Ateen).

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Convenzione con l'Associazione AsTrA per la gestione di un gruppo appartamento per persone in trattamento prolungato per PPAC dopo trattamento intensivo e stabilizzazione dell'astinenza.
- Contributi alle associazioni AsTrA, ACAT, Hyperion, su attività specifiche relative alla cura dei PPAC in integrazione con le azioni del Servizio.
- Collaborazione con le ACAT Territoriali
- Collaborazione con i gruppi Alcolisti Anonimi
- Collaborazione con ACAT Gemonese, ACAT Carnica, ACAT Sandanielese, ACAT Fagagnese, ACAT Codroipese, AA e AlAnon del territorio finalizzata alla realizzazione di una ricerca/intervento che ha coinvolto 65 gruppi di alcolisti e familiari presenti nel territorio dell'AAS3 e in piccola parte dell'AAS4, per un totale di 450 soggetti, finalizzata alla rilevazione ed alla sensibilizzazione al trattamento di due patologie spesso compresenti all'alcolismo: Dipendenza da Tabacco e da Gioco d'Azzardo.
- Giornate di formazione in collaborazione con l'Associazione Club Alcolisti in Trattamento (ACAT Udinese) e Provincia di Udine sul Disagio Giovanile

REGIONE LIGURIA

Le relazioni tra i N.O.A. e le Associazioni di auto mutuo aiuto sono consolidate in tutto l'ambito regionale: i NOA hanno attivato una buona rete di collaborazione e coordinamento degli interventi sia con i gruppi di auto-mutuo aiuto, sia con le organizzazioni del terzo settore, sia con le strutture del privato sociale.
In alcuni casi i gruppi CAT sono coordinati da un operatore del NOA, in altri sono stati stipulati accordi con le strutture del privato sociale per la cogestione di progetti e attività del NOA da parte del personale del servizio pubblico e privato accreditato.
Sono stati attuati dei corsi di formazione rivolti 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".
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.

Le collaborazioni con il terzo settore nel territorio della ASL5 spezzino, sono soprattutto con 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 con la persona in oggetto un trattamento adeguato.

Regolari sono i rapporti con il gruppo di auto mutuo aiuto Alcolisti Anonimi e CAT che è coordinato da un'operatrice del NOA.

Sono stati attivati programmi di cooperazione con l'ARCAT (Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento) in cui si è svolta attività di formazione per i medici di base e per il personale, oltre a un corso di sensibilizzazione per i volontari.
Sempre in collaborazione con l'ARCAT, come integrazione della Rete Alcologica con la Area Penale Esterna, è attivo il progetto "Ripara/Impara" dedicato a individuare alternative socialmente utili alla pena per chi è fermato in guida in stato di ebbrezza.

I Centri Alcologici hanno implementato la cooperazione con le Associazioni che fanno capo al trattamento dei 12 passi (Alcolisti Anonimi, Alanon, Narcotici Anonimi, Famigliari 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

In Regione Emilia Romagna la collaborazione con le Associazioni attive in campo alcologico è sancito dal documento regionale (DGR 600/2011) e viene sostenuto con numerose e diffuse attività di condivisione in campo formativo, preventivo, di informazione pubblica e ovviamente di tipo assistenziale verso pazienti con PAC e i loro familiari.
Il punto fondamentale del documento regionale riconosce alle Associazioni firmatarie (A.A.- ALANON- ARCAT) il ruolo di risorsa nel Sistema dei Servizi.

Nella stesura del nuovo Piano Sociale e Sanitario della Regione è coerentemente presente un capitolo denominato "Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini" che espressamente valorizza le esperienze di auto mutuo aiuto e di cittadinanza attiva che sono ben rappresentate nel territorio regionale.

REGIONE TOSCANA

- Proseguimento della collaborazione dei SerT con l'Associazione dei Club Alcologici Territoriali. Tale collaborazione favorisce la creazione di programmi territoriali e l'organizzazione di incontri e iniziative di sensibilizzazione rivolti alla comunità (corsi di sensibilizzazione, scuole alcologiche territoriali, corsi monotematici).
- Attività di sensibilizzazione della popolazione ai problemi alcol correlati e l'invio di pazienti ai club stessi.
- Collaborazione con le associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento presenti sul nostro territorio sia per quanto riguarda i programmi di trattamento sia per la progettazione di interventi di prevenzione sulla popolazione generale e nei progetti di formazione.
- Organizzazione incontri con i responsabili dei gruppi di auto aiuto per discutere e concordare un programma comune per il recupero dei pazienti.
- Collaborazione con le Associazioni Alcolisti Anonimi, Ala-Non, Narcotici Anonimi, Vittime della Strada, Ogap.
- Partecipazione degli operatori alle riunioni aperte degli Alcolisti Anonimi e agli Interclub dell'ACAT.
- Partecipazione del personale volontario (Associazione OGAP- Associazione Operatori Gruppi e Alcol e Politossicodipendenze) in qualità di uditore, ai percorsi previsti dall'equipe alcologica per il trattamento della persona e della famiglia con problemi di alcol.
- Riunioni periodiche con il personale del privato sociale finalizzate alla condivisione dei percorsi previsti dalle linee guida e dal chronic care model.
- Organizzazione di giornate per l'aggiornamento dei volontari.
- Collaborazione con Associazioni non direttamente coinvolte sulle problematiche alcol correlate come Confraternita Misericordia Valdambra, Caritas Arezzo, OXFAM, ARCI Solidarietà, Associazione Libera.
- Diffusione nei presidi di materiale riguardante gli indirizzi, le attività e le iniziative relative ai gruppi di auto-mutuo aiuto e del privato sociale no-profit.
- Organizzazione di giornate condivise di formazione/informazione.
- Collaborazione con i centri di ascolto territoriali.

REGIONE UMBRIA

I Servizi di Alcologia umbri collaborano attivamente ed in modo sistematico con le Associazioni di auto mutuo aiuto, in particolare con l'associazione ACAT, sia per le attività terapeutico-riabilitative che per quelle di promozione della salute, e con l'associazione Alcolisti Anonimi. I Servizi ne sostengono le attività formative e di aggiornamento anche attraverso il supporto tecnico dei propri operatori.

A livello regionale le Associazioni sono incluse nelle attività definite dagli atti di programmazione in materia alcologica, nelle attività di formazione, nelle diverse iniziative pubbliche.

REGIONE MARCHE

Numerose sono le Associazioni di auto-mutuo aiuto e varie le Organizzazioni del Privato Sociale no profit che insistono sul territorio di ciascun Dipartimento per le Dipendenze, tanto che la copertura da parte delle organizzazioni Alcolisti Anonimi, Alanon, dei C.A.T. Clubs Alcologici Terrioriali, delle Comunità terapeutiche, dei Centri di Ascolto etc. risulta omogenea ed uniforme su tutto il territorio regionale senza differenze significative tra i vari Servizi dipartimentali.
Per quello che attiene le iniziative adottate per garantire il coinvolgimento delle associazioni e delle organizzazioni, quest'ultime sono sempre coinvolte da ciascun Dipartimento nei momenti formativi/informativi.
In linea con le DGRM n.747/04 e DGRM 1534/13, i Dipartimenti coinvolgono le associazioni nella predisposizione e nell'attuazione dei programmi terapeutici, nei Comitati dipartimentali e nelle attività cliniche/organizzative.

REGIONE LAZIO

Operano sul territorio numerosi gruppi di Alcolisti Anonimi e CAT (Clubs Alcolisti in Trattamento) grazie a protocolli di intesa tra le Associazioni e i Servizi.
Il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio collabora attivamente con tutte le Associazioni, Cooperative, Fondazioni del Lazio che direttamente o indirettamente sono coinvolte nei problemi e patologie alcol correlati.

REGIONE ABRUZZO

Anche per l'annualità 2015 sono state coinvolte e valorizzate le collaborazioni con le Associazioni di promozione sociale e di Mutuo Aiuto operanti sul territorio regionale in ossequio e concreta applicazione all'ambito sanitario del principio costituzionale di sussidiarietà' orizzontale.

REGIONE MOLISE

I Servizi per le Dipendenze 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 Alcologici Territoriali e/o gli A.A. - Alcolisti Anonimi, hanno permesso alla famiglie,

successivamente alla fase acuta, trattata esclusivamente dai Ser.T., di iniziare un percorso alternativo e di lunga durata finalizzato al cambiamento dello stile di vita in uno *alcol-free*.

REGIONE CAMPANIA

La collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto (AA e CAT) si è intensificata, in particolare presso alcune AASSLL, sia in seguito alle iniziative di formazione organizzate congiuntamente sia con la elaborazione di precisi accordi operativi locali. Il risultato di queste iniziative si è concretizzato poi in un ampliamento dell'offerta di percorsi di presa in carico integrati e multidisciplinari.

REGIONE PUGLIA

E' ormai consolidata e strutturata una costante e sinergica integrazione tra i Servizi territoriali pubblici delle Aziende Sanitarie Locali, i gruppi di mutuo-aiuto (ARCAT, APCAT, AA) e le Associazioni e le organizzazioni del Privato sociale.
Nell'anno 2015, i Club attivi e operanti in Puglia, secondo l'approccio ecologico sociale del metodo Hudolin, risultano essere n. 46.

REGIONE BASILICATA

Sul territorio della Regione si è consolidato il modello di "*lavoro di rete*" tra ASL, Associazioni, Volontariato, Centri di aggregazione giovanile.

REGIONE CALABRIA

Anche nel 2015 è proseguita la collaborazione con il volontariato e gli enti ausiliari ritenuta indispensabile per il raggiungimento di risultati significativi nel trattamento dei soggetti con patologia alcol correlata.
Le Associazioni di auto mutuo aiuto presenti sul territorio e quelle del privato sociale no-profit hanno operato in sinergia, mettendo in atto importanti attività sulla base di una programmazione condivisa con il Dipartimento**.**

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

I Ser.D. collaborano con le strutture private e le comunità terapeutiche presenti nella nostra Regione, nel campo della cura-riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi alcol correlati, con la realizzazione di programmi residenziali integrati e detenendo la titolarità dei progetti terapeutici.

Inoltre, si rafforza costantemente l'integrazione del Servizio Dipendenze con l'attività dei CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento – metodo Hudolin), dove un medico del Ser.D. opera come servitore insegnante, facilitando un'azione condivisa tra pubblico e privato sociale, con momenti di formazione e sensibilizzazione.
I CAT-Club, comunità multifamiliari simili ai gruppi *self-help*, operano in un clima non giudicante, di condivisione, ascolto, scambio di esperienze ed emozioni, in un contesto dove si è "alla pari", nella prospettiva di un cambiamento di stile di vita.

6.6. Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11 legge 125/01 *(Strutture di accoglienza per pazienti alcoldipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cura prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital).*

REGIONE VALLE d'AOSTA

Anche nel 2015 il SerD ha sostenuto le Comunità terapeutiche presenti sul territorio, specializzate nella riabilitazione alcologica, lavorando con esse in una completa sinergia di risorse e interventi. Le Comunità presenti sul territorio valdostano sono 4, e tutte hanno partecipato settimanalmente ad incontri tenuti presso il SerD per definire i casi presi in carico dai SerD che necessitano di entrare in Comunità, nonché i programmi personalizzati da approntare per ciascuno di essi.

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*".

REGIONE LOMBARDIA

L'organizzazione degli interventi di cura e reinserimento garantiti nel territorio regionale vede una regolare e consolidata collaborazione tra i Servizi pubblici, del Privato sociale, delle Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, i medici di medicina generale e le Aziende ospedaliere. Sul territorio lombardo le strutture di accoglienza sono: 56 Nuclei Operativi di Alcologia afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, 10 strutture residenziali del Privato accreditato, 18 moduli di accoglienza e/o di trattamento specialistico per alcoldipendenti.

P.A. BOLZANO

Nel 2015 le strutture sono rimaste invariate per numero e per tipologia in quanto quelle esistenti soddisfano le esigenze dell'utenza in trattamento.
Quindi, nell'ambito dell'Associazione HANDS è proseguita l'attività delle seguenti strutture**:**
- Sede Centrale HANDS ed Ambulatorio - Bolzano

- Sede Periferica HANDS- Merano
- Sede Periferica HAND - Bressanone
- Comunità terapeutica HANDS- Bolzano
- Laboratorio della Comunità terapeutica - Bolzano
- Laboratorio protetto HANDSWORK - Bolzano
- Laboratorio protetto HANDSWORK - Cermes (Merano)
- Alloggio protetto HANDSHOME - Bolzano
- Alloggio protetto HANDSHOME - Caldaro (Bz).

Interessante segnalare sul territorio di Merano una comunità alloggio gestita dalla Comunità Comprensoriale "Burgraviato" per soggetti con problemi di abuso/dipendenza da alcol provenienti da Comunità terapeutiche o che presentano una media stabilità sociale e relazionale.

P.A. TRENTO

E' attivo un reparto di Alcologia presso l'ospedale S. Pancrazio di Arco.
Il reparto di riabilitazione alcologica della suddetta struttura sanitaria ha come finalità l'aiuto alla persona e alla famiglia con problemi di alcol per favorire una sufficiente elaborazione della convinzione e del progetto di abbandono delle sostanze, e non si limita quindi alla sola funzione di disintossicazione e controllo dell'astinenza in fase acuta. I ricoveri presso tale reparto possono e devono essere effettuati solo dai Servizi di Alcologia, come previsto da specifica convenzione tra APSS e Ospedale San Pancrazio. Al momento un gruppo di lavoro, di cui fa parte il Servizio di Alcologia e il personale dell'ospedale S. Pancrazio, sta rivedendo e aggiornando l'intero pacchetto teorico che sta alla base dell'intervento concreto attuato in questa struttura ospedaliera.

REGIONE VENETO

Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza residenziale sono soddisfatte nell'82% dei casi dal Privato Sociale e nel restante 18% dalle Strutture pubbliche, particolarmente presenti nel territorio trevigiano e veronese.

L'analisi dell'offerta delle Comunità terapeutiche private evidenzia che il dato sul convenzionamento delle strutture si dimostra stabile rispetto alle precedenti annualità.

L'attività svolta dalle Comunità terapeutiche e dalle Strutture di pronta accoglienza, accreditate dalla Regione Veneto, rimane essenziale per fornire trattamenti validi ai pazienti alcologici, offrendo principalmente programmi mirati al consolidamento dell'astinenza e alla definizione di un percorso di trattamento personalizzato; su questa offerta di cura a carattere residenziale si trovano specifiche risposte di varia natura, tra cui:

- centri di prima accoglienza;
- accoglienza di soggetti con doppia diagnosi;
- appartamenti per l'accoglienza di alcoldipendenti in fase di riabilitazione;
- centri diurni per trattamento socio-riabilitativo occupazionale;
- centri per le dipendenze giovanili;
- comunità alloggio e case famiglia per trattamento socio-riabilitativo;
- programma di ricovero con degenza ospedaliera in divisioni mediche degli Ospedali locali, Cliniche e Case di Cura convenzionate;
- strutture residenziali messe a disposizione dall'Ente locale e gestite dall'A.C.A.T. con l'obiettivo di promuovere il reinserimento sociale di persone alcoldipendenti.

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 (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 Alcologico) presso la R.S.A. di Cormons (distretto A.I.) per la partecipazione "protetta" dei ricoverati al "Trattamento Integrato" che si svolge giornalmente presso il Ser.T di Gorizia.

REGIONE LIGURIA

Nella Regione Liguria vi sono Strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11, nelle quali sono presi in carico soggetti che svolgono programmi riabilitativi.
Tutte le strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative specifiche del Privato sociale e presenti in Liguria hanno specifici programmi per soggetti con dipendenza da alcol.

Nei programmi comunitari, l'obiettivo generale è far sì che diminuisca nel tempo il consumo di farmaci anche grazie all'aumentata capacità di elaborazione e di gestione delle situazioni dolorose ed alla presenza costante del supporto del gruppo dei pari e dell'équipe terapeutica.

I Progetti terapeutico-riabilitativo per alcolisti sono gestiti da équipe integrate che prevedono la collaborazione con le Strutture Semplici di Alcologia. L'équipe integrata è composta da psicologi, psicoterapeuti, educatori medici, assistenti sociali ed infermieri.
All'interno dei programmi presso le strutture del Privato Sociale Accreditato, è prevista laddove necessario una fase di disintossicazione.
Nelle strutture preposte vengono effettuati interventi di breve durata con un programma intensivo, oppure percorsi medi, rivolti a persone con una rete famigliare e sociale di supporto, con un'avviata attività lavorativa dalla quale posso assentarsi per brevi periodi (malattia, aspettativa) e infine percorsi lunghi per persone che necessitano di un periodo medio-lungo di distacco dal proprio ambiente ed avere la possibilità di affrontare in modo più ampio ed articolato il problema della dipendenza.
Dal punto di vista farmacologico, quando necessario, vengono utilizzati farmaci antagonisti per l'alcolismo, quali l'Antabuse e l'Etilox, sempre sotto controllo medico, in accordo con il medico inviante del Ser.T.

Inoltre vi sono strutture a bassa soglia di accesso cui possono accedere persone con problemi alcol correlati per affrontare situazioni di difficile gestione o soggetti per cui, successivamente alla fase acuta, c'è la necessità di osservazione e cura prima di effettuare un reinserimento territoriale con trattamento ambulatoriale o un inserimento in struttura comunitaria.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Si conferma la presenza nel Sistema regionale per le Dipendenze di Enti Accreditati che gestiscono anche programmi diurni e moduli residenziali per alcolisti.
Nell'anno 2013 la Regione ha deliberato il nuovo accordo Regione Emilia Romagna– Coordinamento Enti Accreditati approvando la DGR 1718/2013 per il triennio 2014/2016.

REGIONE TOSCANA

Le strutture che si occupano di alcoldipendenza, presenti sul territorio regionale Toscano sono di diversa natura.

- Pistoia: comunità residenziale gestita dalla cooperativa sociale "*Incontro*" che si occupa di percorsi di disintossicazione e doppia diagnosi in ambito alcologico.
- Pontedera (Pisa): Comunità Residenziale e Semiresidenziale "*La Badia*" e il Centro Diurno "*Passo di Barca*" gestiti dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 5 di Pisa; vi sono inoltre strutture di rete (Case famiglia e alloggi destinati al reinserimento).

- Grosseto: l'inserimento delle persone con problematiche alcol correlate avviene in due Comunità locali convenzionate con la ASL 9: Ce.I.S. e Vallerotana
- Firenze: Casa di cura "*Villa dei Pini*" attiva programmi di trattamento psico-medico-sociale che non superano i 30 giorni, secondo l'art. 11 comma 2 della Legge 125/2001; Centro Diurno "*La Fortezza*" che, oltre ad occuparsi di percorsi riabilitativi, è organizzato anche per Day Hospital costituiti da un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 10 di Firenze; sono inoltre presenti tre Enti Ausiliari: Associazione Insieme, Comes e Arcobaleno.
- Mugello: Associazione Comes, Associazione Insieme e Associazione Arcobaleno, quest'ultima specializzata nelle problematiche alcol correlate e dal 2014 ha intrapreso il progetto TOL "Faltona".

Oltre alle suddette strutture vi sono poi collaborazioni continue per il trattamento dei problemi alcol correlati con molte realtà del privato sociale.

REGIONE UMBRIA

In Umbria al momento non sono presenti Comunità residenziali con finalità di trattamento specifico dei problemi alcol-correlati, tuttavia alcune delle strutture per tossicodipendenti esistenti nel territorio regionale accolgono anche, all'occorrenza, utenti di questa tipologia, adeguando il programma terapeutico alle esigenze specifiche; queste strutture hanno sviluppato stretti rapporti di collaborazione sia con i Servizi di Alcologia delle ASL che con le Associazioni di auto-mutuo-aiuto.

E' inoltre presente il Gruppo famiglia "Pindaro", di Perugia, che accoglie ogni anno circa 20 utenti in regime residenziale e circa 30 in semiresidenziale.

Non sono presenti in Umbria strutture di tipo ospedaliero, specifiche per la disintossicazione ed il primo trattamento; i pazienti di questa tipologia sono inviati, quando valutato opportuno, in strutture fuori regione.

REGIONE MARCHE

Nelle Marche si contano numerose e diversificate Strutture di accoglienza per i fini di cui art. 11, distribuite uniformemente su tutto il territorio regionale.
Oltre alle 14 Strutture del Servizio pubblico di tipo ambulatoriale, quattro DDP sono dotati anche di specifiche unità/nuclei/*équipe* per il problema alcologico.
Nel territorio operano, ormai da anni, tre strutture di tipo Ospedaliero convenzionate: Casa di cura "Villa Silvia" a Senigallia (AN), "Villa Jolanda" a Jesi (AN) e "Villa San Giuseppe ad Ascoli Piceno; numerose sono le Comunità terapeutiche di tipo sia residenziale che semiresidenziali che accolgono persone *target*.

Nel 2015, il Centro Post Cura "San Nicola" del Gruppo "Villa Silvia" di Senigallia ha avviato il progetto sperimentale "Chirone", un trattamento residenziale breve. Il progetto è rivolto ai cosiddetti "casi complessi" ovvero adulti affetti da dipendenza da alcol e/o altra dipendenza anche comportamentale e/o disturbi psicopatologici. Il progetto si articola in più fasi e prevede la collaborazione con i Servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e di quello delle Dipendenza Patologiche (DDP) della Regione Marche.

Le strutture terapeutiche residenziali articolate in diverse sedi, ad eccezione di un caso la cui titolarità è di tipo pubblico (STP Ancona DDP AV2), sono gestite dal Privato sociale accreditato: cooperative sociali, I.R.S. L'Aurora, Labirinto, P.ARS "Pio Carosi", Berta 80, Ama, Onlus OIKOS, ed Associazioni: La Speranza, L'Arcobaleno, Glatad e Dianova.

A queste si aggiungono otto strutture di tipo semiresidenziale di cui cinque di tipo pubblico (DDP AV 1, 2 e 4).

Entrambe le tipologie delle Comunità prevedono anche programmi riabilitativi per alcoldipendenti.

Il volontariato gestisce inoltre numerose Strutture, tra Centri auto-mutuo aiuto, Centri di ascolto e Servizi che operano interventi di inclusione socio lavorativa, abitativa e di prevenzione.

REGIONE LAZIO

- Presso il Policlinico Umberto I di Roma è presente un Centro diurno di accoglienza e riabilitazione.
- Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini: Collaborazione con strutture specialistiche convenzionate.
- ASL RMB: Il Centro Tartaruga accoglie anche gli alcolisti.
- ASL RMG: Progetti terapeutici riabilitativi residenziali c/o la CTR Dianova, modulo alcolisti.
- Nella provincia di Viterbo sono presenti due Centri: il Centro Diurno a Bassa Soglia di prima accoglienza e il Centro Specialistico Residenziale FISPA per il trattamento.

REGIONE ABRUZZO

La Proposta/Progetto per l'attivazione di un Centro Alcologico Residenziale e semiresidenziale non ha ancora trovato concretezza. Nell'ambito delle Comunità

Terapeutiche per ex tossicodipendenti attive nel territorio regionale, però, una struttura in particolare accoglie soggetti con problemi di alcoldipendenza.

REGIONE CAMPANIA

Centro Diurno **Il filo di Arianna,** struttura semiresidenziale pubblica dedicata specificamente a pazienti con problematiche legate all'uso di alcol e/o cocaina, guidato da un equipe "*ad hoc*" adeguatamente formata e specializzata, che promuove la sperimentazione di una metodologia d'intervento multidisciplinare e di rete, in grado di offrire agli utenti tutto ciò che è loro indispensabile alla risoluzione dei problemi e consentono di svolgere nella stessa struttura le attività sanitarie e gli interventi riabilitativi con un'altra conseguenza non trascurabile, la riduzione dei costi (ASL NA2 NORD).

Attivazione di un Centro Diurno presso l'**Ospedale Criscuoli** di Sant'Angelo dei Lombardi (ASL AV).

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

Completamento della realizzazione del Centro di Riabilitazione Alcologica (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

REGIONE CALABRIA

Nella Regione esiste allo stato un'unica struttura residenziale privata accreditata per alcolisti. All'interno della riorganizzazione della rete di assistenza territoriale (di cui al D.C.A. n. 76/2015) sono stati previsti due moduli di 15 posti letto per utenti alcoldipendenti.

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 2015 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

Le comunità terapeutiche presenti nella Regione Sardegna, accolgono utenti alcol dipendenti o in doppia diagnosi, per programmi di disintossicazione dalle sostanze alcoliche.

6.7. Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge

REGIONE VALLE d'AOSTA

Nel 2015 il SerD ha rinnovato la convenzione, che già aveva con alcune associazioni di volontariato, al fine di favorire la riabilitazione sociale degli utenti alcolisti del SerD.

REGIONE PIEMONTE

I Servizi di Alcologia del Dipartimento Dipendenze si interfacciano regolarmente per la gestione dei percorsi clinici dei pazienti multiproblematici con gli ambulatori del DSM ed i Servizi sociali del territorio, svolgono funzioni consulenziali nei confronti dei reparti ospedalieri e dei medici di medicina generale, articolano altresì percorsi di valutazione e trattamento specifici per pazienti inviati dalla Medicina Legale, in relazione a misure sospensive dell'autorizzazione alla guida.

REGIONE LOMBARDIA

Anche per il 2015 è stato rivolto l'invito alle ASL – Dipartimenti delle Dipendenze - alla formalizzazione della collaborazione con i Servizi di auto mutuo aiuto. La collaborazione tra pubblico e volontariato in questo ambito è già in corso da oltre 25 anni, dalla deliberazione del Progetto Obiettivo Alcolismo, che già citava e formalizzava il ruolo delle associazioni di volontariato. Il percorso di conoscenza, collaborazione e integrazione operativa ha consentito una messa in rete efficace delle competenze, con una collaborazione diffusa alla totalità dei servizi. Per rendere questa sinergia più stabile sono state date indicazioni per la formalizzazione tramite protocolli o lettere di intenti.

P.A. BOLZANO

L'amministrazione provinciale non ha stipulato nel 2015 nuovi protocolli di collaborazione o convenzioni con Enti e Associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge 125/2015.
Invece sono state applicate le convenzioni in vigore fra Istituzioni pubbliche (Amministrazione provinciale, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Comunità Comprensoriali) e Servizi specialistici (Ser.D. e Servizi sociali) nonché i protocolli operativi fra gli stessi Servizi sanitari e sociali.

Dal Ser.D. Brunico è stato formulato un protocollo di collaborazione con la neuropsichiatria infantile del Comprensorio Sanitario Brunico per inviare i giovanissimi alla consulenza psichiatrica del territorio.
È stato proseguito il "Gruppo operativo interservizi" che ha l'obiettivo di rendere più efficace e più rapido il lavoro di rete tra Servizi sanitari in presenza di una richiesta di collaborazione/intervento da parte di Procura, Tribunale dei Minori, Servizi Sociali.

P.A. TRENTO

- Convenzione con APCAT (Associazione Provinciale Club Alcolisti in Trattamento).

- Convenzione con Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

REGIONE VENETO

All'interno dei Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto vengono confermate le collaborazioni con Comuni, altri soggetti pubblici, Terzo settore ed Associazionismo, finalizzati alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi alcol correlati.
Nel raffronto tra le Aziende Socio-Sanitarie Venete si evince che il 58,7% degli accordi vede coinvolto il Terzo settore (Privato sociale e il Volontariato) mentre il restante 41,3% viene stipulato tra Servizi pubblici.

Gli accordi con le realtà pubbliche vengono redatti per favorire:
- il trattamento delle persone con doppia diagnosi in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale (P.D.T.A.);
- gli inserimenti socio-lavorativi protetti, tramite i S.I.L. (Servizio per l'inserimento lavorativo): ambito favorente la stesura di convenzioni tra Consorzi di cooperative sociali ed i Centri per l'impiego provinciali;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consultori familiari ed i Servizi tutela minori;
- la Continuità assistenziale, rendendo maggiormente fattivi i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina, Gastroenterologia;
- la concreta collaborazione con le Unità Operative di malattie infettive;
- le collaborazioni con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con le Forze dell'ordine, con i Comuni ed altri soggetti pubblici.

Proseguono le collaborazioni attive interne ai Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto, concretizzate tramite la stipula di numerosi protocolli, piani, convenzioni (con Comuni, altri soggetti pubblici, Terzo settore ed Associazionismo) finalizzate alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi e patologie alcol correlati.

Il Terzo settore (Privato sociale e il Volontariato) viene coinvolto, nella maggior parte degli accordi, principalmente per:

- garantire l'integrazione operativa tra Servizi di Alcologia ed A.C.A.T., favorendo l'operato dei Club presenti nel territorio, con l'attivazione di diverse iniziative che rientrano nelle attività dell'approccio ecologico-sociale (Scuole alcologico-territoriali SAT di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione);
- consolidare le sinergie terapeutico-assistenziali con le Comunità Terapeutiche, accreditate dalla Regione Veneto, che accolgono anche pazienti alcolisti.

Gli accordi che vengono stipulati tra Servizi pubblici hanno le seguenti finalità:

- mantenere la collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, secondo la procedura operativa per la gestione dei casi con doppia diagnosi, estesa anche ai problemi alcol correlati;
- la continuità assistenziale, rafforzando i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina e U.O. di Gastroenterelogia;
- 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.;
- le collaborazioni con le Forze dell'ordine, con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con i Comuni ed altri soggetti pubblici;
- la cooperazione con i Servizi sociali dei Comuni;
- il mantenimento dei rapporti di collaborazione con le Prefetture per la realizzazione di progetti di prevenzione e con l'Ufficio per Esecuzione Pene Esterne *U.E.P.E.* al carcere;
- il coordinamento con la Commissione medica Provinciale Patenti, per quanto riguarda il tema della guida di veicoli (sanzionati all'art. 186 del Codice Stradale).

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Convenzioni con le Associazioni di volontariato Hyperion e ACAT su progetti specifici (ASS1).
- Convenzione con le due ACAT territoriali "Goriziana" e "Basso Isontino".
- Convenzione con l'ACAT "Udinese" (ASS4).
- Convenzione con l'Associazione AsTrA – Trieste per la gestione di una struttura residenziale intermedia (ASS1).
- Convenzione tra l'ASS n°4 Medio Friuli e la struttura di accoglienza "*Casa Betania*" di Udine.
- Convenzione con l'Associazione *Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica* (ASS4).

- Convenzione con le Comunità terapeutiche "*La nostra casa*" e "*Casa immacolata*" (ASS4).

REGIONE LIGURIA

Le Aziende Ospedaliere e le AA.SS.LL. hanno rapporti consolidati al fine di assicurare linee terapeutiche condivise ai pazienti che vengono seguiti in modo congiunto. Nell'ambito della collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e le Aziende Ospedaliere, sono stati individuati presso gli Ospedali spazi per ospitare l'operatività dei gruppi di auto-mutuo aiuto e posti per la disintossicazione da alcol.
In particolare sono stati avviati protocolli di collaborazione con gli Alcolisti Anonimi, nei quali si stabilisce la possibilità e l'opportunità di collaborare nel percorso di cura e riabilitazione delle persone alcol dipendenti, concordando modalità di invio reciproche ed incontri periodici per un maggiore coordinamento.

Sono stati siglati protocolli di collaborazione con la Commissione Medica Locale Patenti attraverso la strutturazione di un apposito gruppo di lavoro interno al Servizio.

In un'ottica di collaborazione con l'ARCAT, alcuni operatori hanno svolto funzione di *tutor* nell'ambito del progetto sperimentale "*Ripara ed Impara*", programma di sostituzione della pena detentiva o pecuniaria per guida in stato d'ebbrezza con lavori di pubblica utilità. Il progetto, nato da una convenzione tra il Tribunale di Genova e ARCAT Liguria, prevede l'assegnazione di un *tutor* che svolge funzioni di monitoraggio dell'andamento del programma in capo al singolo interessato e di valutazione finale del suo positivo, o meno, svolgimento.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Gli Enti del Privato sociale che gestiscono Strutture aderiscono all'Accordo Regione Emilia Romagna - Coordinamento Enti Accreditati rinnovato con Deliberazione di Giunta Regionale n° 1718 del 25 novembre 2013 a valere sul triennio 2014/2016. Tutte le Strutture che aderiscono all'Accordo sono state accreditate come Strutture sanitarie per il trattamento residenziale e semiresidenziale delle Dipendenze Patologiche. I requisiti generali e specifici per tale accreditamento sono descritti nella Deliberazione di Giunta regionale n° 26 del 2005.

Per quanto riguarda i Soggetti pubblici, si menzionano le collaborazioni con gli Enti Locali all'interno dei Piani per la salute e il benessere sociale, a cui i Servizi per le Dipendenze/Centri Alcologici 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 2015 sono proseguite le seguenti iniziative e convenzioni:

- Lunigiana: convenzione con la Società Sogespa che gestisce una RSD con possibilità di attuare programmi comunitari riabilitativi.
- Massa: prosegue la convenzione con le Associazioni OGAP e InDipendenza.
- Lucca: è stata stipulata una convenzione con il Ceis per la realizzazione del progetto "Alcol: interventi brevi e sostegno ai soggetti in trattamento" e prosegue il protocollo di prevenzione con il Forum delle Dipendenze della Prefettura di Lucca.
- Pistoia: convenzioni con gli EE.AA. (Ceis Pistoia, Cooperativa Gruppo Valdinievole, Cooperativa Incontro, Nuovi Orizzonti).
- Siena: Convenzione con C.S.A.- Centro Italiano Solidarietà di Arezzo, stipulata con la ASL 7.
- Arezzo: il Sert Valtiberina ha in atto un Protocollo d'intesa con la Comunità Montana Valtiberina.
- Grosseto: collaborazione con il Ministero della Giustizia per utenti che beneficiano di misure alternative al carcere; collaborazione con Associazioni (in particolare Misericordie locali) per utenti che svolgono attività "socialmente utili" nei periodi di sospensione della patente di guida.
- Firenze: prosecuzione della collaborazione con il Centro di Consulenza Alcologica del Dipartimento Dipendenze di Firenze.
- Mugello: collaborazioni con Archimede, Comes, Comil, Colf, Terzo Ordine Francescano, Associazione Insieme, C.R.S. e Socialeinrete, per la cura e per il reinserimento delle persone con problematiche alcolcorrelate e nelle attività di Educazione territoriale.

In generale:

- Convenzioni con le Associazioni Club Alcologici Territoriali (ACAT).
- Collaborazione con gli Enti del CEART.
- Protocollo sulla prevenzione dei rischi alcol correlati in ambito lavorativo, con il Dipartimento di Prevenzione.
- Collaborazione con presidi ospedalieri e/o universitari (diagnostica strumentale, neurologia e gastroenterologia) per accessi diretti degli utenti con problemi alcol correlati, per ricoveri programmati, day hospital, visite ambulatoriali specialistiche di controllo.
- Collaborazione con amministrazioni comunali ed altri enti locali, Forze dell'Ordine, Ufficio di Esecuzione Penale Esterna ecc.

REGIONE UMBRIA

Nel corso del 2015 sono proseguite le attività previste dal Protocollo di intesa siglato tra la Prefettura di Perugia, la Regione Umbria, il Comune di Perugia, l'Università, la ASL

ed altre istituzioni del territorio perugino, per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni collegati al consumo e alla dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali.
Tali attività si svolgono nell'ambito di tre aree di azione:

- Confronto e scambio informativo-statistico, con il supporto dell'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze;
- Sperimentazione di interventi innovativi di accoglienza, ascolto e consulenza rivolti ad adolescenti ed alle loro famiglie, attuati dall'Azienda USL Umbria 2 in integrazione con le altre istituzioni del territorio, che hanno visto la partecipazione attiva del Servizio di alcologia;
- Attività formative per l'Integrazione dei saperi, dei punti di vista, delle iniziative e degli interventi, con il supporto logistico, organizzativo ed economico della Regione Umbria.

Sono proseguite le attività associate al Protocollo di intesa tra Ministero della Giustizia, Regione Umbria, ANCI Umbria e Tribunale di sorveglianza di Perugia per incrementare il numero dei detenuti nelle carceri umbre (anche non residenti in Umbria) ammessi ad usufruire di misure alternative alla detenzione specifiche per alcol e tossico/dipendenti, con impiego di risorse economiche messe a disposizione dalla Regione.

Infine, è attivo il Protocollo di collaborazione tra la Regione Umbria e l'Ufficio scolastico regionale per favorire iniziative volte a promuovere la salute nella popolazione giovanile, già citato nel paragrafo relativo alle attività di prevenzione.

REGIONE MARCHE

Seppur non sempre formalizzate attraverso la sottoscrizione di specifici protocolli, sull'intero territorio della Regione Marche sono diffuse numerose collaborazioni con altri Enti o Associazioni, siano essi Pubblici o Privati.

L'assetto organizzativo dei DDP della Regione Marche (DGRM 747/04 e DGRM 1534/13 *"Riordino sistema regionale servizi dipendenze patologiche")* prevede che le attività alcologiche svolte nell'ambito dei progetti dipartimentali vengano ratificate da appositi protocolli d'intesa e che le attività delle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate siano codificate da apposite convenzioni e che la collaborazione in progetti e tavoli specifici di prevenzione vengano formalizzate.
Per quanto riguarda gli inserimenti lavorativi vengono attivate specifiche convenzioni con le aziende ospitanti. Infine secondo quanto indicato nella DGRM 154/09 *"Linee guida costruzione percorsi assistenziali-organizzativi funzionamento DDP"* i diversi DDP hanno attivato *Equipe* di Valutazione Integrata a cui prendono parte le diverse figure professionali dei soggetti pubblici e privati dei vari Enti ed Associazioni dei DDP.

Rispetto invece alle collaborazioni formalizzate e sottoscritte si evidenziano:
-nel DDP dell'AV3 (STDP di Macerata e di Civitanova Marche) i protocolli con le Commissioni Patenti;
-nel 2014 il STDP di Ancona ha redatto un Protocollo di Collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche. Scopo del protocollo è di sottoporre a controlli per la valutazione dell'abuso/dipendenza da alcol, su richiesta del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – SPeSAL che aderisce al progetto regionale di controllo e vigilanza nelle Grandi Opere Edili, i lavoratori appartenenti a categorie individuate come comportanti rischio d'infortuni sul lavoro e nello specifico: fuochisti, addetti alla conduzione di caldaie generatrici di vapore, addetti alla manipolazione e stoccaggio di gas tossici (in base alla G.U. n. 75 del 30/03/2006).

Per ciò che attiene le collaborazioni rispetto alla rete dei servizi dell'ambito socio-sanitario si segnalano:
- le collaborazioni con i vari reparti ospedalieri ed Unità Operative (Malattie Infettive, Pronto soccorso, Neurologia, etc), in alcuni casi è sostenuta da specifiche determine o protocolli;
- in tutto il territorio regionale, anche se non sempre formalmente regolamentata, è assai stretta anche la collaborazione con i DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) ed i CSM per la gestione di pazienti dipendenti con diagnosi multipla;
-significativo è anche il lavoro di rete svolto con i MMG e con i servizi sociali dei Comuni dei territori di competenza;
-attivi sono i protocolli per la condivisione del profilo assistenziale con le Case di Cura Private convenzionate della Regione Marche.
Infine si ricordano:
- nell'STDP di Ancona proseguono le azioni di network e le attività di consulenza specialistica, urgente e programmata, nelle 24 ore, presso tutti i reparti, compreso il P.S. dell'Ospedale Regionale di Torrette di Ancona ed il Protocollo d'intesa avviato nel settembre 2010, con il Comitato dei Trapianti Epatici dell'AOU Ospedali Riuniti di Torrette di Ancona, anche attraverso la valutazione dei pazienti con problematiche alcol correlate in attesa di trapianto.
- nel STDP di Senigallia del DDP AV2 è attivo ormai da anni un protocollo con l'Unita' Operativa Tutela Minori del proprio territorio finalizzato a migliorare la collaborazione nella gestione dei progetti di intervento terapeutico e di sostegno relativamente a minori.

REGIONE LAZIO

Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio, contestualizzato nel Policlinico Umberto I di Roma ha stipulato convenzioni ed accordi di collaborazione con:
- Associazioni, cooperative, Fondazioni del Lazio che direttamente o indirettamente sono coinvolte nei problemi e patologie alcol correlati;
- NIH-NIAAA

- Fondazione FESA, Angola
- CNR-EBRI
- Varie convenzioni con strutture e organizzazioni del territorio (AICAT Frosinone, Ordine degli avvocati di Cassino-Formia, Ordine Assistenti Sociali, ecc…)

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 MOLISE

I Servizi per le Dipendenze 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).

REGIONE PUGLIA

Esistono, a livello locale, protocolli di collaborazione sottoscritti a livello di Piani di Zona tra EE.LL., Servizi sanitari pubblici e organizzazioni del Privato sociale.

REGIONE BASILICATA

Protocolli di collaborazione con le Divisioni di Medicina e con il Dipartimento di Salute Mentale del Presidio Ospedaliero Unificato di Melfi e Venosa.

Convenzione con l'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento della Regione Basilicata (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

Approvazione del "*codice etico per la salute*" promosso dall'ASP, a cui hanno aderito Comuni, Provincia, Associazioni di gestori di locali ecc. Esso contiene una serie di raccomandazioni ed impegni per clienti e gestori stessi, finalizzate ad un consumo responsabile di alcol e a comportamenti di protezione della salute. Sperimentazione del "*codice etico per la salute*" nel territorio di competenza del Ser.T. di Potenza: Comune di Potenza e Comuni delle Aree Programma Alto Basento e Marmo-Platano-Melandro. (a.t. ex-ASL 2 Potenza).

Collaborazioni con UEPE, USSM, Comuni, Provincia, Regione.

REGIONE CALABRIA

Sono stati stipulati protocolli di collaborazione tra i Servizi pubblici competenti in materie di alcol e le seguenti Istituzioni:

- Associazioni di auto mutuo aiuto
- Comunità Terapeutiche
- Comuni
- Istituti scolastici superiori
- Enti di Volontariato, per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcolismo
- Casa Circondariali
- Prefetture

REGIONE SICILIA

In molte ASP della Regione sono stati stipulati protocolli di collaborazione e convenzioni con diverse realtà presenti sul territorio regionale ai fini della presa in carico degli utenti alcoldipendenti.

REGIONE SARDEGNA

I Ser.D. rappresentano il punto di riferimento per Enti del territorio quali: Tribunali per i Minorenni, Servizi Sociali Comunali e Uffici Servizi Sociali per minori, per la presa in carico di soggetti con problemi alcol correlati e di tutta la famiglia.

I Servizi sono inoltre punto di riferimento, per le persone segnalate dai Medici Competenti, per effettuare le verifiche sull'eventuale stato di alcol dipendenza e per il rilascio della relativa certificazione.

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

Nel 2015 il SerD ha proseguito una campagna di informazione, in collaborazione con la Azienda USL della Valle d'Aosta, per promuovere la salute in tema di alcologia. Tale campagna, chiamata "*PREMIA"*, si è svolta con l'uso di un Camper e si è estesa a tutti i comuni della Valpelline; la campagna ha inteso stimolare i ragazzi che hanno partecipato agli eventi ad indossare un braccialetto (BOB) e a tenersi astemi in vista della necessità di accompagnare in auto i compagni che invece avevano consumato alcolici.

REGIONE PIEMONTE

In provincia di Cuneo e di Novara sono attivi 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 dalle ASL nel territorio regionale vengono coordinate mediante accordi, i cui contenuti sono inseriti in protocolli di collaborazione tra le varie istituzioni, in particolare, la Scuola e la Prefettura su scala regionale (Ufficio Scolastico regionale e Prefettura di Milano), mentre a livello locale l'attuazione dei Piani di Zona vede interagire localmente i Comuni, le ASL e il Terzo settore attraverso specifici accordi.

P.A. BOLZANO

Con la collaborazione del centro specialistico "Forum Prevenzione" è proseguito l'accompagnamento di diversi Comuni dell'Alto Adige nell'organizzazione e nella conduzione di programmi preventivi, nella logica che i Comuni, in quanto spazi vitali immediatamente accessibili, offrono a bambini, giovani e adulti una base di partenza ideale per integrare in modo sostanziale, iniziative e progetti di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute.

P.A. TRENTO

E' stato stipulato un Protocollo di intesa con la Commissione Medica locale Patenti secondo il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a sottoporsi alla visita presso la stessa Commissione. Prima di compiere tale visita le persone fermate sono tenute a presentarsi presso i Servizi di Alcologia per una consulenza alcologica. In tale circostanza il Servizio di Alcologia competente per Distretto di residenza propone a tutti la frequenza ad un ciclo di 3 incontri in cui vengono illustrati ed analizzati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. La rilevanza della partecipazione a questo ciclo di incontri è convalidata dal fatto che alcuni giudici ne hanno stabilito l'obbligatorietà nelle loro sentenze per guida in stato di ebbrezza.

Protocollo d'Intesa con la Casa Circondariale di Trento con presenza una volta alla settimana di un operatore del Servizio di Alcologia presso il Carcere al fine di svolgere i colloqui richiesti.

Collaborazione proficua con l'UEPE per l'elaborazione di progetti che mettano in atto misure alternative al Carcere per persone condannate a pena detentiva.

Partecipazione alla sottocommissione alcol della Conferenza Stato-Regioni e collaborazione all'organizzazione della Conferenza Alcol di Trieste.

REGIONE VENETO

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 Alcologia effettuano inoltre consulenze urgenti e programmate su detenuti ristretti presso le Case Circondariali, presso i reparti ospedalieri e le Case di Riposo convenzionate per patologie alcol correlate. Collaborano inoltre con il Tribunale ordinario, il Tribunale per l'UEPE per gli affidi terapeutici alternativi alla carcerazione o per i trattamenti ordinati dai magistrati.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Sul territorio regionale sono attivi numerosi progetti di prevenzione e sensibilizzazione sui consumi di alcol che vedono lavorare insieme i Servizi sanitari, gli Enti Locali, le Forze dell'Ordine, le Autoscuole, le Associazioni di categoria dei locali di divertimento.
Sul tema della guida sicura la Regione Emilia Romagna ha dato piena attuazione all'art. 6 della L. 125/2001 integrando la figura dell'alcologo in tutte le Commissioni Mediche Locali per le patenti dall'anno 2004.
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 2015 sono inoltre state ampliate le sperimentazioni di 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, dopo la sperimentazione nel 2013 di tre corsi di formazione sperimentali rivolti ai docenti delle Autoscuole attraverso una collaborazione con le loro Associazioni di categoria e l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale, si è concordato di formalizzare questa collaborazione attraverso la firma di un protocollo specifico.

REGIONE TOSCANA

In merito alle disposizioni previste dalla Legge 125/2001, nel corso dell'anno 2015 sono state realizzate le seguenti attività:

- Partecipazione del Centro Alcologico Regionale a tavoli di lavoro regionali:
  - ✓ Tavolo di coordinamento sugli incidenti stradali, come momento di raccordo tra il CAR Toscano e gli Organi di Polizia dell'Area Vasta di Firenze, finalizzato a discutere il tema della sicurezza stradale alcol correlata.
  - ✓ Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Stradale (ORSS), disciplinato dall'art. 5 della legge Regionale 19/2011, ha il compito di coaudivare il Consiglio Regionale e la Giunta Regionale nella definizione delle politiche regionali in materia di sicurezza stradale, attraverso la formulazione di contributi agli atti di programmazione.
- Protocolli d'intesa con Comuni, forze dell'Ordine, Associazioni di volontariato, per concordare e mettere in atto strategie preventive.
- Affissione di locandine e tabelle in accordo con i gestori degli esercizi commerciali.
- Collaborazione con Associazione Ideazione nei progetti di promozione della salute nel territorio del Valdarno aretino.
- Collaborazione con Polizia Municipale, Scuole Guida e Istituti scolastici per la realizzazione di interventi di sensibilizzazione e prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori (Progetto "Caschiamoci" "Alcol Droga e Guida", Valtiberina).

- Collaborazione con la Prefettura di Lucca, l'Amministrazione ed altri Uffici che operano in materia di tossico/alcol dipendenza nel territorio provinciale; partecipazione alle iniziative e alle riunioni del gruppo "*Forum provinciale permanente per la prevenzione delle dipendenze da sostanze psicoattive*" finalizzate alla stesura di protocolli operativi condivisi. Realizzazione del protocollo di sensibilizzazione *"+ Divertimento – Alcol"*
- Programmi specifici per i pazienti inviati dal Centro Consulenza Alcologica per l'effettuazione di un percorso diagnostico e informativo-motivazionale nei soggetti che hanno violato l'articolo 186 c.s.
- Partecipazione all'Osservatorio Provinciale sulle dipendenze.
- Continuazione del Progetto "*Società della Salute*" (Valdinievole) per la prevenzione degli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol: incremento delle attività di controllo con etilometro da parte delle Forze dell'Ordine,
- Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Coordinamento delle attività del progetto "*Officine di Strada*" e prestito etilometro per eventi.
- Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, per la realizzazione del materiale informativo rivolto sia alla popolazione generale sia ad un target specifico operante nel sistema sanitario o comunque nei contesti di promozione della salute (medici, infermieri, psicologi, ecc.).

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*", che prevede l'attuazione da parte dei Servizi di alcologia delle ASL di percorsi di valutazione diagnostica alcologica, di interventi educativi individuali e di gruppo, e la partecipazione alle attività delle Commissioni provinciali per le patenti di guida.

REGIONE MARCHE

Nell'anno di riferimento non sono state segnalate, da alcun Servizio territoriale, iniziative di collaborazione con le competenti **I**stituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre.
Tuttavia il DDP dell'AV 4, nel 2015 ha stilato un Accordo con il Comune di Monte Urano (FM) per il controllo e la gestione della somministrazione di bevande alcoliche nel corso di iniziative/eventi pubblici, nell'ambito del progetto "*Monte Urano – ci sto bene*" ed ha realizzato una Progettazione condivisa con il CAT "*La Rondine*" per organizzare l'evento "*Capodanno Analcolico*" nel Comune di Porto San Giorgio (FM). L'iniziativa, per questioni organizzative, verrà attuata nel 2016.

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 2015 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 alcologico svolte dalle UUOO Ser.T delle diverse Aziende sanitarie territoriali in collaborazione con Amministrazioni comunali, Forze dell'Ordine, Associazioni del Terzo Settore e Associazioni di gestori di esercizi pubblici.

Collaborazione con le Prefetture, con l'ACI e la Polstrada per promuovere campagne di prevenzione degli incidenti stradali.

Progetto "*Insieme per la Sicurezza*" centrato sulla cooperazione tra Servizio Adolescenti, Forze dell'Ordine, AutomobilClub e Comune per interventi di riduzione dei rischi nella movida urbana - ASL Salerno.

REGIONE BASILICATA

Collaborazione con la Prefettura-UTG di Potenza in merito ad iniziative di informazione e prevenzione su temi legati all'alcol e ad altre sostanze d'abuso. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri - a.t. ex-ASL 3 Lagonegro - a.t. ex-ASL 2 Potenza)

Collaborazione con EE.LL. (Comuni afferenti all'area di competenza territoriale del Ser.T. di Villa d'Agri) mediante distribuzione sul territorio di volantini esplicativi sul tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli e sui danni e rischi legati all'uso/abuso di alcol durante la guida. (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri)

REGIONE CALABRIA

La cooperazione dei Servizi di alcologia con le Istituzioni è stata costante e proficua sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.
In particolare si è concretizzata nella collaborazione con:
- le Commissioni Medico Locali per il rilascio patenti;
- le Forze dell'Ordine per la prevenzione e l'informazione sui rischi derivanti dall'suo e abuso di alcol nei contesti di grandi eventi musicali e aggregativi;
- il Comune di Reggio Calabria per la stesura dell'ordinanza n.34 del 02/07/2015

REGIONE SICILIA

Tutte le ASP collaborano con varie Istituzioni ed Associazioni per il rispetto di quanto previsto in materia di pubblicità, vendita e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

In tutte le ASP è assicurata la valutazione psicodiagnostica in occasione del ritiro di patente per il superamento del tasso alcolemico consentito per la guida.

Si segnalano collaborazioni con la POLSTRADA, la Polizia Municipale e le Prefetture.

REGIONE SARDEGNA

Afferiscono al Ser.D. i soggetti che hanno violato gli articoli 186 e 187 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di sostanze stupefacenti), per effettuare le verifiche alcolemiche e tossicologiche. Gli utenti segnalati vengono avviati ad un programma terapeutico riabilitativo, all'interno di un percorso di gruppo formativo-educativo sulle problematiche correlate alla guida in stato di ebbrezza.
I contenuti del corso vertono sugli aspetti clinici dei danni da alcol e sulla normativa del codice della strada attualmente in vigore; alla conclusione del corso viene rilasciato un attestato di partecipazione che gli utenti presentano, insieme alla certificazione clinica, alla Commissione Medica Locale al momento della visita.

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.

REGIONE PIEMONTE

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. Procedura standardizzata per la valutazione dei soggetti inviati per gli accertamenti di assenza di alcoldipendenza

ASL NO: É 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".
In collaborazione con il Medico Competente dell'ASL NO, nel corso del 2015 è stato elaborato un opuscolo informativo, destinato a tutti i lavoratori dell'ASL NO e pubblicato nella sezione Intranet del sito aziendale, denominato "Alcol nella vita … e sul lavoro".

ASL TO2: Partecipazione alla organizzazione di un convegno regionale sulla tematica in questione con vasta partecipazione di medici competenti, medici legali e operatori dei Servizi di Alcologia. Progetto interno al Servizio di Alcologia di presa in carico degli utenti inviati dal medico competente in relazione alla L. 81 volte ad una celere valutazione diagnostica ed a suscitare una presa di coscienza sulle tematiche in questione per i pazienti che non sono dipendenti da alcol e alla presa in carico delle persone affette da Dipendenza da alcol.

ASL AL: E' stato attivato un percorso di formazione ed una collaborazione continuativa con il CeSI (Centro Servizi per l'industria – Confindustria Alessandria) di Alessandria con iniziative formative con gruppi misti tra operatori ASL e operatori dell'industria (RSPP, DL) al fine di attivare percorsi condivisi nella gestione di lavoratori afferenti a mansioni a rischio e percorsi personalizzati con le aziende del territorio.

REGIONE LOMBARDIA

Nel 2015 si sono raccolti i risultati del programma dal titolo "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", il cui "*processo sociale e politico globale comprende, tra l'altro, anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività"*.
Per raggiungere questo obiettivo, *devono collaborare tutti i settori della società, quello pubblico, la società civile e il settore privato, le cui azioni devono raggiungere i risultati di salute secondo delle modalità efficaci, efficienti e sostenibili, rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario"*.
In questo senso, *i*l sistema sanitario è chiamato a sviluppare delle nuove strategie: creare condizioni di vita favorevoli alla salute mediante, la costruzione di coalizioni di interessi diversi intorno al tema della salute, sostenendo quei processi di *empowerment* individuali e di comunità che favoriscano alleanze tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute.
Il modello d'intervento indicato dall'O.M.S., viene ripreso dal programma regionale "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", sviluppato nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione.
Gli interventi sono tesi al miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro favorendo le opportunità per l'adozione di scelte comportamentali salutari, incoraggiare il personale a partecipare ad attività salutari ed alla crescita personale, all'affermarsi di politiche di conciliazione famiglia – lavoro nonché, per la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze, lo sviluppo nei diversi contesti di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi.
Le aree prioritarie prevedono l'adozione di pratiche raccomandate, definite "Buone Pratiche", in particolare in tema di alimentazione, tabagismo, attività fisica, alcol e dipendenze, buone prassi di conciliazione vita – lavoro, miglioramento del benessere organizzativo, welfare aziendale per il benessere del lavoratore e il raccordo con Servizi sanitari in relazione a programmi di prevenzione (screening, ecc.).
Il supporto delle ASL, nei confronti alle Aziende, ha un ruolo di orientamento metodologico e organizzativo, la cui specificità è l'esclusione di azioni dirette degli operatori ASL rivolte ai lavoratori. Tutto questo permette di valorizzare lo sviluppo di *capacity building* del sistema aziendale mediante l'attivazione di figure interne (quali per esempio i medici competenti, figure intermedie, ecc.).
Le evidenze di efficacia, in tema di cambiamenti comportamentali per la salute, raccomandano di attivare interventi che agiscano contestualmente su fattori predisponenti (aumento di informazioni, conoscenze, ecc.), fattori abilitanti (cambiamenti organizzativi che permettano la concreta adozione dei comportamenti auspicati), fattori rinforzanti (nel nostro caso, per esempio, rappresentati dalla *policy* aziendale di aderire al Programma). Il Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018 (PRP), approvato dalla Giunta Regionale, delinea un solido percorso di sviluppo del Programma che sarà arricchito da nuovi impulsi e ulteriori stimoli.

P.A. TRENTO

Prosegue da alcuni anni l'intervento di sensibilizzazione sui problemi alcol correlati nel corso base per i RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e i RSPP (Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione).

REGIONE VENETO

Prosegue l'attività di prevenzione della salute e di educazione sanitaria in diverse realtà lavorative presenti nel territorio regionale, con incontri proposti a tutti i lavoratori o rivolti a figure specifiche come, ad esempio, datori di lavoro, referenti di Associazioni di categoria, responsabili del personale per la prevenzione dei rischi infortunistici alcol correlati e delle malattie professionali, capi reparto, referenti e delegati sindacali.

Si consolida l'attività inerente gli accertamenti di assenza di alcol-dipendenza per le categorie di lavoratori con mansioni a rischio inviate dai Medici Competenti; anche se, rispetto alla vastità del fenomeno del consumo e dell'abuso di alcol, si registra una quantità contenuta di segnalazioni e di invii.

L'aspetto della valutazione per l'idoneità lavorativa favorisce la collaborazione con i Medici Competenti e, in alcune realtà, sono stati predisposti dei corsi di formazione rivolti a queste specifiche figure sull'identificazione e la diagnosi di patologie e problemi alcol correlati. L'attenzione posta nella valutazione per l'idoneità lavorativa contribuisce, in alcuni casi, anche alla diffusione di altri interventi, come ad esempio colloqui informativi individuali sui rischi dell'uso di alcol in ambito lavorativo e la presa in carico e la cura dei soggetti che presentano una dipendenza dalle sostanze alcoliche.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

- Incontri in tema di alcol e lavoro al Reggimento "Piemonte cavalleria" dell'Esercito Italiano accasermato presso la sede di Villa Opicina (Trieste);
- predisposto un documento informativo congiunto nell'ambito del Comitato Consultivo Provinciale, in collaborazione tra ASS, INAL e Confindustria;
- effettuato un corso di informazione rivolto ai Dirigenti Aziendali presso la sede della Confindustria di Trieste;
- corso per lavoratori ponteggi palchi eventi pubblici su PPAC, ENFAP 5;
- progetto "Ulisse". Interventi informativi nei confronti dei lavoratori della "Fincantieri" di Monfalcone;
- valutazioni di utenti inviati dai Medici Competenti per problemi alcol-correlati evidenziati in ambito lavorativo;

- il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS4 in collaborazione con la Cooperativa Sociale "Vladimir Hudolin" ha effettuato cicli di formazione e prevenzione sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro.

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.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Le attività riferite a "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" sono contenute nel Piano Regionale della Prevenzione. Il progetto riprende il D. L. 81/2008 collocandosi in un'ottica più ampia rispetto al semplice adempimento di obblighi e di sorveglianza, valorizzando, in coerenza con i principi della responsabilità sociale, un sistema di promozione della salute dei lavoratori attraverso il concorso e la collaborazione di soggetti istituzionali e delle parti sociali. In particolare il progetto mira a favorire un ruolo attivo del Medico Competente nell'orientare i lavoratori verso scelte e comportamenti favorevoli alla salute e nel contrastare stili di vita dannosi, quali

l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e sostanze, la scorretta alimentazione, la sedentarietà (temi del programma Guadagnare Salute).

E' prevista l'attivazione di un corso di formazione per i Medici Competenti della Regione sull'approccio motivazionale al cambiamento.

REGIONE TOSCANA

Nel corso del 2015 sono state promosse, progettate e in parte realizzate le seguenti attività:

- Definizioni di protocolli con i Centro di Consulenza Alcologica e con i Dipartimenti di Prevenzione per l'applicazione della Delibera della Giunta Regionale Toscana del 9 dicembre 2013 n. 1065 "*Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assistenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi*".
- Divieto di vendita e somministrazione di bevande alcoliche presso tutte le mense ospedaliere e i bar aziendali dei servizi territoriali. Presso l'AOU Careggi il divieto di assunzione di alcol è esteso a tutti i lavoratori anche fuori dall'elenco dell'Intesa Stato Regioni del marzo 2006.
- Collaborazioni con la Medicina del Lavoro, la Medicina Legale e coi Servizi di Sicurezza sui luoghi di lavoro anche nella realizzazione di attività formative e di sensibilizzazione specifiche.
- Consulenza tecnico scientifica al Settore Servizio di Prevenzione e Protezione della Regione Toscana per la realizzazione di un regolamento interno sull'alcol e di un percorso formativo sulle problematiche alcol correlate rivolto ai lavoratori della Giunta Regionale.
- Realizzazione di giornate di informazione e formazione sul tema alcol e lavoro e partecipazione a convegni specifici come le "*Giornate Fiorentine di Medicina del lavoro 2015*".
- Realizzazione di una piattaforma per la formazione a distanza su alcol e lavoro, in collaborazione con il Centro Alcologico Regionale e con l'UO Medicina Preventiva.
- Attivazione di un Corso di Formazione rivolto al personale ASL relativo all'accordo Stato Regioni su alcol e lavoro.
- Il SerT della Valtiberina, avvalendosi anche del risarcimento socio-lavorativo per promuovere il recupero delle competenze lavorative, sociali e relazionali da parte dei pazienti con problemi alcol correlati, ha negli anni instaurato produttivi rapporti con alcune realtà economiche del territorio, dove vengono svolte costanti sensibilizzazioni sui danni e i rischi del consumo di alcol sul luogo di lavoro.

- Continuazione del progetto "*Alcol e sicurezza nei luoghi di lavoro*" in collaborazione con il Dipartimento Dipendenze, Medicina del Lavoro e Medici Competenti. Tale progetto è rivolto alla rilevazione e valutazione del consumo di alcol nei lavoratori della USL 8 e nei lavoratori edili del territorio.
- Prosecuzione dei lavori finalizzati alla stesura di un progetto per azioni volte alla minimizzazione dei rischi di incidenti sul lavoro alcol attribuibili (ASL 9).

REGIONE UMBRIA

In attuazione del Piano regionale della prevenzione è stato realizzato il progetto regionale "*Cantieri liberi dall'alcol*", che ha visto la collaborazione dei Servizi di Medicina del Lavoro con i Servizi di Alcologia delle ASL.
Entro la cornice del Piano regionale della Prevenzione sono stati realizzati inoltre progetti ed iniziative di livello locale. Il tema trova ampio rilievo anche nel nuovo Piano regionale di prevenzione 2014-18, riguardo al quale sono state avviate le prime attività.

I Servizi hanno svolto attività di valutazione ed eventuale presa in carico di utenti inviati dai datori di lavoro per il sospetto o il riscontro di problematiche alcol-correlate.

REGIONE MARCHE

Molto diffuse nell'intero territorio le iniziative e/o progetti adottati in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.
Tutti i Servizi, ai sensi della DGR 603/09 "*Recepimento intesa Stato Regioni in materia di prevenzione, sorveglianza sanitaria e accertamento tossicodipendenza e/o assunzione sostanze stupefacenti e psicotrope in lavoratori addetti a mansioni a rischio*", effettuano accertamenti di tossicodipendenza e/o assunzione di stupefacenti e di sostanze psicotrope in lavoratori addetti a mansioni a rischio.

la Regione Marche ha aderito al Progetto nazionale IPIB "Formazione su identificazione precoce e intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base" finalizzato all'implementazione delle conoscenze, attitudini, abilità e motivazioni degli operatori sanitari che operano nei contesti di lavoro e nell'assistenza primaria al fine di identificare e valutare persone con comportamento a rischio e, eventualmente, indirizzarle ai centri specialistici.

Alcuni Servizi si avvalgono di specifici Protocolli con il Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche.

Infine si segnala l'iniziativa di sensibilizzazione sui danni derivati dall'abuso di sostanze e alcol e di prevenzione degli abusi di alcol e psicofarmaci attuata presso il Carcere di Fossombrone nel 2015 dal Servizio di Fossombrone del DDP AV1 di Pesaro e rivolta a professionisti (sanitari, educatori, psicologi) ed operatori addetti alla sicurezza.

REGIONE LAZIO

Il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio ha attuato mediante screening il rilevamento della presenza di disturbo da uso di alcol nel personale dell'Azienda Policlinico Umberto I. Inoltre il CRARL ha svolto consulenze con la medicina competente per il trattamento e la riabilitazione dei dipendenti dell'Azienda che presentano abuso o dipendenza da alcol.

L'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini ha attuato consulenza e collaborazioni con la Medicina Competente per cura e sorveglianza dei dipendenti dell'Azienda che presentano abuso o dipendenza da alcol.

L'ASL RMH ha svolto valutazioni di secondo livello per la Medicina del Lavoro.

L'ASL RMG ha svolto valutazioni e accertamenti di primo e secondo livello per categorie di lavoratori a rischio.

REGIONE MOLISE

Nei Servizi per le Dipendenze sono presenti attività di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche legate all'uso di alcol sia per i lavoratori sia per i familiari che si rivolgono alla struttura.

REGIONE CAMPANIA

Particolarmente importante da menzionare sono i protocolli di istituzione dei *Gruppi di Lavoro Regionali*, ai quali collaborano: Università, Enti Ausiliari, Società scientifiche e Istituzioni. Questi GdL trattano come tematica di interesse "*L'alcol e la sicurezza sui luoghi di lavoro"*.

REGIONE BASILICATA

Diversi interventi congiunti con l'U.O.C. di Medicina del lavoro in ambito lavorativo sul tema alcol e lavoro (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro - a.t. ex-ASL 2 Potenza).

Attuazione progetto informativo teso a far conoscere in ambiente lavorativo i rischi e i possibili danni legati all'uso dell'alcol attraverso anche la produzione e distribuzione di un opuscolo informativo, prodotto da questo Ser.T., denominato: "*Salute e Lavoro*" (a.t. ex-ASL 2 Villa d'Agri).

Corso di formazione aziendale sulla sicurezza dei lavoratori (D.LGS. 81/08 – SANITA').

Presa in carico dei lavoratori risultati positivi agli esami effettuati in adesione alla Legge: "*Procedure per 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

Sono state realizzate campagne di informazione e sensibilizzazione che, attraverso i Servizi Alcologici, hanno coinvolto a livello regionale gli Enti datoriali e le realtà profit del tessuto economico calabrese. Inoltre, sono stati realizzati corsi di formazione in collaborazione con l'INAIL e avviati percorsi formativi per gli operatori SPISAL e MC.

REGIONE SICILIA

Controlli periodici sul personale a rischio (autisti) in applicazione dell'Accordo S-R del 18/9/08 in materia di accertamento sui lavoratori addetti a mansioni rischiose per sé e per gli altri. L'ASP di Enna ha predisposto il Progetto "*VIAGGIAMO SICURI*" che prevede azioni di sensibilizzazione e *counselling* a Ditte di trasporto passeggeri al fine di prevenire la guida in stato di ebbrezza.

REGIONE SARDEGNA

Nei Ser.D. si effettuano gli accertamenti sanitari indispensabili per le certificazioni di assenza di tossicodipendenza e alcol dipendenza, in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

6.10. Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo

REGIONE VALLE d'AOSTA

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed anticraving dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.D., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE PIEMONTE

Negli ambulatori Ser.T. e nei Servizi di Alcologia dei Dipartimenti per le Dipendenze, che svolgono attività per la presa in carico di persone alcoldipendenti, vengono erogati gratuitamente i trattamenti farmacologici accompagnati ad interventi di *counceling* medico ed infermieristico, con l'obiettivo del superamento della condizione di abuso o dipendenza e con quello della riduzione dei danni e dei rischi a questa connessi.

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

I Servizi, tramite il loro personale sanitario, erogano direttamente ai pazienti i farmaci previsti per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo utilizzate nelle disintossicazioni che vengono fornite dalle farmacie ospedaliere.
Gli interventi erogati, per quello che concerne la disintossicazione, riguardano:

- l'approvvigionamento e la somministrazione di farmaci alle persone affette da alcol dipendenza;
- l'effettuazione di alcoltest (BAC tramite espirato) per persone in trattamento con avversivanti o alcol mimetici;
- l'assistenza al medico nelle applicazioni di agopuntura del padiglione auricolare (Acudetox).

P.A. TRENTO

- Etilox prescrivibile a carico del SSN.
- Altri farmaci anticraving.

REGIONE VENETO

I trattamenti farmacologici antiabuso (o *anticraving*), sono erogati direttamente presso le sedi dei Servizi alcologici Veneti nella totalità dei casi, per l'attività di trattamento terapeutico e cura dei pazienti con problemi alcol correlati.
Nella maggior parte dei casi i farmaci si somministrano su prescrizione medica rilasciata dal personale medico operante all'interno della struttura e/o di altri medici prescrittori. I farmaci vengono acquisiti dalle farmacie ospedaliere interne con distribuzione diretta ai pazienti in carico.
La consegna della terapia farmacologica viene effettuata direttamente ai pazienti in ambulatorio, ai familiari e/o al personale delle Comunità terapeutiche che collaborano nella gestione dei percorsi terapeutici individualizzati.
L'organizzazione dei Servizi Alcologici ha previsto la distribuzione/somministrazione dei farmaci da parte di personale infermieristico presso gli ambulatori dei Servizi stessi su prescrizione medica. Il personale si occupa anche, sempre su prescrizione medica, del monitoraggio clinico-laboratoristico del trattamento farmacologico.
L'erogazione dei farmaci, con i relativi controlli e monitoraggio, non comporta alcun onere economico per i pazienti, poiché è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.
Ulteriori modalità di erogazione dei farmaci riguardano la possibilità di effettuare:

- specifiche terapie disintossicanti e di prevenzione della sindrome astinenziale in regime ambulatoriale di tipo protetto anche con terapie farmacologiche infusionali e sorveglianza clinica;
- le terapie a domicilio e/o in affido, anche con il coinvolgimento di familiari o altre persone di riferimento.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

I trattamenti farmacologici sono a carico del Servizio Sanitario Regionale e vengono assicurati dai Servizi di Alcologia dei Dipartimenti delle Dipendenze.

REGIONE LIGURIA

La somministrazione dei farmaci antagonisti dell'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

I medici dei Servizi utilizzano, quando opportuno, farmaci avversativi (Disulfiram) e farmaci contro il *craving* dell'alcol (Naltrexone), come dalle recenti evidenze scientifiche. Viene utilizzato anche in fase di disintossicazione il farmaco agonista (GHB) per brevi e monitorati periodi di trattamento.

La somministrazione dei farmaci avviene nella sede dei NOA o su prescrizione medica. La somministrazione e l'andamento della terapia farmacologica vengono comunque sempre monitorati dai medici del Servizio nei modi e nei tempi concordati.

Vengono effettuati gratuitamente esami ematochimici per le patologie alcol correlate.

Per assicurare l'erogazione diretta dei farmaci per terapie antiabuso o anticraving dell'alcolismo, alcune strutture garantiscono l'erogazione diretta e la somministrazione gratuita dei farmaci antagonisti per l'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol, vengono inoltre effettuati gratuitamente esami ematochimici per le patologie alcol correlate e per le sue complicanze.

E' stato avviato in modo costante e continuativo il protocollo con Acudetox (protocollo di agopuntura auricolare per il trattamento delle dipendenze) avviando anche la raccolta dati prevista.

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* alcologiche territoriali e dei Servizi Alcologici Ospedalieri, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE UMBRIA

La Regione Umbria ha inserito i farmaci per la terapia antiabuso nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale, come farmaci destinati ai Servizi territoriali ed ospedalieri (Fascia C). Inoltre è garantita, da parte dei Servizi di Alcologia, l'erogazione delle terapie farmacologiche in modalità gratuita.

REGIONE MARCHE

Tutti i Servizi pubblici per le Dipendenze della Regione Marche somministrano farmaci specifici per la terapia antiabuso ed *anticraving* alcologico.
I principali farmaci sono: sodio oxibato, disulfiram, acamprosato, nalmefene ed antaxone.
Per ciò che attiene il sodio oxibato alcuni Servizi somministrano il farmaco solo in pazienti in fase di acuzie e/o in appoggio.
Sono utilizzate anche terapie psicofarmacologiche come antidepressivi, ansiolitici e neurolettici atipici. Accade, in alcuni casi, che queste specifiche terapie siano prescritte in collaborazione con i Servizi territoriali per la Salute Mentale.
Tutte le somministrazioni sono ovunque erogate presso i Servizi pubblici per le Dipendenze Patologiche e in casi particolari dati in affido al paziente stesso o a suoi familiari.
Diffusa è la collaborazione con i MMG.

REGIONE LAZIO

Tutte le Unità Alcologiche presenti nella Regione Lazio prescrivono e somministrano terapie antiabuso e *anticraving* con farmaci soprattutto a livello ambulatoriale.
Per adempiere a tale funzione si ricorre all'ausilio di protocolli farmacologici secondo quanto riportato dalla comunità scientifica.
I farmaci che vengono generalmente impiegati, per la prevenzione delle ricadute, sono il Disulfiram, il Sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico, l'Acamprosato, il Naltrexone.

Il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio (CRARL) anche nel 2015 ha segnalato sia all'AIFA che alla Regione Lazio, la necessità di inserimento di nuovi farmaci; inoltre ha evidenziato la necessità che farmaci psichiatrici possano essere prescritti da medici dei Servizi di Alcologia.

REGIONE ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i Servizi deputati, dispensano gratuitamente ed in modo controllato farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo, nonché farmaci utili per la disassuefazione ed il mantenimento della sobrietà.

REGIONE MOLISE

Per gli utenti del Ser.T. tutti i trattamenti con farmaci antiabuso e anticraving e tutte le prestazioni di carattere psicologico e sociale sono erogate dal Sistema Sanitario Regionale senza il pagamento di ticket.

REGIONE CAMPANIA

In tutti i Servizi per le Dipendenze e le UU.OO. di Alcologia attive è garantita la disponibilità di farmaci alcolmimetici, antiastinenziali e anticraving (alcover, acamprosato).

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.

REGIONE BASILICATA

Erogazione, sotto controllo medico ed in forma gratuita, dei farmaci per terapie antiabuso ed *anticraving* presso i Servizi Alcologici.

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

Di concerto con il Servizio Farmaceutico Territoriale, a totale carico del SSN e secondo le Linee Guida, vengono implementati gli approvvigionamenti presso i Ser.D. di alcuni farmaci anticraving rispetto all'alcol. Questo favorisce una più ampia e diffusa somministrazione e distribuzione diretta dei farmaci per la disassuefazione e di farmaci avversivanti, consentendo un più adeguato monitoraggio dello stato clinico del paziente.

6.11. Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001

REGIONE PIEMONTE

«A casa tua»

Progetto di sostegno domiciliare per il contrasto dell'isolamento e della marginalità sociale

Il progetto di Intervento Domiciliare nasce dall'esigenza di offrire un supporto diverso e complementare a quello già offerto dai Servizi sanitari e sociali, con l'obiettivo di affiancare alcuni pazienti del Dipartimento dipendenze, in situazione di particolare fragilità, rispetto a specifici obiettivi:

- Mantenimento dell'autonomia abitativa, o recupero di essa e sviluppo di una qualità positiva nella relazione con l'ambiente di vita quotidiana.
- Supporto e consolidamento del progetto terapeutico-riabilitativo concordato con il servizio dipendenze; supporto della frequenza al servizio e alla espletazione dei controlli sanitari e *compliance* ai trattamenti.
- Aumento e consolidamento della rete sociale anche tramite l'attivazione di situazioni di socialità.
- Supporto nelle situazioni critiche, e nell'avvicinamento ai servizi competenti per le criticità sanitarie, abitative, legali e di gestione dell'autonomia economica, nell'ottica della collaborazione nella rete dei sevizi.
- Supporto dell'immagine positiva e della cura di sè attraverso percorsi di *empowerment* e potenziamento dell'autostima. Aiuto nella relazione con i familiari di riferimento.

Il Progetto "Domiciliarità", nato nel 2006 nel territorio afferente al SerT Caluso, dal novembre 2011 si è ampliato e diffuso in tutti gli ambulatori SerT ed Alcologia del Dipartimento Patologia delle Dipendenze dell'Asl To4.

Nel progetto si individuano in modo specifico tre ambiti, nei quali si realizzano percorsi trattamentali, con livelli di intensità diversi:

- ambito sanitario
- ambito domiciliare
- ambito della socialità

In ognuno di questi ambiti il livello di intensità si differenzia, da:

- un livello di elevata intensità e corrispondente ad un impegno di 13 giornate mensili,
- un livello di media intensità corrispondente ad un impegno di 8 giornate mensili,
- un livello di intensità di base corrispondente ad un impegno di 4 giornate mensili.

I percorsi trattamentali possono realizzarsi incidendo su un solo ambito o come somma di interventi su più ambiti, fino comunque ad un massimo di 13 giornate complessive.
I percorsi trattamentali comprendono la dimensione della progettazione condivisa con gli ambulatori e interna all'*equipe* del progetto "Domiciliarità": la realizzazione di attività individuali e gruppali, gli interventi di rete, gli interventi domiciliari e gli interventi di raccordo, monitoraggio e valutazione.
Pertanto il numero di giornate riconosciute non indica il numero di attività effettuate nel singolo mese ma è la traduzione, secondo un criterio di quantificazione, della mole complessiva dell'intervento nei suoi aspetti operativi e progettuali, realizzato su quel soggetto.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

- Sostenere e formare i soggetti in carico agli ambulatori del DPD in situazioni di marginalità sociale, che pur possedendo ancora una propria collocazione abitativa autonoma, si espongano al rischio di diventare *homeless* con comportamenti attivi o passivi di trascuratezza, abbandono, attacco all' ambiente di vita, tramite interventi domiciliari di supporto ad un percorso di *empowerment* individualizzato a partire dalle risorse in possesso, di sostegno alla gestione autonoma della propria abitazione e di condizioni di vita compatibili con l'inserimento o il reinserimento nel proprio tessuto sociale e familiare.
- Attivare laboratori espressivi e creativi, organizzare attività individuali e gruppali, inserire e coinvolgere i soggetti in occasioni di socialità interna. Il dipartimento e nella rete sociale attribuendo loro un ruolo diretto nel progetto di autonomizzazione.
- Supportare i familiari dei soggetti inseriti nel Progetto nella gestione del carico emotivo, valorizzare il loro potenziale di supporto e risorsa per il soggetto.
- Favorire la *compliance* ai percorsi di cura, l'adesione al programma terapeutico specifico, l'attenzione alle proprie condizioni si salute, l'accesso alle visite specialistiche e ai trattamenti, e l'adesione alle occasioni di socialità, con il supporto organizzativo attraverso accompagnamento diretto e concreto.

Descrizione dei risultati attesi

Obiettivi	Risultati attesi	
	Beneficiari Diretti	**Territorio**
Supporto e formazione dei soggetti in situazioni di marginalità sociale e fragilità abitativa tramite interventi che supportino la realizzazione dei programmi terapeutici, il mantenimento e miglioramento delle condizioni concrete di vita, lo sviluppo di autonomie abitative e di utilizzo della rete sociale e dei servizi	Assunzione di un ruolo attivo nella gestione della propria situazione di vita quotidiana con aumento e consolidamento delle proprie competenze. Coprogettazione degli interventi fra gli operatori di riferimento, aumento della compliance ai programmi terapeutici proposti	Permanenza dei soggetti nel territorio e integrazione nel tessuto sociale. Consolidamento di interventi innovativi, in sinergia con gli interventi già in atto per la tutela della salute pubblica e la prevenzione rispetto ai fattori di rischio.
Realizzare percorsi di empowerment individualizzato a partire dalle risorse in possesso e di sostegno alla gestione autonoma della propria abitazione e di condizioni di vita compatibili con l'inserimento o il reinserimento nel proprio tessuto sociale e familiare	Riduzione del rischio di istituzionalizzazione e/o di ricoveri impropri, aumento della possibilità di realizzare progetti di vita autonoma, consolidando uno stile di vita compatibile con l'inserimento nel proprio tessuto sociale e familiare.	Diminuzione dei soggetti a rischio di marginalità sociale, delle richieste di istituzionalizzazione precoce aumento della competenza, da parte di tali soggetti, rispetto all'utilizzo della rete dei servizi territoriali pubblici e del volontariato sociale.
Supportare i familiari dei soggetti inseriti nel Progetto nella gestione del carico emotivo, reperire per il soggetto occasioni di socialità e risorse di rete.	Sostegno alle famiglie al fine di appoggiare i progetti di autonomia abitativa e di vita quotidiana dei soggetti inseriti nel progetto (coprogettazione dell'ingresso e uscita da strutture e percorsi di cura, accompagnamento nella realizzazione, monitoraggio),	potenziamento del sostegno ai soggetti al fine di ridurre le richieste improprie/espulsive nei confronti dei servizi

Il progetto segue un approccio teorico- metodologico di tipo sistemico-relazionale (G. Bateson, "Per un'ecologia della mente" 1974; P.Rigliano, "Doppia diagnosi" 2004), integrato da una prospettiva di intervento di rete sul territorio (M.Galanter, "Terapia di rete per i disturbi da uso di sostanze", 2001). L'intervento prevede il ricorso a esperienze e tecniche maturate nell'ambito della riabilitazione psicosociale (B. Saraceno, "La fine dell'intrattenimento", 1995. Aldrisi, "Il carico familiare"2004) e negli studi sociologici ed antropologici sulle nuove povertà (Morrone e reynaudo "Impoverimento e povertà-percorsi di vita e servizi a Roma e Torino" 2011)

Strumenti

Gruppo di Lavoro flessibile e multiprofessionale (*equipé* congiunta Associazione-servizio pubblico)

Il progetto è realizzato da un gruppo di lavoro che si instaura in forma congiunta e utilizzando le competenze e le risorse sia dell'Associazione Mastropietro che del Servizio Pubblico, (ambulatori del dipartimento), superando le logiche di tipo "assistenziale" e offrendo alle persone beneficiarie una rete di operatori per la coprogettazione di percorsi di gestione della propria situazione abitativa e di vita, favorendo il superamento di situazioni di dipendenza e di grave degrado sociale.

Relazione terapeutica di tipo psicologico ed educativo basata sulla flessibilità dell'incontro con il paziente e dell'intervento proposto

Utilizzo di:

1) programmazione di un percorso individualizzato per ciascun beneficiario, in sinergia con le risorse del progetto e quelle attivabili sul territorio di riferimento.
2) interventi di tipo domiciliare e territoriale
3) accompagnamento nella gestione delle necessità primaria relative alla salute
4) supporto nel mantenimento/ ricostruzione di una rete sociale e familiare
5) attivazione di laboratori espressivi e di occasioni periodiche di socialità guidata
6) empowerment delle risorse individuali, finalizzate al sostegno dell'autonomia
7) terapia familiare nel contesto domiciliare
8) interventi psicoeducazionali in situazioni critiche

Laboratori espressivi ed occasioni di socialità

Il progetto attiva laboratori di tipo espressivo, creativo e di socialità, all'interno degli ambulatori del Dipartimento. Sono attivati 4-6 laboratori all'anno, rivolti a soggetti individuati ed in alcuni casi a target specifici (es. le donne), si sviluppano in percorsi di circa sei mesi, con incontri a cadenza settimanale, della durata di 3 ore. Nel 2014-2015 sono stati attivati: laboratorio di fotografia, laboratorio maschere e monili (più edizioni), laboratorio espressivo (più edizioni), laboratorio cinematografico (più edizioni), laboratorio artigianale del legno, laboratorio di rilassamento.

E' organizzato annualmente un "percorso autonomia", rivolto in particolare ai soggetti che necessitano di sviluppare competenze di tipo abitativo. Il percorso si struttura con 6-8 incontri quindicinali e prevede lezioni, discussione in gruppo, attività ed esperienze pratiche guidate.

Vengono organizzate nell'anno numerose occasioni di socialità, uscite sul territorio, visite e partecipazioni ad eventi aggregativi volti a favorire l'inserimento nel tessuto sociale.
I laboratori sono stati frequentati complessivamente da 45 pazienti dei 131 inseriti nel progetto. Le attività di socialita' ed il corso di *empowerment* autonomie ha coinvolto 63 persone.

Complessivamente dall'analisi dei dati raccolti nel periodo 2011-2015 emergono i seguenti elementi più salienti:

- il progetto ha coinvolto 131 pazienti, di cui 35 donne e 96 uomini. Le donne rappresentano una percentuale significativa, ad indicare che i progetti di prossimità facilitano la partecipazione del target femminile e favoriscono l'aggancio delle donne alcoliste in condizione di gravità e marginalità sociale.
- Il progetto raggiunge 69 alcoldipendenti, 51 politossicodipendenti, 9 tossicodipendenti ed 2 soggetti solo giocatori patologici. Si riscontra nei pazienti del progetto, caratterizzati da marginalità e compromissione significativa, l'alto numero di poliabusatori (dei quali molti con misuso e abuso di farmaci), la diffusione di gioco d'azzardo patologico fra gli alcolisti e i poliabusatori
- La permanenza in progetto ha una variabilità ampia e personalizzata a seconda del soggetto. I percorsi più lunghi registrano una riduzione di numero di giornate (10 percorsi di 5 anni di cui 7 registrano la progressiva riduzione, in funzione della progressivo adattamento degli interventi e ridefinizione degli obbiettivi)
- I dati relativi alla *compliance* complessiva ai trattamenti sanitari e i dati relativi al rapporto fra i ricoveri non programmati e reiterati accessi in Pronto soccorso nell'anno prima dell'ingresso in progetto e nell'ultimo anno (35 pazienti prima dell'ingresso nel progetto versus 7 pazienti nell'ultimo anno) evidenziano come il progetto abbia una forte focalizzazione sulla tutela delle condizioni di salute dei pazienti e raggiunga in quest'ambito significativi risultati.
- I dati relativi alla collocazione abitativa e al grado di inserimento sociale riscontrato nel *follow up* del 30 giugno 2015 denotano la forte presenza di soggetti che vivono in condizione di solitudine da un alto, l'attenzione del progetto attraverso le attività focalizzate all'attenzione per la casa, la sua gestione, al mantenimento di una condizione abitativa autonoma. La buona efficacia delle attività di socialità del progetto raggiunge l'obbiettivo di sostenere per 89 pazienti un livello di socialità discreto, specificato per 37 pazienti come buono (e di questi 5 con pieno reinserimento lavorativo) e per 52 come almeno parziale.

P.A. BOLZANO

Con il supporto del Centro specialistico "Forum Prevenzione" si è posta particolare attenzione alla prevenzione con la realizzazione dei seguenti progetti:

- **Progetto "*L'Amico del Bar*"**

Progetto volto al monitoraggio delle dinamiche della piazza e delle sue immediate vicinanze e di supporto a tutta la cittadinanza su di essa gravante, con riferimento al tempo libero notturno: si conferma la presenza in una piazza centrale di Bolzano nei fine settimana (venerdì e sabato) dalle ore 20.00 alle ore 2.00 di notte, di due operatori della prevenzione con una formazione organizzata ad hoc nella prima parte dell'anno. Gli interventi del *team* di operatori sono volti a monitorare la situazione, abbassare i conflitti, prevenire situazioni di disagio, pubblicizzare contenuti positivi e consumi sostenibili, con particolare attenzione a ragazzi e minorenni.
Il progetto ha visto il coinvolgimento dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, del Comune di Bolzano, dell'Associazione di categoria "Confesercenti" e di due Centri giovanili del quartiere "Centro" informando ogni realtà sociale, dalla parrocchia alle forze dell'ordine, con le quali si è stretta, in forma sperimentale, una intensa rete. Altri partner territoriali sono state due associazioni molto attive in tale ambito, "Caritas" e "Volontarius", che hanno reso disponibili tre operatori.

- **Progetto "*Streetlife – consulenza e intervento precoce nel mondo della notte*"**

"*Make the party safe"* oppure "*Party senza rischio*" è lo slogan con il quale il progetto dell'associazione "*Caritas Streetlife*" invita i giovani durante diverse manifestazioni in tutto l'Alto Adige ad informarsi sulle conseguenze del consumo di sostanze psicoattive, alcol incluso. L'obiettivo è prevenire la dipendenza ed evitare i danni conseguenti.
Anche nel 2015, collaboratori e volontari di "Streetlife" sono stati presenti durante grandi eventi per giovani e nel proprio *stand* hanno offerto gratuitamente acqua, frutta e consulenza.

- **Progetto "*All-cool – Parcour per giovani*"**

Nel 2012 è partito il progetto centrato sulla persona rivolto ai giovani: Da parte del Centro giovani "P*apperlapapp*", in cooperazione con il Forum Prevenzione, è stato sviluppato un percorso interattivo sull'alcol "*All-cool*", un'offerta nell'ambito della prevenzione universale e nello specifico delle prevenzione all'alcol per studenti/se di età compresa fra i 13 e i 18 anni. Anche nel 2015 sono stati organizzati "parcours" all'interno di 19 centri giovanili distribuiti su tutto il territorio provinciale. I *parcours* vengono organizzati all'interno di centri giovanili distribuiti su tutto il territorio provinciale e condotti da operatori/ci giovanili formati.

REGIONE LIGURIA

- **PROGETTO ACCOGLIENZA - BASSA SOGLIA – C.O.O.D**

SERVIZIO ACCOGLIENZA, ORIENTAMENTO E OSSERVAZIONE DIAGNOSTICA

Sede/i:
"Casanuova" – Via Lamarmora n. 19/Via Napoli 172 - La Spezia (maschile)
Solo Bassa Soglia:
- "Casanuova – Comunità dell'Orto"
- Comunità "Arcobaleno"

Solo Accoglienza:
- Comunità "Arcobaleno"
- Comunità "La Fattoria"

Obiettivi:

Il Servizio di Accoglienza/Bassa Soglia Centro Orientamento e Osservazione Diagnostica, ha quali obiettivi principali:

- l'aggancio precoce con la persona alcoldipendente e/o tossicodipendente
- l'instaurazione di una relazione di aiuto e il suo mantenimento presso un servizio residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, finalizzata a prevenire o rischi di cronicità nella prospettiva di un successivo impegno terapeutico
- la valutazione preliminare delle condizioni personali e ambientali del soggetto
- l'offerta di supporto a carattere medico, psicologico, sociale e legale
- l'offerta di assistenza alberghiera per periodi di tempo limitati
- l'impostazione, ove possibile, di un programma terapeutico complessivo e l'individuazione delle strutture più idonee allo svolgimento dello stesso

Indicatori di efficacia rispetto agli obiettivi:

- numero persone contattate nell'anno rispetto all'anno precedente
- numero di persone inserite nel servizio rispetto ai contatti ricevuti
- raffronto rapporto contatti/inseriti rispetto ad anno precedente
- media giornate permanenza in struttura
- numero persone avviate a programma terapeutico

Utenza:

L'utenza del Servizio Accoglienza/Bassa Soglia/COOD, effettuato presso la sedi operative indicate ha le seguenti caratteristiche:
- condizione di tossicodipendenza o alcoldipendenza
- sesso maschile o femminile

L'utenza non è preselezionata in base a caratteristiche specifiche, ma deve essere riscontrata la presenza di una, o più, delle condizioni seguenti:

a) sono presenti problematiche complesse tali da poter configurare la possibilità di un inserimento nel Servizio Specialistico Progetto "Doppia Diagnosi"
b) non è ancora definito un progetto terapeutico individualizzato e/o non sono ancora emerse nell'utente esplicite motivazioni ad intraprenderlo, oppure il progetto terapeutico in corso è sospeso e si presentano necessità di tutelare la persona in vista di una ri-definzione o ripresa del progetto medesimo
c) il progetto terapeutico individualizzato è stato definito parzialmente e residuano necessità in ordine all'assestamento dei trattamenti farmacologici, alla verifica/rafforzamento della motivazione al percorso, o altre in ordine alle esigenze e alle procedure dell'anzidetto progetto

Prestazioni erogate:
Le prestazioni erogate sono descritte nella Carta Servizi.
In relazione alle necessità specifiche degli ospiti/utenti è possibile individuare ulteriori prestazioni personalizzate integrative di quelle di base.

SERVIZIO CENTRO ORIENTAMENTO E OSSERVAZIONE DIAGNOSTICA
Nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui alla lettera (a) di cui sopra, l'utente viene inserito un percorso specialistico di Osservazione Diagnostica e Orientamento, di durata indicativa trimestrale, al fine di:
- assestare la diagnosi delle eventuali problematiche psicopatologiche (diagnosi longitudinale)
- assestare le terapie farmacologiche
- predisporre un percorso di cura in relazione alle risultanze della diagnosi
Tale processo avviene a cura dell'équipe del Servizio in stretta collaborazione con l'*équipe* del SerT che ha in carico la persona (per utenti ASL5, vedasi allegato "Progetto Valutazione" Protocollo sugli inserimenti con la procedura per la co-valutazione Sert ASL5 – Centro di Crescita Comunitaria)

Il servizio (nel caso ricorrano le condizioni di cui alla lettera b di cui sopra) può avere anche caratteristiche "a Bassa Soglia D'accesso", rivolgendosi – tenute ferme le condizioni sopra definite – a tossicodipendenti o alcoldipendenti con temporanea necessità di salvaguardare le proprie condizioni minimali di salute e che abbia interrotto o sospeso un trattamento ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale in corso.

SERVIZIO ACCOGLIENZA
Nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui alla lettera (c) di cui sopra, l'utente viene inserito nel percorso di Accoglienza, di durata massima trimestrale, al fine di:
- completare/assestare la valutazione diagnostica sino alla Fase 4 del Progetto Valutazione
- assestare le terapie farmacologiche, incluso il completamento del programma di disintossicazione con scalaggio di sostitutivi
- impostazione definitiva del progetto terapeutico complessivo ed individuazione della tipologia di servizio idoneo allo svolgimento dello stesso

Il servizio (nel caso ricorrano le condizioni di cui alla lettera b di cui sopra) può avere anche caratteristiche "a Bassa Soglia D'accesso", rivolgendosi – tenute ferme le condizioni sopra definite – a tossicodipendenti o alcoldipendenti con temporanea necessità di salvaguardare le proprie condizioni minimali di salute e che abbia interrotto o sospeso un trattamento ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale in corso.

SERVIZIO ACCOGLIENZA "A BASSA SOGLIA D'ACCESSO"

Segue illustrazione del Servizio Accoglienza "a Bassa Soglia di Accesso" rivolto agli utenti con caratteristiche di cui alla lettera (b) di cui sopra

CONTESTO DI RIFERIMENTO
L'attenzione alla riduzione del rischio per la popolazione alcol e tossicodipendente, non solo per la salvaguardia della salute psichica e fisica dell'individuo ma anche dei suoi diritti sociali, ha portato il SerT dell'Azienda U.S.L. n. 5 - Spezzino, il Comune della Spezia (Conferenza d'ambito n. 19), il Comune di Sarzana (Conferenza d'ambito n. 20), il Consorzio Cometa (al tempo «Centro di Crescita Comunitaria») ad attivare, nel corso del 1998, un intervento rivolto a soggetti con problemi di dipendenza da sostanze e/o da alcol che a causa della loro condizione si trovano in una grave situazione di marginalizzazione sociale.

STUDIO ED ANALISI DEL CONTESTO SOCIALE DI RIFERIMENTO

Annualmente il Centro d'Ascolto della Caritas, le Comunità terapeutiche, i Comuni ed il SerT ricevono in media un migliaio di richieste di un letto per una notte e di un pasto; dei richiedenti, almeno il 50% abusa di alcol, soprattutto, e di altre sostanze farmacologicamente attive. Il 25% circa del totale è rappresentato da immigrati extracomunitari.
"Casa Nuova" dalla sua apertura nel gennaio 2000 fino al dicembre 2001 ha accolto in media 8-10 persone. Di queste il 25% ha abbandonato la struttura senza una nuova definizione del programma terapeutico; il restante 75% ha intrapreso un nuovo percorso - comunitario, ambulatoriale, ... - in linea con gli obiettivi che si sono dati i promotori alla formulazione del progetto.

CAUSE E/O FATTORI PECULIARI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE

Il SerT, i Servizi sociali degli Enti locali, il Volontariato sociale quotidianamente si confrontano con richieste di interventi centrati sulle esigenze minime e vitali del tossicodipendente: pasti, posti letto, la possibilità di lavarsi.
L'esperienza sino ad oggi maturata ha dimostrato che la frammentarietà dell'intervento non consente - a quello che spesso è il primo contatto della persona in difficoltà con una struttura terapeutica e sociale - di divenire occasione di riflessione della persona stessa

circa il cambiamento del proprio stile di vita. A volte per iniziare un percorso in tal senso occorre una situazione meno strutturata e caratterizzata.
Altri alcoldipendenti e tossicodipendenti hanno difficoltà a proseguire il progetto terapeutico che hanno intrapreso a causa delle condizioni di grande precarietà ed esclusione che vivono, emergendo la necessità di una condizione sicura, almeno per il tempo strettamente necessario, per quanto riguarda la soddisfazione delle esigenze minime di vita.
I buoni risultati raggiunti giustificano una prosecuzione del progetto, prevedendo un ampliamento della presenza del personale medico nella struttura, tale da garantire un'adeguata assistenza sanitaria agli ospiti della stessa; l'esperienza ha messo in evidenza anche il ruolo di centro-crisi di "Casa Nuova" e quindi è necessaria un'implementazione della presenza del medico in questa fase svolta ad approfondire gli aspetti farmacologici dei trattamenti.
D'altra parte è obiettivo prioritario della "Casa" raggiungere l'autonomia in risorse finanziarie tramite il riconoscimento di una retta diaria adeguata alle prestazioni offerte.

NUMERO E TIPOLOGIA DEI DESTINATARI FINALI
Nel presidio Casanuova-Comunità dell'Orto:
1. possono trovare un posto letto ed un pasto caldo gli alcol e tossicodipendenti che ancora non hanno affrontato il problema della propria dipendenza e che si trovino in condizione di precarietà, vivendo l'emergenza della soddisfazione di bisogni vitali elementari.
2. ancora, può essere ospitato per un periodo limitato l'individuo dipendente, già accolto per alcune notti, che all'interno della Casa stessa ha approfittato della presenza di una équipe di orientamento e sostegno sociale e sanitario per avviarsi ad un progetto terapeutico e riabilitativo strutturato, adatto alle sue caratteristiche;
3. infine, è accolto, in accordo con l'Ente che si occupa del caso e per un periodo definito, l'alcoldipendente ed il tossicodipendente già in trattamento che si trova in un dato momento in condizioni di precarietà tali da impedirgli la prosecuzione del percorso terapeutico intrapreso.

- Destinatari previsti della tipologia di cui al punto 1: 4 persone;
- Destinatari previsti della tipologia di cui al punto 2 e 3: 10 persone.

RICADUTE SUL TERRITORIO
Il progetto si prefigge di favorire l'emergere di un desiderio di benessere sociale, sanitario e psichico in persone alcoldipendenti e tossicodipendenti in situazione precaria.

Il progetto, intende raggiungere l'obiettivo generale sopra espresso attraverso:
$\Rightarrow$ la riduzione del rischio di aggravare la propria condizione sociale e sanitaria per l'alcoldipendente ed il tossicodipendente in situazione di precarietà;
$\Rightarrow$ l'attivazione di uno strumento di contatto con l'individuo in condizione di farmacodipendenza che ancora non ha voluto o potuto affrontare il problema del cambiamento del proprio stile di vita;

⇒ la proposta, se richiesta, di un intervento terapeutico e riabilitativo individualizzato secondo le caratteristiche del soggetto (presso le strutture ambulatoriali del SerT, tramite l'inserimento nelle Comunità terapeutiche, ..., con il concorso delle Amministrazioni locali), che possa contare anche sull'offerta di una soluzione alla precarietà per il tempo opportuno;
⇒ la disponibilità di una struttura adatta a chi, già inserito in un progetto terapeutico, vive una fase temporanea di precarietà che impedisce lo sviluppo corretto del processo di cambiamento;
⇒ l'eventuale contenimento di situazioni ambientali, sociali, familiari nel loro momento acuto.
Il progetto è animato dall'intenzione di stimolare nell'alcoldipendente e nel tossicodipendente la riflessione sulla propria condizione di salute e rispetto alla società: mantenere almeno la qualità della vita esistente, evitare che l'accumularsi dei problemi accentui la situazione di rischio e comprometta sempre più le sue capacità di riconoscere il proprio bisogno e di farvi fronte.
L'intervento è finalizzato al benessere della persona e della collettività attraverso una strategia che permetta il raggiungimento di obiettivi anche ridotti ma comunque in contrasto a quanto favorisce o causa cronicizzazione della dipendenza opponendosi ad un atteggiamento rinunciatario che può causare ulteriori danni d'ordine sociale.

INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PROGETTO CON LE POLITICHE ED I SERVIZI DEL TERRITORIO
Il Progetto si inserisce nell'attivazione del primo e secondo livello delle Linee Guida Del. G.R. 305/2001 all'interno degli interventi attuati dal Dipartimento della ASL5.
Costituisce inoltre una risorsa di interesse primario per gli Enti locali titolari della funzioni assistenziali e per i soggetti del Terzo Settore e del Volontariato operanti nell'ambito assistenziale.

SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI COINVOLTI NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO
La gestione è affidata ad un Gruppo di gestione, al quale compete il controllo degli indirizzi di programmazione, la redazione e l'approvazione del Regolamento della Casa, la verifica e valutazione delle attività e degli aggiustamenti di indirizzo che si riterranno necessari in itinere.
I promotori hanno ritenuto opportuno che la Casa fosse condotta da personale con esperienza di struttura residenziale per tossicodipendenti per cui al Consorzio Cometa è stato chiesto di fornire gli operatori per la conduzione della Casa stessa. Tra gli operatori il Gruppo di gestione, su proposta del Consorzio Cometa, sceglie il Responsabile di struttura.
Nella Casa per alcune ore al giorno opera un'équipe composta da 1 medico ed 1 assistente sociale che possono proporre un intervento sociale e sanitario che, con l'orientamento ed il sostegno dell'alcoldipendente e del tossicodipendente, può permettere un accesso ad un progetto terapeutico e riabilitativo. E' inoltre così possibile effettuare delle prestazioni sanitarie in loco. Le segnalazioni per l'eventuale accoglienza sono raccolte dal Responsabile della Casa stessa tramite dei punti di riferimento nel

territorio: i Servizi sociali dei Comuni, le sedi del SerT, le sedi delle Comunità terapeutiche, gli operatori «di strada» e i Centri d'Ascolto della Caritas. L'identificazione di tali punti permette anche di filtrare la domanda in quanto la Casa non può essere riferimento per chiunque non abbia un alloggio né sostituirsi, nel caso, alle strutture sanitarie. Occorre anche prestare attenzione perché la possibilità di accoglienza non incentivi fenomeni espulsivi per il farmacodipendente dall'ambiente familiare.
Il Gruppo di gestione si attiva per studiare un sistema di compenso dei servizi resi dalla Casa, con vantaggio per la sostenibilità della stessa.

GESTIONE OPERATIVA
La gestione, come sopra detto, è affidata ad un Gruppo di gestione.
Il Responsabile di struttura nei termini fissati presenta il bilancio della Casa al Gruppo di gestione.
Al Responsabile di struttura è dato incarico di attuare quanto disposto dal Gruppo di gestione sia per l'attività del personale che per quanto riguarda i beni materiali.

SVILUPPO DI SISTEMI TERRITORIALI DI INTERVENTO IN RETE
Esplicitazione del modello territoriale di intervento in rete: Il modello prevede il coordinamento delle attività e l'integrazione degli interventi sul caso nell'ottica del sistema dipartimentale.

MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO
Indicatori di processo: strumenti e sistemi di rilevazione
- il tasso di partecipazione alle riunioni del Gruppo di gestione rispetto alla sua costituzione per regolamento; è valutabile su base semestrale; deve essere ⊇ all'80%;
- il tasso di adesione degli operatori della Casa al compimento degli adempimenti burocratici come previsto nel regolamento della Casa stessa; è valutabile su base trimestrale; deve essere ⊇ all'80%;
- il tasso di compimento delle varie fasi nel periodo previsto, in normali condizioni di avanzamento; è valutabile su base trimestrale; deve essere ⊇ al 90%.

Indicatori di risultato: strumenti e sistemi di rilevazione
- il tasso di occupazione della struttura per quanto riguarda i due settori; è valutabile su base trimestrale; per l'alloggio d'emergenza deve essere ⊇ al 60%; per la residenzialità breve deve essere ⊇ al 70%;
- il tasso di richiesta di consultazione medica e/o di colloquio sociale da parte degli ospiti dell'alloggio d'emergenza; è valutabile su base trimestrale; deve essere ⊇ al 40% del numero totale degli utenti di quel settore;
- il tasso di richiesta di orientamento verso un progetto terapeutico, formulata dagli utenti del settore d'alloggio d'emergenza, è valutabile su base trimestrale; deve essere ⊇ al 30% del numero totale degli utenti di quel settore;
- il tasso di prosecuzione del progetto già predisposto per chi usufruisce della residenzialità breve; è valutabile su base trimestrale, deve essere ⊇ al 70% degli utenti di quel settore.

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEI RISULTATI
Il Gruppo di gestione della Casa riferisce i risultati del progetto stesso ai soggetti della rete.
Il Gruppo di gestione può diffondere i risultati del progetto ad altre agenzie del territorio quando lo ritiene opportuno all'interno delle attività.

- **PROGRAMMA COMUNITARIO SPECIALISTICO PER ALCOLISTI DI CASCINA PIANA**

Obiettivo generale
L'obiettivo generale è far sì che diminuisca nel tempo il consumo di farmaci anche grazie all'aumentata capacità di elaborazione e di gestione delle situazioni dolorose ed alla presenza costante del supporto del gruppo dei pari e dell'é*quipe* terapeutica.

Equipe
Il Progetto terapeutico-riabilitativo nasce in stretta collaborazione con la Struttura Semplice di Alcologia del Ser.T di Savona pertanto i progetti per alcolisti sono gestiti dall'équipe integrata (Ser.T /Comunità).
L'équipe integrata è composta da psicologi, psicoterapeuti, educatori medici, assistenti sociali ed infermieri.
L'integrazione tra le due équipe si attua attraverso:
- valutazione e presa in carico congiunta;
- riunione settimanale dell'équipe integrata per discutere l'andamento del programma terapeutico di ogni ospite;
- visite mediche periodiche da parte del medico del Ser.T. presso il Centro per verificare la terapia medica e la disintossicazione;
- supervisioni cliniche ed organizzative.

Metodologia
La metodologia utilizzata presso la Comunità Cascina Piana è l'Approccio Motivazionale che tiene in considerazione la posizione dell'utente in un cammino ideale che va dalla mancanza di motivazioni alla disponibilità al cambiamento.
Durante la permanenza in comunità vengono effettuati colloqui motivazionali finalizzati alla individuazione di strategie utili per saggiare, valutare ed accrescere il potenziale di cambiamento.

Tempistica
Il percorso degli ospiti prevede due fasi:

Fase 1 – disintossicazione presso le strutture ospedaliere preposte (qualora in quadro clinico lo renda necessario);

Fase 2 – ingresso nella struttura terapeutico – riabilitativa con un progetto individualizzato concordato con il Ser.T. inviante per un periodo che va dalle 4 settimane a 3/6 mesi a seconda delle necessità e dei bisogni del paziente.

All'interno della Comunità il percorso si sviluppa ancora in tre fasi distinte:
- Accoglienza: l'obiettivo è quello di favorire un graduale processo di "motivazione al cambiamento";
- Comunità: è un ambiente protetto in cui le persone hanno la possibilità di interagire, ascoltare, apprendere, progettare, evolversi e crescere nel modo che maggiormente riflette le loro capacità ed il loro potenziale collettivo;
- Reinserimento: percorso personalizzato di rientro graduale nella società in forma residenziale o semiresidenziale. Momento cruciale di autentica scelta progettuale di vita.

Il percorso terapeutico proposto per alcolisti varia da 1 a 6 mesi. Le finalità del variano a seconda del periodo stabilito con l'ospite.
In particolare:

Percorso di un mese

Si rivolge a persone che stiano attraversando una temporanea fragilità e/o un'iniziale ricaduta, che non necessariamente abbiano bisogno di un ricovero ospedaliero, o che necessitino di un periodo di convalescenza post-ricovero o di una terapia disintossicante. L'aspetto caratterizzante è dato dal possedere già una rete famigliare e sociale di supporto e dalla necessità di avere un distacco dal proprio ambiente solo temporaneo.
Si tratta pertanto di un intervento di breve durata con un programma intensivo i cui obiettivi sono:
- "tregua" dall'ambiente sociale e famigliare di appartenenza;
- Post convalescenza, completamento della terapia volta alla disassuefazione;
- Recupero della propria fisicità: prendersi cura del proprio corpo e del proprio ambiente;
- Mantenimento della dimensione della quotidianità: gestione delle risorse necessarie a svolgere i compiti quotidiani;
- Acquisizione di minime capacità di fronteggiamento di situazioni ad alto rischio di ricaduta;
- Coinvolgimento della famiglia e valorizzazione delle risorse già esistenti;

Percorso di tre mesi

Si rivolge a persone con una rete famigliare e sociale di supporto, con un'avviata attività lavorativa dalla quale posso assentarsi per brevi periodi (malattia, aspettativa). Anche in questo caso si tratta di un intervento breve con obiettivi che riguardano. Durante l'ultimo mese sono previste delle uscite di verifica (nelle quali iniziare i contatti con i

CAT). Le uscite sono strutturate a seconda delle caratteristiche individuali e prevedono l'utilizzo dell'alcover ed eventualmente, laddove si ritenga opportuno e necessario test specifici al rientro:

- Recupero della propria fisicità :prendersi cura del proprio corpo e del proprio ambiente;
- Post convalescenza, completamento della terapia volta alla disassuefazione, riacquisizione del naturale ritmo sonno-veglia, ;
- Monitoraggio della terapia farmacologica;
- Gestione della quotidianità: rispetto dei ritmi e dei tempi lavorativi, recupero della capacità di socializzazione, rispetto del proprio e altrui spazio di vita;
- Verifica della capacità di assumersi delle responsabilità e di collaborare attivamente in gruppo;
- Pervenire ad una lettura critica (seppur minima) dei legami famigliari (in termini di risorse/limiti)
- Pervenire ad una lettura critica (seppur minima) dei legami famigliari (in termini di risorse/limiti)

Percorso di sei mesi

Si rivolge a persone che necessitano di un periodo medio-lungo di distacco dal proprio ambiente ed avere la possibilità di affrontare in modo più ampio ed articolato il problema della dipendenza.

- Recupero della propria fisicità prendersi cura del proprio corpo
- Regolazione emozionale: ridurre la vulnerabilità emotiva, ridurre la sofferenza emotiva, comprendere le proprie emozioni (Relazionarsi con gli altri utenti in uno spazio caldo in cui esprimere le proprie emozioni, sentimenti e vissuti, nel gruppo dei pari e nei vari momenti d'aggregazione, permette di forzare i blocchi emotivi, di persone congelate nel comportamento di dipendenza);
- Riappropriazione della gestione del tempo libero e della creatività
- Acquisizione di competenze di *self efficacy*
- Riappropriazione e mantenimento nel tempo della capacità di collaborare attivamente in gruppo e di mantenere delle responsabilità di gestione della quotidianità.
- Pervenire ad una lettura critica dei legami famigliari (in termini di risorse/limiti)
- Pervenire ad una lettura critica (seppur minima) dei legami famigliari (in termini di risorse/limiti)

➢ PROGETTO TERAPEUTICO RESIDENZIALE CEIS PER ALCOLISTI

Il CEIS Genova accoglie le persone con problemi di abuso e dipendenza da alcol all'interno della propria CTR Trasta, specializzata nel trattamento delle persone con dipendenza patologica.
La struttura della U.O. Comunità Terapeutica di Trasta offre i suoi servizi a persone maggiorenni di ambo i sessi, anche soggette a misure cautelati/ alternative alla pena detentiva.
Il contratto terapeutico per l'ingresso e l'adesione al percorso riabilitativo viene stipulato tra la persona interessata, il referente della Comunità ed il referente dell'Ente inviante autorizzato (es. Sert).

IL PROGRAMMA RIABILITATIVO
Il percorso riabilitativo è suddiviso in fasi successive che iniziano dall'inserimento fino al supporto nel reinserimento socio-lavorativo.
L'inserimento nelle varie fasi del programma riabilitativo viene effettuato valutando la situazione individuale dell'utente ed è legato allo stadio motivazionale nel quale lo stesso si trova all'ingresso, con un preciso riferimento metodologico al Progetto Uomo.

Le tre aree di intervento del programma si sviluppano attraverso tre elementi essenziali:
• La centralità della persona, cioè l'attenzione a costruire un percorso riabilitativo sulle esigenze della persona e non il contrario.
• Coinvolgimento familiare, per ridefinire efficaci canali di comunicazione
• Sostegno nel reinserimento sociale, che presuppone un termine del trattamento residenziale e la possibilità di costruire differenti modalità di supporto post comunità in base alle esigenze della persona.

E' possibile definire due sostanziali tipologie di percorso riabilitativo:

Progetto breve (3-4 mesi):
Si focalizza sulla disassuefazione dall'uso di alcol e sulla consapevolizzazione del problema di dipendenza o abuso;
Sostiene la persona nell'analisi e nella rivalutazioni delle eventuali modalità relazionali (familiari, amicali, lavorative);
Ridefinisce un sostenibile percorso di reinserimento socio-lavorativo sulla base di quanto emerso nel percorso.
Il trattamento è sempre di natura gruppale con alcuni momenti di approfondimento individuale con lo psicologo della struttura o con l'educatore di riferimento.
L'esito di questo percorso può anche essere l'inserimento in un alloggio assistito per un progressivo recupero dell'autonomia funzionale

Progetto tradizionale (6-24 mesi):
E' il programma più tradizionale e offre alla persona la possibilità di una maggiore partecipazione all'attività gruppale e al sostegno individuale per meglio comprendere e ridefinire la propria storia di dipendenza.

ACCOGLIENZA
L'accoglienza dei soggetti può variare da un minimo di un mese ad un massimo di quattro mesi. All'ingresso l'utente compila una serie di moduli tra il regolamento interno e gli adempimenti sulla privacy che valgono per tutta la durata del trattamento.
Nel corso della fase in argomento è previsto che un operatore specializzato, quando ritenuto opportuno, effettui con ogni utente una intervista anamnestica (ASI) ed una valutazione psicodiagnostica finalizzata alla definizione del PTI.
Tale percorso viene evidenziato nella cartella clinica dell'utente interessato.

COMUNITA'
Il passaggio dall'Accoglienza alla Comunità comporta un percorso articolato in fasi successive che permettono di passare da una condizione di scarsa autonomia o di isolamento ad una acquisizione progressiva delle proprie risorse individuali.
Il regime di vita comunitario tende infatti ad attivare le dinamiche comportamentali e relazionali della persona, offrendo così la possibilità di individuare le aree problematiche sulle quali lavorare durante il trattamento.
Sono previsti in questa fase gruppi mirati ed interventi educativo/terapeutici specifici che hanno come obbiettivo l'ottenimento di una apertura emotiva e al coinvolgimento della persona nel processo dinamico della comunità

REINSERIMENTO SOCIALE
All'interno del percorso del modulo del Reinserimento, suddiviso anch'esso in fasi, l'utente riprende concretamente le proprie competenze lavorative o ne individua di nuove.
In questa fase l'utente, dopo un primo periodo di residenzialità ancora all'interno della comunità, inizia a cercare una propria sistemazione esterna.
Le fasi di questo modulo scandiscono il percorso riabilitativo incentrato sull'autonomia fino al distacco definitivo dal programma terapeutico.

RAPPORTO CON I SERVIZI INVIANTI
L'iter riabilitativo dell'utente è concordato con i referenti dell'Ente Inviante Autorizzato, ad es. il Sert, con il quale si concordano periodiche visite di valutazione e aggiornamento rispetto agli obiettivi che l'utente sta perseguendo.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE
Per realizzare gli interventi multiassiali previsti l'equipe dell'U.O. è composta da personale di diverse professionalità: Responsabile; Avvocato; Medico generico; Educatori Professionali; Psichiatra; Psicologo; Supervisore; Volontari.

REGIONE TOSCANA

Progetto CCM *Social Net skills* "Promuovere salute nei contesti del divertimento"
www.socialnetskill.it

Introduzione
Il Servizio Dipendenze dell'AUSL 12 di Viareggio, in collaborazione con Agenzie pubbliche e private della Versilia, Comitato "*Non la Bevo et all."*, realizza da molti anni interventi di promozione della salute nei contesti del divertimento.
Il lavoro in oggetto parte dalle azioni e obiettivi del progetto CCM "*Social net skills*" della Regione Toscana nel quale il Ser.T di Viareggio è tra i coordinatori scientifici.
La strategia utilizzata prevede l'intervento sui fattori di rischio "modificabili" con un approccio multicomponente ed intersettoriale.
Per raggiungere in modo efficace il mondo dell'adolescente e favorire la rottura del nesso sballo=divertimento sono stati attivati numerosi momenti di incontro, gruppi di pari (supervisionati da operatori) e interventi sul campo con l'ausilio di moderni strumenti preventivi in collaborazione con le amministrazioni locali, le associazioni del terzo settore e i gestori dei locali della Versilia.

Obiettivi:
• Promuovere il lavoro in rete.
• Facilitare l'acquisizione di una consapevolezza dei danni correlati all'uso di sostanze legali e illegali.
• Formulazione proposte in ambito locale, regionale e nazionale in linea con il programma "Guadagnare Salute".
• Favorire la creazione di momenti di incontro virtuali e reali per favorire lo sviluppo di modalità più sane di divertimento.

Materiali e metodi:
Corsi di sensibilizzazione e formazione per *peer educator*, genitori, lavoratori del mondo della notte.
Strumenti utilizzati:
• Simulatore virtuale di guida.
• Occhiali che simulano l'intossicazione alcolica.
• Etilometro.
• Regolo.

Materiali prodotti:
• Materiale informativo (es."*Alcol, cioè? 2.0*"), veicolato anche attraverso i canali *web.*
• Cocktail analcolici.
• *Gadget* personalizzati.

Risultati

1) Realizzazione protocollo *"+ divertimento - alcol"* con Associazioni e i 7 Comuni della Versilia e istituzione di un tavolo di lavoro permanente per garantire continuità progettuale.

2) Campagna "*Ricreazione in via d'estinzione*":
• 10 eventi di sensibilizzazione.
• Circa 15000 persone raggiunte.
• 1200 contatti diretti.
• 230 prove con il simulatore.
• 430 misurazioni con etilometro.

3) Concorso "*Bevi sano, bevi Analcolico*" in collaborazione con ACAT Versilia:
• 8932 persone raggiunte.
• 4000 voti.
• 3 Amministrazioni coinvolte (Seravezza, Forte dei Marmi, Pietrasanta).
• 12 locali coinvolti.

4) Lezioni dedicate a *Social Net Skills* in due Master universitari e in corsi di perfezionamento.

5) Laboratori con i ragazzi e lezioni Magistrali nell'ambito del Festival della Salute 2014.

6) Incontro al Caffè della Versiliana dedicato al tema con i protagonisti del progetto.

Conclusioni:
Il territorio della Versilia ha attivato una serie di azioni intersettoriali e multilivello finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali e alla promozione di corretti stili di vita. Grazie alle azioni progettuali è stato possibile creare un "sottosistema sociale" che promuove la collaborazione tra le differenti agenzie e una azione di sinergia centrata sia sull'educazione che sulla trasformazione della cultura sociale dominante, con la consapevolezza che: "I programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa" (IUHPE Vancouver 2007).

REGIONE PUGLIA

"Luoghi e percorsi per…… un divertimento sicuro".
https://artvillagesansevero.wordpress.com/
Si tratta di una proposta orientata al divertimento sicuro mediante percorsi attivi e partecipativi dei giovani, tramite *Art Village* - struttura polifunzionale attivata sul territorio - dal Dipartimento Dipendenze Patologiche sez. 1 di San Severo.
L'obiettivo è quello di promuovere un modello di vita sociale basato sulla partecipazione, il confronto, la creatività.

REGIONE BASILICATA

Progetto "Cosa c'è dentro la bottiglia"

Le finalità del progetto sono state quelle di portare gli adolescenti ad un adeguato livello conoscitivo sui rischi legati all'uso di alcol favorendo un loro consapevole protagonismo al fine di promuovere e valorizzare le loro abilità personali acquisite ("*life skill*") e le loro capacità in termini di stima ed autotutela della salute. La restituzione dei dati provenienti dallo svolgimento del progetto avvenuta nelle plenarie degli incontri e i successivi "*report*" consegnati agli Istituti Scolastici ha permesso di sottolineare aspetti positivi (ad.es., buona tenuta dei sistemi valoriali, buone capacità relazionali personali e sociali, etc.) ed aspetti critici (ad es., presenza di situazioni tese a valorizzare situazioni rapportabili a "*binge drinking*"). La discussione dei risultati si è resa utile per una eventuale impostazione di possibili e future azioni in merito.

REGIONE CALABRIA

"**Piano di Monitoraggio Regionale e alla Formazione Regionale IPIB**".
La Regione Calabria si è avvalsa della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la predisposizione del Piano, e la ricerca ha previsto lo svolgimento delle seguenti attività:

1) Predisposizione di un sistema di monitoraggio alcol per la Regione Calabria
2) Elaborazione e pubblicazione di un report annuale
3) Formazione regionale specifica di operatori selezionati da dedicare alla gestione e messa a regime del sistema di monitoraggio
4) Formazione regionale specifica IPIB- Identificazione Precoce e Intervento Breve, per personale sanitario operante nei contesti di "Primary Health Care" (medici di medicina generale, pediatri, emergenza/ pronto soccorso, operatori dei Servizi di alcologia e dei Ser.T)
5) Consulenza e predisposizione di un sito web.

REGIONE SARDEGNA

Progetto di ricerca sulla "*Fetopatia alcolica*" derivante dal consumo di alcol in gravidanza in una popolazione di donne sarde.

Seconda annualità dello studio finanziato, nel 2015, con i fondi della Legge 125/2001 (relativi al 2012 e 2013); ASL capofila regionale: Cagliari – Centro per il trattamento dei disturbi psichiatrici e alcol correlati.

AMBITO DI INTERVENTO: Attività di prevenzione dai danni derivanti dal consumo di alcol in gravidanza e nel puerperio.

FINALITA' 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 sara' 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.