

ATTI PARLAMENTARI

XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CXXV**

n. **5**

R E L A Z I O N E

SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOLCORRELATI

(Anni 2016 e 2017)

(Articolo 8 della legge 30 marzo 2001, n. 125)

Presentata dal Ministro della salute

(LORENZIN)

Trasmessa alla Presidenza il 21 marzo 2018

PAGINA BIANCA

INDICE	III
PREMESSA	V
PRESENTAZIONE	VI
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	2
I comportamenti di consumo a rischio	8
I consumatori a rischio, analisi dell'ISS	13
L'alcol nelle Linee Guida	15
1.2 L'alcoldipendenza	16
1.3 La morbilità e la mortalità alcol correlate	17
Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili	18
Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili	28
Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità	37
Gli incidenti stradali	41
2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	48
PARTE II	
3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 ANNO 2015	57
3.1 Il personale dei Servizi	58
3.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza	58
3.3 I consumi alcolici dell'utenza	59
3.4 I modelli di trattamento	59
3.5 La collaborazione dei Servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, e del Privato Sociale	59
3.6 Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto – AICAT, AA	60
4. CRITICITA' DEL SISTEMA	69
TABELLE E GRAFICI	

PARTE III

5.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	95
5.1	Gli interventi di indirizzo	95
5.2	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	105
5.3	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio	107
5.4	La partecipazione alle politiche internazionali	108

PARTE IV

6.	I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI	112
7.	PROGETTO NAZIONALE ALCOL: “Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati”	122



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 dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.

La presente Relazione illustra il quadro epidemiologico che descrive il fenomeno correlato al consumo di bevande alcoliche nel nostro Paese aggiornato al 2016, i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcolologici con le eventuali criticità emerse, ed inoltre illustra gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2017.

Infine, la Relazione di quest'anno prevede, come concordato con la Commissione Salute, la presentazione dei risultati conseguiti dal Progetto Nazionale finanziato con i fondi previsti dalle Legge 125/2001 (art. 3, comma 4) per l'Anno Finanziario 2016.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 (Dott.ssa Liliana La Sala, dott.ssa Maria Migliore, dott.ssa Natalia Magliocchetti; dott.ssa Stefania Milazzo), avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Uff. 8 (Dott.ssa Daniela Galeone, dott.ssa Maria Teresa Menzano); Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Uff. 6 (Dott.ssa Lucia Lispi, dott.ssa Carla Ceccolini); Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti europei e internazionali - Uff. 3 (Dott. Alfredo D'Ari e dott. Lucio Vitale); Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Uff. 3 (Dott.ssa Lidia Di Minco, dott.ssa Elisabetta Santori).

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

Pertanto si ringraziano:

Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini e dott.ssa Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol e WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità

*Dott.ssa Vichi Monica, Servizio Tecnico Scientifico di Statistica - Istituto Superiore di Sanità.

*Dott.ssa Emanuela Bologna, Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali - ISTAT

* Dott.ssa Baldassarre Giordana e Dott.ssa Bruzzone Silvia, Direzione Centrale delle Statistiche socio-demografiche e ambientale, Servizio Sanità, Salute ed Assistenza Incidentalità stradale - ISTAT

*Dott.ssa Rossi Laura, Dott. Ghiselli Andrea CRA-NUT, Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del CRA - ex INRAN

*Dott. Orsega Marco, dott. Severi Pierfranco e dott.ssa Petrini Federica, AICAT, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti Territoriali

*AA, Alcolisti Anonimi

*Dott. Patussi Valentino, Centro Alcolologico Regionale-Regione Toscana

*Dott. Manna Gaetano e dott. Diecidue Roberto, coordinamento progetto nazionale-Regione Piemonte



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 soprattutto 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 occasionale e al di fuori dei pasti, condizione ancor più dannosa per le patologie e le problematiche correlate.

Secondo i dati acquisiti dall' ISTAT, nel corso del 2016, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,7% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 171 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,3%) rispetto alle femmine (52,9%). Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 641 mila persone) beve quotidianamente, di cui il 32,4% tra i maschi e l'11,2% tra le femmine.

Nell'anno 2016 si osserva una diminuzione rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri (nel 2015 erano il 22,2%), **mentre cresce la quota di quanti consumano alcol occasionalmente** (dal 42,2% al 43,3%) **e quella di coloro che bevono alcolici fuori dai pasti** (nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 erano il 27,9%, nel 2016 risultano il 29,2%).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2006-2016, l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68,3% al 64,7%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 29,5% al 21,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,8% al 43,3%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,1% al 29,2%).

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino ai 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo alcolico giornaliero; 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.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Tra gli adolescenti fino a 17 anni diminuiscono i consumi di tutte le bevande alcoliche. Tra i giovani maschi da 18 a 24 anni si nota invece un aumento apprezzabile del consumo esclusivo di vino mentre per le coetanee c'è, in questo, una netta diminuzione ma un quasi equivalente aumento di altri alcolici, che si mantiene, intensificandosi, in tutte le età successive. Solo a partire dai 45 anni anche per gli uomini si stima un robusto aumento nel consumo di altri alcolici. Nel 2016, **nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno**, beve vino il 51,7% di cui 64,9% maschi e 39,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve birra il 47,8%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (62,5%) doppia rispetto a quella femminile (34%). Gli aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono consumati nel 2016 dal 43,2% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,0%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,1). Nell'anno 2016 **i consumatori giornalieri** di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 19,4% (29,1% maschi e 10,3% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,3% (7,4% maschi e 1,5% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo



0,5% (0,9% maschi e 0,2% femmine).

Il consumo di alcol è più forte nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est, e tra i maschi.

La quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne, quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 52,0%, quota che sale al 77,6% 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, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

Lo studio sui modelli di consumo tra i giovani mostra che nel 2016, il 51,5% dei ragazzi e il 42,1% 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 rispetto all'anno precedente si osserva un aumento delle prevalenze. 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. 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 2015 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,1%, di cui il 2,8% maschi e l'1,4% femmine. Nel 2016 il consumo abituale eccedentario, nella stessa classe di età è stato l'1,6%, di cui il 2% maschi e l'1,3% femmine.

Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il **binge drinking**, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo, rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2015 il fenomeno del *binge drinking* riguardava 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. Nel 2016 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 21,8% maschi e l'11,7% femmine.

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di **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), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (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 2016 del 23,2% per uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di circa 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2016 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica. 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=49,3%, F=40,0%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-75 anni).** Pertanto, verosimilmente a causa di una scarsa conoscenza o di consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che necessiterebbero di essere 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. L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto agli anni 2007-2011, dal 2012 la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne.

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 di alcologia 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 2016 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=496) 71.219 soggetti. Il 27,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,5 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 il 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,9%. Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati. 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 26,5% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 43,4% nei maschi e al 48,7% nelle femmine. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza che ha riguardato tutte le categorie di utenti.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2016 il 28,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,5% al

“*counseling*” rivolto all’utente o alla famiglia, il 5,0% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l’inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

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 2016 il 50,0% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcologici Territoriali (CAT), il 38,7% con gli Alcolisti anonimi (A.A.) e il 13,1% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 43,8% e il 23,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell’inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 35,7%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (21,0%) o private (0,8%).

Il consumo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 6,4 milioni di dosi. Il 73% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura sia tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 27% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Il consumo SSN è aumentato nel 2016 rispetto al 2007 del +39,5%; in particolare i consumi in regime di assistenza convenzionata sono aumentati del +53,1% e del +35,0% quelli in regime di assistenza non convenzionata. Rispetto all’anno precedente, il consumo totale per questa categoria di farmaci ha registrato una lieve crescita del +0,9%, a fronte di una lieve riduzione (-1,7%) nell’ambito degli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche e un aumento dei consumi in regime di assistenza convenzionata (+8,4%).

La spesa farmaceutica SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 8,2 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. La spesa SSN è aumentata nel 2016 rispetto al 2007 del +83,4%, corrispondente a un incremento pari al +108,3% della spesa in regime di assistenza convenzionata e pari al +80,4% della spesa non convenzionata. Rispetto all’anno precedente, la spesa SSN nel 2016 ha registrato un aumento del +2,2% dovuto essenzialmente alla crescita della spesa in regime di assistenza convenzionata (+5,6%), mentre cresce lievemente la spesa in regime di assistenza non convenzionata (+1,7%). In conclusione, come si evince dalle analisi, l’andamento generale dei consumi e della spesa per questa categoria di farmaci è pressoché stabile nell’ultimo triennio.

L'elaborazione dei dati provenienti dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** per l'anno 2016 rilevano complessivamente 56.773 dimissioni a seguito di ricovero, caratterizzate dall'aver segnalata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato. La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,4% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (23,4%). I ricoveri per effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (14,2%). La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,7%) rispetto alle femmine (22,3%). Sulla base della modalità di ricovero, si distingue il 94,3% dei ricoveri avuti in regime ordinario ed il 5,7% dei ricoveri avuti in regime diurno per i necessari accertamenti diagnostici e terapie. Altro aspetto interessante da rilevare è che il 67,6% dei ricoveri con diagnosi attribuibili all'alcol avvengono per urgenza, mentre il 27,3% sono ricoveri programmati. Vi sono inoltre 557 ricoveri (circa 1%) che avvengono con TSO, ossia trattamento sanitario obbligatorio.

Nel corso del 2016 si sono verificati complessivamente **40.756 accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che il 65% degli accessi avviene in codice verde, il 20% in codice giallo, il 12,7% in codice bianco e il 2% in codice rosso. Si rileva che al 16,6% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 13,52% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 12,52% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico.

I dati relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili** sono forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA e Ufficio di Statistica) i dati più recenti attualmente disponibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2014 e le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri). Si evince che nell'anno 2014 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.174, di cui 965 (82,2%) uomini e 209 donne (17,8%); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi per entrambe i sessi sono le **epatopatie alcoliche e sindromi psicotiche indotte da alcol** che, nel complesso, causano il 94,3% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,8% tra le donne. Nel 2014, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 3,89 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,73 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per il genere maschile ed una riduzione per il femminile. La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,30 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,34 per 100.000 tra le donne. L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2013, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi sebbene nell'ultimo anno di disponibilità del dato, per il genere maschile, si è registrato un incremento del tasso di mortalità.

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) la Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, complessivamente nel 2016, **40.466 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol**. Per la guida in stato di ebbrezza diminuiscono in modo consistente le sanzioni elevate dai Carabinieri (-12% rispetto al 2015) e diminuiscono in modo lieve le sanzioni della Polizia Stradale e della Polizia locale (entrambe -2%). Nel 2016, sono stati 2.579 gli **incidenti stradali** con lesioni a persone, rilevati dai Carabinieri, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari all'8,1% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati sempre dall'Arma dei Carabinieri. Rispetto al 2015 si registra, però, una diminuzione degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati, tale proporzione era, infatti, pari a 8,6 per cento nell'anno precedente. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2016, sono state 58 (4,6% sul totale) e i feriti 4.257 (8,6% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,2% e 9,2% nel 2015. Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel 2016 a 1.179 e nel 2015 a 1.161.

Le proporzioni calcolate approssimano, comunque, per difetto la reale portata del fenomeno; occorre infatti considerare che i Carabinieri intervengono per circa il 32% degli incidenti su strade extraurbane (escluse le autostrade) e solo in circa il 14% per quelli in ambito urbano. Per un conteggio esaustivo occorrerà quindi, proseguire la già proficua collaborazione anche con la Polizia Stradale e le Polizie Locali, per completare il quadro informativo sul fenomeno.

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. Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale al Comitato per le Politiche Nazionali e Azioni sull'Alcol (CNAPA) della Commissione Europea e ai gruppi di lavoro, consultivi, di condivisione e aggiornamento periodico, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Global e WHO European Region). Tutte le attività sono state svolte anche con il supporto tecnico-scientifico dell'ISS - Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), che è anche WHO Collaborating Centre in tema di alcol e problemi alcol correlati.

In relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità, un'attività sostanziale è stata la partecipazione al gruppo consultivo di esperti sullo strumento per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol, come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 che ha approvato il Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP). Il Comitato regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione, in modo tale da permettere di monitorare i progressi compiuti dagli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. L'ISS- ONA ha contribuito, anche in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, ad elaborare un elenco di

indicatori, da utilizzare come strumento per la valutazione dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dal Piano d'azione europeo e dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol. Il Ministero della Salute, tramite ISS - ONA, ha inoltre contribuito al monitoraggio annuale europeo ed internazionale sull'alcol, in particolare per lo "EU Status Report on Alcohol" e per il "Global Status Report on alcohol".

Il Ministero della Salute, il 23 Ottobre 2017, ha partecipato a Lisbona al meeting dell'OMS per l'aggiornamento periodico e la consultazione degli Stati membri inerenti le *alcohol policy*. Nel corso della riunione è stata lanciata la nuova pubblicazione "Alcohol Brief Intervention training manual for Primary Health Care".

Infine, al termine del semestre europeo a Presidenza Estone, luglio-dicembre 2017, il Consiglio dell'Unione Europea (EPSCO), l'08 Dicembre del 2017 a Bruxelles, ha presentato un documento, approvato da tutti gli Stati Membri, contenente le conclusioni su alcune tematiche, fino ad ora non sufficientemente affrontate, in particolare su aspetti transfrontalieri nella politica sull'alcol. Le tematiche citate nel documento, che andranno sviluppate nel corso dei prossimi anni, sono: **1) Regolamentazione della pubblicità e del marketing** delle bevande alcoliche attraverso i nuovi mezzi di comunicazione **online**, proteggendo i soggetti più esposti a questo fenomeno mediatico, come soprattutto bambini e giovani; **2) Regolamentazione del trasporto transfrontaliero** di bevande alcoliche definite *ad uso personale*, poiché tale fenomeno oggi comporta il trasferimento di alcolici da un Paese con costi più bassi ad un Paese con costi più alti, compromettendo gli esiti di politiche nazionali; **3) Regolamentazione dell'etichettatura delle bevande alcoliche**. La Commissione auspica che l'opportunità di autoregolamentazione data all'industria dell'intero settore delle bevande alcoliche, riguardante le informazioni da inserire nella etichettatura giunga ad una proposta condivisibile entro marzo del 2018, diversamente si procederà ad una preliminare valutazione d'impatto e quindi, entro la fine del 2019, a definire le informazioni da inserire nella etichettatura delle bevande alcoliche.

In ambito nazionale la programmazione di interventi e piani di azione nel settore della prevenzione in Sanità Pubblica è oramai da anni orientata a recepire le indicazioni incluse nelle Strategie Comunitarie.

Il **Piano Nazionale di Prevenzione (PNP)** per il quinquennio 2014-2018, è stato prorogato fino a dicembre 2019 con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017, che prevede anche una eventuale rimodulazione dei Piani Regionali discendenti. Il PNP costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, hanno predisposto i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione. I PRP attualmente prevedono la fase di "*Valutazione di Processo*" (2016-2017-2018), che misura il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP.

Tutte le Regioni, nell'ambito dei propri Piani, 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 "intersectoriali" 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 non communicable diseases 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.).

Proprio in virtù di quanto suggerito dal PNP, i nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA - DPCM del 12 gennaio 2017) hanno inserito l'offerta di **counseling individuale**, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del **consumo rischioso di alcol**, nonché per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare. E' di fondamentale importanza l'inserimento di tali prestazioni individuali finalizzate alla promozione della salute in una area che aveva sinora escluso tale tipologia di interventi.

Inoltre, nell'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" dei "nuovi" LEA sono riportate, alla lettera F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e

prevenzione nutrizionale”, una serie di prestazioni finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle MCNT, relative ad attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l’attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione.

Proprio al fine di attuare le predette sorveglianze, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 ha istituito **“Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione dell’art. 12, comma 11, del decreto-legge n. 179 del 2012”**. I sistemi di sorveglianza e i registri, sono istituiti per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell’assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita. Nell’elenco dell’Allegato A1) Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale, è ricompreso il **Sistema di Monitoraggio Alcol (SISMA)** al punto A1.30 Il SISMA è 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.

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 particolare si annoverano le iniziative di seguito riportate: 1) La campagna di comunicazione “In ogni serata c’è chi beve e chi si diverte. E tu?”, avviata nel corso del 2016 e proseguita nel corso del 2017, in collaborazione con l’ISS-ONA, finalizzata a contrastare l’abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del *binge drinking*). 2) Anche nel 2017 si è svolto, come di consueto, l’Alcohol Prevention Day, finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall’ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l’Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (AICAT) ed EURO CARE. 3) Il 17 aprile 2017, allo Stadio delle Terme di Caracalla, si è svolta la quinta gara podistica non competitiva “Alcohol Prevention Race” all’interno della XIX edizione della tradizionale “Roma **Appia Run**”. Hanno aderito alla manifestazione circa 4000 appassionati provenienti da tutte le regioni italiane.

La legge 125/2001, all’art. 3 comma 4, prevede che il Ministero della Salute predisponga l’assegnazione alle Regioni e Province Autonome delle risorse disponibili finalizzate al monitoraggio dei dati relativi all’abuso di alcol e ai problemi alcol correlati. 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.

Con nota pec del 12/01/2016, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Emilia Romagna proponeva lo sviluppo di una progettualità unica tra le Regioni alla quale vincolare la somma stanziata per l'anno finanziario 2016, pari ad € 89.341,00.

Con nota pec del 15/06/2016, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Piemonte di aver individuato, per l'AF 2016, comunicava di aver individuato la Regione Piemonte per la stesura del progetto nazionale e per il coordinamento tra le Regioni, al fine di sviluppare le attività progettuali previste.

Il progetto nazionale successivamente sviluppato ha per titolo "Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati", con una durata di dodici mesi. A conclusione del progetto è previsto un convegno di presentazione dei risultati raggiunti, con l'opportunità per i rappresentanti regionali di confrontarsi sulle strategie e le attività da implementare, ai fini del contrasto alle patologie e alle problematiche alcol correlate. I risultati di tale progetto sono illustrati nella parte IV della presente Relazione al Parlamento.

In conclusione si sottolinea che la Legge 125/2001 prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati ed in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt'oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge 125/2001, ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sulla attuazione della Legge stessa.

Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcolologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcol dipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali (Ser.T) insieme alla presa in carico di altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo ecc), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con problemi alcolologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Poiché sull'alcol non esistono ad oggi delle indicazioni univoche per i Servizi territoriali che si occupano di Problemi e Patologie Alcol Correlate, sarebbe auspicabile prevedere Linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il Disturbo da Uso di Alcol e Alcol dipendenza così come invece esistono per il Tabacco. Questa lacuna, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologia, anche quella Alcolologica.

Altro aspetto critico correlato all'attuazione della Legge 125/2001 riguarda la Formazione e l'aggiornamento in Alcologia. Ad oggi non vi è una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni riguardo la formazione in alcologia tra gli insegnamenti curricolari specifici nelle facoltà universitarie, sia di medicina e chirurgia sia nelle professioni sanitarie e sociali.

La Legge 125/2001 aveva previsto e pertanto fu costituita la Consulta Nazionale Alcol che fino a qualche anno fa ha lavorato in sinergia con le diverse Istituzioni coinvolte, gli Esperti del settore e vari *Stakeholders*, producendo documenti di notevole interesse in tale ambito come ad esempio il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009. La sospensione delle attività della Consulta, in seguito alle manovre previste dalla *spending review*, ha lasciato una lacuna che ancora oggi si percepisce come un'assenza di confronto e di sinergie tra istituzioni, mondo dell'associazionismo, e *stakeholders* oltre ad Esperti qualificati nel settore. Poiché è indubbia l'opportunità di coordinare gli interventi sul territorio nazionale, in modo tale da fornire risposte e soluzioni alle criticità emerse, ed inoltre è sempre più cogente l'esigenza di confrontarsi con le iniziative in ambito internazionale, appare quanto mai opportuno il ripristino delle attività della Consulta Nazionale Alcol ed, eventualmente, l'attivazione di un Tavolo di lavoro permanente presso il Ministero della Salute con lo scopo di supportare il Gruppo tecnico interregionale per l'alcologia della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, che 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

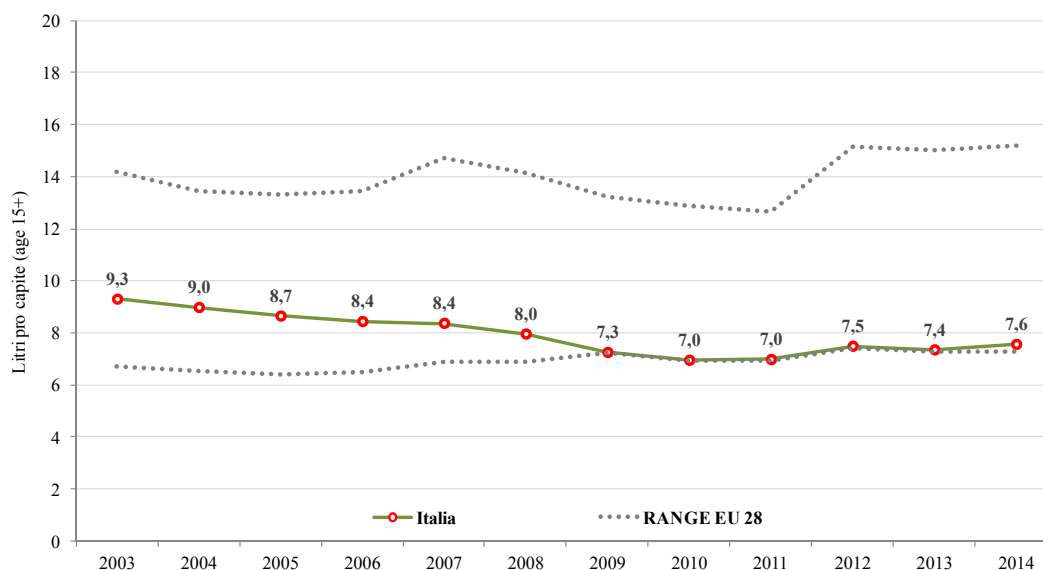
IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEL MONDO E IN EUROPA

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. I dati vengono direttamente trasmessi dagli Stati membri, ed alla data del 20 dicembre 2016 era disponibile un aggiornamento dei dati Italiani riferiti fino al 2014.

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*). 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).

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 2016 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,7% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 171 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,3%) rispetto alle femmine (52,9%).

Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 641 mila persone) beve quotidianamente (32,4% tra i maschi e 11,2% tra le femmine).

Nell'anno 2016 si osserva una diminuzione rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri (nel 2015 erano il 22,2%), mentre cresce la quota di quanti consumano alcol occasionalmente (dal 42,2% al 43,3%) e quella di coloro che bevono alcolici fuori dai pasti (nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 il 27,9% e nel 2016 il 29,2%).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2006-2016 (**tab.I.1**) l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68,3% al 64,7%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 29,5% al 21,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,8% al 43,3%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,1% al 29,2%).

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 2006 e 2016 (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	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
MASCHI												
Nell'anno	32,0	22,9	78,4	78,5	87,1	83,1	88,4	83,9	81,4	78,6	81,1	77,3
Tutti i giorni	3,4	1,2	15,5	11,3	38,8	24,7	57,1	39,6	61,8	51,4	43,4	32,4
Occasionalmente	28,6	21,7	62,9	67,2	48,3	58,4	31,3	44,3	19,6	27,2	37,6	44,9
Fuori pasto	14,7	11,7	50,2	54,4	47,2	53,9	37,7	41,3	25,6	26,1	37,9	40,5
FEMMINE												
Nell'anno	25,7	17,9	61,5	66,6	64,1	61,0	60,6	57,2	48,8	45,1	56,4	52,9
Tutti i giorni	1,2	0,2	4,3	3,5	12,5	7,3	22,5	13,3	23,5	17,7	16,5	11,2
Occasionalmente	24,5	17,7	57,2	63,1	51,6	53,7	38,1	43,9	25,3	27,4	39,9	41,7
Fuori pasto	10,7	7,1	32,2	41,0	21,3	30,5	12,4	16,2	5,4	6,4	15,0	18,7
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	29,0	20,4	70,2	72,8	75,7	72,1	74,2	70,2	62,5	59,6	68,3	64,7
Tutti i giorni	2,3	0,7	10,0	7,5	25,7	16,0	39,5	26,1	39,6	32,3	29,5	21,4
Occasionalmente	26,7	19,7	60,1	65,3	49,9	56,1	34,7	44,1	22,9	27,3	38,8	43,3
Fuori pasto	12,8	9,5	41,4	48,0	34,4	42,2	24,8	28,5	13,9	14,9	26,1	29,2

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino a 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo giornaliero; 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 2016

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Tra gli adolescenti fino a 17 anni diminuiscono i consumi di tutte le bevande alcoliche. Tra i giovani maschi da 18 a 24 anni si nota invece un aumento apprezzabile del consumo esclusivo di vino mentre per le coetanee c'è, in questo, una netta diminuzione ma un quasi equivalente aumento di altri alcolici, che si mantiene, intensificandosi, in tutte le età successive. Solo a partire dai 45 anni anche per gli uomini si stima un robusto aumento nel consumo di altri alcolici.

Nel 2016, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve **vino** il 51,7% di cui 64,9% maschi e 39,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 47,8%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (62,5%) doppia rispetto a quella femminile (34%). Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati nel 2016 dal 43,2% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,0%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,1).

Nell'anno 2016 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 19,4% (29,1% maschi e 10,3% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,3% (7,4% maschi e 1,5% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,5% (0,9% 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 2016 (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	64,9	29,1	39,3	10,3	51,7	19,4
Birra	62,5	7,4	34,0	1,5	47,8	4,3
Aperitivi, amari, superalcolici	56,0	0,9	31,1	0,2	43,2	0,5
Totale	77,3	32,4	52,9	11,2	64,7	21,4

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016

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%) e tra i maschi (79,4%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri (23,7%) si concentra nel Nord.

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.

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 52,0%, quota che sale al 77,6% 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, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

I MODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2016, il 51,5% dei ragazzi e il 42,1% 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 rispetto all'anno precedente si osserva un aumento delle prevalenze. 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. 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 2015 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,1%, di cui il 2,8% maschi e l'1,4% femmine.

Nel 2016 il consumo abituale eccedentario, nella stessa classe di età è stato l'1,6%, di cui il 2% maschi e l'1,3% femmine.

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

Nel 2015 il fenomeno del *binge drinking* riguardava 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.

Nel 2016 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 21,8% maschi e l'11,7% 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 2016 (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	11,4	8,5	10,0	11,4	8,5	10,0	1,3	0,7	1,0
16-17	49,3	40,0	44,8	49,3	40,0	44,8	10,8	7,5	9,2
11-17(*)	22,9	17,9	20,4	22,9	17,9	20,4	4,2	2,7	3,5
18-19	21,4	13,8	17,9	1,0	1,1	1,0	20,5	13,8	17,4
20-24	23,4	11,7	17,7	2,3	1,4	1,9	22,3	10,9	16,8
18-24	22,8	12,2	17,8	2,0	1,3	1,6	21,8	11,7	17,0

(*) 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 2016

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 34,5% 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 16,2% 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 2016 (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	19,6	12,6	16,2
Solo la madre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	42,4	29,0	35,7
Solo il padre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	33,5	21,5	27,9
Sia la madre che il padre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	34,3	34,7	34,5
Totale	22,8	15,0	19,0

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2016

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. Nella fascia d'età 11-17 anni si riscontra tra il 2015 e il 2016 un lieve aumento della percentuale totale sia del consumo abituale eccedentario che del fenomeno del "*binge drinking*" ed è assolutamente rilevante il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 20,4% 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 9,2% livelli superiori a quelli medi della popolazione (v.m.7,3%).

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 35%, 11-17 anni 28,8%). 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 54,9%. Tra le bevande preferite dai giovani vi è la birra soprattutto tra i ragazzi seguita da aperitivi alcolici (alcolpops) e tra le ragazze gli aperitivi alcolici (alcolpops) seguiti dalla birra.

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 Alcolologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute. Nel 2016 il 59,6% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 78,6%; F: 45,1%). La prevalenza dei consumatori ultra 65enni nel 2016 è stata più elevata per il vino (M: 74%; F: 39,7%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 46,2%; F: 17,3%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2016 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 29,3%; F: 8,2%), di aperitivi alcolici (M: 23,6%; F: 7%) e i superalcolici (M: 24,3%; F: 5,2%) (Tab.I.5). 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. In totale si stima che nell'anno 2016 sono stati 2.689.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 2.069.000 uomini e 620.000 donne, pari al 36,2% e 8,3% rispettivamente. 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 2016 è stata pari al 34,9% degli uomini e il 7,8% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 26,1% degli uomini e il 6,4% 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.

Tab.I.5 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2016) Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2016

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	81,8	51,5	75,9	40,9	71,1	36,2	78,6	45,1
Consumatori di vino	6,5	43,8	72,1	36,9	67,7	34,3	74,0	39,7
Consumatori di birra	56,5	24,4	37,5	13,3	22,4	6,2	46,2	17,3
Consumatori di aperitivi alcolici	29,7	10,4	18,7	5,0	9,1	1,9	23,6	7,0
Consumatori di amari	35,6	12,3	24,7	5,8	13,1	2,3	29,3	8,2
Consumatori di super alcolici	30,1	7,6	19,8	4,1	10,0	1,2	24,3	5,2
Consumatori di alcolici fuori pasto	31,5	8,3	21,7	5,8	12,7	2,6	26,1	6,4
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	38,6	9,8	34,3	7,8	29,8	5,4	36,2	8,3
Consumatori abituali eccedentari	36,8	9,1	33,7	7,1	29,2	5,3	34,9	7,8

I COMPORTAMENTI DI CONSUMO A RISCHIO

Comportamenti a rischio

L'alcol è il quinto principale fattore di rischio di malattia e mortalità nel mondo (il 5,1% del numero di anni persi a causa della malattia per disabilità o per morte prematura - DALY e il 5,9% dei decessi sono causati dal consumo dannoso di alcol), il quarto nell'Europa centrale e orientale. Oltre ad essere fattore di rischio per le malattie non trasmissibili, l'alcol aumenta anche il rischio di varie malattie infettive, di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, di malattie del fegato ed il cancro; l'alcol aumenta il rischio di morte e disabilità a causa di incidenti, lesioni, aggressioni, violenza, omicidi e suicidi ed infine l'esposizione del feto all'alcol durante la gravidanza aumenta il rischio di difetti alla nascita e di deficit cognitivi. I costi legati ai danni causati dall'alcol, tuttavia, vanno oltre la perdita della salute e la mortalità; il consumo dannoso di alcol e la dipendenza hanno forti ripercussioni sulla società sul piano sanitario, sociale ed economico e contribuiscono alla perdita di produttività.

Le linee guida per una sana alimentazione rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali ed Europee, sanitarie e alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. A livello internazionale sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* sviluppato nell'ambito del Work Package 5 della *Joint Action RARHA*, le informazioni raccolte dall'Istituto Superiore di Sanità -ISS nel 2014 da 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 inclusi nell'indagine in cui sono già utilizzate le linee guida differenziate per sesso.

Le linee guida, che in Italia rispecchiano quanto riportato nei 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, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (l'assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche-UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

I limiti di consumo di bevande alcoliche da non superare in maniera abituale, riportati nel 2014 nei nuovi LARN e già acquisiti dal Ministero della Salute e dall'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), 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 considerarsi 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 2016, il 14,8% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.600.000 persone. La percentuale più elevata, per entrambi i sessi, si rileva tra gli

adolescenti di 16-17 anni (M=49,3%; F=40,0%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (**Figura I.2**).

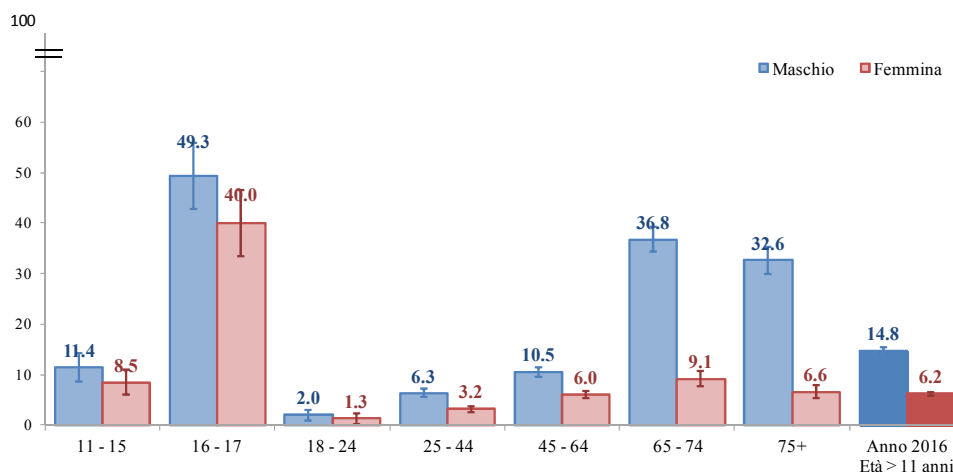


Figura I.2 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS 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 uomini e donne di età superiore a undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2016 complessivamente di 5,7 punti percentuali (p.p.) in maniera più consistente tra gli uomini, ma a decorrere dal 2012 i valori sono rimasti pressoché stabili per entrambi i generi. (**Figura I.3**).

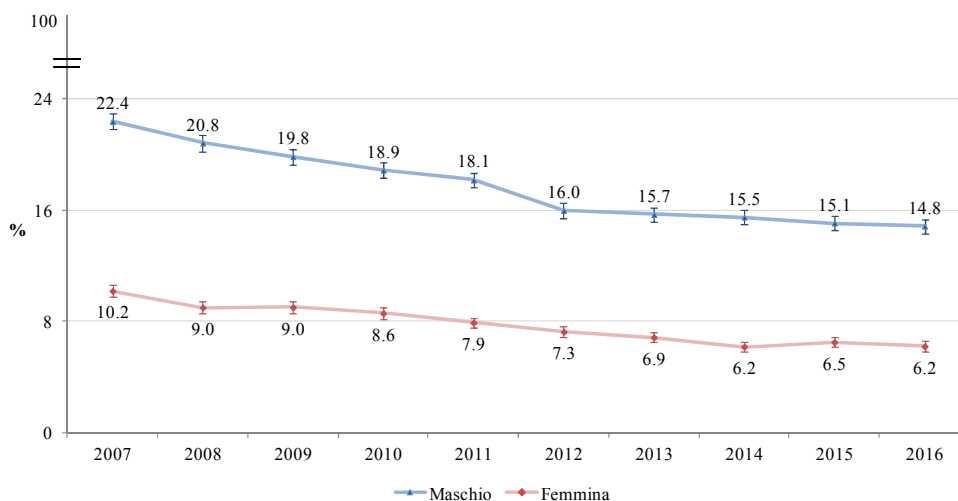


Figura I.3 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2016)

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

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2016 il 40,5% degli uomini e il 18,7% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (**Figura I.4**). 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 anni: M=54,4%; F=41,0% e 25-44 anni: M=53,9%; F=30,5%); per entrambi i sessi, oltre tali età, le percentuali diminuiscono nuovamente.

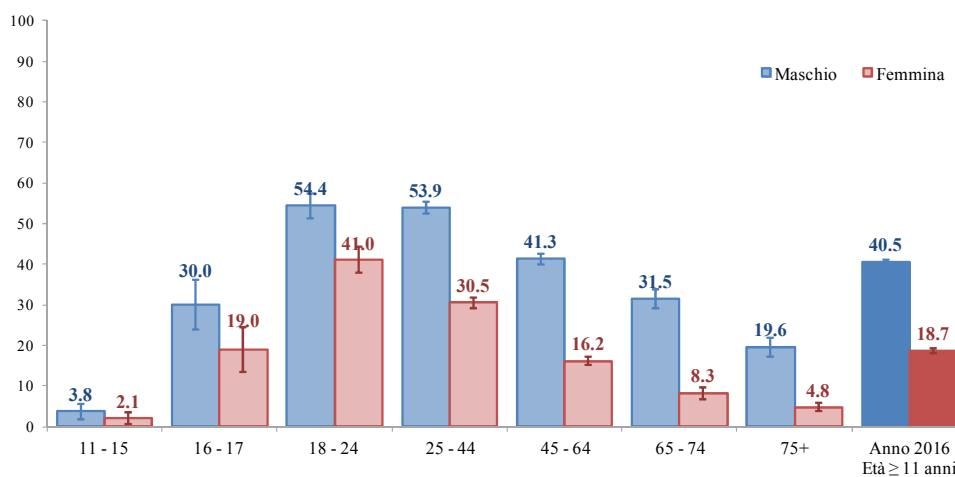


Figura I.4 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS 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, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori, sia rispetto all'anno 2007 (M=+2,9 p.p.; F=+4,2 p.p.) che rispetto alla precedente rilevazione (M=+1,6 p.p.; F=+0,9 p.p.). (**Figura I.5**).

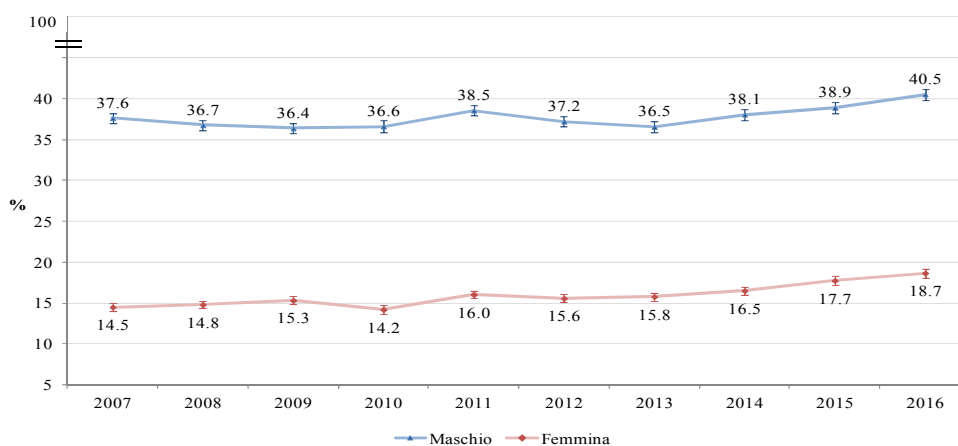


Figura I.5 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2016)

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

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa e particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile. Con il termine *binge drinking* 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 il *binge drinking* è da molti anni rilevato dall’ISTAT attraverso l’indagine Multiscopo sulle famiglie come un consumo di oltre sei 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, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* conclusasi lo scorso anno, che ha identificato sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo dannoso di bevande alcoliche tra i giovani. Le priorità emerse per ridurre gli episodi di *binge drinking*, riguardano in particolare la riduzione dell’accessibilità e della disponibilità di bevande alcoliche, la riduzione all’esposizione alle pubblicità e al marketing legato all’alcol, la necessità di ridurre i danni causati dall’assunzione di bevande alcoliche in gravidanza e di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, a cui si aggiunge la raccomandazione di migliorare le attività di ricerca e di monitoraggio sul tema.

Dal 2003 l’ISTAT in accordo con l’ISS rileva nel questionario dell’indagine Multiscopo sulle famiglie il consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione, al fine di monitorare ogni anno l’andamento della prevalenza dei consumatori *binge drinker* nella popolazione.

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 2016 è stata pari a 11,2% tra gli uomini e 3,7% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni di *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (**Figura I.6**).

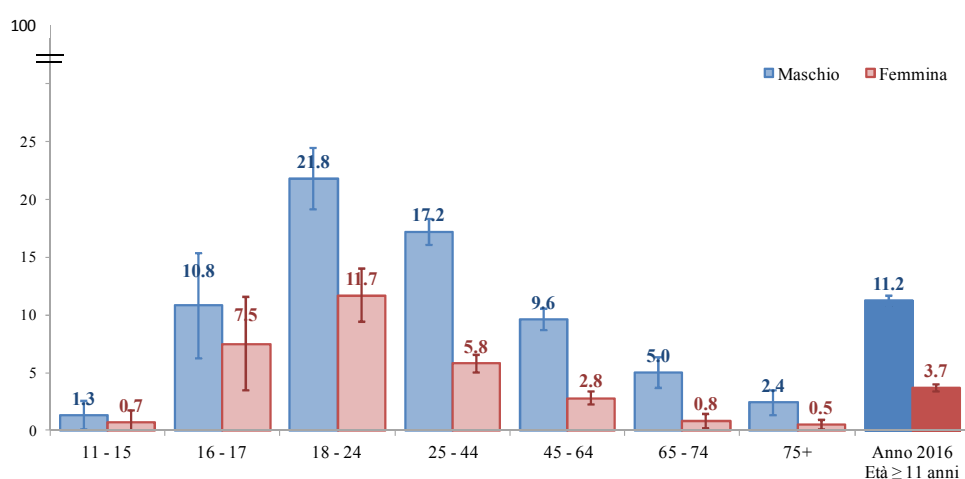


Figura I.6 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2016)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell’Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,8%; F=11,7%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. 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 uomini e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che tra il 2003 ed il 2016, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* ha subito delle oscillazioni tra gli uomini ed è aumentata tra le donne (+0,8 p.p. rispetto al 2003). Nel corso degli ultimi tre anni inoltre si rileva una costante crescita dei consumatori *binge drinking* di entrambi i generi, significativa in particolare tra le donne (+0,6 p.p. rispetto al 2015) (**Figura I.7**).

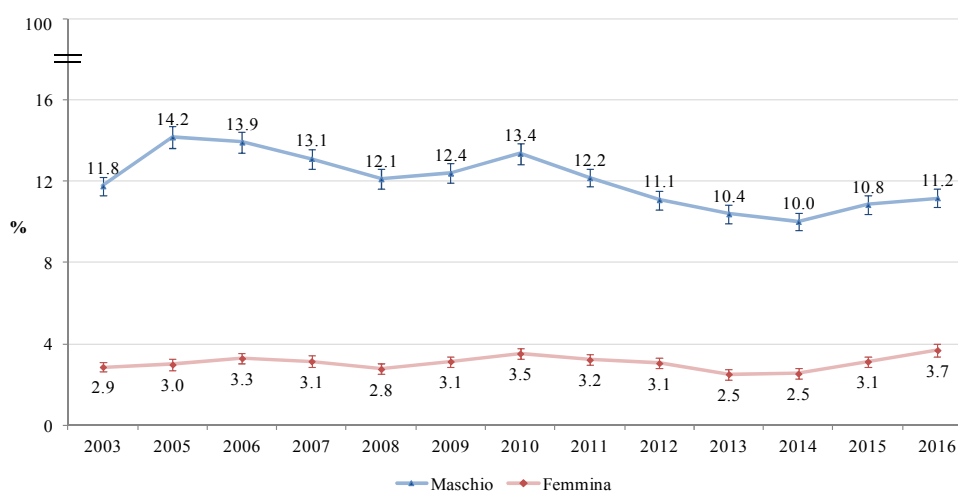


Figura I.7 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2003; 2005-2016)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMATORI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

In una prospettiva di salute pubblica non esistono soglie, livelli raccomandabili o “sicuri” di consumo di bevande alcoliche poiché non è possibile, sulla base delle attuali conoscenze, identificare quantità di consumo non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini; ciò è quanto ribadito in tutte le strategie comunitarie e i piani d'azione della World Health Organization (WHO). Le variabili da tenere in considerazione per una corretta valutazione della salute legate al consumo di alcol sono molteplici: 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'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcologia (SIA), e dei nuovi LARN, ha costruito un indicatore di sintesi per il monitoraggio del consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*. Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e la congruenza del nuovo indicatore. Le recenti evidenze 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 UA standard, 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 2016 del 23,2% per uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di circa 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2016 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (**Figura I.8**).

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=49,3%, F=40,0%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei “giovani anziani” (65-75 anni). Pertanto, verosimilmente a causa di una scarsa conoscenza o di consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che necessiterebbero di essere 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.8**).

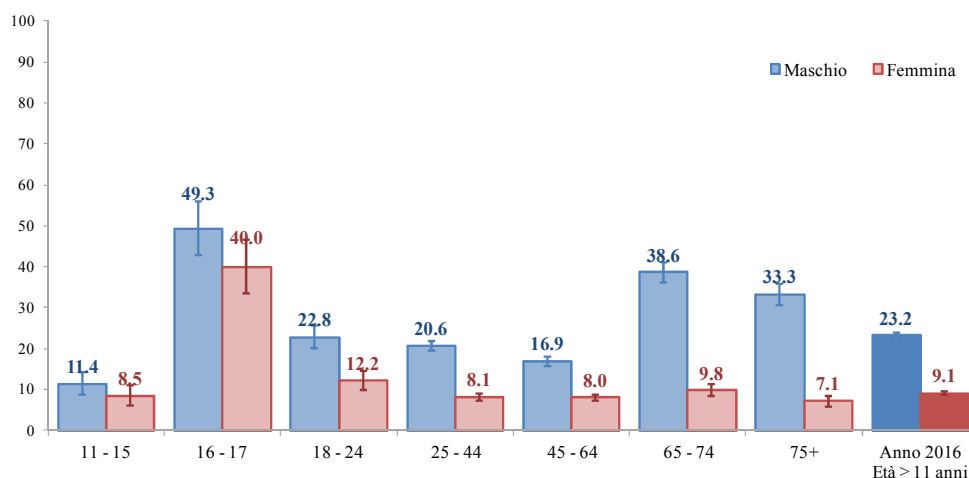


Figura I.8 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di et a (2016)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto agli anni 2007-2011, dal 2012 la prevalenza   rimasta pressoch  invariata sia per gli uomini che per le donne (Figura I.9).

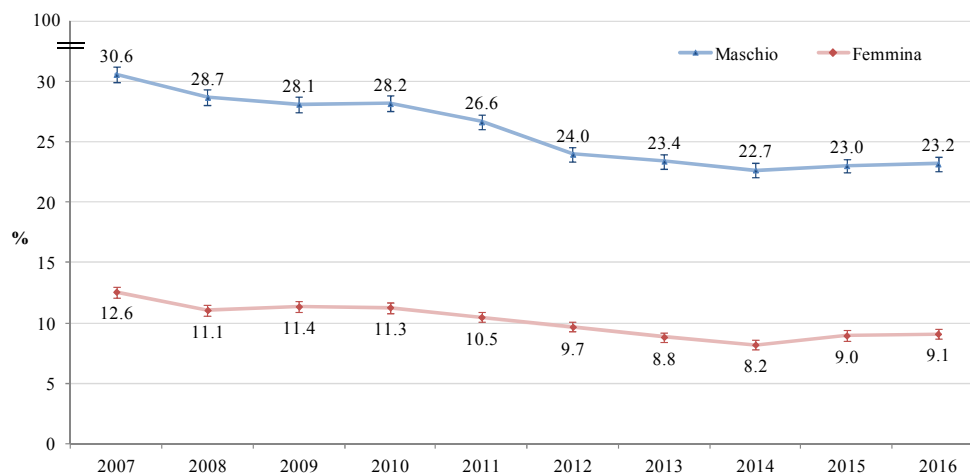


Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2016)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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.

Infatti, 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 da 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 sedentarietà 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.

1.2 L'ALCOLDIPENDENZA

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

Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi 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 2016 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=496) 71.219 soggetti.

Il 27,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,5 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 il 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,9%.

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2016 si osserva che il 12,3% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 6,3%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,1% per i nuovi utenti e il 47,4% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 26,5% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 43,4% nei maschi e al 48,7% nelle femmine.

Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza che ha riguardato tutte le categorie di utenti.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (49,6%), seguito dalla birra (26,2%), dai superalcolici (10,2%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2016 il 28,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,0% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

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.

L'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dai livelli e dai modelli di consumo alcolico. Si è constatato che 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 alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure ospedaliere 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	
Disturbi mentali indotti da alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
291.0	Delirium da astinenza da alcol
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcol
291.2	Demenze persistenti indotte da alcol
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcol
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcol
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcol
291.81	Astinenza da alcol
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcol
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcol
Abuso di alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
305.00	Abuso di alcol, non specificato
305.01	Abuso di alcol, continuo
305.02	Abuso di alcol, episodico
305.03	Abuso di alcol, in remissione
Gastrite alcolica	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
535.30	Gastrite alcolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcolica con emorragia
Effetti tossici dell'alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcol etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcol metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcol isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcoli specificati
980.9	Effetti tossici di alcol non specificato
Sindromi di dipendenza da alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
303.0	Intossicazione acuta da alcol
303.00	Intossicazione acuta da alcol, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcol, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcol, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcol, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcol
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcol, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcol, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcol, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcol, in remissione
Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
357.5	Polineuropatia alcolica
Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
425.5	Cardiomiopatia alcolica
Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
571.0	Steatosi epatica alcolica
571.1	Epatite acuta alcolica
571.2	Cirrosi epatica alcolica
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato
Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicinali	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol

Nel 2016 si rilevano complessivamente 56.773 dimissioni a seguito di ricovero, caratterizzate dall'aver segnalata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate [TAB.I.6] mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,4% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (23,4%). I ricoveri per effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (14,2%).

TAB.I.6 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2016

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.739	3,9	466	3,7	2.205	3,9
Sindrome da dipendenza da alcol	303	9.623	21,8	3.667	28,9	13.290	23,4
Abuso di alcol	305.0	5.672	12,9	2.371	18,7	8.043	14,2
Polineuropatia alcolica	357.5	418	0,9	101	0,8	519	0,9
Cardiomiopatia alcolica	425.5	207	0,5	15	0,1	222	0,4
Gastrite alcolica	535.30 535.31	107	0,2	52	0,4	159	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	26.104	59,2	5.930	46,8	32.034	56,4
Effetti tossici dell'alcol	980	4	0,0	1	0,0	5	0,0
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	232	0,5	64	0,5	296	0,5
Totale		44.106	100	12.667	100	56.773	100

(*) 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 distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,7%) rispetto alle femmine (22,3%).

Le patologie epatiche croniche sono state diagnosticate in termini percentuali più nei maschi che nelle femmine (59,2% vs 46,8%); mentre le sindromi da dipendenza da alcol e gli effetti postumi da eccessiva assunzione di alcol presentano percentuali inferiori nei maschi rispetto alle femmine, rispettivamente (21,8% vs 28,9%) e (12,9% vs 28,9%).

Il tasso di ricovero ospedaliero [TAB.I.7] caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 87,35 ricoveri per 100.000 residenti. Sulla base della modalità di ricovero, si distingue il 94,3% dei ricoveri avuti in regime ordinario, con complessivi 635.159 giorni di degenza ed il 5,7% dei ricoveri avuti in regime diurno, per complessivi 27.600 accessi giornalieri per i necessari accertamenti diagnostici e terapie.

TAB.I.7 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2016

REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	Degenza media	Numero	Numero medio accessi
Piemonte	5.049	104,29	4.691	17,2	358	5,2
Valle d'Aosta	289	217,95	244	8,7	45	4,0
Lombardia	8.444	79,48	8.304	12,0	140	5,6
P.A. Bolzano	1.282	245,21	1.261	9,5	21	3,1
P.A. Trento	758	130,38	736	13,2	22	11,5
Veneto	5.892	110,58	5.560	13,8	332	18,7
Friuli V.G.	2.128	148,35	1.990	10,8	138	9,4
Liguria	2.330	135,84	2.165	9,8	165	9,1
Emilia Romagna	5.621	116,93	5.427	12,3	194	9,1
Toscana	3.119	76,30	2.938	10,5	181	6,1
Umbria	698	71,66	676	8,6	22	3,1
Marche	2.160	132,82	2.121	16,2	39	3,7
Lazio	4.121	64,94	3.513	11,5	608	12,8
Abruzzo	1.258	87,63	1.152	9,6	106	8,1
Molise	384	110,50	360	10,7	24	3,4
Campania	3.458	57,82	3.112	9,7	346	4,3
Puglia	2.905	67,83	2.806	9,3	99	2,3
Basilicata	612	98,77	596	11,3	16	3,7
Calabria	1.269	61,51	1.150	9,8	119	5,6
Sicilia	2.259	43,39	2.156	10,1	103	5,1
Sardegna	2.737	145,79	2.602	8,4	135	4,9
ITALIA	56.773	87,35	53.560	11,9	3.213	8,6

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

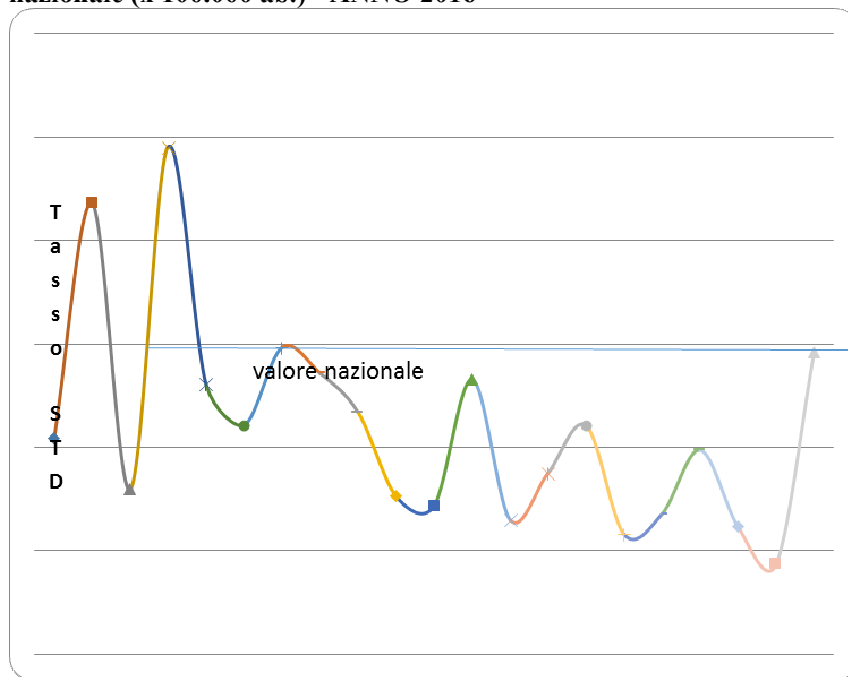
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Dalla **TAB.I.7** si rileva che complessivamente i ricoveri in regime ordinario hanno degenza media di 11,9 giorni ed i ricoveri diurni hanno mediamente 8,6 accessi in ospedale.

Altro aspetto interessante da rilevare è che il 67,6% dei ricoveri con diagnosi attribuibili all'alcol avvengono per urgenza, mentre il 27,3% sono ricoveri programmati. Vi sono inoltre 557 ricoveri (circa 1%) che avvengono con TSO, ossia trattamento sanitario obbligatorio.

Il tasso standardizzato di ricovero (regime ordinario e diurno) per regione [**TAB.I.6**] è rappresentato graficamente nel grafico **GRAF.I.1**: esso presenta ampie oscillazioni attorno al valore medio nazionale, con il valore minimo della Sicilia (43,39 per 100.000 residenti) ed il valore massimo della Provincia Autonoma di Bolzano (245,21 per 100.000 residenti).

GRAF.I.1 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per regione e tasso di ricovero nazionale (x 100.000 ab.) - ANNO 2016



(*) 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)

Il grafico [GRAF.I.1] evidenzia la variabilità dei tassi di ricovero per regione e consente il raffronto con il tasso di ricovero nazionale. Spiccano i valori notevolmente più elevati rispetto al valore nazionale: oltre al valore massimo della P.A. di Bolzano, seguono nell'ordine quello di Valle d'Aosta, Friuli V. Giulia e Sardegna.

La **Figura.I.10** riporta per ciascuna regione di ricovero il relativo tasso standardizzato per 100.000 residenti ed indica, entro parentesi, il numero complessivo delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol.

Figura.I.10 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regione di ricovero. Tassi standardizzati per 100.000 residenti - ANNO 2016



Delle 56.773 dimissioni ospedaliere caratterizzate da almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 42% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 58% tale diagnosi è indicata come secondaria.

Si precisa a tal riguardo 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.8 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) - ANNO 2016

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2016			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	936	3,6	219	3,0
2 - Tumori (140-239)	3.141	12,1	417	5,8
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	640	2,5	223	3,1
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	540	2,1	124	1,7
5 - Disturbi mentali (290-319)	5.038	19,5	2.478	34,5
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	994	3,8	239	3,3
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.745	10,6	567	7,9
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.088	8,1	432	6,0
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	4.600	17,8	977	13,6
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	513	2,0	151	2,1
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	-	16	0,2
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	159	0,6	48	0,7
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	261	1,0	104	1,4
14 - Malformazioni congenite (740-759)	12	0,0	3	0,0
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	5	0,0	3	0,0
16 - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.651	6,4	332	4,6
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.722	6,7	558	7,8
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	834	3,2	296	4,1
ITALIA	25.879	100	7.187	100

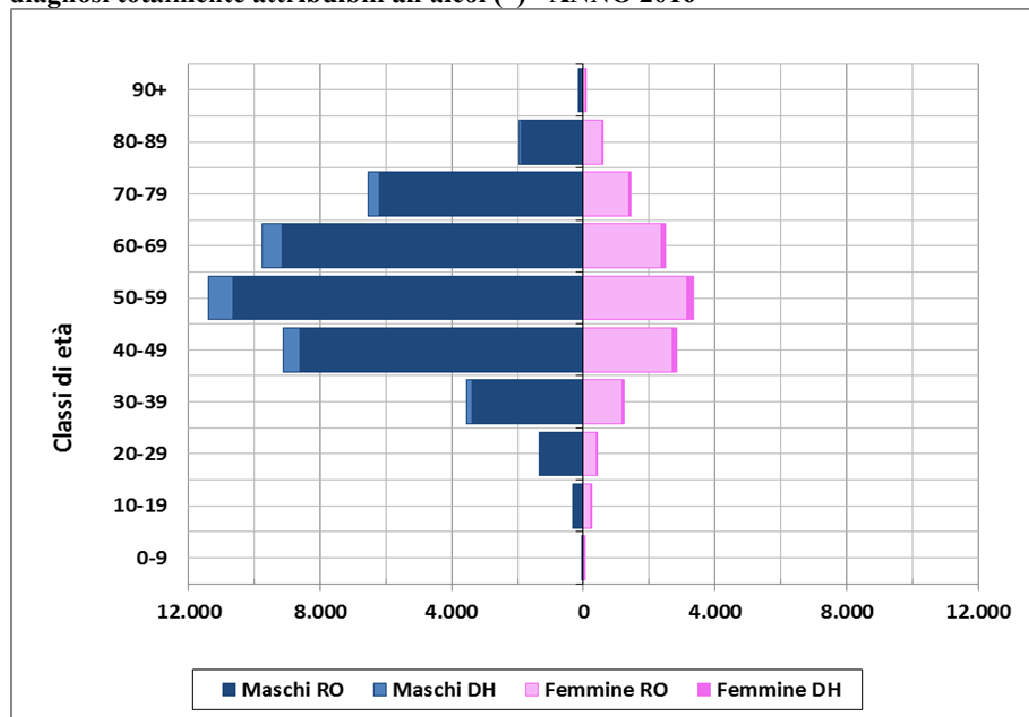
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

La **TAB.I.8** mostra come in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol, la diagnosi principale dei soggetti ricoverati è attribuita prevalentemente a disturbi mentali (23%), seguono le malattie dell'apparato digerente (17%), i tumori (11%) e le malattie del sistema circolatorio (10%). La distribuzione percentuale per genere riportata in tabella, rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine (disturbi mentali 19,5% vs 34,5% e tumori 12,1% vs 5,8%). La rappresentazione grafica a forma di piramide [**GRAF.I.2**], fornisce una visione immediata sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi rispetto alle femmine. Il grafico rappresenta infatti la distribuzione del numero, a livello nazionale, delle dimissioni con diagnosi attribuibili all'alcol per genere e classi di età (decennali).

Il grafico evidenzia visivamente anche la composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero ordinario (RO) e diurno (DH).

Inoltre dal grafico 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 decrescere gradualmente.

GRAF.I.2 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2016

La **TAB.I.9** fornisce indicazioni sul volume complessivo dei ricoveri per diagnosi attribuibili all'alcol, distinti per regione di ricovero, genere e classe di età. Il numero più elevato di ricoveri si rilevano in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

TAB.I.9 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2016

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	3	764	1.948	681	358	3.754	9	297	663	220	106	1.295
Valle d'Aosta	-	43	78	97	31	249	-	11	18	6	5	40
Lombardia	30	1.509	2.929	1.283	771	6.522	48	461	944	290	179	1.922
P.A. Bolzano	9	171	427	242	137	986	8	50	147	41	50	296
P.A. Trento	1	76	275	157	89	598	-	18	74	33	35	160
Veneto	7	739	1.995	1.071	609	4.421	5	294	699	297	176	1.471
Friuli V.G.	1	165	635	480	338	1.619	-	43	208	137	121	509
Liguria	4	418	815	341	173	1.751	5	124	311	91	48	579
Emilia Romagna	7	962	2.053	699	444	4.165	7	388	763	185	113	1.456
Toscana	14	413	1.109	444	220	2.200	9	236	434	130	110	919
Umbria	6	98	218	112	89	523	4	47	76	27	21	175
Marche	1	508	781	223	131	1.644	1	170	254	55	36	516
Lazio	15	671	1.783	526	322	3.317	14	208	384	119	79	804
Abruzzo	8	162	540	198	114	1.022	4	75	92	42	23	236
Molise	2	37	185	45	42	311	-	11	33	20	9	73
Campania	15	612	1.506	385	218	2.736	21	166	374	84	77	722
Puglia	17	555	1.218	397	200	2.387	22	121	254	87	34	518
Basilicata	1	73	251	118	84	527	-	18	46	12	9	85
Calabria	11	151	536	253	113	1.064	4	44	87	41	29	205
Sicilia	13	433	1.033	282	129	1.890	6	94	199	47	23	369
Sardegna	22	335	1.261	476	326	2.420	11	75	146	49	36	317
ITALIA	187	8.895	21.576	8.510	4.938	44.106	178	2.951	6.206	2.013	1.319	12.667

(*) 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 distribuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per sesso [TAB.I.10], mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi.

Dalla tabella si rilevano per entrambi i sessi valori estremi nella Provincia Autonoma di Bolzano (valori massimi) ed in Sicilia (valori minimi).

TAB.I.10 - Tassi (STD) di dimissione (x 100.000 residenti) per regione e genere, con diagnosi attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2016

REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	156,9	53,0
Valle d'Aosta	370,8	60,7
Lombardia	123,5	36,0
P.A. Bolzano	378,2	110,3
P.A. Trento	205,6	53,4
Veneto	166,3	54,6
Friuli V.G.	227,2	69,0
Liguria	210,7	64,6
Emilia Romagna	175,7	59,6
Toscana	109,4	44,4
Umbria	108,8	35,5
Marche	205,8	62,4
Lazio	107,8	24,6
Abruzzo	142,6	33,5
Molise	178,3	42,8
Campania	94,2	23,4
Puglia	114,3	23,5
Basilicata	170,0	27,1
Calabria	103,7	19,7
Sicilia	74,8	13,6
Sardegna	257,0	35,0
ITALIA	137,7	38,3

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

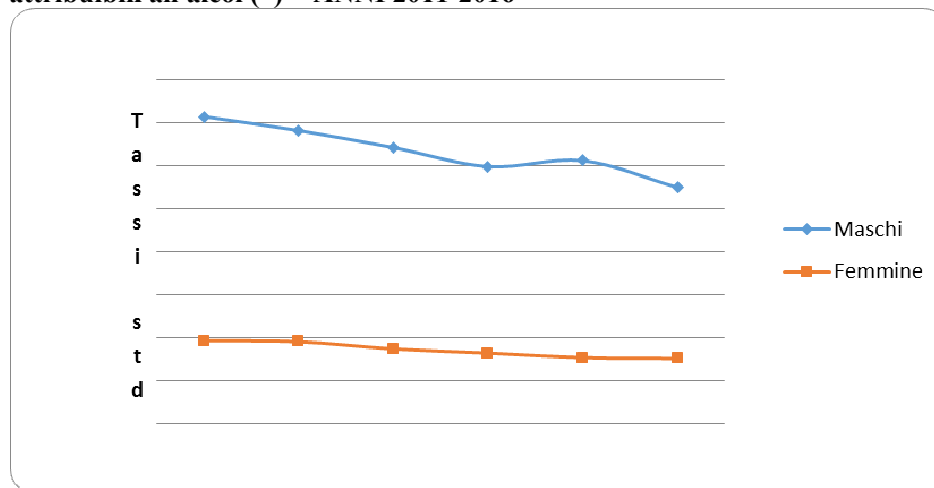
La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

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

Dal 2011 al 2016 si osserva una costante riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità [GRAF.I.3].

Nel caso dei maschi il tasso standardizzato scende da 178,9 a 137,7 per 100.000 residenti; il trend temporale progressivamente decrescente si interrompe nel 2015, quando si rileva una lieve crescita del tasso, per poi proseguire l'andamento decrescente.

Nel caso delle femmine il tasso standardizzato passa da 48,6 a 38,3 per 100.000 residenti, con una lenta progressiva diminuzione. Gli ultimi due anni osservati mostrano un tasso di dimissione pressoché invariato.

GRAF.I.3 – Trend tassi (STD) di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2016

(*) 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)

L'identificazione seppure anonima di ciascun paziente ricoverato, consente di avere tracciabilità della successione dei ricoveri a cui il paziente è stato sottoposto nel tempo.

TAB.I.11- Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2016 Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

REGIONE	2016				
	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	4.606	306	6,6%	122	2,6%
Valle d'Aosta	244	76	31,1%	24	9,8%
Lombardia	8.198	585	7,1%	226	2,8%
P.A. Bolzano	1.221	112	9,2%	40	3,3%
P.A. Trento	636	65	10,2%	28	4,4%
Veneto	3.745	357	9,5%	129	3,4%
Friuli V.G.	1.988	188	9,5%	85	4,3%
Liguria	2.156	356	16,5%	165	7,7%
Emilia Romagna	4.960	567	11,4%	251	5,1%
Toscana	2.903	287	9,9%	112	3,9%
Umbria	556	56	10,1%	26	4,7%
Marche	2.019	115	5,7%	35	1,7%
Lazio	3.397	270	7,9%	119	3,5%
Abruzzo	1.140	119	10,4%	43	3,8%
Molise	358	46	12,8%	16	4,5%
Campania	2.603	177	6,8%	64	2,5%
Puglia	2.757	361	13,1%	137	5,0%
Basilicata	591	86	14,6%	29	4,9%
Calabria	1.144	127	11,1%	45	3,9%
Sicilia	2.132	209	9,8%	76	3,6%
Sardegna	2.581	404	15,7%	148	5,7%
ITALIA	49.935	4.869	9,8%	1.920	3,8%

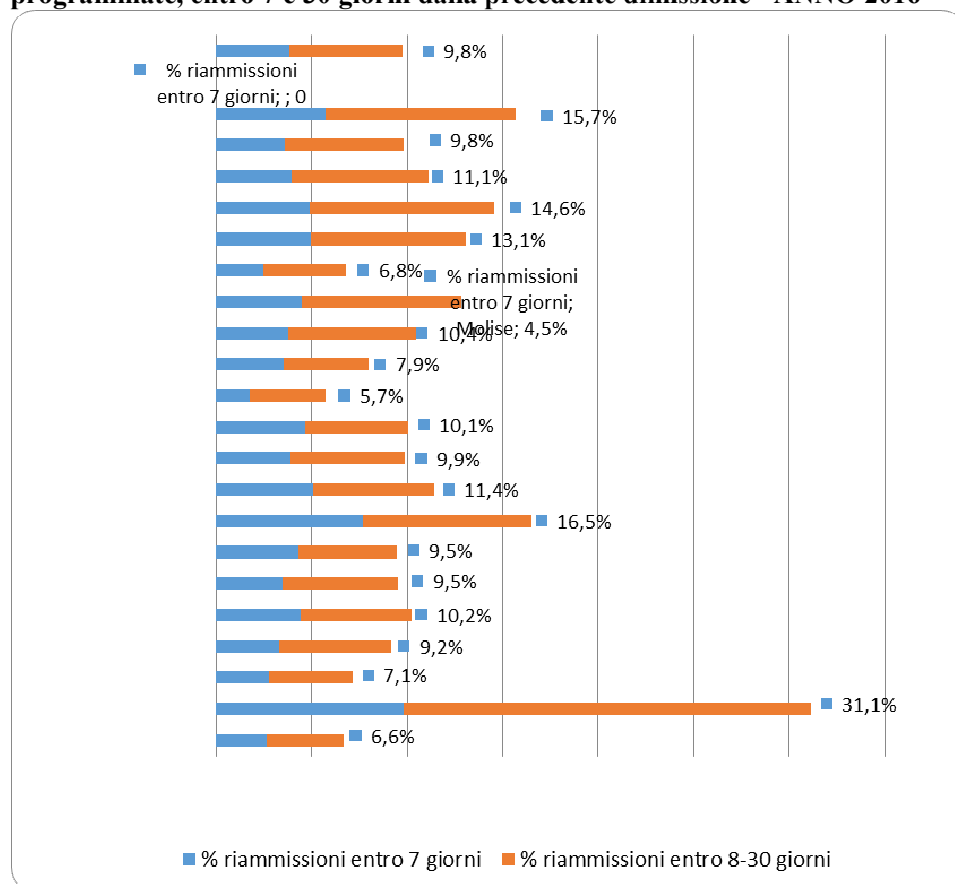
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

Nel 2016, limitatamente alle dimissioni in regime ordinario il 93% delle dimissioni presentano un codice identificativo valido [TAB.I.11], che consente di conteggiare per ciascun paziente le riammissioni non programmate in ospedale, successive ad un episodio di ricovero.

La TAB.I.11 presenta il numero delle riammissioni e le relative percentuali entro 30 e 7 giorni dalla data di dimissione dal precedente ricovero.

La regione Valle d'Aosta e la regione Marche presentano rispettivamente le percentuali massime e minime di riammissioni: 31,1% vs 5,7% di riammissioni entro 30 giorni e 9,8% vs 1,7% di riammissioni entro 7 giorni.

GRAF.I.4 – Riammissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) non programmate, entro 7 e 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2016



(*) 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)

Il Graf.I.4 consente di visualizzare la distribuzione delle riammissioni ospedaliere non programmate entro 30 giorni, evidenziando la percentuale di quelle effettuate entro 7 giorni e di quelle effettuate entro 8-30 giorni dal precedente episodio di ricovero.

**ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE
TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL**

Per la rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso, è stato istituito, con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m., il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Sistema EMUR).

La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto è a regime dal 1 gennaio 2012.

Relativamente alle attività del Pronto Soccorso, i principali contenuti informativi rilevati e trasmessi al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute sono i seguenti: struttura erogatrice, dati relativi all'accesso ed alla dimissione dell'assistito, codice anonimo dell'assistito, diagnosi principale e diagnosi secondarie nonché le prestazioni erogate.

Le predette informazioni rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza vengono trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto, è stata avviata nell'anno 2010.

Al fine di individuare gli accessi in Pronto Soccorso per patologie causate dall'uso di alcol, sono stati considerati tutti gli accessi in Pronto Soccorso con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol:

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

Sindromi psicotiche indotte da alcool		Sindromi di dipendenza da alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
291.0	Delirium da astinenza da alcool	303.0	Intossicazione acuta da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool	303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool	303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool	303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica	303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool	303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool	303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
291.81	Astinenza da alcool	303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool	303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
291.89	Altri	303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool		

Abuso di alcool		Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
305.00	Abuso di alcool, non specificato	357.5	Polineuropatia alcoolica
305.01	Abuso di alcool, continuo		
305.02	Abuso di alcool, episodico		
305.03	Abuso di alcool, in remissione		

Gastrite alcoolica		Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia	425.5	Cardiomiopatia alcoolica
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia		

Effetti tossici dell'alcool		Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico	571.0	Steatosi epatica alcoolica
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico	571.1	Epatite acuta alcoolica
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico	571.2	Cirrosi epatica alcoolica
980.3	Effetti tossici del fuselolo	571.3	Danno epatico da alcool, non specificato
980.8	Effetti tossici di altri alcoli specificati		
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato		

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

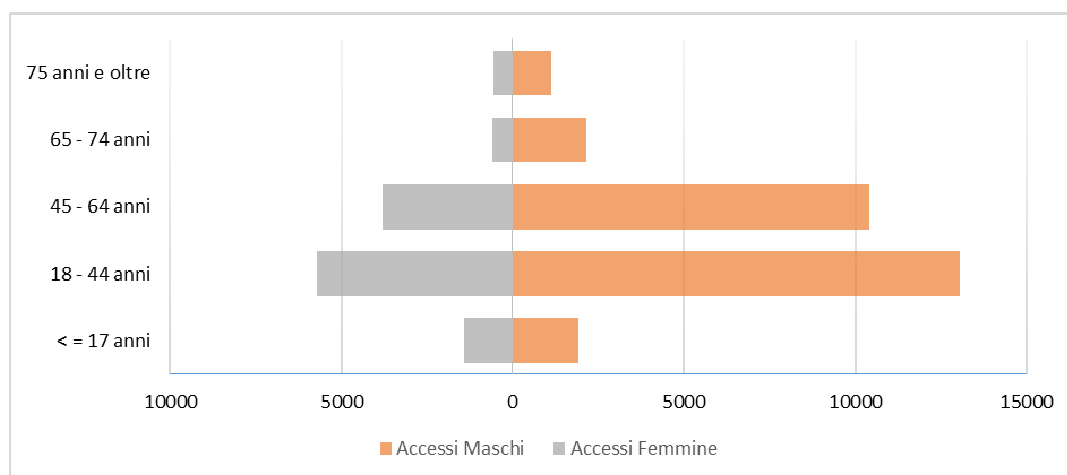
Nel corso del 2016 si sono verificati complessivamente **40.756 accessi** in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine (cfr. **TAB.I.12**).

TAB.I.12 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2016

REGIONE	Maschi						Femmine					Totale	
	<= 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	168	1.530	1.339	251	126	3.414	114	573	510	79	38	1.314	4.728
Valle d'Aosta	8	29	35	22	2	96	4	16	8	2	2	32	128
Lombardia	360	2.627	1.745	374	202	5.308	309	1.048	669	90	73	2.189	7.497
P.A. Bolzano	76	338	307	111	46	878	63	116	111	17	19	326	1.204
P.A. Trento	10	76	74	10	3	173	8	27	13	1	2	51	224
Veneto	114	517	477	156	105	1.369	64	246	189	51	53	603	1.972
Friuli V.G.	66	396	317	173	95	1.047	35	158	141	46	39	419	1.466
Liguria	83	583	402	101	34	1.203	70	258	176	27	26	557	1.760
Emilia Romagna	132	1.271	773	133	94	2.403	109	533	359	37	48	1.086	3.489
Toscana	214	1.443	708	116	36	2.517	177	745	340	46	18	1.326	3.843
Umbria	46	151	100	53	48	398	43	125	97	55	97	417	815
Marche	65	380	298	53	41	837	62	196	105	15	22	400	1.237
Lazio	167	1.541	1.144	226	103	3.181	135	763	331	65	63	1.357	4.538
Abruzzo	33	180	238	43	29	523	29	105	66	13	13	226	749
Molise	2	24	16	2	4	48	3	8	7	3	4	25	73
Campania*						1.074						387	1.461
Puglia	88	649	392	75	37	1.241	77	196	82	10	9	374	1.615
Basilicata	15	83	96	18	18	230	7	28	14	4	3	56	286
Calabria	42	234	125	40	21	462	16	95	23	9	6	149	611
Sicilia	167	776	477	101	49	1.570	71	367	134	19	19	610	2.180
Sardegna	56	235	277	93	31	692	28	104	47	5	4	188	880
ITALIA	1.912	13.063	10.414	2.151	1.124	28.664	1.424	5.707	3.809	594	558	12.092	40.756

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

*non è possibile distinguere gli accessi per classi di età

GRAF.I.5 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2016

La rappresentazione grafica a forma di piramide del **GRAF.I.5**, fornisce una immediata indicazione sulla prevalenza degli accessi dei maschi affetti da patologie alcol attribuibili rispetto alle femmine.

La **TAB.I.13** che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta su una percentuale pari al 90% degli accessi.

TAB.I.13- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2016

Cittadinanza	Percentuale accessi
Italiana	77,35%
sconosciuta	4,86%
Romania	3,42%
Marocco	2,23%
Polonia	1,01%
Albania	0,94%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

A seguire la **TAB.I.14** riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione, genere e classe d'età.

La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.

Con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di accessi molto elevato nella P.A. di Bolzano ed in Valle d'Aosta rispetto 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 accesso a livello nazionale si discostano lievemente tra loro.

TAB.I.14 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2016

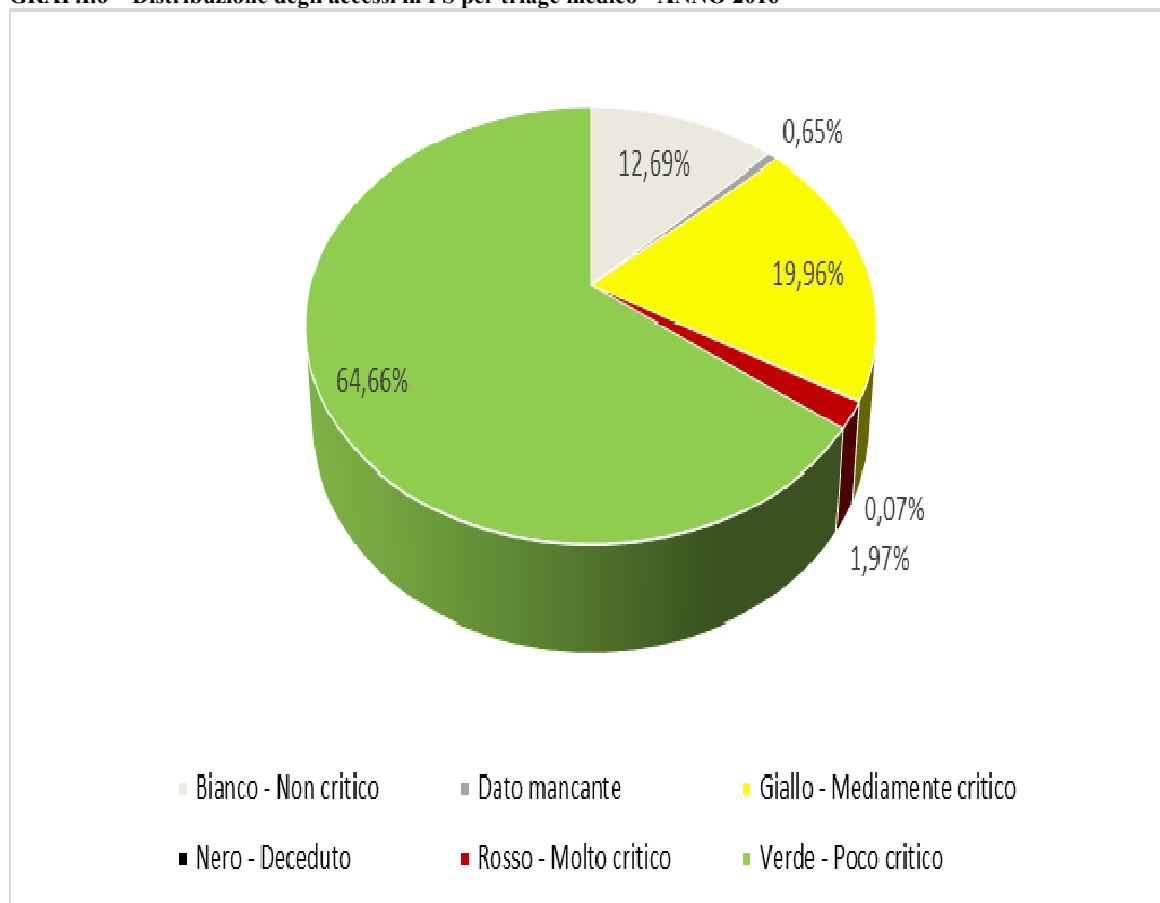
REGIONE	Maschi					Femmine				
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	48,51	229,50	208,76	102,13	54,96	35,04	88,25	76,88	28,83	10,83
Valle d'Aosta	74,58	150,30	183,49	313,43	34,13	39,73	84,84	41,17	27,24	21,72
Lombardia	41,69	161,74	119,87	73,53	45,67	38,00	66,94	45,37	15,71	10,45
P.A. Bolzano	146,45	382,49	412,02	473,59	221,84	129,16	135,24	150,43	64,96	61,69
P.A. Trento	20,26	88,39	94,56	36,18	13,39	17,24	32,00	16,49	3,42	5,55
Veneto	27,41	66,96	65,07	60,85	48,37	16,27	32,55	25,51	18,03	15,59
Friuli V.G.	70,70	217,75	175,27	242,27	152,57	39,72	90,01	76,33	57,48	39,11
Liguria	74,72	267,20	174,09	109,74	36,12	66,81	120,95	72,36	25,21	17,27
Emilia Romagna	36,05	183,20	120,67	57,65	41,57	31,65	78,17	53,96	14,23	14,12
Toscana	72,86	253,68	132,30	55,88	18,21	64,25	132,00	60,15	19,62	6,00
Umbria	65,44	110,31	81,02	108,69	100,85	64,76	91,54	73,19	101,26	134,46
Marche	52,45	157,68	136,35	65,43	50,61	53,16	82,98	46,07	16,74	18,00
Lazio	33,71	157,66	136,23	79,70	41,07	28,88	79,33	36,48	19,64	16,42
Abruzzo	31,57	83,54	126,01	61,87	44,40	29,52	50,12	33,35	17,07	13,44
Molise	8,67	45,89	35,63	12,05	25,13	14,03	16,50	15,24	17,27	16,32
Campania*										
Puglia	25,19	94,19	70,63	35,89	21,54	23,30	28,90	13,79	4,28	3,56
Basilicata	33,30	85,74	116,72	63,75	64,67	16,67	30,47	16,42	12,99	7,45
Calabria	25,15	68,32	46,42	40,84	24,53	10,16	28,54	8,07	8,57	4,89
Sicilia	37,31	88,43	70,07	41,06	23,59	16,73	42,90	18,32	6,84	6,17
Sardegna	46,29	85,64	110,16	101,54	42,47	24,77	40,08	18,14	4,97	3,65
ITALIA	37,48	132,45	120,63	69,19	41,02	29,61	59,25	42,22	17,03	13,31

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

*non è possibile distinguere gli accessi per classi di età

Il **GRAF.I.6** mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico. Al 65% degli accessi viene attribuito codice verde, al 20% il codice giallo, al 12,7% codice bianco e al 2% codice rosso.

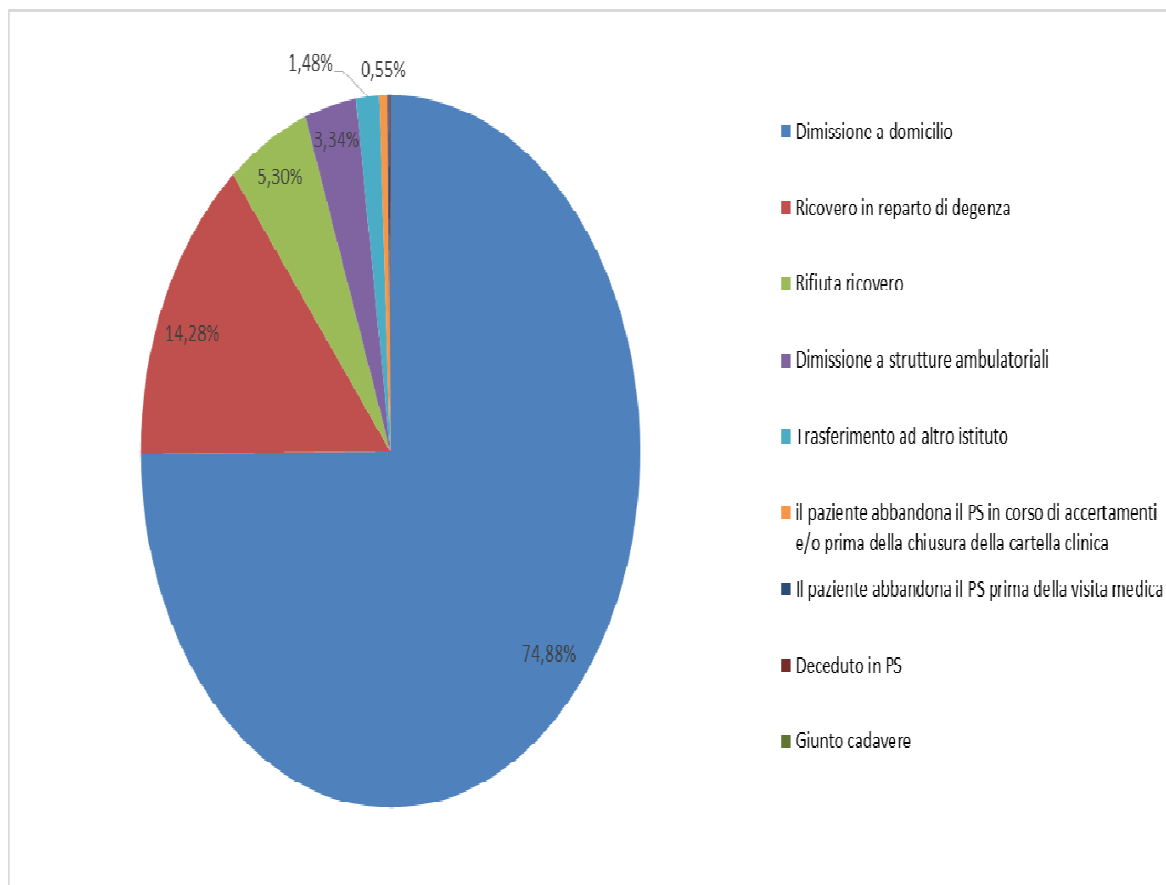
GRAF.I.6 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2016



Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Il GRAF.I.7 che segue mostra la distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento.

GRAF.I.7 – Distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento - ANNO 2016



Fonte: Ministero della salute - NSIS Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 75% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 14,28% degli accessi viene ricoverato.

La **TAB.I.15** che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso per il 90% degli accessi.

TAB.I.15 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2016

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale accessi sul totale degli accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	16,59%
305.02	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	13,52%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,52%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	9,65%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	9,53%
305.01	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	7,47%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, EPISODICA	6,12%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	2,80%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, CONTINUA	2,79%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	2,39%
291.89	ALTRI DISTURBI DEL SONNO INDOTTI DA ALCOOL	1,49%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	1,26%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	1,19%
535.30	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,85%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	0,83%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,74%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,70%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 16,6% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcool, non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 13,52% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcool, episodico, mentre al 12,52% una diagnosi di effetti tossici dell'alcool etilico.

La **TAB.I.16** che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo.

TAB.I.16 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2016

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	59,41%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	31,27%
Altra Ambulanza	5,95%
Non rilevato	1,43%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Po	1,21%
Elicottero 118	0,33%
Altro Elicottero	0,31%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,09%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2016) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 59,41% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 31,27% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI LE STIME 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 “*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 ISAT elaborati dall'ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2014; 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 riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.

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

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2014 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.174, di cui 965 (82,2%) uomini e 209 donne (17,8%) (**Tabella I.17**); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi per entrambe i sessi sono le epatopatie alcoliche (K70) e sindromi psicotiche indotte da alcol (F10) che, nel complesso, causano il 94,3% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,8% tra le donne.

Nel 2014, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 3,89 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,73 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per il genere maschile ed una riduzione per il femminile (**Tabella I.17, Figura I.11**).

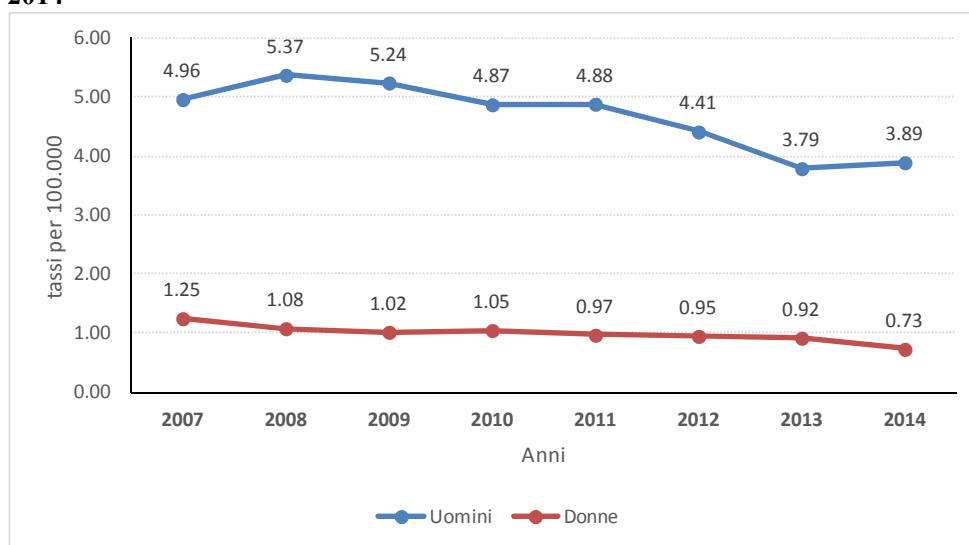
La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,30 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,34 per 100.000 tra le donne (**Tabella I.18**).

L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2013, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi (**Tabella I.18, Figura I.11**) sebbene nell'ultimo anno di disponibilità del dato, per il genere maschile, si è registrato un incremento del tasso di mortalità (**Figura I.11**).

Tabella I.17. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2014.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	174	18,0	38	18,2	212	18,1
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	28	2,9	3	1,4	31	2,6
G62.1	Polineuropatia alcolica	10	1,0	0	0,0	10	0,9
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	7	0,7	5	2,4	12	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	0	0,0	1	0,5	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	736	76,3	160	76,6	896	76,3
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	2	0,2	0	0,0	2	0,2
T51	Effetti tossici dell'alcol	8	0,8	2	1,0	10	0,9
Totale decessi		965	100,0	209	100,0	1.174	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”.

Figura I.11 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2014**Tabella I.18. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2014.**

Fasce età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34	11	0.17	2	0.03	13	0.10
35-54	269	2.83	55	0.57	324	1.68
55+	685	7.30	152	1.34	837	4.04
15+	965	3.89	209	0.73	1174	2.20

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”.

Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato nel 2014 tra gli uomini riguarda tutte le fasce di età (**Figura I.12a**). Tra le donne il tasso di mortalità mostra un trend in decremento su tutto il periodo e in tutte le fasce di età; in particolare, nell'ultimo anno di rilevazione si registra una riduzione marcata soprattutto nelle classi di età adulta ed anziana (**Figura I.12b**).

Figura I.12a. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007- 2013

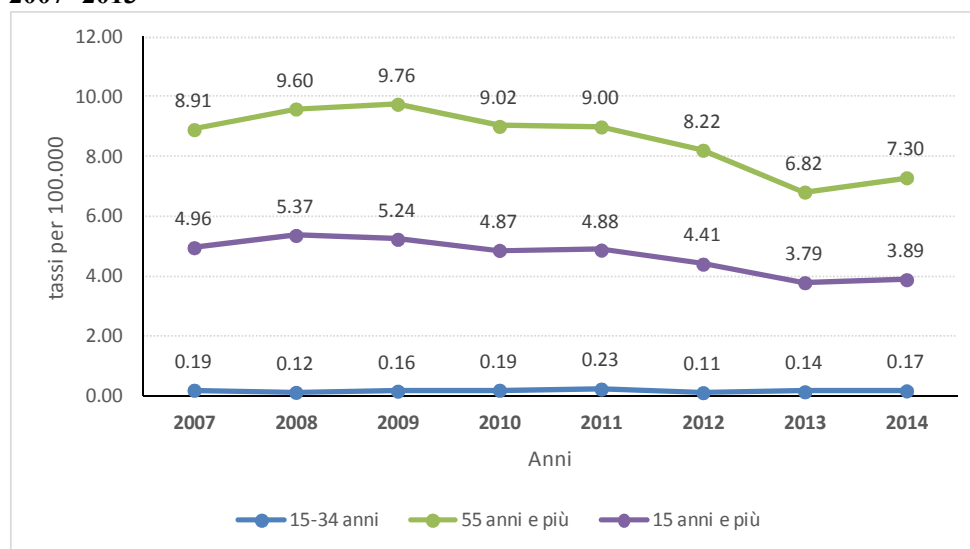
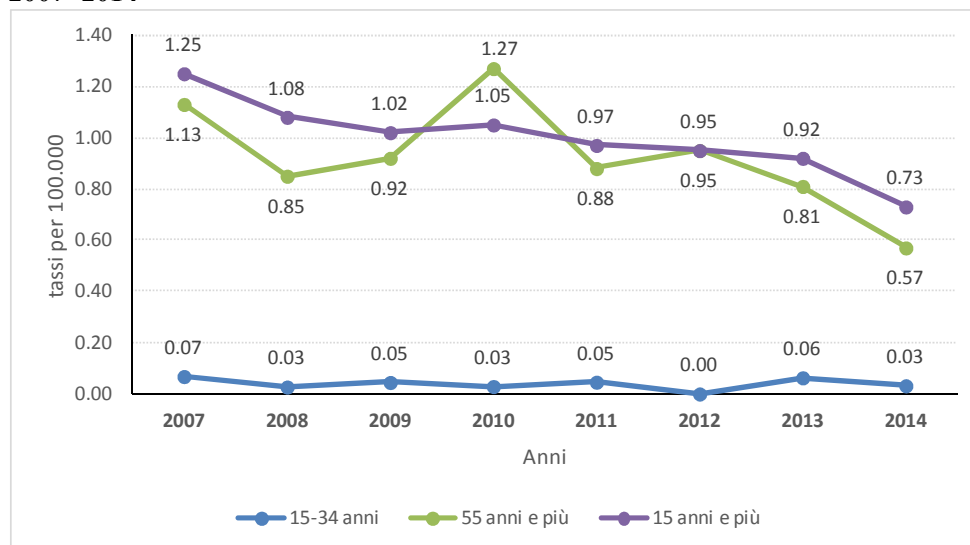


Figura I.12b. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007- 2014



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 2014 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) e con valori statisticamente superiori al dato medio nazionale (2,20 per 100.000 abitanti) sono state la Provincia Autonoma di Bolzano (7,67 per 100.000 abitanti), il Friuli Venezia Giulia (3,79 per 100.000 abitanti), il Piemonte (2,71 per 100.000 abitanti), la Calabria (3,01 per 100.000 abitanti) la Sardegna (3,26 per 100.000 abitanti); un tasso estremamente elevato (seppur non statisticamente significativo) è stato registrato anche nella Provincia Autonoma di Trento (3,31 per 100.000 abitanti).

Le regioni con i livelli del tasso standardizzato significativamente inferiori al valore medio nazionale sono invece il Lazio (1,75 per 100.000 abitanti) e la Toscana (1,32 per 100.000 abitanti); valori piuttosto bassi (anche se non statisticamente significativi) del tasso si registrano anche in Sicilia (1,90 per 100.000 abitanti), Marche (1,49 decessi ogni 100.000 abitanti), Campania (1,92 decessi ogni 100.000 abitanti).



GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2016: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Nel 2016 si sono verificati in Italia 175.791 incidenti stradali con lesioni a persone; le vittime sono state 3.283 e i feriti 249.175. I morti tornano a diminuire rispetto allo scorso anno (-4,2%), dopo la battuta d'arresto del 2014 e 2015, in lieve aumento, invece, incidenti e feriti (rispettivamente +0,7% e +0,9%). Anche per il 2016, 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 2016 i feriti gravi sono stati 17 mila, il 9% in più dell'anno precedente. Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 5,3 (era 4,6 nel 2015).

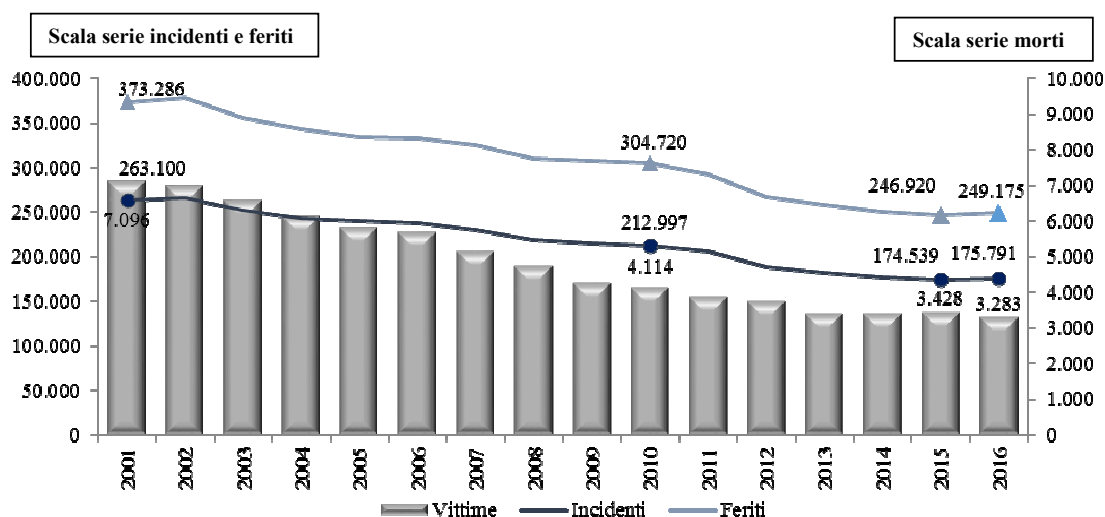
Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per far fronte a questa emergenza, a partire dal 2011 è stata inaugurata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea una nuova decade 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 2016 e il 2010 le vittime della strada diminuiscono del 20,2%. Tra il 2001 e il 2016 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 175.791 (-33,2%), i morti da 7.096 a 3.283 (-53,7%) e i feriti da 373.286 a 246.175 (-33,2%) (Figura I.13).

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 54,2 del 2016.

FIGURA I.13 Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2016
(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 Istituzionali 11/04 Scafato E. et al. 2011 http://www.iss.it/binary/publ/cont/11_4_web.pdf).

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 sono da segnalare la guida distratta (36.119 casi), il mancato rispetto delle regole di precedenza (32.879 casi), la velocità troppo elevata (23.397 casi) (nel complesso il 41,5% dei casi).

Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (21.780 casi), la manovra irregolare (15.924 casi) e il comportamento scorretto del pedone (7.417 casi) rappresentano rispettivamente il 9,8%, il 7,1% e il 3,3% delle cause di incidente (**Tabella I.19**).

TABELLA I.19 Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2016 (valori assoluti e valori percentuali)

DESCRIZIONE CAUSE	Totale	
	Valori assoluti	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	36.119	16,2
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	32.879	14,8
- procedeva senza rispettare lo stop	11.707	5,3
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	8.511	3,8
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	10.838	4,9
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.823	0,8
Procedeva con velocità troppo elevata	23.397	10,5
- procedeva con eccesso di velocità	22.533	10,1
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	864	0,4
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	21.780	9,8
Manovrava irregolarmente	15.924	7,1
Svoltava irregolarmente	5.133	2,3
Procedeva contromano	4.770	2,1
Sorpassava irregolarmente	3.979	1,8
Ostacolo accidentale	5.157	2,3
Veicolo fermo evitato	3.236	1,5
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.328	3,3
Buche, ecc. evitato	1.170	0,5
Circostanza imprecisata	32.048	14,4
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	2.427	1,1
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	7.500	3,4
Comportamento scorretto del pedone	7.417	3,3
Totale cause imputabili al comportamento scorretto del conducente	210.264	94,4
Altre cause	12.561	5,6
Totale cause (b)	222.825	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, anche per il 2016 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nella **tabella I.20**, per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

TABELLA I.20 Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2016 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA ¹	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,	50.158	23.456	34.175
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	888.443	1.422	1.770.965
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso	16.364	12.278	12.574
Art.145	Obblighi di precedenza	6.930	9.248	20.468
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e	41.456	16.532	305.094
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	12.859	15.950	4.273
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.771	2.823	4.882
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di	15.279	5.799	1.728
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.589	3.227	17.959
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli	746	1.077	503
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della	18.284	20.963	3.310.303
Art.161-162-	Ingombro della carreggiata, segnalazione e	2.895	500	1.046
Art.164	Norme sulla sistemazione dei carico sui	6.352	689	767
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di	39.439	176	961
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	1.961	58	23
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui	7.287	2.176	3.013
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a	394	704	720
Art.171	Uso del casco	4.146	12.502	58.700
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di	102.439	62.604	31.315
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o	50.447	32.613	75.693
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei	48.527	564	5.163
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle	61.789	257	96
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del	5.101	231	934
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	227.511	150.432	101.274
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	159	217	752
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	21.064	14.745	4.657
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze	1.666	2.285	790
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di	2.001	2.193	4.436
Art.190	Comportamento dei pedoni	335	423	2.873
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i	998	1.018	6.931
Art.193	Obbligo di assicurazione	51.072	72.385	49.840
Totale	Violazioni al codice della strada: Titolo V -	1.698.462	469.547	5.832.908

(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 consistente: Polizia Stradale +27% e Carabinieri +4%. Per le sanzioni relative all'eccesso di velocità si ha che aumentano quelle della Polizia Stradale (+19%) e diminuiscono quelle dei Carabinieri (-10%) e delle Polizie locali (-2%) mentre quelle per il

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

mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza aumentano per la Polizia Stradale del 15% e diminuiscono per Carabinieri e Polizia locale (rispettivamente -8% e -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 2016, **40.466 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol** e 4.741 sotto l'effetto di stupefacenti (**tabella I.20**).

Per la guida in stato di ebbrezza diminuiscono in modo consistente le sanzioni elevate dai Carabinieri (-12% rispetto al 2015) e diminuiscono in modo lieve le sanzioni della Polizia Stradale e della Polizia locale (entrambe -2%). Per la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti risultano in decisa crescita quelle contestate dalla Polizia locale (+13%) e, in misura molto più contenuta, le sanzioni disposte dai Carabinieri (+4%) e dalla Polizia Stradale (+3%).

Incidenti stradali alcol correlati: i dati forniti dall'Arma dei Carabinieri

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 le informazioni sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale, fornite da Carabinieri.

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:

- 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.

Grazie alla collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, 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 nel 2016.

Nel 2016, sono stati 2.579 gli incidenti stradali con lesioni a persone, rilevati dai Carabinieri, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari all'8,1% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati sempre dall'Arma dei Carabinieri (**tabella I.21**). Rispetto al 2015² si registra, però, una diminuzione degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati, tale proporzione era, infatti, pari a 8,6 per cento nell'anno precedente.

Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2016, sono state 58 (4,6% sul totale) e i feriti 4.257 (8,6% sul totale). Tali percentuali erano

² Il calcolo degli incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati per l'anno 2015 è stato rielaborato, nel 2017, sulla base di nuovi elementi forniti dall'Arma dei Carabinieri, il dato 2015 citato nel presente testo risulta, pertanto, parzialmente rettificato rispetto a quanto pubblicato nella Relazione per l'anno 2016. Non risulta variato, invece, il numero di morti e feriti coinvolti.

rispettivamente 5,2% e 9,2% nel 2015. Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel 2016 a 1.179 e nel 2015 a 1.161.

Le proporzioni calcolate approssimano, comunque, per difetto la reale portata del fenomeno; occorre infatti considerare che i Carabinieri intervengono per circa il 32% degli incidenti su strade extraurbane (escluse le autostrade) e solo in circa il 14% per quelli in ambito urbano.

Per un conteggio esaustivo occorrerà quindi, proseguire la già proficua collaborazione anche con la Polizia Stradale e le Polizie Locali, per completare il quadro informativo sul fenomeno. La diffusione di tale informazione rappresenta, ad ogni modo, un primo importante passo per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di alcol in Italia.

TABELLA I.21 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2016

(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali lesioni persone	con a Incidenti stradali mortali	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 2.579		45	58	4.257
<i>Art. 186</i>	2.483	43	56	4.060
<i>Art. 186 bis</i>	96	2	2	197
Totale incidenti stradali, vittime e	31.832	1.183	1.257	49.756
Incidenti, vittime e feriti alcol	8,1	3,8	4,6	8,6

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

- (a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2016.
 (b) Guida sotto l'influenza dell'alcol (Art. 186); 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).

Passando ad esaminare gli 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 21,3% gli incidenti stradali alcol correlati sul totale, mentre le vittime, per lo stesso ambito stradale sono il 7,6%, e arrivano al 9,1% se si considerano le strade extraurbane e sempre di notte. Le percentuali delle vittime in incidenti alcol correlati sul totale risultano comunque in diminuzione rispetto al 2015 (Tabella I.22).

Per quanto concerne le violazioni agli articoli del Codice della Strada, contestate dai Carabinieri nel 2016, sono state 14.745 quelle per guida sotto l'influenza dell'alcol (art.186 e 186bis), il 25,5% in incidente stradale.

TABELLA I.22 Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2016

Tipo di strada (a)	Periodo del giorno o della notte		Totale
	Giorno	Notte (b)	
Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	558	948	2.478
Strada	489	584	1.582
Totale	1.047	1.532	2.579
Incidenti stradali con soli danni alle cose alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	304	547	851
Strada	159	169	328
Totale	463	716	1.179
Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	4	11	15
Strada	19	24	43
Totale	23	35	58
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti			
Strada Urbana	4.2	21.3	14.0
Strada	4.4	19.3	11.2
Totale	4.3	20.5	8.1
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti			
Strada Urbana	1.4	7.6	3.5
Strada	3.3	9.1	5.2
Totale	2.7	8.6	4.6

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.

Alcune considerazioni conclusive

I dati sulle infrazioni al codice della strada in occasione di incidente stradale, forniti all’Istat dall’Arma dei Carabinieri, rappresentano una base informativa esaustiva e accurata. Dall’analisi delle violazioni al C.d.S. si desumono, infatti, risultati più completi rispetto ai dati sulle «circostanze di incidente» richieste con la rilevazione corrente.

All’origine della discrepanza potrebbero esserci 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 alterato 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

In questo paragrafo si riporta un'analisi dei dati di consumo e di spesa a carico del **Servizio Sanitario Nazionale** per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell'ambito dell'assistenza convenzionata (**farmaci erogati dalle farmacie territoriali**) e non convenzionata (**acquisti da parte delle Strutture sanitarie pubbliche**).

I dati riportati sono relativi **all'anno 2016**, inoltre segue una descrizione dell'andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo.

Gli indicatori di consumo e spesa in regime di assistenza convenzionata e non convenzionata 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).

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 nalmeffene.

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 35 confezioni autorizzate in Italia, 14 confezioni sono state movimentate nel 2016 ed hanno contribuito alle analisi contenute nel presente paragrafo. Il 57% di queste confezioni risulta a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (fascia di rimborsabilità A e H), mentre il restante 43% è a carico dei cittadini (fascia C).

Codice AIC	Ditta Produttrice	Principio attivo	Descrizione	Classe
027751066*	CT	SODIO OXIBATO	ALCOVER	Classe H
027751078*	CT	SODIO OXIBATO	ALCOVER	Classe H
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

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.*

Il **disulfiram** (Antabuse, Etilox) 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.

Nell'anno 2016 tale molecola figura come prima voce in termini di consumo rispetto ai medicinali appartenenti alla stessa categoria terapeutica erogati in assistenza convenzionata. Infatti, il consumo di disulfiram nell'ambito territoriale ammonta a circa 1,4 milioni di dosi e rappresenta la seconda voce (circa 1,7 milioni di dosi), dopo il sodio oxibato, per consumo in ambito ospedaliero.

Il **naltrexone** (Antaxone, Nalorex, Narcoral), 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. Per tale ragione, le analisi indicate nel presente paragrafo rappresentano una sovrastima del dato reale, in quanto non è possibile scorporare il dato di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica. E' pertanto necessario leggere con cautela queste analisi, che, tra l'altro, riconfermano l'andamento in costante crescita per questa molecola, sia in termini di spesa che di consumo, in entrambi i *setting* dell'assistenza convenzionata e dell'assistenza non convenzionata.

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

L'acamprosato mostra, nel 2016, un andamento in riduzione rispetto al 2015 della spesa e dei consumi in regime di assistenza convenzionata; viceversa è in lieve aumento il consumo di questi farmaci in regime di assistenza non convenzionata, a fronte di una lieve riduzione della spesa.

Il **sodio oxibato** (Alcover), 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.

L'Alcover è utilizzato quasi esclusivamente in ambito ospedaliero; nel 2016 si conferma al primo posto per spesa e consumo in ambito ospedaliero, con un andamento in crescita rispetto all'anno precedente.

La **metadoxina** (Metadoxil), la molecola presenta un meccanismo d'azione *multitasking*, agisce riducendo i livelli di alcol nel circolo sanguigno, proteggendo i tessuti dall'azione lesiva dell'alcol, oltre ad esercitare un'azione centrale sul sistema GABAergico, riducendo il desiderio compulsivo e aggressivo e migliorando quindi le relazioni sociali.

Tale medicinale risulta a totale carico del cittadino, pertanto i dati di spesa e consumo, registrati in assistenza convenzionata e indicati nelle presenti analisi, sono relativi alle sole prescrizioni di questo medicinale a pazienti titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, ai sensi della Legge 203 del 2000. Rispetto al 2015, tale molecola presenta forti variazioni positive sia nei consumi sia nella spesa nell'ambito dell'assistenza convenzionata (2015 = +142,3%; 2016 = +252,1%).

Il **nalmefene** (Selincro), è il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone, approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol congiuntamente alla terapia psicologico comportamentale, con l'obiettivo dell'astinenza completa. I pazienti in trattamento con questo medicinale presentano livelli di consumo ad elevato rischio (*Drinking Risk Level* – DRL) e non mostrano sintomi fisici da sospensione, 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.

Tale medicinale risulta a totale carico del cittadino, pertanto i consumi rilevati nel corso degli anni dal flusso informativo dell'assistenza convenzionata sono minimi (nel 2016 pari a 0) e relativi alle sole prescrizioni di questo medicinale a pazienti titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, ai sensi della Legge 203 del 2000. Nel 2016 tale farmaco ha registrato in regime di assistenza non convenzionata una riduzione dei consumi (-43,9%) contestualmente ad un aumento della spesa (+10,8%).

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.

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

Nell'anno 2016, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate in totale più di 1,7 milioni di dosi di farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica (**tabella I.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 (rispettivamente 12% e del 7% del consumo totale).

In generale rispetto all'anno precedente, è stato osservato un aumento dei consumi (+135 mila dosi, +8,4%) dovuta essenzialmente all'aumento dei consumi del disulfiram (+9,1%) e della metadoxina (+86,1%). Anche i farmaci a base di naltrexone (+17,2%), medicinale per il quale è opportuno sottolineare che il consumo farmaceutico deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della dissuefazione dalla dipendenza da oppiacei, continuano a registrare un incremento dei consumi. (**tabella I.23**).

Tabella I.23

CONSUMO (DDD) IN REGIME DI ASSISTENZA CONVENZIONATA
(TRAMITE LE FARMACIE TERRITORIALI APERTE AL PUBBLICO)

Principio attivo	2012	2013	2014	2015	2016	Var 2015-16	var % 15- 16
ACAMPROSATO	280.639	328.387	245.692	215.558	215.286	-272	-0,1
DISULFIRAM	1.109.250	1.247.184	1.475.208	1.284.486	1.400.796	+116.310	+9,1
METADOXINA	427	327	325	410	763	+353	+86,1
NALMEFENE	-	56	358	14	-	-14	-100
NALTREXONE	98.960	101.800	102.652	108.406	127.018	+18.612	+17,2
TOTALE	1.489.276	1.677.754	1.824.235	1.608.874	1.743.863	+134.989	+8,4

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

Nel 2016 le Strutture sanitarie pubbliche hanno acquistato circa 4,7 milioni di 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 (2,3 milioni di DDD) prodotto farmaceutico utilizzato prevalentemente in ambito ospedaliero, che assieme al disulfiram, rappresenta quasi l'85% del consumo totale dei farmaci di questa categoria terapeutica.

Contrariamente a quanto osservato in ambito territoriale, gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche hanno registrato una riduzione nel consumo (-81 mila DDD, -1,7%) rispetto all'anno precedente. Tale contrazione è essenzialmente dovuta alla riduzione dei consumi del disulfiram (-8,9%) e del nalmefene (-43,9%). Al contrario, si registrano rilevanti incrementi per la metadoxina (+142,3%) ed il naltrexone (+12,1%)(**tab.I.24**).

Tab. I.24

CONSUMO (DDD) IN ASSISTENZA FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Principio Attivo	2012	2013	2014	2015	2016	var 2015-16	var % 15-16
ACAMPROSATO	172.028	386.614	571.230	538.573	550.867	+12.294	+2,3
DISULFIRAM	2.043.318	1.507.002	1.895.832	1.832.004	1.668.132	-163.872	-8,9
METADOXINA	44.973	46.440	41.990	10.140	24.570	+14.430	+142,3
NALMEFENE	-	-	13.006	42.539	23.856	-18.683	-43,9
NALTREXONE	116.918	112.514	98.758	115.904	129.898	+13.994	12,1
SODIO OXIBATO	2.042.188	6.796.905	2.425.302	2.225.601	2.287.339	+61.738	+2,8
TOTALE	4.419.425	8.849.474	5.046.118	4.764.761	4.684.662	-80.099	-1,7

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 circa 995 mila euro (**tabella I.25**). Tale valore è essenzialmente dovuto in primis alla spesa per l'acamprosato (52%), seguito dal naltrexone (25%) e disulfiram (23%), mentre l'impatto della spesa per le restanti molecole (nalmefene e metadoxina) è sostanzialmente nullo, essendo classificati ai fini della rimborsabilità in fascia C.

Rispetto all'anno 2015, in linea con l'andamento dei consumi, la spesa per questa categoria di farmaci è aumentata del +5,6%, principalmente a causa dell'aumento di spesa per la metadoxina (+57,2%), del naltrexone (+16,3%) e del disulfiram (+9,0%); mentre si riduce lievemente la spesa per i farmaci a base di acamprosato (-0,1%) (**tab. I.25**).

Tabella I.25

SPESA IN REGIME DI ASSISTENZA CONVENZIONATA
(TRAMITE LE FARMACIE TERRITORIALI APERTE AL PUBBLICO)

Principio Attivo	2012	2013	2014	2015	2016	var 2015-16	var % 15-16
ACAMPROSATO	677.449	792.683	593.238	520.328	519.822	-506	-0,1
DISULFIRAM	179.846	202.177	239.097	208.163	226.947	+18.784	+9,0
METADOXINA	370	292	315	421	662	241	+57,2
NALMEFENE	-	381	762	95	-	-95	-100
NALTREXONE	201.262	202.366	201.628	212.444	247.113	+34.669	+16,3
TOTALE	1.058.926	1.197.899	1.035.039	941.452	994.543	+53.091	+5,6

Spesa farmaceutica in assistenza non convenzionata
(acquisti delle strutture sanitarie pubbliche)

Nel 2016 la spesa per questa categoria di farmaci in regime di assistenza non convenzionata è stata circa 7 milioni e 200 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% della spesa), seguito dall'acamprosato (11% della spesa).

Rispetto all'anno precedente, contrariamente a quanto osservato per i consumi, la spesa farmaceutica in assistenza non convenzionata ha registrato un incremento (+1,7%), guidato principalmente dall'aumento della spesa per la metadoxina (+252,1%), per il nalmefene (+10,8%) e per il naltrexone (+7,2%) (**Tab.I.26**).

Tabella I.26

SPESA IN ASSISTENZA NON CONVENZIONATA
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Principio attivo	2012	2013	2014	2015	2016	var 2015-16	var % 15-16
ACAMPROSATO	277.998	579.690	849.505	817.363	815.196	-2.167	-0,3
DISULFIRAM	355.647	231.223	325.416	334.164	249.485	-84.679	-25,3
METADOXINA	40.254	39.017	38.378	9.268	32.635	+23.367	+252,1
NALMEFENE	-	-	58.158	86.315	95.656	+9.341	+10,8
NALTREXONE	104.131	90.345	84.307	76.709	82.222	+5.513	+7,2
SODIO OXIBATO	5.304.251	5.393.182	5.723.765	5.794.385	5.967.430	+173.045	+3,0
TOTALE	6.082.281	6.333.456	7.079.530	7.118.204	7.242.624	+124.420	+1,7

Andamento temporale del consumo farmaceutico totale a carico del SSN
(convenzionata + non convenzionata)

Il consumo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 6,4 milioni di dosi (**tabella I.27**).

Il 73% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura sia tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 27% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

Il consumo SSN è aumentato nel 2016 rispetto al 2007 del +39,5%; in particolare i consumi in regime di assistenza convenzionata sono aumentati del +53,1% e del +35,0% quelli in regime di assistenza non convenzionata.

Rispetto all'anno precedente, il consumo totale per questa categoria di farmaci ha registrato una lieve crescita del +0,9%, a fronte di una lieve riduzione (-1,7%) nell'ambito degli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche e un aumento dei consumi in regime di assistenza convenzionata (+8,4%).

Tabella I.27
CONSUMO (DDD) TOTALE A CARICO DEL SSN NEL PERIODO 2007-2016
 (CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Consumo (DDD) totale a carico del SSN nel periodo 2007-2016					
ANNO	Convenzionata	NON convenzionata	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
2016	1.743.864	4.684.662	6.428.526	27	73
Var % 2016-2007	+53,1	+35,0	+39,5		
Var % 2016-2015	+8,4	-1,7	+0,9		

Andamento temporale della spesa farmaceutica totale a carico del SSN (convenzionata + non convenzionata)

La spesa farmaceutica SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 8,2 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.

La spesa SSN è aumentata nel 2016 rispetto al 2007 del +83,4%, corrispondente a un incremento pari al +108,3% della spesa in regime di assistenza convenzionata e pari al +80,4% della spesa non convenzionata.

Rispetto all'anno precedente, la spesa SSN nel 2016 ha registrato un aumento del +2,2% dovuto essenzialmente alla crescita della spesa in regime di assistenza convenzionata (+5,6%), mentre cresce lievemente la spesa in regime di assistenza non convenzionata (+1,7%).

Tabella I.28
SPESA TOTALE A CARICO DEL SSN NEL PERIODO 2007-2016
(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Spesa (euro) totale a carico del SSN nel periodo 2007-2016					
ANNO	Convenzionata	NON convenzionata	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
2016	994.543	7.242.624	8.237.167	12	88
Var % 2016-2007	+108,3	+80,4	+83,4		
Var % 2016-2015	+5,6	+1,7	+2,2		

In conclusione, come si evince dalle analisi (**tab. I.27 e I.28**), l'andamento generale dei consumi e della spesa per questa categoria di farmaci è pressocchè stabile nell'ultimo triennio. Le prescrizioni sono maggiormente concentrate nel canale degli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche, essenzialmente per l'esclusivo utilizzo in ambito ospedaliero del sodio oxibato.

Rispetto al 2015, la spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie mostra un trend in crescita, a fronte di una lieve riduzione dei consumi.

Per quanto riguarda l'assistenza convenzionata, è stato osservato, diversamente rispetto al 2015, un incremento sia dei consumi sia della spesa, principalmente per l'aumento dei consumi del disulfiram e del naltrexone.

PARTE SECONDA**3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA
LEGGE 30.3.2001 N. 125 – ANNO 2016**

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 2016**

Al 31.12.2016 sono stati rilevati circa 496 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'85,3% sono di tipo territoriale (**tab.II.1**).

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2016 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.560 unità di personale la maggior parte delle quali (83,2%) 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 (27,2%), per i medici (23,5%) e per gli psicologi (15,9%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (29,7%), 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 2016³ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 71.219 soggetti (**tab.II.3**). 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.

La numerosità dell'utenza, tendenzialmente crescente nel tempo, negli anni più recenti si è stabilizzata sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico e rientrati (**graf.II.5**).

Il rapporto M/F è pari a 3,5 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 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,9% (**tab.II.4**).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2016 si osserva che il 12,3% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 6,3%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,1% per i nuovi utenti e il 47,4% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 26,5% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 43,4% nei maschi e al 48,7% nelle femmine.

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

³ 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.

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2016 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (49,6%), seguito dalla birra (26,2%), dai superalcolici (10,2%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%) (**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 la birra e i superalcolici al sud.

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2016 il 28,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,5% al “*counseling*” rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,0% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (**tab.II.6-II.7; graf.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 alcolodipendenza (**tab.II.8**).

Si osserva che nel 2016 il 50,0% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 38,7% con gli A.A. e il 13,1% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 43,8% e il 23,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 35,7%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (21,0%) o private (0,8%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni “estreme” (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

3.6 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT)

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcolologici 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 Alcolologico 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 Alcolologici 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 e dalle ARCAT regionali socie

- 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).
- N. 10 corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche .

- N. 50 aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.
- N. 500 scuole algologiche di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose scuole algologiche di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- N. 150 interclub provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- Numerosi eventi di informazione e sensibilizzazione realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- 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 Alcolologia).
- 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 Alcolologia 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

Ricerca con Istituto Superiore di Sanità

Dall'anno 2017 si è avviato lo sviluppo di un progetto pilota di ricerca con l'Istituto Superiore di Sanità, di valutazione qualitativa e quantitativa sul lavoro dell'approccio ecologico sociale dei CAT su tutto il territorio nazionale, che rileverà l'efficacia dell'intervento, nelle sue valenze di cambiamento comportamentale e culturale e la sua capacità di sviluppare bene sociale e di promuovere salute. Il progetto proseguirà e terminerà nell'anno 2018 e dovrebbe permetterci di fornire un report maggiormente completo e aggiornato della realtà dei CAT.

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, stabili rispetto al 2015; essendo frequentati da una media di 40 persone, si può stimare che nel 2016, in Italia, sono state "sensibilizzate" circa un migliaio di persone.

Il lavoro di rete sembra migliorato in questi anni per quanto riguarda una maggiore collaborazione con le Organizzazioni, gli Enti e le Associazioni del territorio. Rimane insufficiente e critica, in buona parte delle Regioni, la collaborazione con l'Ente Regione (Amministrazione regionale); è buona e stabile in Toscana e in Trentino; si sta sviluppando un inizio di progetti di collaborazione nelle Marche ed in Emilia Romagna, grazie allo svolgimento dei Congressi nazionali dell'AICAT, organizzati in queste regioni; in altre grosse Regioni del Nord come Piemonte e Lombardia la collaborazione continua ad essere praticamente inesistente; in Veneto, negli ultimi anni, si è quasi azzerata la buona cooperazione che si era sviluppata anche con la costituzione di una Consulta Regionale Alcol che aveva prodotto importanti interventi, progetti ed eventi e che è disattiva da alcuni anni; nelle rimanenti Regioni del Centro Sud Italia e delle Isole la collaborazione è insufficiente o inesistente.

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 CAT in Italia

Le ACAT censite in Italia sono in totale 260, 143 di queste hanno inviato la scheda (55,4% fra tutte le ACAT, 80,5% fra le ACAT associate).

Dalle schede ARCAT si rileva che il numero di CAT presenti nel territorio italiano è di circa 2.000 nel 2016.

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 tutti 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 $\frac{3}{4}$ dei CAT (da 46 a 12). In Piemonte i CAT si sono dimezzati e anche la Valle d'Aosta è in difficoltà;
- nelle rimanenti regioni si registrano situazioni sostanzialmente stabili o comunque con lievi decrementi.

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 Hudoliniana 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 2016 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 2016 i 2.000 CAT sono stati frequentati da circa 17.000 famiglie, di cui 2.800 nuove.

Negli ultimi anni il numero delle famiglie sembra essersi stabilizzato.

Rispetto alla numerosità dei CAT si evidenzia un 15-17% di CAT “piccoli” (da 2 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 metodologia all'interno del CAT e di favorire la comunicazione tra i vari membri. Ritenendo valido tale dato per tutti i CAT italiani si può stimare che circa 60 CAT nel 2016 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 impegnanti 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 insegnato 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.

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 90% 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, nella maggior 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.

A tal fine riteniamo importante la concretizzazione della ricostituzione della Consulta Nazionale Alcol come anche proposto dal Ministro della Salute nella relazione al Parlamento dello scorso anno.

ALCOLISTI ANONIMI

Alcolisti Anonimi (AA) è una associazione di auto aiuto, iscritta in Italia nell' albo delle APS, 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 propri membri, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi membri operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del 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. Esso è ispirato dall'umiltà che dovrebbe caratterizzare il cambiamento dei membri dell'associazione e dal desiderio di non apparire come singole personalità ma di essere accomunati nel medesimo percorso di recupero senza distinzioni di stato sociale, di cultura, di età, di sesso, di credo religioso. Ecco perché i membri di A.A. hanno liberamente scelto di non rivelare la propria identità a livello pubblico, e cioè in radio, in televisione, nei filmati e negli articoli di stampa.

Il recupero è strettamente legato al servizio che gli alcolisti anonimi compiono volontariamente e gratuitamente e che ha un solo scopo: portare il messaggio agli alcolisti ancora nel problema. Ogni A.A. per mantenere la sua sobrietà cerca di raggiungere coloro che non riescono a smettere di bere; non si sente investito di alcuna autorità e non si ritiene un terapeuta: è un alcolista che parla a un altro alcolista mettendogli a disposizione la propria esperienza e quanto ha appreso attraverso il Programma.

In Italia l'associazione A.A è attiva dal 1972 e attualmente consta di circa 452 gruppi presenti su tutto il territorio nazionale soprattutto nel centro nord, in alcune città la presenza risulta abbastanza capillare. Ha rapporti e contatti con tutte le principali agenzie del territorio, offrendo la propria collaborazione a trasmettere il messaggio per il recupero dell'alcolista. Costituendo un riferimento consueto all'interno della rete alcologica nazionale. I giovani e le donne sono in costante aumento.

Come è risaputo, gli scogli dell'alcolista sono da un canto quello di riuscire ad interrompere l'assunzione di alcolici e dall'altro quello di scongiurare le ricadute, che d'un sol colpo possono vanificare il lavoro fatto. Il passaggio da una precaria astinenza a una stabile sobrietà avviene se si accompagna alla rottura dei vecchi schemi comportamentali un radicale mutamento interiore. Ovviamente è difficile che ciò possa accadere in tempi brevi e senza aiuto, perciò occorre un intervento costante, una motivazione alimentata di continuo e un sostegno esterno efficace. E' soprattutto in questa fase che il Gruppo A.A. può rivelarsi uno strumento prezioso: partecipare regolarmente alle riunioni, praticando uno specifico Programma di recupero volto al cambiamento dello stile di vita, consente all'alcolista anonimo di rafforzare progressivamente la sua sobrietà trovando valori nuovi e stimoli propositivi da sostituire a quelli tipici dell'alcolista ancora nel problema.

Le riunioni di gruppo sono mediamente partecipate da circa 12 membri. Soltanto il 20% effettua riunioni con cadenza di tre giorni a settimana. La maggior parte dei Gruppi si riunisce con una cadenza compresa tra due a un giorno a settimana. Circa il 15% effettua delle riunioni aperte con cadenza mensile. Alcolisti Anonimi si propone un unico scopo: la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri attraverso il Programma e la trasmissione del Messaggio. L'Associazione ha stabilito di perseguire questo scopo nel Gruppo e attraverso il Gruppo ed

ha individuato come modalità per farlo in concreto tramite le riunioni “aperte” e le riunioni “chiuse” del Gruppo. In una riunione aperta, come in una riunione chiusa, un Gruppo persegue la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri attraverso il Programma, e al tempo stesso favorisce le relazioni con il mondo esterno. Un Gruppo pertanto tiene una riunione aperta perché è uno strumento di recupero (scopo di A.A. nel Gruppo) e perché contemporaneamente trasmette il Messaggio a persone non appartenenti all’Associazione (scopo di A.A. attraverso il Gruppo).

L’approccio con A.A. è stato mediato da una conoscenza attraverso familiari e amici, altri alcolisti, professionisti, servizi, operatori socio-sanitari o media. Nel complesso l’informazione è arrivata in grande maggioranza attraverso i primi tre canali su indicati. Interessante risulta la quota di persone che si sono affidate a internet negli ultimi anni, che ha portato alla frequenza un numero di persone crescenti.

Area di maggior miglioramento rimane sempre la famiglia, fulcro che focalizza sia aspetti negativi che positivi nelle storie di vita degli appartenenti ad A.A. Seguono a maggior distanza anche tutti gli altri settori della vita. Circa il 50% dei Gruppi di A.A. risulta non intrattenere rapporti con i Comuni e scarsa risulta la collaborazione con ACAT.

Le attività esterne svolte dai Gruppi riguardano principalmente le collaborazioni con Sert o servizi analoghi, con Ospedali, con Comunità di recupero, attività di informazione in ambito scolastico. Mentre risultano limitate o assenti le collaborazioni con Cliniche private, Istituti di pena, con giornalisti. Poca collaborazione nelle attività di formazione in ambito universitario, nella attività di informazione Radio – Televisiva e nei convegni Comunali e/o Regionali.

FOTOGRAFIA E TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAGLI A.A.

COLLABORAZIONE AREA/REGIONE: BUONA

TOTALE NUMERO GRUPPI: 452

- N 1 RIUNIONI/SETTIMANA: 149
- N 2 RIUNIONI/SETTIMANA: 193
- N 3 RIUNIONI/SETTIMANA: 100
- N 4 RIUNIONI/SETTIMANA: 3
- PIU DI 4: 7
-

NUMERO MEDIO PARTECIPANTI PER RIUNIONE: N. 12

NUMERO GRUPPI IN LINGUA ESTERA: N. 7

GRUPPI CON RIUNIONI APERTE: N. 71

COLLABORAZIONE CON ALTRE ASSOCIAZIONI 12 PASSI: SI

QUALI? Al –anon; Alateen; NA Narcotici Anonimi; OA Mangiatori Compulsivi Anonimi; ACOA; CODA Codipendenti Anonimi; EA Emotivi Anonimi; GA Giocatori Anonimi; Gam-Anon; NicA Nicotina Anonimi

COLLABORAZIONE CON ACAT: SCARSA

COLLABORAZIONE CON ALTRE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO SI (CARITAS-
CEIS - VARIE REALTA' LOCALI)

RAPPORTI COMUNI/GRUPPI:

- BUONI N. 170
- ASSENTI N. 196
- SOLO FORMALI N. 86

LE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAI GRUPPI RIGUARDANO PRINCIPALMENTE LE
SEGUENTI SOTTO CATEGORIE:

- COLLABORAZIONI CON SERT O SERVIZI ANALOGHI
- COLLABORAZIONI CON OSPEDALI
- COLLABORAZIONI CON COMUNITA' DI RECUPERO
- COLLABORAZIONI CON PARROCCHIE E ALTRE ISTITUZIONI RELIGIOSE
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE SOCIO-SANITARIO
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

MENTRE LIMITATE RISULTANO LE COLLABORAZIONI CON LE SEGUENTI SOTTO
CATEGORIE:

- COLLABORAZIONI CON CLINICHE PRIVATE
- COLLABORAZIONI CON ISTITUTI DI PENA
- COLLABORAZIONI CON GIORNALISTI
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE IN AMBITO UNIVERSITARIO
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE IN ALTRI AMBITI ISTITUZIONALI
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE RADIO-TELEVISIVA
- INTERVENTI ORALI A CONVEGNI-RIUNIONI COMUNALI O REGIONALI

Al-Anon e Alateen

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

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

4. CRITICITA' DEL SISTEMA

La Legge N. 125 del 30.3.2001 “Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” ha un corpo normativo che, seppur non perfetto e ancora da attuare in molte parti, ha introdotto concetti e pratiche innovative nella gestione e nella prevenzione dei problemi alcol correlati. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) subentrata poco dopo la Legge 125/2001 ha rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni, in alcuni ambiti ciò ha comportato una situazione di *impasse*.

- 1) Tra le maggiori inadempienze nell'applicazione della predetta Legge Quadro resta ancora oggi **l'assenza di norme che regolino l'istituzione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcolgia**. Ciò comporta una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello nazionale e regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle varie Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcolgia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi specifici sull'alcol o le Equipe Alcologiche risultano essere inseriti nei Servizi per le dipendenze (Ser.D) nei quali avviene anche la presa incarico di altri disturbi legati al consumo di sostanze e delle new addiction (gioco d'azzardo, internet, etc. ecc) e nei quali, quindi, il personale non è esclusivamente dedicato e formato per i pazienti con problemi alcolici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcolgia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie.

Sarebbe auspicabile prevedere delle linee di indirizzo che definiscano ambiti e interventi specialistici per i Disturbi da Uso di Alcol visto che ad oggi ancora non esistono, come esistono per il Tabacco. Questa lacuna normativa, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Regionale e Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologia, anche quella Alcolgica.

- 2) Un altro aspetto critico riguarda la mancata attuazione dell'Art. 5 della Legge 125/2001 (“Modificazione agli ordinamenti didattici universitari) che prevede **l'inserimento dell'alcolgia negli ordinamenti didattici dei corsi universitari** relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia. Inoltre manca una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni rispetto alla pianificazione di un curriculum formativo universitario e di educazione continua in alcolgia che garantisca livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa di problemi e patologie alcolcorrelate.
- 3) La Legge 125/2001 aveva anche previsto all'art. 4 l'istituzione della **Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati** che, fino alla sua abolizione nel 2011, ha lavorato in sinergia con le diverse Istituzioni coinvolte, gli Esperti del settore e vari Stakeholders, producendo documenti di notevole interesse come il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009. La consulta è stata uno strumento fondamentale in quanto è l'organismo in cui la società civile, la comunità scientifica, i rappresentanti dell'industria e dei produttori, i decisori politico amministrativi (regioni e governo), hanno potuto confrontarsi, lavorare insieme e produrre linee guida importanti che hanno ispirato alcuni provvedimenti governativi in tema di protezione e promozione della salute in campo alcolgico. La sospensione delle attività della Consulta, non prevista tra gli organismi collegiali prorogati ai sensi della Direttiva del presidente del consiglio dei Ministri (4/8/2010), ha lasciato una lacuna che di fatto impedisce l'opportunità di coordinare gli interventi sul territorio nazionale in modo tale da

fornire risposte e soluzioni sempre più specialistiche, oltre che la possibilità di confrontarsi con le iniziative in ambito internazionale. Risulta pertanto fondamentale prevedere il ripristino di questo organismo.

Inoltre, occorre tenere in debita considerazione le seguenti altre criticità che andrebbero affrontate con strumenti idonei per ogni specifico ambito, nonché le eventuali proposte riportate di seguito:

- **RIVISITAZIONE DEI FLUSSI:** la rilevazione dei dati inerenti i Servizi e l'Utenza afferente ad essi, a tutt'oggi non tiene conto delle attività specialistiche alcol correlate ospedaliere e delle strutture convenzionate. Sfuggono così tutti i costi inerenti le richieste specialistiche ambulatoriali alcol correlate.
- **GESTIONE DEGLI ACCERTAMENTI PREVISTI DAGLI ARTT. 186, 186-bis E 187 DEL CODICE DELLA STRADA:** La sostenibilità del risultato in ambito giudiziario è fortemente condizionata dalla correttezza della fase pre-analitica (presa in carico della richiesta formale, modalità di informazione ed acquisizione del consenso, idoneità della matrice organica, modalità di esecuzione e verbalizzazione delle operazioni di prelievo e produzione dei campioni a garanzia dell'appartenenza, catena di custodia, conservazione dei campioni per le eventuali controanalisi), della fase analitica (identificazione e quantificazione delle sostanze) e della fase post-analitica (comunicazione dei risultati agli UPG). Sarebbe opportuno verificare quante realtà locali ospedaliere e sanitarie si sono messe in regola ed eventualmente sottolinearne l'importanza.
- **COMMISSIONI MEDICHE LOCALI:** Sarebbe utile che tutte le commissioni locali avessero un programma di inserimento dati, provenienti dalle idoneità inerenti l'articolo 186 e inerenti le invalidità, unico su tutto il territorio nazionale.
- **ASSICURAZIONI:** Le Compagnie Assicuratrici potrebbero fornire segnalazioni di incidenti, ricorsi o quanto altro correlati alla positività all'alcol. Infatti, va ricordato che, oltre alle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di sinistro sotto effetto di alcol, una delle punizioni pecuniarie più onerose può arrivare direttamente dalla compagnia assicurativa. Potrebbe essere in qualche modo incentivata la scelta di un'assicurazione auto, la cui polizza preveda la clausola inerente la rivalsa da parte dell'assicurazione in caso di incidente dovuto a guida in stato di ebbrezza.
- **LAVORI DI PUBBLICA UTILITÀ' - Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE):** sarebbe interessante reperire i dati inerenti l'applicazione dei lavori di pubblica utilità da parte dei tribunali. Il Nuovo codice della strada, in caso di guida in stato di ebbrezza o in stato di alterazione da sostanze stupefacenti come prevedono gli articoli 186 comma 9-bis e 187 comma 8-bis del d.lgs.285/1992, prevede che la pena detentiva e pecuniaria possa essere sostituita, se non vi è opposizione da parte dell'imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità, consistente nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività. Tale attività potrà essere svolta, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell'educazione stradale presso lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni o presso Enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, o presso i Centri specializzati di lotta alle dipendenze.

- **MEDICINA DEL LAVORO:** in questi anni sulla gestione della questione alcol negli ambienti di lavoro si è assistito ad una mancata integrazione tra la legge 125/2001 (Art. 15 - “*Disposizioni per la sicurezza sul lavoro*”), l’Intesa Stato-Regioni del 2006 e i DD.Lgss 81/2008 e 106/2009. La scelta del legislatore è stata quella di non disciplinare la normativa sull’alcol in maniera dettagliata come quella relativa alle sostanze psicotrope (*Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza*. Provvedimento del 18 settembre 2008) lasciando quindi ampi margini soggettivi nel comportamento dei diversi soggetti della prevenzione. La confusione non ha facilitato l’applicazione delle norme e molte Regioni hanno deliberato delle disposizioni e regolamenti in forma autonoma. Ancora oggi risulta quindi necessario un documento nazionale univoco che elimini le varie incongruenze e chiarisca gli interventi da fare.
- **SANZIONI PER TRASGRESSIONE DIVIETO DI CONSUMO DI ALCOL:** se la cosiddetta legge antifumo e successive circolari (n.3 del 16 gennaio 2003) e l’accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2004 prevedono delle precise sanzioni pecuniarie per quanto riguarda la trasgressione del divieto di fumare, ciò non avviene per le trasgressioni dei divieti inerenti il consumo di bevande alcoliche. Sono previste solo sanzioni inerenti la vendita illegale ai minori di 18 anni.
- **ANCI:** sarebbe auspicabile avere il monitoraggio dei controlli e delle sanzioni sull’alcol inerenti sia la guida che la vendita ai minori di 18 anni da parte degli esercenti che i singoli comuni effettuano tramite la polizia municipale.

TABELLE E GRAFICI



Tab.II.1 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2016

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA					TOTALE
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata		
PIEMONTE	65	-	-	1		66
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-		1
LOMBARDIA	47	1	-	9		57
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-		6
PROV.AUTON.TRENTO	9	-	-	1		10
VENETO	24	1	-	7		32
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	-	-	-		5
LIGURIA	6	-	-	-		6
EMILIA ROMAGNA	15	-	-	31		46
TOSCANA	37	-	1	-		38
UMBRIA	11	-	-	-		11
MARCHE	14	-	-	-		14
LAZIO	21	-	-	12		33
ABRUZZO	6	-	-	-		6
MOLISE	5	-	-	1		6
CAMPANIA	42	-	-	-		42
PUGLIA	40	-	-	1		41
BASILICATA	3	-	-	-		3
CALABRIA	5	-	-	5		10
SICILIA	51	-	-	-		51
SARDEGNA	11	-	-	1		12
ITALIA	423	3	1	69		496



Tab. II.2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2016

REGIONE	MEDICI		PSICOLOGI		ASSISTENTI SOCIALI		EDUCATORI PROFESSIONALI		totale
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	
PIEMONTE	7	119	7	100	5	66	8	102	110
VALLE D'AOSTA	0	5	0	6	0	3	0	6	6
LOMBARDIA	39	71	24	68	26	57	20	45	65
PROV. AUTON. BOLZANO	2	6	2	27	1	6	2	1	3
PROV. AUTON. TRENTO	2	10	0	2	2	4	3	2	5
VENETO	9	64	9	42	10	41	16	47	63
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	10	7	6	5	7	2	3	5
LIGURIA	2	36	0	23	1	23	1	8	9
EMILIA ROMAGNA	5	60	5	30	2	37	3	38	41
TOSCANA	1	68	0	45	2	49	4	37	41
UMBRIA	1	12	1	12	0	10	0	3	3
MARCHE	1	36	1	19	1	17	0	2	2
LAZIO	14	99	7	48	7	42	0	5	5
ABRUZZO	10	5	3	7	6	3	2	1	3
MOLISE	4	4	2	2	7	2	9	2	9
CAMPANIA	38	82	15	57	21	49	3	21	24
PUGLIA	3	58	6	40	4	47	0	23	23
BASILICATA	2	5	3	3	1	3	2	1	3
CALABRIA	11	13	6	10	7	12	1	0	1
SICILIA	0	107	0	56	0	70	0	9	9
SARDEGNA	17	26	9	16	6	9	4	7	11
ITALIA	177	896	107	619	113	557	71	361	432

Segue tab. I.1.2

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	adde- ti esclusivamente	adde- ti parzialmente	totale	adde- ti esclusivamente	adde- ti parzialmente	totale	adde- ti esclusivamente	adde- ti parzialmente	totale	adde- ti esclusivamente	adde- ti parzialmente	totale
PIEMONTE	3	128	131	0	29	29	1	34	35	31	578	609
VALLE D'AOSTA	0	4	4	0	4	4					28	28
LOMBARDIA	44	84	128	7	16	23	5	4	9	165	345	510
PROV. AUTON. BOLZANO	0	14	14	1	8	9	0	1	1	8	63	71
PROV. AUTON. TRENTO	2	3	5	1	0	1	1	1	1	10	21	31
VENETO	13	83	96	4	22	26	5	18	23	66	317	383
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	14	34	0	5	5	6	3	9	49	48	97
LIGURIA	2	66	68	0	6	6	0	3	3	6	165	171
EMILIA ROMAGNA	2	74	76	0	2	2	0	7	7	17	248	265
TOSCANA	0	85	85	0	6	6	0	8	8	7	298	305
UMBRIA	3	12	15	0	1	1	1	1	2	6	51	57
MARCHE	0	34	34	0	5	5	0	8	8	3	121	124
LAZIO	28	89	117	1	7	8	4	27	31	61	317	378
ABRUZZO	13	2	15	1	2	3	5	0	5	40	20	60
MOLISE	9	3	12	1	0	1	6	1	7	29	12	41
CAMPANIA	40	95	135	4	10	14	4	25	29	125	339	464
PUGLIA	9	72	81	0	4	4	2	9	11	24	253	277
BASILICATA	2	6	8	0	1	1	0	2	2	10	21	31
CALABRIA	13	19	32	4	3	7	5	6	11	47	63	110
SICILIA	0	102	102	0	21	21	0	31	31	31	396	396
SARDEGNA	24	25	49	1	4	5	0	4	4	61	91	152
ITALIA	227	1.014	1.241	25	156	181	45	192	237	765	3.795	4.560

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

REGIONE	2011			2012			2013			2014			2015			2016								
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale					
UTENTI TOTALI																								
PIEMONTE	5.127	1.618	6.745	3,2	5.094	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	4.755	1.516	6.271	3,1
VALLE D'AOSTA	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	256	76	332	3,4
LOMBARDIA	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	9.198	2.519	11.717	3,7
PROV.AUTON.BOLZANO	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	2.139	556	2.695	3,8
PROV.AUTON.TRENTO	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	2.941	586	3.527	5,0
VENETO	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	7.174	2.008	9.182	3,6
FRILUNI VENEZIA GIULIA	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	3.256	929	4.185	3,5
LIGURIA	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	1.132	470	1.602	2,4
EMILIA ROMAGNA	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	4.244	1.719	5.963	2,5
TOSCANA	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	3.577	1.445	5.022	2,5
UMBRIA	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	2.381	670	3.051	3,6
MARCHE	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	1.202	513	1.715	2,3
LAZIO	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	1.771	653	2.424	2,7
ABRUZZO	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	620	171	791	3,6
MOLISE	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	341	86	427	4,0
CAMPANIA	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	2.063	497	3.160	5,4	2.709	457	3.166	5,9
PUGLIA	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	1.403	309	1.712	4,5
BASILICATA	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	261	67	328	3,9
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	1.008	167	1.175	6,0
SICILIA	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	2.956	634	3.590	4,7
SARDEGNA	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	1.910	434	2.344	4,4
ITALIA	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	55.234	15.985	71.219	3,5

REGIONE	2011			2012			2013			2014			2015			2016								
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Totale							
PIEMONTE	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	3.472	1.222	4.694	2,8
VALLE D'AOSTA	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	229	60	289	3,8
LOMBARDIA	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	6.239	1.675	7.914	3,7
PROV.AUTON.BOLZANO	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	1.705	462	2.167	3,7
PROV.AUTON.TRENTO	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	2.385	488	2.873	4,9
VENETO	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	5.453	1.491	6.944	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	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	2.303	630	2.933	3,7
LIGURIA	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	907	390	1.297	2,3
EMILIA ROMAGNA	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	3.323	1.347	4.670	2,5
TOSCANA	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	2.648	1.122	3.770	2,4
UMBRIA	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	1.161	366	1.527	3,2
MARCHE	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	879	388	1.267	2,3
LAZIO	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	1.225	431	1.656	2,8
ABRUZZO	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	416	109	525	3,8
MOLISE	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	269	67	336	4,0
CAMPANIA	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	2.115	340	2.455	6,2
PUGLIA	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	1.065	231	1.296	4,6
BASILICATA	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	187	53	240	3,5
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	668	104	772	6,4
SICILIA	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	2.212	482	2.694	4,6
SARDEGNA	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	1.318	320	1.638	4,1
ITALIA	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	40.179	11.778	51.957	3,4

REGIONE	2011				2012				2013				2014				2015				2016			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F
PIEMONTE	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	1.283	294	1.577	4,4
VALLE D'AOSTA	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	27	16	43	1,7
LOMBARDIA	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	2.959	844	3.803	3,5
PROVAUTON/BOLZANO	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	434	94	528	4,6
PROVAUTON/TRENTO	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	556	98	654	5,7
VENETO	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	1.721	517	2.238	3,3
FRUII/VENEZIA GIULIA	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	953	299	1.252	3,2
LIGURIA	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	225	80	305	2,8
EMILIA ROMAGNA	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	921	372	1.293	2,5
TOSCANA	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	929	323	1.252	2,9
UMBRIA	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	1.220	304	1.524	4,0
MARCHE	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	323	125	448	2,6
LAZIO	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	546	222	768	2,5
ABRUZZO	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	204	62	266	3,3
MOLISE	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	72	19	91	3,8
CAMPANIA	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	594	117	711	5,1
PUGLIA	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	338	78	416	4,3
BASILICATA	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	74	14	88	5,3
CALABRIA	428	78	506	5,5	58	8	66	-	337	92	429	3,7	335	86	421	3,9	512	82	594	6,2	340	63	403	5,4
SICILIA	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	744	152	896	4,9
SARDEGNA	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	592	114	706	5,2
ITALIA	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	15.055	4.207	19.262	3,6

Tab. II.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2016

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	130	0,9	37	0,9	167	0,9	112	0,3	53	0,4	165	0,3	242	0,4	90	0,6	332	0,5
20-29	1.785	11,9	410	9,7	2.195	11,4	2.563	6,4	539	4,6	3.102	6,0	4.348	7,9	949	5,9	5.297	7,4
30-39	3.227	21,4	771	18,3	3.998	20,8	6.802	16,9	1.576	13,4	8.378	16,1	10.029	18,2	2.347	14,7	12.376	17,4
40-49	4.508	29,9	1.234	29,3	5.742	29,8	12.129	30,2	3.583	30,4	15.712	30,2	16.637	30,1	4.817	30,1	21.454	30,1
50-59	3.343	22,2	1.057	25,1	4.400	22,8	11.637	29,0	3.683	31,3	15.320	29,5	14.980	27,1	4.740	29,7	19.720	27,7
>=60	2.062	13,7	698	16,6	2.760	14,3	6.936	17,3	2.344	19,9	9.280	17,9	8.998	16,3	3.042	19,0	12.040	16,9
TOTALE	15.055	100,0	4.207	100,0	19.262	100,0	40.179	100,0	11.778	100,0	51.957	100,0	55.234	100,0	15.985	100,0	71.219	100,0

Tab. II.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2016

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	PIEMONTE	9,6	11,3	10,0	1,8	2,0	1,9	33,3	38,1	34,5	13,1	13,3	13,2	42,2	35,3
VALLE D'AOSTA	7,3	4,5	6,5	0,0	2,3	0,6	72,6	70,5	72,0	20,2	22,7	20,8	0,0	-	0,0
LOMBARDIA	8,8	9,1	8,9	5,1	5,7	5,2	48,0	55,3	49,6	34,3	24,5	32,2	3,7	5,4	4,1
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	5,6	6,7	5,8	5,7	7,9	6,2	62,8	64,0	63,1	25,6	21,2	24,7	0,2	0,2	0,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	3,8	9,6	5,1	0,9	1,7	1,1	50,2	48,0	49,7	35,6	23,4	32,9	9,4	17,2	11,2
LIGURIA	11,2	10,6	11,0	5,4	2,9	4,7	53,5	64,3	56,6	28,3	21,9	26,5	1,7	0,3	1,3
EMILIA ROMAGNA	12,9	11,4	12,4	3,4	3,8	3,5	56,7	65,4	59,2	25,7	19,0	23,7	1,4	0,3	1,1
TOSCANA	9,9	8,7	9,6	6,4	3,9	5,7	53,1	58,8	54,8	25,2	21,6	24,1	5,4	7,0	5,9
UMBRIA	10,7	12,0	11,0	13,2	20,9	15,0	40,5	39,6	40,3	35,5	27,5	33,6	0,0	-	0,0
MARCHE	8,4	7,7	8,2	5,1	3,4	4,6	35,4	43,0	37,7	11,2	12,2	11,5	39,9	33,7	38,1
LAZIO	8,5	7,7	8,3	5,2	6,5	5,6	39,5	49,9	42,2	23,4	20,3	22,6	23,4	15,6	21,3
ABRUZZO	10,5	10,1	10,4	10,1	16,2	11,2	43,6	40,5	43,0	35,4	33,1	35,0	0,4	-	0,4
MOLISE	12,3	15,1	12,9	5,6	5,8	5,6	52,2	53,5	52,5	28,7	23,3	27,6	1,2	2,3	1,4
CAMPANIA	18,0	11,4	17,1	7,5	6,9	7,4	53,5	59,4	54,4	20,5	22,2	20,8	0,4	0,2	0,4
PUGLIA	17,5	14,4	17,0	4,5	6,3	4,8	45,2	58,8	47,7	29,2	18,7	27,3	3,6	1,8	3,3
BASILICATA	8,9	4,7	7,9	2,7	7,0	3,7	52,7	44,2	50,8	34,2	39,5	35,4	1,4	4,7	2,1
CALABRIA	18,1	12,4	17,2	4,3	1,8	3,9	50,4	62,4	52,2	27,0	22,9	26,4	0,2	0,6	0,3
SICILIA	18,4	13,4	17,5	6,8	10,2	7,4	37,6	44,2	38,8	32,3	27,0	31,4	4,9	5,2	4,9
SARDEGNA	8,6	8,1	8,5	6,4	11,5	7,4	33,8	41,3	35,2	38,3	24,1	35,6	12,9	15,0	13,3
ITALIA	10,3	9,7	10,2	5,3	6,2	5,5	48,3	54,0	49,6	27,6	21,4	26,2	8,5	8,7	8,5

Tab.II.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2016

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:			
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate	altro
PIEMONTE	19,5	9,8	0,0	16,8	1,8	28,3	2,6	0,1	0,5	0,1	0,0	0,0	20,3
VALLE D'AOSTA	41,3	17,7	1,4	13,8	2,6	16,3	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	23,5	8,9	4,5	22,2	1,7	17,9	2,9	1,2	0,4	0,7	0,6	0,1	15,5
PROV.AUTON.BOLZANO	24,3	23,8	0,0	35,6	0,1	11,6	2,7	0,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	8,9	0,4	0,0	62,9	16,3	4,6	1,5	2,3	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
VENETO	30,2	5,6	3,7	23,1	10,9	12,6	2,6	3,0	1,5	0,4	0,4	0,1	5,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	13,0	2,6	5,6	32,4	8,9	8,5	2,2	4,9	0,4	0,8	0,4	0,1	6,3
LIGURIA	29,2	9,6	5,5	31,5	3,0	13,5	3,7	1,1	1,0	0,0	1,0	0,1	0,8
EMILIA ROMAGNA	47,6	3,3	1,7	8,9	1,5	24,5	4,6	0,6	0,1	0,8	0,0	0,0	6,4
TOSCANA	39,4	2,8	1,1	28,3	9,5	10,7	2,9	0,8	0,8	0,4	0,8	0,8	1,7
UMBRIA	29,2	6,2	5,8	36,4	7,4	8,4	2,9	1,0	0,9	0,0	1,6	0,3	0,0
MARCHE	30,9	10,2	3,4	27,8	1,1	16,6	2,6	2,1	0,7	0,0	3,9	0,2	0,7
LAZIO	28,8	16,5	4,4	23,9	6,6	8,9	3,4	1,5	0,8	0,1	1,8	0,2	2,9
ABRUZZO	25,6	13,1	5,8	35,2	3,3	8,4	3,3	1,0	0,9	0,0	2,0	1,3	0,0
MOLISE	26,1	6,0	5,3	32,7	6,4	19,4	2,2	0,9	0,7	0,0	0,4	0,1	0,0
CAMPANIA	34,1	10,6	3,8	30,6	2,4	9,4	2,8	2,0	2,4	0,0	1,4	0,3	0,2
PUGLIA	29,8	14,8	6,1	20,7	2,3	14,4	4,7	1,4	1,1	0,3	0,3	0,7	3,4
BASILICATA	23,9	14,5	7,5	29,5	6,7	12,7	5,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	28,7	13,0	4,7	24,2	8,4	16,8	3,7	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
SICILIA	28,4	12,4	3,3	31,0	2,3	16,5	2,1	1,0	1,4	0,0	0,7	0,5	0,3
SARDEGNA	32,5	12,9	5,6	28,8	5,6	9,1	2,1	1,1	1,3	0,0	0,3	0,0	0,6
ITALIA	28,1	8,7	3,4	25,5	5,0	15,3	2,9	1,5	0,8	0,3	0,8	0,2	7,1

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	2016
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	28,1
Psicoterapeutico	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7
individuale												
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	3,4
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	25,5
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	5,0
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	15,3
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	2,9
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5
sindrome di dipendenza da alcool												
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	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	0,3
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8
sindrome di dipendenza da alcool												
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	0,2
altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3
Altro	2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1

**Tab.II.8a - PERCENTUALI* DI SERVIZIO GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE
CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2016**

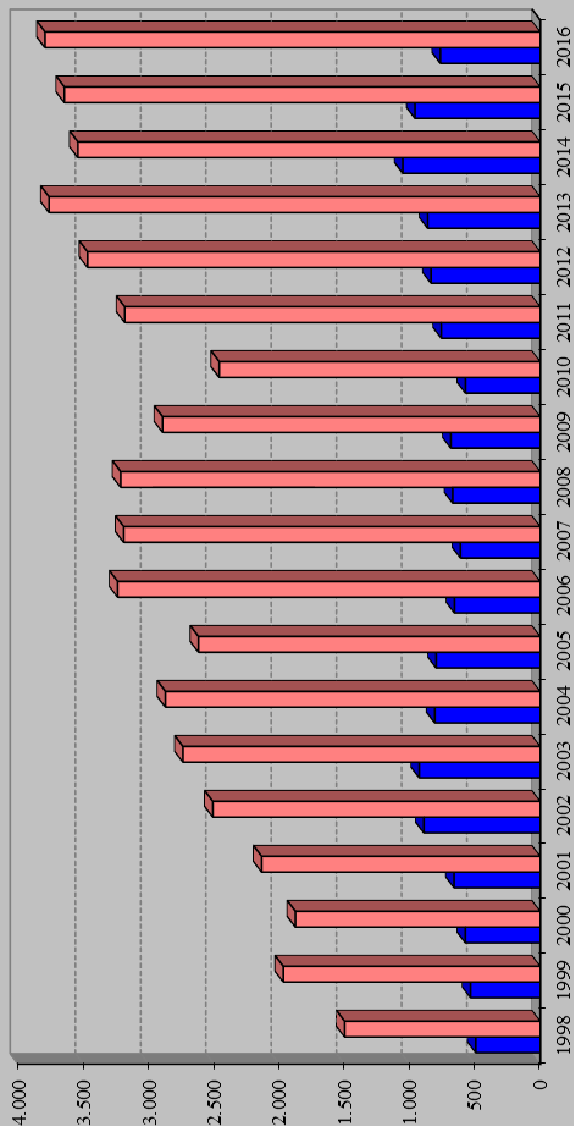
REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro	
	CAT	AA						Altro
		AA	Altro					
PIEMONTE	60,6	31,8	7,6	36,4	28,8	47,0	3,0	
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	
LOMBARDIA	78,9	84,2	12,3	66,7	31,6	64,9	1,8	
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	66,7	83,3	50,0	33,3	83,3	-	
PROV.AUTON.TRENTO	90,0	40,0	10,0	50,0	70,0	80,0	-	
VENETO	93,8	75,0	21,9	53,1	31,3	84,4	12,5	
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	40,0	20,0	60,0	60,0	20,0	
LIGURIA	66,7	50,0	-	66,7	-	50,0	-	
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-	
TOSCANA	68,4	47,4	28,9	50,0	31,6	42,1	13,2	
UMBRIA	63,6	54,5	9,1	45,5	36,4	18,2	-	
MARCHE	50,0	78,6	21,4	71,4	21,4	42,9	14,3	
LAZIO	39,4	48,5	21,2	51,5	27,3	36,4	-	
ABRUZZO	-	16,7	-	16,7	16,7	16,7	16,7	
MOLISE	66,7	33,3	16,7	100,0	-	-	16,7	
CAMPANIA	31,0	21,4	9,5	42,9	21,4	16,7	7,1	
PUGLIA	22,0	7,3	4,9	26,8	12,2	12,2	2,4	
BASILICATA	100,0	33,3	-	66,7	-	-	-	
CALABRIA	50,0	30,0	20,0	80,0	20,0	20,0	-	
SICILIA	29,4	15,7	2,0	43,1	15,7	13,7	5,9	
SARDEGNA	91,7	33,3	41,7	41,7	33,3	41,7	-	
ITALIA	50,0	38,7	13,1	43,8	23,6	35,7	4,8	

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

<i>Segue tab. II.8b</i>			
b) Enti privati			
REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	33,3	1,5	3,0
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	31,6	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	50,0	-	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	30,0	-	-
VENETO	12,5	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	40,0	-	-
LIGURIA	33,3	-	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-
TOSCANA	7,9	-	-
UMBRIA	18,2	-	-
MARCHE	42,9	7,1	-
LAZIO	27,3	3,0	-
ABRUZZO	-	-	-
MOLISE	33,3	-	-
CAMPANIA	33,3	-	-
PUGLIA	-	-	-
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	10,0	-	-
SICILIA	19,6	-	-
SARDEGNA	25,0	8,3	-
ITALIA	21,0	0,8	0,6



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



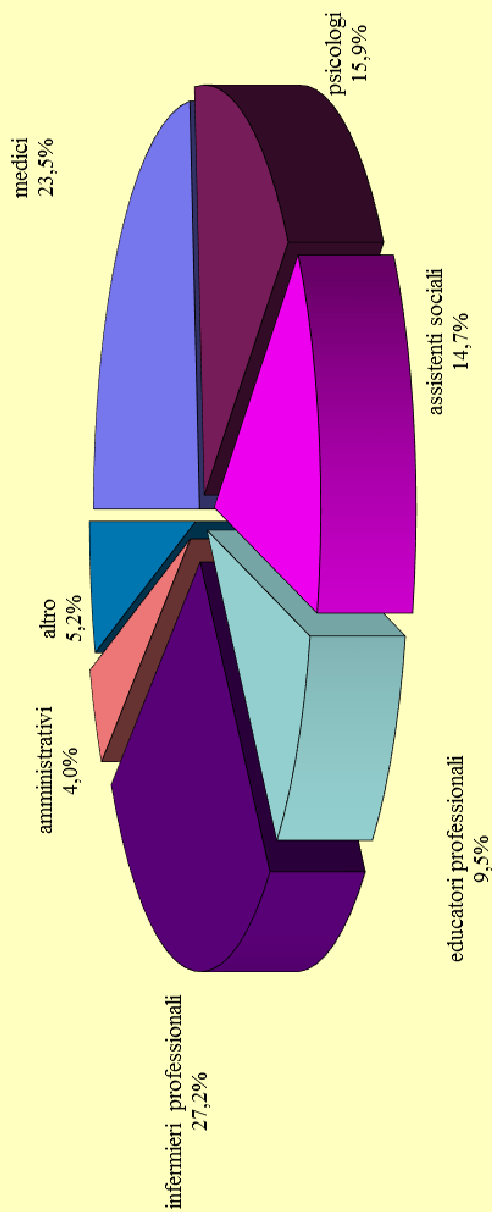
anni

■ addetti esclusivamente ■ addetti parzialmente

anno	addetti esclusivamente	addetti parzialmente
2007	3192	3803
2008	671	3886
2009	685	3579
2010	573	3033
2011	758	3942
2012	837	4306
2013	862	4626
2014	1053	4596
2015	960	3647
2016	765	4560



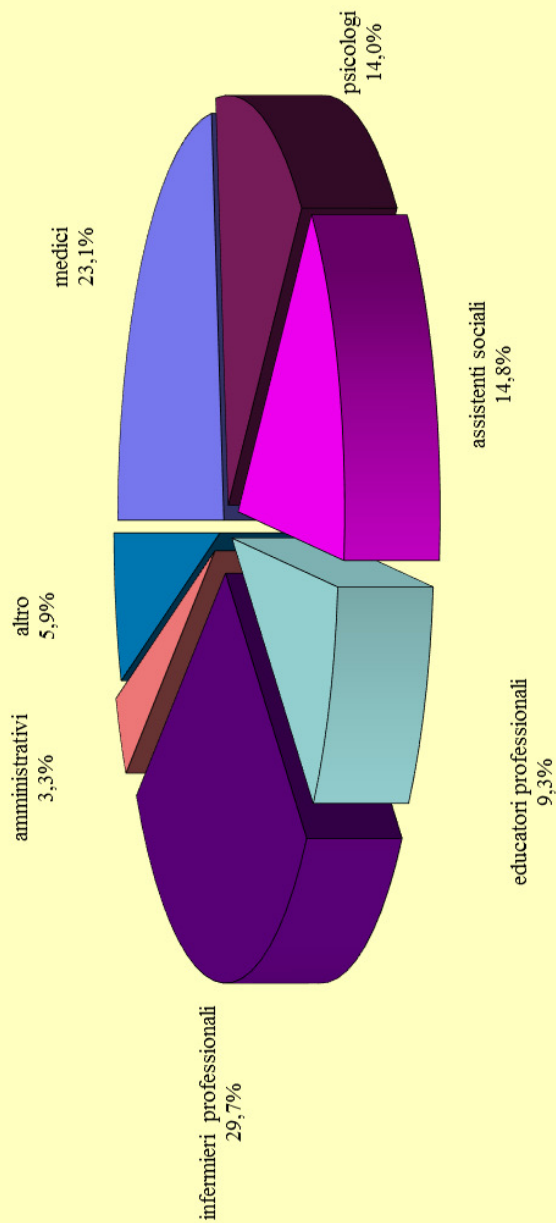
**Graf.II.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2016**



23,5307	15,92105	14,69298	9,473684	27,21491	3,969298	5,197368	100
1073	726	670	432	1241	181	237	4560
medici	psicologi	assistenti	educatori p	infermieri p	amministr	altro	
23,5307	15,92105	14,69298	9,473684	27,21491	3,969298	5,197368	100



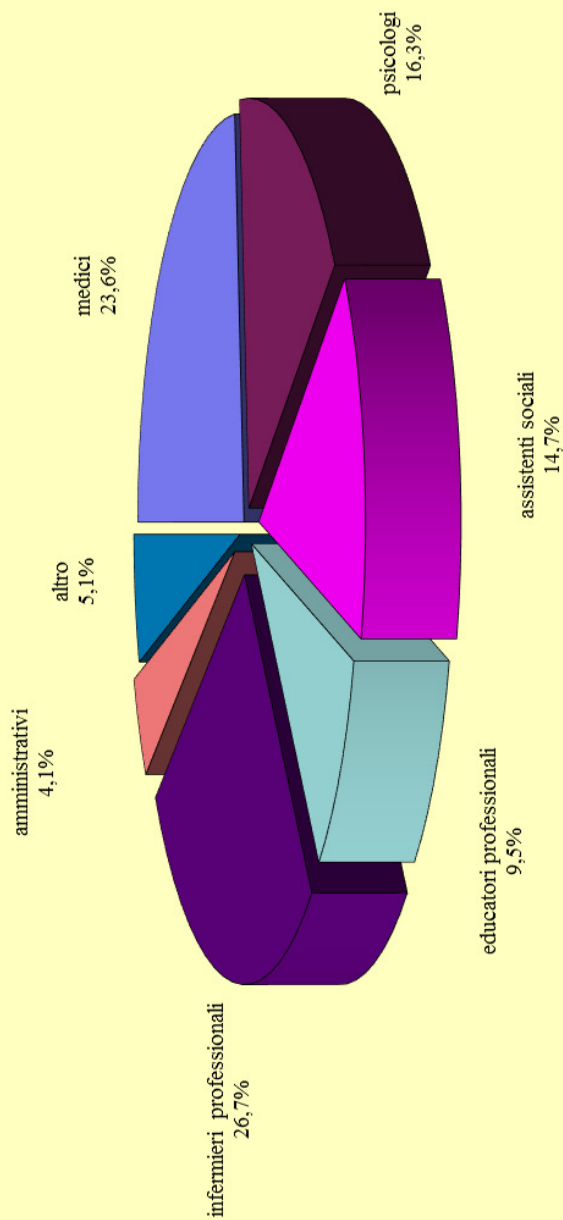
Graf. II.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2016



177	107	113	71	227	25	45	765
medici	psicologi	infermieri p	educatori p	infermieri p	amministr	altro	
23,13725	13,98693	14,77124	9,281046	29,6732	3,267974	5,882353	100

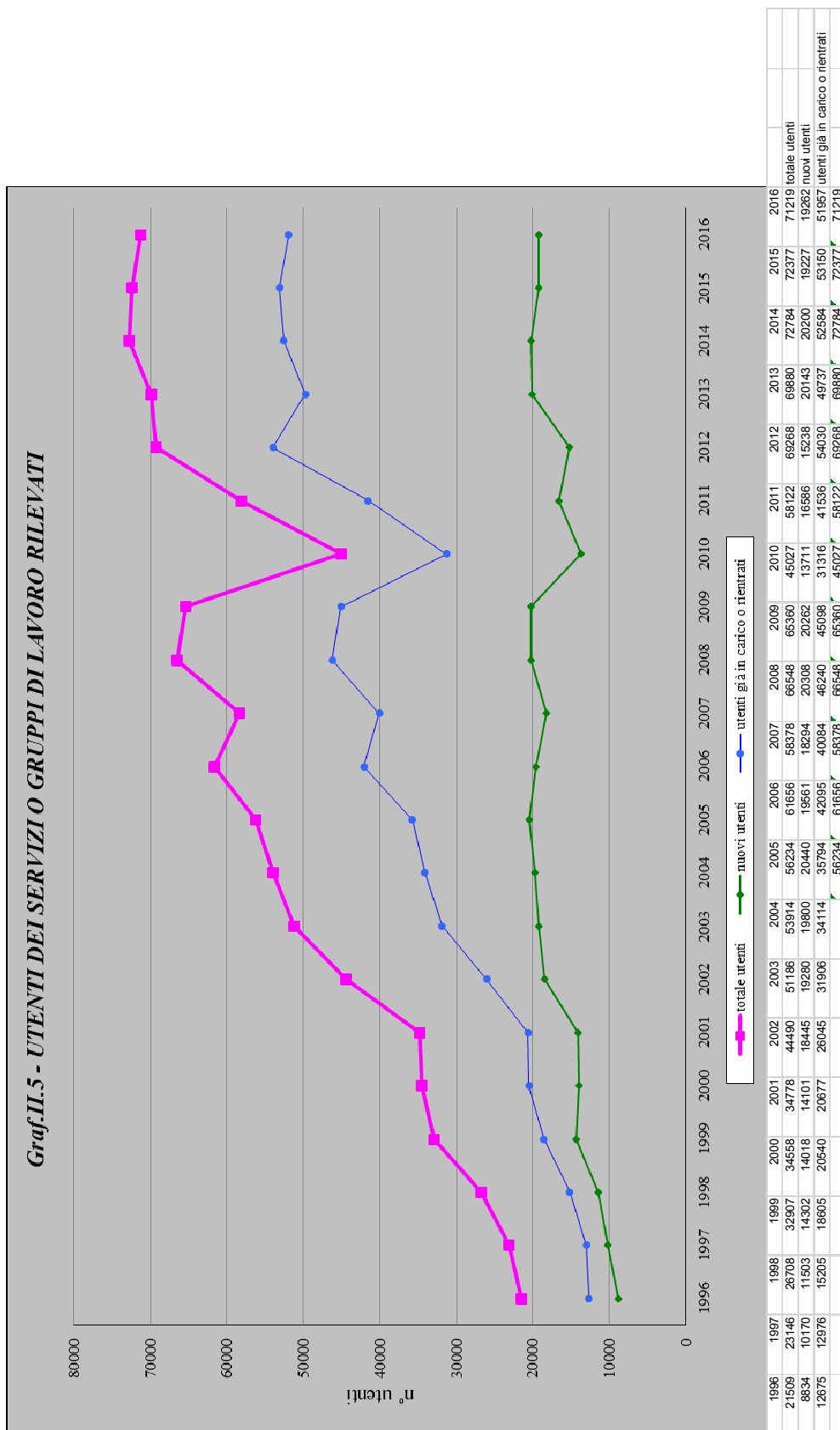


Graf.IL.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2016

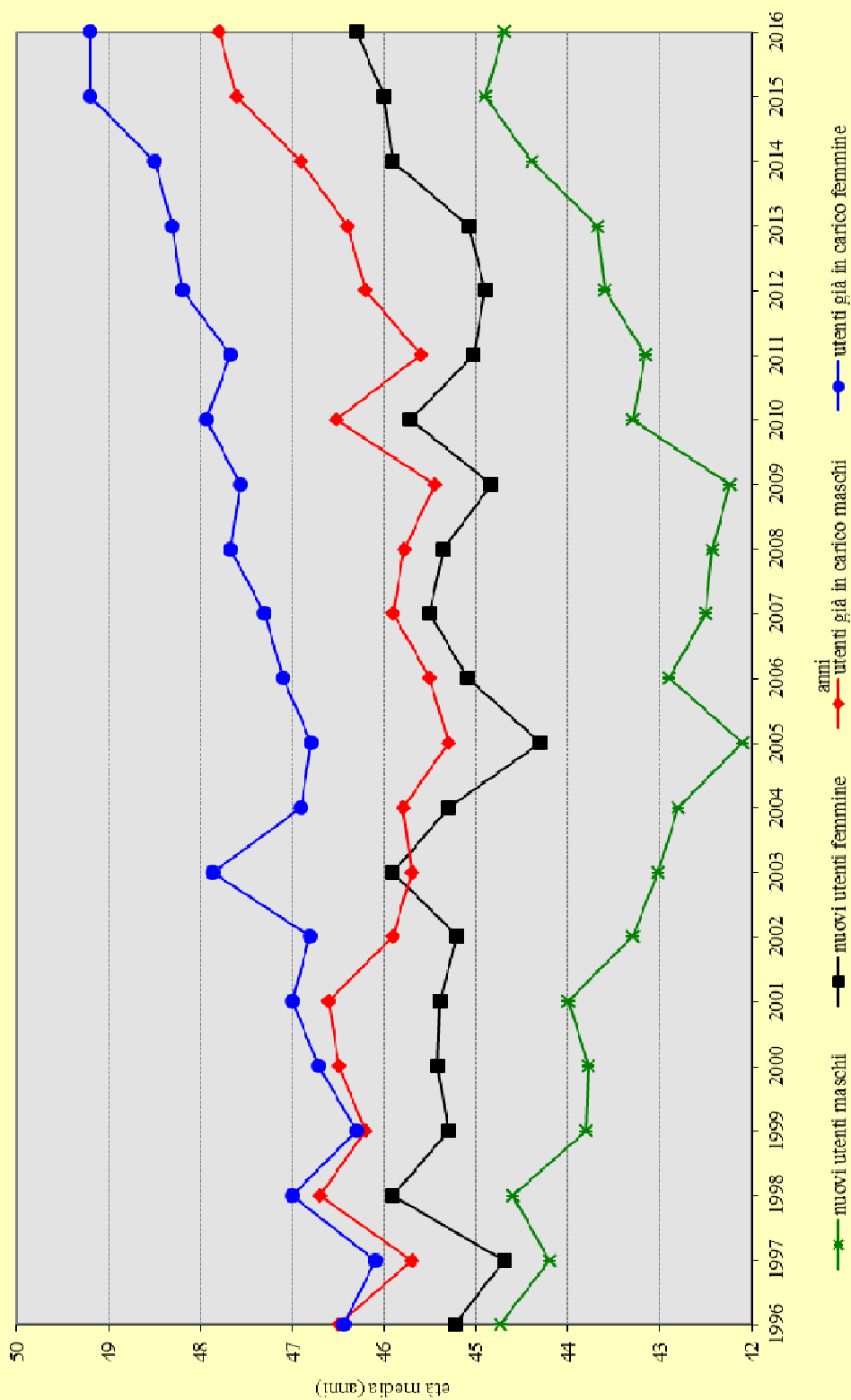


896	619	557	361	1.014	156	192	3.795
medici	psicologi	assistenti	educatori p	infermieri p	amministrat	altro	
23,61001	16,31094	14,67721	9,512516	26,71937	4,110672	5,059289	100



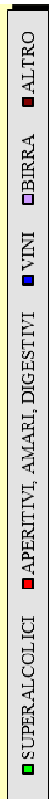
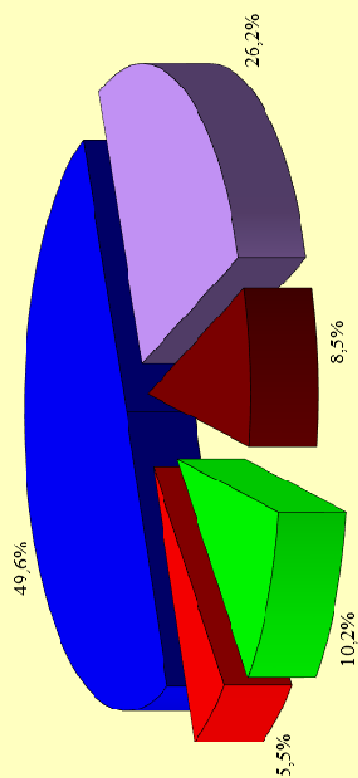


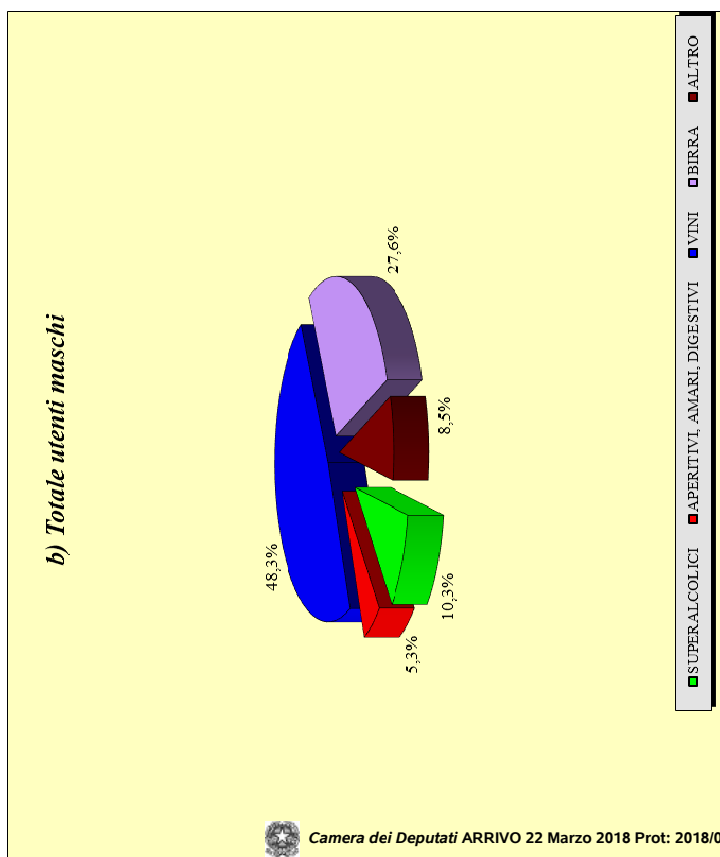
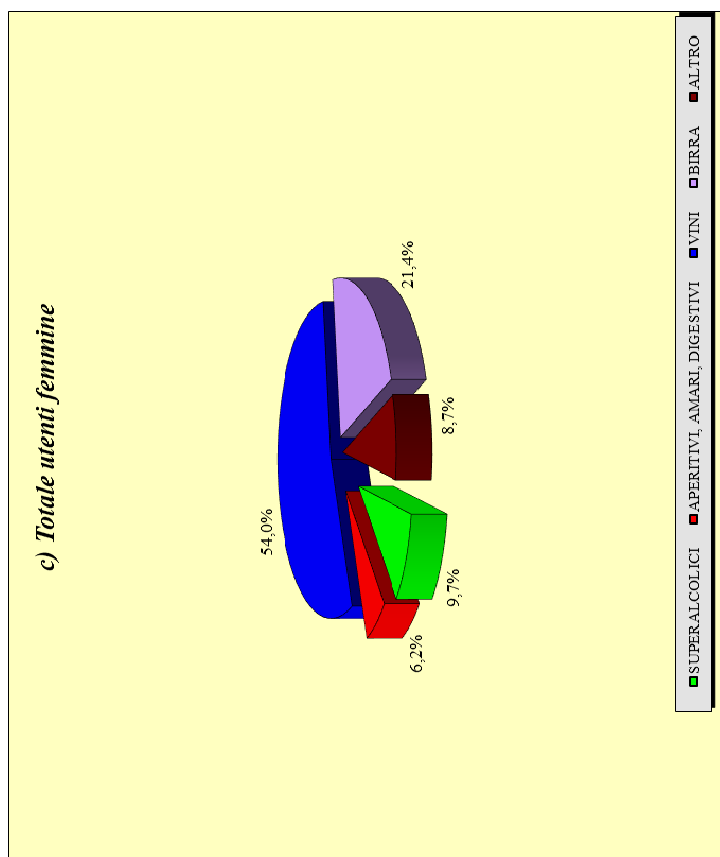
Graf. II.6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



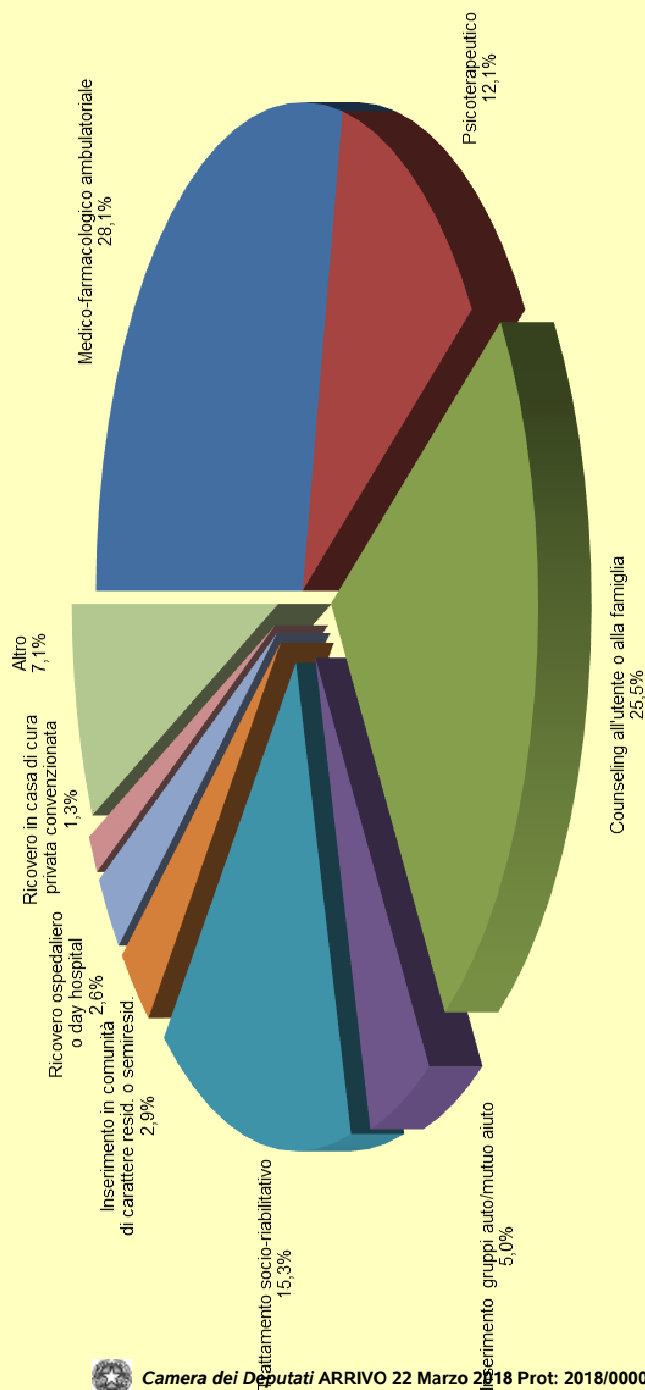
**Graf. II.7a - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2016**

a) Totale utenti





**Graf. II.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2016**





PARTE TERZA

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

5.1. Gli interventi di indirizzo

II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE

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

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

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

1. Informazione /educazione

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

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

2. Bere e guida

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

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

3. Ambienti e luoghi di lavoro

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

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

4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza

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

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

5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione

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

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

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

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

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

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

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

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

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

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

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

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

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

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

II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

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

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

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

Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007. Con il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 la Piattaforma Nazionale di Guadagnare Salute è stata rinnovata per i prossimi tre anni.

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

“Guadagnare salute rendendo più facile evitare l’abuso di alcol”

Strategie e ipotesi di intervento

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

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

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

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

3 Informare correttamente i consumatori

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

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
- Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l’opportunità di ulteriori misure normative (quali ad

esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).

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

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

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

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

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

7 Proteggere i minori dal danno alcol correlato

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

8 Formare gli operatori

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

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

L'implementazione del Programma “Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari” nel settore Alcol - Le attività dell'anno 2017

Il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 rinnova per ulteriori tre anni le attività della Piattaforma Nazionale Guadagnare Salute.

La Piattaforma Nazionale Guadagnare Salute è istituita presso il Ministero della Salute e risponde all'esigenza di rafforzare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Per adempiere a tale finalità, la “Piattaforma” formula indicazioni e promuove iniziative finalizzate a favorire nella popolazione l'adozione di stili di vita salutari, secondo le indicazioni del Programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. La Piattaforma, per il raggiungimento degli obiettivi, opera attraverso l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con le politiche relative all'istruzione e alla promozione culturale, allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica, ai trasporti, all'industria, al commercio all'agricoltura, sia a livello centrale che territoriale. A tal fine, la Piattaforma facilita l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio e favorisce lo sviluppo di un approccio intersettoriale alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche”.

Già da diversi anni, attraverso l'attuazione del Programma “Guadagnare Salute”, 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 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, il ***“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 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 del 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 quinta edizione di “CONOSCERE L’ALCOL” una campagna sociale di sensibilizzazione sul consumo moderato e consapevole 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, e sulla necessità di astenersi in particolari situazioni o fasi della vita.

Sono stati coinvolti 220 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, IperSIMPLY ed Etruria sono state realizzate giornate di sensibilizzazione in cui personale appositamente formato ha sensibilizzato i consumatori sulla necessità di un consumo moderato e consapevole nonché 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 consapevole, evitando il consumo rischioso e dannoso di alcol (come il *binge drinking*, la guida di veicoli dopo il consumo di bevande alcoliche, etc.).

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il quinquennio 2014-2018, è stato approvato con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome il 13 novembre 2014, ed è stato prorogato fino a dicembre 2019 con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017 che prevede anche una eventuale rimodulazione dei Piani Regionali di Prevenzione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 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 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

La prevenzione dei danni alcol correlati è specificamente contemplata nel 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 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 PNP, nell'ambito del Macro Obiettivo 1, prevede il raggiungimento di vari Obiettivi Centrali che tutte le Regioni e PPAA devono raggiungere, tra i quali:

- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment)
- Promuovere l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- Ridurre il consumo di alcol a rischio

Percorso di monitoraggio dei PRP

Anno 2014: è stato valutato il recepimento regionale del PNP

- Viene valutata la sussistenza dei requisiti stabiliti nell'Intesa 13 novembre 2014

Anno 2015: è stata valutata la pianificazione del PRP (ex ante)

- Vengono verificati i criteri riportati nella **Griglia di valutazione della pianificazione**

Anni 2016, 2017, 2018: valutazione di processo

- Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP

Anno 2019: sarà effettuata la valutazione di risultato

- Viene documentato e valutato, attraverso i valori osservati regionali di tutti gli indicatori centrali, il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP.

SVILUPPO DI UNA PIATTAFORMA WEB

Il Programma CCM 2016, Area Azioni Centrali, ha previsto il progetto dal titolo: "Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione attraverso l'elaborazione e l'implementazione di un framework di monitoraggio", il cui Ente Partner è l'Istituto Superiore della Sanità e l'Unità Operativa è l'Università Ca Foscari.

Il progetto risponde all'esigenza per i decisori di politica sanitaria di disporre di una rappresentazione sintetica e omogenea delle informazioni di base contenute nei PRP, in grado di consentire una lettura comparata delle strategie di attuazione dei piani di prevenzione messe in atto dalle diverse Regioni. Il primo obiettivo del progetto è infatti la costruzione di un Data Base relazionale (DB) in grado di accogliere la riclassificazione dei PRP, secondo un tracciato record che consenta di approfondire gli aspetti di interesse. Il DB accoglierà un set di informazioni utili a descrivere e a monitorare alcune aree di operatività ritenute strategiche per la realizzazione dei PRP (**framework di monitoraggio**).

La piattaforma è finalizzata, inoltre, a veicolare tre fasi del percorso:

1. **Rendicontazione finalizzata alla certificazione (Format di rendicontazione)**
2. **Rimodulazione/proroga (Format di rimodulazione)**
3. **Monitoraggio stato di avanzamento (Questionario di monitoraggio)**

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 alcolica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto “**SISTIMAL. Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell’impatto alcol correlato**” affidato all’Istituto Superiore di Sanità, ONA-CNESPS, per l’Anno finanziario 2016.

Obiettivo principale del monitoraggio è la disponibilità della base di dati indispensabili alla valutazione della parte di popolazione esposta al rischio (consumatori di alcol, utenti dei servizi ecc) al fine di esplorare e far emergere la fenomenologia del rischio e del danno alcol-correlato e di ottenere utili indicazioni per la pianificazione delle politiche sanitarie e la valutazione degli interventi necessari (prevenzione, prestazioni erogabili, caratteristiche dei sistemi d’identificazione precoce, diagnosi, cura e riabilitazione). In tale ottica il progetto si propone come strumento prevalente della valutazione degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione e dei Piani di Prevenzione Regionali.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 istituisce “**Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione dell’art. 12, comma 11, del decreto-legge n. 179 del 2012**”.

I sistemi di sorveglianza e i registri, sono istituiti per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell’assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.

Nell’elenco dell’Allegato A1) Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale, è ricompreso il **Sistema di Monitoraggio Alcol (SISMA)** al punto A1.30

Il SISMA è 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.

La stessa logica istituzionale che ha dichiarato le sorveglianze fonti informative fondamentali per la programmazione e la ricerca in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura, ha portato ad inserire la “Sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili e degli stili di vita nella popolazione” all’interno del DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza) - relativamente all’area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, quale “prestazione” cui i cittadini hanno diritto, per le finalità di elaborazione e diffusione dei profili di salute di comunità, di promozione dell’*empowerment*, di costruzione di reti e alleanze con altri soggetti, di contributo scientifico alla promozione della salute.

Si ricorda, altresì, che nell’allegato 1 “**Prevenzione collettiva e sanità pubblica**” dei “nuovi” LEA (D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “**Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**”), sono riportate, alla **lettera F** “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”, una serie di prestazioni finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle MCNT, relative ad attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre

istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute", alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione, nonché agli screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal PNP 2014-2018.

E' prevista, inoltre, l'offerta di **counseling individuale**, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del **consumo rischioso di alcol**, nonché per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare. E' di fondamentale importanza l'inserimento di tali prestazioni individuali finalizzate alla promozione della salute in una area che aveva sinora escluso tale tipologia di interventi.

5.2. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

Nel corso del 2017 in linea con le indicazioni espresse dalla Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” (art.3, comma 4) che prevede diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate, e in linea con il Piano Nazionale Alcol e Salute collocato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, 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?”

Questa campagna di comunicazione avviata nel corso del 2016 e realizzata in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità -Osservatorio nazionale alcol e finalizzata a contrastare l’abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del *binge drinking*) è continuata nel corso del 2017. Per tale campagna è stato realizzato uno spot televisivo e radiofonico e pubblicato in un’apposita pagina di approfondimento informativo del portale del Ministero della Salute. Lo spot è stato anche veicolato sul canale *youtube* del Ministero della Salute ed è stato condiviso più volte da altri siti specializzati nel contrasto all’abuso di alcol nel corso del 2017.

Alcol Prevention Day (APD 2017)

La Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali ha sostenuto e finanziato la quindicesima edizione dell’Alcol Prevention Day che si è tenuta il 12 aprile 2017 a Roma presso l’Istituto Superiore di Sanità e promosso in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l’Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (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/apd17.asp>.

Alcol Prevention Race edizione 2017

Il giorno 17 aprile 2017, allo Stadio delle Terme di Caracalla, si è svolta la quinta gara podistica non competitiva “Alcohol Prevention Race” all’interno della XIX edizione della tradizionale “Roma **Appia Run**”, manifestazione podistica su strada organizzata dall’Associazione Centri Sportivi Italiani Nazionale (ACSI). Hanno aderito alla manifestazione circa 4000 appassionati provenienti da tutte le regioni italiane. A tutti al momento dell’iscrizione sono stati consegnati i materiali informativi per la prevenzione alcologica 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.

Materiali informativi

I materiali informativi stampati in collaborazione con all’Osservatorio Nazionale Alcol dell’I.S.S., utili per la prevenzione alcologica e dedicati ai minori, adolescenti, donne in attesa di un figlio, famiglie e associazioni di contrasto all’abuso di alcol, sono stati distribuiti nel corso del 2017, oltre che nell’ambito del Alcol Prevention Day e della Alcol Prevention Race, anche in tutte le iniziative ed eventi dove il Ministero della Salute era presente oppure organizzatore, come la 2^a Giornata della Salute della donna 2017, Tennis and Friends 2017 in collaborazione con il Policlinico Gemelli, SANIT 2017 - forum salute e benessere, 1^a Forum della sostenibilità e opportunità nel settore salute – Leopolda 2017, **12° Forum Risk Management in Sanità 2017** e

infine presso il Museo dei Bambini Explora per la giornata dedicata alle vaccinazioni. I materiali informativi di cui sopra sono di libero dominio e si possono scaricare dal sito <http://www.epicentro.iss.it/alcot/materiali.asp>.

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

La legge 125/2001, all'art. 3 comma 4, prevede che il Ministero della Salute predisponga l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome delle risorse disponibili finalizzate al monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati.

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

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

Con nota pec del 12/01/2016, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Emilia Romagna proponeva lo sviluppo di una progettualità unica tra le Regioni alla quale vincolare la somma stanziata per l'anno finanziario 2016, pari ad € 89.341,00; Il progetto sarebbe stato espletato dalla Regione capofila che sarebbe stata individuata dalla Commissione Salute ed alla quale sarebbe stata assegnata la somma prevista per l'AF 2016 al fine di coordinare la gestione organizzativa delle attività progettuali.

Con nota pec del 15/06/2016, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Piemonte comunicava che, nella seduta del 25 maggio 2016, veniva individuata la Regione Piemonte per la stesura del progetto nazionale che prevede anche attività di coordinamento tra le Regioni al fine di sviluppare le attività progettuali previste.

Il progetto nazionale ha per titolo "Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati", prevede una durata di dodici mesi e l'inizio delle attività progettuali è stato il 24/01/2017. Come conclusione del progetto è previsto un convegno nel quale siano presentati i risultati raggiunti e sia fornita l'opportunità ai rappresentanti regionali convenuti di confrontarsi sulle strategie e le attività da implementare ai fini del contrasto alle patologie e alle problematiche alcol correlate.

Il progetto è illustrato nella IV parte di questa Relazione al Parlamento.

5.4. 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)**
- **Scoping 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)**
- **Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP) approvato dalla risoluzione EUR/RC61/R4**

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2017 a numerose attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol-correlati.

Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale al Comitato per le Politiche Nazionali e Azioni sull'Alcol (CNAIPA) della DGSANTE' in seno alla Commissione Europea, e ai gruppi di lavoro, consultivi, di condivisione e aggiornamento periodico, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Global e WHO European Region).

Tutte le attività si sono svolte attraverso l'integrazione delle competenze dell'Ufficio 6° - Prevenzione Dipendenze, Doping e Salute Mentale - della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e della richiesta partecipazione attiva, del supporto tecnico-scientifico, della consulenza e delle competenze dell'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems (WHO CC -ITA79), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

In relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) un'attività sostanziale è stata la partecipazione al gruppo consultivo di esperti sullo strumento per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol, come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 che ha approvato il Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP). Il Comitato regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare o, se del caso, riformulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione, in modo tale da permettere di monitorare i progressi compiuti dagli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. Il WHO CC dell'ISS ha contribuito, anche in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, di poter disporre di strumenti adeguati ad elaborare un elenco di indicatori da utilizzare come strumento per la valutazione dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol.

Il WHO CC dell'ISS ha pertanto pubblicato un report che descrive la costruzione di 10 nuovi indicatori compositi, che forniscono un'ulteriore risorsa per valutare la misura in cui le politiche del piano d'azione sono state attuate dagli Stati membri.

In ambito Europeo, il Ministero della Salute italiano ha partecipato a numerose riunioni organizzate dal CNAPA, tali incontri sono stati dedicati a mobilitare i rappresentanti degli Stati membri per lo scambio e lo sviluppo di approcci comuni relativi alle priorità alla base dell'EAAP dell'OMS, della strategia globale in materia di alcol e delle strategie e azioni EU sull'alcol. L'Italia, ha assicurato supporto tecnico- scientifico e di ricerca mediante l'uso e la divulgazione dei risultati dell'azione comune dell'UE RARHA rivolta a ridurre i danni correlati all'alcol (<http://www.rarha.eu/Pages/default.aspx>), per la quale l'ISS era stato formalmente designato in rappresentanza del Ministero della Salute in Commissione Europea.

Uno dei contributi correlati alla Joint Action RARHA è legato alla collaborazione nella piattaforma di buone prassi (<http://rarha-good-practices.eu>) con un kit di strumenti che comprende interventi trasferibili nelle realtà sociali e nei contesti scolastici e di lavoro per i quali si evidenziano l'efficacia nell'influenzare gli atteggiamenti o i comportamenti legati al consumo di alcol per i quali è disponibile la validazione di orientamenti utili per i *policy-makers*. L'obiettivo del kit di strumenti è stato quello di contribuire all'attuazione della strategia dell'UE in materia di alcol concentrandosi su esempi concreti di approcci di buone prassi che sono attuati e validati dagli Stati membri. Tra questi, per l'Italia, è stata evidenziata la valenza dell'*Alcohol Prevention Day*, intervento che è parte integrante da oltre un decennio delle iniziative di comunicazione, informazione e prevenzione del Ministero della Salute svolte congiuntamente dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, dal WHO CC, dalla Società Italiana di Alcolologia e dall'AICAT, in ottemperanza e ai sensi della Legge 125/2001. Sono stati anche accreditati come buona pratica europea validata i corsi IPIB (identificazione Precoce e Intervento Breve sui rischi alcolcorrelati) svolti dall'ISS e già in passato finanziati dal Ministero della Salute come azioni del CCM. Queste esperienze presentano una base di prova importante per le decisioni e le azioni politiche nei settori della prevenzione, del trattamento e della riduzione del danno da alcol. Pertanto, il kit di strumenti fornito dalla Joint Action RARHA ha adeguatamente risposto alla sfida per la produzione di strumenti resi accessibili e utili ai beneficiari previsti, in particolare per i pertinenti ministeri, responsabili politici, operatori sanitari pubblici, ONG o altri stakeholder e professionisti responsabili della progettazione e attuazione degli interventi di politica nel campo dell'alcolologia.

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2017 a tutte le azioni e le attività correlate al monitoraggio europeo ed internazionale attraverso le competenze dell'ONA-WHO CC dell'ISS in qualità di infrastruttura accreditata a livello internazionale e organismo nazionale designato e di riferimento formale dedicato alla ricerca, alla raccolta dei dati e al monitoraggio alcol correlato.

Nei compiti assolti dal Ministero della Salute, in ottemperanza agli obblighi derivanti dalla partecipazione ai sistemi informativi specifici europei ed internazionali, il WHO CC-ONA dell'ISS ha il mandato formale di fornire assistenza all'OMS e i richiesti dati nazionali all' EAIS (European Alcohol Information System), al sistema informativo globale su alcol e salute (GISAH) e ad altri sistemi informativi che mirano alla raccolta periodica, all'analisi e al confronto di informazioni. L'Osservatorio Nazionale Alcol ha fornito assistenza nell'implementazione dei nuovi strumenti e metodologie finalizzate all'aggiornamento dei sistemi di monitoraggio/sorveglianza che consentono all'Italia di poter rispondere all'esigenza di relazionare in merito alle numerose questioni nelle consultazioni periodiche connesse con le attività relative all'alcol, quali la relazione sullo stato globale e la relazione sullo stato europeo sull'alcol che riportano i progressi nella regione europea dell'OMS e nell'UE. In funzioni di tali prerogative il Ministero della Salute ha assicurato tramite l'ONA-WHO CC dell'ISS la partecipazione attiva e il ruolo guida dell'Italia nel settore attraverso il piano di lavoro del WHO CC 2014-2017 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_centriCollaboratori_5_ListaCentri_List312_itemName_0)

fileAttivita.pdf) partecipando in qualità di membro nell'Expert Group Mondiale "Alcohol and Drugs Epidemiology – ADE", nei sistemi informativi MOPAC, EISAH, EUSAH e in qualità di membro esperto nel FADAB, Forum alcol, droga e dipendenze comportamentali, lanciato nel corso della riunione di giugno 2017 a Ginevra.

Il Ministero della Salute, il 23 Ottobre 2017 ha partecipato a Lisbona al meeting dell'OMS per l'aggiornamento periodico e la consultazione degli Stati membri inerenti le *alcohol policy*. Nel corso della riunione è stata lanciata la nuova pubblicazione "Alcohol Brief Intervention training manual for Primary Health Care" (<http://www.euro.who.int/en/Health-topics/Disease-Prevention/Alcohol-Use/Publications/2017/who-Alcohol-Brief-Intervention-Training-Manual-for-Primary-Care-2017>). A tale riguardo sono stati pubblicati, anche in funzione delle esigenze europee di supporto all'e-health i risultati del progetto EFAR, co-finanziato dal Ministero della Salute e adiuvato dalla consulenza dell'ONA-WHO; il progetto aveva come finalità quella di valutare l'impatto dell'uso di un sito web assistito sull'identificazione precoce del rischio causato dall'alcol e sull'intervento breve. Le attività menzionate hanno identificato l'e-Health come possibile nuovo modo/campo per migliorare la capacità di affrontare i problemi di alcol a livello di popolazione generale. Il Ministero della Salute, in pieno consenso con gli altri Stati Membri, ha segnalato alla DG Sante tra le priorità da supportare a livello UE nel periodo 2017-2020 la possibilità di poter disporre di a) strumenti Web assistiti (*app* o siti Web non solo alcol ma anche stili di vita) b) trial pilota o iniziative per diffondere l'uso dell'AUDIT sul Web per auto-valutazione del rischio alcolcorrelato c) test di prevenzione assistita Web e individuazione precoce nei diversi target della popolazione. Dalle riunioni del CNAPA è emerso che un grande sforzo dovrebbe essere orientato all'integrazione di nuove forme d'intervento mediante la e-Health, che coinvolge anche la Commissione UE per l'iniziativa nella prevenzione specifica del settore.

Al termine del semestre europeo condotto dalla Presidenza dell'Estonia, luglio-dicembre 2017, il Consiglio dell'Unione Europea (EPSCO), l'08 Dicembre del 2017 a Bruxelles, ha presentato un documento, approvato da tutti gli Stati Membri, contenente le conclusioni su alcune tematiche che fino ad ora non erano state sufficientemente affrontate, in particolare su aspetti transfrontalieri nella politica sull'alcol. Tali tematiche andranno sviluppate nel corso dei prossimi anni. Il documento richiama l'opportunità di adottare un approccio globale e trasversale di tutti i settori coinvolti nella prevenzione dei danni causati da uso nocivo di alcol, così come riportato sia nella Strategia Globale per ridurre l'uso dannoso di alcol 2010 sia nel Piano d'azione europeo dell'OMS per ridurre l'uso nocivo di alcol 2012-2020.

Il Consiglio dell'Unione Europea, nel documento pone l'accento su alcune considerazioni che andranno approfondite ed affrontate dagli Stati Membri, in particolare:

- **Regolamentazione della pubblicità e del marketing** delle bevande alcoliche attraverso i nuovi mezzi di comunicazione **online**, proteggendo i soggetti più esposti a questo fenomeno mediatico che sono soprattutto i bambini ed i giovani.
- Regolamentazione del **trasporto transfrontaliero** di bevande alcoliche definite ad "uso personale", poiché tale fenomeno oggi comporta il trasferimento di alcolici da un Paese dove i costi sono più bassi ad un Paese dove i costi sono più alti, compromettendo gli esiti di politiche nazionali.
- Regolamentazione **dell'etichettatura delle bevande alcoliche**. La Commissione si auspica che l'opportunità di autoregolamentazione data all'industria dell'intero settore delle bevande alcoliche riguardante le informazioni da inserire nella etichettatura giunga ad una proposta condivisibile entro marzo del 2018, diversamente si procederà ad una preliminare valutazione d'impatto e quindi, entro la fine del 2019, a definire le informazioni che dovranno essere inserite nella etichettatura delle bevande alcoliche.
- Miglioramento della sicurezza stradale.

Nel documento, inoltre, il Consiglio invita gli Stati membri e la Commissione a:

- Continuare a raccogliere e **condividere informazioni** a livello comunitario **sulle misure nazionali adottate nel contesto della politica sull'alcol** e sull'applicazione di misure nazionali in materia di alcolici.
- Continuare a implementare **la collaborazione e la condivisione di migliori pratiche** volte a ridurre l'uso nocivo dell'alcol all'interno dell'UE, ove possibile, in particolare attraverso una migliore supervisione di attività che potrebbero indebolire l'efficacia delle politiche nazionali sull'alcol in altri Stati membri, ad es. la trasmissione transfrontaliera di messaggi promozionali e gli acquisti transfrontalieri di bevande alcoliche.
- Sostenere lo **sviluppo di studi e ricerche scientifiche volte a individuare le misure e le iniziative più efficaci** che affrontino l'uso dannoso dell'alcol e condividerne i risultati, tra l'altro per ottimizzare l'impatto delle informazioni fornite sulle bevande alcoliche, ad es. attraverso l'etichettatura.
- Basandosi sul lavoro svolto dall'OMS, sviluppare, nel contesto di un'azione comune dell'UE sull'uso dannoso di alcol e in collaborazione con le competenti agenzie e altri organismi dell'UE, una **metodologia comune per la raccolta e l'analisi dei dati pertinenti per monitorare e valutare l'impatto delle misure intersettoriali nazionali e comunitarie sulla riduzione dell'uso dannoso dell'alcol**, comprese le statistiche sugli acquisti e i dati transfrontalieri per valutare il volume, il contenuto e l'impatto della commercializzazione di alcol nei nuovi media, in particolare l'impatto sui bambini e giovani.

PARTE QUARTA

6. CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

Tra le attività previste dalla legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. 125/2001, dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e dal Piano Statistico Nazionale è previsto il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. Ogni regione ha quindi 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.

In supporto alle Regioni il Ministero della Salute nell’ambito delle attività del Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha approvato un progetto denominato “Sistema di indicatori per il monitoraggio dell’impatto alcol-correlato – SISTIMAL”, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, disponibili sul sito www.epicentro.iss.it/alcol, hanno permesso un’analisi dell’andamento temporale degli indicatori di monitoraggio in tutte le Regioni e le Province autonome e sono di seguito riportati per macroarea.

Tabella IV.1 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2016)

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	65.8	42.4	60.9	33.7	45.0	27.7	38.7	15.9	39.1 ↗	15.7
Piemonte	66.7	42.4	60.7	32.9	45.6	25.7	38.8	15.8	34.9	14.3
Valle d'Aosta	68.2	50.1	66.3	38.7	45.9	32.3	34.7	15.7	40.8	24.1 ↗
Lombardia	65.3	42.0	60.8	33.6	44.7	28.7	39.3	16.7	41.4 ↗	16.4
Liguria	66.7	44.5	61.9	36.0	44.9	26.8	34.4	11.6	36.3	14.9
Italia nord-orientale	67.2	46.7	64.3	36.9	46.8	30.3	37.5	15.0	37.7 ↘	16.7
PA Bolzano	65.3	47.3	69.4	38.8	51.5	45.7 ↗	42.1	27.1	44.9	22.4
PA Trento	65.3 ↗	35.7	67.8	37.0	48.3	32.8	32.9	13.7	36.8	16.3
Veneto	64.8	44.8	62.2	36.1	48.7	30.1	35.5	13.6	35.4 ↘	14.8
Friuli-Venezia Giulia	71.2	49.6 ↗	69.9	41.8	48.5	33.5 ↗	40.6	18.5	43.6	19.6
Emilia Romagna	69.2	49.1	64.2	36.2	43.4	27.7	38.9	14.4	38.0 ↘	17.4
Italia centrale	67.0	42.8	62.2	35.6	45.4	27.0 ↗	40.9	16.1 ↗	39.7	15.9
Toscana	70.0	44.3	62.8	34.8	44.2	26.7	37.3	12.0	38.0	13.3
Umbria	67.2	43.0	58.9	33.1	45.7	26.0	43.2	15.0	40.6	15.3
Marche	68.5	47.6	64.7	35.9	45.4	26.3	40.5	14.6	40.2	16.7
Lazio	64.6	40.5	61.6	36.4 ↗	46.0	27.5 ↗	43.0	19.4 ↗	40.6	17.5 ↗
Italia meridionale	63.5	32.6	63.8	31.8 ↗	44.5 ↗	19.2	48.2	18.2 ↗	35.0 ↗	11.7 ↗
Abruzzo	67.1	37.8 ↘	67.7	35.1	50.5	22.6	45.5	16.3	38.1 ↗	10.9
Molise	67.4	31.0	66.9	27.8	45.4	20.4	44.2	12.3	32.7	10.7
Campania	61.6	29.5	59.7	29.9 ↗	43.5	19.1	46.1	17.8	34.1	12.6
Puglia	64.7	37.1 ↗	68.0 ↗	34.4	44.0 ↗	18.1	51.6	20.2	35.8	12.3 ↗
Basilicata	64.3	31.4	61.0	33.3 ↗	44.8 ↗	19.7	46.0 ↗	15.6	36.1 ↗	10.7
Calabria	63.4	29.3	65.2	30.2	44.3	19.0	50.6	18.1	33.8	8.9
Italia insulare	57.9	27.4	61.2	31.0	40.7	20.8	41.8	14.3	32.6	10.7
Sicilia	56.9	26.4	59.7	30.9	40.1	20.4	43.5	13.8	32.2	9.1
Sardegna	60.9 ↘	30.5	65.7	31.4	42.7	22.0	36.8	16.0	34.0	15.5
Italia	64.9	39.3	62.5 ↗	34.0 ↗	44.8 ↗	25.3 ↗	41.5	16.1	37.3	14.5

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2015

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2015

VALORE MINIMO
NAZIONALE

Valore inferiore alla
media nazionale

Valore superiore alla
media nazionale

VALORE MASSIMO
NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS 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 (2016)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	76.7 ↘	55.4	16.5	7.2	45.2	22.6	12.4	4.9	25.2	11.1
Piemonte	78.9	54.1	16.8	6.5	42.4	20.1	11.0	4.2	24.4	9.9
Valle d'Aosta	82.1	62.8	18.0	7.8	54.8	33.2	22.9	8.8	34.3	15.6
Lombardia	75.3	55.7	16.4	7.2	46.4	23.5	13.1	5.3	25.4	11.4
Liguria	78.6	56.5	16.8	9.1	45.2	23.0	11.4	4.0	25.2	12.3
Italia nord-orientale	79.4	59.4	16.5	8.8	49.7	25.9	13.8	4.5	27.2	12.1
PA Bolzano	80.1	66.7	15.4	7.4	66.4	40.8	28.8	11.0	38.6	16.6
PA Trento	78.9	53.7	16.0	6.0	58.8	28.8	21.2	5.8	31.4	10.9
Veneto	78.4	58.4	15.7	7.2	48.8	25.1	12.6	3.7	25.7	10.0
Friuli-Venezia Giulia	81.6	61.6	16.5	7.5	61.4	31.3	19.3	7.2	32.8	13.2
Emilia Romagna	79.9	59.8	17.7	11.2	44.5	23.3	11.1	3.7	25.5	13.7
Italia centrale	77.6	54.1	14.9	5.6 ↘	36.4	18.3 ↗	10.2	3.7	22.8	8.5
Toscana	79.5	55.9	18.5	7.8	35.8	18.7	10.3	3.1	26.3	10.5
Umbria	77.6	53.4	13.5	5.3	35.8	19.2	9.4	2.9	21.4	7.5
Marche	80.1	57.6	15.8	5.0	40.2	19.3	10.5	3.3	24.6	8.2
Lazio	75.7	52.2	12.6	4.4	35.8	17.7	10.1	4.2	20.2	7.4
Italia meridionale	77.5	47.2 ↗	13.9	4.9	33.4	11.1	8.6	2.3 ↗	20.1	6.7
Abruzzo	78.7	50.3	15.4	5.3	44.1	16.5	14.3	3.7	26.1	8.4
Molise	81.0	44.3	21.0	5.7	42.3	15.1	13.9	2.1	29.3	6.9
Campania	74.9	44.3	12.2	5.2	28.2	9.2	6.5	1.8	17.1	6.6
Puglia	80.6	53.6	14.8	5.0	34.5	12.1	7.8	3.1	20.5	7.4
Basilicata	77.2	45.0	15.4	4.8	40.3	12.7	15.4	2.1	26.0	6.5
Calabria	77.3	41.8	14.2	3.5	36.0	9.8	9.4	1.4	20.8	4.7
Italia insulare	74.2	45.1	9.7	3.2	35.7	13.3	10.9	2.6	18.5	5.3
Sicilia	73.3	44.7	8.2	3.1	31.1	12.0	6.7	1.7	13.9	4.5
Sardegna	76.8	46.3	14.0	3.5	49.4	17.1	23.4	5.1	32.0	7.7
Italia	77.3	52.9	14.8	6.2	40.5 ↗	18.7 ↗	11.2	3.7 ↗	23.2	9.1

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2015

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2015

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nell'anno 2016 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 76,7% tra gli uomini e al 55,4% tra le donne. Nel corso degli ultimi anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini sia per le donne ma, rispetto al 2015, la diminuzione è significativa solo per gli uomini. Tra il 2015 e il 2016 l'analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per entrambi i generi dei consumatori di vino, birra e aperitivi alcolici mentre è aumentata per il secondo anno consecutivo, la prevalenza dei consumatori di super alcolici di sesso maschile (+2,7 p.p.). L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest'area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e di consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile, delle consumatrici in modalità *binge drinking*. Non si rilevano tuttavia variazioni significative rispetto al 2015 (Tabella IV.1-IV.2).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata del 54,1% tra le donne e del 78,9% tra gli uomini e non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che la percentuale di consumatrici di vino è superiore al valore medio nazionale e per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2015. L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori in media con il dato nazionale ad eccezione della prevalenza dei *binge drinker* tra gli uomini che, rispetto al 2015, è diminuita di +3,9 p.p. (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata dell'82,1% tra gli uomini e 62,8% tra le donne, per entrambi con un valore superiore alla media nazionale. Per le donne si rilevano valori superiori alla media nazionale di tutte le bevande considerate ad eccezione degli amari e rispetto al 2015 la prevalenza delle consumatrici di super alcolici è aumentata di 6,2 p.p.

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 (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata del 75,3% tra gli uomini e 55,7% tra le donne, valore per queste ultime superiore alla media nazionale. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media nazionale e rispetto al 2015 si registra un incremento di 5,4 p.p.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra, al di sopra della media nazionale, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontani dal pasto per entrambi i generi, delle consumatrici in modalità *binge drinker* e delle consumatrici a rischio (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Liguria

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 sono stati il 78,6% degli uomini e il 56,5% delle donne senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per entrambi i generi, l'analisi delle diverse tipologie di bevande non evidenzia variazioni statisticamente significative rispetto al 2015. I valori di prevalenza sono pressoché simili a quelli rilevati a livello nazionale ad eccezione, per entrambi i generi, di quelli relativi agli amari che risultano invece più bassi del livello nazionale e di quelli relativi ai consumatori di vino, per il sesso maschile più alto della media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra una prevalenza superiore alla media nazionale, per entrambi i generi, dei consumatori fuori pasto; per gli uomini si rileva anche, per questa modalità di consumo, un incremento di 9,2 p.p. rispetto al 2015 (vedi Tabella IV.1-IV.2).

ITALIA NORD-ORIENTALE

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale continuano ad essere, anche nel 2016, 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 2016 è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,4% tra le donne e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2015. Le prevalenze di consumatori di vino e aperitivi alcolici per entrambi i generi sono superiori al dato medio nazionale così come la prevalenza delle donne che consumano birra e super alcolici. Tra gli uomini si rileva una prevalenza di consumatori di amari inferiore al dato medio nazionale mentre il dato relativo ai super alcolici tra gli uomini è diminuito rispetto al 2015 di 3,4 p.p.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che le prevalenze di consumatori con modalità di consumo dannoso risultano tutte superiori al dato medio nazionale ad eccezione del *binge drinker* tra le sole donne; per tutti gli indicatori di rischio considerati, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata pari a 80,1% tra gli uomini e 66,7% tra le donne. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e superalcolici è superiore alla media nazionale; le prevalenze di consumatrici di amari (27,1%) e aperitivi alcolici (45,7%) sono le più elevate di tutte le regioni italiane considerate; il dato relativo alle consumatrici di aperitivi alcolici è inoltre aumentato rispetto al 2015 di 6,8 p.p.

I dati sulle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano, per entrambi i generi, come già rilevato lo scorso anno, valori più elevati, rispetto alla media nazionali, della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M=66,4%; F=40,8%) e dei consumatori in modalità *binge drinking* (28,8%) di sesso maschile; 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*. Rispetto all'anno 2015 si registra infine un incremento statisticamente significativo delle consumatrici in modalità *binge drinking* (+4,3 p.p.) e delle consumatrici a rischio (+4,7 p.p.) (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 78,9% tra gli uomini e 53,7% tra le donne e per entrambe i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici è superiore alla media italiana così come per la prevalenza di consumatori di birra; si registrano infine valori di prevalenza inferiori alla media nazionale delle consumatrici di vino e dei consumatori di amari.

L'analisi delle modalità di consumo evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* sono superiori alla media italiana sia tra gli uomini sia tra le donne, e per gli uomini, anche la prevalenza dei consumatori a rischio (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata del 78,4% tra gli uomini e del 58,4% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello medio nazionale (52,9%). Sono superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi (M=48,7%; F=30,1%) e di consumatrici di vino (F=44,8%) mentre è inferiore alla media italiana la prevalenza di consumatori di amari di sesso maschile. Si registra infine rispetto alla precedente rilevazione una diminuzione di 5,0 p.p. della prevalenza di consumatori di super alcolici di sesso maschile.

Per entrambi i generi, nel 2016, i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto sono superiori alla media nazionale, mentre i consumatori *binge drinker* e i consumatori a rischio sono pressoché simili a quelli rilevati a livello nazionale (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 in Friuli Venezia Giulia è pari all'81,6% degli uomini, 61,6% delle donne ed in entrambi i casi, il dato si mantiene superiore alla media nazionale. Sono superiori al dato medio italiano, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra e di super alcolici, e per le donne la prevalenza degli aperitivi alcolici. Per le donne si registra un incremento rispetto alla precedente rilevazione delle consumatrici di vino (+5,6 p.p.) e di aperitivi alcolici (+7,0 p.p.).

Nel 2016, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e dei consumatori a rischio, sono superiori alla media nazionale e per le sole donne si registra un incremento statisticamente significativo delle consumatrici fuori pasto rispetto all'anno precedente (+5,9 p.p.) (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Emilia Romagna

Nel 2016 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata superiore alla media nazionale per entrambi i generi, pari al 79,9% tra gli uomini e al 59,8% tra le donne. La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i generi è superiore al dato medio nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di superalcolici. Per gli uomini il dato riguardante i superalcolici è invece diminuito di 4,7 p.p. rispetto alla rilevazione precedente ed è ora approssimabile al dato medio nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentarie e per il solo genere femminile, delle consumatrici a rischio. Non si rilevano variazioni significative delle prevalenze dei comportamenti a rischio rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella IV.1-IV.2).

ITALIA CENTRALE

Nel 2016 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 77,6% tra gli uomini e al 54,1% tra le donne e rispetto all'anno 2015 non si rilevano variazioni statisticamente significative. Tra le donne la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e amari è aumentata rispetto al 2015 rispettivamente di +3,4 p.p. e +2,4 p.p. Per tutte le tipologie di bevande considerate, la prevalenza è in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa vino, per entrambi i generi, e ai superalcolici, per i soli uomini, che risultano più elevati.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per entrambi i generi, gli indicatori sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione del consumo fuori pasto tra i soli uomini per cui si registra un valore più basso. Tra le donne rispetto al 2015 si rileva una diminuzione di 1,8 p.p. delle consumatrici abituali eccedentarie e un incremento di 2,2 p.p. delle consumatrici fuori pasto (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Toscana

Nel 2016 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata di 79,6% tra gli uomini e 55,9% tra le donne; per queste ultime il valore risulta superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle tipologie di bevande alcoliche consumate mostra che per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore mentre la prevalenza dei consumatori di amari è inferiore alla media italiana; rispetto alla precedente rilevazione non si rilevano variazioni statisticamente significative delle prevalenze delle bevande alcoliche considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana tra gli uomini sono superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio,

mentre è inferiore al dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori fuori pasto (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 77,6% tra gli uomini e a 53,4% tra le donne. Le prevalenze dei consumatori di tutte le bevande alcoliche considerate sono in linea con il dato nazionale e non si rilevano variazioni rispetto al 2015.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio, sono in linea con il dato medio nazionale; per gli uomini i dati di prevalenza del consumo lontano dai pasti è inoltre più basso della media nazionale (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari all'80,1% tra gli uomini e al 57,6% tra le donne, per entrambi con valori superiori 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 per entrambi i generi; non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale e pressoché stabili rispetto al 2015 (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2016 rispetto alla precedente rilevazione, ed è stata pari al 75,7% tra gli uomini e al 52,2% tra le donne. Tra gli uomini i valori di prevalenza delle diverse bevande considerate sono tutti in linea con la media nazionale ad eccezione dei super alcolici che sono più elevati; tra le donne si rileva un incremento delle consumatrici di birra (+4,9 p.p.), aperitivi alcolici (+5,3 p.p.), amari (+4,3 p.p.) e super alcolici (+4,5 p.p.) e nel caso delle ultime due bevande, i valori sono superiori rispetto a quelli medi nazionali.

La prevalenza di consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio per gli uomini e delle consumatrici abituali eccedentarie risultano inferiori alla media nazionale; per entrambi i generi si registra un incremento dei *binge drinker* (M=+3,6 p.p.; F=+2,0 p.p.) e per le sole donne anche delle consumatrici fuori pasto (+3,9 p.p.) (vedi Tabella IV.1-IV.2).

ITALIA MERIDIONALE

Nel 2016 nell'Italia meridionale, la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è pari al 77,5% e in linea con il dato medio nazionale; tra le donne invece la prevalenza è pari a 47,2% e pur mantenendosi inferiore alla media italiana il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione del 2015 di 2,4 p.p. Per i maschi i valori di prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici sono aumentati rispetto al 2015 rispettivamente di 4,1 p.p. e di 2,9 p.p.; tra le donne invece sono aumentate le prevalenze delle consumatrici di amari (+1,9 p.p.), di birra (+2,7 p.p.) e di super alcolici (+1,8 p.p.) sebbene per queste ultime due bevande i valori siano ancora inferiori alla media nazionale; la prevalenza dei consumatori di amari risulta infine superiore alla media nazionale per entrambi i generi.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori sono inferiori al dato medio nazionale ad eccezione dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini, che risultano in linea con la media nazionale. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra un incremento delle consumatrici con modalità *binge drinking* pari a 0,7 p.p. (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è 78,7% per gli uomini e 50,3% per le donne; non si rilevano variazioni rispetto al precedente anno. Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, di aperitivi alcolici e di amari; la prevalenza dei consumatori di superalcolici di sesso maschile, sebbene in linea con la media italiana, è aumentata di 6,2 p.p.; per le donne risulta inferiore alla media la prevalenza di consumatrici di super alcolici e si rileva una diminuzione di 5,7 p.p. delle consumatrici di vino.

Tutti gli indicatori che si riferiscono ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione; tra gli uomini si registrano valori superiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei consumatori in modalità *binge drinking* (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è superiore alla media nazionale per gli uomini (81,0%) e inferiore alla media per le donne (44,3 %). Analizzando le singole bevande si evince che per le donne le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche considerate sono inferiori alla media italiana; per gli uomini è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, inferiore alla media quella dei consumatori di superalcolici.

Tra gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio sono superiori alla media nazionale; tra le donne sono inferiori alla media nazionale i valori delle prevalenze delle consumatrici fuori pasto e con modalità *binge drinking*. 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 (74,9%) che per le donne (44,3%). L'analisi delle bevande alcoliche evidenzia che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino sono inferiori alla media nazionale, così come, per le sole donne, le prevalenze delle consumatrici di birra e aperitivi alcolici e, per i soli uomini, la prevalenza di consumatori di super alcolici; unico valore al di sopra della media nazionale è come lo scorso anno per i consumatori di amari di sesso maschile (46,1%). Rispetto al 2015 l'unico incremento registrato è quello della prevalenza delle consumatrici di birra (+4,3 p.p.).

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale (ad eccezione della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie approssimabile a quello medio italiano) e non si rilevano variazioni significative rispetto alla rilevazione del 2015 (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 80,6% tra gli uomini e 53,6% tra le donne; per queste ultime si rileva un incremento di 7,2 p.p. rispetto al 2015. Per entrambe i generi sono superiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori di amari e per i soli uomini la prevalenza dei consumatori di birra. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra in incremento statisticamente significativo dei consumatori di birra (+6,0 p.p.) e di aperitivi alcolici (+8,6 p.p.) di sesso maschile e delle consumatrici donne di vino (+6,6 p.p.) e di super alcolici (+3,1 p.p.).

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale così come, per i soli uomini, la prevalenza dei consumatori *binge drinker* e a rischio. Rispetto alla precedente rilevazione del 2015 si rileva un incremento statisticamente significativo della prevalenze dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (+6,0 p.p.) e della prevalenza delle consumatrici *binge drinking* (+1,6 p.p.) (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 77,2% tra gli uomini e 45,0% tra le donne; in quest'ultimo caso il valore è inferiore alla media nazionale. La prevalenza delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore al dato medio italiano. Tra gli uomini sono aumentate rispetto al 2015 le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici (+8,0 p.p.), amari (+8,4 p.p.) e superalcolici (+8,1 p.p.) mentre tra le donne è aumentata la prevalenza delle consumatrici di birra (+6,5 p.p.).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di consumatrici fuori pasto e di *binge drinker* ed a rischio; tra gli uomini è invece superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori con modalità *binge drinking*. Si rileva infine un incremento statisticamente significativo rispetto al 2015 della prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile pari a 7,1 p.p. (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 77,3% tra gli uomini e 41,8% tra le donne; per queste ultime il valore risulta inferiore alla media nazionale. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre per le donne sono inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande considerate. 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, e per gli uomini della prevalenza dei consumatori fuori pasto. Si osserva infine tra gli uomini una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori in modalità *binge drinking* (Tabella IV.1-IV.2).

ITALIA INSULARE

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2016 pari al 74,2% tra gli uomini e al 45,1% tra le donne. Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di birra. L'analisi delle abitudini di consumo mostra che nel 2016, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari, dei fuori pasto e dei consumatori a rischio sono state inferiori alla media italiana, oltre alla prevalenza delle consumatrici con modalità *binge drinking*. Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2015 e il 2016 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (vedi Tabella IV.1-IV.2).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata pari al 73,3% tra gli uomini, 44,7% tra le donne, inferiori alla media nazionale per entrambi i generi. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, oltre a quelli delle sole consumatrici di birra e di amari. Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso e non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2015 e il 2016 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 (76,8%) e inferiore alla media nazionale tra le donne (46,3%) senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è inferiore a quella nazionale, così come

quella dei consumatori di aperitivi alcolici tra le sole donne e di amari tra i soli uomini. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori di vino di sesso maschile pari a 6 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2016 per i soli uomini si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e dei consumatori a rischio; mentre per le donne i dati sono in linea con la media nazionale (la prevalenza delle consumatrici eccedentari è più bassa della media italiana). Per tutti gli indicatori considerati non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella IV.1-IV.2).

7. PROGETTO NAZIONALE ALCOL

Progetto “Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati”.

Il presente Progetto Nazionale è oggetto di Accordo di Collaborazione tra il Ministero della Salute e la Regione Piemonte.

La Regione Piemonte è stata individuata dalla Commissione Salute nella seduta del 25 maggio del 2016 come Regione assegnataria del progetto con il fine di procedere alle attività progettuali coordinandosi con tutte le Regioni e PPAA.

Il Progetto è finanziato con i fondi del Capitolo Alcol per l'Anno Finanziario 2016, come prevede la Legge 125/2001 art. 3 C. 1 E. 4.

Obiettivo del progetto è descrivere le attività delle Regioni e Province Autonome affidando a una Regione capofila il compito utilizzando una modalità comune per la loro descrizione. È il primo anno di attività del progetto e saranno presentati alcuni risultati preliminari che avranno modo di essere perfezionati nelle edizioni successive sia per quanto riguarda le analisi sia per quanto concerne i temi e le attività trattati.

In particolare si rileva come la rilevazione non sia riuscita a coinvolgere tutte le Regioni e all'interno di alcune Regioni non tutte le realtà interessate.

La presentazione è articolata in due sezioni: la prima descrive l'offerta dei servizi pubblici e dei servizi privati convenzionati/accreditati in tema di alcologia e la seconda passa in rassegna le azioni e i programmi specifici in tema di alcol e guida, alcol e lavoro, prevenzione e la normativa specifica.

L'offerta dei servizi pubblici e privati convenzionati/accreditati per l'alcologia

Con l'obiettivo di integrare la rilevazione compiuta con i flussi ministeriali si sono approfondite la collocazione organizzativa e quella logistica dei servizi pubblici dedicati all'alcologia e l'offerta dei servizi privati convenzionati/accreditati.

In sintesi si rileva come, nella maggior parte dei casi, i servizi pubblici di alcologia costituiscano un sotto insieme dei servizi per le dipendenze con una collocazione logistica nella maggioranza dei casi non differenziata rispetto alla struttura di appartenenza.

Anche i servizi privati convenzionati/accreditati sono, nella maggior parte dei casi, rivolti a un'utenza dipendente in generale senza una specializzazione per l'alcoldipendenza.

Per quanto riguarda i servizi residenziali di riabilitazione, le tipologie offerte non sono ugualmente rappresentate nelle diverse regioni. Questo in parte può originare da un diverso sistema di classificazione che non consente un adeguato confronto.

La rispondenza, come già accennato, non è stata completa. Per quanto riguarda i servizi pubblici due regioni non hanno inviato alcun dato e altre due hanno inviato solo dati parziali. Cinque regioni non hanno inviato dati sulle strutture convenzionate/accreditate (Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **IV.3**).

Tabella IV.3 Strutture per l'alcolologia pubbliche e private per Regione (dati al 11/12/17)

REGIONE	SERVIZI PUBBLICI	SERVIZI PUBBLICI 2015	STRUTTURE PRIVATE ACCR/CONV
Abruzzo	8	7	--
Basilicata	7	6	3
Calabria	17	13	23
Campania	43	45	0
Emilia Romagna	48	46	66
Friuli V. Giulia	7	5	8
Lazio	--	29	--
Liguria	14	7	11
Lombardia	68	59	15
Marche	21	14	47
Molise	5	5	0
Piemonte	61	69	64
P. A. Bolzano	5	6	4
P. A. Trento	10	6	2
Puglia	--	46	--
Sardegna	8	12	13
Sicilia	1	51	--
Toscana	40	40	--
Umbria	11	6	30
Valle d'Aosta	1	1	1
Veneto	18	31	74
TOTALI	393	504	361

-- dato non pervenuto

Offerta dei servizi pubblici per l'alcolologia

I 393 servizi pubblici sono di tipo territoriale ambulatoriale con poche eccezioni circoscritte solo ad alcune Regioni dove sono presenti strutture ospedaliere (ambulatoriali o che agiscono in regime di ricovero) e strutture residenziali o semiresidenziali (Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.4). Rimane da approfondire l'eventuale specializzazione di tali strutture rispetto agli omologhi o territoriali o del privato accreditato/convenzionato.

Tabella IV.4 Servizi pubblici per l'alcolologia per Regione e per tipologia

Regione/Prov. Aut.	Ospedaliera Amb.	Ospedaliera Ric.	Territoriale Amb.	Territoriale Resid.	Territoriale Semiresid.	Totale
Abruzzo			8			8
Basilicata			6	1		7
Calabria			17			17
Campania			43			43
Emilia-Romagna		3	45			48
Friuli V. Giulia			6	1		7
Liguria			14			14
Lombardia			68			68
Marche		1	19		1	21
Molise			5			5
Piemonte			61			61
P. A. Bolzano	1		3	1		5
P. A. Trento			10			10
Sardegna			8			8
Sicilia			1			1
Umbria			11			11
Valle d'Aosta	1					1
Veneto	1	1	16			18
Totale	3	5	341	3	1	353

Non sono state incluse le 40 strutture della Regione Toscana, in quanto mancanti di tale informazione

A livello organizzativo il 91% dei servizi di alcologia fa riferimento all'area delle dipendenze essendo inserito o in un Servizio o Dipartimento delle Dipendenze (57%) o nel Dipartimento integrato Salute Mentale e Dipendenze (34%). Nel 7% dei casi è inserito nel servizio di Salute Mentale (Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.5).

Tabella IV.5. Servizi pubblici per l'alcologia per Regione e per appartenenza organizzativa

Regione/P.A.	Servizio o Dipartimento Dipendenze	Servizio o Dipartimento Salute Mentale	Reparto Ospedaliero.	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	Altro*	Totale
Abruzzo	6				2	8
Basilicata		7				7
Calabria	17					17
Campania	43					43
Emilia-Romagna			3	45		48
FriuliV. Giulia	7					7
Liguria	13			1		14
Lombardia		8		60		68
Marche	21					21
Molise	5					5
Piemonte	61					61
P. A. Bolzano	4				1	5
P. A. Trento		10				10
Sardegna	4	2		2		8
Sicilia	1					1
Toscana	13			27		40
Umbria	9				2	11
Valle d'Aosta	1					1
Veneto	18					18
Totale	223	27	3	135	5	393

*alla voce "Altro": la Regione Abruzzo ha segnalato il Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale (1) e i Servizi di Area Centrale (1), specificando che, nel nuovo atto aziendale, il SerT sarà inserito nell'Area Distrettuale L' Aquila; la Prov. Aut. Di Bolzano la Direzione Sanitaria del Comprensorio Sanitario Bressanone (1); la Regione Umbria il Servizio interdistrettuale, per i distretti sanitari di Perugia e Assisi (1) e il Servizio interdistrettuale, per i distretti del Perugino e dell'Assisano (1)

Per quanto riguarda l'organizzazione logistica, il 27% delle strutture ha una collocazione autonoma mentre il 73% non è autonomo rispetto al Servizio in cui è collocata (Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.6).

Tabella IV.6. Servizi pubblici per l'alcologia per Regione e per autonomia logistica

Regione/P.A.	Autonoma	Non autonoma	Totale
Abruzzo	4	4	8
Basilicata	7		7
Calabria	2	15	17
Campania		43	43
Emilia-Romagna	2	46	48
Friuli V. Giulia	4	3	7
Liguria		14	14
Lombardia	16	52	68
Marche	16	5	21
Molise		5	5
Piemonte	13	48	61
P. A. Bolzano	2	3	5
P. A. Trento	10		10
Sardegna	4	4	8
Sicilia		1	1
Umbria	6	5	11
Valle d'Aosta		1	1
Veneto	8	10	18
Totale	94	259	353

Non sono state incluse 40 strutture della Regione Toscana in quanto mancanti di tale informazione

Offerta dei servizi privati convenzionati/accreditati

I 361 servizi privati convenzionati/accreditati (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) sono nell'84% strutture residenziali; nell'11% semiresidenziali e nel 5% ambulatoriali.

Le tipologie prevalenti sono, per il 49% la comunità terapeutica e per il 16% la comunità per comorbidità psichiatrica. Seguono con una percentuale tra il 5% e il 7%, la comunità specialistica per madri con bambini (5%) e la comunità pedagogica (7%) (**Tabella IV1**). Il 5% ha dato come risposta "Altro".

Il 4% dei 361 è specializzato per alcol dipendenti (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**9). Delle 15 strutture, 10 sono residenziali, 3 semiresidenziali e 2 ambulatoriali.

Tabella IV.7 Strutture private convenzionate/accreditate per Regione e per tipologia

Regione/Provincia Autonoma	Ambulatoriale	Residenziale	Semiresidenziale	Totale
Basilicata		3		3
Calabria		17	6	23
Emilia Romagna	1	60	4	65
Friuli V. Giulia		6	2	8
Liguria		10	1	11
Lombardia	10	5		15
Marche	1	36	10	47
Piemonte	3	56	5	64
P. A. Bolzano	2	1	1	4
P. A. Trento		2		2
Sardegna		13		13
Umbria		25	5	30
Valle d'Aosta		1		1
Veneto		67	7	74
Totale	17	302	41	360

Non è stata inclusa 1 struttura della Regione Emilia Romagna in quanto mancante di tale informazione

Tabella IV1.8 Strutture private convenzionate/accreditate per Regione e per specializzazione

Specificità della Struttura	Basilicata	Calabria	Emilia Romagna	V. Friuli Giulia	Liguria	Lombardia	Marche	Piemonte	P. A. Bolzano	P. A. Trento	Sardegna	Umbria Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Ambulatoriale			1			10		3	2					16
Centro Crisi/Centro Osservazione e Diagnosi			6				1	3				1		11
Comunità Pedagogica			15								2	5		22
Comunità per comorbidità psichiatrica	1		3		3		3	5		1	2	5	36	59
Comunità prima accoglienza				1			1				1	3	9	15
Comunità reinserimento				2			1	1	1			1		6
Comunità specialistica per madri con bambini			6		2		1	2			1	1	4	17
Comunità terapeutica	2	23	33	3	6	5	29	37	1		7	14	17	178
Gruppi Appartamento				1			3	5						9
Comunità per minori							3						1	4
Comunità per HIV/AIDS							2	4						6
Altro			1	1			3	4		1			7	17
Totale	3	23	65	8	11	15	47	64	4	2	13	30	174	360

Non è stata inclusa 1 struttura della Regione Emilia Romagna in quanto mancante di tale dato

Tabella IV.9. Strutture private convenzionate/accreditate per Regione e per specializzazione per alcol dipendenti.

Regione/P.A.	No	Si	Non rilevato	Totale
Basilicata	3			3
Calabria	23			23
Emilia Romagna	64		2	66
Friuli V. Giulia	5	3		8
Liguria	10	1		11
Lombardia	14	1		15
Marche	47			47
Piemonte	61	3		64
P. A. Bolzano	1	3		4
P. A. Trento		2		2
Sardegna	11	2		13
Umbria	30			30
Valle d'Aosta	1			1
Veneto	74			74
Totale	344	15	2	361

Azioni e Programmi Specifici - Sintesi

È stata richiesta alle Regioni e Province Autonome la documentazione relativa alle azioni e programmi specifici in tema di alcol e guida, alcol e lavoro e prevenzione, con particolare riferimento alla popolazione giovanile riferiti all'anno 2016.

Prevenzione

Sono stati segnalati 313 progetti o iniziative. Occorre tenere conto che non tutte le Regioni hanno risposto; quattro (Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) non hanno inviato alcun progetto. In molti casi si tratta di progetti iniziati negli anni precedenti che continuano nel 2016. Le Regioni hanno spesso menzionato il loro Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 come punto di partenza, per poi citare progetti e azioni più particolari e locali.

Per questa prima analisi si sono utilizzate alcune macro-categorie: la rilevanza geografica; il target di riferimento, l'area tematica e la gestione.

Rilevanza geografica

In generale la maggior parte dei progetti è di valenza locale (n=192): in alcuni casi sono una declinazione di progetti originariamente nazionali e/o regionali (n=56). Nei restanti casi non è possibile risalire alla rilevanza geografica.

Nella varietà dei progetti indicati, due in particolare meritano di essere segnalati, perché accompagnati da evidenze di efficacia e di rilevanza nazionale e internazionale: il progetto "UNPLUGGED", risultato di una sperimentazione europea, (<http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>) che ha visto l'adesione da parte di 8 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria) e il progetto "Life Skills Training Program" (LST: <http://lifeskillstraining.com/index.php>), adottato da 2 regioni (Calabria e Lombardia), sviluppato negli Stati Uniti.

Emerge l'importanza e la crescita di progetti "peer to peer" e l'utilizzo di nuove metodologie, quali il teatro (Friuli Venezia Giulia e Piemonte – ASL TO3) e la radio (Piemonte – ASL TO5) come forma di educazione e promozione di stili di vita salutari, e di nuovi strumenti come i "social network", attraverso la creazione ad hoc di pagine *facebook* e *blog* (Liguria, P.A. di Bolzano, Piemonte – ASL TO5, Toscana).

Target di riferimento

Il target principale sono i giovani (n=146) con particolare riferimento alla popolazione scolastica (106 di quelli rivolti ai giovani), seguiti dai lavoratori e infine dalla popolazione generale. Vi è una particolare attenzione anche ad altri target, come le donne in gravidanza, in allattamento e neomamme (in 5 regioni) e i detenuti (3 regioni), e un'estensione dell'ambito della prevenzione a contesti particolari, come il settore sportivo (P.A. di Trento) o presso comunità etniche definite, come quella peruviana (Regione Toscana).

Area tematica

Prevalgono le iniziative di prevenzione dove non sono esplicitati aspetti specifici (n=212) seguite da quelle che riguardano i temi alcol e guida e alcol e lavoro (n=100).

Gestione

La gestione dei progetti può essere intesa in due modi: la gestione economica (chi finanzia) e la gestione pratica (chi coordina).

Riguardo la gestione economica, al momento risulta difficile poter estrapolare dei dati significativi in quanto nella quasi totalità dei casi il dato non risulta presente o poco chiaro. Nei pochi casi dove è stata segnalata, prevale la parte pubblica, fatto dovuto in buona misura alla fonte dei dati forniti.

Per quanto concerne invece la gestione pratica, è prevalentemente a cura di entità pubbliche territoriali. Importante segnalare la volontà di voler creare una rete di collaborazione trasversale con i vari attori coinvolti nel panorama di riferimento del progetto (per esempio: esercizi commerciali, scuole guida, Prefettura, Polizia Locale).

Ricognizione Normativa- Sintesi

Anche in questo caso non abbiamo ricevuto alcuna comunicazione, su questo tema, da quattro regioni (Lazio, Molise, Puglia e Sicilia).

Sul tema alcol e guida hanno risposto undici regioni: di queste sei hanno dichiarato di avere deliberato protocolli o atti di intesa regionali sulle procedure da seguire per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica e una ha protocolli elaborati da alcune ASL.

Sul tema alcol e lavoro hanno risposto dieci regioni: di queste cinque hanno dichiarato di avere deliberato protocolli o atti di intesa regionali per la verifica di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative e una ha protocolli elaborati da alcune ASL.

Azioni e Programmi Specifici – Dettaglio

Nelle pagine successive entriamo nel dettaglio delle iniziative censite con il progetto, per consentire di interpretare meglio la sintesi precedente, senza pretendere di essere esaustivi nella rappresentazione delle numerose e differenti attività presenti sul territorio regionale. Il materiale inviato presenta una notevole varietà nell'analiticità della descrizione delle iniziative intraprese: sono state inviate sia schede dettagliate per ogni progetto/attività dalle quali è possibile ricavare informazioni su ambito, finanziatori, enti esecutori, partner, obiettivi, azioni e target, sia semplici elenchi di titoli con una descrizione molto sintetica, sia documenti con un livello di approfondimento intermedio. Questo giustifica il differente livello di approfondimento, nell'esposizione, secondo le aree geografiche. Alcune regioni hanno anche fornito dati quantitativi sull'attività svolta (es. numero istituti scolastici, classi, insegnanti e studenti coinvolti nel caso di interventi nella scuola), che vengono qui riportati solo quando sono complessivi per la regione. Inoltre, all'interno di ogni regione, dove le attività erano molto simili, ma svolte su aree territoriali diverse, sono state aggregate sotto una voce unica, senza specificare la zona geografica, interna alla regione, per non appesantire ulteriormente l'esposizione.

Per meglio interpretare quanto segue occorre tenere conto di alcune considerazioni: in alcune regioni le attività sono descritte in documenti di programmazione, mentre in altre sono contenute in documenti di rendicontazione dell'attività; sullo stesso territorio insistono attività preventive che fanno riferimento a presupposti teorici differenti (a titolo di esempio: interventi informativi e interventi di *like skill training*).

- **Alcol e guida**

Abruzzo

In Abruzzo la D.G.R. n. 422 del 01/08/2017 Decreto del Commissario ad Acta n. 65/2016 del 29/06/2016 in attuazione del Piano regionale di Prevenzione 2014-2018 contiene le analitiche linee di indirizzo regionali per il percorso di restituzione della idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in violazione degli artt. 186-186bis-187 del Codice della Strada (uso di bevande alcoliche e/o sostanze psicoattive).

Campania

In Campania è stato emesso il Decreto n. 20 del 29.04.2014 "Atti di indirizzo per la diagnosi di presenza di problemi alcol/droga correlati e/o di alcoltossicodipendenza in soggetti che richiedono il rilascio/rinnovo della patente di guida alla commissione medica locale (art. 186 e art.187 del codice della strada - Dlgs n.285 del 30/04/1992 e smi.)". In particolare l'ASL NA1 Centro ha provveduto ad approvare la delibera che prevede il coinvolgimento delle UO SerD nel processo diagnostico per il rilascio/rinnovo delle patenti ai sensi della legislazione vigente in conformità con la direttiva regionale (Decreto n. 20 del 29.04.2014). Anche l'ASL NA2 Nord ha deliberato in tal senso.

Emilia Romagna

L'Emilia Romagna con la Circolare Regionale integrativa n. 1/2010 alla DGR 1423/2004 ha previsto l'introduzione di corsi infoeducativi rivolti ai guidatori con patente sospesa e revisione idoneità per violazione art. 186. L'attività dei corsi di primo e secondo livello è stata inserita nel

PRP 2015-2018 nel setting "Comunità programmi di popolazione e programmi per condizione", schede 2.9 e 4.6. La Circolare Regionale integrativa n. 10 del 07/11/2017 specifica i criteri diagnostici e le modalità delle consulenze di approfondimento; rivede il modello di certificazione; consolida i corsi infoeducativi di primo e secondo livello; estende l'obbligatorietà anche ai corsi di secondo livello; estende i corsi di primo livello ai conducenti con infrazione art. 187 del Codice della Strada; semplifica le schede di raccolta dati.

Friuli Venezia Giulia

In Friuli Venezia Giulia la DGR n. 2323 del 18 novembre 2010 Approvazione del documento "linee d'indirizzo della regione Friuli Venezia Giulia per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati" prevede l'incremento delle azioni di prevenzione dedicata (informazione, educazione e sensibilizzazione, con particolare attenzione alla popolazione giovanile), lo sviluppo di un continuum tra l'operato delle Forze dell'Ordine e l'intervento informativo/motivazionale dei servizi, l'integrazione delle CML con specialisti medici dei Servizi Alcolologici, la strutturazione di percorsi dedicati all'utenza riferita all'art. 186 da parte dei Dipartimenti Dipendenze e Servizi Alcolologia, la condivisione e standardizzazione dei contenuti dei corsi rivolti all'utenza art. 186, lo sviluppo e applicazione di strumenti e procedure comuni, per individuare linee standard da parte delle CML, il potenziamento di sinergie fra Forze dell'Ordine, Prefettura, Motorizzazione Civile, CML, Servizi di Alcolologia, MMG, Ospedali, il consolidamento della rete di collaborazione con le Autoscuole.

Marche

Per quanto riguarda il tema alcol e guida nelle Marche facendo riferimento alla L. N. 41/2016 "Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274" è stato predisposto un protocollo di collaborazione è stato predisposto con ARCAT Marche - Associazione Regionale dei Club Alcolologici Territoriali delle Marche per gli anni 2016 e 2017. L'accordo prevede interventi di formazione alla salute presso le istituzioni scolastiche rivolti ai docenti e agli studenti, l'avvio di programmi educativi per i soggetti a cui è stata ritirata la patente e di studi e ricerche sui problemi alcol correlati.

Piemonte

Le diverse Asl hanno attivato protocolli secondo la modifica introdotta dal DPR 68/2013 all'articolo 330 del Regolamento di attuazione del codice della strada (DPR 495/1992) prevedendo la partecipazione del consulente alcolologo Ser.D alla Commissione Medico Locale per la valutazione dell'idoneità alla guida relativa alle persone che hanno violato l'articolo 187 del codice della strada. In quella sede può essere eseguito il counselling individuale a tutti i soggetti o solo a quelli con profilo di rischio più elevato secondo le ASL. I soggetti che evidenziano aspetti/elementi problematici (fermi ripetuti per guida in stato di ebbrezza, positività dell'esame del capello all'Etg, ecc.) vengono inviati in osservazione dalla CML, ai fini di un approfondimento diagnostico e un eventuale trattamento, al Servizio di Alcolologia del DPD.

Sardegna

In Sardegna in attuazione a livello regionale della modifica introdotta dal DPR 68/2013 all'articolo 330 del Regolamento di attuazione del codice della strada (DPR 495/1992) sono stati emanati i decreti di ricostituzione, presso le diverse ASL della Commissione Medica Locale (CLM), per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici al fine del conseguimento della patente di guida con

inserimento della figura dell'alcolologo ove l'accertamento sia richiesto per soggetti affetti da problematiche cliniche alcol-correlate.

Inoltre nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 è prevista un'attività specifica diretta all'emanazione di linee di indirizzo per la valutazione della idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica, ad uso delle CML, attività non ancora definita e non ancora operativa.

Toscana

In Toscana nel corso dell'anno 2015 il Centro Alcolologico Regionale ha partecipato al 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, e agli incontri dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Stradale (ORSS), disciplinato dall'art. 5 della legge Regionale 19/2011, che ha il compito di coadiuvare 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. Sono stati predisposti programmi specifici per i pazienti inviati dal Centro Consulenza Alcolologica per l'effettuazione di un percorso diagnostico e informativo-motivazionale nei soggetti che hanno violato l'articolo 186 c.s.. Si è continuato il progetto "Società della Salute" (Valdinievole) per la prevenzione degli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol, progetto che prevede un incremento delle attività di controllo con etilometro da parte delle Forze dell'Ordine, nonché il coordinamento delle attività del progetto "Officine di Strada" e prestito etilometro per eventi.

Trento

La P.A. Trento ha un protocollo d'intesa, stilato nel 2000, tra la Commissione Medica Locale U.O. Medicina Legale e i Servizi di Alcolologia dei Distretti. La persona fermata per guida in stato di ebbrezza deve sempre sottoporsi a visita presso la Commissione Patenti che previa valutazione del Servizio di Alcolologia competente per territorio ne valuta il livello di rischio del soggetto. Viene proposto un ciclo di tre serate su alcol e guida. Inoltre esiste un altro protocollo d'intesa che prevede interventi di sensibilizzazione per gli istruttori insegnanti delle autoscuole trentine, la predisposizione di materiale didattico, cartaceo e informatico, la formazione per corsi di recupero punti su patente con lezione su guida, alcol e altre sostanze.

Umbria

L'Umbria ha redatto un "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica" (D.G.R. 1423/2007) attualmente in fase di rinnovo. Nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 è previsto il Progetto 1.4 "Alcol e guida sicura".

Valle d'Aosta

In Valle d'Aosta non risultano protocolli di intesa con altre agenzie pubbliche o private per la riduzione degli incidenti stradali alcol correlati: di questo tema se ne occupa elettivamente la Polizia Stradale.

Veneto

In Veneto le iniziative riferite sono

- misurazione tasso alcolemico fuori dai locali notturni
- Collaborazione con Polizia Municipale, Polizia Stradale e Forze dell'ordine

- **Alcol e lavoro**

Basilicata

In Basilicata è attiva la presa in carico dei lavoratori risultati positivi agli esami effettuati in adesione alla Legge "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)".

Campania

In Campania nell'ASL Napoli 1 Centro sono attive su questo tema solo le iniziative riguardanti la diagnosi ai lavoratori dei trasporti ai sensi della normativa vigente secondo un protocollo aziendale conforme con gli orientamenti regionali in materia. Presso le ASL Napoli 3 Sud e Caserta è attivo un protocollo di collaborazione con i Medici Competenti per la formazione ad un programma di sensibilizzazione dei lavoratori dell'ASL e di supporto specialistico alcologico nella rilevazione dell'accertamento dell'assenza di alcol dipendenza nei lavoratori predetti.

Emilia Romagna

L'Emilia Romagna ha pubblicato il Documento PG/2013/159535 del 02/07/2013 "Ambienti sanitari promotori di salute" contenente l'invito ad iniziare un percorso che possa portare ad evitare la vendita di alcolici e prodotti del tabacco nelle zone di accoglienza delle strutture ospedaliere e delle AUSL.

Il documento del novembre 2009 "Orientamenti regionali per Medici Competenti in tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'alcol dipendenza" contiene le indicazioni per rendere applicabile, da parte del medico competente e dei servizi sanitari specialistici, la normativa vigente. Il documento fornisce alcune indicazioni per l'accertamento dell'alcol dipendenza da parte del MC: lo scopo è di far sì che il MC attui un sistema di sorveglianza volto a far emergere quei casi selezionati che meritino di essere avviati alle strutture specialistiche per un eventuale approfondimento diagnostico e/o un programma di cura e riabilitazione.

Friuli Venezia Giulia

In Friuli Venezia Giulia la DGR n. 1020 del 7 maggio 2009 Approvazione del documento linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici comprende le attività di: informazione e formazione (coinvolgimento degli Organismi associativi datoriali e dei lavoratori, i medici competenti e le strutture del SSR); valutazione dei rischi (coinvolgimento delle aziende della distribuzione e ristorazione; divieto di distribuzione, vendita ed assunzione di bevande alcoliche all'interno delle Strutture Sanitarie Regionali); definizione di una rete di referenti istituzionali (creazione di una equipe interdisciplinare - Medico Competente, MMG, Servizio di Alcologia, Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro, Volontariato - che si interfacci con le figure istituzionali nel mondo del lavoro - Datori di lavoro, referenti dei Servizi di Prevenzione e Protezione, Dirigenti e Preposti, Lavoratori e loro rappresentanze, Organizzazioni di categoria, organismi paritetici -); Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori (controllo sanitario preventivo e periodico per i lavoratori addetti alle mansioni a rischio; controllo finalizzato ad affrontare specifiche situazioni di bere a rischio/problematico e alcol dipendenza del singolo lavoratore).

Piemonte

In Piemonte è stata aggiornata in alcune ASL, nell'anno 2016, la procedura interna del Servizio di Alcologia ("La valutazione alcologica dei lavoratori inviati alla Struttura di Alcologia dai Medici Competenti delle ditte di appartenenza") che definisce e descrive in dettaglio gli accertamenti alcologici di secondo livello effettuati su tutti i lavoratori inviati alla Struttura dai medici competenti, e gli strumenti utilizzati per tali accertamenti, in un caso accreditata dal sistema qualità dell'ASL, e che coinvolge il Medico Competente ASL, il Servizio Prevenzione e Protezione e il SerD.

È stata promulgata la D.G.R. n. 29 - 2328 del 26/10/2015 "Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative ai sensi dell'Allegato 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006. Revoca della D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012".

Sardegna

In Sardegna è stato prodotto il Piano Operativo Integrato di Vigilanza e Prevenzione anno 2016 definito anche sulla base del documento di indirizzo del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 5 D. Lgs. 81/2008 "Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e/o di sostanze stupefacenti, l'accertamento di condizioni di alcol dipendenze e di tossicodipendenza e il coordinamento delle azioni di vigilanza".

Toscana

In Toscana sono stati definiti protocolli con i Centri 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". Inoltre è stato emanato il 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.

Valle d'Aosta

In Valle d'Aosta esiste una procedura relativa agli "accertamenti di secondo livello": ovvero, quando un'azienda ha colto segni soggettivi e/o obiettivi di abuso alcolico in uno dei suoi dipendenti, può chiedere al dipendente stesso di rivolgersi al SerD affinché venga verificato l'effettivo abuso alcolico. Il SerD, esperiti gli accertamenti necessari, comunica l'esito della valutazione al datore di lavoro che, in caso di accertato abuso alcolico, può demansionare o sospendere dal lavoro il dipendente.

Veneto

Accertamenti di assenza di alcol-dipendenza per categorie di lavoratori a rischio inviate dai Medici Competenti. Collaborazione con i Medici Competenti e corsi di formazione per gli stessi. Collaborazione tra i servizi alcologici e i Dipartimenti di Prevenzione, gli S.P.I.S.A.L. e i S.I.L. con stesura di protocolli e condivisione di progetti

- **Prevenzione**

AbruzzoProgrammi di Prevenzione descritti nel Piano di Prevenzione Regionale 2016-2018:

- “A scuola ... di salute”. Il programma prevede di promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l’adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- “Guadagnare in salute ... negli ambienti di lavoro” attraverso la conduzione di corsi di formazione rivolti a operatori socio-sanitari della ASL per addestramento al counselling breve, corsi di formazione sui rischi dell’alcol riservati a tutti i dipendenti delle ASL, prevenzione dell’assunzione di fumo e alcol negli ambienti di lavoro, il ruolo del Medico Competente.
- “Guida Sicura”, si pone l’obiettivo di migliorare la consapevolezza in materia di rischi collegati alla guida sotto l’effetto dell’alcol negli aspiranti guidatori. Corsi per istruttori ed insegnanti di scuola guida su effetti dell’alcol sulla guida.

Basilicata

In Basilicata le iniziative intraprese sono consistite in:

- Piano di comunicazione rivolto ai giovani "Bevi la vita";
- Serate della controtendenza;
- Giornate di prevenzione alcolologica nell’ambito del mese di prevenzione alcolologica in diversi Comuni e con la collaborazione del volontariato di settore;
- Attuazione progetti di informazione, prevenzione ed educazione sui danni correlati dell’alcolismo organizzati dai Ser.D. con gli Istituti Scolastici presenti nei rispettivi territori di competenza;
- Incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all’alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza del Ser.D.;
- Attività di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcool correlati nelle Scuole Superiori del territorio;
- SCUOLA = CULTURA + SALUTE i Ser.D. hanno realizzato nelle Scuole Medie Superiori ed Inferiori collaboranti interventi di prevenzione con i gruppi classe e con i docenti. Per la gestione degli interventi le tecniche utilizzate sono state quelle tipiche della pedagogia di stampo attivo: il brainstorming, il role playing, la simulazione, il lavoro in piccoli gruppi e successivamente collegiale. Si è utilizzato materiale audiovisivo quale spot pubblicitari, videoclip, frammenti di film sul tema alcol e inoltre gli etilometri portatili professionali e gli occhiali Alcolvista (per simulare gli effetti dell’alcol);
- Giornate di prevenzione alcolologica nell’ambito del mese di prevenzione alcolologica in diversi Comuni e con la collaborazione del volontariato di settore;
- Incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all’alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza aziendale;
- 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 alcolcorrelate. A seguito di tali incontri, la Direzione

della Casa Circondariale ha disposto il divieto di acquisto di bevande alcoliche da parte dei detenuti;

- Iniziative di informazione/sensibilizzazione sui rischi legati al consumo di alcool/sostanze stupefacenti promosse nell'ambito delle attività della Consulta Provinciale Permanente sulla Sicurezza in collaborazione con Prefettura, Polizia di Stato, Questura, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, ANAS, Ufficio Scolastico, Motorizzazione, ACI, INAIL, CRI, Vigili del Fuoco.

Bolzano

Sul sito del Forum prevenzione (<https://www.forum-p.it/it/benvenuti-1.html>) sono presenti diverse offerte sia di tipo informativo (si possono scaricare materiali informativi per esempio su alcol e gravidanza, informazioni sull'alcol) sia richiedere interventi.

- www.bereresponsabile.it. Presenta campagne rivolte alla popolazione generale sotto forma di campagne pubblicitarie anche su internet.
- streetwork.bz. Nei fine settimana, presenza di operatori della prevenzione in Piazza delle erbe a Bolzano: interventi volti a monitorare la situazione, abbassare conflitti.
- streetlife" (slogan "Make the party safe!", "Party senza rischio"). Presenza di stand, con collaboratori e volontari, con offerta gratuita di acqua, frutta e consulenza/informazioni sulle conseguenze dell'uso di sostanze psicoattive, alcol incluso.
- All-cool. Percorso interattivo sull'alcol rivolto agli studenti tra i 13 e 18 anni.

Calabria

La documentazione di riferimento è alla programmazione presente nel Piano regionale della prevenzione 2014-2018.

- Rete Regionale delle Scuole Promotrici di Salute.
- Interventi di Promozione della salute centrata sulle life skills finalizzati alla prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe. Programma Unplugged e LifeSkills Training Program.
- Unità di Strada. Gruppi giovanili a rischio devianza; persone che frequentano locali notturni o che partecipano a eventi e possono mettere in atto comportamenti a rischio legati al consumo di sostanze; popolazione generale.

Campania

Gli interventi di tipo preventivo sono, in genere, finalizzati a sostenere e potenziare le competenze delle persone, con particolare riferimento ai giovani, a saper valutare i rischi e i danni collegati ai diversi comportamenti di uso e abuso di sostanze.

- "Gruppo Hybrid". Interventi nei diversi contesti del divertimento cittadini. Opera nelle diverse realtà cittadine nelle quali si svolgono eventi pubblici legali e illegali, nelle discoteche e nei club, nelle piazze e nei luoghi principali della cosiddetta movida. L'equipe, composta da operatori del Terzo settore in integrazione con quelli dei servizi realizza attività di informazione avvalendosi di opuscoli informativi sulle sostanze più diffuse costruiti ad hoc e testati tra la popolazione giovanile di riferimento. Inoltre realizza una "chill out", spazio organizzato di "tregua" e accogliimento dolce per chiunque viva un omento di

difficoltà e abbia bisogno di riprendersi o valutare altri tipi di aiuto, all'interno degli eventi musicali in accordo con gli organizzatori.

- Interventi nelle scuole: il progetto “Unplugged”. Le finalità e gli obiettivi, tra gli altri, sono “favorire lo sviluppo e il consolidamento di competenze quali la comunicazione personale e l'assertività, la gestione delle frustrazioni, lo spirito critico, la gestione delle emozioni, la capacità di risolvere problemi e di prendere decisioni ecc”, “Correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione dell'uso di sostanze psicoattive... “Migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso del tabacco, alcol e sostanze psicoattive.
- Un'altra iniziativa coinvolge regolarmente scuole secondarie di 1° e di 2° grado, genitori, docenti e adulti significativi. Gli studenti coinvolti nell'attività partecipano a incontri scientifico-informativi, tenuti da un medico dei servizi delle dipendenze patologiche, il cui scopo è di informare sulla pericolosità e gli effetti delle diverse dipendenze, sia da sostanza sia comportamentali, smitizzando luoghi comuni e false credenze spesso pericolose. Seguono altri incontri informativo esperienziali con lo scopo di potenziare le life-skills degli adolescenti e la consapevolezza delle proprie capacità senza incappare in nessuna dipendenza patologica.
- Sono utilizzati gli “occhiali alcol-vista”, che simulano la visione in caso di assunzione di bevande alcoliche. Utilizzati nelle scuole, all'esperienza seguono incontri di riflessione e informazione sugli effetti di una sostanza legale come l'alcol.
- Progetto Movide Sicure “Domani è un altro giorno”. Il programma prevede la formazione di una rete di continuità assistenziale e sicurezza sociale tra: SERD ,118 / circuito Emergenza sanitaria, Salute Mentale, Volontariato socio-sanitario, Forze dell'Ordine, Amministrazioni comunali. Il programma si pone l'obiettivo di ridurre la frequenza di intossicazioni acute da consumo di alcol e da altre sostanze e di erogare assistenza plurispecialistica in setting e spazi dedicati alla gestione degli stati di intossicazione acuta e all'accompagnamento verso la presa in carico in fase di dimissione da parte di SERD ed altri servizi con la collaborazione del volontariato socio- sanitario.

Emilia Romagna

In Emilia Romagna il progetto "Guida sicura senza alcol" coinvolge diversi enti: l'Osservatorio regionale per l'educazione stradale e la sicurezza, Assessorati regionali competenti in materia, mondo della scuola e della formazione professionale, Province, Comuni, AUSL, Prefetture, Motorizzazione civile, Forze dell'ordine, Università, Centri di Ricerca, ACI. Le attività previste sono programmi nelle autoscuole sia per la fascia di età che utilizza il ciclomotore (patentino) sia per la fascia di età della prima auto con prove pratiche di guida sicura; iniziative di educazione stradale promosse dall'Osservatorio regionale nelle sedi di aggregazione giovanile e nelle scuole (mostre - laboratorio, talk-show itineranti, incontri al Motor show di Bologna e in occasione della manifestazione “Maggio in strada”); percorsi didattici nelle scuole, promossi dalle AUSL per sensibilizzare i giovani sulla pericolosità degli effetti del consumo di alcol e in particolare sui rischi per la guida; iniziative di sensibilizzazione rivolte a gestori ed utenti dei “luoghi del divertimento” (campagne d'informazione, test con etilometro all'uscita delle discoteche, disponibilità di appositi mezzi pubblici per il rientro a casa); azioni informative mirate, ai soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica, al fine di favorire la modifica del comportamento a rischio.

Friuli Venezia Giulia

Tra le attività segnalate:

- Banchetti informativi con “percorso ebbrezza con occhiali alcolvista” e mostra pittorica (laboratorio “4 mani di colore”). In collaborazione con la Polizia Locale con simulatore guida, Cooperativa Duemilauno Agenzia Sociale, associazioni di volontariato (A.C.A.T., As.Tr.A. e Hyperion).
- Mostra di arti visive “Ex-VuOTO, A Nostra Signora la Bottiglia per le dis-Grazie ricevute” con il patrocinio del Comune, con il contributo della Cooperativa Duemilauno Agenzia Sociale, ideazione e progettazione a cura di V-Art Multimedia design. Partner: HeadMadeLab e Gruppo78 international contemporary art.
- VIII gara di cocktails analcolici Scuola Alberghiera dello IAL.
- “Sport SI’, ALCOL NO” – partita di calcio.
- Progetto “Meglio sapere tutto” rivolto a 4 Istituti superiori di II grado, secondo la metodologia della peer education. Coinvolte 52 classi. Implementazione continua nel corso dell'anno dei contenuti specifici su problematiche alcolcorrelate su piattaforma multimediale “sito CONTATTO” rivolto alla cittadinanza.
- Interventi nei confronti degli studenti delle scuole medie inferiori e superiori all’interno dei percorsi scolastici curriculari concordati.
- Progetto “Ulisse” (obiettivo: “aumentare le conoscenze e le capacità di intervento sul consumo di bevande alcoliche e sui rischi associati”) rivolto ai lavoratori della Fincantieri (Monfalcone) ed a gruppi target “a rischio”.
- Serate rivolte a comuni e associazioni.
- Incontri di formazione e prevenzione con gli studenti di vari istituti scolastici del territorio Udine e provincia.
- Progetto Provincia” New Tribes”, incontri con insegnanti, studenti ed evento finale.
- Progetto “IL MONDO DA NOI” progetto scolastico.
- Incontri formativi con le forze dell’ordine.

Liguria

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

Nell’ambito della campagna informativa sul rischio di consumo di sostanze dopanti, è stata dedicata una parte di campagna informativa anche ai danni metabolici dovuto al consumo di alcol e sostanze dopanti e al rischio del consumo di sostanze alcoliche tra i giovani atleti e tra gli sportivi.

Attraverso il supporto dei social network, sono attive pagine dedicate alle equipe di prevenzione e blog informativi relativamente alle iniziative intraprese: sono state attivate due pagine facebook (dottor virus e Salute&Prevenzione Tigullio) dedicata all'equipe integrata prevenzione e un blog (<http://eipas14.wordpress.com>) sui quali è possibile interagire e visionare le iniziative intraprese.

E’ stato attivato “Youngle is”, profilo facebook in cui viene offerto un servizio di ascolto in chat due volte la settimana ed offre un servizio vicino e accessibile in modo immediato agli adolescenti. La fascia di età cui è rivolto va da 13 ai 20 anni e il servizio è gestito da coetanei opportunamente formati dagli psicologi del Ser.t..

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

Sono attive 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 a 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 alcool 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 controlli effettuati.

In collaborazione con le strutture del Privato Sociale Accreditato, nel corso del 2016 sono state effettuate 2300 ore di intervento sul campo, di cui 1700 nelle piazze e nelle strade, 100 di supporto diretto alle attività del Ser.T. Per quanto riguarda l’intervento nelle scuole sono state effettuate circa 500 ore e si sono incontrati gli studenti delle Scuole Superiori (classi prima e seconda) nell’ambito del progetto di prevenzione alle dipendenze (droghe legali, illegali, gioco d’azzardo).

Lombardia

In linea con le indicazioni del PNP e del PRP 2015/18, le ATS per mezzo dei loro PIL, Piani locali di promozione della salute, programmano e realizzano in contesti specificatamente individuati all’interno dei rispettivi territori, programmi e interventi di prevenzione selettiva e indicata, riduzione dei rischi/danni correlati all’utilizzo ricreazionale di sostanze legali e illegali, intervenendo su gruppi specifici, famiglie o comunità, che possono avere maggiori probabilità di approcciare in modo problematico l’uso di sostanze o di progredire nella dipendenza.

Un’attenzione particolare è dedicata al tema alcologico, in termini di prevenzione dell’uso, dell’abuso, dell’uso problematico e della dipendenza da alcol. I gruppi vulnerabili sono identificati sulla base di fattori di rischio sociali, demografici o ambientali noti per essere associati all’abuso di sostanze. Ciò permette di indirizzare in modo particolare gli interventi – specie nelle aree urbane – verso sottogruppi di popolazione caratterizzati da status familiari disagiati, residenza in aree degradate e/o con incidenza elevata dell’uso di droga, esclusione sociale.

In molti PIL sono sviluppati programmi e/o accordi di collaborazione intersettoriale “cerniera” fra sistema della promozione della salute e della prevenzione sociosanitaria e interventi/progetti finanziati da Bandi nazionali/regionali a favore di persone (e loro famigliari), in situazione rischio e/o marginalità potenzialmente prodromici all’uso/abuso di alcol.

Il tema alcologico è affrontato in ottica preventiva nei diversi *setting* individuati dal Piano Regionale Prevenzione:

- **Scuole.** All’interno della strategia volta al rafforzamento del modello lombardo di Scuola che promuove salute e della Rete SPS regionale, sono attivi i programmi preventivi ***LifeSkills Training Program*** (che coinvolge annualmente quasi 40.000 studenti di circa 230 istituzioni scolastiche primarie e secondarie, attraverso l’azione preventiva di oltre 3000

docenti appositamente formati), Unplugged (che tocca annualmente oltre 5000 studenti delle secondarie di secondo grado) e di “Educazione fra pari” (con l’attivazione di oltre 3000 studenti “pari” a livello regionale). Parallelamente, sono presenti linee di attività finalizzate all’aggancio precoce di giovani/giovanissimi utilizzatori di sostanze, che vedono in molti casi la collaborazione formalizzata con Prefetture, Forze dell’Ordine, Agenzie educative, Centri di formazione professionale ecc. in questo quadro si colloca pure l’attuazione del “Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. delle Leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. 309/90 tra Regione Lombardia, Prefettura di Milano e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia (DGR X/5288 del 13.06.16). Il Protocollo di Intesa ha l’obiettivo di favorire la collaborazione intersettoriale per la prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti. Coinvolge: Regione, SSR, Prefetture e Scuola sia a livello regionale sia a livello locale allo scopo di individuare procedure e risorse per intervenire in modo più efficace a livello preventivo così come nella gestione di eventuali situazioni di “crisi/emergenza”. Il protocollo-quadro regionale è attuato a livello territoriale mediante la formalizzazione/stipula di accordi locali, che vedono le Prefetture e le Agenzie di Tutela della Salute co-protagoniste nello sviluppo di strategie mirate alla individuazione precoce di situazioni a rischio e al contrasto della “normalizzazione” dell’abuso alcolico nelle fasce giovanili della popolazione.

- **Luoghi di lavoro.** Nell’ambito delle azioni di promozione a livello territoriale del modello di “Azienda che promuove salute” e della Rete WHP Lombardia, una specifica attenzione al tema è prestata in particolare attraverso l’individuazione fra le “prassi raccomandate” alle direzioni aziendali (necessarie a mantenere lo status di Azienda “aderente” alla Rete WHP stessa): la costruzione di una “policy alcohol free” quale percorso partecipato e condiviso da tutte le componenti aziendali; percorsi formativi rivolti in primis ai Medici competenti (individuazione precoce delle problematiche, counseling e invio ai servizi di cura del territorio) nonché a dirigenti, capi intermedi e lavoratori in genere; la realizzazione di campagne/iniziative di sensibilizzazione sui rischi alcolcorrelati specificate (anche in questo caso in modo equity oriented) in relazione alle specifiche caratteristiche dei destinatari (tipologia di mansioni, livello di istruzione, genere, appartenenza etnica ecc.). Un’attenzione specifica, in ottica preventiva, al tema alcolologico è garantita anche dalla implementazione a livello territoriale del programma “Team Awareness” finalizzato a contrastare e ridurre situazioni di team e clima aziendale disfunzionalmente favorevoli all’utilizzo di alcol, e rinforzando al contrario competenze individuali e di gruppo per la corretta e tempestiva gestione di situazioni problematiche e/o a rischio.
- **Comunità territoriali-** Nello sviluppo dei programmi intersettoriali attivati a livello locale, che vedono coinvolti a fianco del sistema sociosanitario, i Comuni e le diverse categorie di Attori sociali (terzo settore, associazionismo, volontariato ecc.), la tematica alcolologica è trattata in modo specifico a livello preventivo con numerose iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale, nonché programmi preventivi mirati a specifici target (giovanissimi, comunità straniera, anziani ecc.). Le attività puntano a prevenire l’uso pericoloso di alcol/sostanze (policonsumo, binge-drinking, guida sotto l’effetto di sostanze ecc.), a contrastare gli specifici fattori individuali di rischio alcolcorrelato (comportamenti antisociali, azioni violente precoci e cattive relazioni con genitori, scuola e gruppi di pari), e a individuare precocemente soggetti particolarmente a rischio di veri e propri stati di dipendenza.
- **Primi 1000 giorni di vita.** Realizzazione sistematica e capillare di **iniziative formative** (rivolte in primis al personale consultoriale) al fine di sviluppare interventi di *counselling* motivazionale durante il percorso nascita, e la comunicazione di indicazioni corrette in merito all’assunzione di alcool in gravidanza e allattamento, anche mediante la diffusione di

materiali informativi ad hoc prevedendo il coinvolgimento attivo dei Pediatri e di tutti gli altri stakeholder presenti sul territorio

- **Sistema socio-sanitario.** L'intero sistema regionale, per il tramite dei gestori delle diverse Unità di offerta (pubbliche e private accreditate) è coinvolto attivamente nella realizzazione di azioni mirate alla riduzione dei rischi alcolcorrelati con particolare attenzione alle proprie specifiche categorie di utenti/destinatari, oltre che al proprio personale.

L'approfondimento dei programmi e delle azioni realizzate in Lombardia è possibile accedendo alla documentazione pubblicata in www.promozionesalute.regione.lombardia.it.

Marche

Nella regione Marche sono presenti numerose attività condotte sia dalle istituzioni pubbliche sia da associazioni con accordi a livello regionale che sono state rendicontate con schede sistematiche e dettagliate secondo un modello standard. Come già riportato in sezioni precedenti esiste un protocollo sia con gli Alcolisti Anonimi sia con l'ACAT per integrare sia le attività cliniche (attività principali dell'accordo con gli AA: cura e riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza da alcol; informazione su STDP e smistamento alcolisti in base alle necessità) sia quelle di prevenzione (in particolare con ACAT). I temi riguardano alcol e guida, prevenzione e promozione della salute nelle scuole; (es. "Settimana d'informazione sull'alimentazione e sui rischi connessi al bere bevande alcoliche"), realizzazione di studi e ricerche.

Viene riportata una sintesi tratta dalle schede che, come detto sono molto più approfondite. Le iniziative sono prevalentemente pluriennali e finanziate 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 importante, 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, ma sono stati coinvolti anche 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, insegnanti, dirigenti scolastici, personale ATA degli istituti secondari di primo e secondo grado, giovani in prossimità del conseguimento del patentino di guida, istruttori delle scuole guida, educatori, gestori dei locali e dei luoghi del divertimento, forze dell'ordine e 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. Di seguito un elenco delle principali attività/progetti.

- "Capodanno Analcolico" rivolto alla popolazione generale evento nel Comune di Porto San Giorgio (FM);
- la presenza dei CIC - Centri di Informazione e Consulenza e Servizi di Unità di Strada;
- la partecipazione di professionisti dei Dipartimenti ad eventi ed iniziative promosse dalle varie istituzioni dei territori di competenza nell'ambito di attività di sensibilizzazione ed informazione sui danni derivati dall'abuso di sostanze, compreso alcol, l'attivazione di sportelli di ascolto sul territorio in collaborazione con gli Enti Locali;
- il progetto nazionale "UNPLUGGED": formazione docenti delle classi seconde e terze;

- "Mamme libere dal fumo e dall'alcol" formazione al personale sanitario non medico del Dipartimento Materno-Infantile, Prevenzione, DDP (ostetriche, infermieri, assistenti sanitarie, OSS);
- Progetto "Carcere" rivolto ai professionisti (sanitari, educatori, psicologi) e operatori addetti alla sicurezza, detenuti della casa circondariale di Fossombrone, per sensibilizzare i professionisti e gli operatori addetti alla sicurezza alla prevenzione e contenimento degli abusi di alcol e psicofarmaci da parte dei detenuti ospiti; informazione ed educazione di questi ultimi sui danni alcol correlati.
- "Giovani alcol e guida" nelle scuole rivolto a insegnanti e studenti delle terze e quarte classi degli Istituti Secondari di Secondo Grado.
- "Alcol - logout - Saper scegliere per crescere liberi davvero". Rivolto alle scuole, agli insegnanti, genitori, studenti della scuola secondaria di primo grado svolto in collaborazione dal Centro di Alcolologia Clinica del DDP Ancona, Società Cooperativa Sociale "IRS L'Aurora", Associazione "OIKOS" IRS.
- "Controllo e vigilanza nelle Grandi Opere Edili". Lavoratori a rischio: fuochini, addetti alla conduzione di caldaie generatrici di vapore, addetti alla manipolazione e stoccaggio di gas tossici. Sono state svolte valutazioni alcolologiche.
- "Laboratori di teatro scolastico" negli Istituti secondari di I° e II° grado. Rivolto a docenti e alunni con un focus su dipendenze.
- "Stammi bene" rivolto ai giovani 14-29 anni presso la struttura Spazio Salute. Somministrazione etilometri e distribuzione materiale informativo ("Donne e alcol"; "Guida sicura"; Lavoro e droghe/alcol").
- "Cosa sai dell'alcol?" nelle scuole (secondo/terzo anno delle scuole medie) con ragazzi di 12-14 anni con interventi informativi.
- "Pink Drink". Nel 2016: rivolto ad allieve del corso di Scienze Infermieristiche, componenti del Consiglio delle Donne del Comune di Macerata, operatori che si occupano di prevenzione e contrasto della violenza sulle donne. Interventi informativi.
- "Educazione alla Salute". Rivolto ad alunni, docenti, personale ATA, genitori, dirigenti scolastici. Incontri di informazione/educazione sui danni alcol correlati.

Piemonte

Vengono presentati alcuni progetti che utilizzano metodologie differenti. Interventi analoghi sono condotte in diversi territori della regione con denominazioni diverse da quelle riportate.

- **“Giovani - strade sicure”** - Scuole professionali e scuole secondarie di 2° grado in tutti i Distretti della provincia di Alessandria, Coinvolge il Dipartimento Prevenzione, Seremi, il Servizio Medicina Legale, la Prefettura, la Polizia Municipale, la Motorizzazione. Obiettivi sono l'incremento del livello di attenzione sul problema dell'incidentalità stradale, delle conoscenze su effetti e rischi di alcol e droghe, l'apprendimento di abilità e competenze sociali (life skills) facilitanti i comportamenti di salute. La metodologia utilizzata è stata la visione di stimoli visivi (spot pubblicitari e spezzoni di film), il lavoro in piccoli gruppi, esercitazioni guidate come brain-storming, role-playing didattico.
- **“Sulla strada in sicurezza”**. Scuola secondaria di 2° grado, in collaborazione con il Comando Polizia Municipale. Obiettivi sono la prevenzione degli incidenti stradali connessi al consumo di alcol, la promozione della sicurezza stradale tra gli adolescenti, mantenere e

rinforzare il collegamento tra attori che a diverso livello sono impegnati nella prevenzione degli incidenti stradali, il coinvolgimento degli insegnanti nella progettazione e realizzazione d'interventi di prevenzione. Durante gli incontri sono trattati in modo discorsivo e con il coinvolgimento attivo degli studenti: dati e statistiche sul consumo di alcol e droghe, effetto del consumo di alcol e sostanze sulla guida di autoveicoli e motoveicoli, normativa (codice della strada). Sperimentazione attiva da parte degli studenti del kit "Percorso ebbrezza".

- **"Meno alcol più gusto"**. Obiettivi sono mettere in discussione il binomio divertimento alcol, rendere visibile e socialmente accettabile un comportamento analcolico, aumentare le informazioni sui rischi connessi all'abuso di alcol, sviluppare contatti con le realtà esposte a nuove modalità di consumo, coinvolgere il territorio. La metodologia prevede il coinvolgimento delle amministrazioni comunali e associazioni del territorio, interventi in classe sui rischi connessi all'abuso di alcol, coinvolgimento dei bar delle città che proporranno drink analcolici agli studenti delle scuole.
- **"Creativamente senza alcol"**. Obiettivi sono esplorare e confrontare nel gruppo le opinioni sulle bevande alcoliche e sui danni connessi, incrementare il livello di conoscenze sulle sostanze alcoliche (effetti acuti, patologie correlate), sensibilizzare sugli effetti dell'alcol sulla guida e il codice della strada. Il percorso prevede la formazione dei docenti, l'intervento in classe della durata di due ore, la partecipazione attiva degli alunni attraverso brain storming, esercitazioni di gruppo, la discussione in plenaria. Concorso a premi ed evento conclusivo di premiazione.
- **"Unplugged"**. Prevenzione scolastica all'uso di sostanze basata sul modello dell'influenza sociale e delle life skills. E' strutturato in una sequenza di dodici unità in modo tale da poter essere svolto dall'insegnante nel corso dell'anno scolastico. Il programma Unplugged è adatto a studenti di età compresa fra 12 e 14 anni. Gli insegnanti vengono formati con metodologie interattive volte all'acquisizione delle competenze necessarie per lavorare sulle life skills e sull'influenza sociale. Tali metodologie sono le stesse che gli insegnanti utilizzeranno con i ragazzi in classe. Il programma è diffuso su tutto il territorio piemontese e ha un sistema di monitoraggio dell'attività fin dall'inizio.
- **"Diario di Salute. Promozione del benessere tra i pre-adolescenti"**. Il progetto propone un insieme di attività e materiali rivolti ai ragazzi tra i 12 e i 13 anni e agli adulti che svolgono un ruolo educativo predominante in questa particolare fase di crescita: i genitori e gli insegnanti. E' un progetto di promozione del benessere attraverso lo sviluppo e il potenziamento delle competenze socio-emotive (life-skills) con l'obiettivo di prevenire le manifestazioni di disagio e di disadattamento psicosociale in adolescenza, e il coinvolgimento in comportamenti a rischio per la salute.
- **"Pronti Partenza Via"** Intervento di promozione della salute in tema di sicurezza stradale volto a ridurre comportamenti di rischio collegati all'assunzione di sostanze alcoliche in giovani di 13-14 anni. Obiettivo: la riduzione di assunzione di sostanze alcoliche e l'acquisizione della consapevolezza dei rischi per l'incolumità personale legati all'alta velocità ed al mancato o scorretto uso dei dispositivi di sicurezza.
- **"Bacco e Tabacco vanno a braccetto con la salute?"** Il progetto si propone da un lato di far prendere coscienza ai ragazzi dei rischi per la salute derivanti dal consumo di alcool e nicotina e dall'altro di attrezzare i ragazzi alla lettura critica degli spot pubblicitari degli alcolici in cui l'aspetto salute non viene preso in considerazione. Lavorando sulle aree più vulnerabili si cerca di dare risalto all'influenza negativa che l'alcol e il fumo esercitano nel caso del maschio sul funzionamento dell'apparato sessuale e ai danni che si possono registrare nel feto se durante la gravidanza la donna beve alcolici o fuma.

- Interventi di sensibilizzazione della popolazione generale promossi dall'ACAT (gruppo di volontariato) in collaborazione con il Ser.D..
- Partecipazione e attuazione del Piano Locale della Prevenzione Programmazione della Salute e Prevenzione del Setting Sanitario nelle azioni "Progettazione e realizzazione di percorsi formativi aziendali sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi" e "Diffusione e messa in pratica all'interno delle ASL degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol".
- **Il progetto "Alcol e guida"** è rivolto agli studenti del quarto anno degli Istituti Superiori, prossimi al conseguimento della patente di guida. Le finalità del progetto sono: favorire l'apprendimento di informazioni scientificamente corrette sull'alcol e i suoi effetti, a livello fisico, psicologico e comportamentale con particolare riferimento all'influenza sulle capacità di guida, facilitare l'acquisizione di nozioni del codice stradale e delle sanzioni in caso di guida in stato di ebbrezza, promuovere il concetto di "guidatore designato" e del bere consapevole, sostenere la riflessione critica sugli stili del bere personali, di gruppo e sui comportamenti a rischio collegati al consumo e abuso di bevande alcoliche. Il progetto è corredato da un sistema di valutazione che prevede un questionario di apprendimento dei contenuti trattati a un campione di studenti destinatari a distanza di alcuni mesi dall'intervento e un questionario di gradimento.
- **Progetto "Peer education"**. Il progetto è basato sul modello del supporto tra pari. Le finalità generali del progetto sono: prevenire comportamenti a rischio nella popolazione scolastica relativamente all'uso di sostanze psicoattive legali e illegali, ai comportamenti di dipendenza e alla sessualità; promuovere strategie efficaci di cambiamento/dissuasione di eventuali comportamenti dannosi per la salute; favorire la "disseminazione" dei contenuti della prevenzione nel contesto della popolazione giovanile. Il percorso prevede la creazione e formazione del gruppo "peer", la progettazione, organizzazione e realizzazione di un intervento di sensibilizzazione rivolto agli studenti delle classi I o II. I ragazzi, nella quasi totalità degli istituti, hanno scelto di compiere interventi sia sui temi del consumo e abuso di sostanze psicotrope sia sulla protezione nell'ambito della sessualità (tutela da gravidanze indesiderate e da infezioni sessualmente trasmissibili), individuando il legame di correlazione esistente tra gli argomenti. Segue l'intervento di rinforzo da parte degli insegnanti, in collegamento con le materie curriculari la valutazione dell'intervento con un focus group con alcuni studenti destinatari.
- **Progetto "PEERDUEPUNTOZERO, Idee, creatività e azioni che fanno prevenzione"**. Il progetto intende accompagnare e sostenere un gruppo di ragazzi nella realizzazione di un audiovisivo che affronti le tematiche dei comportamenti a rischio. Dal punto di vista teorico il progetto fa riferimento alla peer education.
- **"Alcohol prevention day"**. Gli studenti, protagonisti attivi del progetto di prevenzione a loro rivolto, hanno unito le competenze apprese nei corsi di studio con le informazioni acquisite negli incontri con gli Operatori sanitari. Hanno realizzato, come rappresentazione futura nel mondo del lavoro, la campagna di prevenzione "Alcohol prevention day 2017". Dopo la sensibilizzazione alle problematiche di uso e abuso delle bevande alcoliche e sui comportamenti a rischio la seconda fase ha previsto percorsi specifici in base all'indirizzo di studio della scuola. In due istituti gli studenti hanno creato dei video e delle fotografie che hanno partecipato a un contest fotografico e hanno fatto parte di una mostra fotografica itinerante nel territorio, mentre gli studenti dell'altro istituto hanno realizzato tre diversi cocktail analcolici, che sono stati premiati e serviti durante la manifestazione conclusiva del progetto. Sono inoltre stati coinvolti i gestori di locali del loisir e gli insegnanti di scuole guida del territorio: per alcuni mesi è stato affisso all'interno dei locali un manifesto di sensibilizzazione riguardo l'abuso di alcol e distribuito del materiale informativo. Il 20

aprile si è svolto un incontro finale con tutti i protagonisti del progetto. Durante l'evento, il pubblico composto da altre classi dei medesimi istituti ha assistito all'illustrazione dei lavori degli studenti e a uno spettacolo sul tema, frutto di un laboratorio teatrale condotto da esperti con un piccolo gruppo di studenti.

- **Progetto “PROX EXPERIENCE percorso ALCOL and FRIENDS”**. Obiettivi specifici sono: veicolare una corretta informazione sulla storia e sulla cultura del bere, sulle caratteristiche della sostanza alcol, sui suoi effetti; sviluppare un senso critico rispetto al significato dell'uso di alcol, in relazione ai diversi contesti nei quali se ne fa uso; aumentare la consapevolezza sui rischi derivanti dall'abuso di alcol e sugli aspetti legali inerenti ad eventuali comportamenti in stato di ebbrezza; favorire una riflessione sul significato della motivazione al bere e sugli aspetti emotivi che ne vengono coinvolti e su eventuali strategie che si possono adottare per sostenere l'eventuale pressione del contesto (es. gruppo dei pari, ambienti, situazioni aggreganti); creare spazi di confronto sul tema. Destinatari sono gli Istituti di Scuola Secondaria di 2° Grado e associazioni e organismi di cittadinanza attiva. L'intervento è diviso in due momenti: un'esperienza immersiva (strumenti multimediali e installazioni interattive, giochi ed attività di gruppo) e un successivo incontro in classe (o nel contesto di riferimento), dove vengono ripresi i contenuti più significativi dell'esperienza con l'obiettivo di rielaborare l'esperienza e consolidare i messaggi di promozione della salute appresi.
- **“PIN - Progetto Itinerante Notturmo”**. L'offerta del servizio consiste nella misurazione del tasso alcolemico attraverso l'etilometro e del relativo counseling, anche in relazione alla prevenzione degli incidenti stradali. È distribuito materiale informativo relativo alle diverse sostanze psicoattive presenti sul mercato, profilattici e informazioni sulla sessualità, generi di conforto, alcoltest monouso, informazioni ed eventuali invii ai servizi di salute pubblica presenti in città. Nei grandi eventi si attivano stanze di “chill out” per i soggetti che ne necessitano. Durante tutto l'anno le uscite sono una o due per settimana, e interessano le piazze cittadine dove si sviluppa la “movida” cittadina: quelle con maggior presenza di popolazione, giovanile e non solo, locali con ampia affluenza di persone, i grandi eventi (festival di musica elettronica, OktoberFest, ecc). Analoghi progetti in altre aree territoriali hanno denominazioni diverse.
- **“Oltre le marce cambia lo stile”**. Presso le autoscuole. Obiettivi sono: sensibilizzare i futuri giovani neopatentati a mantenere una guida sicura rispettando le nuove norme vigenti del Codice della Strada inerente al consumo di sostanze alcoliche, favorire una maggiore consapevolezza sulle modalità scorrette di consumo dell'alcol e sulle conseguenze negative ad esso connesse. L'intervento consiste nella somministrazione di un questionario anonimo in forma cartacea e nella presentazione in formato power point del materiale informativo utilizzando sistemi informatici interattivi. È offerta la possibilità di indossare degli occhiali specifici che simulano lo stato di ebbrezza e sono distribuiti a tutti gli allievi etilo-test monouso.
- **“Welfare di comunità per la prevenzione di problemi alcolcorrelati”**. Progetto promosso dal consiglio dei sindaci del distretto del Verbano, che vede coinvolti 27 comuni. Si sono condivisi i sette punti di impegno civico che sono la premessa alla buona riuscita del progetto: 1) Favorire campagne di sensibilizzazione nel proprio territorio; 2) Incentivare lo svolgimento di programmi scolastici di sensibilizzazione e prevenzione; 3) Monitorare la piena applicazione delle normative che regolano il consumo di alcol nei pubblici esercizi (divieto di somministrazione per minori e persone in stato di ubriachezza); 4) Regolamentare il consumo in orario notturno e in occasione di feste e sagre con apposite ordinanze; 5) Non patrocinare iniziative commerciali finalizzate alla vendita massiccia di alcolici; 6) Favorire forme di trasporto pubblico notturno in occasione di eventi come feste e

concerti; 7) Predisporre controlli con l'ausilio di etilometri. La proposta si articola quindi nelle seguenti sei azioni: conoscenza ed analisi del territorio, approccio culturale, stili di comportamento, risorse umane attivabili (focus group); Scuola (Peer education e un intervento mirato alla promozione di comportamenti liberi dall'alcol al fine di prevenire gli incidenti stradali); Informazione popolazione generale/Famiglie (Incontri pubblici, Spettacoli teatrali); informazione/sensibilizzazione Stakeholder, polizia locale, gestori; Interventi con la postazione mobile "Sicura la notte" (uscite nei luoghi del divertimento); Produzione di materiali cartacei divulgativi, gadget, ecc.

Sardegna

In tema di alcol e lavoro sono stati effettuati eventi formativi:

- "Prevenzione del rischio correlato all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti" e "Prevenzione degli infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e/o di sostanze stupefacenti" rivolti a lavoratori e medici competenti a cura dello SPreSAL a Sassari
- Corso di formazione articolato in due moduli: "Aspetti chimici e tossicologici" e "Aspetti relazionali e sociali" rivolto a lavoratori portuali (Servizio delle Dipendenze Olbia).

Toscana

In Toscana sono numerose le attività in questo ambito condotte sia dalle istituzioni pubbliche sia in collaborazione con altri enti e associazioni.

- "**Creativamente**" in ambito scolastico. Attraverso la peer education, si focalizza sulla promozione stili di vita sani e comprensione patologie derivanti dall'uso di alcol e 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.
- "**Ballo, sballo e riballo**" rivolto alle scuole secondarie di 1° e 2° grado. Sensibilizzazione sui comportamenti temerari e di sottovalutazione del rischio di compromissione della salute in adolescenza.
- "**Fra benessere ed emozioni**". Peer education per promozione dello star bene insieme e dei sani stili di vita; rafforzare fattori protettivi.
- "**UNPLUGGED**". Ambito scolastico. Formazione ai docenti. Insegnamento di life skills
- "**Social Net Skills**". Prevenzione degli incidenti stradali e altri comportamenti a rischio nei contesti del divertimento reale e virtuale.
- Collaborazione con l'**Associazione "Testa di Alcol"** per realizzare iniziative specifiche sul tema alcol e guida nelle scuole superiori.
- Collaborazione con Polizia Municipale di Firenze per interventi di sensibilizzazione sul tema Alcol e Guida nelle scuole superiori.
- Collaborazione con Associazione Culturale "**Viva el Perù**" per organizzare incontri informativi e di sensibilizzazione sull'alcol e rischi correlati.

- Campagne di sensibilizzazione: "**Guadagnare salute in 4 mosse**"; "**Alcol e giovani**"; "**Se guidi non bere**". Realizzazione materiale informativo, in più lingue, sul tema Alcol e Guida.
- Scuole medie inferiori. Corsi sugli stili di vita; diffusione programmi di life skills. Scuole medie superiori. Incontri informativi.
- Collaborazione con pediatri ed operatori per distribuzione di materiale di informazione sui danni indotti dall'alcol assunto in gravidanza e durante l'allattamento.
- Manifestazioni pubbliche, eventi pubblici, feste e serate in locali divertimento. Interventi di sensibilizzazione, promozione della salute e prevenzione.
- Collaborazione con scuole guida per interventi formativi per utenti in procinto di conseguire idoneità alla guida.
- "**Caschiamoci**", "**Alcol Droga e Guida**". Collaborazione con Polizia Municipale, scuole Guida e Istituti scolastici - medie inferiori e superiori.
- "**Società della Salute**" Incremento attività di controllo con etilometro da parte delle Forze dell'Ordine.
- Officine di strada, prestito etilometro per eventi.

Trento

- Progetto scuole elementari e medie: sono formati gli insegnanti e viene fornito loro il materiale didattico per sviluppare l'argomento "salute, alcol e fumo" nel corso dell'anno scolastico. L'intervento non è indirizzato a mandare messaggi proibizionisti su alcol e fumo, bensì punta sull'educazione razionale emotiva per cercare di sviluppare l'autostima del bambino e la sua capacità a "dire di no" al gruppo dei pari.
- Progetto scuole materne (progetto Girandola). Si tratta dello stesso progetto delle elementari e medie con l'aggiunta delle tematiche dell'alimentazione e del movimento fisico, ovviamente rivisto e messo in relazione alla minore età dei bambini.
- Progetto scuole superiori (alcol, fumo e capacità di vita). Prevede un incontro con gli insegnanti per condividere i messaggi da dare ai ragazzi, formandoli e dando loro il materiale didattico per attivare nelle classi il progetto. Si concluderà con un incontro tenuto dall'operatore del servizio di Alcologia nella classe interessata.
- Peer Education. Da vari anni si è cercato di sollecitare una maggiore adesione dei ragazzi ai progetti di prevenzione. Sono stati, pertanto, proposti interventi basati sulla "peer-education". Attualmente la modalità di intervento secondo la peer education è diffusa in tutti i distretti.
- Progetto alcol e fumo nello sport. Il progetto è stato realizzato in stretta collaborazione con le Federazioni più importanti aderenti al CONI. Si sono tenuti corsi di formazione per allenatori di squadre giovanili delle diverse Federazioni.
- Progetto autoscuole. Si è elaborato con il consorzio autoscuole un protocollo d'intesa e sono stati effettuati interventi di sensibilizzazione per gli istruttori insegnanti delle autoscuole del Trentino al fine di renderli più capaci a tenere specifiche lezioni su alcol e guida. È stato fornito loro il materiale didattico anche per tenere i corsi di recupero punti della patente (debbono essere in grado di svolgere 2 ore di lezione su guida, alcol e altre sostanze).
- Progetto pub-disco. Due camper appositamente attrezzati. In varie realtà, in passato, sono stati attivati dei progetti di accompagnamento con pullman alle discoteche e ritorno (progetto "Doroty" in Valle di Fiemme e Fassa e progetto "Stentesanibus" in Val di Sole)

- con giovani volontari formati con i canoni della peer education a bordo che attivavano un counselling con i ragazzi trasportati.
- Progetto “sono connesso”. Il progetto è partito qualche anno fa e prevede la diffusione nelle scuole di materiale informativo per i ragazzi che desiderano in qualche modo rivolgersi ai Servizi di Alcologia per qualsiasi difficoltà loro o di loro amici e pubblica un centro d’ascolto per i ragazzi.
 - Coordinamenti alcol, sicurezza e promozione della salute. Aggregano le varie realtà che si trovavano ad operare nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati durante la guida. Sono coinvolti in diversa misura: il Servizio di Alcologia, le Forze dell’Ordine, le Scuole Guida, le Municipalità, gli Istituti scolastici, le Associazioni locali dei Club degli Alcolisti in Trattamento, gli albergatori, le catene della grande distribuzione.
 - Serate informative con la popolazione. I Servizi di Alcologia in collaborazione con varie associazioni del territorio organizzano vari tipi di interventi informativi sulle problematiche alcol correlate rivolta sia a gruppi specifici (es. assistenti sociali, OSS, medici, parroci, amministratori locali, ecc.) sia alla popolazione generale. In questo caso normalmente i momenti informativi avvengono su due serate con un iniziale momento di informazione dato da un relatore con successiva suddivisione in gruppi e discussione in piccolo gruppo. La serata seguente si presentano i riassunti del lavoro dei piccoli gruppi e si discute assieme la problematica.

Umbria

Il documento di riferimento è il Piano regionale di prevenzione 2014-2018.

- **Alcol e Guida.** Il progetto, attraverso azioni volte a favorire la guida sicura tra i patentandi, prevede, come primo intervento, una implementazione dei corsi degli insegnanti e degli istruttori delle Autoscuole. Il percorso formativo dedicato ad insegnanti ed istruttori delle autoscuole prevede un modulo teorico (di 10 ore per insegnanti e di 5 ore per istruttori) su “Stato psicofisico dei conducenti, tempo di reazione, alcool, ecc.” con la docenza di un medico. In quanto “moltiplicatori dell’azione preventiva” gli insegnanti e gli istruttori dovrebbero essere quindi in grado di affrontare il tema del rischio alla guida, nel corso della loro attività professionale.

Il Piano include tre progetti rivolti alla scuola, che propongono la diffusione di metodologie adatte a rinforzare le life skills e a prevenire comportamenti rischiosi, tra cui l’abuso di alcol:

- **“Pensiamo positivo”**, per diffondere l’educazione socio-affettiva nelle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie di primo grado. L’educazione socio-affettiva viene applicata nelle classi dagli insegnanti, preventivamente formati; essi assumono un ruolo di facilitatori che esprimono nella quotidianità della relazione che si instaura tra docente ed allievo.
- **“Unplugged”**, per le scuole secondarie di primo grado.
- **“YAPS – Young and peer school**, per le scuole secondarie di secondo grado. Gli insegnanti a conclusione del training formativo sono i soggetti deputati ad introdurre concretamente la metodologia nelle scuole, ed utilizzano il proprio ruolo per coordinare una strategia efficace, come facilitatori, nella quotidianità della relazione che si instaura tra educatore ed allievo. Gli operatori sociosanitari fungono da elementi di supporto, a sostegno degli insegnanti, prevalentemente attraverso attività di formazione e di supervisione.
- **“Spazio ai giovani: tra reale e virtuale”**. Attraverso l’uso del web e dei social network, realizzare attività di informazione, comunicazione ed ascolto riguardanti i temi della salute, intesa in senso ampio, e della promozione del benessere, rivolte ai giovani e realizzate da

giovani. Rivolto a adolescenti/giovani adulti tra i 14 e i 22 anni attraverso peer educator dai 16 anni ai 24 anni. Estensione e ampliamento delle attività realizzate nell'ambito del progetto nazionale "Social net skills", attivato dal CCM del Ministero della Salute.

Valle d'Aosta

In Valle d'Aosta il progetto di prevenzione secondaria nelle scuole secondarie superiori rivolto a insegnanti e educatori ha previsto una formazione di tre giorni, la creazione di uno sportello di ascolto permanente e la costituzione di gruppi di supervisione clinica.

Veneto

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 sono rimasti costanti gli interventi diretti a 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 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 varie progettualità territoriali sono per lo più indirizzate ad attivare all'interno di contesti sociali 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.

Alcune Associazioni convenzionate con le aziende socio-sanitarie venete, 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 attrattiva giovanile.

Normativa- Dettaglio

Abruzzo

LR 5/2008 "Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010". Paragrafo 5.2.9. Dipendenze patologiche e problemi alcool correlati del Piano sanitario 2008-2010.

Calabria

DCA n. 49 dell'08/06/2016 " Approvazione documento Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018" - modifiche ed integrazioni

Decreto Dirigenziale n. 11243 del 26/09/2016 Progetto "Istituzione di un Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Patologiche" (O.R.Di.P.) - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Salute dell'università "Magna Græcia" di Catanzaro.

Decreto Dirigenziale n. 10321 dell'1 ottobre 2015 Progetto "Realizzazione delle attività di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcool correlati" - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Campania

Decreto n. 20 del 29.04.2014 "Atti di indirizzo per la diagnosi di presenza di problemi alcool/droga correlati e/o di alcotossicodipendenza in soggetti che richiedono il rilascio/rinnovo della patente di guida alla commissione medica locale (art. 186 e art.187 del codice della strada - Dlgs n.285 del 30/04/1992 e smi.)"

Emilia Romagna

DGR n. 1423 del 19 luglio 2004 "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebrezza alcolica" e Circolare Regionale integrativa n. 1/2010 alla DGR 1423/2004

Circolare Regionale integrativa n. 10 del 07/11/2017. Prevede: specifiche ai criteri diagnostici e alle modalità delle consulenze di approfondimento; revisione del modello di certificazione; consolidamento dei corsi info-educativi di primo e secondo livello; obbligatorietà estesa anche ai corsi di secondo livello; estensione dei corsi di primo livello ai conducenti con infrazione art. 187 del Codice della Strada; semplificazione delle schede di raccolta dati.

Friuli Venezia Giulia.

DGR n. 2323 del 18/11/201 "Approvazione del documento linee d'indirizzo della regione Friuli Venezia Giulia per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati".

DGR n. 1020 del 07/05/2009 "Approvazione del documento linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici".

Lombardia

D.C.R. n. IV/1979 del 21/03/1990 Progetto Obiettivo Alcolismo, che delinea una specifica articolazione organizzativa degli interventi, organizzata su quattro livelli di intervento.

D.G.R. n. 12621 del 07/04/2003 Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze.

D.G.R. n. 1171 del 29/12/2010 Rete regionale di prevenzione sulle dipendenze

D.G.R. X/5288 del 13/06/2016 "Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. delle Leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. 309/90 tra Regione Lombardia, Prefettura di Milano e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia". Il protocollo-quadro regionale è attuato a livello territoriale mediante la formalizzazione/stipula di accordi locali, che vedono le Prefetture e le Agenzie di Tutela della Salute co-protagoniste nello sviluppo di strategie mirate alla individuazione precoce di situazioni a rischio e al contrasto della "normalizzazione" dell'abuso alcolico nelle fasce giovanili della popolazione.

Marche

DGRM 540 DEL 15/07/2015 "Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018".

DGRM 603/2009 "Recepimento intese 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".

Piemonte

D.G.R. n. 29 - 2328 del 26/10/2015 "Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcolodipendenza nelle attività lavorative ai sensi dell'Allegato 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006. Revoca della D.G.R. n. 21 - 4814 del 22.10.2012".

D.G.R. n. 13 - 10928 del 09/03/2009 "Linee di indirizzo regionali per le procedure relative 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, ai sensi dell'Intesa Stato/Regioni del 30.10.2007 e dell'Accordo Stato/Regioni del 18.09.2008."

D.G.R. n. 4 - 2205 del 22/06/2011 "Disposizioni in ordine al Piano di Azione Regionale delle Dipendenze anni 2011-2013".

Trento

Nella P.A. esiste una unica ASSL e pertanto qualsiasi protocollo aziendale trova automaticamente applicazione su tutto il territorio provinciale senza bisogno di direttive provinciali specifiche.

ToscanaATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera 21 settembre 2015, n. 894. Centro Alcolologico Regionale (C.A.R.) - Assegnazione delle risorse per l'anno 2015 all'AOU di Careggi per l'assolvimento delle funzioni regionali sulle problematiche alcolcorrelate.

Delibera 29 Dicembre 2015 n. 1308. DGRT 1168/2014 - Interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcol dipendenti a forte marginalità sociale nel territorio pratese. Prosecuzione progetto OUTSIDER e destinazione risorse alla USL 4 di Prato.

Delibera 29 dicembre 20145 n. 1333. Approvazione Linee di indirizzo "Dal carcere alla comunità terapeutica: proposte, metodi e percorsi per una possibile sinergia nella presa in carico e nel trattamento residenziale in comunità terapeutica di persone tossicodipendenti/alcolodipendenti con provvedimenti giuridici in corso" e destinazione risorse.

Umbria

D.G.R. 1423 del 03/09/2007 "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica".

Veneto

Delibera n. 473 del 28/02/2006. Recepimento del Documento: Alcologia nel Veneto - "non solo cura ma cultura. Indirizzi per il lavoro in rete". Definisce la politica regionale in materia di problemi alcol correlati (P.A.C.).

Sviluppi futuri

Considerata la non completa rispondenza da parte delle Regioni, un primo importante passo sarà riuscire a coinvolgere le Regioni rimanenti per completare il quadro della ricognizione, individuando le strategie più efficaci.

Potrebbe essere interessante approfondire alcuni aspetti trattamentali che non sono stati affrontati in questa prima rilevazione per meglio descrivere l'offerta di trattamento a esempio su un campione di Servizi specializzati per l'alcol dipendenza nonché rilevare con domande standardizzate i progetti e le azioni di prevenzione, i protocolli e le linee guida relativi alle procedure per i soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica e per la verifica di condizioni di alcolodipendenza nelle attività lavorative.

Un ulteriore approfondimento potrebbe essere quello relativo all'attività del volontariato capillarmente presente sul territorio e la collaborazione/integrazione con il Servizio pubblico.

Potrebbe essere interessante verificare la fattibilità dell'individuazione di un modello standard di descrizione delle attività di prevenzione da utilizzare primariamente a livello delle singole Regioni per descrivere e governare l'attività dei Servizi in questo ambito e facilitare, di conseguenza, la raccolta dati a livello nazionale.



171250025410