ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CC
n. 5

RELAZIONE

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

(Anni 2011 e 2012)

(Articolo 8, comma 1, della legge 30 marzo 2001, n. 125)

Presentata dal Ministro della salute

(BALDUZZI)

Trasmessa alla Presidenza il 18 gennaio 2013

TIPOGRAFIA DEL SENATO

PAGINA BIANCA

RELAZIONE

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

La presente relazione si riferisce agli interventi effettuati dalle regioni nel corso dell'anno 2011 e dal Ministero della salute nell'anno 2012.

PAGINA BIANCA

INDICE

PREMESSA . . . . . *Pag.* 7

PRESENTAZIONE . . . . . » 8

PARTE PRIMA

1. *Il quadro epidemiologico* . . . . . » 17

1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo » 17

Il trend dei consumi annui pro capite . . . . . » 18

Il confronto con il consumo annuo pro capite degli altri Paesi europei . . . . . » 18

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione generale . . . . . » 21

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione giovanile . . . . . » 32

1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelate . . . . . » 41

Le stime di mortalità dell'Istuto Superiore di Sanità . » 42

La mortalità per cirrosi epatica . . . . . » 44

Gli incidenti stradali . . . . . » 46

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili . . . . . » 52

L'alcoldipendenza . . . . . » 56

L'attenzione dei medici al consumo alcolico dei pazienti . . . . . » 57

2. *Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30-3-2001, n. 125* . . . . . » 59

2.1 Gli interventi di indirizzo . . . . . » 59

2.2 L'utilizzo dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati . . . . . » 74

2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione . . . . . » 76

2.4 L'implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga . . . . . » 78

2.5 La partecipazione alle politiche internazionali . . . . . » 81

3. *La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle alcoldipendenze* . . . . . » 86

PARTE SECONDA

4. *I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30-3-2001, n. 125 - Anno 2011* . . . . . *Pag.* 92

4.1 Il personale dei servizi . . . . . » 92

4.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza . . . . . » 93

4.3 I consumi alcolici dell'utenza . . . . . » 94

4.4 I modelli di trattamento . . . . . » 95

4.5 I modelli organizzativi dei servizi . . . . . » 95

4.6 La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato . » 96

Tabelle e grafici . . . . . » 97

PARTE TERZA

5. *L'attuazione della legge 30-3-2001, n. 125 nelle Regioni e Province Autonome* . . . . . » 130

5.1 La rilevazione degli interventi e delle attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30-3-2001, n. 125 130

5.2 Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità . . . . » 132

5.3 Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati . . . . . » 149

5.4 Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto . . . . . » 173

5.5 Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario » 184

5.6 Iniziative adottate per favorire le associazioni di automutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale *no profit* . . . . . » 191

5.7 Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'articolo 11 . . . . . » 200

5.8 Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge . . . . . » 206

5.9 Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida . . . . . » 215

5.10 Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro . . . . . » 222

5.11 Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo . . . . . » 229

5.12 Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai princìpi della legge n. 125 del 2001 . . . . . » 234

PREMESSA

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi della stessa legge, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono annualmente tenute a trasmettere al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.
La presente Relazione si riferisce agli interventi effettuati dalle Regioni nel corso dell'anno 2011 e dal Ministero della Salute nell'anno 2012.
La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio VII. L'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol ha fornito un contributo originale di elaborazione ed analisi dei dati relativi ai consumi della popolazione generale, ai consumi delle diverse bevande alcoliche, ai consumi fuori pasto e *binge drinking*, ai consumi a rischio-criterio ISS, realizzato nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute.

PRESENTAZIONE

I dati del 2011 sui modelli di consumo alcolico del nostro Paese confermano il consolidamento di nuovi comportamenti e abitudini che risentono dell'influsso culturale dei Paesi del Nord Europa.
Il tradizionale modello di consumo mediterraneo, caratterizzato da consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, è sempre meno diffuso e riguarda sempre più le fasce di età più mature e anziane, mentre tra i giovani e i giovani adulti prevale il consumo occasionale e fuori pasto.
Dall'anno 2000 la prevalenza dei consumatori fuori pasto è significativamente cresciuta, registrando un aumento di 4,8 punti percentuali tra gli uomini e di 4,1 punti percentuali tra le donne; in particolare tra il 2010 e il 2011 l'incremento è stato di 2,1 punti percentuali tra gli uomini e di 1,9 punti percentuali tra le donne. L'ISTAT registra inoltre la presenza di un consistente numero di persone con consumi fuori pasto più frequenti, esposti quindi a un rischio rilevante, soprattutto nella fascia di età 18-34 anni di entrambi i sessi.
Il *binge drinking*, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, si è ormai diffuso stabilmente nel nostro Paese, sopratutto tra i giovani, ma sempre più anche tra gli adulti e in particolare tra i maschi; nel 2011 fra le persone di 11 anni e più il 7,5% ha dichiarato di aver consumato almeno una volta 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, il 12,2% tra i maschi e il 3,2% tra le femmine. Il fenomeno è particolarmente diffuso tra i giovani di 18-24 anni, e riguarda il 21,8% dei maschi e il 7,9% delle femmine di questa fascia di età.
Il cambiamento del modello di consumo emerge anche dall'analisi del tipo di bevande consumate. Cala infatti nel decennio 2001-2011 la quota di consumatori di soli vino e birra, mentre resta stabile la quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici. Il cambiamento del tipo di bevande consumate interessa soprattutto i giovani e i giovani adulti fino a 44 anni di età, e in particolare le donne.
Le nuove abitudini di consumo della popolazione italiana hanno indubbiamente aspetti preoccupanti, in quanto comportano l'esposizione a nuove tipologie di rischio che si correlano alla assunzione di bevande ad alta gradazione alcolica, lontano dai pasti e spesso in quantità eccessive, che avviene sovente in situazioni e contesti che possono ulteriormente accrescere il rischio alcol correlato. Le nuove modalità di bere inoltre, oltre a comportare maggiore rischio per la salute del singolo bevitore, possono avere un maggiore impatto anche sulla sicurezza sociale, con un accresciuto rischio di incidenti stradali, di incidenti sul lavoro e di violenze.
I nuovi rischi non cancellano peraltro quelli correlati al consumo più tradizionale del nostro Paese, quotidiano e protratto nel tempo, ancora molto diffuso in alcune fasce di età, che può essere pericoloso per la salute se non si accompagna alla dovuta moderazione. Complessivamente secondo l'ISTAT il consumo giornaliero non moderato nel 2011 ha riguardato l'8,4% della popolazione di 11 anni e più, il 13,6% degli uomini e il 3,6% delle donne, con un impatto complessivo superiore a quello del *binge drinking*. Questo tipo di rischio riguarda ancora soprattutto gli anziani oltre i 65

anni, con una quota pari al 42,0% tra i maschi e al 10,3% tra le femmine; ma appaiono rilevanti anche le quote di consumatori giornalieri non moderati tra i maschi adulti di 45 -64 anni, pari al 10% .

Nonostante l'evoluzione dei modelli di consumo da tempo in atto, i valori di alcuni importanti indicatori di rischio pongono l'Italia ancora in una posizione migliore di altri Paesi europei vicini per cultura e collocazione geografica. In particolare l'Italia continua ad occupare un posto tra i più bassi nella graduatoria europea per consumo annuo pro capite di alcol puro, il cui valore, pari a 6,94 litri nel 2009, appare in costante calo e consentirà presumibilmente all'Italia di raggiungere il livello di consumo raccomandato dall'OMS per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore). La mortalità per cirrosi epatica, uno dei più importanti indicatori di danno alcol correlato, continua a diminuire nel tempo con un andamento più rapido e consistente rispetto alla media dei Paesi europei, ed è pari nel 2009 a 8,68 per 100.000 abitanti, valore molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno per la media dei 27 Paesi dell'Unione europea (13,4 per 100.000) e per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,79 per 100.000). Secondo studi realizzati in ambito OMS, tra i Paesi della Regione europea l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale, con valori molto inferiori alla media europea e particolarmente bassi per gli uomini.

Permangono peraltro alcune importanti criticità che richiedono un attento monitoraggio e l'adozione di adeguate misure di contrasto.

La popolazione con consumi a rischio appare ancora consistente e secondo l'Istituto Superiore di Sanità nel 2011 è pari al 23,9% degli uomini ed al 6,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.100.000 persone.

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica, pur inferiore a quello medio europeo, resta tuttavia ancora superiore a quello di altri Paesi dell'U.E. quali Irlanda, Grecia, Svezia, Cipro, Malta e Olanda. Il numero assoluto dei ricoveri ospedalieri per cirrosi alcolica mostra dapprima un incremento tra l'anno 2000 e l'anno 2006 e un successivo decremento a partire dall'anno 2007. Rispetto al totale dei ricoveri per cause totalmente alcol correlate, i ricoveri per cirrosi aumentano percentualmente, passando dal 26,3 % dell'anno 2000 al 37,7% dell'anno 2010, con un aumento di circa 11 punti percentuali.

Molte criticità riguardano in particolare la popolazione più giovane.

La diffusione dei nuovi consumi a rischio quali i consumi fuori pasto e il *binge drinking* riguarda un'alta percentuale di giovani e nella fascia di età 18-24 anni si rilevano le prevalenze più alte di tutta la popolazione per queste tipologie di consumo. Particolarmente preoccupante risulta il trend in crescita dei consumatori fuori pasto tra i giovanissimi di 14-17 anni. Prendendo in considerazione gli ultimi 16 anni possiamo rilevare in questa fascia di età, separatamente per i due sessi, un aumento della prevalenza del consumo fuori pasto dal 12,9% al 22,8% tra i maschi e dal 6% al 14,7% tra le femmine. E per quanto riguarda il *binge drinking* lo studio ESPAD rileva che tra il 2010 e il 2011 tra i giovani studenti di 15-19 anni il fenomeno riprende ad aumentare, dopo il calo rilevato fra il 2008 e il 2009, presentando valori molti superiori a quelli del 1999, anno di inizio della rilevazione. Tra i giovani di 16-17 anni l'ISTAT ha rilevato nel 2011 una prevalenza di *binge drinkers* vicina alla media della popolazione generale.

Numerosi anche i giovanissimi consumatori fra gli 11 e i 15 anni, il 14% dei maschi e il 9,7% delle femmine di questa fascia di età, per i quali è rigorosamente raccomandata la totale astensione dal bere ma che contravvengono alle indicazioni di salute relative alla loro età esponendosi a un grave rischio.
L'ISTAT ha rilevato tra i giovani una frequente associazione del bere a rischio con comportamenti quali un'assidua frequentazione di discoteche, spettacoli musicali ed eventi sportivi, associazione che può accrescere i pericoli derivanti dal bere e richiede pertanto un monitoraggio particolarmente attento. Negli incidenti stradali, altro importante indicatore di danno alcol correlato, continuano a registrarsi alte percentuali di morti e feriti tra i giovani e nel 2011 la fascia di età 20-24anni è stata la più colpita.
Fra gli alcoldipendenti in trattamento nei servizi alcologici territoriali la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta nel 2011 il 9,8 % dell'utenza totale, una quota consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%), anche se inferiore a quella registrata nel 2009 (11,1 %). Inoltre nei servizi alcologici si conferma una stabile percentuale di giovani utenti di età inferiore ai 20 anni la cui entità oscilla nel tempo, a partire dal 1996, tra lo 0,5 % e lo 0,7% e che nel 2011 è stata pari allo 0, 5%.
Nei comportamenti di consumo della popolazione femminile, tradizionalmente meno interessata al consumo alcolico in rapporto a quella maschile, è da tempo in atto una evoluzione che ha già portato ad attenuare le differenze di genere nelle fasce di età più giovani; fra le ragazze al di sotto dei 16 anni le percentuali di tutti i consumi a rischio sono ormai analoghe a quelle riscontrate tra i coetanei maschi.
Anche tra le donne, soprattutto fra le più giovani, si registra una forte riduzione del tradizionale consumo alcolico giornaliero e un aumento dei consumi fuori pasto; dall'anno 2000 la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è aumentata di 4,1 punti percentuali e tra il 2010 e il 2011 si è registrato un incremento di 1,9 punti percentuali, raggiungendo il valore di prevalenza statisticamente più alto degli ultimi 10 anni.
Tra le giovani ragazze di 14-17 anni tra il 1995 e il 2011 la prevalenza delle consumatrici fuori pasto risulta più che raddoppiata, passando dal 6% al 14,7% .
A questo quadro di accresciuti consumi femminili a rischio fa riscontro il dato preoccupante di un aumento, tra il 2010 e il 2011, dei decessi per incidente stradale tra le donne conducenti, pari al 4% e in controtendenza rispetto alla generale riduzione di morti e feriti tra i conducenti di sesso maschile nello stesso periodo.
Le modalità del consumo alcolico femminile pongono problemi molto delicati anche per il ruolo rilevante della donna in relazione alla salute e alla protezione del feto, che richiederebbe una rinuncia totale al consumo di alcol in gravidanza onde evitare il rischio delle varie forme di sindrome fetoalcolica.
A tale proposito appare preoccupante che dallo Studio di sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità risulti che un terzo delle donne in gravidanza intervistate nel triennio 2008-2011 abbia dichiarato di aver assunto almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni.
La popolazione anziana al di sopra dei 65 anni è in Italia quella maggiormente esposta al rischio di danni alcol correlati, prevalentemente a causa dei consumi quotidiani non moderati. Gli anziani restano ancora legati al modello di consumo tradizionale,

caratterizzato da consumo quotidiano di vino ai pasti, ma spesso, soprattutto gli uomini, non rispettano le indicazioni delle agenzie di sanità pubblica che sconsigliano alle persone anziane un consumo superiore ad una unità alcolica giornaliera. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità tra i maschi della classe di età 65-74 anni ben il 45,7% pratica consumi a rischio e in quella di oltre 75 anni pratica consumi a rischio il 39,5%.

Dal quadro delle criticità emergenti appare chiaro che sono necessari nel nostro Paese articolati interventi di prevenzione diretti, oltre che alla popolazione generale, soprattutto alle diverse fasce di popolazione a rischio in relazione all'età e al genere, tenendo conto anche di altre variabili socio demografiche quali il livello di istruzione, che si è rivelato influente sia in relazione alla propensione al bere delle singole persone che a quella dei loro figli.

Una particolare attenzione richiede la prevenzione dei comportamenti di consumo a rischio dei giovani, che possono comportare conseguenze molto gravi sia sul piano sanitario che su quello psicologico e sociale. Il consumo alcolico dei giovani deve essere monitorato con particolare attenzione in quanto può comportare conseguenze molto gravi sia sul piano sanitario, determinando anche condizioni patologiche estreme quali l'intossicazione acuta alcolica e l'alcoldipendenza, sia su quello psico-sociale, con influenze negative sullo sviluppo cognitivo ed emotivo, peggioramento delle prestazioni scolastiche, abbandono scolastico, deterioramento delle relazioni sociali, aggressività, violenza.

Occorre rafforzare nei giovani la capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere operando in contesti significativi quali la scuola, i luoghi del divertimento, della socializzazione e dello sport; per i giovani con comportamenti di grave abuso è necessario prevedere efficaci azioni di intercettazione precoce accompagnate da appropriati interventi di sostegno e motivazione al cambiamento.

E' necessario anche sensibilizzare i settori della distribuzione e vendita di bevande alcoliche sulla particolare responsabilità che il loro ruolo riveste in relazione ai giovani. A questo proposito un risultato sicuramente importante in termini di prevenzione potrà venire dalla applicazione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, recentemente introdotto con la legge 189/2012 di conversione del decreto legge di iniziativa governativa 158/2012. Con tale norma l'Italia si è allineata all'età legale prevalente nei Paesi europei per la vendita dell'alcol, in un contesto che, secondo recenti indagini condotte in ambito U.E., vede i giovani italiani, rispetto ai loro coetanei europei, fra i primi per consapevolezza del rischio correlato all'uso regolare di alcol e primi per percezione di un rischio medio-alto nell'uso occasionale dell'alcol.

Per quanto riguarda il consumo alcolico della popolazione femminile, i cambiamenti in atto richiedono l'implementazione di adeguati interventi di genere per contrastare le pressioni al bere specificamente dirette alle donne e la tendenza all'omologazione con i maschi nei comportamenti di consumo a rischio, soprattutto tra le più giovani. Le donne devono essere informate correttamente sulla specificità dei loro rischi di salute in relazione al consumo di alcol e sulla sua rilevanza per la salute del feto. I competenti servizi socio-sanitari dovrebbero garantire che a tutte le donne in gravidanza siano offerte informazioni e, se è il caso, consigli per evitare di bere, promuovendo gli

interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle sindromi fetoalcoliche, FAS e FASD, secondo le raccomandazioni della Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati e del nuovo Piano di Azione Europeo per l'alcol dell'OMS.
In relazione alla popolazione anziana è necessario in particolare migliorare l'informazione degli operatori della salute in merito alla rilevanza del rischio del consumo di alcol per gli anziani e provvedere a una loro adeguata formazione per facilitare la promozione dei necessari interventi sulla popolazione target. Tali interventi dovranno essere orientati ad aiutare le persone anziane a superare le difficoltà culturali che possono ostacolare una adeguata percezione del rischio connesso al consumo alcolico tradizionale e ad informarle sui parametri da rispettare per un consumo rigorosamente moderato, in relazione all'età e alle patologie più frequenti.
Per tutte le categorie di popolazione un ruolo importante potrebbe essere svolto dagli operatori sanitari, e in particolare dai medici di base, dedicando una maggiore attenzione ai consumi alcolici dei propri assistiti. Ciò potrebbe consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e la pratica di semplici consigli per evitare il consumo dannoso, secondo metodologie già sperimentate e validate a livello internazionale ed europeo e raccomandate anche nel nuovo Piano di Azione Europeo per l'alcol dell'OMS. In Italia, come risulta dall'ultimo studio di sorveglianza PASSI, solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo alcolico dei pazienti e solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.
Per contenere i problemi emergenti il Ministero ha promosso negli ultimi anni specifici piani di azione, programmi e progetti.
Il Piano Nazionale Alcol e Salute si è ormai concluso, con la realizzazione di tutti i progetti collegati, ma resta ancora un documento di riferimento importante per Regioni e Ministero ed il suo recepimento è stato inserito come uno degli obiettivi strategici del vigente Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012. In tale Piano Nazionale, predisposto e approvato d'intesa con le Regioni, la prevenzione dei danni alcol correlati viene individuata quale area specifica della prevenzione universale e nei Piani Regionali predisposti dalle Regioni in attuazione del Piano stesso sono stati inseriti e sono in corso di implementazione numerosi programmi/progetti riguardanti la prevenzione dell'uso dannoso di alcol. Il Programma "Guadagnare Salute" 2007-2009 è stato riproposto per un ulteriore triennio con il rinnovo della "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo" e continua a promuovere anche sul tema alcol iniziative di comunicazione innovative, progetti per il cambiamento degli stili di vita e iniziative di sensibilizzazione, anche in collaborazione con il mondo della produzione e distribuzione.
Le politiche del nostro Paese sono pienamente in linea, nello spirito della legge 125/2001, con gli orientamenti definiti dalle istituzioni internazionali ed in particolare dall'Unione Europea, con la Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati, e dall'OMS, con la Strategia Globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol.
L'Italia ha recentemente partecipato alla valutazione formale della Strategia Comunitaria, giunta al suo ultimo anno di vigenza, e in tale contesto ha sostenuto presso

la Commissione Europea l'opportunità di una sua riproposizione e rinnovo per i prossimi anni.
La Strategia Globale dell'OMS sull'alcol si è recentemente concretizzata, per la Regione Europea, nell'adozione del nuovo Piano di Azione Europeo per l'Alcol 2012-2020, approvato con la Risoluzione EUR/RC61/R4 del 15 settembre 2011. Il Ministero della Salute, per favorirne la conoscenza fra tutti coloro che operano nel campo della prevenzione e contrasto dei danni alcol correlati, ha curato una traduzione italiana del nuovo Piano di Azione, che è stata autorizzata dall'OMS e pubblicata sul Portale del Ministero (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1738_allegato.pdf).
Con la recente introduzione nella normativa italiana del divieto di vendita delle bevande alcoliche ai minori di 18 anni il nostro Paese ha recepito un importante obiettivo del nuovo Piano di Azione Europeo per l'alcol dell'OMS, obiettivo proposto agli Stati Membri nell'ambito della specifica area strategica dedicata al tema della disponibilità dell'alcol.
In attuazione della legge 125/2001 le Regioni e Province Autonome hanno ormai consolidato il loro impegno per la programmazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con problemi alcol correlati, per l'individuazione e organizzazione dei servizi, per la formazione e aggiornamento del personale. Dalle relazioni che annualmente le Regioni inviano al Ministero ai sensi della legge 125/2001 per riferire sulle attività svolte nell'area alcologica emerge un particolare impegno nelle attività di prevenzione, per le quali sempre più frequentemente viene adottato un modello di approccio intersettoriale e interdisciplinare, secondo gli orientamenti dei Piani e Programmi nazionali e della stessa legge 125/2001. Le Regioni operano sempre più secondo una prassi di integrazione delle risorse e di collaborazione tra interlocutori di vari ambiti istituzionali e sociali, favorendo i contatti dei servizi sociosanitari con la Scuola, le Forze dell'Ordine, i servizi sociali, le associazioni di auto-mutuo aiuto, il mondo del lavoro, il mondo del divertimento giovanile e dello sport.
L'esigenza di un maggiore coordinamento tra le Regioni per gli interventi in campo alcologico si è tradotta, da alcuni anni, nella costituzione di uno specifico Gruppo tecnico interregionale per l'Alcologia nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, coordinato dalla Regione Friuli Venezia Giulia. Frutto di tale attività di coordinamento è stata recentemente l'organizzazione della prima Conferenza delle Regioni e Province autonome in tema di problemi alcol corrrelati, svoltasi a Trieste nell'Ottobre 2012, che ha affrontato, tramite i lavori di numerose sessioni parallele, con la partecipazione di molti operatori dei servizi regionali e locali, argomenti cruciali per le future politiche alcologiche, quali il monitoraggio, la promozione-protezione della salute, l'organizzazione e accreditamento dei servizi, la formazione, le reti dell'auto aiuto, i problemi posti dall'alcol in relazione all'età giovanile, all'età anziana, alla guida, al lavoro, alla gravidanza, ai trapianti. Dalla Conferenza di Trieste sono emersi indirizzi condivisi tra le Regioni e linee strategiche e di intervento comuni, che saranno sicuramente utili quale solida base di riferimento per le future politiche di contrasto ai problemi alcol correlati in Italia.
A livello locale i servizi alcologici territoriali assicurano l'attuazione di articolati interventi per l'accoglienza, la prevenzione, la diagnosi, l'attuazione di programmi

di intervento comuni, che saranno sicuramente utili quale solida base di riferimento per le future politiche di contrasto ai problemi alcol correlati in Italia.
A livello locale i servizi alcologici territoriali assicurano l'attuazione di articolati interventi per l'accoglienza, la prevenzione, la diagnosi, l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi, la rilevazione epidemiologica, la formazione. Il loro numero e quello degli utenti è tendenzialmente in aumento a partire dal 1996, anno della prima costituzione, contestualmente al progressivo calo dei ricoveri ospedalieri per sindrome di dipendenza da alcol. Anche il numero complessivo degli operatori addetti a tali servizi si presenta tendenzialmente in crescita e nel 2011 raggiunge i valori più alti registrati dalla costituzione dei servizi stessi. Alcune difficoltà derivano dall'insufficiente numero di addetti esclusivi, sopratutto tra i medici e gli psicologi, che resta ancora troppo basso nonostante l'aumento rilevato negli ultimi anni; peraltro molti servizi possono avvalersi di una fattiva collaborazione con la rete dei gruppi di auto-muto aiuto, come previsto dalla legge 125/2001, soprattutto per le attività di riabilitazione e prevenzione delle ricadute, ma anche per interventi di prevenzione nella popolazione generale e nei gruppi a rischio.
Le politiche di contrasto attivate a livello nazionale e regionale sembrano avere qualche riscontro positivo negli ultimi dati rilevati, dai quali emergono alcune tendenze che incoraggiano a proseguire negli interventi di prevenzione secondo gli orientamenti della legge 125/2001.
Nel 2011 appare in calo il numero dei consumatori di entrambi i sessi rispetto ai primi anni del decennio e tra il 2003 ed il 2011 tale diminuzione è stata di 3,3 e 3,9 punti percentuali, rispettivamente, per uomini e donne.
Tra il 2010 e il 2011 emerge una riduzione significativa della prevalenza di persone con almeno un comportamento di consumo a rischio, pari a circa un punto percentuale; la riduzione riguarda prevalentemente la popolazione maschile ed è dovuta principalmente alla riduzione dei consumi *binge drinking*, la cui prevalenza tra il 2010 e il 2011 passa dal 8,3% al 7,5%. Nel corso degli ultimi cinque anni si evidenzia una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile, pari a 2,6 punti percentuali.
Nella popolazione di oltre 65 anni si conferma la tendenza al calo del consumo giornaliero non moderato, passato tra il 2003 e il 2011 dal 49,8% al 42% tra i maschi e dal 13% al 10,3% tra le femmine.
Fra i giovani studenti italiani di 15-19 anni monitorati nell'indagine ESPAD si sta evidenziando negli ultimi anni una tendenza alla diminuzione degli episodi di ubriachezza, che nel 2011 presentano una prevalenza inferiore a quella registrata nel 1999, anno di partenza dell'indagine, e vicina a quella del 2009, anno in cui si sono registrati i valori più bassi della serie storica. Tra gli stessi giovani studenti diminuiscono inoltre con netta evidenza a partire dal 2006 gli atteggiamenti favorevoli ad alcuni comportamenti a rischio quali l'ubriacarsi una volta a settimana o il consumo quotidiano eccedentario. Le indagini europee rilevano che i nostri giovani sono, in rapporto ai loro coetanei europei, fra quelli che percepiscono maggiormente (oltre la media europea) il rischio del bere regolare e sono al primo posto per la percezione del rischio del bere occasionale.

Tra le giovanissime ragazze di 14-17 anni l'ISTAT evidenzia a partire dal 2009 una tendenza al calo dei consumi fuori pasto.
Calano tra il 2010 e il 2011 i consumi a rischio nella fascia di età al di sotto dei 16 anni, che nel 2011 interessano il 14% dei ragazzi, contro il 15,2% del 2010, e il 9,7% delle ragazze, contro il 12% del 2010, per un totale di 338.000 minori contro i 390.000 del 2010.
Continua il trend discendente della mortalità per cirrosi epatica e del tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili, tendenza che trova riscontro anche a livello regionale, sebbene con andamenti diversi nelle singole Regioni.
Continua a diminuire il numero degli incidenti stradali e in particolare si conferma anche per il 2011 l'andamento discendente, in atto dal 2006, della percentuale di incidenti del venerdì e sabato notte in rapporto al totale degli incidenti notturni, dato particolarmente positivo per la correlazione stimata con il consumo di alcol a rischio.
I dati del sistema di sorveglianza PASSI confermano la tendenza alla diminuzione delle persone che guidano l'auto o la moto dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche, risultate nel 2011 il 9% contro il 12% del 2008. Secondo il Rapporto ACI-CENSIS dell'anno 2011 tra gli automobilisti è sempre più diffusa la preoccupazione per l'influenza di alcol o droghe sulla guida e cresce la quota di coloro che affermano di aver scelto responsabilmente di limitare il consumo di alcolici in funzione della guida, soprattutto fra i giovani fino a 29 anni. Secondo lo stesso Rapporto solo l'1,1% di tutti gli intervistati ammette di non limitare il consumo di alcol in funzione della guida.
Le tendenze positive rilevate sono il risultato dell'impegno non solo delle istituzioni sanitarie ma anche di altri organi istituzionali ed enti che affiancano le istituzioni sanitarie a livello nazionale e locale sul fronte del contrasto ai problemi alcol correlati, e in particolare la Scuola, le Forze dell'Ordine, il mondo dell'auto-mutuo aiuto, le istituzioni del sociale, secondo il modello della "Salute in tutte le politiche" che il Ministero ha promosso da qualche anno nei suoi più recenti Piani e Programmi.
Nella scuola in particolare il tema della prevenzione del consumo dannoso di alcol viene inserito sempre più spesso nell'ambito dei programmi di intervento per la promozione della salute, coinvolgendo spesso, oltre che i giovani studenti, anche i loro genitori. Si stanno incrementando negli anni anche i controlli del tasso alcolemico alla guida da parte delle Forze dell'Ordine, che sono strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità alcol correlata da incidente stradale. Nel mondo della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche cresce la sensibilità e l'attenzione verso gli aspetti più rischiosi del consumo di alcol e alcuni interessanti interventi di prevenzione sono stati realizzati nell'ambito dei protocolli di intesa del programma Guadagnare Salute.
Anche il quadro normativo si è recentemente arricchito di una misura importante per la protezione dei più giovani dal danno alcol correlato, con l'introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni nella legge 8 novembre 2012 n.189. Tale misura costituisce un ulteriore progresso nelle politiche preventive del nostro Paese in tema di alcol, che già avevano avuto un notevole rafforzamento nel 2010 con il nuovo Codice della strada, tramite l'introduzione di misure quali l'obbligo di tasso alcolemico

Per consolidare i risultati positivi e contenere i problemi ancora rilevanti che derivano dal consumo dannoso di alcol nel nostro Paese è necessario proseguire lungo la strada già tracciata dalla legge 125/2001, implementando e rafforzando, anche con la collaborazione delle Regioni e Province Autonome, efficaci interventi di prevenzione e contrasto.

Un apporto importante in tale direzione potrà essere offerto anche dalle politiche dell'O.M.S. e dell'Unione Europea, che stanno operando fattivamente per mettere a disposizione degli Stati Membri importanti strumenti di conoscenza, monitoraggio e sostegno delle politiche nazionali.

Renato Balduzzi

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

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

Il Piano d'azione europeo per la riduzione del consumo dannoso di alcol, approvato con la Risoluzione OMS del 15 settembre 2011 ed il Rapporto "L'alcol nell'Unione Europea" edito dall'OMS nel 2012 pongono l'alcol come uno dei tre problemi prioritari di salute pubblica del mondo. Anche se solo la metà della popolazione mondiale beve alcol, esso è la terza causa mondiale di malattia e morte prematura, dopo il basso peso alla nascita e il sesso non protetto, con un impatto superiore a quello del tabacco. L'alcol, oltre ad essere una sostanza che causa dipendenza, è causa di malattie trasmissibili e non trasmissibili, inclusi tumori, malattie cardiovascolari e del fegato, ed accresce il rischio di HIV/AIDS e tubercolosi nonché di tutti i tipi di lesioni intenzionali e non, inclusi gli omicidi e i suicidi. Le conseguenze appaiono particolarmente gravi nella Regione europea, che risulta essere l'area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati.

Secondo l'OMS gran parte dell'alcol consumato in Europa riguarda il consumo pesante, che peggiora tutti i rischi e in particolare quelli di lesioni volontarie e involontarie, cardiopatia ischemica e morte improvvisa. L'alcol può arrecare gravi danni anche a persone diverse dai bevitori, soprattutto tramite gli incidenti stradali e la violenza domestica, ed accrescere i costi dell'assistenza sanitaria e sociale e delle istituzioni legali e giudiziarie. Fino a tre persone su dieci possono avere a che fare nella loro vita con un bevitore pesante e se si considerano i danni provocati ad altre persone da chi beve i costi sociali dell'alcol risultano probabilmente raddoppiati.

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

Le persone socialmente svantaggiate subiscono maggiori danni alcol correlati e la mortalità alcol correlata dovuta a fattori cardiovascolari e lesioni è una causa importante delle disuguaglianze di salute tra gli Stati Membri.

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

Il trend dei consumi annui pro capite

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

In Italia, secondo i più recenti dati del WHO-HFA database, nell'anno 2009 il consumo medio pro capite di alcol puro è stato pari a 6,94 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età, valore che sempre più si sta avvicinando a quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

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

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

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

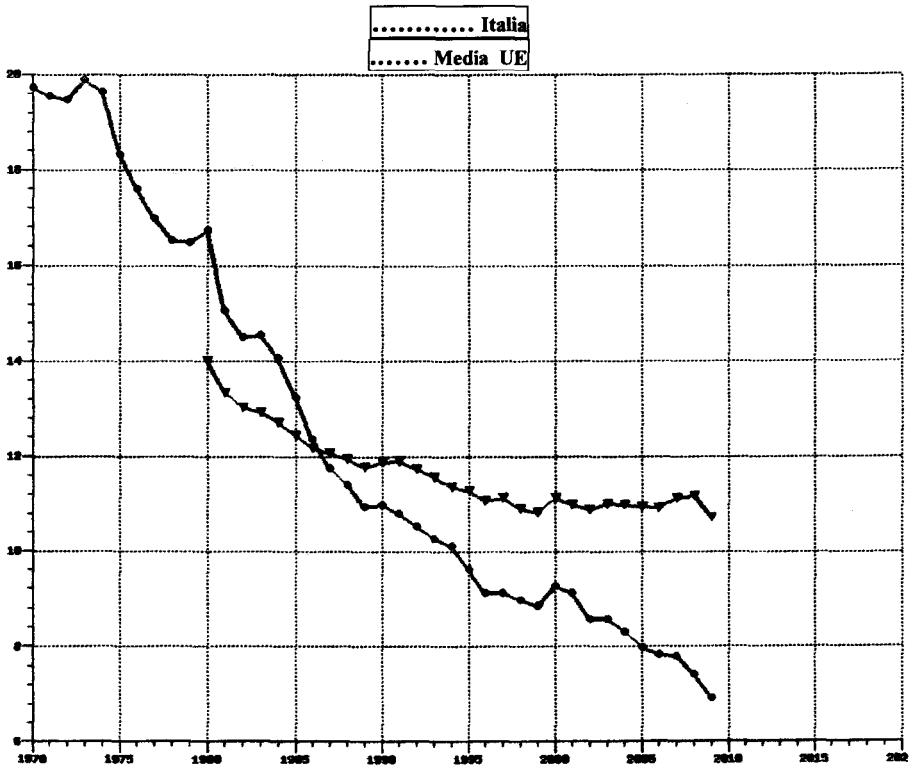
Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2012

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

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia per il 2009 (6,94 litri) appare tra i più bassi registrati nella Regione europea, dove il valore medio è di 10,49 litri e solo Norvegia, Georgia, Macedonia, Armenia e Turchia presentano valori inferiori a quelli dell'Italia. Il consumo annuo pro capite dell'Italia appare anche il più

basso tra quelli rilevati nei Paesi dell'Unione Europea, con un valore notevolmente inferiore alla media dell'U.E. (10,74 litri) e inferiore anche a quello di altri Paesi

Graf. 1 - CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ - CONFRONTO ITALIA - MEDIA UNIONE EUROPEA ANNI 1970-2009

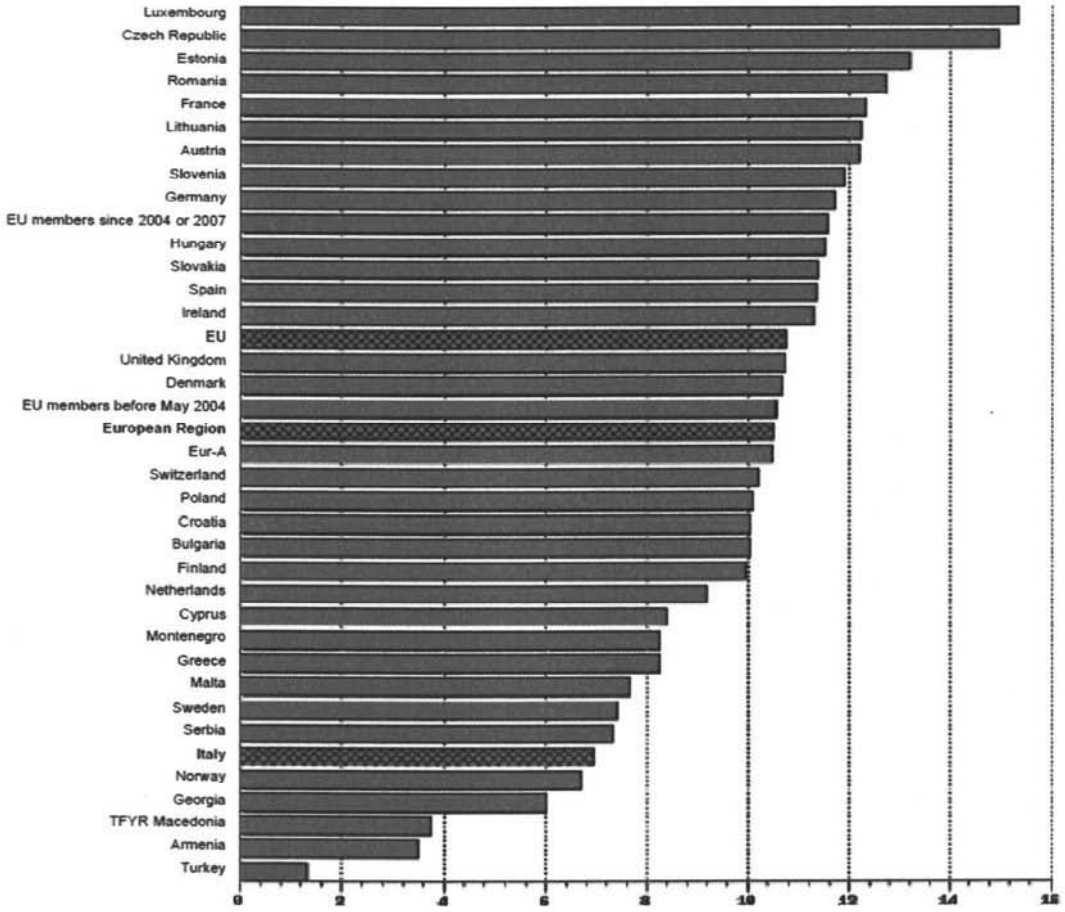


Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2012

con modello di consumo mediterraneo quali Spagna (11,37) e Grecia (8,24) (graf. 2; tab.2). Non è possibile confrontare il dato italiano per l'anno 2009 con quelli di Belgio, Portogallo e Lettonia per lo stesso anno, che non vengono riportati dall'OMS ma che comunque risultavano notevolmente superiori al dato italiano nel WHO-European HFA Database del Luglio 2011.

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

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



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2012

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

Paesi	2009
Lussemburgo	15,34
Repubblica Ceca	14,96
Estonia	13,21
Romania	12,74
Francia	12,30
Lituania	12,23
Austria	12,20
Slovenia	11,90
Germania	11,72
Ungheria	11,51
Slovacchia	11,38
Spagna	11,37
Irlanda	11,30
UE (27)	**10,74**
Regno Unito	10,70
Danimarca	10,66
Regione Europea	**10,49**
Polonia	10,10
Bulgaria	10,04
Finlandia	9,96
Paesi Bassi	9,20
Cipro	8,39
Grecia	8,24
Malta	7,65
Svezia	7,40
Italia	**6,94**

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2012
* La fonte non riporta i valori di Belgio, Lettonia e Portogallo

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione generale

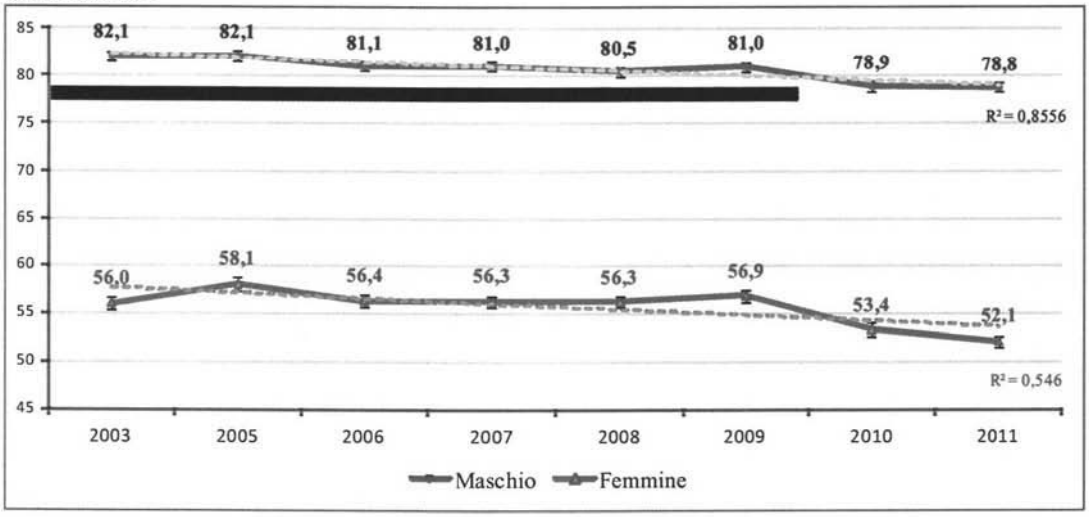
Secondo i dati ISTAT nel corso del 2011 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 65 % degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 93 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (78,8%) rispetto alle donne (52,1%).

Il 25,8% dei consumatori (13 milioni e 954 mila persone) beve quotidianamente (38,8% tra i maschi e 13,8% tra le femmine).

Complessivamente, considerando l'intero decennio 2001-2011, l'ISTAT rileva una forte riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra e una stabilità della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche altri alcolici quali aperitivi, amari

e superalcolici. Il cambiamento del tipo di bevande consumate interessa in particolare i giovani e i giovani adulti fino a 44 anni di età, specialmente le donne, e comporta un aumento del rischio data l'occasionalità e la lontananza dai pasti che caratterizza il consumo di aperitivi, amari e superalcolici.
Il CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, sulla base di una elaborazione dei dati ISTAT relativi al periodo 2003-2011, presenta un dettagliato quadro della situazione e della evoluzione dei consumi della popolazione generale per tipologia, genere e classe di età in tale periodo.
Da tale quadro emerge che nel 2011 per entrambi i sessi la quota dei consumatori appare stabile rispetto a quella rilevata nell'anno precedente, ma rispetto agli anni 2003-2009 per il secondo anno consecutivo emerge una diminuzione statisticamente significativa (graf.3).

Graf.3 - **PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE PER GENERE ANNI 2003-2011**



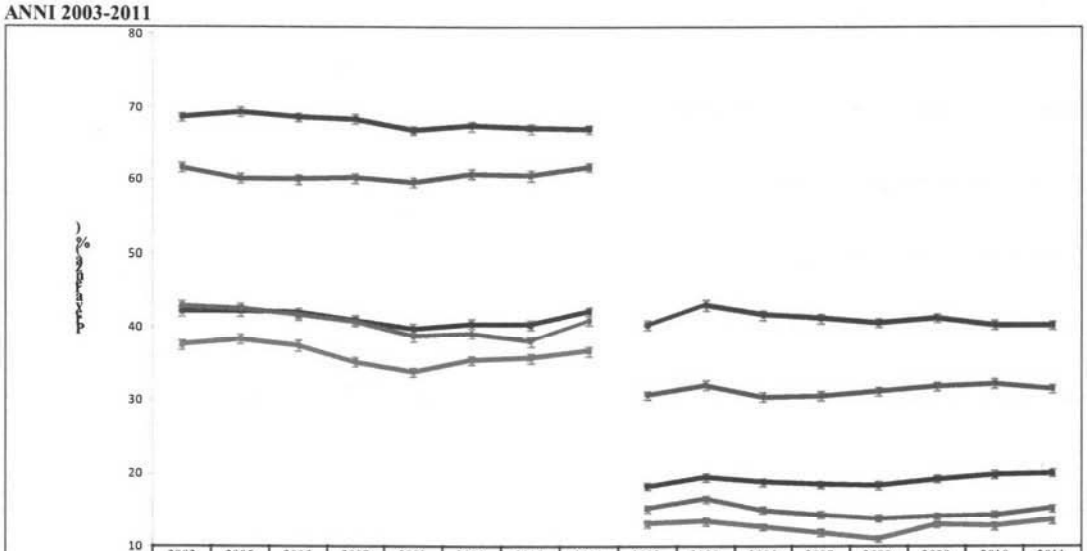
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie 2011

In particolare tra il 2003 ed il 2011 tale diminuzione è stata pari a 3,3 e 3,9 punti percentuali, rispettivamente, per uomini e donne. Tra il 2010 e il 2011 si registra infine una diminuzione statisticamente significativa della percentuale di consumatrici di bevande alcoliche pari a 1,3 punti percentuali.
I consumatori di vino nel 2011 sono pari al 53,3% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una marcata differenza di genere (M: 67,2%; F: 40,3%). Tra gli uomini nel corso degli ultimi quattro anni non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori, mentre rispetto al 2003 si registra una diminuzione pari a 1,6 punti percentuali, che risulta significativa anche nella classe di età 19-64 anni (-2,5 punti percentuali) (graf. 4-5).
Tra le donne non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto all'ultimo anno, mentre rispetto al 2003 nella popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni si

registra una diminuzione delle consumatrici di vino pari a 3,3 punti percentuali e rispetto al 2009 di 4,4 punti percentuali (graf. 4-5).

I consumatori di birra nel 2011 sono il 46,2% della popolazione; i consumatori di sesso maschile sono circa il doppio delle consumatrici (61,8% *vs* 31,5%). Tra gli uomini, a fronte di una diminuzione registrata negli anni 2003-2008, si registra rispetto al 2008 un significativo trend in aumento sia in tutta la popolazione di età superiore a 11 anni che nella fascia di età 19-64, che riporta le prevalenze ai valori registrati nel 2003. Un aumento si registra anche rispetto agli anni 2009 e 2010, ma non risulta statisticamente confermato.

Graf. 4 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE PER TIPOPOGIA DI BEVANDA E GENERE
ANNI 2003-2011



	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Maschio								Femmine							
Vino	68,8	69,5	68,8	68,5	66,9	67,5	67,2	67,2	40,4	43,1	41,8	41,3	40,7	41,3	40,4	40,3
Birra	61,7	60,2	60,1	60,3	59,7	60,8	60,6	61,8	30,8	32,1	30,4	30,6	31,2	31,9	32,3	31,5
Aperitivi alcolici	42,3	42,3	42,1	41,0	39,9	40,5	40,4	42,3	18,3	19,7	18,9	18,6	18,5	19,4	19,9	20,2
Amari	43,0	42,7	41,7	40,8	38,8	39,2	38,1	41,0	15,3	16,6	15,1	14,3	13,9	14,2	14,4	15,2
Super Alcolici	37,6	38,4	37,5	35,3	33,9	35,5	35,8	36,8	13,1	13,4	12,7	11,9	11,0	13,0	12,8	13,6

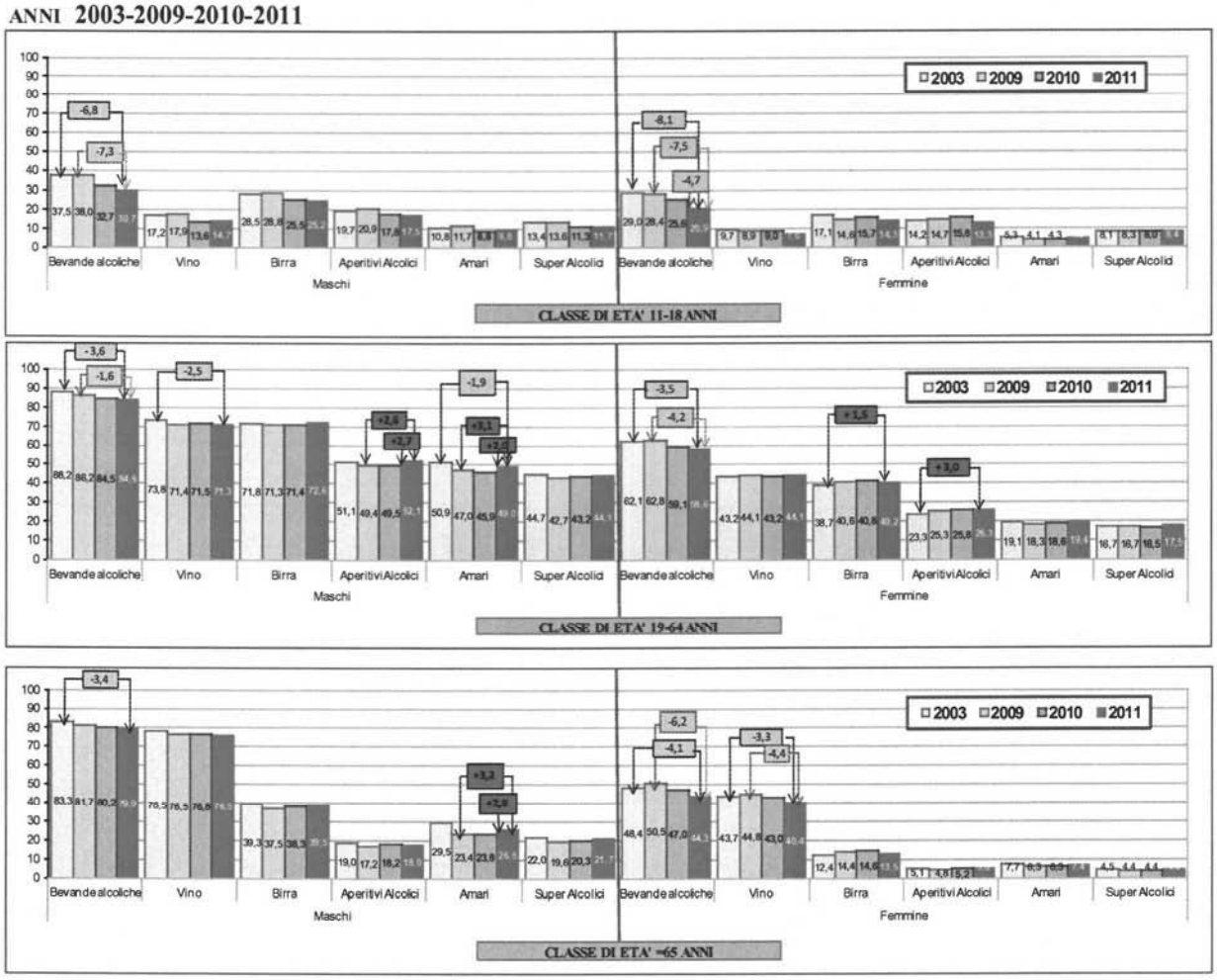
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie 2011

Tra le donne non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione, tranne che nella fascia di età 19-64 anni, dove tra il 2003 e il 2011si registra un incremento statisticamente significativo pari a 1,5 punti percentuali (graf. 4-5).

I consumatori di aperitivi alcolici nel 2011 sono il 29,8% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 42,3%; F: 20,2%). Dopo il calo registrato tra gli anni 2006-2008, nel corso degli ultimi anni questo tipo di consumatori torna ad aumentare, facendo registrare nel 2011 rispetto al 2010 un incremento statisticamente significativo di 1,8 punti percentuali tra gli uomini e tra le donne un aumento di 0,3 punti percentuali, la cui significatività statistica non è peraltro confermata (graf. 4-5).

I consumatori di amari sono nel 2011 il 27,7% della popolazione di età superiore a 11 anni. Tra gli uomini la percentuale sale al 41%, con una prevalenza che, diminuita tra il 2003 ed il 2008, si è stabilizzata nel corso degli anni 2008-2010, per aumentare nuovamente tra il 2010 e il 2011 di 2,9 punti percentuali.
Tra gli uomini si registra un incremento dei consumatori di amari rispetto agli anni 2009 e 2010 anche nella popolazione di età 19-64 anni (+3,1 e +2,0, rispettivamente) e ultra 65enne (+3,2 e +2,8,rispettivamente).
Situazione analoga si registra per le consumatrici di amari, pari nel 2011 al 15,2% delle donne di età superiore a 11 anni. Tra il 2005 e il 2008 si registra infatti una diminuzione di questa tipologia di consumatrici, mentre tra il 2008 e il 2011 riprende il trend in aumento (graf. 4-5).

Graf. 5 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE PER TIPOLOGIA DI BEVANDA, GENERE E CLASSE DI ETA'
ANNI 2003-2009-2010-2011



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie 2011

I consumatori di liquori e superalcolici sono nel 2011 il 24,8% della popolazione di età superiore a 11 anni, 36,8% tra gli uomini e 13,6% tra le donne, con una marcata differenza di genere. I consumatori di sesso maschile sono diminuiti a decorrere dal 2005 fino a raggiungere valori minimi nel 2008, e dal 2009 si presentano nuovamente in aumento, sebbene non in modo significativo tra il 2010 e il 2011, tornando ai valori registrati nel 2003. Le consumatrici hanno mantenuto invece nel corso degli anni una prevalenza stabile ad eccezione degli anni 2007 e 2008, in cui si sono registrati i valori statisticamente più bassi di tutto il periodo osservato (graf. 4-5).

I comportamenti di consumo a rischio

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

Un consumo di alcol al di fuori dei parametri appropriati può infatti creare danni acuti, conseguenti allo stato di intossicazione etilica e ubriachezza occasionale, oppure cronici, conseguenti ad un uso persistente e frequente di quantità non moderate di alcol, con gravi conseguenze sanitarie e sociali.

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

I consumatori fuori pasto

Il consumo fuori pasto si è ormai consolidato tra le nuove abitudini che caratterizzano i consumi alcolici della popolazione italiana, in concomitanza o in alternativa al consumo quotidiano e moderato di vino ai pasti che caratterizza il tradizionale modello di consumo mediterraneo. Il consumo fuori pasto interessa soprattutto i giovani ed avviene spesso nei contesti della socializzazione e del divertimento.

Nel corso del decennio 2001-2011 l'ISTAT rileva che, nell'ambito della popolazione di oltre 14 anni, la prevalenza dei consumatori con consumi fuori pasto è significativamente aumentata sia fra gli uomini (passati dal 37,7% al 39,9 %) che, soprattutto, tra le donne (passate dal 13,1% al 16,5%).

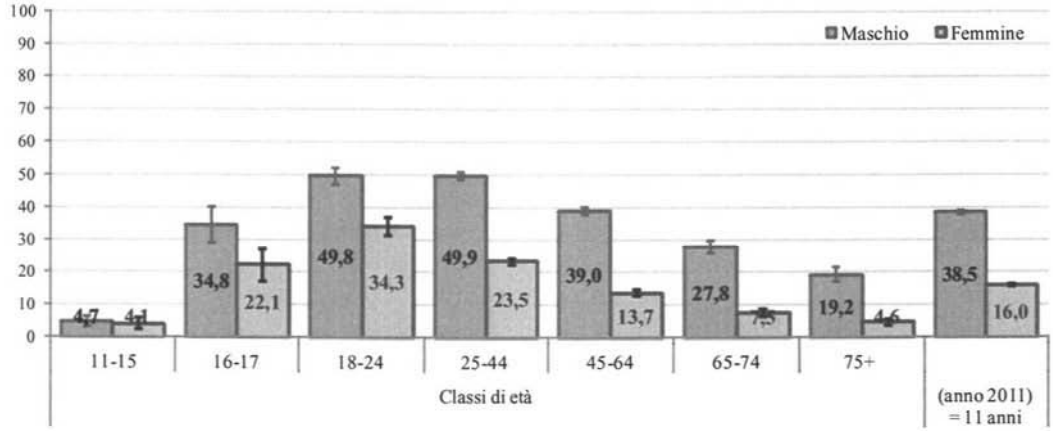
Anche rispetto al 2010 l'ISTAT rileva nel 2011, tra i consumatori di 11 anni e più, un significativo aumento del consumo fuori pasto, che passa dal 38,4% al 41,9%, con un aumento di 2,8 punti percentuali tra i maschi e di 4,4 punti percentuali tra le donne.

Tra i consumatori fuori pasto l'ISTAT registra anche la presenza di un consistente numero di persone con consumi fuori pasto più frequenti (almeno una volta a settimana), pari a 3 milioni 609 mila persone di 11 anni e più, appartenenti soprattutto alla fascia di età 18-34 anni di entrambi i sessi, che sono esposti pertanto a un rischio ancora più rilevante.

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

Secondo tale fonte i consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2011 il 26,9,% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 38,5%; F: 16,0%).
L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi in quella 18-24 e 25-44 anni negli uomini e 18-24 anni nelle donne, per poi diminuire nuovamente fino a raggiungere i valori più bassi tra le persone di oltre 75 anni.
Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle delle consumatrici in tutte le classi di età considerate, ad eccezione di quella al di sotto dei 16 anni (11-15 anni), dove non si registra una differenza significativa tra la prevalenza di consumatori di sesso maschile e quella di sesso femminile (graf. 6).

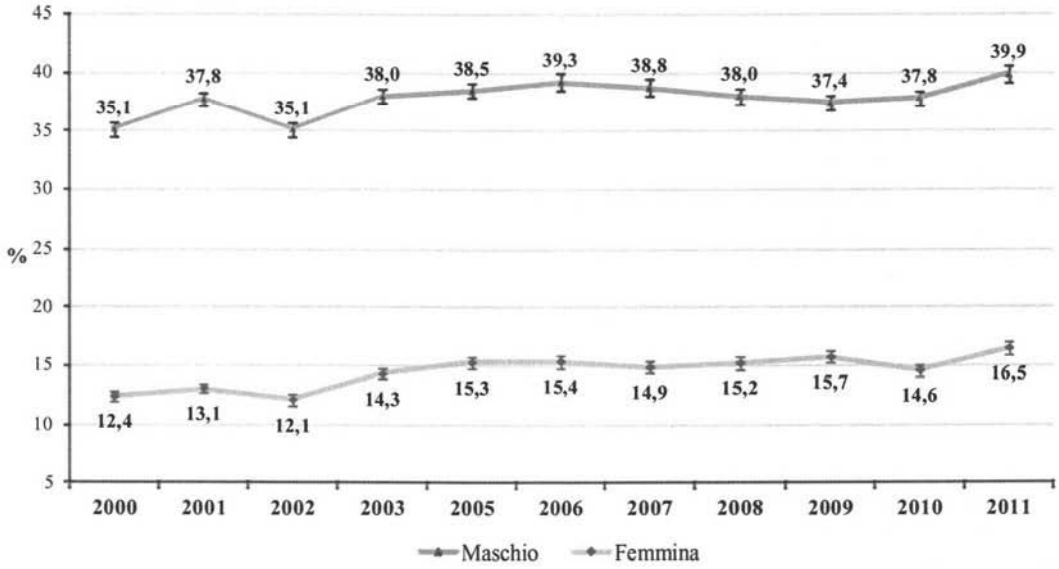
Graf. 6 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI DI VINO O ALCOLICI FUORI PASTO PER GENERE E CLASSE DI ETA'- ANNO 2011



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie 2011

L'analisi dell'andamento nel tempo di tali consumi (condotta nella popolazione di età superiore a 14 anni per ragioni legate alle modalità della rilevazione ISTAT nel periodo di riferimento) mostra che dall'anno 2000 la prevalenza dei consumatori fuori pasto di età maggiore o uguale a 14 anni è significativamente aumentata sia tra gli uomini (+4,8 punti percentuali) che tra le donne (+4,1 punti percentuali) ed in particolare tra il 2010 e il 2011 si registra un incremento di 2,1 punti percentuali tra gli uomini e di 1,9 punti percentuali tra le donne.
Tra le donne nell'anno 2011 si registra il valore di prevalenza statisticamente più alto (insieme a quello osservato nel 2009) rispetto a quelli osservati nel corso degli ultimi 10 anni (graf. 7).

Graf. 7 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI DI VINO O ALCOLICI FUORI PASTO DI ETA' ≥14 ANNI ANNI 2000-2011



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

I consumatori "binge drinking"

La modalità di consumo chiamata *binge drinking* si riferisce all'abitudine di consumare in una sola occasione e in un ristretto arco di tempo eccessive quantità di alcol (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche o comunque quantità di alcol molto al di sopra dei limiti di tolleranza del consumatore). Questa modalità di consumo è molto diffusa nei Paesi del Nord Europa, dai quali è stata mutuata nel nostro Paese ed adottata prima dai più giovani e poi sempre più anche dagli adulti, soprattutto di genere maschile.

I giovani in particolare praticano il *binge drinking* sopratutto nei contesti della socializzazione e del divertimento collettivo, spesso bevendo volontariamente fino ad arrivare all'ubriachezza e all'intossicazione alcolica, con conseguenti, frequenti episodi di coma etilico.

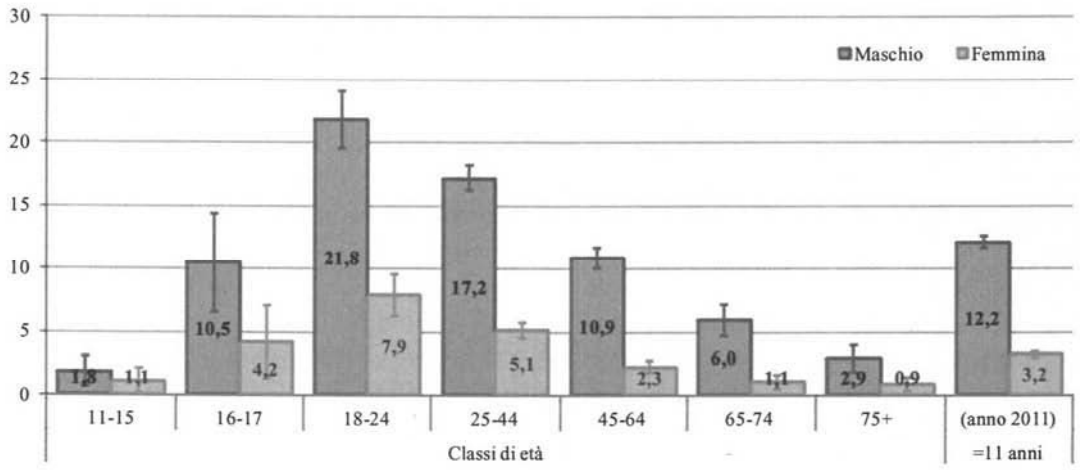
Il *binge drinking* costituisce un fattore di grande impatto non solo sulla salute del singolo individuo ma anche sulla sua vita familiare, relazionale e lavorativa, ed espone inoltre al rischio di gravi incidenti nei contesti della guida, del lavoro e domestici.

Nel 2011 secondo i dati ISTAT fra le persone di 11 anni e più il 7,5% ha dichiarato di aver consumato almeno una volta 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, il 12,2% tra i maschi e il 3,2% tra le femmine.

Nel 2010 la quota dei consumatori *binge drinking* risultava maggiore di quella del 2011, essendo pari al 8,3% (13,4% tra i maschi e 3,5% tra le femmine). Tra il 2010 e il 2011 sembra dunque interrompersi il trend in significativa crescita del fenomeno, rilevabile, sia pure con qualche discontinuità, in entrambi i sessi a partire dal 2003.

Il CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS sulla base di una elaborazione dei dati ISTAT presenta un dettagliato quadro della situazione e della evoluzione nel tempo dei consumi *binge drinking* della popolazione generale per genere e classe di età (graf. 8; graf. 9).
Con riferimento al dato generale fornito dall'ISTAT (12,2% degli uomini e 3,2% delle donne di età superiore a 11 con consumi *binge drinking* nel 2011), le elaborazioni del CNESPS-ONA dell'ISS evidenziano che le percentuali di *binge drinkers* di entrambi i sessi risultano minime al di sotto dell'età legale (M:1,8%; F:1,1%) e crescono rapidamente fino a raggiungere i valori massimi tra i giovani di 18-24 anni (M: 21,8%; F: 7,9%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere di nuovo i valori minimi nelle persone di oltre 75 anni (M: 2,9%; F: 0,9%). La percentuale di *binge drinkers* di sesso maschile è statisticamente superiore a quella di sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione della classe di età 11-15 anni, dove le percentuali di maschi e femmine sono molto vicine (graf.8)

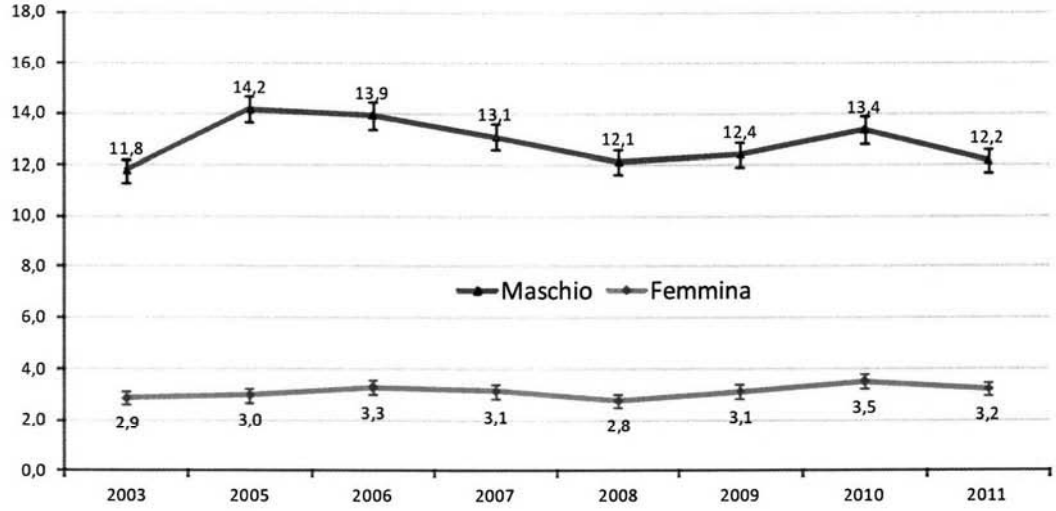
Graf. 8 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI *BINGE DRINKING* PER GENERE E CLASSE DI ETÀ ANNO 2011



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie 2011

L'analisi dell'andamento nel tempo dei consumi *binge drinking* è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2003, anno in cui è stata introdotta per la prima volta la domanda specifica nell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie. Come è possibile vedere nel graf.9, tra gli uomini il valore di prevalenza è diminuito di 1,2 punti percentuali tra il 2010 e il 2011, tornando ai livelli minimi registrati sia nel 2003 che nel biennio 2008-2009; tra le donne non si registrano nel 2011 variazioni statisticamente significative della prevalenza di *binge drinkers* rispetto agli anni precedenti.

Graf. 9 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI *BINGE DRINKING* PER GENERE ED ETA' ≥11 ANNI ANNI 2003-2011



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

Il consumo giornaliero non moderato

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

In base a tali parametri secondo l'ISTAT nel 2011 il consumo giornaliero non moderato nella popolazione di 11 anni e più riguarda l'8,4% della popolazione, il 13,6% degli uomini e il 3,6% delle donne, con una prevalenza superiore a quella rilevata per il *binge drinking* (tab. 3).

Il consumo giornaliero non moderato interessa soprattutto gli anziani di oltre 65 anni, con una quota pari al 42,0% tra i maschi e al 10,3% tra le femmine, esaurendo quasi totalmente il complessivo consumo a rischio di questa fascia di età.

Considerando l'elevato rischio per la salute che si correla al consumo cronico di alcol appare rilevante anche la quota di consumatori giornalieri non moderati tra i maschi adulti di 45 -64 anni, che è pari al 10%.

Nella popolazione di oltre 65 anni a partire dal 2003 l'ISTAT ha rilevato una tendenza al calo di questi consumi, passati dal 49,8% al 42% tra i maschi e dal 13% al 10,3% tra le femmine.

Tab. 3 - PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ PER TIPO DI COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE, SESSO E CLASSE DI ETÀ - ANNO 2011
(per 100 persone con stesse caratteristiche)

	CONSUMO GIORNALIERO NON MODERATO			BINGE DRINKING		
Classi di età	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
11-17	2,3	0,8	1,5	4,3	2,0	3,2
18-24	2,5	0,8	1,7	21,8	7,9	15,1
25-44	5,6	1,0	3,3	17,2	5,1	11,2
45-64	10,0	2,1	6,0	10,9	2,3	6,5
65 e più	42,0	10,3	23,8	4,6	1,0	2,5
Totale	13,6	3,6	8,4	12,2	3,2	7,5

Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia"- Anno 2011

I consumatori a rischio (criterio ISS)

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

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

Nel 2011 la prevalenza dei consumatori a rischio secondo l'indicatore di sintesi utilizzato dall'ISS è pari al 23,9% degli uomini ed al 6,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.100.000 individui che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (6.200.000 maschi e 1.900.000 femmine) (graf. 10).

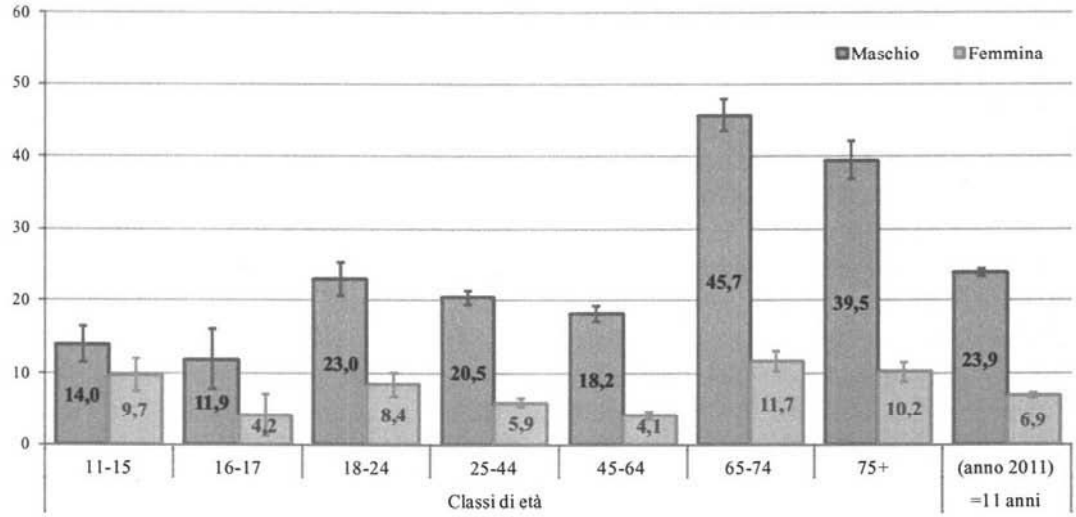
Si noti che nel 2010 la prevalenza dei consumatori a rischio secondo il medesimo criterio ISS risultava superiore, essendo pari al 25,4% dei maschi ed al 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 persone.

Nel 2011 risultano a rischio, in particolare, il 14% dei ragazzi e il 9,7% delle ragazze al di sotto dei 16 anni. Si tratta di oltre 338.000 minori, 206.000 maschi e 132.000 femmine, in cui il consumo dovrebbe essere pari a 0 e che invece contravvengono alle indicazioni relative alla loro età, esponendosi ad un grave rischio di danni alcolcorrelati.

Anche per questa classe di età è necessario notare che nel 2010 la prevalenza dei consumatori a rischio secondo il medesimo criterio ISS risultava superiore, essendo pari al 15,2% dei ragazzi e al 12% delle ragazze, per un totale di 390.000 minori.

Fra i maschi le percentuali più elevate di consumatori a rischio si registrano nella classe di età 65-74 anni (45,7%), seguita da quella di oltre 75 anni (39,5%), per un totale di circa 2.200.000 maschi anziani a rischio.
Anche fra le femmine le percentuali più elevate di consumatrici a rischio si registrano nella classe di età 65-74 anni (11,7%), seguita da quella di oltre 75 anni (10,2%), ma per la popolazione di sesso femminile la variabilità tra le classi di età risulta meno significativa.
Le percentuali di consumatori a rischio secondo questo criterio presentano forti differenze tra maschi e femmine in tutte le classi di età, tranne che in quella al di sotto dei 16 anni (11-15 anni), dove non si registrano differenze statisticamente significative tra i due sessi.

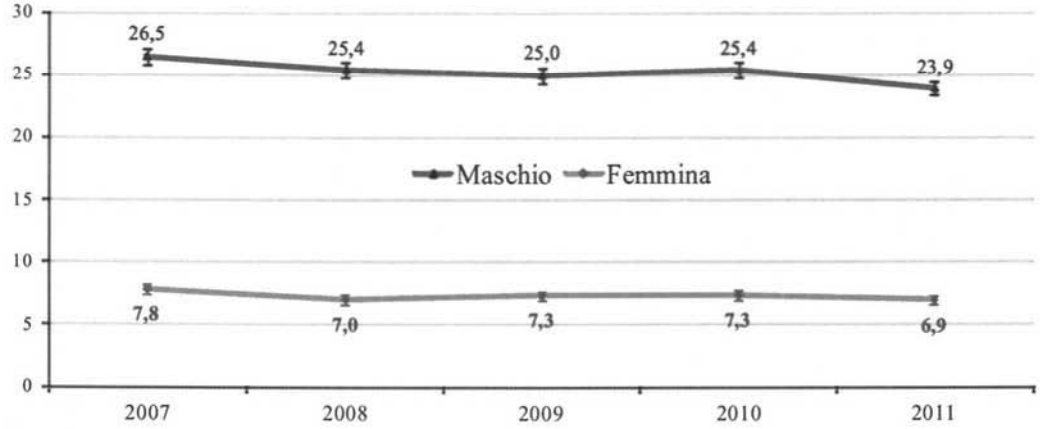
Graf. 10 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI A RISCHIO (CRITERIO ISS) PER GENERE E CLASSE DI ETA' - ANNO 2011



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie 2011

L'andamento nel tempo del consumo a rischio è stato analizzato dall'ISS, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2007, anno in cui è stata introdotta per la prima volta, nell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie, la domanda sulle quantità di vino, birra e altre bevande alcoliche consumate giornalmente.
Come emerge dal graf. 11, nel corso degli ultimi cinque anni si evidenzia nella popolazione di oltre 11 anni una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile (-2,6 punti percentuali tra il 2007 e il 2011 e -1,5 punti percentuali tra il 2010 e il 2011) mentre tra le donne la prevalenza è rimasta pressoché stabile.

Graf. 11 - PREVALENZA (%) DI CONSUMATORI A RISCHIO (CRITERIO ISS) PER GENERE ED ETA' ≥11ANNI ANNI 2007- 2011



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

Analizzando complessivamente la popolazione di entrambi i sessi l'ISTAT osserva che tra il 2010 e il 2011 si verifica per la prima volta una riduzione significativa delle persone con almeno un comportamento di consumo a rischio, pari a un punto percentuale e spiegabile principalmente con la riduzione della quota dei *binge drinkers*.

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione giovanile

Nel decennio 2001-2011 l'ISTAT ha rilevato nella popolazione di 14 anni e più la forte crescita dei giovani consumatori fuori pasto, particolarmente evidente nella fascia di età 18-24 anni in cui la prevalenza è passata dal 36,0% al 42,3% .

Molto preoccupante risulta anche il trend in crescita dei consumatori fuori pasto più giovani (14-17 anni), la cui prevalenza è passata dal 15,5% nel 2001 al 18,8% nel 2011. Prendendo in considerazione gli ultimi 16 anni, separatamente per i due sessi possiamo rilevare in questa fascia di età un aumento della prevalenza del consumo fuori pasto dal 12,9% al 22,8% tra i maschi e dal 6% al 14,7% tra le femmine (tab.4).

Tra le femmine la prevalenza delle consumatrici fuori pasto si è quasi triplicata tra il 1995 e il 2009, ma a partire da tale anno i valori risultano in calo.

Viceversa tra i giovani maschi della stessa fascia di età, fra i quali dal 2006 la prevalenza di consumatori fuori pasto risultava in calo, tra il 2010 e il 2011 i valori della prevalenza riprendono a salire.

Tab. 4 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETA' 14-17 ANNI 1995-2011

	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M.	12,9	18,4	15,2	18	16,8	17,2	18,3	20,7	20,6	24,2	22,7	22,7	20,4	19,1	22,8
F.	6	10,8	9,7	12,8	12,2	13,7	11,5	16,2	15,6	16,8	17,9	14,4	17,4	14,6	14,7

Fonte: ISTAT -"Indagine multiscopo sulle famiglie-Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2003;
- "L'uso e l'abuso di alcol in Italia"- Anni 2005 – 2011

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

Il dato del 2011 si presenta in lieve calo rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (2010), senza arrivare peraltro ai valori minimi registrati nel 2009, anno in cui, in controtendenza rispetto a un andamento complessivamente in crescita nel decennio, si era verificato un calo notevole delle prevalenze per tutti questi comportamenti. Il dato del 2011 resta comunque inferiore a quello del 1999, primo anno della serie storica per questo dato (tab. 5a, 5b, 5c).

Un andamento sostanzialmente analogo nel tempo viene rilevato dallo studio ESPAD in relazione al *binge drinking* dei giovani studenti, fenomeno che, peraltro, sembra crescere nel tempo in maniera più marcata delle ubriacature, fino al calo registrato negli anni 2008-2009. Nel 2010 il dato ha ripreso un andamento in crescita, confermato nel 2011 con una prevalenza analoga a quella dell'anno precedente. Contrariamente a quanto rilevato per le ubriacature, la prevalenza del *binge drinking* nel 2011 supera notevolmente quella del 1999 (tab. 5d).

Tab. 5a – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 1999-2011

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
52,7%	55,0%	55,2%	54,6%	56,4%	56,9%	55,8%	56,5%	56,5%	56,9%	50,6%	52,2%	51,5%

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Tab. 5b – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI ANNI 1999-2011

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Tab. 5c – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 1999-2011

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Tab. 5d – BINGE DRINKING NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI
ANNI 1999-2011

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Atteggiamenti, associazioni comportamentali e influenze nel consumo dei giovani

Secondo i dati dello studio ESPAD si rileva nel tempo tra i giovani studenti, con netta evidenza a partire dal 2006, la diminuzione di atteggiamenti a rischio quali il non disapprovare l'assunzione di uno o due bicchieri, il non disapprovare l'ubriacarsi una volta a settimana, negare il rischio di un consumo quotidiano eccedentario. I dati del 2011 confermano tale tendenza - riprendendo l'andamento in calo che era sembrato interrompersi tra il 2009 e il 2010 - con valori nettamente al di sotto di quelli rilevati nel 2006 (tab.5e).

Tab. 5 e - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI – ANNI 1999-2011

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Secondo le rilevazioni dell'ISTAT tra i giovani maschi di 18-24 anni nel 2011 presentano comportamenti di *binge drinking* ben il 41,3% dei frequentatori assidui di discoteche (più di 12 volte l'anno) contro il 9,5 % dei coetanei che non le frequentano. E tra le giovani donne di pari età il fenomeno del *binge drinking* interessa, rispettivamente, il 16,8% delle assidue frequentatrici di discoteche contro il 4,3% delle non frequentatrici. Differenze simili nella pratica del *binge drinking* sono state rilevate dall'ISTAT anche tra assidui frequentatori e non frequentatori di spettacoli sportivi e concerti di musica non classica.

Queste associazioni comportamentali, peraltro riscontrate in maniera rilevante anche nella popolazione adulta fino a 44 anni di età, richiedono un monitoraggio particolarmente attento per evitare i gravi rischi correlati.
Lo studio ESPAD mette in relazione anche per il 2011 a fini interpretativi l'uso dell'alcol nei giovani studenti di 15-19 anni con altre variabili che caratterizzano il loro contesto familiare, quali il livello di scolarità dei genitori e lo stato socio-economico (percepito).
Il livello di scolarità dei genitori appare avere una qualche influenza sull'uso di alcol dei figli almeno una volta nella vita: tra gli studenti che hanno genitori con scolarità medio-alta è più elevata la percentuale di quelli che hanno consumato alcol (62,7%) rispetto a coloro che non ne hanno mai fatto uso (55,8%) ed il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità bassa, tra i quali gli utilizzatori (37,3%) sono in percentuale minore rispetto ai non utilizzatori (44,2%) (tab.6).
Il livello di scolarità dei genitori appare invece ininfluente sui comportamenti di ubriacatura dei ragazzi almeno una volta nella vita, e sia tra i ragazzi con genitori di scolarità medio-alta sia tra quelli con genitori di scolarità bassa sono simili le percentuali di coloro che si sono ubriacati e di coloro che non si sono ubriacati almeno una volta nella vita (tab. 7).
L'influenza dello stato socio-economico dei genitori (così come percepito dai giovani) sembra essere minima in relazione alla tendenza ad ubriacarsi e del tutto assente in relazione all'uso/non uso di bevande alcoliche.

Tab. 6 - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI DI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2011

Bevande alcoliche	Genitori con bassa scolaritò (licenza media)	Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)	
Non uso	44,2%	55,8%	100,00%
Uso	37,3%	62,7%	100,00%

Fonte: ESPAD®Italia 2011

Tab. 7 - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI DI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2011

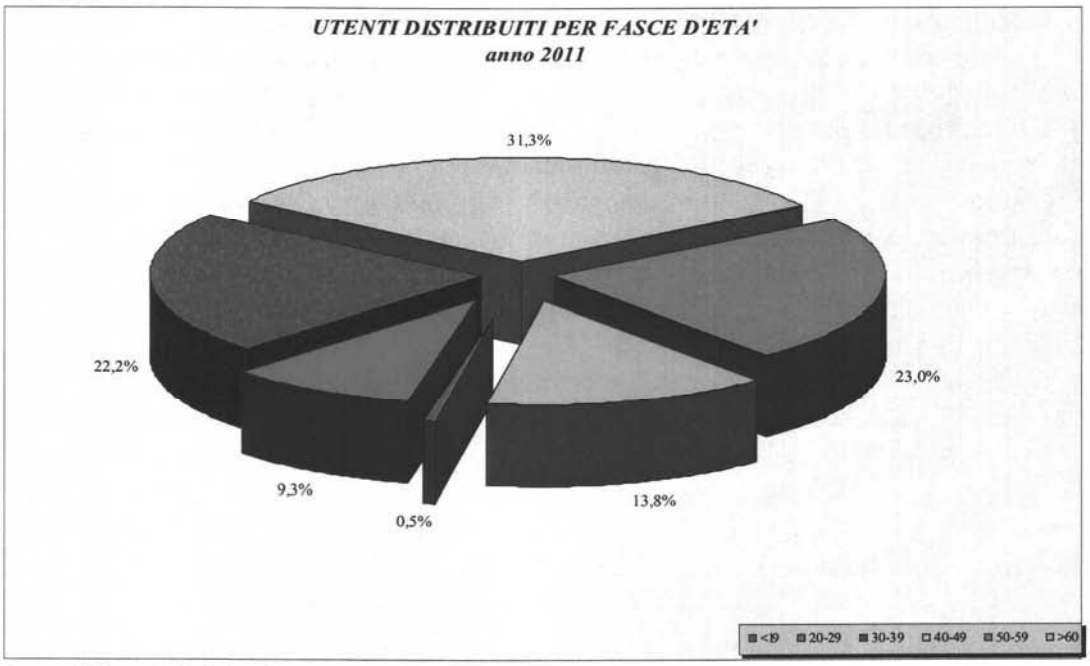
Ubriacarsi	Genitori con bassa scolarità (licenza media)	Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)	
Non uso	36,2%	63,8%	100,00%
Uso	36,6%	63,4%	100,00%

Fonte: ESPAD®Italia 2011

I giovani alcoldipendenti

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla situazione dell'utenza in carico presso i servizi per l'alcoldipendenza, nell'ambito della quale i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano nel 2011 il 9, 8 % dell'utenza totale (graf.12). Si tratta di una percentuale consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%), anche se inferiore a quella registrata nel 2009 (11,1 %), e lontana dai valori più alti in assoluto registrati nel 2005 (11,7%) (tab.8).

Graf. 12



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

Dopo il 2009 per questa fascia di età sembra rilevarsi una relativa stabilizzazione, che interrompe il trend crescente che la aveva caratterizzata dal 2006, soprattutto tra i nuovi utenti (tab.8; graf. 13).

Una maggiore stabilità nel tempo si registra se si prendono in considerazione i soli utenti di età al di sotto dei 20 anni, che nel 2011 rappresentano lo 0,5% del totale e le cui prevalenze a partire dal 1996 sono sempre state comprese fra lo 0,5% e lo 0,7% (tab. 8).

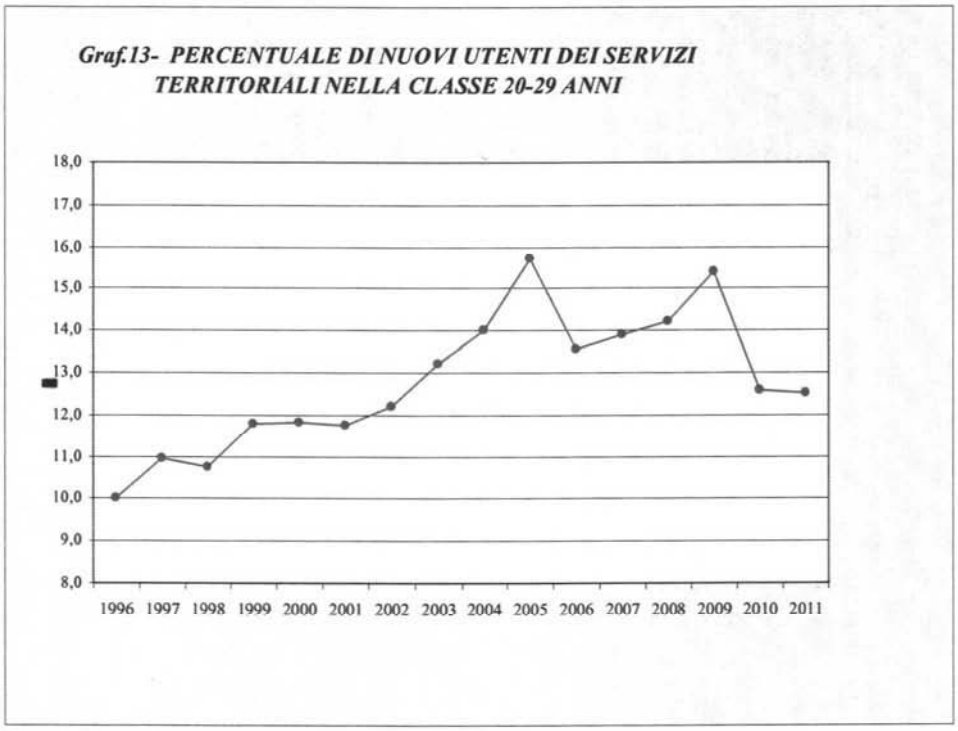
Tab. 8 - **DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

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

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

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

Graf. 13



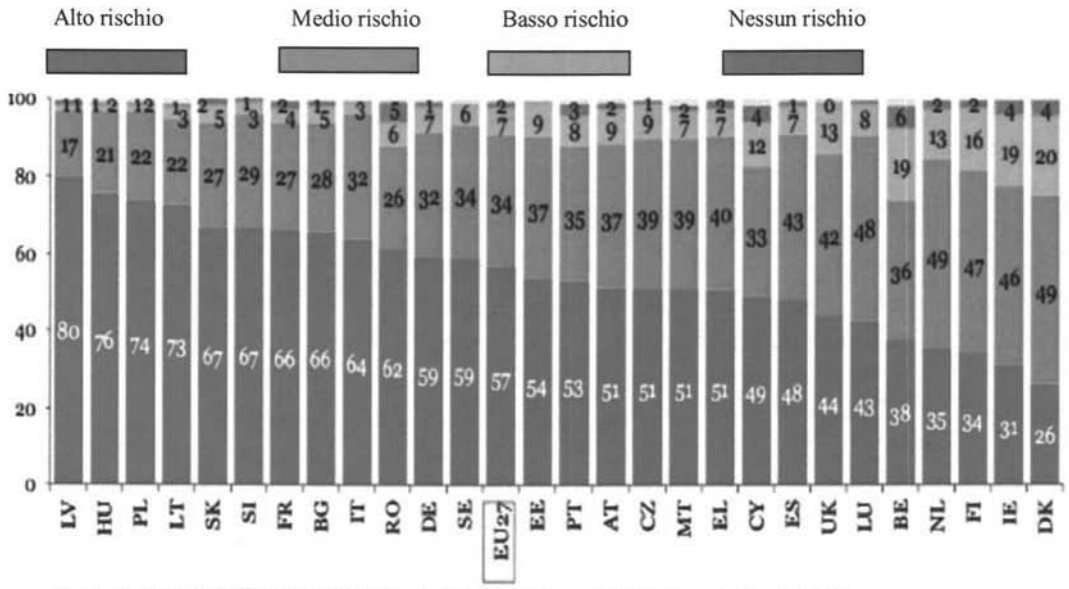
Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

Un confronto con i giovani europei

Un confronto con gli altri Paesi dell'Unione Europea effettuato nel 2011 nell'ambito di un'indagine Flash Eurobarometro mostra che i giovani italiani hanno, rispetto ai loro coetanei europei, una buona percezione del rischio collegato all'uso regolare di alcol (graf. 14).

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

Graf. 14 - PERCEZIONE DEL RISCHIO PER LA SALUTE NELL'USO REGOLARE DI ALCOL NEI GIOVANI EUROPEI DI 15-24 ANNI - ANNO 2011

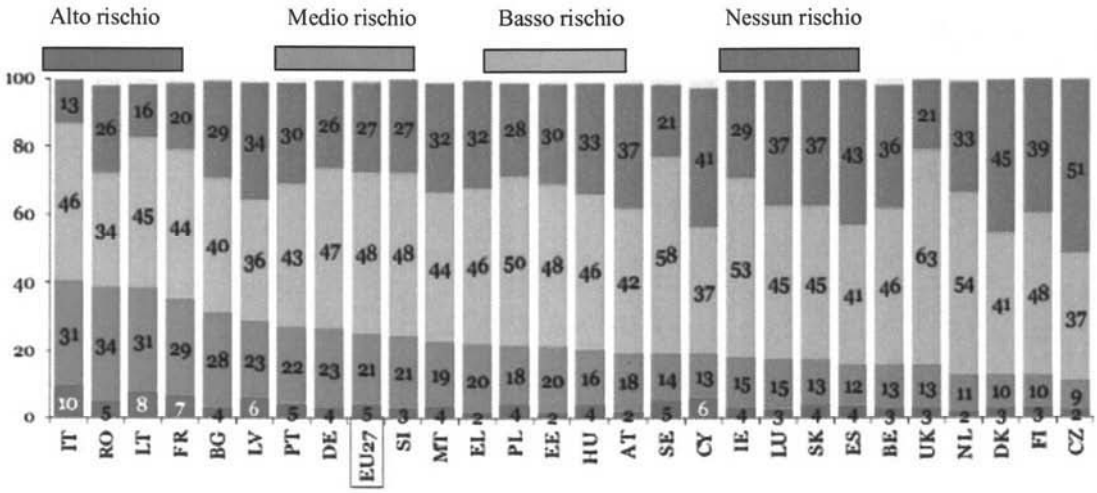


Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

I giovani italiani risultano inoltre i primi in classifica, rispetto ai coetanei europei, nella percezione di un rischio medio-alto nell'uso occasionale (una o due volte) di alcol, con una percentuale del 41% degli intervistati che percepisce tale rischio (il 10% percepisce un rischio alto e il 31% un rischio medio). La media europea è del 26% e i valori più bassi si riscontrano nella Repubblica Ceca (11%) (graf. 15).

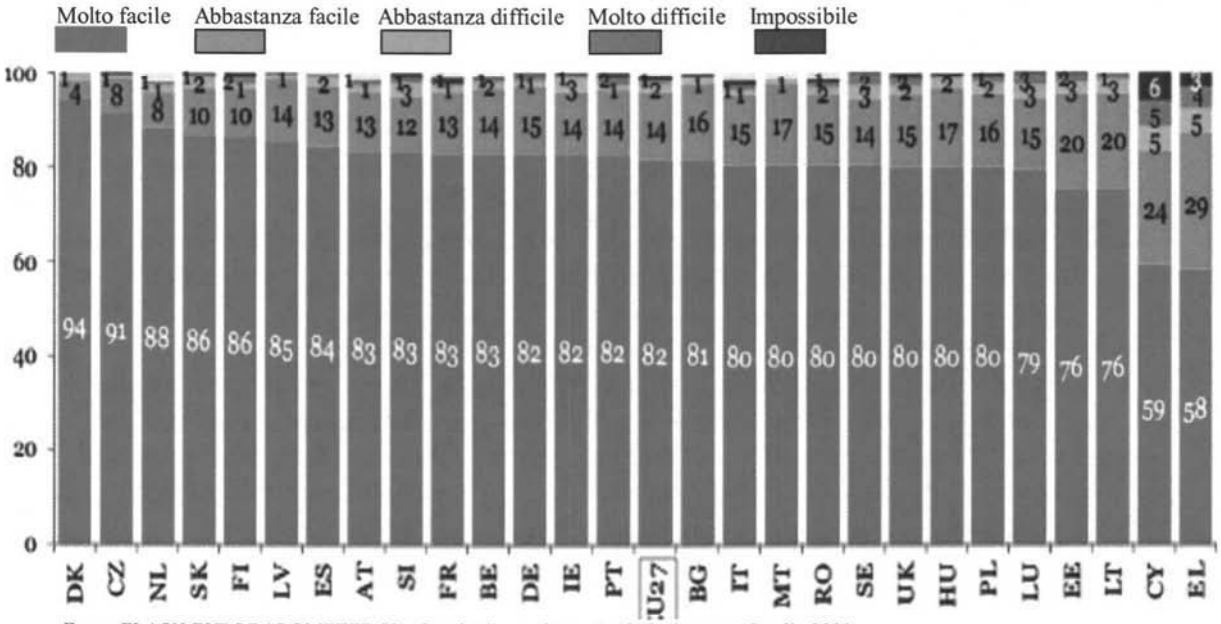
Secondo la stessa indagine i giovani italiani sembrano abbastanza allineati ai loro coetanei europei in merito alle opinioni sulla facilità/difficoltà di accesso all'alcol (graf. 16).
L'80% dei giovani italiani intervistati infatti ritiene "molto facile" l'accesso alle bevande alcoliche (media europea: 82%) ed il 15% lo ritiene "abbastanza facile" (media europea: 14%). Fra i giovani italiani peraltro la percezione di un accesso molto facile all'alcol non raggiunge le frequenze massime riscontrate fra i giovani danesi (94%), cechi (91%) e olandesi (88%).
Una percezione di facile accesso all'alcol significativamente minore della media europea si può riscontrare solo tra i giovani greci e ciprioti, tra i quali l'accesso all'alcol è ritenuto molto facile, rispettivamente, solo dal 58% e 59% degli intervistati ed impossibile dal 3% e 6%.
Tra i giovani greci peraltro nel 2008 la stessa indagine Eurobarometro aveva rilevato una percezione di facile accesso all'alcol molto più diffusa, spiegabile col fatto che in quell'anno non era stato ancora introdotto in Grecia il divieto di vendita ai minori.
Un fenomeno analogo ci si potrebbe attendere nei prossimi anni anche in Italia a seguito della recente introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni con la legge 189/2012.

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



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

Graf. 16 - OPINIONI DEI GIOVANI EUROPEI DI 15 - 24 ANNI SULLA DIFFICOLTÀ / FACILITÀ DI PROCURARSI ALCOL NELLE 24 ORE - ANNO 2011



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

1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelate

L'OMS ha recentemente ribadito, nell'ambito dei lavori conclusivi per il contrasto delle malattie non trasmissibili, svoltisi a Ginevra nel novembre 2012, che la riduzione dell'impatto delle malattie alcol attribuibili costituisce una priorità di sanità pubblica a livello globale. L'uso dannoso di alcol è causa di danni alla salute e di negative conseguenze sociali per i bevitori, le persone a loro vicine e per la società nel suo complesso. L'alcol è la principale causa di molte malattie considerate totalmente alcolcorrelate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie tra cui patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico, infertilità e problemi prenatali, cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.
L'OMS stima che 2,3 milioni di morti ogni anno, il 3,8% di tutte le morti a livello globale, siano attribuibili al consumo di alcol, delle quali più della metà dovute a malattie non trasmissibili, inclusi i tumori e le malattie cardiovascolari.
In Europa l'alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione.
Stime prudenti indicano che quasi 95000 uomini e oltre 25000 donne di età compresa tra i 15 e i 64 anni sono morti in Europa nell'anno 2004 per cause alcol correlate, per un totale di 120000 persone, pari all'11,8% di tutti i decessi in questa classe di età (13.9% fra i maschi e 7.7% tra le femmine); pertanto, anche tenendo conto degli effetti protettivi dell'alcol sulle malattie ischemiche e sul diabete, 1 su 7 morti fra i maschi e 1 su 13 morti fra le femmine di questa fascia di età sono stati causati dall'alcol.
In particolare in Europa è attribuibile all'uso dannoso di alcol il 25% dei decessi tra i ragazzi di 15-29 ed il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.
Come riconosciuto in vari documenti ufficiali della Commissione Europea, sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) sono comportamenti che 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 anche illegali, quali induzione della dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, con danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.
La Global Strategy dell'OMS sottolinea che l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale del consumo in una popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: l'aumento del consumo complessivo di alcol in una determinata popolazione si associa ad un aumento della prevalenza di disturbi da uso di alcol e di modelli di consumo dannosi e, d'altra parte, la riduzione della prevalenza di forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del complessivo consumo di alcol.

Secondo l'OMS i dati disponibili indicano che i livelli complessivi di consumo alcolico di una popolazione, misurati in termini di consumo pro capite, si traducono in importanti conseguenze su aspetti della salute alcol correlati in quella popolazione. L'OMS ha stimato che una riduzione del 10% nel consumo complessivo di alcol si possa tradurre nella prevenzione di 43000 morti a livello globale e di 670000 DALYs (numero di anni persi a causa di malattia, invalidità o morte precoce) dovuti a malattie non trasmissibili soltanto tra gli adulti della fascia di età 15-64 anni.

Le stime di mortalità dell' Istituto Superiore di Sanità

Per l'anno 2008 l'Istituto Superiore di Sanità ha stimato la mortalità alcol correlata analizzando, nella popolazione al di sopra dei 16 anni, le cause di mortalità dovute alle malattie totalmente alcol attribuibili (per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol), alle malattie parzialmente alcol attribuibili (per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol) e ad altri eventi alcol attribuibili quali cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti (cause di morte non legate a patologie ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol).

Il numero dei decessi attribuibili all'alcol per tali cause è risultato complessivamente pari a 17.661 (20.102 nel 2007), di cui 11.254 relativi a maschi (12.761 nel 2007) e 6.407 a femmine (7.341 nel 2007). Secondo tale stima la mortalità alcol attribuibile nell'anno 2008 ha rappresentato pertanto il 3,8% del totale della mortalità maschile (4,39% nel 2007) ed il 2,1% di quella femminile (2,45% nel 2007) (tab. 9).

Rispetto all'anno precedente si è registrata una riduzione dei decessi alcol attribuibili pari a 2.441, di cui 1.507 (13,4%) tra gli uomini e 934 (14,6%) tra le donne.

L'ISS-O.N.A. ha analizzato l'impatto del consumo alcolico anche separatamente per le diverse classi di età (graf.17).

Si può osservare che tra i giovani-adulti le patologie alcol correlate che hanno i maggiori effetti sulla salute, seppure con differenze di genere, appartengono alla categoria *Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti*, responsabili negli uomini di 1.938 decessi fino all'età di 54 anni e nelle donne di 163 decessi fino all'età di 44 anni.

Nella mortalità delle classi di età successive (anni 55+ negli uomini, 45+ nelle donne) intervengono maggiormente le patologie croniche appartenenti alla categoria *Malattie parzialmente alcol-attribuibili*, che determinano 6.899 decessi negli uomini e 4.299 nelle donne, con i massimi valori dopo i 65 anni, e in particolar modo nella classe d'età 75+. La categoria *Malattie totalmente alcol-attribuibili* ha effetti minimi sulla mortalità, con decessi alcol attribuibili pari a 268 negli uomini e 55 nelle donne.

Dall'analisi delle frazioni di mortalità alcol attribuibile per classi di età è possibile rilevare che i valori della mortalità decrescono con l'aumentare dell'età (negli uomini, da 16,6% nella classe d'età 16-24 anni a 3,2% a partire dai 75 anni; nelle donne, rispettivamente, da 6,4% a 1,9%), a dimostrazione del fatto che l'alcol ha un impatto negativo massimo tra i più giovani, i cui decessi sono dovuti prevalentemente alle cause accidentali e in particolare agli incidenti stradali.

Dalle stime della mortalità alcol correlata, accanto all'impatto delle patologie totalmente alcol attribuibili, emerge la rilevanza di numerose cause parzialmente alcol attribuibili,

Tab. 9 - FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA (AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10- 2008*

	≥16 anni			
	Decessi alcol-attribuibili		Frazioni alcol-attribuibili (%)[a]	
	M	F	M	F
Malattie totalmente alcol-attribuibili*	268	55	100	100
Malattie parzialmente alcol-attribuibili**				
Condizioni materne e perinatali	0	0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4383	1913	4,7	2,7
Tumori benigni	375	169	8,8	4,7
Diabete mellito	-547	-588	-6,5	-5,0
Condizioni neuropsichiatrie	148	126	1,1	0,6
Malattie del sistema circolatorio	390	1163	0,4	0,9
Malattie dell'apparato digerente	2365	1547	20,6	13,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	1,2	0,4
Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti**				
Incidenti non intenzionali	3310	1882	31,8	21,9
Incidenti intenzionali	559	136	17,3	13,8
Morti alcol correlate	**11254**	**6407**	**3,8[b]**	**2,1**

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

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

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

[a] la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili della categoria con i decessi complessivi della stessa categoria.

[b] la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili totali con i decessi totali nella popolazione.

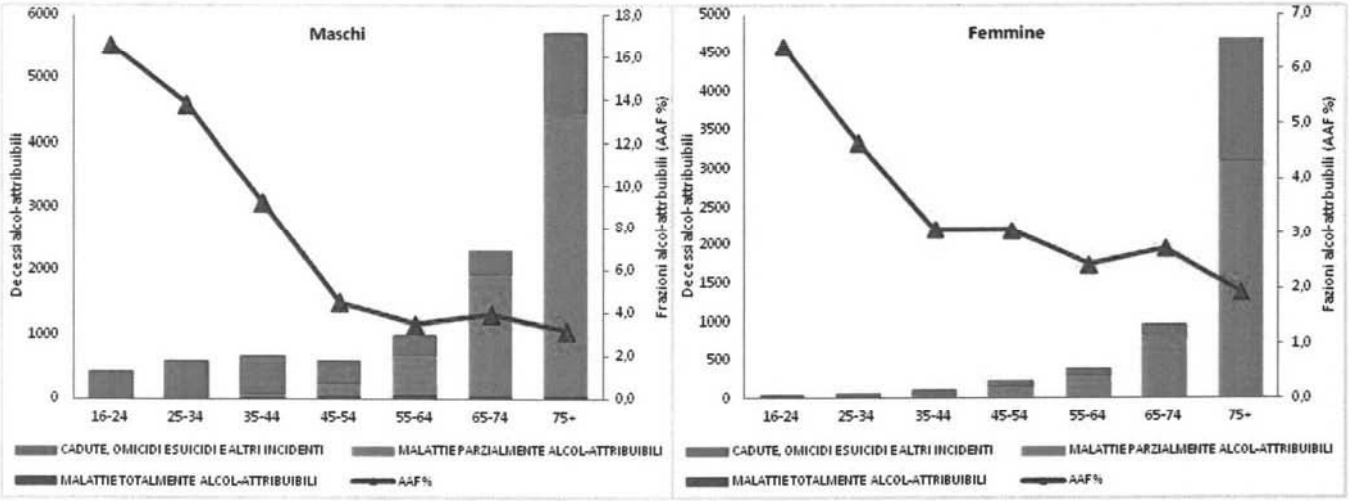
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT-Multiscopo 2008 e Cause di morte ISTAT 2008

responsabili di un rilevante carico di mortalità specifica. Tra esse sono risultate maggiormente determinanti per l'anno 2008 la cirrosi epatica, le varici esofagee, il tumore della laringe, l'epilessia, il tumore del fegato, gli incidenti stradali, l'omicidio.

Le analisi sui dati della mortalità alcol correlata confermano che l'alcol ha un impatto significativo, attenuato dall'effetto di una modesta riduzione del rischio di mortalità per poche e selezionate patologie quali il diabete mellito di tipo 2 e le malattie cardiocoronariche, in particolare per le donne e per i soggetti anziani. Tali effetti positivi si correlano, peraltro, esclusivamente ad un consumo molto limitato, non superiore ai 10 grammi/die, e l'impatto dell'alcol sulla mortalità, anche al netto dei citati effetti positivi, resta sempre molto importante e va tenuto in debito conto nella elaborazione delle strategie di prevenzione e comunicazione per il contrasto dei danni

alcol correlati.

Graf. 17 - DECESSI E FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-ATTRIBUIBILE (ALCOHOL ATTRIBUTABLE FRACTION, AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10 (2008) E LE CLASSI DI ETÀ



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

Secondo studi realizzati in ambito OMS tra i Paesi della Regione europea l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale, con valori molto inferiori alla media europea e particolarmente bassi per gli uomini (graf. 18).

La mortalità per cirrosi epatica

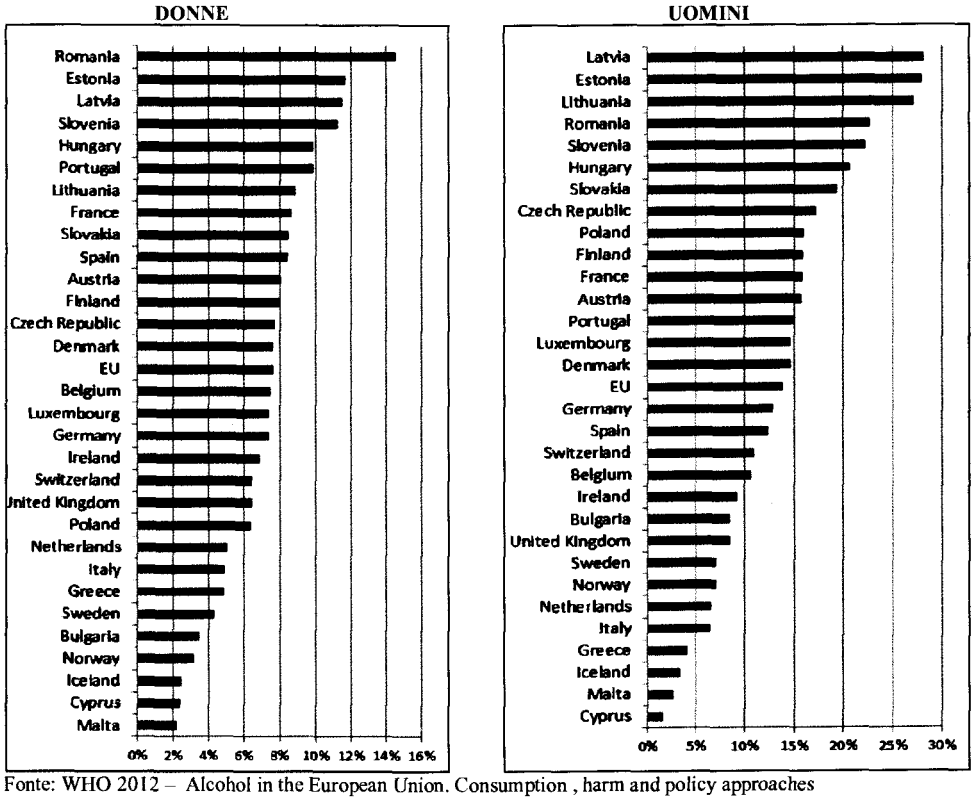
Il valore della mortalità per cirrosi epatica è uno dei più importanti indicatori di danno alcol correlato. I Paesi con più alti livelli di consumo alcolico in un determinato periodo presentano tendenzialmente, in generale dopo 10-15 anni, tassi di mortalità per cirrosi epatica più elevati dei Paesi con più bassi livelli di consumo. I valori massimi di mortalità si riscontrano nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i sessi.

In Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 8,68 per 100.000 abitanti nel 2009, valore inferiore a quello rilevato nel 2008 (9,05) e che continua il trend in calo in atto dal 1990, anno in cui il valore rilevato era di ben 22,60.

Nei due ultimi decenni i tassi di mortalità per cirrosi epatica sono diminuiti in molti Paesi, seguendo abbastanza strettamente la complessiva riduzione del consumo di alcol. Anche in Italia la progressiva riduzione della mortalità per cirrosi epatica si presenta in concomitanza con la diminuzione dei consumi medi pro capite, con un andamento nel tempo molto più rapido e consistente rispetto alla media dei Paesi della Regione europea e dell'Unione Europea (graf. 19).

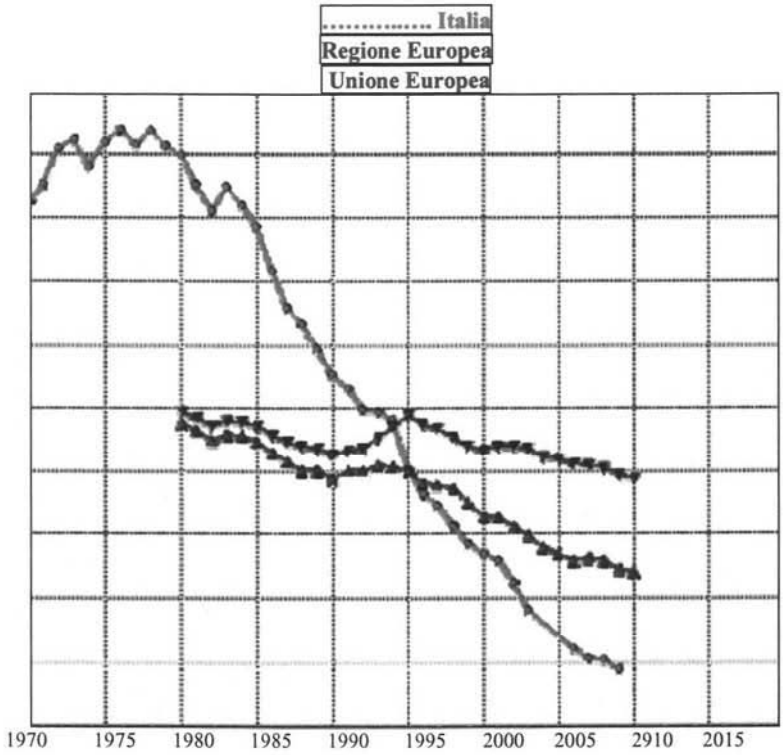
Nel 2009 il tasso di mortalità italiano appare molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno per la media dei 27 Paesi dell'Unione europea (13, 4 per 100.000) e per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,79 per 100.000).
Esso risulta peraltro superiore a quello di alcuni Paesi dell'Unione europea quali Irlanda (7,12), Grecia (5,24), Svezia (5,1), Cipro (4,62), Malta (4,26), Olanda (4,03).
Al contrario presentano tassi di mortalità superiori a quello dell'Italia, tra gli altri, il Lussemburgo (10,13), la Francia (10,2), il Portogallo (10,65), il Regno Unito (10,82), la Germania (12,8), l'Austria (15,05).
Il tasso di mortalità della Spagna (8,66) è pressoché uguale a quello dell'Italia.

Graf. 18 - PERCENTUALE DI DECESSI ALCOL ATTRIBUIBILI SULLA MORTALITÀ TOTALE NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA PER LE DONNE E GLI UOMINI DI ETÀ 15 - 64 ANNI - ANNO 2004



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

Graf. 19 - MORTALITÀ PER CIRROSI E MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO (*tutte le età*)
CONFRONTO ITALIA - UNIONE EUROPEA - REGIONE EUROPEA
ANNI 1970-2009 (*Tassi per 100.000 abitanti*)



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2012

Gli incidenti stradali

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

Secondo il Rapporto ACI-ISTAT 2012 nell'anno 2011 sono stati rilevati in Italia 205.638 incidenti stradali (- 2,7 % rispetto al 2010), che hanno provocato 3.860 morti (-5,6% rispetto al 2010) e 292.019 feriti (-3,5% rispetto al 2010). Il dato del 2011 conferma la tendenza alla riduzione nel tempo di tutti i valori in questione (tab.10).

Prendendo in considerazione il decennio 2001-2011 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 21,8%, i morti del 45,6%, i feriti del 21,8% ed il relativo indice di mortalità è passato da 2,70 morti ogni 100 incidenti nel 2001 a 1,88 nel 2011.

Tra il 2010 e il 2011 in particolare tra i conducenti si registra un calo del numero dei morti pari al 5,2% e del numero dei feriti pari al 3,2%.

Prendendo in considerazione le sole donne conducenti si registra però nello stesso periodo un aumento dei decessi pari al 4%.

Tab. 10 - INCIDENTI STRADALI , MORTI E FERITI ANNI 2003- 2011

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

Fonte: ACI-ISTAT - Incidenti stradali anno 2011

Nonostante la riduzione del numero dei morti verificatasi a partire dal 2001, pari al 45,6%, tuttavia l'Italia nel 2011 non ha ancora raggiunto l'obiettivo di riduzione della mortalità del 50% auspicato dall'Unione Europea per il periodo 2001-2010, obiettivo centrato da altri Paesi vicini quali Spagna, Portogallo e Francia. In Italia comunque la diminuzione della mortalità per incidente stradale resta superiore al valore medio europeo (-44,5%).

Nel 2011 sia tra i maschi che tra le femmine il più alto numero di morti si è registrato nella fascia di età 20-24 anni (296 maschi e 82 femmine); per i maschi elevati valori di mortalità si riscontrano in tutte le classi di età fino a 39 anni, mentre per le femmine i valori immediatamente inferiori a quello più elevato si riscontrano nelle classi di età fra i 75 e gli 84 anni, dove un'alta percentuale di donne è coinvolta in incidenti come pedone.

Nella fascia di età 20-24 anni si registra anche il più alto numero di feriti (35.249), sia tra i maschi (21.919) che tra le femmine (13.330), ma molto alto appare il numero dei feriti in tutte le fasce di età comprese fra i 15 e i 39 anni di entrambi i sessi.

Tra i conducenti il maggior numero di morti si riscontra nella fascia di età 35-39 anni, immediatamente seguita, con valori molto alti, da quella di 20-24 anni e 25-29 anni; il maggior numero di feriti si riscontra nella fascia di età 20-24 anni, immediatamente seguita, con valori molto alti, da quelle di 35-39 anni e 25-29 anni.

Tra i giorni della settimana la maggiore concentrazione di incidenti con lesioni a persone si rileva il venerdì (15, 6 % del totale) e quella minore la domenica (10,5 %). Il venerdì presenta anche la maggiore concentrazione di feriti (15,1 % del totale).

La maggiore concentrazione di decessi si rileva nelle giornate del sabato (16,6%) e della domenica (15,7%). Anche l'indice di mortalità (n. morti ogni 100 incidenti) presenta i valori massimi la domenica e il sabato (rispettivamente, 2,8 e 2,2 morti ogni cento incidenti).

Nell'arco della giornata la distribuzione degli incidenti presenta il suo valore massimo attorno alle ore 18, ma alti valori si riscontrano, secondo l'usuale andamento, anche nelle fasce orarie 8-9 e 12-13.

Fra le ore 22 e le 6 del mattino si registrano i valori più elevati dell'indice di mortalità, compresi fra 2,2 e 6,0 decessi ogni 100 incidenti.
Il picco più alto dell'indice di mortalità (6,0 ogni 100 incidenti) si registra attorno alle 5 del mattino.
Nel 2011 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 40, 7% del totale di tutti gli incidenti notturni, provocando un numero di morti e feriti pari, rispettivamente, al 42,8% e 43,3% del totale di morti e feriti rilevato negli incidenti notturni, con percentuali analoghe nelle strade urbane ed extraurbane. Nelle strade extraurbane si rilevano peraltro indici più elevati di mortalità notturna, soprattutto la domenica e il giovedì notte, ma anche il sabato notte.
Questi dati suscitano particolare allarme data l'elevata correlazione stimata tra gli incidenti notturni del fine settimana e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.
Va peraltro rilevato che nel 2011 la percentuale degli incidenti del venerdì e sabato notte in rapporto al totale degli incidenti notturni conferma il suo andamento discendente, con valori inferiori rispetto a quelli rilevati nel 2010 (42,6%), nel 2009 (43,2%), nel 2008 (44%), nel 2007 (44,6%) e nel 2006 (44,6%).
Nel 2011 il maggior numero di incidenti e di morti si è registrato nel mese di Maggio, mentre il più elevato indice di mortalità (2,3 morti ogni 100 incidenti) si è registrato nel mese di Agosto.
Dal 2009 il Rapporto ACI-ISTAT non pubblica dati sulle cause di incidente stradale legate allo stato psico-fisico alterato del conducente, fra le quali è presente l'ebbrezza da alcol, in quanto varie criticità presenti nel processo di rilevazione di tali cause rendono il dato sottostimato.
Gli ultimi dati diffusi da ACI-ISTAT sugli incidenti causati da ebbrezza da alcol si riferiscono pertanto al 2008, anno in cui tale causa ha rappresentato il 2,12% del totale di tutte le cause accertate o presunte di incidente stradale (percentuale in aumento rispetto al 2,09% registrato nel 2007), con 5.920 casi rilevati (6.124 nel 2007).
L'Istituto Superiore di Sanità stima comunque gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-35% del totale di tutti gli incidenti.
Da un'analisi condotta sulla percezione del problema della sicurezza stradale nell'ambito del XIX Rapporto ACI-CENSIS emerge che nel 2011 la guida sotto l'influenza di alcol o droghe costituisce la principale preoccupazione degli automobilisti per la sicurezza stradale (71,4% degli intervistati), superiore a quella relativa all' eccesso di velocità (52,5% degli intervistati) e alla distrazione (21,5%).
La diffusione di tale preoccupazione presenta un andamento in crescita, con un dato superiore a quello rilevato nel 2009 (59,1%) e nel 2010 (64,9%), e si riscontra più frequentemente nelle Regioni del Sud ed Isole (77,6%) rispetto a quelle del Nord Est (69,5%), del Nord Ovest (68,8%) e del Centro (65,6).
Il fenomeno sembra indicare una buona consapevolezza della pericolosità dell'alcol alla guida, confermata dai dati relativi ai comportamenti assunti, che indicano un netto miglioramento nel tempo della percezione del rischio (tab. 11).

Tab. 11 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA DOPO AVER CONSUMATO ALCOLICI SECONDO L'ETÀ *(val.%)*
ANNO 2011 - CONFRONTO ANNI 2011-2010-2009 PER TOTALI TUTTE LE ETÀ

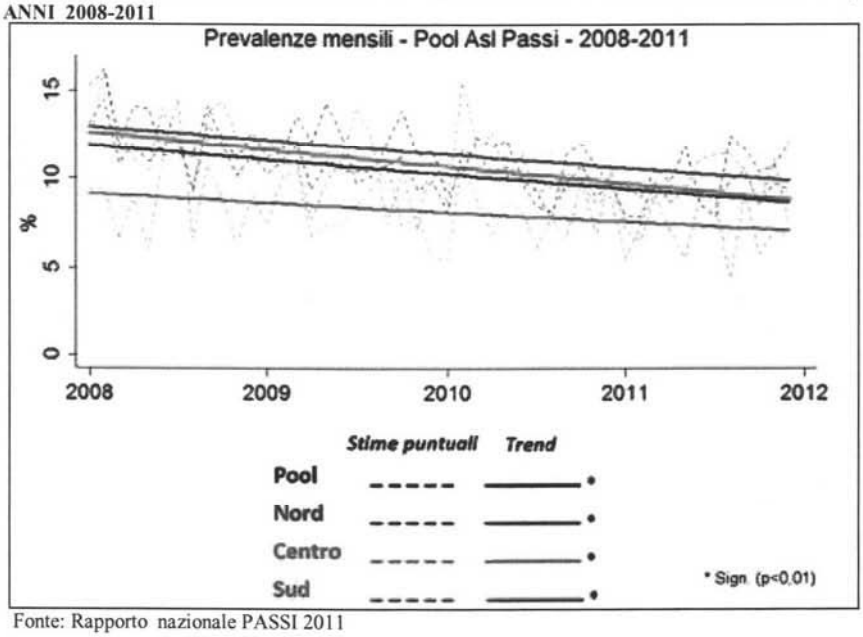
	Anno 2011					
Comportamento	**18-29 anni**	**30-44 anni**	**45-69 anni**	**Totale 2011**	**Totale 2010**	**Totale 2009**
Non se ne preoccupa perché non è un bevitore abituale	26,1	40,2	52,9	43,8	50,7	47,1
Limita il consumo di alcol	49,6	45	37,3	42,1	37,4	36,9
Non limita il consumo, ma si assicura che qualcuno guidi	22,5	13,7	8,9	13	10,1	14,8
Non limita il consumo di alcol	1,8	1,1	0,9	1,1	1,8	1,2
Totale	100	100	100	100	100	100

Fonte: -Rapporto Aci - Censis Servizi 2011
-Rapporto Aci - Censis Servizi 2009

Cresce infatti in maniera significativa in tutte le fasce di età dal 2009 la quota di coloro che affermano di aver scelto responsabilmente di limitare il consumo di alcolici in funzione della guida, pari nel 2011 al 42,1% degli intervistati.
Fra le persone con meno di 30 anni ha scelto questo comportamento prudente il 49,6% degli intervistati, percentuale più alta di quella rilevata nella fascia di età 30-44 anni (45%) e molto più alta di quella rilevata nella fascia di età 45-69 anni (37,3%).
Solo l'1,1% degli intervistati ammette di non limitare il consumo di alcol in funzione della guida.
Le percentuali più alte di tale comportamento a rischio si riscontrano tra i giovani al di sotto dei 30 anni (1,8%); quelle più basse si riscontrano tra le persone di 45-69 anni (0,9%).
Il Sistema di sorveglianza Passi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P. A. italiane, rileva i dati relativi alla frequenza della guida sotto l'effetto dell'alcol riferita da intervistati non astemi di 18-69 anni che hanno viaggiato in auto sia come conducenti sia come persone trasportate.
Secondo i dati del Sistema PASSI nel 2011 il 9 % degli intervistati ha dichiarato di aver guidato negli ultimi 30 giorni l'auto o la moto dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.
Questa percentuale conferma il trend in diminuzione rilevabile nel corso dell'ultimo quadriennio, dove le percentuali erano, rispettivamente, 9,9 % nel 2010, 10,5% nel 2009 e 11,8% nel 2008 . Il trend in diminuzione è rilevabile in ciascuna delle 3 macro aree geografiche (graf. 20 a) .
Guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere un comportamento sensibilmente più diffuso tra i maschi (13%) che tra le femmine (3%) e nelle classi di età più giovani (25-34 anni) rispetto a quelle più anziane.

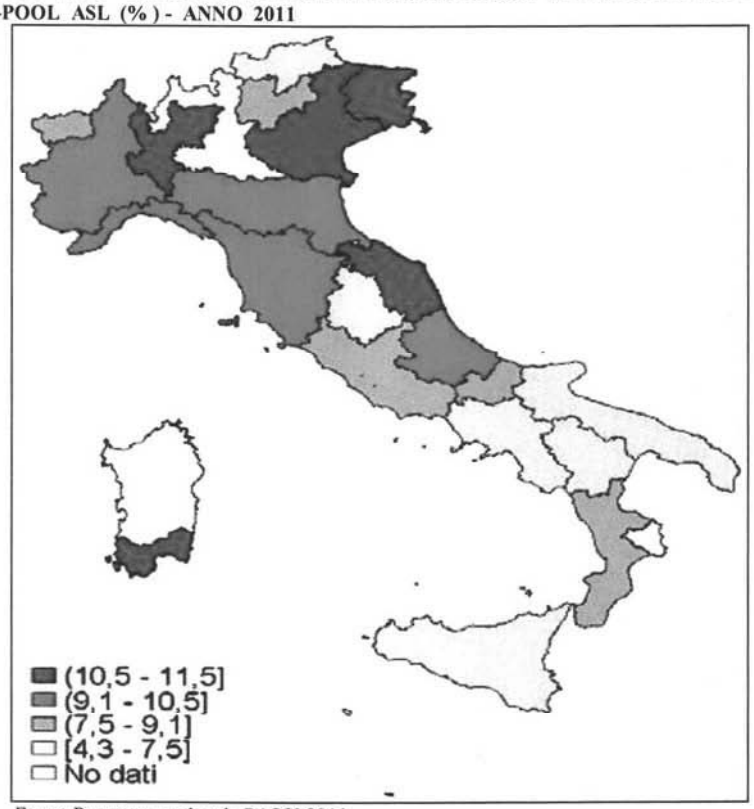
In tale comportamento non sembrano incidere in maniera rilevante il livello di istruzione ed il reddito.
Considerando l'intero quadriennio 2008-2012, la media delle persone che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.
Fra i giovani di 18-25 anni intervistati nell'ambito del Sistema PASSI nel corso del quadriennio 2008-2011 (oltre 10.000), mediamente il 12% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, media che, pur non superando di molto quella relativa a tutte le età, assume una gravità particolare, dato il maggior rischio di incidenti cui sono esposti i giovani.
Tra i soggetti di 18-21 anni, per i quali la normativa attualmente in vigore prevede il divieto assoluto di assumere alcol prima di guidare, la media di coloro che contravvengono a tale divieto è risultata di circa il 10%, con implicazioni ancora più gravi che riguardano, oltre alla esposizione ad un grave rischio, anche la violazione della legalità.
Il confronto interregionale presenta differenze significative, ed è individuabile un gradiente Nord-Sud, benché con qualche significativa eccezione, con valori che vanno da un minimo del 4% (Regione Basilicata) a un massimo del 11% (Regione Sardegna) (graf. 20 b).
Prendendo in considerazione i dati rilevati nel quadriennio 2008-2011, le percentuali più elevate di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol si riscontrano nella popolazione delle ASL di Friuli V. Giulia (13,50%), Lombardia (12,52%), Valle D'Aosta (12,08%), Sardegna (11,87%), Veneto (11,84).
Le percentuali più basse si riscontrano al Sud, in Campania (6,15%), Sicilia (7,25%), Puglia (8,51%) e Basilicata (8,56%); ma anche nella Provincia A. di Bolzano si presentano percentuali basse, molto vicine a quelle della Sicilia (7,66%).
Nel 2011 il 34% delle persone intervistate riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine e il numero di controlli è stato in media superiore a 2, con differenze statisticamente significative tra le diverse Regioni. La percentuale più bassa di controlli si registra in Basilicata (20%) e quella più alta in Molise (54%).
Solo il 12% di coloro che hanno avuto tali controlli riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Tale percentuale è peraltro superiore a quella rilevata nel 2010 (11%).
Le percentuali dei soggetti sottoposti al controllo con l'etilotest aumentano con il diminuire dell'età, dal 6% dei soggetti di 50-69 anni al 23% di quelli di 18-24 anni, e sono maggiori tra gli uomini rispetto alle donne.
Il confronto tra le Regioni fa emergere differenze significative nella somministrazione di etilotest da parte delle Forze del'Ordine, con un *range* che va dal 4% di soggetti controllati in Valle d'Aosta al 17% nella Regione Molise.

Graf. 20 a - TREND DELLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL - POOL ASL (%) ANNI 2008-2011



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2011

Graf. 20 b - GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL NELLE REGIONI E P.A. -POOL ASL (%) - ANNO 2011



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2011

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili

Nell'anno 2010 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili è stato di 83.892 (87.287 nel 2009), di cui 65.299 (77,8%) riferite a maschi e 18.593 (22,2%) riferite a femmine (tab. 12a).

Tab. 12 a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2010

Diagnosi di dimissione (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	*Femmine*	*Totale*	*Maschi*	*Femmine*	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	3.338	821	4.159	80,3%	19,7%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	17.087	5.744	22.831	74,8%	25,2%	27,2%
305.0	Abuso di alcol	6.847	2.823	9.670	70,8%	29,2%	11,5%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.294	295	1.589	81,4%	18,6%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	369	33	402	91,8%	8,2%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	403	141	544	74,1%	25,9%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	4.829	1.520	6.349	76,1%	23,9%	7,6%
571.1	Epatite acuta alcolica	2.177	540	2.717	80,1%	19,9%	3,2%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	25.607	6.007	31.614	81,0%	19,0%	37,7%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	3.151	603	3.754	83,9%	16,1%	4,5%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	5	5	10	50,0%	50,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	192	61	253	75,9%	24,1%	0,3%
Totale		**65.299**	**18.593**	**83.892**	**77,8%**	**22,2%**	**100,0%**

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Complessivamente il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 74.580 (77.525 unità nel 2009).

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

La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (37,7%, contro il 36,4% del 2009), immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcol (27,2% contro il 28,0% del 2009).

Anche per l'anno 2010, come per il 2009, la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per il 91,8 % tra i maschi e per l'8,2 % tra le femmine), immediatamente seguita da danno epatico da alcol non specificato e polineuropatia alcolica.

La diagnosi che nel 2010 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi è l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol, distribuita peraltro tra i due sessi in percentuali uguali (50%); seguono abuso di alcol (29,2%) e gastrite alcolica (25,9%).

Nel 2010 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 123,6 per 100.000 abitanti; si conferma pertanto il trend discendente

del fenomeno, in atto a partire dall'anno 2002 a livello nazionale, che trova riscontro, sebbene con andamenti diversi, anche a livello delle singole Regioni (tab.12 b).
Nel 2010, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni e P.A. a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano e Valle D'Aosta; seguono Friuli V. Giulia, P.A. di Trento, Liguria e Sardegna. I tassi di ospedalizzazione più bassi si riscontrano anche nel 2010, come si rileva da alcuni anni, in Sicilia e in Campania, seguite da Umbria, Calabria e Puglia. Resta ancora molto alta la differenza del tasso di ospedalizzazione tra le Regioni con i valori massimi e minimi.

Tab. 12 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNI 2000-2010
(Dimessi per 100.00 ab.)

REGIONI	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	174,2	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4
Valle d'Aosta	398	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4
Lombardia	215,8	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156,0	138,5	130,3	122,1
P. A. Bolzano	448	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461,0	389,9	344,0
P. A. Trento	421,1	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8
Veneto	263,9	251,6	244,8	232,2	212	188	170,3	167,3	150,7	141,1
Friuli V. Giulia	300	283,7	264	255,6	268	256	248,1	228,5	220,8	215,8
Liguria	279,2	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6
Toscana	143,2	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9	100,7
Umbria	153,7	119,1	125	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96,0
Marche	200,9	203,6	194,7	189,5	189,6	176	176,7	167,3	160,2	160,0
Lazio	137,4	146,1	143	142,7	142,2	148	123,8	115,2	107,6	111,0
Abruzzo	243,2	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119,0
Molise	234,2	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8	163,6
Campania	80,3	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2
Puglia	125,4	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8
Basilicata	177,2	164	153,1	159	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2
Calabria	145,3	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4
Sicilia	72,5	85,7	84,5	86	79	83,4	77,4	69,0	68,8	67,0
Sardegna	161,1	205,2	195,2	198	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179,0
Italia	**172,2**	**177,1**	**167,9**	**165,5**	**159**	**154,9**	**147,0**	**137,0**	**129,1**	**123,6**

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Osservando la distribuzione delle diagnosi secondo le diverse classi di età (tab. 12 c), anche nel 2010 le prevalenze più elevate continuano a registrarsi fra i soggetti di più di 55 anni, con valori più elevati per le diagnosi di cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica alcolica e danno epatico da alcol non specificato.
Le diagnosi della classe di età 36-55 si riferiscono invece maggiormente a sindrome da avvelenamento da antagonisti dell'alcol, dipendenza da alcol, abuso di alcol, epatite acuta alcolica.

Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per effetti tossici dell'alcol e abuso di alcol, seguite da sindrome di dipendenza da alcol e sindromi psicotiche indotte da alcol.
I giovanissimi fino a 14 anni sono interessati quasi esclusivamente da diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol e di effetti tossici dell'alcol.

Tab.12 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETA' DEL DIMESSO – ANNO 2010

Diagnosi di dimissione (*)		< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindromi psicotiche indotte da alcol	0,2	10,6	50,8	38,4	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	14,5	56,9	28,4	100,0
305.0	Abuso di alcol	1,4	23,6	53,6	21,4	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	3,0	47,3	49,8	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	1,7	40,5	57,7	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,6	7,4	43,4	48,7	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	7,5	41,2	51,2	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	9,4	51,3	39,2	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,0	31,3	67,7	100,0
571.3	Danno epatico da alcol non specificato	0,0	6,4	42,5	51,1	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	10,0	10,0	60,0	20,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcol	9,5	25,3	32,8	32,4	100,0
Totale		**0,3**	**8,9**	**44,1**	**46,7**	**100,0**

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Osservando l'andamento nel tempo, a partire dal 2000, della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.12 d), tra il 2009 e il 2010 si conferma l'andamento in crescita delle prevalenze nella classe di età maggiore di 55 anni. L'andamento in crescita si conferma anche nella classe di età 36-55 anni, dopo la lieve flessione registrata tra il 2008 e il 2009. Continuano a diminuire le percentuali di diagnosi alcol correlate nella fascia di età 15-35 anni e la classe di età fino ai 14 anni continua a presentare percentuali sostanzialmente stabili nel tempo.
L'analisi dell'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per sesso (tab.12 e) evidenzia che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile. Nell'anno 2008 si sono registrati

per i maschi i valori percentuali più bassi in rapporto alle femmine (77, 1%), che invece presentano per quell'anno i valori percentuali più alti in rapporto ai maschi (22, 9%).

Tab. 12 d - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETA' DEL DIMESSO ANNI 2000-2010

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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Tab. 12 e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003 - 2010

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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

L'analisi della distribuzione percentuale delle diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate nel tempo conferma l'andamento in forte crescita nel decennio delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passano dal 26,3 % del 2000 al 37,7 % del 2010, con un aumento percentuale di più di 11 punti. Viene altresì confermata la diminuzione percentuale delle diagnosi per sindrome di dipendenza da alcol, che passano dal 31,8 % del 2000 al 27,20 % del 2010. Una minore ma chiara diminuzione percentuale si registra nel tempo anche per le diagnosi di epatite acuta alcolica, danno epatico da alcol non specificato e, in misura più limitata, di steatosi epatica alcolica. Per le altre diagnosi l'andamento nel tempo resta relativamente stabile (tab 12 f).

Tab. 12 f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI ANNI 2000-2010

	DIAGNOSI DI DIMISSIONE (*)	% diagnosi secondo il tipo di diagnosi									
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,30%	5,00%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	31,80%	32,20%	31,40%	30,80%	30,10%	28,80%	29,00%	28,70%	28,00%	27,20%
305.0	Abuso di alcol	10,60%	9,10%	9,60%	10,20%	10,60%	11,00%	11,30%	11,00%	11,10%	11,50%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
535.3	Gastrite alcoolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,70%	0,70%	0,70%	0,60%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%	8,80%	8,20%	7,90%	7,60%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%	3,90%	3,70%	3,40%	3,20%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,30%	28,30%	30,00%	30,90%	31,70%	32,90%	33,60%	36,00%	36,40%	37,70%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%	5,20%	4,90%	4,60%	4,50%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
	Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

L'alcoldipendenza

Non esiste ancora nel nostro Paese una stima puntuale e ufficiale del numero di alcoldipendenti. Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcologici pubblici nonché del numero dei soggetti che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato *no profit* che operano a tali fini in maniera autonoma o in collaborazione con gli stessi servizi pubblici.
Nel 2011 il 54,0% dei servizi ha collaborato con i gruppi di Alcolisti in trattamento (CAT), il 39,8% con i gruppi di A.A. e il 13,9% con altri gruppi di auto-mutuo aiuto.
Mediamente, nel corso del 2011, ogni servizio ha collaborato con circa 8 gruppi di Alcolisti in trattamento, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 2 cooperative sociali.

Gli alcolisti nei servizi pubblici *(Vedi Parte II della Relazione)*
Nell'anno 2011 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcologici territoriali pubblici sono stati 58.122, valore che conferma il trend in calo in atto dal 2009, anno in cui per la prima volta si è interrotto il trend di crescita presente fin dal 1996. Per una

corretta interpretazione di tale dato, peraltro, è necessario tener conto che alla data della presente relazione non è stata completata l'acquisizione dei dati relativi ai servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza.
Gli utenti maschi sono 45.771 e le femmine 12.351. Il rapporto M/F è pari a 3,7 sia per gli utenti totali che per gli utenti distinti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati); a livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.
Nel 2011 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,4 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,9 rispetto a 44,9), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile, ed i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,6 vs 46,1).
Negli anni più recenti si nota un trend in lieve aumento dell'età media nei nuovi utenti, sia maschi che femmine, e una sostanziale stabilità dell'età media per gli utenti già in carico.
I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano complessivamente nel 2011 il 9,8 % dell'utenza totale, una prevalenza ancora consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%), anche se inferiore a quella registrata nel 2009 (11,1 %) e lontana dai valori più alti in assoluto registrati nel 2005 (11,7%).
Al contrario per gli alcoldipendenti al di sotto dei 20 anni viene confermata nel 2011, con una prevalenza dello 0,5%, la sostanziale stabilità dei valori di prevalenza a partire dal 1996, sempre compresi fra lo 0,5% e lo 0 ,7%.
Nel 2011 la bevanda alcolica maggiormente consumata dagli alcoldipendenti in trattamento è il vino (53,2%), seguito dalla birra (25,8%), dai superalcolici (11,8%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). Fra i maschi rispetto alle femmine si rileva una quota lievemente superiore di consumatori di birra (27,0% vs 21,4%) e di superalcolici (11,9% vs 11,3%); mentre per il vino e gli aperitivi, amari e digestivi la percentuale di consumatrici è superiore a quella dei consumatori maschi (rispettivamente, 58,1% e 6,1% di femmine vs 51,8% e 5,4% di maschi).
Nel 2011 fra gli utenti dei servizi alcologici il 9,8% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, valore superiore a quelli rilevati nel 2010 (8,3%) e nel 2009 (8,6%) e che interrompe il trend in calo presentatosi dopo il 2007.

L'attenzione dei medici al consumo alcolico dei pazienti

Il Sistema di sorveglianza Passi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P.A. italiane, rileva dal 2008 dati sul comportamento dei medici di medicina generale per conoscere se chiedono informazioni sulle abitudini di consumo alcolico dei pazienti e se forniscono loro adeguati consigli in merito.
Nell'anno 2011, fra le persone intervistate che si sono recate dal medico negli ultimi 12 mesi, il 16% ha dichiarato di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico; tra esse solo il 6% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto esortazione a ridurre i propri consumi. Questi valori restano sostanzialmente stabili nel quadriennio 2008-2012.

Il confronto fra le Regioni evidenzia comunque differenze statisticamente significative di tali percentuali, con valori che vanno, per l'anno 2011, dal 10% nelle Asl di Basilicata e Campania al 25% in quelle della Sardegna.
Il Sistema Passi rileva inoltre i dati sui consumi alcolici di particolari categorie di persone per le quali il consumo di alcol, in qualsiasi quantità, ha una controindicazione assoluta, quali le persone con diagnosi di patologia epatica e le donne in gravidanza.
Nel triennio 2008-2011 circa la metà delle persone con patologia epatica e un terzo delle donne in gravidanza hanno dichiarato di aver assunto almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni. Questi comportamenti a forte rischio possono dipendere da molti fattori, fra i quali sarebbe necessario valutare anche l'impatto di una insufficiente informazione e sensibilizzazione sui rischi alcolcorrelati da parte degli operatori, medici e specialisti competenti.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio connessi con il bere. Il PNAS recepisce inoltre gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S, dalla Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e dalle Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per l'avvio della I Strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma successivamente il suo recepimento è stato inserito tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, e le sue linee strategiche restano pertanto ancora valido 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 implementare e i risultati attesi. Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni e a questo scopo è stato costituito uno specifico gruppo tecnico congiunto Ministero-Regioni.

Si riporta di seguito un quadro sintetico delle aree strategiche, delle azioni e dei risultati attesi del PNAS.

Piano Nazionale Alcol e Salute
Aree strategiche, risultati attesi e azioni

- Sintesi -

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e la riduzione della mortalità, della morbilità e dei danni alcolcorrelati nel nostro Paese:

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 autoaiuto, 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 alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve.

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

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

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

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

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

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

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 alcolcorrelato 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 alcolcorrelati e sulle politiche alcologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato 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 finalizzati a rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni, a migliorare il monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e di problemi alcolcorrelati a livello nazionale e regionale, a promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nella assistenza sanitaria di base.

Tutti i progetti si sono già conclusi e sono stati illustrati dettagliatamente nella Relazione al Parlamento dell'anno 2011.

A partire dal 2011 l'implementazione del PNAS, che riguarda formalmente solo il triennio 2007-2009, si collega alla implementazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, il quale ne prevede specificamente il recepimento tra gli obiettivi strategici dell'area della prevenzione universale, in relazione alla prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 è in corso di riprogrammazione per essere prolungato fino al 31 dicembre 2014, e le linee strategiche del PNAS restano ancora valido punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello centrale e regionale da realizzare in attuazione del Piano stesso.

In tale quadro di riferimento è stato avviato, con le risorse del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero per l'anno 2011, il progetto "*L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute*".

Il progetto, la cui realizzazione è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute della Popolazione e suoi Determinanti- ha durata biennale ed è stato finanziato per 240.000 Euro.

Il progetto è finalizzato a superare il problema della mancanza di omogeneità degli attuali sistemi di monitoraggio disponibili a livello regionale, derivante dalla diversa organizzazione dei servizi e dalle differenti problematiche delle Regioni in relazione al consumo dannoso di bevande alcoliche. Obiettivo specifico è favorire l'adozione omogenea nelle diverse Regioni degli stessi flussi di dati e delle metodologie di calcolo degli indicatori suggeriti dalle agenzie di sanità pubblica a livello nazionale e internazionale.

Un risultato atteso del progetto è la creazione di uno standard utile ad un sistema di monitoraggio e *reporting* epidemiologico regionale, che consenta ai decisori politici di porre in atto, tramite un'adeguata analisi dei dati e dei relativi trend temporali, le misure

di prevenzione, informazione e comunicazione più utili per il contrasto dei problemi alcol correlati a livello regionale e nazionale. Il progetto si propone inoltre di avviare un processo di definizione del training formativo destinato al personale regionale addetto alla implementazione delle attività di monitoraggio.
Tramite questo progetto sarà pertanto possibile fornire al Ministero della Salute e rendere disponibili per le Regioni dei Reports annuali contenenti i risultati della elaborazione e analisi, a livello nazionale e regionale, dei più aggiornati dati disponibili in relazione alle diverse situazioni territoriali, avvalendosi delle fonti formali ed informali più affidabili. Saranno utilizzati strumenti standardizzati, indicatori raccomandati a livello europeo ed internazionale e tecniche di rilevazione in grado di garantire una dettagliata conoscenza dei fenomeni di interesse, misurandone anche l'evoluzione nel tempo.

Il Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari"
Il programma "*Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari*" è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute.
Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.
"Guadagnare Salute" punta su un approccio intersettoriale e sull'avvio di una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e settori diversi 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 le possibilità di intervento del Servizio Sanitario Nazionale.
Il programma, promosso dal Ministro della Salute e di durata triennale, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri interessati ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007.
Con Decreto del Ministero della Salute in data 5 marzo 2010 è stata rinnovata per un ulteriore triennio la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", sede comune di incontro a livello nazionale per tutti i soggetti interessati a contribuire al perseguimento degli obiettivi del programma "Guadagnare Salute", secondo un approccio cooperativo e orientato all'azione.
Alla Piattaforma Nazionale partecipano rappresentanti di vari Ministeri, della Conferenza Stato-Regioni, dell'ANCI, dell'ISS, dell'ISPESL, dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN), delle associazioni di categoria della filiera alimentare e dei consumatori, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni dei medici e pediatri di base e dei farmacisti.

La Piattaforma Nazionale sostiene e promuove iniziative finalizzate a diversi obiettivi inerenti il Programma Guadagnare Salute, fra le quali anche iniziative finalizzate a ridurre l'abuso di alcol e a educare ad un consumo consapevole e moderato.
Si riporta di seguito il paragrafo del Programma Guadagnare Salute relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo

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

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

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

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

4 Evitare gli incidenti stradali alcolcorrelati
• Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
• Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).
• Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.
• Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.

• Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.
• Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).
• Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.
• Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

5 Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base
• Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziate risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.
• Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

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

7 Proteggere i minori dal danno alcolcorrelato
• 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 alcolcorrelati.

• 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

Il Progetto "PinC"(Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute)

Per promuovere iniziative di comunicazione e formazione di tipo partecipativo, rivolte sia alla popolazione generale sia a figure chiave nel rapporto con i cittadini, secondo un'idea della salute che vede i cittadini informati, consapevoli e quindi protagonisti delle scelte sulla propria salute, il Ministero ha promosso e finanziato tramite il CCM il progetto PinC (Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss).

L'attività centrale del progetto PinC è stata una campagna di comunicazione e informazione che ha riguardato la realizzazione di interventi rivolti agli operatori del settore sanitario e non sanitario, ai cittadini e in particolare al target adolescenti e donne. Il piano di comunicazione è stato integrato da moduli formativi a distanza (FAD), rivolti a operatori sanitari e non, finalizzati all'apprendimento o perfezionamento delle conoscenze sulle aree tematiche di Guadagnare Salute, rendendo disponibili approfondimenti sull'impatto degli stili di vita e sul contrasto alle malattie croniche. Nel 2012 l'offerta è stata completata con i percorsi dedicati all'analisi delle modalità di utilizzo dei principali strumenti della comunicazione, dal *counselling* al *marketing* sociale, per promuovere nei cittadini la consapevolezza e le scelte salutari.

Circa 6000 operatori sanitari hanno preso parte ad almeno uno dei percorsi formativi e la FAD di Guadagnare Salute ha riscosso un giudizio sufficientemente positivo o molto positivo da circa il 76% degli utenti.

Le informazioni acquisite sono state giudicate applicabili alla pratica quotidiana da oltre il 90% degli utenti e una percentuale rilevante di essi (86%) ha dichiarato che la formazione ha modificato, del tutto o in parte, le proprie conoscenze.

Il programma "Guadagnare salute" prevede il contrasto dell'abuso di bevande alcoliche anche attraverso una corretta informazione dei consumatori e con tale finalità è stato pertanto realizzato un "video virale" sulla tematica alcol e guida, reso disponibile su *Youtube*, che poco tempo dopo il lancio ha superato le 1600 visualizzazioni, attirando sopratutto uomini di età compresa tra 25 e 54 anni. Per i più giovani è stata inoltre realizzata una comunicazione attraverso siti web e *new media*.

Queste attività, che rappresentano una novità importante nell'ambito della comunicazione in sanità pubblica, hanno permesso di raggiungere in modo più incisivo il target giovanile, attraverso i canali da esso utilizzati quotidianamente. La strategia

web ha previsto la creazione di un profilo *Facebook* di "Guadagnare salute" ed i *post* lanciati sulla bacheca, che utilizzano un linguaggio di forte impatto con uno stile e un tono ironico e accattivante, sono stati molto apprezzati dai fruitori della pagina, con circa 500 visualizzazioni ognuno.
Attraverso la pagina *Facebook* è stato lanciato anche un concorso che ha chiamato i giovani a sperimentare la propria capacità creativa, con l'ideazione di una *promocard* il cui messaggio fosse finalizzato a comunicare l'importanza dell'adozione di uno stile di vita salutare e più responsabile in relazione ad alcuni comportamenti a rischio quali il consumo di alcol e l'alcol alla guida. Grazie a un'interfaccia appositamente creata, i ragazzi hanno potuto utilizzare la stessa linea grafica delle cartoline promozionali distribuite nei locali pubblici, nelle palestre e in altri luoghi di interesse per i giovani.

Il Progetto "Accompagnare il cambiamento"
Il progetto si basa sul principio che, per la promozione degli stili di vita salutari, l'obiettivo della comunicazione è trasformare i destinatari della comunicazione stessa in soggetti che collaborano attivamente ad un progetto educativo più ampio. Parola chiave della comunicazione riguardante gli stili di vita è quindi motivare il singolo al cambiamento e diffondere *empowerment* per portare il cittadino ad assumere spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento tesi alla promozione di un ambiente sano e alla difesa del contesto in cui vive.
Il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto *"Accompagnare il cambiamento"* tramite il proprio Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) con l'intento specifico, in particolare, di diffondere la tecnica del colloquio motivazionale nella sua forma breve. Tale approccio è risultato particolarmente efficace con persone che manifestano un elevato grado di ambivalenza circa il proprio comportamento problematico, che presentano difficoltà a riconoscere di avere un problema e che, conseguentemente, sono poco motivate a seguire espliciti consigli volti a indirizzarle verso scelte salutari.
Il percorso progettuale ha avuto come destinatari professionisti appartenenti a diversi contesti, dagli insegnanti agli operatori sanitari, dai farmacisti agli operatori del mondo dello sport, estendendo anche al di fuori dell'ambito puramente sanitario la diffusione di una comunicazione efficace per il cambiamento dei comportamenti non salutari. Queste categorie di persone infatti, per ruolo e professionalità, possono trasmettere pressoché quotidianamente, seppure a diverso titolo, importanti messaggi di salute.
Il progetto ha anche consentito la realizzazione e distribuzione di due strumenti prodotti a supporto: le "Raccomandazioni per una buona pratica" (raccolte in una guida operativa) e un DVD divulgativo contenente colloqui motivazionali realizzati nei *settings* sanitari e sportivi e nella scuola.

La campagna di sensibilizzazione "Conoscere l'alcol"
Tra gli obiettivi del Programma "Guadagnare salute" sono previsti il contrasto dell'abuso di bevande alcoliche e la protezione dei minori dai rischi dell'alcol attraverso campagne di sensibilizzazione finalizzate, fra l'altro, a ritardare l'età del primo

approccio con le bevande alcoliche e a contenere i comportamenti a rischio anche in relazione alla prevenzione degli incidenti stradali alcol correlati.
In linea con gli obiettivi del Programma e in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi, la DIAGEO Italia S.p.A. (azienda che si occupa della commercializzazione e distribuzione di marchi internazionali di bevande alcoliche) ha organizzato nel 2012, in diversi locali italiani, la campagna di sensibilizzazione "Conoscere l'alcol", cui hanno collaborato anche ACI e SIMPLY e a cui il Ministero della Salute ha concesso l'uso del logo "Guadagnare salute".
La campagna era finalizzata a promuovere un consumo moderato e responsabile delle bevande alcoliche e si è svolta presso i punti vendita di una catena della grande distribuzione (Simply- SMA) attraverso la predisposizione e distribuzione di materiali informativi adeguati (tabelle ministeriali per la stima dei livelli alcolemici, opuscoli sulle quantità di alcol da non superare in un giorno, sulla gradazione alcolica dei *drinks* più comuni, sulle situazioni in cui è opportuno astenersi totalmente dal bere alcolici quali gravidanza, età minore, guida, ecc.).
Tutti i materiali di sensibilizzazione sono stati condivisi con il Ministero della Salute e con la Fondazione Veronesi, che ha concesso il patrocinio alla campagna. In alcuni punti vendita, in collaborazione con Automobile Club d'Italia (ACI), sono stati allestiti *corner* "Conoscere l'alcol" utilizzando personale appositamente formato per sensibilizzare i consumatori sulle modalità del consumo responsabile e sui comportamenti a rischio da evitare. Un simulatore di guida sicura messo a disposizione dall'ACI, i materiali informativi specificamente dedicati al tema "alcol e guida" e gli etilometri hanno costituito parte integrante delle modalità di interazione con i consumatori.
La valutazione dell'impatto della campagna di sensibilizzazione sulle persone che vi hanno partecipato ha evidenziato che è molto diffusa la consapevolezza dell'importanza di una corretta informazione sull'alcol, sul suo corretto consumo e sui possibili effetti negativi. Su un campione di 200 individui (guidatori, bevitori di alcolici, maschi e femmine dai 18 anni in su) oltre un terzo, soprattutto tra le donne e i giovani, ha giudicato molto importante l'informazione sull'alcol ed il 30% ne ha ritenuto insufficiente l'attuale livello. Oltre la metà del campione già prima di partecipare all'iniziativa di sensibilizzazione aveva ricercato informazioni sull'alcol e la metà di essi lo ha fatto sia perché guida frequentemente che per motivi di salute. L'argomento della campagna giudicato più interessante è stato quello relativo ai metodi per calcolare la quantità di alcol consumato abitualmente.

Il Progetto nazionale "Guadagnare Salute negli Adolescenti"

Il progetto nazionale "Guadagnare Salute negli Adolescenti", nato dall'accordo tra Ministero della Salute/CCM e Regione Piemonte, cui è stato affidato il coordinamento delle attività, è finalizzato a costruire un programma omogeneo di interventi rivolti agli adolescenti su tutto il territorio nazionale e a promuovere strategie di prevenzione e di promozione della salute efficaci e che rispondano a criteri di buona pratica.
Il progetto prevede l'organizzazione e la realizzazione di un piano nazionale per l'avvio di interventi coordinati ed unitari di prevenzione e promozione della salute in

adolescenza sulle seguenti aree tematiche: tabacco, alcol e sostanze d'abuso, incidenti stradali, sessualità, alimentazione/attività fisica, salute mentale/benessere.
In relazione all'alcol sono state realizzate le seguenti iniziative:
- *FUORI POSTO - SAFE NIGHT*
- *PROGETTO INSIEME X LA SICUREZZA*
- *UNPLUGGED* .

FUORI POSTO - SAFE NIGHT è un progetto finalizzato alla realizzazione di interventi di prevenzione selettiva adeguati a incidere su fenomeni in costante cambiamento e a promuovere un monitoraggio rapido dei fenomeni associabili al consumo di alcol, anche tramite tecniche d'indagine innovative. Destinatari del progetto sono i giovani e i giovani adulti dai 14 ai 35 anni.
La metodologia utilizzata si basa sugli interventi di prevenzione selettiva nei luoghi del divertimento e intrattenimento giovanile, con l'utilizzo di specifici strumenti di aggancio e prevenzione quali alcolimetro e picometro, in presenza di operatori "pari", adeguatamente formati, che facilitano la relazione e la comunicazione di informazioni personalizzate. L'introduzione della "Go-Card", una carta dotata di codice alfanumerico, data ai ragazzi al primo accesso al servizio, fornisce agli operatori, nel rispetto del dovuto anonimato, il numero esatto delle persone che si sono sottoposte alla prova etilometrica ed il numero di prove fatte da ogni singolo individuo, oltre a una serie di dati personali relativi alle abitudini di consumo alcolico e ai comportamenti a rischio adottati.
Il progetto è stato realizzato in numerose discoteche, sagre, festivals musicali, locali notturni ecc. , ed ha coinvolto diversi enti e organizzazioni (ULSS/ASL, enti del privato sociale, Regioni, Comuni, Prefettura, Polizia di Stato, Ufficio scolastico regionale e scuole secondarie di II grado, associazioni di volontariato e culturali, gestori di locali e di eventi, associazioni di categoria).
Le metodologie utilizzate dal progetto nazionale sono state successivamente adottate in alcune Regioni (Campania, Piemonte e Puglia), dove sono nati coordinamenti regionali che renderanno possibile, grazie ai dati raccolti, un confronto tra i diversi territori.

INSIEME X LA SICUREZZA è un progetto mirato a diffondere la cultura della sicurezza alla guida attraverso la riduzione dei comportamenti a rischio (consumo di sostanze psicoattive legali e illegali, eccesso di velocità, non uso di dispositivi di sicurezza, stanchezza, etc.) e a progettare e organizzare interventi di prevenzione degli incidenti stradali in contesti aggregativi (luoghi del divertimento) ed educativi/formativi (autoscuole, corsi nelle scuole per l'acquisizione del patentino per la guida del ciclomotore, etc.), "moltiplicando" le azioni preventive.
Il progetto si è proposto di raggiungere i destinatari finali (giovani dai 14 ai 25 anni) nei due citati contesti tramite l'attivazione dei "moltiplicatori dell'azione preventiva", soggetti che, pur non avendo uno specifico ruolo nell'ambito della prevenzione, a vario titolo entrano comunque in contatto con i destinatari finali assumendo un ruolo importante nel promuovere il cambiamento.

Attraverso il coinvolgimento delle diverse categorie di "moltiplicatori dell'azione preventiva" è stato avviato un insieme di azioni coerenti nei due contesti di interesse che, essendo contigui e per alcuni versi comunicanti, consentono un "travaso" permanente e bidirezionale dei soggetti destinatari da un contesto all'altro, assieme al loro bagaglio di conoscenze - atteggiamenti - competenze.
I possibili moltiplicatori dell'azione preventiva sono stati individuati tra i volontari del soccorso (A.N.P.A.S., Croce Rossa, Misericordia etc.), *peer educators* , gestori e personale dei locali pubblici (baristi, DJ etc.), organizzatori di eventi locali (feste paesane, eventi), operatori delle Forze dell'Ordine, insegnanti e istruttori di autoscuola, insegnanti per il patentino delle scuole secondarie di primo e secondo grado.
Per quanto riguarda i contesti educativi, gli interventi sono stati realizzati negli istituti scolastici, nei corsi per il conseguimento del patentino per i ciclomotori e nelle autoscuole; per quanto riguarda i contesti del tempo libero, sono stati attivati interventi nelle discoteche, pubs, sagre ed eventi locali, con l'utilizzo di unità mobili per la prevenzione dell'uso di bevande alcoliche.
Al Progetto hanno aderito 13 Regioni, in ciascuna delle quali le attività programmate sono state inserite nei Piani Regionali di Prevenzione e si sono costituiti gruppi ad hoc per il coordinamento regionale e locale delle singole ASL aderenti.
I principi, gli obiettivi e la metodologia del progetto sono stati recepiti in modo omogeneo dalle diverse Regioni, anche se le linee strategiche ed operative adottate evidenziano una situazione "a macchia di leopardo" e differenziata tra Regione e Regione, a causa delle diverse condizioni di partenza; dalla mappatura delle alleanze realizzate con le altre istituzioni della società civile è emerso che in alcune Asl è stato possibile sperimentare nuove modalità di lavoro in rete e stabilire alleanze con il territorio e i servizi, mentre in altre si è cercato di realizzare un'integrazione tra i metodi e gli strumenti di lavoro già esistenti e quelli nuovi proposti. Nello specifico, sono state strette alleanze con le Forze dell'Ordine (in 10 Regioni), le cooperative del privato sociale (in 5 Regioni), le istituzioni scolastiche (in 7 Regioni), le autoscuole (in 10 Regioni), le associazioni di volontariato (in 10 Regioni), i gestori dei locali del divertimento e gli organizzatori di eventi (in 6 Regioni).

UNPLUGGED è un programma scolastico di prevenzione, valutato e validato nell'ambito dello studio EU-Dap (*European Drug addiction prevention trial*), coordinato dall'OED-Piemonte in collaborazione con l'Università degli Studi di Torino e con l'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro". Allo studio EU-DAP hanno partecipato 9 Paesi, 143 scuole e più di 7000 ragazzi di età compresa tra i 12 e i 14 anni (vedi www.eudap.net). I risultati della valutazione hanno dimostrato che il programma è efficace nel prevenire e ritardare l'uso di tabacco, alcol e cannabis.
Il programma UNPLUGGED è indicato per i ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado e del primo anno delle scuole secondarie di secondo grado. Esso si articola in 12 moduli di 1 ora ciascuno ed è condotto dall'insegnante, formato in modo specifico attraverso un corso di 20 ore, con metodologie interattive che utilizzano tecniche quali il "*role play*", il "*brainstorming*" e le discussioni di gruppo. Il programma si basa sul modello dell'influenza sociale, che mira a migliorare il

benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze.
Hanno aderito al programma 12 Regioni.

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

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il triennio 2010-2012, approvato con l'Intesa Stato-Regioni e P.A. del 29 aprile 2010, costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, hanno predisposto i Piani Regionali di Prevenzione per il triennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione.
La prevenzione dei danni alcolcorrelati è specificamente contemplata nel PNP nell'ambito dell'area della prevenzione universale e in particolare della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari. Con il PNP 2010-2012 il consumo dannoso di alcol è stato pienamente riconosciuto quale importante fattore di rischio per la salute nel nostro Paese ed inserito tra gli obiettivi delle più importanti strategie di contrasto adottate nelle politiche di prevenzione di livello nazionale e regionale.
Nel PNP sono definite sia le linee di intervento prioritario che necessitano di una traduzione operativa in ambito regionale o locale sia le linee di supporto e azione centrale con cui il Ministero della Salute intende sostenere le Regioni stesse nella programmazione e attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione.
Per la prevenzione alcologica in particolare il PNP si propone di realizzare azioni di promozione della salute, educazione, formazione e comunicazione, perseguendo i seguenti obiettivi:
-riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcol a rischio, quali i consumatori fuori pasto, i consumatori di quantità giornaliere non compatibili con una buona salute, i "*binge drinkers*", i consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica dovuta all'alcol, i consumatori all'interno dei luoghi di lavoro, da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica;
-recepimento delle linee strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007);
-stipula di accordi con le associazioni di categoria per garantire maggiore responsabilità nella vendita e distribuzione delle bevande alcoliche.
La prevenzione dei comportamenti di consumo alcolico a rischio è inoltre ricompresa, assieme ad altri obiettivi comportamentali, fra gli obiettivi da perseguire in maniera integrata nell'ambito di programmi più ampi previsti dal PNP quali
- programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado e nei luoghi di aggregazione giovanile formali ed informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale;

- promozione di interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le agenzie educative, finalizzati ad incrementare la conoscenza dei fattori di rischio per i comportamenti di abuso e le conseguenze a breve e lungo termine;
- implementazione di strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia, con l'obiettivo di avviare il più precocemente possibile i soggetti interessati ai servizi competenti.

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

- "*Implementazione del Piano Nazionale di monitoraggio Alcol e Salute*" (azione da realizzare sulla base del documento elaborato da un tavolo paritetico Ministero-Regioni e approvato formalmente dalla Commissione Salute delle Regioni)
-"*Stipula di accordi con associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile di bevande alcoliche*"
- "*Promuovere e diffondere la pratica della prevenzione e diagnosi precoce della FAS (Fetal alcohol sindrome) e dei Fasd (Fetal alcohol spectrum disorders) nelle strutture sociosanitarie interessate*" .

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 è attualmente in corso di riprogrammazione per essere prolungato fino al 31 dicembre 2014, in base ad una bozza di intesa concordata con il Tavolo tecnico di Coordinamento interregionale per la Prevenzione, che è in attesa di essere formalizzata. Nell'ambito di tale riprogrammazione il Ministero della Salute provvederà a rimodulare, previo parere del Tavolo di Coordinamento interregionale, il documento esecutivo per l'attuazione delle azioni centrali di supporto del PNP 2010-2012, che non sono state ancora completamente realizzate. Il Ministero della Salute e le Regioni avvieranno successivamente, entro l'anno 2013, i lavori di elaborazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione per il quadriennio 2015-2019.

L'implementazione del PNP nell'area alcologica: i progetti dei Piani Regionali di Prevenzione

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

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

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

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

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

Tutti i progetti sono stati sottoposti ad una prima valutazione ex ante da parte del Ministero della Salute, per assicurarne la coerenza del piano progettuale con il quadro strategico ed il quadro programmatico/istituzionale generale delle singole Regioni, la significatività del target coinvolto e la misurabilità degli stati di avanzamento.
In una seconda fase è stato valutata, in base al valore degli indicatori concordati con le Regioni, la misura del raggiungimento dei risultati attesi nei tempi previsti.
La maggior parte dei progetti specificamente finalizzati alla prevenzione alcologica è stata valutata positivamente nella prima e nella seconda fase di valutazione, pur condividendo con il complesso dei progetti del PNP quelle criticità che hanno suggerito di procedere alla riprogrammazione del Piano stesso per gli anni 2013-2014, secondo la citata bozza di intesa concordata con il Tavolo tecnico di Coordinamento interregionale per la Prevenzione.

2.2. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone l'autorizzazione di una spesa massima di lire 1 milione annue ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.
Nel corso degli anni lo stanziamento di tali risorse finanziarie nell'apposito capitolo di bilancio del Ministero della Salute si è discostato anche notevolmente dal limite massimo previsto dalla legge, creando qualche difficoltà per l'adempimento dei relativi compiti istituzionali di Ministero e Regioni.
Secondo gli accordi assunti tra Ministero e Regioni le risorse per il monitoraggio dei dati alcologici sono sempre state ripartite tra le Regioni stesse secondo specifici criteri con queste concordati.
Le risorse stanziate per l'anno 2011 sono state ripartite fra le Regioni secondo criteri che prevedono
- l'assegnazione a ciascuna Regione di una quota di risorse calcolata suddividendo in parti uguali tra le Regioni il 50% dell'intera somma disponibile e distribuendo tra le stesse il restante 50% per quota capitaria;
- l'erogazione delle risorse alle Regioni successivamente all'invio ed alla positiva valutazione da parte del Ministero dei dati e delle informazioni sulle attività svolte dalle Regioni stesse in attuazione della legge 125/2001, predisposti sulla base di una griglia concordata di argomenti.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2011
Per l'anno finanziario 2011 sono stati stanziati per il monitoraggio Euro 279.928, ripartiti tra le Regioni secondo la sottostante tabella A in base ai criteri suddetti.
Tutte le Regioni hanno inviato in tempi utili i dati e le informazioni richiesti ed il Ministero, valutate positivamente le relazioni pervenute, ha completato entro Ottobre 2012 l'avvio delle procedure per l'erogazione a tutte le Regioni della rispettiva quota di risorse spettanti per l'anno 2011.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2012
Per l'anno 2012 sono stati stanziati per il monitoraggio Euro 203.406, risultato di una serie di successive decurtazioni intervenute, in adempimento alla normativa vigente, sull'originario stanziamento di risorse nel relativo Capitolo di bilancio del Ministero della Salute.
Tali risorse saranno ripartite tra le Regioni secondo la tabella B di seguito riportata, in base ai già citati criteri concordati con la Commissione Salute delle Regioni.

Tab. A - RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVE ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOL CORRELATI - ANNO 2011

Regioni	Popolazione al 1.1.2010	Quota fissa	Quota capitaria	Totale
Valle d'Aosta	127.866,00	6.665,00	297,00	6.962,00
Molise	320.229,00	6.665,00	743,00	7.408,00
Prov.Aut.Bolzano	503.434,00	6.665,00	1.168,00	7.833,00
Prov.Aut.Trento	524.826,00	6.665,00	1.217,00	7.882,00
Basilicata	588.879,00	6.665,00	1.366,00	8.031,00
Umbria	900.790,00	6.665,00	2.089,00	8.754,00
Friuli Venezia Giulia	1.234.079,00	6.665,00	2.863,00	9.528,00
Abruzzo	1.338.898,00	6.665,00	3.106,00	9.771,00
Marche	1.559.542,00	6.665,00	3.617,00	10.282,00
Liguria	1.615.986,00	6.665,00	3.748,00	10.413,00
Sardegna	1.672.404,00	6.665,00	3.879,00	10.544,00
Calabria	2.009.330,00	6.665,00	4.661,00	11.326,00
Toscana	3.730.130,00	6.665,00	8.652,00	15.317,00
Puglia	4.084.035,00	6.665,00	9.473,00	16.138,00
Emilia Romagna	4.395.569,00	6.665,00	10.196,00	16.861,00
Piemonte	4.446.230,00	6.665,00	10.313,00	16.978,00
Veneto	4.912.438,00	6.665,00	11.395,00	18.060,00
Sicilia	5.042.992,00	6.665,00	11.698,00	18.363,00
Lazio	5.681.868,00	6.665,00	13.180,00	19.845,00
Campania	5.824.662,00	6.665,00	13.511,00	20.176,00
Lombardia	9.826.141,00	6.664,00	22.792,00	29.456,00
Totale	**60.340.328,00**	**139.964,00**	**139.964,00**	**279.928,00**

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

Regioni	Popolazione al 1.1.2011	Quota fissa	Quota capitaria	Totale
Valle d'Aosta	128.230,00	4.843,00	215,00	5.058,00
Molise	319.780,00	4.843,00	537,00	5.380,00
Prov.Aut.Bolzano	507.657,00	4.843,00	852,00	5.695,00
Prov.Aut.Trento	529.457,00	4.843,00	888,00	5.731,00
Basilicata	587.517,00	4.843,00	986,00	5.829,00
Umbria	906.486,00	4.843,00	1.521,00	6.364,00
Friuli Venezia Giulia	1.235.808,00	4.843,00	2.073,00	6.916,00
Abruzzo	1.342.366,00	4.843,00	2.252,00	7.095,00
Marche	1.565.335,00	4.843,00	2.626,00	7.469,00
Liguria	1.616.788,00	4.843,00	2.712,00	7.555,00
Sardegna	1.675.411,00	4.843,00	2.811,00	7.654,00
Calabria	2.011.395,00	4.843,00	3.374,00	8.217,00
Toscana	3.749.813,00	4.843,00	6.290,00	11.133,00
Puglia	4.091.259,00	4.843,00	6.863,00	11.706,00
Emilia Romagna	4.432.418,00	4.843,00	7.436,00	12.279,00
Piemonte	4.457.335,00	4.843,00	7.477,00	12.320,00
Veneto	4.937.854,00	4.843,00	8.283,00	13.126,00
Sicilia	5.051.075,00	4.843,00	8.473,00	13.316,00
Lazio	5.728.688,00	4.843,00	9.610,00	14.453,00
Campania	5.834.056,00	4.843,00	9.787,00	14.630,00
Lombardia	9.917.714,00	4.843,00	16.637,00	21.480,00
Totale	**60.626.442,00**	**101.703,00**	**101.703,00**	**203.406,00**

2.3. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

L'art. 3 comma 4 della Legge 125/2001 assegna annualmente risorse finanziarie al Ministero della Salute per azioni di informazione e di prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.
Nel corso del 2012 sono state realizzate le seguenti iniziative.

Campagna di comunicazione "*La vita è sempre una anche se hai bevuto*"
Secondo i dati più recenti gli incidenti stradali continuano ad essere la principale causa di morte tra i giovani, in particolare durante il fine settimana e nelle ore notturne.
Per contrastare tale problema è stata realizzata la campagna di comunicazione "*La vita è sempre una anche se hai bevuto*", finalizzata a prevenire l'abuso di alcol da parte dei giovani con particolare riferimento alla guida, veicolando il messaggio che guidare in stato di ebbrezza e dopo aver assunto alcolici è pericoloso per sé e per gli altri.
Attraverso uno stile di comunicazione diretto e in linea con le modalità espressive giovanili, i messaggi della campagna invitano i ragazzi a prendere coscienza dei pericoli che per la loro salute e sicurezza comporta l'assunzione di alcol prima della guida. È stata realizzata una creatività essenziale che propone un *visual* che simula la percezione alterata della persona che guida sotto l'effetto dell'alcol e mostra la sua

visione sdoppiata e sfocata di una automobile, segnalando l'incapacità per una persona che ha bevuto di distinguere la realtà dalle immagini false causate dal tasso alcolemico elevato.
Per sottolineare come l'alcol inganni e produca una realtà alterata e pericolosa, facendo percepire due automobili anziché una, l'*head line* ricorda come invece "la vita è sempre una anche se hai bevuto". La creatività si conclude con l'esortazione finale " quando bevi spegni il motore ".
È stato realizzato un annuncio stampa diffuso sulle maggiori testate quotidiane e periodiche particolarmente apprezzate dal target ed un *banner* sulle testate telematiche di informazione.
La campagna si è svolta prevalentemente nel corso dell'estate ed ha avuto un richiamo ad ottobre.

APP "*Adrenalina pura*"
Per contrastare la cultura giovanile del bere senza limiti si è ritenuto opportuno utilizzare anche modalità comunicative in linea con le nuove culture giovanili e legate alle nuove tecnologie, particolarmente apprezzate dal target di riferimento.
E' stata quindi realizzata l'APP "*Adrenalina pura*" che, attraverso uno stile di comunicazione diretto e modellato sulle modalità espressive giovanili, propone messaggi che invitano i ragazzi a rendersi consapevoli della pericolosità che comporta per la loro e l'altrui salute l'assunzione di alcol prima di mettersi alla guida.
Con l'APP il Ministero ha inteso raggiungere i seguenti obiettivi:
-fornire gratuitamente un servizio multimediale interattivo con funzioni informative e preventive, che prevede in particolare la trasposizione delle tabelle relative al tasso alcolemico di cui alla legge 160/2007 in un formato di facile consultazione;
-sensibilizzare in modo accattivante i giovani sull'importanza del consumo responsabile degli alcolici e sostenere il "consumo zero" per i minori di 16 anni.
L'APP ha sfruttato il passaparola e la sponsorizzazione dei canali *social network* della Sony Music e dei suoi artisti, veicolando un chiaro messaggio: "Più musica, meno alcol". Il video del gruppo musicale "I Moderni" ed il brano "L'estate si balla" hanno contribuito a pubblicizzare l'APP e a promuovere tra i ragazzi il messaggio di prevenzione.
I canali scelti per l'attività sono stati lo smartphone, in particolare l' I Phone di Apple, e il social network Facebook.
Un concorso abbinato alla APP si è concluso a fine Ottobre con l'assegnazione di 15 biglietti omaggio ai vincitori. L'applicazione è stata scaricata da 14.000 ragazzi ed è ancora disponibile e scaricabile su Itunes.

Campagna di comunicazione "*L'alcol ti cambia la vita. Cambiala tu con uno spirito diverso*"
La campagna è stata realizzata in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per contrastare la diffusione tra i giovani di modelli di consumo a rischio quali il *binge drinking*, che si associano spesso ad una assidua frequentazione di discoteche e altri

luoghi di incontro e socializzazione giovanile, accrescendo i rischi per la salute e la sicurezza.
La campagna è finalizzata a destrutturare di significati il modello comportamentale proposto dai media, che associa l'atto del bere a successo, divertimento e fascino.
È stato realizzato uno spot radiofonico della durata di 30 secondi che è stato trasmesso durante il mese di Novembre 2012 sulle principali emittenti radiofoniche nazionali e locali, con una copertura molto accurata su tutto il territorio nazionale.
È stata anche realizzata una versione televisiva dello spot della durata di 30 secondi, di cui si prevede la programmazione tra Novembre e Dicembre 2012 sulle principali emittenti televisive gradite ed apprezzate dal target di riferimento.

Convegno "*Alcohol Prevention Day 2012*"
È stato sostenuto e finanziato dalla Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute il convegno "*Alcohol Prevention Day 2012*", svoltosi il 12 aprile 2012 presso l'Istituto Superiore di Sanità e giunto alla sua undicesima edizione.
L'evento è stato realizzato dall'Osservatorio nazionale alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità e dal Centro collaborativo dell'OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcolcorrelate.
L' "*Alcohol Prevention Day*" rappresenta da anni un appuntamento di riferimento per le istituzioni, le società scientifiche e i singoli operatori professionali che operano nel settore della prevenzione alcologica.
La partecipazione al convegno di operatori di vari ambiti e di esponenti della comunità scientifica nazionale e internazionale, oltre a fornire un'occasione di aggiornamento e confronto a livello tecnico-scientifico tra vari Paesi, ha reso possibile il proseguimento di un dibattito interistituzionale sulle principali problematiche alcologiche del nostro Paese.
In stretta collaborazione con l'ISS-CNESPS è stato realizzato materiale informativo sul consumo e sull'abuso di alcol (5 libretti personalizzati in base ai bisogni informativi dei diversi targets di riferimento). Tutto il materiale informativo prodotto, oltre ad essere distribuito nell'ambito del convegno "*Alcohol Prevention Day*", è stato diffuso e messo a disposizione di ASL, scuole, insegnanti e altri operatori impegnati nel campo delle problematiche alcol correlate.

2.4. L'implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Nel maggio 2012 si è definitivamente concluso, con la presentazione al Ministero della Salute della relazione finale sulle attività svolte, il progetto "*Un progetto sperimentale per l'alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell'abuso alcolico nei servizi*", promosso dal Ministero della Salute e finanziato per € 206.583 a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Al progetto, coordinato dalla Regione Lazio tramite il Centro di Riferimento Alcologico Regionale, hanno partecipato le Regioni Piemonte, Toscana, Abruzzo, Umbria, Molise, Campania, Puglia e Sicilia.
La Regione coordinatrice ha adottato per il progetto la denominazione abbreviata di P.AU.SÈ (Progetto di Autogestione del Sé).
I risultati del progetto sono stati illustrati in un successivo convegno tenutosi a Roma il 18 ottobre 2012 con la partecipazione dei gruppi di lavoro delle Regioni partecipanti.
Il progetto è finalizzato a migliorare il trattamento e la riabilitazione dei soggetti alcolisti limitando l'alta percentuale di ricadute nell'abuso, che resta tuttora problema cruciale e irrisolto del trattamento nonostante la pratica di metodologie di disintossicazione corrette e potenzialmente efficaci. Viene pertanto promossa la sperimentazione di nuovi percorsi terapeutici per facilitare l'accesso degli utenti al sistema di cura e prolungare la loro permanenza nei programmi di trattamento.
Obiettivo centrale è lo sviluppo di metodologie che consentano di ottimizzare le risorse personali ed ambientali per la creazione di legami individualizzati e permanenti nel tempo tra pazienti e servizi sociosanitari, nell'ambito di programmi di monitoraggio di lunga durata in grado di contenere adeguatamente i fenomeni di ricaduta.
Il modello teorico di riferimento del progetto è individuabile nell'approccio cognitivo-comportamentale secondo la "teoria della prevenzione della ricaduta" di Marlatt, che mira a sviluppare nell'utente specifiche strategie di autocontrollo. In tale modello la ricaduta non viene più vista come un fallimento della terapia ma come "occasione di apprendimento" e fase di transizione utile al cambiamento.
Il programma di trattamento adottato per la sperimentazione si proponeva in particolare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

-aumentare l'aderenza al trattamento contrastando la tendenza alla dispersione dei soggetti alcolisti rispetto al contesto clinico
-ridurre i giorni in cui si abusa di alcol nonché la frequenza e la quantità delle bevute
-ridurre i livelli di psicopatologia e disagio correlati all'abuso, migliorando gli indicatori scelti nel progetto come espressione del malessere (disagio psicologico, qualità di vita, auto efficacia etc.).

Il Progetto P.AU.SÈ è stato condotto come studio multicentrico ed il trattamento cognitivo-comportamentale è stato confrontato con il trattamento psicologico standard adottato routinariamente dai vari Centri/Servizi coinvolti nella sperimentazione.
Sono stati costituiti un gruppo sperimentale e uno di controllo. Su un totale di 523 soggetti sottoposti a *screening* per il reclutamento sono stati inclusi nel progetto 190 soggetti (36%).
Tutti gli utenti inclusi nella sperimentazione all'inizio della seconda settimana di astinenza dall'alcol sono stati sottoposti a valutazione di base tramite una batteria di test quali *Time Line Follow Back, Severity Of Alcohol Dependence Questionaire, Visual Analogical Scale, MAC2-A, Millon Clinical Multiaxial Inventory, Coping Orientation to Problems experienced, WHOQOL.*
Momento centrale e qualificante del progetto è stata la progettazione e creazione di uno specifico Portale con distinte sezioni finalizzate alla documentazione e formazione degli operatori nonché al monitoraggio, automonitoraggio e assistenza dei pazienti.

La sezione "Monitoraggio" del Portale è stata progettata in maniera tale da consentire a ogni singolo paziente di compilare le schede di autovalutazione e all'operatore di verificare lo stato di avanzamento del programma di trattamento.
Il Portale ha consentito la realizzazione di una intensa comunicazione telematica tra servizio sanitario, operatori e pazienti, anche tramite l'uso di strumenti e tecnologie quali chat, forum, videoconferenze.
Il programma di trattamento sperimentato consiste prevalentemente in una costante attività di monitoraggio del comportamento dei pazienti e delle loro abitudini di consumo alcolico, tramite la continua raccolta dei dati delle schede di automonitoraggio che essi sono chiamati a compilare, giornalmente o con altre cadenze stabilite dagli operatori. Il paziente ha la possibilità di compilare le schede direttamente via web.
Nel Portale è stata inserita una specifica cartella clinica elettronica dove vengono dettagliatamente raccolti, per ogni singolo paziente, dati anagrafici, dati relativi ai risultati di esami e test di tipo medico, psicometrico e psicologico, dati relativi ad analisi cliniche, dati raccolti attraverso le schede di automonitoraggio. La cartella clinica elettronica consente all'operatore una gestione completamente autonoma, la consultazione in qualsiasi momento per le esigenze del programma e la verifica dell'adesione al programma da parte del paziente.
Sulla base dei dati contenuti nel database costituito dalle cartelle cliniche, il sistema aggiorna costantemente alcuni indicatori dello stato di avanzamento del programma.
Il progetto ha previsto una specifica fase di formazione degli operatori per l'acquisizione delle metodologie del modello di trattamento cognitivo-comportamentale, precedentemente utilizzate solo dagli operatori di un servizio.
Finalità importante della formazione è stata quella di mettere in grado gli operatori di gestire con i singoli pazienti rapporti continui ed attenti, anche se limitati nel tempo e a distanza, interagendo con le loro energie di autoregolazione e cambiamento e cogliendo tutte le possibilità presenti nel percorso terapeutico, considerando in particolare le eventuali ricadute quale momento critico ma non risolutivo del percorso stesso.
Buona parte dell'addestramento degli operatori è avvenuta a distanza, tramite l'immissione nella specifica piattaforma web di lezioni e schede di verifica dell'apprendimento. E' stato realizzato a tali fini un apposito manuale suddiviso in moduli, con le relative schede di valutazione.
Alla formazione degli operatori sono state dedicate anche due giornate in aula, nell'ambito di un corso svoltosi a Roma.
E' stata effettuata infine l'analisi dei dati relativi ai soggetti trattati, in funzione del tempo di permanenza nel trattamento e del tipo di trattamento.
I risultati evidenziano che l'approccio di "autogestione del sé" ha avuto, rispetto al trattamento di controllo, una buona capacità di mantenere in trattamento i soggetti alcolisti, ponendosi come efficace risorsa per il superamento dei problemi di alcoldipendenza.
Le differenze fra il gruppo sperimentale e quello di controllo diventano marcate già a partire dal secondo mese di trattamento: i soggetti del gruppo di controllo cominciano ad abbandonare il trattamento da subito e continuano a farlo anche nelle fasi più

avanzate, mentre il gruppo sperimentale perde qualche soggetto nei primi mesi per poi stabilizzarsi in un numero di soggetti che rimane fisso nel tempo.
Nonostante alcune criticità che hanno reso difficoltoso l'iter del progetto (quasi sempre riferibili ad aspetti amministrativi o ad aspetti organizzativo/strutturali dei servizi alcologici) alcuni punti di forza hanno consentito di raggiungere i risultati attesi.
Tramite la diffusione delle conoscenze acquisite e dei modelli sperimentali validati, il progetto ha messo a disposizione delle Regioni utili strumenti per una più efficace programmazione degli interventi sociosanitari nell'area che interessa; ha accresciuto la qualità e il livello di specializzazione degli interventi ai vari livelli operativi, anche tramite la predisposizione di adeguate iniziative formative; ha sviluppato una piattaforma di confronto teorico-metodologico tra gli operatori del settore partendo dall'utilizzo di una metodologia condivisa come comune denominatore.
Con questo progetto si concludono definitivamente gli interventi progettuali a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga promossi a suo tempo dal Ministero per il contrasto dei problemi alcol correlati, interventi progettuali ampiamente illustrati nelle precedenti Relazioni del Ministro della Salute al Parlamento.

2.5. La partecipazione alle politiche internazionali

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso dell'anno 2012 a numerose iniziative internazionali finalizzate alla definizione di politiche, strategie e azioni utili alla prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva in relazione ai danni alcol correlati, con particolare riguardo alla protezione delle categorie più vulnerabili e alla valutazione dell'impatto dell'alcol a livello di popolazione.
Per quanto riguarda le politiche e le attività istituzionali dell'Unione Europea il Ministero ha assicurato, tramite il proprio rappresentante designato e le competenze dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS-CNESPS, la collaborazione tecnico-scientifica nei gruppi e nei contesti formali della Commissione Europea, partecipando alle attività del Committee for National Alcohol Policy and Action - CNAPA - a Lussemburgo e all'European Forum on Alcohol a Bruxelles.
Le attività più rilevanti si riferiscono alle riunioni della CNAPA.
Nel mese di Aprile 2012, in funzione delle competenze tecnico-scientifiche istituzionali, il rappresentante italiano è stato nominato dalla Commissione Europea membro del gruppo consultivo ristretto che ha collaborato alla revisione e valutazione della Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati, giunta alla sua fase conclusiva. Tale lavoro ha comportato per diversi mesi, sino ad Ottobre 2012, una approfondita disamina dei risultati dei sondaggi condotti dall'organismo esterno specificamente individuato dalla Commissione U.E. per la valutazione della Strategia stessa e per la produzione di un Report formale sulle attività di implementazione della Strategia attivate dal 2007 al 2012, da sottoporre all'esame della stessa Commissione.
Tale valutazione ha riguardato in particolare il lavoro svolto da due organismi a suo tempo creati in ambito U.E. per sostenere gli Stati Membri nella implementazione della Strategia Comunitaria e nel contrasto dell'uso dannoso di alcol in Europa (Committee for National Alcohol Policy and Action -CNAPA- ed European Forum on Alcohol).

Nel corso delle riunioni del 11 e 12 Settembre 2012 l'Italia ha presentato gli elementi di giudizio utili a definire nel dettaglio l'impatto delle attività dell'European Forum on Alcohol, del Committee for National Alcohol Policy and Action - CNAPA nonché degli organismi per le attività di monitoraggio e tecnico-scientifiche, contribuendo alla approvazione del Report di valutazione finale discusso congiuntamente dagli Stati membri nel corso del High Level Committee meeting svoltosi in Bruxelles il 31 Ottobre 2012.

La valutazione finale congiunta della Strategia Comunitaria appena conclusa ha evidenziato l'opportunità di riproposizione di una Strategia Comunitaria sull'alcol per gli anni 2013-2020 nonché l'opportunità di una *Joint Action* europea sulle tematiche specifiche dell'informazione finalizzata alla prevenzione dei danni alcol correlati, con particolare riferimento alle fasce di età più giovani, e di un monitoraggio epidemiologico sull'alcol. In relazione a tale monitoraggio, gli strumenti attualmente utilizzati dall'Italia sono pubblicati sul sito della U.E. nell'ambito di una presentazione formale relativa al progetto MIA-PNAS, progetto per il monitoraggio alcologico realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità su finanziamento del Centro per il controllo delle malattie del Ministero della Salute.

E' stato inoltre acquisito dalla Commissione Europea, nell'ambito del progetto europeo ECHIM (*European Community Health Indicators Monitoring*), il contributo sviluppato dall'ISS-Osservatorio Nazionale Alcol per la definizione dello standard di monitoraggio relativo alla mortalità alcol attribuibile.

Le attività di individuazione delle metodologie pubblicate sui siti della U.E., guidate dall'ISS-Osservatorio Nazionale Alcol, hanno promosso la creazione di un gruppo di lavoro nazionale, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istat e delle Regioni, che ha prodotto valutazioni condivise sugli indicatori di salute utili per il monitoraggio europeo, un report utilizzato anche per la validazione europea degli indicatori del sistema SIVEAS e il trasferimento delle buone pratiche acquisite dalle singole istituzioni nei documenti di consenso europei finali.

È stato assicurato, tramite l'intervento del rappresentante designato nelle riunioni tenutesi in Lussemburgo, il periodico aggiornamento dei competenti organismi della Commissione Europea sugli sviluppi e i risultati della implementazione nel nostro Paese delle specifiche strategie individuate dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati. Tale implementazione ha visto l'Italia particolarmente attiva in relazione ai problemi della sicurezza stradale (introduzione, con la legge 29 Luglio 2010 n. 120, di un limite di alcolemia pari a 0 per la guida dei neopatentati, dei giovani al di sotto dei 21 anni e di coloro che esercitano professionalmente il trasporto di persone o cose), alla protezione dei giovani dai danni alcol correlati (introduzione, con la legge 8 Novembre 2012 n. 189, del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni), alle iniziative di prevenzione ispirate a un approccio multisettoriale (progetti attuativi del Programma governativo Guadagnare Salute e del Piano Nazionale Alcol e Salute), alla adozione di Piani di Azione nazionali di ampio respiro (Schema del Piano Sanitario Nazionale 2011-13, Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012).

Le strategie ed iniziative nazionali promosse dal Ministero della Salute sono state oggetto di presentazione e dibattito nell'ambito di riunioni ed eventi collegati a vari

progetti di carattere internazionale. Fra essi in particolare quelli relativi allo svolgimento dei progetti europei ALICE RAP (*Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project*, 14-16 Maggio 2012), ODHIN (*Optimizing Delivery of Health Care Interventions Project*, Newcastle, 21-23 Febbraio 2012), EWA (*European Workplaces and Alcohol project*), alla Conferenza europea sull'alcol nell'ambito del progetto AMPHORA (*Alcohol Public Health Research Alliance*, Stoccolma, 17-19 Ottobre 2012) e al meeting internazionale della rete INEBRIA (*International Network on Brief Interventions for Alcohol and other Drugs*, Barcellona, Settembre 2012).
Nel corso del 2012 sono state inoltre effettuate, tramite l'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol ed il Centro collaborativo OMS presso l'ISS, attività relative allo sviluppo di iniziative e protocolli di studio finalizzati a :
-campagne di informazione/sensibilizzazione (Ministero della Salute, WHO, Commissione UE- DG SANCO);
-attività epidemiologiche, di prevenzione e di monitoraggio per indicatori a livello nazionale, regionale, europeo ed internazionale (Alcohol Control Database, Global Alcohol Survey and Status Report ed European Community Health Indicators for Monitoring);
-identificazione di strategie di diagnosi precoce e di intervento breve per la riduzione del rischio e del danno alcol correlato, in collaborazione e nell'ambito della rete internazionale INEBRIA, di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol è membro;
-formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcol correlate ai fini della integrazione nelle attività professionali delle procedure di identificazione e intervento breve sui bevitori a rischio validate nell'ambito di progetti internazionali (ALICE RAP, PRISMA, PHEPA, IPIB, AMPHORA, ODHIN);
-revisione dei dati per i Country Reports nazionali, anche nell'ambito della Global Survey on Alcohol del WHO di Ginevra, per i quali il Centro collaborativo OMS dell'ISS ha operato nella fase di sperimentazione e di validazione internazionale;
-acquisizione dei risultati dei progetti di ricerca europei coordinati dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS:
-E.C. 7th Framework Programme "AMPHORA - Alcohol Measures for Public Health Research Alliance" ;
-E.C. Second Programme of Community Action in the field of Health "VINTAGE-Good health into older age", progetto multidisciplinare su alcol e invecchiamento nel quale l'ISS riveste il ruolo di main partner ;
-ALICE RAP, Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe, Reframing Addictions FP7 Project;
-ODHIN, Optimizing Delivery of Health Care Interventions FP7 Project;
- EWA, European Workplaces and Alcohol project FP7 Project.
Per quanto riguarda le politiche e le attività istituzionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero della Salute ha garantito, tramite le competenze specifiche del Centro collaborativo OMS per la Promozione della salute e la Ricerca sull'alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, le attività di valutazione relative alla implementazione della Global Strategy on Alcohol approvata nel Maggio 2010 dall'Assemblea Mondiale della Sanità.

Sono state altresì assicurate tutte le azioni ricomprese nel piano di lavoro concordato dal citato Centro Collaborativo con l'Head Quarter OMS di Ginevra, relative alla condivisione e validazione delle strategie previste dall'European Alcohol Action Plan 2012-2020 e dalla Global Strategy on Alcohol, anche attraverso la realizzazione formale di una rete collaborativa nazionale coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, che include le competenze del Centro Alcologico Regionale della Regione Toscana e del Centro Alcologico Regionale della Regione Liguria.
Il Ministero della Salute ha collaborato, attraverso il Centro Collaborativo OMS, alla attuazione delle azioni concordate per il quadriennio 2009-2013 con l' Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa:
-collaborazione con l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
-interventi per il rafforzamento delle attività nazionali ai fini dell'identificazione precoce, della sensibilizzazione e della riduzione del danno alcol correlato nella popolazione generale;
-interventi per il rafforzamento della prevenzione dei problemi alcol correlati e delle relative patologie attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute;
-programma Alcol e Droga - settore relativo a consumo di alcol, piani di azione e strategie di prevenzione in Europa;
-consulenza e assistenza di un esperto presso l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa;
-partecipazione alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e assistenza in relazione all'European Alcohol Information System;
-supporto all'implementazione e valutazione del Programma Quadro del Piano di Azione Europeo 2012-2020 dell'Ufficio Regionale OMS.
Tramite il National counterpart designato si è provveduto inoltre a fornire all'OMS-Ufficio Regionale per l'Europa le informazioni e i dati utili all'aggiornamento della Survey promossa congiuntamente dall'OMS e dalla Commissione europea per la raccolta di dati sul consumo di alcol, sui danni alcol correlati e sulle politiche di sanità pubblica nei Paesi dell'Europa. La citata Survey è una componente essenziale nel processo per aggiornare con continuità la base informativa che sottende lo sviluppo di efficaci politiche di sanità pubblica, nel quadro congiunto degli orientamenti contemplati sia nella strategia globale OMS per la riduzione dell'uso dannoso di alcol che nella Strategia per la riduzione dei danni alcol correlati adottata dall'Unione Europea.
E' stata assicurata la partecipazione della National Counterpart italiana alla riunione delle National Counterparts dei 53 Stati della Regione Europa dell'OMS, tenutasi a Varsavia nei giorni 31 Maggio-1 Giugno 2012 e finalizzata, tra l'altro, a discutere il documento per la pubblicazione ufficiale dell' European Alcohol Action Plan 2012-2020, approvato a Baku nel Settembre 2011 nell'ambito della sessantunesima sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS.
Nella riunione sono stati affrontati importanti argomenti relativi, in particolare, al prezzo minimo dell'alcol, al rapporto tra alcol e malattie cardiache, al rapporto costo-efficacia delle strategie di controllo sull'alcol, alla Survey dell'OMS su alcol e salute

nei Paesi dell'Europa e i rappresentanti di vari Paesi hanno effettuato presentazioni relative ai consumi nazionali e alle specifiche strategie ed azioni intraprese. La National counterpart italiana ha illustrato la situazione dell 'Italia con particolare riferimento al consumo di alcol nelle varie fasce di età, alle problematiche più attuali del nostro Paese e alle più recenti proposte politiche del Ministero della Salute per l'introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, mettendo in evidenza il calo dei consumi alcolici complessivi avvenuto nel nostro Paese.

A seguito della Risoluzione EUR/RC61/R4 del 15 Settembre 2011 con cui è stato approvato il nuovo Piano di Azione europeo dell'OMS per la riduzione dell'uso dannoso di alcol, al fine di favorire la conoscenza e la diffusione del Piano stesso fra tutti coloro che operano nel campo della prevenzione e contrasto dei danni alcol correlati, il Ministero della Salute ne ha curato la traduzione italiana in collaborazione con la National Counterpart, ottenendo dall'OMS l'autorizzazione alla sua pubblicazione, attuata successivamente tramite il Portale del Ministero stesso.

Il Ministero della Salute ha assicurato, tramite i propri rappresentanti, la partecipazione dell'Italia al meeting formale degli Stati Membri dell'OMS tenutosi a Ginevra nei giorni 5-7 Novembre 2012 per la conclusione dei lavori relativi alla definizione di un Quadro di Monitoraggio Globale sulle malattie non trasmissibili (NCDs), nell'ambito del quale uno spazio importante è dedicato alle malattie non trasmissibili derivanti dall'uso dannoso di alcol. In tale contesto sono stati definiti gli indicatori e gli obiettivi da raggiungere entro il 2025, la cui definitiva adozione spetterà al Comitato Esecutivo OMS a fine Gennaio 2013 e alla 66a Assemblea Mondiale OMS nel Maggio 2013. In relazione all'alcol è stato definito l'obiettivo della riduzione di almeno il 10% dell'uso dannoso di alcol in tutti gli Stati Membri.

Nei giorni 15 e 16 novembre 2012 il Ministero della Salute ha partecipato con una specifica delegazione al Global Health Day organizzato a Washington dall'Ambasciata Italiana, presentando tra l'altro, tramite l'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol, l'approccio al target di popolazione anziana per la prevenzione delle patologie e problemi alcol correlati sviluppato nell'ambito del progetto VINTAGE, coordinato dall'ISS. Tale approccio prevede in particolare l'adozione per le persone di età superiore ai 65 anni delle specifiche linee guida raccomandate nella revisione 2012 dei LARN (Livelli raccomandati di assunzione giornaliera di energia e nutrienti per la popolazione italiana) elaborati dalla Società Italiana di Nutrizione Umana.

3. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE[1]

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute nell'abuso alcolico. Attualmente in Italia sono approvati per tale trattamento cinque farmaci: disulfiram, naltrexone, sodio oxibato, metadoxina e acamprosato.
Come indicato nello schema sottostante, tutte le molecole impiegate nel trattamento della dipendenza alcolica, tranne la metadoxina, sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, incluso l'acamprosato, farmaco *anticraving* che è stato inserito nella fascia

Codice AIC	ATC	Principio attivo	Nome specialità	Regime rimborsabilità e fornitura
004308019	N07BB01	Disulfiram	ANTABUSE DISPERGETTES*24 COMPRESSE EFFERVESCENTI 400 MG	Classe C / RR
010681029	N07BB01		ETILTOX*"200 MG COMPRESSE" 30 COMPRESSE	Classe A / RR
025316011	N07BB	Metadoxina	METADOXIL*"500 MG COMPRESSE" 30 COMPRESSE	Classe C / RR
025316023	N07BB		METADOXIL*"300 MG/5 ML SOLUZIONE INIETTABILE" 10 FIALE 5 ML	Classe C / RR
025316035	N07BB		METADOXIL*"500 MG/15 ML SOLUZIONE ORALE" 10 FLACONCINI DA 15 ML	Classe C / RR
025855014	N07BB04	Naltrexone	ANTAXONE*"50MG CAPSULE RIGIDE" 10 CAPSULE	Classe A / RR
025855065	N07BB04		ANTAXONE*OS 10FL 50MG/10ML	Classe A / RR
025969039	N07BB04		NALOREX*"50 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM" 14 COMPRESSE	Classe A / RR
027751066	N07BB	Sodio oxibato	ALCOVER*1 FLACONE 140 ML	Classe H / RNR
027751078	N07BB	Sodio oxibato	ALCOVER * OS 12 FL 10 ml 17,5%	Classe H / RNR
034208013	N07BB03	Acamprosato	CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	Classe A / RR

[1] Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

di rimborsabilità (fascia A) solo nel maggio 2011. La metadoxina resta ancora nella fascia di non rimborsabilità (fascia C).
Il disulfiram è utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione in quanto, a causa della sua interferenza con il metabolismo dell'alcol, provoca la manifestazione di sintomi sgradevoli all'assunzione di alcol.
Il naltrexone, antagonista oppioide orale ad azione di lunga durata, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol, ma per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato sia per il trattamento della dipendenza alcolica che per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale.
L'acamprosato, derivato sintetico della taurina, presenta una somiglianza strutturale con l'acido gamma amino butirrico (GABA), riduce la trasmissione glutamatergica e modula l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica; esso è pertanto utilizzato nell'assistenza dei pazienti alcoldipendenti in associazione con un sostegno psicologico individuale e di gruppo.
Il sodio oxibato, noto come il sale sodico dell'acido gamma idrossi butirrico (GHB), è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol e nella fase iniziale o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica.
La metadoxina, molecola presente nel sistema nervoso centrale, agisce riducendo l'alcolemia e la durata di azione di esposizione dei tessuti all'azione lesiva dell'alcol, oltre ad esercitare un'azione centrale sul GABA, riducendo il desiderio compulsivo e aggressivo e migliorando quindi le relazioni sociali.
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 benzodiazepine; ma ai fini della valutazione dell'impatto del trattamento della dipendenza alcolica sulla spesa farmaceutica a carico del SSN vengono qui analizzati i consumi e la spesa territoriale ed ospedaliera relativi ai farmaci con indicazione specifica per tale trattamento. Inoltre i dati relativi alla prescrizione e dispensazione in ambito ospedaliero dei farmaci oggetto di analisi sono comprensivi sia dei consumi interni alla struttura ospedaliera che della eventuale distribuzione diretta e distribuzione per conto.
Il dato di consumo è espresso in dosi giornaliere (o giornata di terapia).

Dosi prescritte farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)
Nel 2011 sono state dispensate, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, 1.376.793 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.1). L'84% di queste dosi è rappresentato dalla specialità medicinale a base di disulfiram. Rispetto all'anno precedente si è verificato un lieve aumento dei consumi (+2%) dovuto al consumo di acamprosato, precedentemente non distribuito in ambito territoriale; mentre per tutte le altre molecole si registra una riduzione dei consumi, con diminuzioni massime del 50% relative al sodio oxibato.

Tab. 1

DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA CONVENZIONATA

(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

Molecola	2010	2011	Var.	Var. %
N07BB01 - DISULFIRAM	1.236.408	1.161.816	- 74.592	- 6
N07BB03 - ACAMPROSATO		109.706	109.706	
N07BB04 - NALTREXONE	111.748	104.608	- 7.140	- 6
N07BB - METADOXINA	685	635	- 50	- 7
N07BB - SODIO OXIBATO	56	28	- 28	- 50
Totale complessivo	1.348.897	1.376.793	27.896	2

Dosi prescritte farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)

Nel 2011 sono state acquistate dalle strutture pubbliche 18.361.002 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.2). L'89% dei consumi totali è rappresentato dal sodio oxibato.

Rispetto all'anno precedente si registra un incremento del numero di dosi consumate pari al 7%, attribuibile sostanzialmente all'incremento dell'utilizzo dell'acamprosato (+6.053%) e al naltrexone (+251%). E' opportuno sottolineare che il consumo farmaceutico del naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei; pertanto il suo impatto sul consumo farmaceutico nel trattamento della dipendenza alcolica è di molto inferiore alle 108.304 dosi rilevate.

Tab. 2

DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA

(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Molecola	2010	2011	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	15.680.925	16.413.041	732.116	5
N07BB01 - DISULFIRAM	1.410.240	1.766.112	355.872	25
N07BB04 - NALTREXONE	30.850	108.304	77.454	251
N07BB03 - ACAMPROSATO	937	57.653	57.653	6.053
N07BB - METADOXINA	18.770	15.892	- 2.878	- 15
Totale complessivo	17.141.723	18.361.002	1.219.279	7

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)
L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2011 è stato di 717.974 euro (tab.3). Il 74% della spesa totale è rappresentato dall'acamprosato e dal naltrexone (circa 37% ciascuno).
Rispetto all'anno precedente si registra un incremento della spesa farmaceutica convenzionata pari al 46%, attribuibile alla comparsa di nuovi acquisti relativi all'acamprosato. Analogamente a quanto accade per i consumi, per tutte le altre molecole si registra una diminuzione della spesa, con riduzioni massime del 51% relative al sodio oxibato. Tra il 2010 e il 2011 riprende comunque, dopo l'interruzione registrata tra il 2009 e il 2010, il trend in aumento della complessiva spesa convenzionata tramite le farmacie aperte al pubblico, riscontrabile a partire dal 2006.

Tab. 3

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

Molecola	2010	2011	Var.	Var. %
N07BB03 - ACAMPROSATO		266.396	266.396	
N07BB04 - NALTREXONE	289.065	261.768	- 27.297	- 9
N07BB01 - DISULFIRAM	201.078	189.126	- 11.952	- 6
N07BB - METADOXINA	570	546	- 23	- 4
N07BB - SODIO OXIBATO	286	139	- 147	- 51
Totale complessivo	490.998	717.974	226.976	46

Spesa farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)
L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2011 è stato di 7.156.472 euro (tab.4). Analogamente a quanto accade per i consumi, la spesa per il sodio oxibato rappresenta una buona parte (78%) del valore complessivo della spesa per i farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol.
Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento della spesa farmaceutica non convenzionata pari al 25%. Tale incremento è attribuito a notevoli aumenti di spesa dell'acamprosato (+3.696%), del disulfiram (+492%) e del naltrexone (+227%), fermo restando che per quest'ultimo una buona parte di spesa è dovuta alla sua principale indicazione nel trattamento da dipendenza da oppiacei.
L'aumento della spesa non convenzionata registrato tra il 2010 e il 2011 è stato molto superiore a quello registrato tra il 2009 e il 2010 (+0,9%), ma inferiore a quello registrato tra il 2008 e il 2009 (+42%).

Tab. 4

SPESA FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA

(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Molecola	2010	2011	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	5.438.094	5.595.533	157.440	3
N07BB01 - DISULFIRAM	228.722	1.353.382	1.124.660	492
N07BB04 - NALTREXONE	30.938	101.125	70.187	227
N07BB03 - ACAMPROSATO	2.432	92.317	89.885	3.696
N07BB - METADOXINA	14.617	14.114	- 503	- 3
Totale complessivo	5.714.803	7.156.472	1.441.669	25

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

Il consumo complessivo (convenzionato + non convenzionato) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel 2011 a 80.896.611 dosi (tab.5). Circa il 92 % di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle strutture pubbliche (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto), il restante 8 % è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

L'andamento dei consumi complessivi (convenzionati + non convenzionati) tra il 2007 e il 2011 ha registrato un aumento di oltre il 54% (rispettivamente, + 57,3 % per il consumo farmaceutico non convenzionato e + 20,9 % per quello convenzionato); mentre tra il 2010 e il 2011 i consumi complessivi sono aumentati del 15,1% (rispettivamente, +7,1% i consumi non convenzionati e +2,1% quelli convenzionati).

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

La spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel 2011 a 29.139.647 euro (tab.6). Circa il 91% della spesa è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture pubbliche (comprendente i consumi sia a livello ospedaliero che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto); il restante 9% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

L'andamento della spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) tra il 2007 e il 2011 ha registrato un aumento di oltre il 75% (rispettivamente, +78,3 % la spesa non convenzionata e +50,3 % quella convenzionata); mentre tra il 2010 e il 2011 la

spesa è aumentata di quasi il 27% (rispettivamente, +46,2 % la spesa convenzionata e +25, 2 % quella non convenzionata).

Tab. 5

TREND DEL CONSUMO FARMACEUTICO TOTALE

(CONVENZIONATO + NON CONVENZIONATO)

Trend di consumo (dosi)					
Periodo	Conv.	Non conv.	Totale	% conv.	% non conv
2007	1.139.168	11.669.662	12.808.830	9	91,1
2008	1.203.408	11.668.268	12.871.676	9	90,7
2009	1.489.313	15.498.378	16.987.691	9	91,2
2010	1.348.897	17.141.723	17.143.733	7	92,7
2011	1.376.793	18.361.002	19.737.795	7	93,0
Totale complessivo	6.557.579	74.339.032	80.896.611	8	91,9
Var. % 2007-2011	20,9	57,3	54,1		
Var. % 2010-2011	2,1	7,1	15,1		

Tab. 6

TREND DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE

(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di spesa (euro)					
Periodo	Conv.	Non conv.	Totale	% conv.	% non conv
2007	477.553	4.014.723	4.492.275	11	89,4
2008	480.467	3.990.040	4.470.507	11	89,3
2009	544.176	5.552.441	6.096.618	9	91,1
2010	490.998	5.714.803	6.205.801	8	92,1
2011	717.974	7.156.472	7.874.446	9	90,9
Totale complessivo	2.711.169	26.428.479	29.139.647	9	90,7
Var. % 2007-2011	50,3	78,3	75,3		
Var. % 2010-2011	46,2	25,2	26,9		

PARTE SECONDA

4. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 - ANNO 2011

4.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2011 sono stati rilevati 402 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza: il 98,8% sono di tipo territoriale, l'1% di tipo ospedaliero e lo 0,27% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).
I servizi o gruppi di lavoro sono tendenzialmente aumentati a partire dal 1996; la flessione che si registra nell'ultimo biennio è attribuibile al fatto che alla data della presente relazione non è stata completata l'acquisizione dei dati.
In totale nel 2011 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.942 unità di personale: 758 addette esclusivamente (19,2% del totale) e 3184 addette parzialmente (80,8% del totale) (tab.3).
Dalla distribuzione percentuale del personale per tipo di rapporto a livello territoriale si osserva che in tutte le Regioni, ad eccezione della Provincia autonoma di Bolzano, si hanno proporzioni più elevate di addetti parziali.
La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli infermieri professionali (28,6%), seguiti dai medici (22,2%), dagli assistenti sociali (15,4%) e dagli psicologi (16,2%); gli addetti parziali sono più frequentemente infermieri professionali (25,6%), medici (23,8%) e psicologi (17,1%) (graf. 2-3).
In generale, per il totale nazionale, la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori è pari al 79% per gli infermieri professionali ed è uguale o superiore all'80% per le altre professionalità.
La tabella 4 riporta per il periodo 2005-2011 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva un generale aumento del personale nel 2011 particolarmente rilevante se si considera la più bassa percentuale di servizi fino a questo momento rilevati; tale aumento è evidente sia per il personale esclusivo che per il personale parziale e anche confrontando il dato del 2011 con quello del 2009.
Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali per qualifica, distintamente per il totale e per gli addetti esclusivi e parziali: analizzando il dato nazionale si nota che il 49,1% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 23,5% e gli psicologi il 16,9%; il restante 10,6% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.
La distribuzione del personale esclusivo per qualifica presenta, rispetto a quella del personale parziale, una minore presenza di medici (22,8% vs 23,5%) e psicologi (16,2% vs 16,9%) e una maggiore presenza di operatori socio-sanitari (52,4% vs 49,1%).
L'analisi della distribuzione regionale del personale totale per qualifica evidenzia una marcata eterogeneità territoriale per tutti i profili professionali in esame ed evidenzia inoltre che gli operatori sociosanitari sono più frequenti in quasi tutte le Regioni (graf.4).

4.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2011 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro, rilevati alla data della presente relazione, 58.122 soggetti alcoldipendenti (tab.6; graf.5) [2 3].
Il 28,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 71,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 28,5% per i maschi e a 28,8% per le femmine.
A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva nel Friuli Venezia Giulia (67,3%), la più bassa in Valle d'Aosta (12,9%) (graf. 6).
Il rapporto M/F è pari a 3,7 sia per gli utenti totali che per gli utenti distinti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati); a livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.
L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (18.179 soggetti, pari al 31,3%), sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 30,0% e 31,8%).
Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 76,5% di tutti gli alcoldipendenti in esame (74,9% nei nuovi utenti e 77,1% negli utenti già in carico); i giovani al di sotto dei 30 anni sono pari al 9,8% negli utenti totali, al 13,5% nei nuovi utenti e all'8,2% nei vecchi utenti, mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (13,8% negli utenti totali, 11,5% nei nuovi utenti e 14,7% nei vecchi utenti).
Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 61,7% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,5% dei secondi; il 13,5% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari all'8,2%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 31,7% per i nuovi utenti e il 38,7% 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 33,6% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 26,0% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 32,6% delle donne (30,9% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 25,2% e a 22,4%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,1% nei

---

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

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

maschi e a 16,2% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate.
Nel tempo si osserva la recente crescita della classe 40-49 anni per tutte le tipologie di utenti e una sostanziale stabilizzazione della classe 30-39 anni. Analoga stabilizzazione sembra rilevarsi anche per la classe 20-29 anni interrompendo così il trend crescente che aveva caratterizzato questa fascia di età dal 2006, soprattutto nei nuovi utenti (tab.8; graf. 7-8).
Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9). Nel 2011 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,4 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,9 rispetto a 44,9), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,6 vs 46,1); entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,0 vs 43,2 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,7 vs 45,6 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).
A livello regionale si delinea, pur con qualche eccezione, una sorta di gradiente Nord-Sud: per il complesso degli utenti tutte le Regioni settentrionali (ad eccezione della Lombardia, della Provincia autonoma di Trento e del Friuli Venezia Giulia) presentano valori dell'età media uguali o superiori al dato nazionale; viceversa nel Sud si registrano valori più bassi.
Analizzando il dato negli anni più recenti si nota un lieve aumento dell'età media nei nuovi utenti, sia maschi che femmine, e una sostanziale stabilità per gli utenti già in carico (tab.10; graf.9).

4.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2011 (graf.10-11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (53,2%), seguito dalla birra (25,8%), dai superalcolici (11,8%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). La birra prevalentemente risulta consumata leggermente di più dai maschi (27,0% vs 21,4% delle femmine), come anche i superalcolici (11,9% vs 11,3%); per il vino e per gli aperitivi, amari, digestivi l'uso è più elevato tra le femmine (rispettivamente, 58,1% e 6,1% nelle femmine vs 51,8% e 5,4% nei maschi). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al Nord; il Sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra anche di superalcolici e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (10,0% in Umbria).
L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11-12) riguardano, rispettivamente, il 9,8% (5.707 utenti) e il 4,8% (2.811 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale.

4.4. I modelli di trattamento

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 12) si osserva che il 26,8% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 29,0% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 7,4% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo aiuto; per il 13,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,7% degli alcoldipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,3% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (70,0%) e nella terapia di gruppo o familiare (30,0%).
Il ricovero ha riguardato il 4,1% del totale degli utenti rilevati (2,9% in istituti pubblici, 1,2% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (58,6% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 91,7% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata).
Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi in Valle d'Aosta e in Emilia Romagna; valori elevati si osservano, per il *counseling,* nella Provincia autonoma di Trento (72,0%) e per la psicoterapia (individuale o di gruppo) in Molise (28,6%); l'inserimento nei gruppi di auto-mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse Regioni del Centro-Nord mentre il trattamento socioriabilitativo è relativamente più frequente in Piemonte (22,0%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (12,6%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,3%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con il 9,1% dei casi.
Ovviamente un'interpretazione più completa e corretta di queste informazioni potrebbe derivare da una loro lettura congiunta con i dati relativi all'offerta e all'organizzazione dei servizi destinati al trattamento dell'alcoldipendenza nelle singole realtà territoriali (valutati secondo criteri quantitativi e qualitativi) nonché da una loro integrazione con dati più precisi relativi alla domanda di salute (in questo particolare ambito), al contesto e alle molteplici problematiche (sanitarie e non sanitarie) connesse al fenomeno.

4.5. I modelli organizzativi dei servizi

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dai servizi o gruppi di lavoro nel corso del 2011 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*".
Nelle tabelle 14-15 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2011 le funzioni indicate.
Come si può osservare, un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (95,3%), ha definito (94,5%) e/o attuato (93,5%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dal 90,5% dei

servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (62,7%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (71,6%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (88,1%), con i servizi ospedalieri (84,6%) e con il medico di famiglia (84,1%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 76,9% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.

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

Sono state acquisite informazioni circa le attività di collaborazione che i servizi o gruppi di lavoro hanno svolto, nel corso dell'anno di rilevazione, con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato in materia di alcoldipendenza.
Per quanto riguarda la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2011 il 54,0% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 39,8% con gli A.A. e il 13,9% 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 49,3% e il 24,4% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 44,0%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati, sia con case di cura convenzionate (19,7%) che private (1,0%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (Regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).
Nella tabella 17 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di enti o associazioni del volontariato e privato sociale che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2011, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 2 cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati, con valori medi pari a 2 sia per le case di cura convenzionate che per quelle private, mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

TABELLE E GRAFICI

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2011

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	53	-	-	-	53
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	42	1	-	-	43
PROV.AUTON.BOLZANO	4	1	-	-	5
PROV.AUTON.TRENTO	11	-	-	-	11
VENETO	26	2	-	-	28
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	-	-	-	2
LIGURIA	6	-	-	-	6
EMILIA ROMAGNA	11	-	-	-	11
TOSCANA	40	-	1	-	41
UMBRIA	9	-	-	-	9
MARCHE	10	-	-	-	10
LAZIO	37	-	-	-	37
ABRUZZO	3	-	-	-	3
MOLISE	5	-	-	-	5
CAMPANIA	44	-	-	-	44
PUGLIA	27	-	-	-	27
BASILICATA	6	-	-	-	6
CALABRIA	14	-	-	-	14
SICILIA	36	-	-	-	36
SARDEGNA	10	-	-	-	10
ITALIA	**397**	**4**	**1**	**-**	**402**

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'iunnovazione - Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

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

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

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione -
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2011

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	6	103	109	11	82	93	5	68	73	8	82	90
VALLE D'AOSTA	2	1	3	1	3	4	1	1	2	1	2	3
LOMBARDIA	32	51	83	19	51	70	17	48	65	19	27	46
PROV.AUTON.BOLZANO	4	4	8	9	10	19	5	2	7	2	0	2
PROV.AUTON.TRENTO	1	11	12	0	2	2	3	2	5	3	1	4
VENETO	7	45	52	8	36	44	9	30	39	8	39	47
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	2	3	3	1	4	1	1	2	2	1	3
LIGURIA	7	37	44	1	20	21	1	24	25	1	10	11
EMILIA ROMAGNA	1	7	8	0	6	6	1	4	5	0	6	6
TOSCANA	2	67	69	2	44	46	0	53	53	2	33	35
UMBRIA	1	7	8	1	8	9	0	8	8	0	2	2
MARCHE	4	21	25	2	13	15	1	11	12	0	1	1
LAZIO	25	104	129	19	76	95	16	39	55	1	4	5
ABRUZZO	2	3	5	1	3	4	2	4	6	0	1	1
MOLISE	2	6	8	1	5	6	4	5	9			
CAMPANIA	28	93	121	11	54	65	19	56	75	3	15	18
PUGLIA	3	43	46	6	35	41	4	30	34	1	16	17
BASILICATA	3	9	12	4	6	10	2	6	8	2	1	3
CALABRIA	12	16	28	7	10	17	9	9	18	3	1	4
SICILIA	4	66	70	3	46	49	5	45	50	1	5	6
SARDEGNA	21	62	83	14	32	46	12	22	34	6	6	12
ITALIA	**168**	**758**	**926**	**123**	**543**	**666**	**117**	**468**	**585**	**63**	**253**	**316**

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione -
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Segue tab.3

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	4	118	122	4	20	24	1	31	32	39	504	543
VALLE D'AOSTA	3	1	4	0	2	2	0	2	2	8	12	20
LOMBARDIA	39	65	104	3	12	15	5	5	10	134	259	393
PROV.AUTON.BOLZANO	6	8	14	4	2	6	0	1	1	30	27	57
PROV.AUTON.TRENTO	1	6	7	0	1	1	0	2	2	8	25	33
VENETO	7	67	74	3	19	22	0	11	11	42	247	289
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	2	3	0	3	3				8	10	18
LIGURIA	6	62	68	0	9	9	1	5	6	17	167	184
EMILIA ROMAGNA	0	13	13				0	1	1	2	37	39
TOSCANA	5	70	75	0	9	9	0	6	6	11	282	293
UMBRIA	3	6	9				0	8	8	5	39	44
MARCHE	2	19	21	0	4	4	0	6	6	9	75	84
LAZIO	39	88	127	4	5	9	4	38	42	108	354	462
ABRUZZO	1	3	4				0	7	7	6	21	27
MOLISE	5	4	9	0	1	1	3	3	6	15	24	39
CAMPANIA	37	104	141	7	9	16	12	26	38	117	357	474
PUGLIA	5	51	56	0	3	3	0	12	12	19	190	209
BASILICATA	7	10	17	0	3	3	0	2	2	18	37	55
CALABRIA	12	15	27	6	5	11	6	6	12	55	62	117
SICILIA	5	63	68	2	18	20	2	29	31	22	272	294
SARDEGNA	29	41	70	2	12	14	1	8	9	85	183	268
ITALIA	**217**	**816**	**1.033**	**35**	**137**	**172**	**35**	**209**	**244**	**758**	**3.184**	**3.942**

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione -
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

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

1) personale totale

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

2) addetti esclusivamente

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

3) addetti parzialmente

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

Tab.5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE - ANNO 2011

REGIONE	personale totale				personale addetto esclusivamente				personale addetto parzialmente			
	medici	psicologi	operatori sociosanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori sociosanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori sociosanitari	amministrativi ed altro
PIEMONTE	20,1	17,1	52,5	10,3	15,4	28,2	43,6	12,8	20,4	16,3	53,2	10,1
VALLE D'AOSTA	15,0	20,0	45,0	20,0	25,0	12,5	62,5	0,0	8,3	25,0	33,3	33,3
LOMBARDIA	21,1	17,8	54,7	6,4	23,9	14,2	56,0	6,0	19,7	19,7	54,1	6,6
PROV.AUTON.BOLZANO	14,0	33,3	40,4	12,3	13,3	30,0	43,3	13,3	14,8	37,0	37,0	11,1
PROV.AUTON.TRENTO	36,4	6,1	48,5	9,1	12,5	0,0	87,5	0,0	44,0	8,0	36,0	12,0
VENETO	18,0	15,2	55,4	11,4	16,7	19,0	57,1	7,1	18,2	14,6	55,1	12,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	16,7	22,2	44,4	16,7	12,5	37,5	50,0	0,0	20,0	10,0	40,0	30,0
LIGURIA	23,9	11,4	56,5	8,2	41,2	5,9	47,1	5,9	22,2	12,0	57,5	8,4
EMILIA ROMAGNA	20,5	15,4	61,5	2,6	50,0	0,0	50,0	0,0	18,9	16,2	62,2	2,7
TOSCANA	23,5	15,7	55,6	5,1	18,2	18,2	63,6	0,0	23,8	15,6	55,3	5,3
UMBRIA	18,2	20,5	43,2	18,2	20,0	20,0	60,0	0,0	17,9	20,5	41,0	20,5
MARCHE	29,8	17,9	40,5	11,9	44,4	22,2	33,3	0,0	28,0	17,3	41,3	13,3
LAZIO	27,9	20,6	40,5	11,0	23,1	17,6	51,9	7,4	29,4	21,5	37,0	12,1
ABRUZZO	18,5	14,8	40,7	25,9	33,3	16,7	50,0	0,0	14,3	14,3	38,1	33,3
MOLISE	20,5	15,4	46,2	17,9	13,3	6,7	60,0	20,0	25,0	20,8	37,5	16,7
CAMPANIA	25,5	13,7	49,4	11,4	23,9	9,4	50,4	16,2	26,1	15,1	49,0	9,8
PUGLIA	22,0	19,6	51,2	7,2	15,8	31,6	52,6	0,0	22,6	18,4	51,1	7,9
BASILICATA	21,8	18,2	50,9	9,1	16,7	22,2	61,1	0,0	24,3	16,2	45,9	13,5
CALABRIA	23,9	14,5	41,9	19,7	21,8	12,7	43,6	21,8	25,8	16,1	40,3	17,7
SICILIA	23,8	16,7	42,2	17,3	18,2	13,6	50,0	18,2	24,3	16,9	41,5	17,3
SARDEGNA	31,0	17,2	43,3	8,6	24,7	16,5	55,3	3,5	33,9	17,5	37,7	10,9
ITALIA	23,5	16,9	49,1	10,6	22,2	16,2	52,4	9,2	23,8	17,1	48,3	10,9

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

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

UTENTI TOTALI

REGIONE	2005				2006				2007				2008				2009				2010				2011			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	3.704	1.227	4.931	3,0	4.200	1.378	5.578	3,0	4.360	1.478	5.838	2,9	4.757	1.494	6.251	3,2	4.741	1.444	6.185	3,3	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,
VALLE D'AOSTA	198	56	254	3,5	203	63	266	3,2	223	58	281	3,8	266	69	335	3,9	291	68	359	4,3	279	74	353	3,8	239	72	311	3,
LOMBARDIA	7.237	2.017	9.254	3,6	7.434	2.094	9.528	3,6	6.983	2.089	9.072	3,3	8.742	2.420	11.162	3,6	9.716	2.418	12.134	4,0	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,
PROV.AUTON.BOLZANO	1.539	504	2.043	3,1	1.876	571	2.447	3,3	1.695	550	2.245	3,1	1.875	579	2.454	3,2	1.744	548	2.292	3,2	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,
PROV.AUTON.TRENTO	1.841	446	2.287	4,1	1.890	476	2.366	4,0	1.985	527	2.512	3,8	2.132	595	2.727	3,6	2.225	717	2.942	3,1	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,
VENETO	8.242	3.000	11.242	2,7	9.225	2.701	11.926	3,4	8.341	2.237	10.578	3,7	10.949	3.099	14.048	3,5	11.492	3.010	14.502	3,8	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.398	627	4.025	5,4	3.733	789	4.522	4,7	1.902	367	2.269	5,2	2.617	557	3.174	4,7	3.198	758	3.956	4,2	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,
LIGURIA	2.441	440	2.881	5,5	2.518	470	2.988	5,4	697	269	966	2,6	1.340	471	1.811	2,8	1.207	461	1.668	2,6	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,
EMILIA ROMAGNA	3.731	1.358	5.089	2,7	3.663	1.355	5.018	2,7	3.911	1.428	5.339	2,7	3.961	1.595	5.556	2,5	4.113	1.573	5.686	2,6	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,
TOSCANA	1.139	454	1.593	2,5	1.899	818	2.717	2,3	2.732	1.033	3.765	2,6	3.361	1.318	4.679	2,6	779	278	1.057	2,8	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,
UMBRIA	1.421	289	1.710	4,9	1.392	282	1.674	4,9	1.594	358	1.952	4,5	1.696	394	2.090	4,3	2.221	488	2.709	4,6	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,
MARCHE	1.647	529	2.176	3,1	932	298	1.230	3,1	1.195	350	1.545	3,4	1.167	383	1.550	3,0	1.321	352	1.673	3,8	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,
LAZIO	844	242	1.086	3,5	2.040	563	2.603	3,6	2.155	590	2.745	3,7	2.313	678	2.991	3,4	1.701	501	2.202	3,4	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,
ABRUZZO	921	281	1.202	3,3	1.047	291	1.338	3,6	945	305	1.250	3,1	868	268	1.136	3,2	617	253	870	2,4	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,
MOLISE	-	-	-	-	264	62	326	4,3	-	-	-	-	105	20	125	5,3	368	74	442	5,0	360	72	432	5,0	246	48	294	5,
CAMPANIA	1.209	223	1.432	5,4	1.105	243	1.348	4,5	1.747	334	2.081	5,2	1.586	313	1.899	5,1	1.100	237	1.337	4,6	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,
PUGLIA	1.388	244	1.632	5,7	1.513	243	1.756	6,2	1.327	292	1.619	4,5	1.446	336	1.782	4,3	1.754	364	2.118	4,8	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,
BASILICATA	307	86	393	3,6	316	89	405	3,6	335	95	430	3,5	350	92	442	3,8	356	100	456	3,6	93	30	123	3,1	375	78	453	4,
CALABRIA	1.168	191	1.359	6,1	-	-	-	-	1.082	162	1.244	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,
SICILIA	1.397	248	1.645	5,6	1.848	346	2.194	5,3	1.812	334	2.146	5,4	1.960	376	2.336	5,2	2.350	422	2.772	5,6	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,
SARDEGNA	-	-	-	-	1.226	200	1.426	6,1	418	83	501	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.771	437	2.208	4,1	3.190	693	3.883	4,
ITALIA	**43.772**	**12.462**	**56.234**	**3,5**	**48.324**	**13.332**	**61.656**	**3,6**	**45.439**	**12.939**	**58.378**	**3,5**	**51.491**	**15.057**	**66.548**	**3,4**	**51.294**	**14.066**	**65.360**	**3,6**	**35.125**	**9.902**	**45.027**	**3,5**	**45.771**	**12.351**	**58.122**	**3,**

Segue Tab.6

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2005				2006				2007				2008				2009				2010				2011			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.608	872	3.480	3,0	2.998	1.002	4.000	3,0	3.082	1.008	4.090	3,1	3.375	1.083	4.458	3,1	3.302	1.069	4.371	3,1	3.849	1.232	5.081	3,1	3.676	1.236	4.912	3,0
VALLE D'AOSTA	143	51	194	2,8	143	53	196	2,7	159	52	211	3,1	181	51	232	3,5	212	54	266	3,9	218	57	275	3,8	210	61	271	3,4
LOMBARDIA	4.126	1.321	5.447	3,1	4.733	1.378	6.111	3,4	4.712	1.516	6.228	3,1	5.784	1.622	7.406	3,6	6.281	1.655	7.936	3,8	1.105	322	1.427	3,4	5.577	1.279	6.856	4,4
PROV.AUTON.BOLZANO	1.059	345	1.404	3,1	1.356	397	1.753	3,4	1.131	387	1.518	2,9	1.192	386	1.578	3,1	1.238	402	1.640	3,1	1.041	267	1.308	3,9	1.038	324	1.362	3,2
PROV.AUTON.TRENTO	1.057	263	1.320	4,0	1.180	301	1.481	3,9	1.257	327	1.584	3,8	1.493	419	1.912	3,6	1.548	470	2.018	3,3	1.369	456	1.825	3,0	1.978	330	2.308	6,0
VENETO	5.660	2.179	7.839	2,6	6.773	2.069	8.842	3,3	5.763	1.590	7.353	3,6	7.866	2.435	10.301	3,2	8.360	2.347	10.707	3,6	4.095	1.081	5.176	3,8	4.154	1.116	5.270	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.528	329	1.857	4,6	2.054	464	2.518	4,4	1.007	210	1.217	4,8	1.372	294	1.666	4,7	1.627	394	2.021	4,1	1.590	373	1.963	4,3	177	37	214	4,8
LIGURIA	1.367	258	1.625	5,3	2.005	349	2.354	5,7	534	189	723	2,8	1.045	353	1.398	3,0	976	375	1.351	2,6	1.426	566	1.992	2,5	949	349	1.298	2,7
EMILIA ROMAGNA	2.811	1.023	3.834	2,7	2.834	1.066	3.900	2,7	3.097	1.136	4.233	2,7	3.132	1.240	4.372	2,5	3.131	1.227	4.358	2,6	251	87	338	2,9	782	326	1.108	2,4
TOSCANA	804	355	1.159	2,3	1.337	613	1.950	2,2	1.964	750	2.714	2,6	2.437	1.000	3.437	2,4	587	215	802	2,7	2.576	995	3.571	2,6	2.796	1.065	3.861	2,6
UMBRIA	906	175	1.081	5,2	883	169	1.052	5,2	970	224	1.194	4,3	1.105	247	1.352	4,5	1.394	311	1.705	4,5	529	120	649	4,4	1.865	454	2.319	4,1
MARCHE	869	275	1.144	3,2	592	179	771	3,3	847	246	1.093	3,4	890	265	1.155	3,4	1.056	262	1.318	4,0	685	241	926	2,8	532	217	749	2,5
LAZIO	567	146	713	3,9	1.395	366	1.761	3,8	1.582	416	1.998	3,8	1.632	436	2.068	3,7	1.167	319	1.486	3,7	467	149	616	3,1	1.575	437	2.012	3,6
ABRUZZO	437	91	528	4,8	547	128	675	4,3	585	158	743	3,7	515	131	646	3,9	323	123	446	2,6	460	149	609	3,1	434	127	561	3,4
MOLISE	-	-	-	-	188	34	222	5,5	-	-	-	-	78	15	93	5,2	260	45	305	5,8	284	49	333	5,8	210	38	248	5,5
CAMPANIA	814	121	935	6,7	796	145	941	5,5	1.238	204	1.442	6,1	1.105	202	1.307	5,5	780	151	931	5,2	1.127	234	1.361	4,8	1.452	328	1.780	4,4
PUGLIA	860	138	998	6,2	1.013	156	1.169	6,5	846	168	1.014	5,0	977	220	1.197	4,4	1.174	253	1.427	4,6	897	210	1.107	4,3	703	155	858	4,5
BASILICATA	205	62	267	3,3	223	51	274	4,4	209	65	274	3,2	259	71	330	3,6	260	71	331	3,7	71	24	95	3,0	277	58	335	4,8
CALABRIA	876	130	1.006	6,7	-	-	-	-	779	112	891	7,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	973	151	1.124	6,4
SICILIA	802	161	963	5,0	1.099	192	1.291	5,7	1.019	196	1.215	5,2	1.097	235	1.332	4,7	1.398	281	1.679	5,0	911	176	1.087	5,2	1.053	199	1.252	5,3
SARDEGNA	-	-	-	-	724	110	834	6,6	290	59	349	4,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1.274	303	1.577	4,2	2.326	512	2.838	4,5
ITALIA	**27.499**	**8.295**	**35.794**	**3,3**	**32.873**	**9.222**	**42.095**	**3,6**	**31.071**	**9.013**	**40.084**	**3,4**	**35.535**	**10.705**	**46.240**	**3,3**	**35.074**	**10.024**	**45.098**	**3,5**	**24.225**	**7.091**	**31.316**	**3,4**	**32.737**	**8.799**	**41.536**	**3,7**

Segue Tab.6

UTENTI NUOVI

REGIONE	2005				2006				2007				2008				2009				2010				2011			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.096	355	1.451	3,1	1.202	376	1.578	3,2	1.278	470	1.748	2,7	1.382	411	1.793	3,4	1.439	375	1.814	3,8	1.535	405	1.940	3,8	1.451	382	1.833	3,8
VALLE D'AOSTA	55	5	60	11,0	60	10	70	6,0	64	6	70	10,7	85	18	103	4,7	79	14	93	5,6	61	17	78	3,6	29	11	40	2,6
LOMBARDIA	3.111	696	3.807	4,5	2.701	716	3.417	3,8	2.271	573	2.844	4,0	2.958	798	3.756	3,7	3.435	763	4.198	4,5	555	115	670	4,8	2.388	608	2.996	3,9
PROV.AUTON.BOLZANO	480	159	639	3,0	520	174	694	3,0	564	163	727	3,5	683	193	876	3,5	506	146	652	3,5	287	102	389	2,8	253	97	350	2,6
PROV.AUTON.TRENTO	784	183	967	4,3	710	175	885	4,1	728	200	928	3,6	639	176	815	3,6	677	247	924	2,7	433	148	581	2,9	548	232	780	2,4
VENETO	2.582	821	3.403	3,1	2.452	632	3.084	3,9	2.578	647	3.225	4,0	3.083	664	3.747	4,6	3.132	663	3.795	4,7	1.987	429	2.416	4,6	1.580	402	1.982	3,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.870	298	2.168	6,3	1.679	325	2.004	5,2	895	157	1.052	5,7	1.245	263	1.508	4,7	1.571	364	1.935	4,3	1.209	254	1.463	4,8	378	63	441	6,0
LIGURIA	1.074	182	1.256	5,9	513	121	634	4,2	163	80	243	2,0	295	118	413	2,5	231	86	317	2,7	309	128	437	2,4	242	83	325	2,9
EMILIA ROMAGNA	920	335	1.255	2,7	829	289	1.118	2,9	814	292	1.106	2,8	829	355	1.184	2,3	982	346	1.328	2,8	102	39	141	2,6	198	90	288	2,2
TOSCANA	335	99	434	3,4	562	205	767	2,7	768	283	1.051	2,7	924	318	1.242	2,9	192	63	255	3,0	787	316	1.103	2,5	900	369	1.269	2,4
UMBRIA	515	114	629	4,5	509	113	622	4,5	624	134	758	4,7	591	147	738	4,0	827	177	1.004	4,7	772	118	890	6,5	891	180	1.071	5,0
MARCHE	778	254	1.032	3,1	340	119	459	2,9	348	104	452	3,3	277	118	395	2,3	265	90	355	2,9	216	84	300	2,6	183	81	264	2,3
LAZIO	277	96	373	2,9	645	197	842	3,3	573	174	747	3,3	681	242	923	2,8	534	182	716	2,9	226	55	281	4,1	695	214	909	3,2
ABRUZZO	484	190	674	2,5	500	163	663	3,1	360	147	507	2,4	353	137	490	2,6	294	130	424	2,3	395	144	539	2,7	288	128	416	2,3
MOLISE	-	-	-	-	76	28	104	2,7	-	-	-	-	27	5	32	5,4	108	29	137	3,7	76	23	99	3,3	36	10	46	3,6
CAMPANIA	395	102	497	3,9	309	98	407	3,2	509	130	639	3,9	481	111	592	4,3	320	86	406	3,7	516	110	626	4,7	546	147	693	3,7
PUGLIA	528	106	634	5,0	500	87	587	5,7	481	124	605	3,9	469	116	585	4,0	580	111	691	5,2	329	107	436	3,1	263	53	316	5,0
BASILICATA	102	24	126	4,3	93	38	131	2,4	126	30	156	4,2	91	21	112	4,3	96	29	125	3,3	22	6	28	3,7	98	20	118	4,9
CALABRIA	292	61	353	4,8	-	-	-	-	303	50	353	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	428	78	506	5,5
SICILIA	595	87	682	6,8	749	154	903	4,9	793	138	931	5,7	863	141	1.004	6,1	952	141	1.093	6,8	586	77	663	7,6	775	123	898	6,3
SARDEGNA	-	-	-	-	502	90	592	5,6	128	24	152	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	497	134	631	3,7	864	181	1.045	4,8
ITALIA	**16.273**	**4.167**	**20.440**	**3,9**	**15.451**	**4.110**	**19.561**	**3,8**	**14.368**	**3.926**	**18.294**	**3,7**	**15.956**	**4.352**	**20.308**	**3,7**	**16.220**	**4.042**	**20.262**	**4,0**	**10.900**	**2.811**	**13.711**	**3,9**	**13.034**	**3.552**	**16.586**	**3,7**

Tab.7 - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2011

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	131	1,0	43	1,2	174	1,0	78	0,2	24	0,3	102	0,2	209	0,5	67	0,5	276	0,5
20-29	1.766	13,5	312	8,8	2.078	12,5	2.864	8,7	466	5,3	3.330	8,0	4.630	10,1	778	6,3	5.408	9,3
30-39	3.269	25,1	822	23,1	4.091	24,7	7.276	22,2	1.554	17,7	8.830	21,3	10.545	23,0	2.376	19,2	12.921	22,2
40-49	3.868	29,7	1.112	31,3	4.980	30,0	10.286	31,4	2.913	33,1	13.199	31,8	14.154	30,9	4.025	32,6	18.179	31,3
50-59	2.585	19,8	773	21,8	3.358	20,2	7.647	23,4	2.334	26,5	9.981	24,0	10.232	22,4	3.107	25,2	13.339	23,0
>=60	1.415	10,9	490	13,8	1.905	11,5	4.586	14,0	1.508	17,1	6.094	14,7	6.001	13,1	1.998	16,2	7.999	13,8
TOTALE	**13.034**	**100,0**	**3.552**	**100,0**	**16.586**	**100,0**	**32.737**	**100,0**	**8.799**	**100,0**	**41.536**	**100,0**	**45.771**	**100,0**	**12.351**	**100,0**	**58.122**	**100,0**

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

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

Totale utenti

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

Nuovi utenti

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

Utenti già in carico o rientrati

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

Tab.9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2011

	Nuovi utenti			Utenti giàin carico o rientrati			Totale utenti		
REGIONE	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	45,8	46,7	46,0	48,7	49,7	48,9	47,9	49,0	48,1
VALLE D'AOSTA	47,3	50,9	49,8	51,5	53,0	52,6	51,0	52,7	52,2
LOMBARDIA	41,9	44,6	42,4	43,9	47,5	44,7	43,3	46,6	44,0
PROV.AUTON.BOLZANO	44,9	45,7	45,1	50,5	50,3	50,4	49,4	49,2	49,3
PROV.AUTON.TRENTO	39,1	44,3	40,5	38,8	38,6	38,2	38,8	41,0	38,8
VENETO	45,3	47,6	46,0	47,3	50,0	48,0	46,8	49,3	47,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	43,7	46,8	44,2	43,7	47,2	46,4	43,7	47,0	44,9
LIGURIA	45,6	47,3	46,0	48,3	49,8	48,7	47,7	49,3	48,1
EMILIA ROMAGNA	47,1	43,7	46,0	49,0	49,6	49,2	48,6	48,3	48,5
TOSCANA	44,3	47,0	45,1	47,4	49,3	47,9	46,7	48,7	47,2
UMBRIA	37,6	39,8	37,8	41,3	44,2	41,8	40,1	43,0	40,6
MARCHE	45,9	46,0	46,5	46,2	48,0	46,9	46,1	47,5	46,8
LAZIO	43,0	44,5	43,7	44,8	46,2	45,0	44,2	45,6	44,7
ABRUZZO	41,3	42,5	41,7	45,5	47,7	46,0	43,8	45,1	44,1
MOLISE	42,6	44,5	41,7	46,5	45,3	46,3	45,9	45,1	45,7
CAMPANIA	43,2	43,7	43,3	44,9	44,7	45,1	44,4	44,4	44,6
PUGLIA	41,6	43,0	41,2	44,5	46,0	44,4	43,7	45,3	43,6
BASILICATA	45,4	46,5	45,7	47,2	46,2	47,3	46,7	46,3	47,0
CALABRIA	43,9	44,5	43,7	44,7	43,8	45,2	44,5	44,0	44,8
SICILIA	40,0	38,7	39,4	42,3	41,8	42,2	41,3	40,6	41,1
SARDEGNA	45,8	45,7	45,9	46,7	46,1	46,7	46,5	46,0	46,5
ITALIA	43,2	45,0	43,6	45,6	47,7	46,1	44,9	46,9	45,4

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

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

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab.11 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2011

	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope		Abuso o uso improrio di farmaci	
REGIONE	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti
PIEMONTE	470	7,0	310	4,6
VALLE D'AOSTA	10	3,2	12	3,9
LOMBARDIA	760	7,7	134	1,4
PROV.AUTON.BOLZANO	54	3,2	14	0,8
PROV.AUTON.TRENTO	23	0,7	2	0,1
VENETO	745	10,3	472	6,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	40	6,1	81	12,4
LIGURIA	221	13,6	51	3,1
EMILIA ROMAGNA	107	7,7	102	7,3
TOSCANA	506	9,9	123	2,4
UMBRIA	393	11,6	97	2,9
MARCHE	202	19,9	100	9,9
LAZIO	892	30,5	411	14,1
ABRUZZO	53	5,4	42	4,3
MOLISE	37	12,6	22	7,5
CAMPANIA	388	15,7	230	9,3
PUGLIA	121	10,3	102	8,7
BASILICATA	31	6,8	16	3,5
CALABRIA	141	8,7	61	3,7
SICILIA	258	12,0	136	6,3
SARDEGNA	255	6,6	293	7,5
ITALIA	5707	9,8	2811	4,8

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab. 12 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

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

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab.13 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2011

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	Trattamento socio-riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	27,3	7,8	3,4	23,2	5,8	22,0	2,3	1,4	0,8	0,4	2,3	0,3	0,1	2,9
VALLE D'AOSTA	41,0	5,3	1,9	15,4	4,8	9,9	12,6	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	27,0	5,5	2,1	28,3	2,8	18,8	2,9	1,2	0,4	0,1	0,3	0,0	0,0	10,5
PROV.AUTON.BOLZANO	15,8	22,4	2,8	18,1	4,9	5,8	4,1	0,9	0,2	0,0	2,3	0,0	0,0	22,7
PROV.AUTON.TRENTO	3,2	0,0	0,0	72,0	10,9	5,5	3,4	1,4	0,2	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0
VENETO	22,5	4,5	4,6	28,9	12,9	10,7	2,0	3,4	2,0	0,0	0,4	0,1	0,0	7,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	16,4	0,4	1,3	41,6	8,5	2,4	0,3	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	28,1
LIGURIA	37,9	15,0	7,9	22,2	1,3	8,3	3,2	2,6	0,4	0,0	1,1	0,1	0,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	46,0	2,9	3,3	15,3	3,8	18,4	4,4	0,1	0,0	1,0	0,4	0,0	0,3	4,1
TOSCANA	36,6	2,6	1,1	27,8	12,1	11,3	2,7	1,8	0,7	0,7	0,3	0,0	0,0	2,1
UMBRIA	14,8	7,8	0,8	46,9	14,2	11,0	1,1	0,8	0,2	0,0	2,2	0,1	0,0	0,0
MARCHE	27,2	10,8	1,6	32,1	0,5	15,3	3,0	3,7	2,4	0,0	3,1	0,3	0,1	0,0
LAZIO	24,7	16,4	4,3	24,2	6,6	9,5	3,1	1,5	1,4	0,1	2,0	0,2	0,0	5,9
ABRUZZO	22,8	6,8	1,7	40,0	5,7	10,6	1,6	1,2	0,5	0,1	0,8	0,1	0,0	8,2
MOLISE	30,4	19,4	9,2	12,2	5,9	19,5	2,0	1,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
CAMPANIA	33,2	9,0	4,1	28,5	4,3	13,4	1,7	2,1	1,9	0,1	1,1	0,3	0,0	0,4
PUGLIA	25,0	8,6	6,5	31,9	2,6	13,6	8,1	1,1	1,2	0,0	0,5	0,1	0,1	0,7
BASILICATA	25,9	17,5	3,3	24,3	3,9	16,9	5,0	1,3	1,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	30,8	9,1	3,2	28,3	5,9	17,6	2,6	1,5	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
SICILIA	30,8	11,5	4,0	34,8	2,9	10,1	2,5	0,9	1,4	0,0	0,6	0,2	0,0	0,1
SARDEGNA	34,3	7,2	4,9	25,0	12,9	8,9	3,1	1,4	1,4	0,2	0,4	0,0	0,0	0,2
ITALIA	26,8	7,9	3,4	29,0	7,4	13,3	2,7	1,7	1,0	0,2	1,1	0,1	0,0	5,3

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab.14 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2011

	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni											
			Programmi terapeutico-riabilitativi		*Funzioni di coordinamento*							
REGIONE	*Prevenzione*	*Accoglienza, osservazione e diagnosi*	Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica	*Formazione del personale e sensibilizzazione*	*Altro*
PIEMONTE	94,3	100,0	100,0	98,1	64,2	92,5	84,9	96,2	98,1	54,7	84,9	-
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	-
LOMBARDIA	90,7	93,0	93,0	90,7	58,1	83,7	62,8	86,0	83,7	55,8	65,1	4,7
PROV.AUTON.BOLZANO	100,0	100,0	80,0	80,0	60,0	80,0	60,0	80,0	80,0	60,0	100,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	81,8	90,9	27,3
VENETO	92,9	100,0	96,4	100,0	85,7	100,0	89,3	96,4	96,4	71,4	96,4	25,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	-
LIGURIA	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	97,6	97,6	97,6	97,6	92,7	97,6	95,1	92,7	97,6	92,7	95,1	80,5
UMBRIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,9	88,9	100,0	88,9	88,9	-
MARCHE	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	90,0	80,0	100,0	100,0	80,0	90,0	-
LAZIO	73,0	100,0	97,3	91,9	78,4	64,9	75,7	73,0	89,2	51,4	56,8	5,4
ABRUZZO	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	33,3
MOLISE	100,0	100,0	80,0	100,0	60,0	100,0	100,0	100,0	80,0	80,0	80,0	-
CAMPANIA	95,5	100,0	100,0	95,5	72,7	77,3	79,5	79,5	84,1	59,1	79,5	9,1
PUGLIA	88,9	100,0	100,0	100,0	77,8	70,4	81,5	77,8	88,9	44,4	55,6	25,9
BASILICATA	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0	16,7
CALABRIA	92,9	92,9	92,9	85,7	78,6	92,9	64,3	71,4	85,7	50,0	85,7	21,4
SICILIA	100,0	97,2	97,2	100,0	61,1	86,1	63,9	83,3	80,6	61,1	69,4	16,7
SARDEGNA	90,0	90,0	90,0	90,0	50,0	90,0	90,0	80,0	90,0	80,0	80,0	-
ITALIA	90,5	95,3	94,5	93,5	71,6	84,1	77,9	84,6	88,1	62,7	76,9	17,4

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

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

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

Ministero della salute - Dipartimento sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Tab.16 - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2011

	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
REGIONE	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	67,9	45,3	11,3	56,6	37,7	66,0	7,5
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	69,8	62,8	16,3	48,8	23,3	41,9	-
PROV.AUTON.BOLZANO	20,0	80,0	60,0	40,0	20,0	80,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	45,5	-	36,4	72,7	63,6	-
VENETO	92,9	78,6	17,9	64,3	28,6	82,1	14,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	50,0	-	-	-	100,0	-
LIGURIA	66,7	66,7	-	83,3	16,7	66,7	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	58,5	31,7	22,0	24,4	19,5	39,0	7,3
UMBRIA	77,8	55,6	11,1	44,4	22,2	33,3	11,1
MARCHE	30,0	60,0	-	60,0	20,0	50,0	20,0
LAZIO	37,8	35,1	18,9	70,3	37,8	43,2	8,1
ABRUZZO	100,0	33,3	-	66,7	66,7	33,3	-
MOLISE	100,0	40,0	20,0	60,0	-	-	-
CAMPANIA	34,1	25,0	11,4	47,7	15,9	20,5	2,3
PUGLIA	33,3	18,5	7,4	33,3	11,1	37,0	-
BASILICATA	100,0	66,7	16,7	83,3	16,7	50,0	-
CALABRIA	35,7	35,7	35,7	64,3	7,1	21,4	-
SICILIA	22,2	13,9	-	47,2	13,9	30,6	5,6
SARDEGNA	70,0	20,0	30,0	60,0	50,0	70,0	-
ITALIA	54,0	39,8	13,9	49,3	24,4	44,0	5,0

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

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

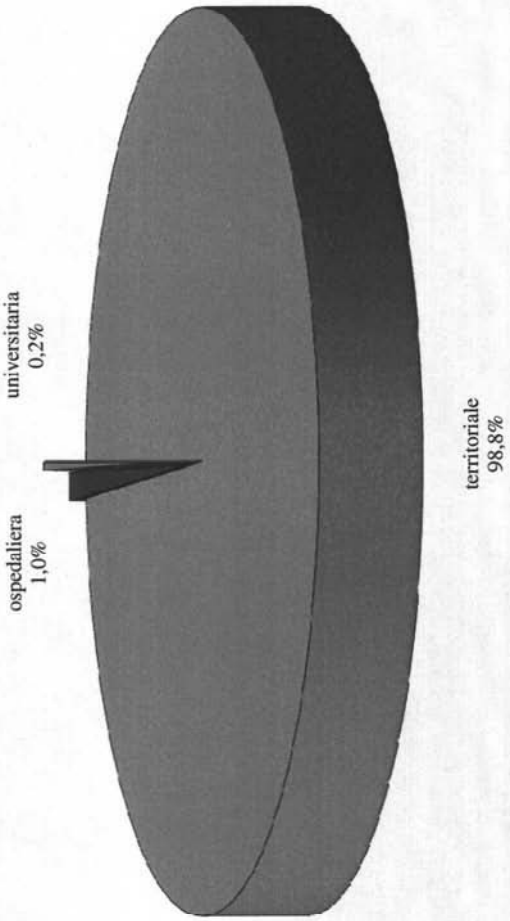
Tab.17 - NUMERO MEDIO* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2011

	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
REGIONE	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	4,3	1,5	1,2	3,5	2,4	3,0	1,3
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	4,1	1,9	12,1	5,1	2,3	2,9	-
PROV.AUTON.BOLZANO	10,0	2,8	5,7	5,0	3,0	5,5	-
PROV.AUTON.TRENTO	14,5	2	-	1,5	1,625	2,0	-
VENETO	20,5	4,4	5,0	2,7	2,1	2,8	2,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,5	4,0	-	-	-	3,5	-
LIGURIA	11,5	2,3	-	1,6	1,0	2,0	-
EMILIA ROMAGNA							
TOSCANA	5,7	1,7	1,1	2,6	1,6	2,9	1,0
UMBRIA	7,1	1,6	2,0	4,5	2,0	1,3	4,0
MARCHE	1,0	1,3	-	2,0	2,5	2,2	1,5
LAZIO	2,4	1,4	1,3	3,9	1,8	1,4	2,0
ABRUZZO	13,7	3,0	-	8,5	3,0	1,0	-
MOLISE	12,8	1,0	1,0	2,3	-	-	-
CAMPANIA	2,9	1,6	1,0	2,6	2,3	1,9	6,0
PUGLIA	5,4	1,0	1,0	2,1	1,0	2,1	-
BASILICATA	3,7	2,0	1,0	2,2	1,0	1,0	-
CALABRIA	4,6	1,0	2,8	2,4	4,0	1,0	-
SICILIA	3,1	1,4	-	2,2	1,4	1,8	3,0
SARDEGNA	23,6	2,0	6,0	5,7	6,6	4,0	-
ITALIA	8,0	2,1	3,5	3,3	2,3	2,5	2,2

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

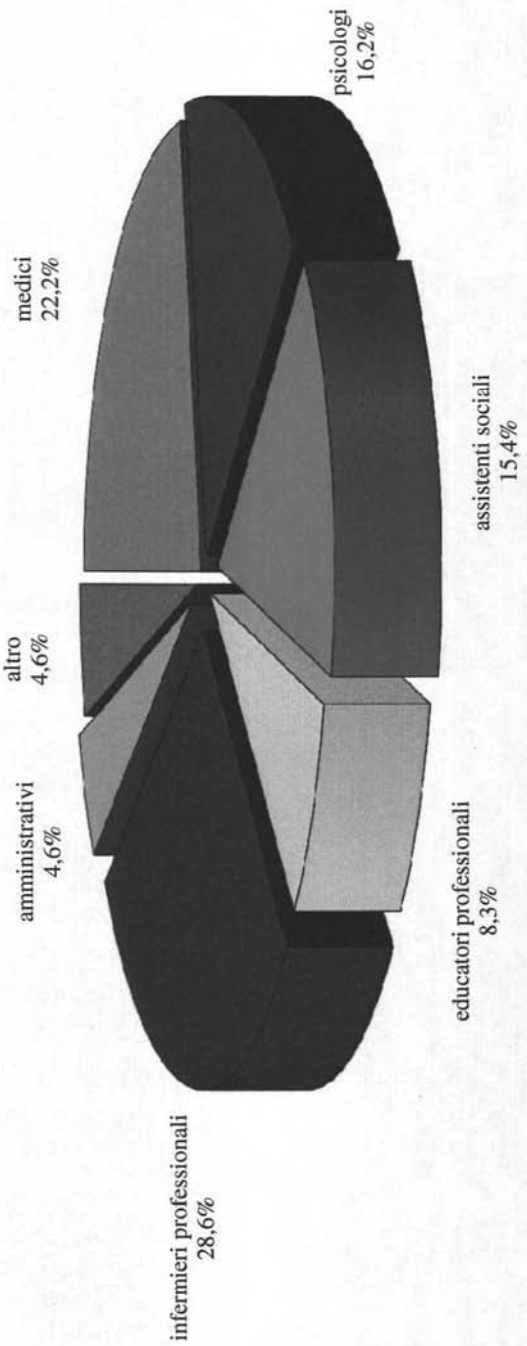
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Graf.1 - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
ANNO 2011



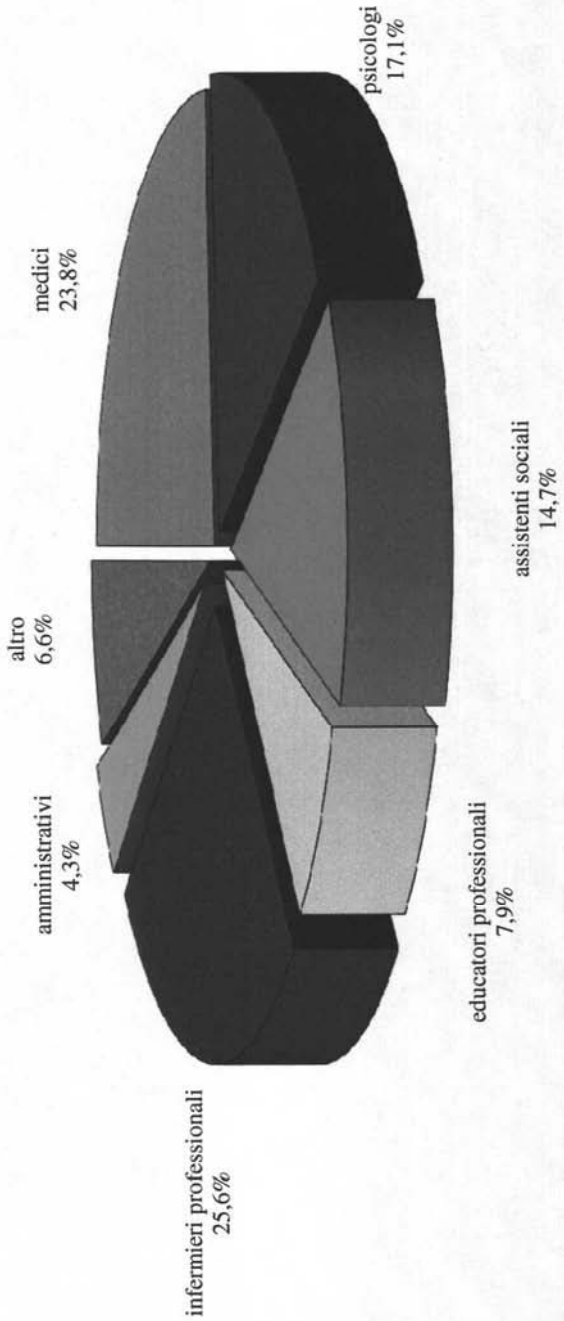
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2011

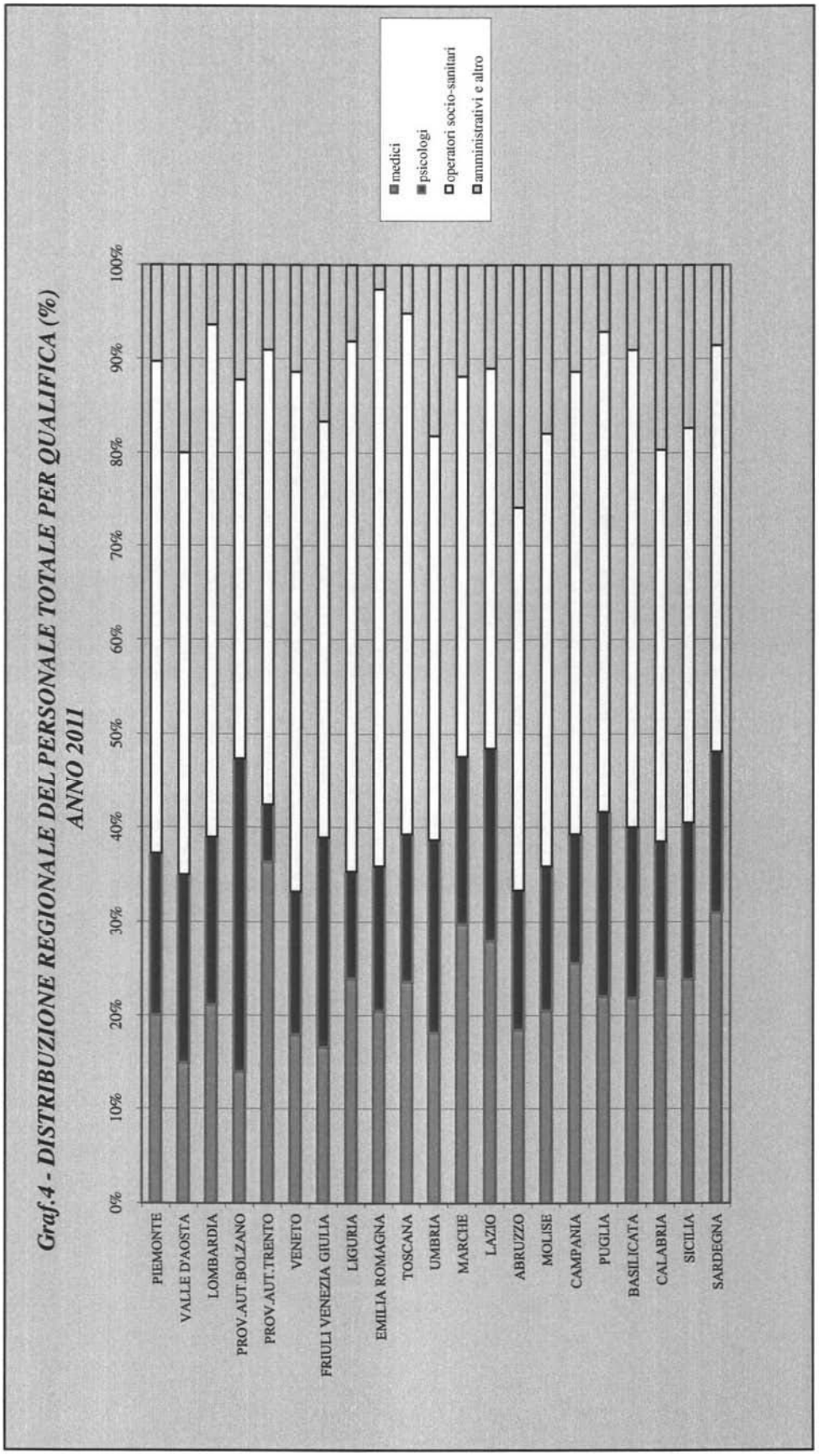


Ministero della salute - Dipartimento dellasanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

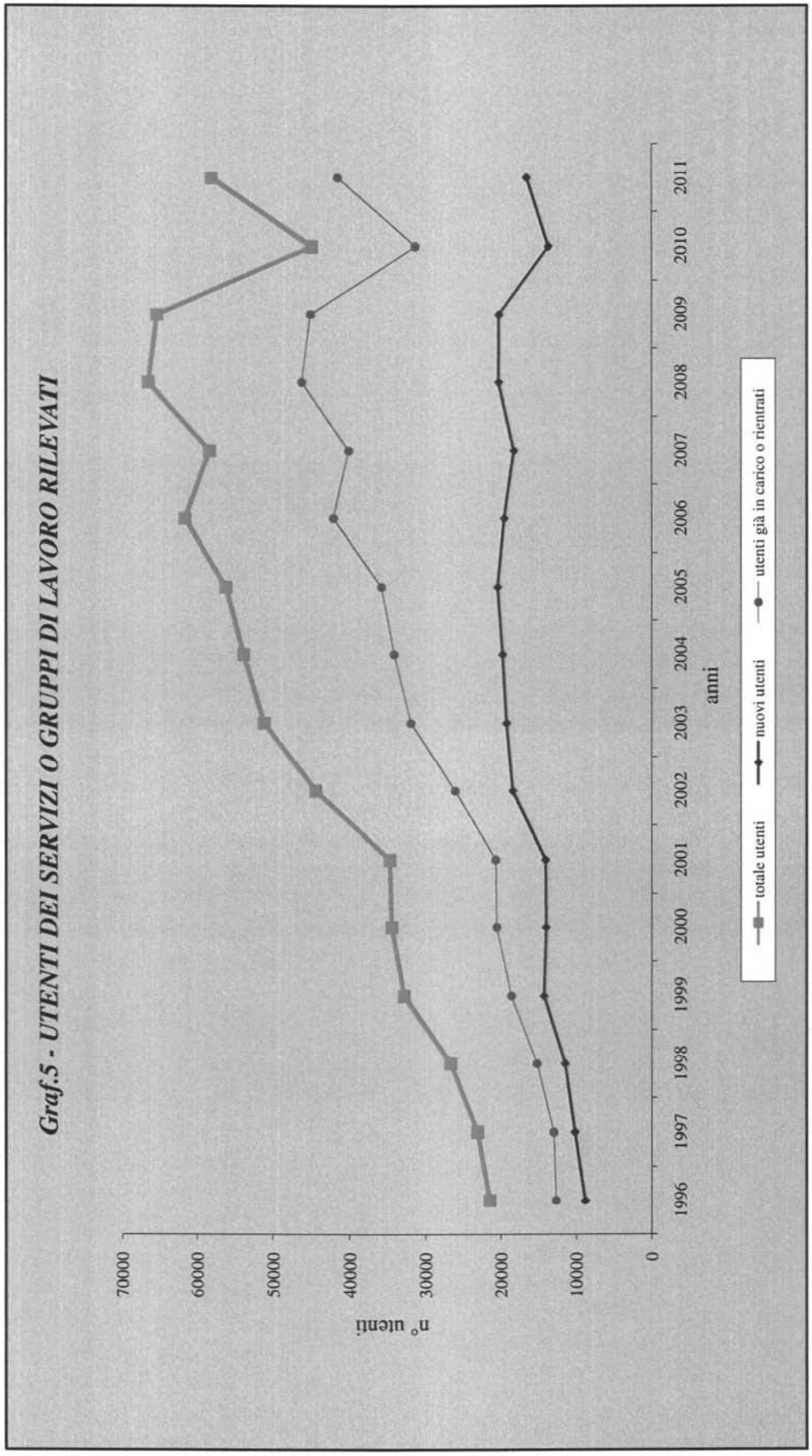
Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2011



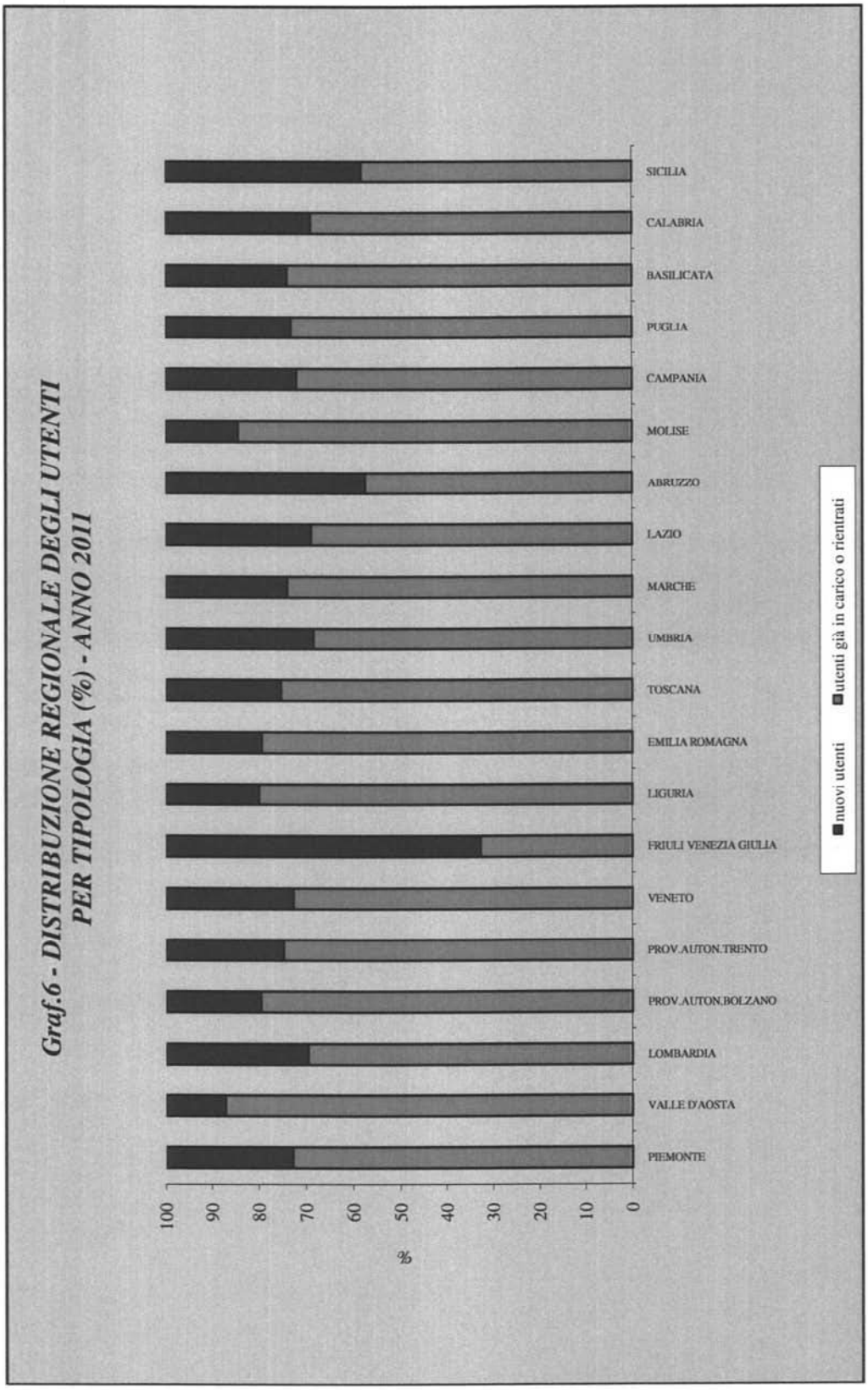
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII



Ministero della salute - Dipartimento dellasanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

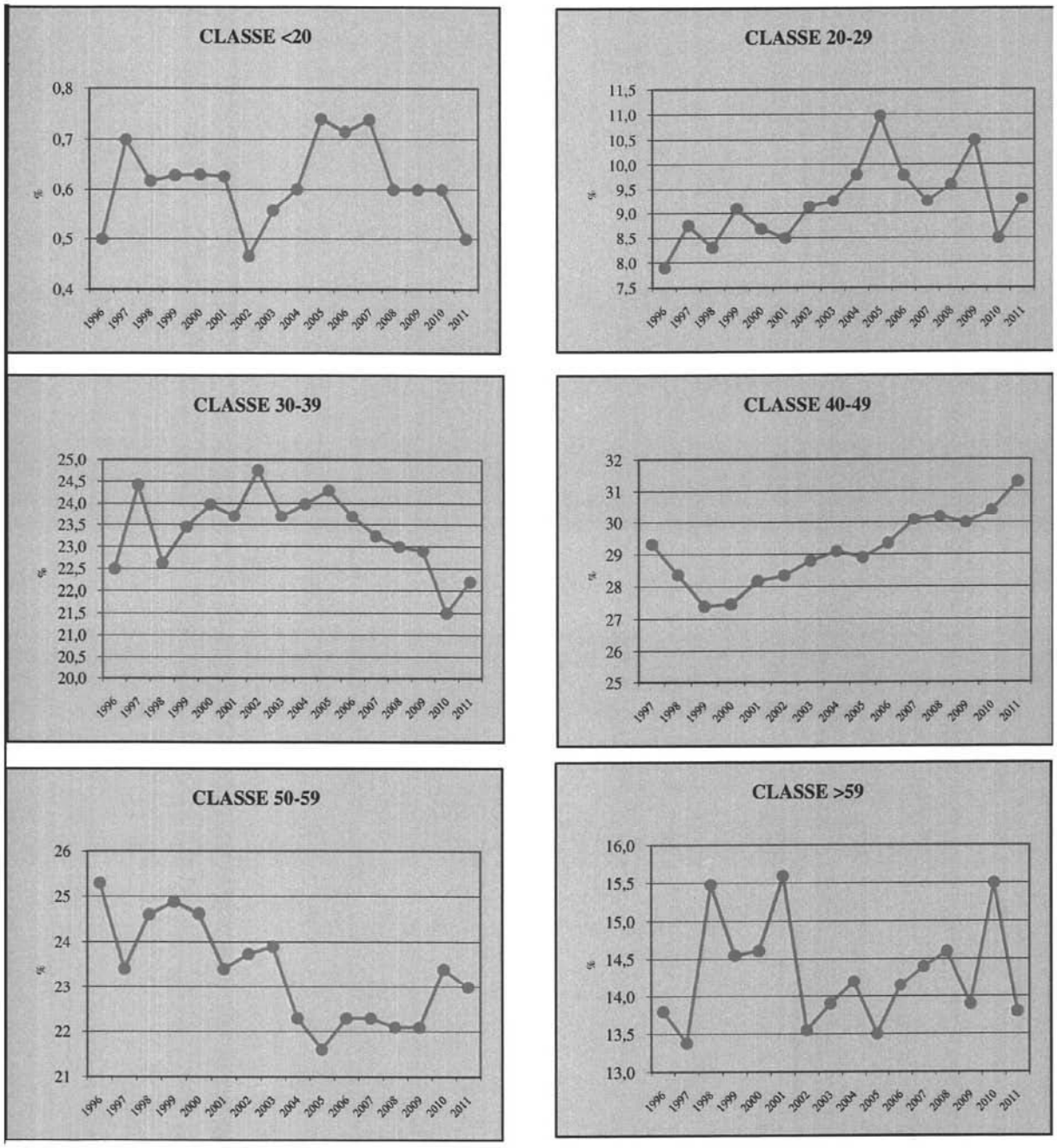


Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

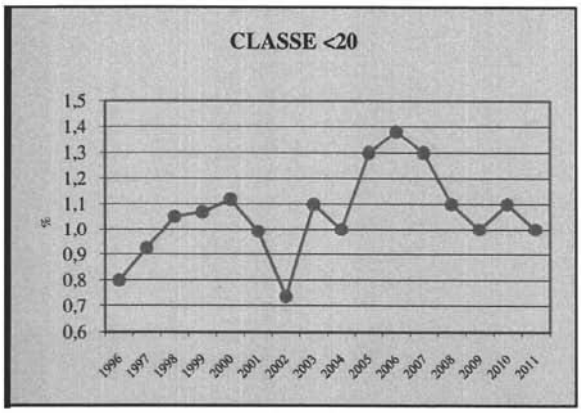


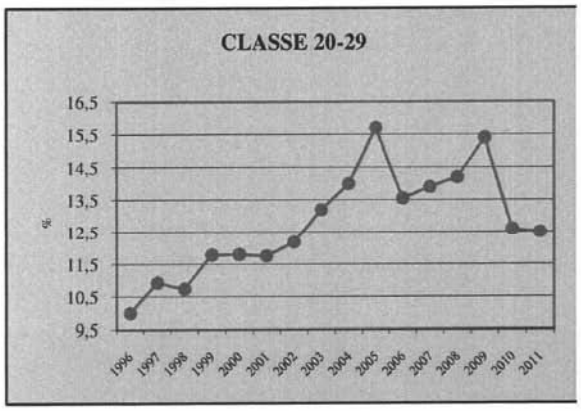
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

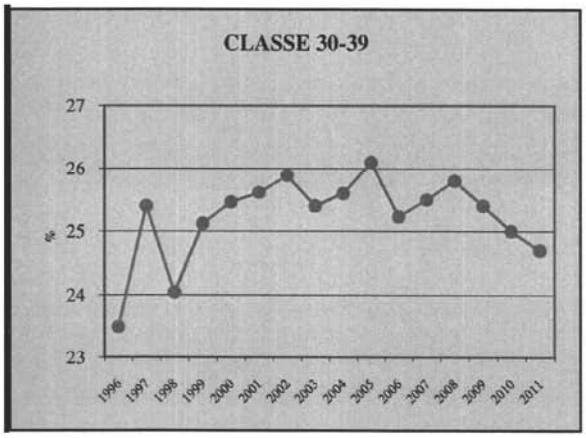
Graf. 7 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE) DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

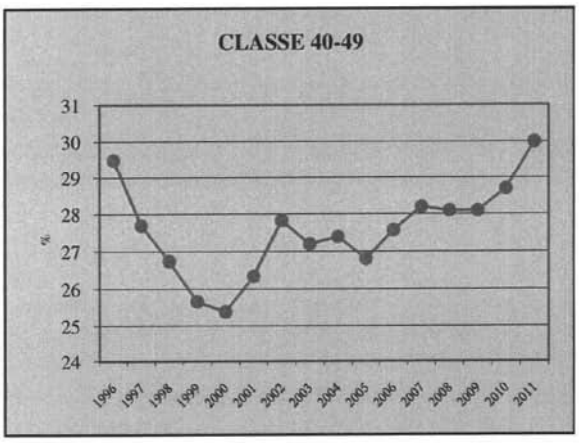


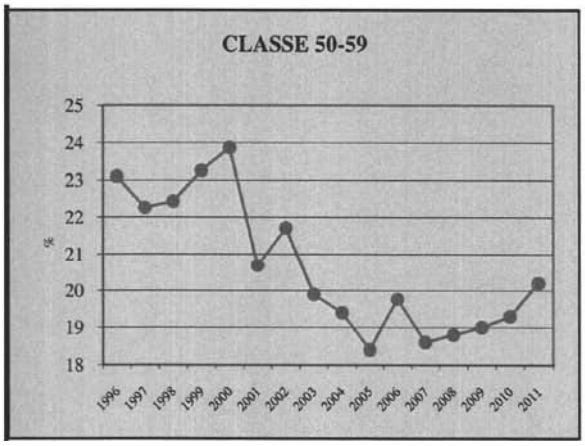
Graf. 8 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEI NUOVI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

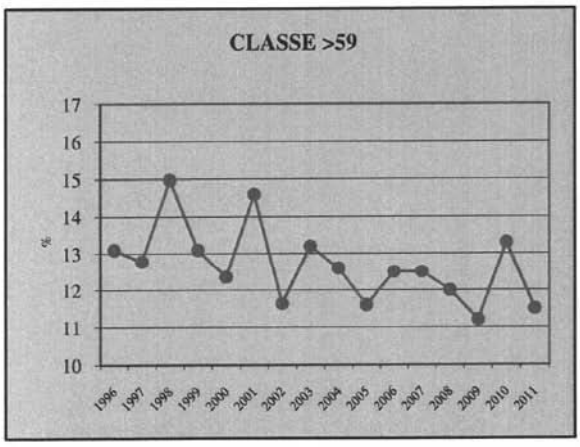




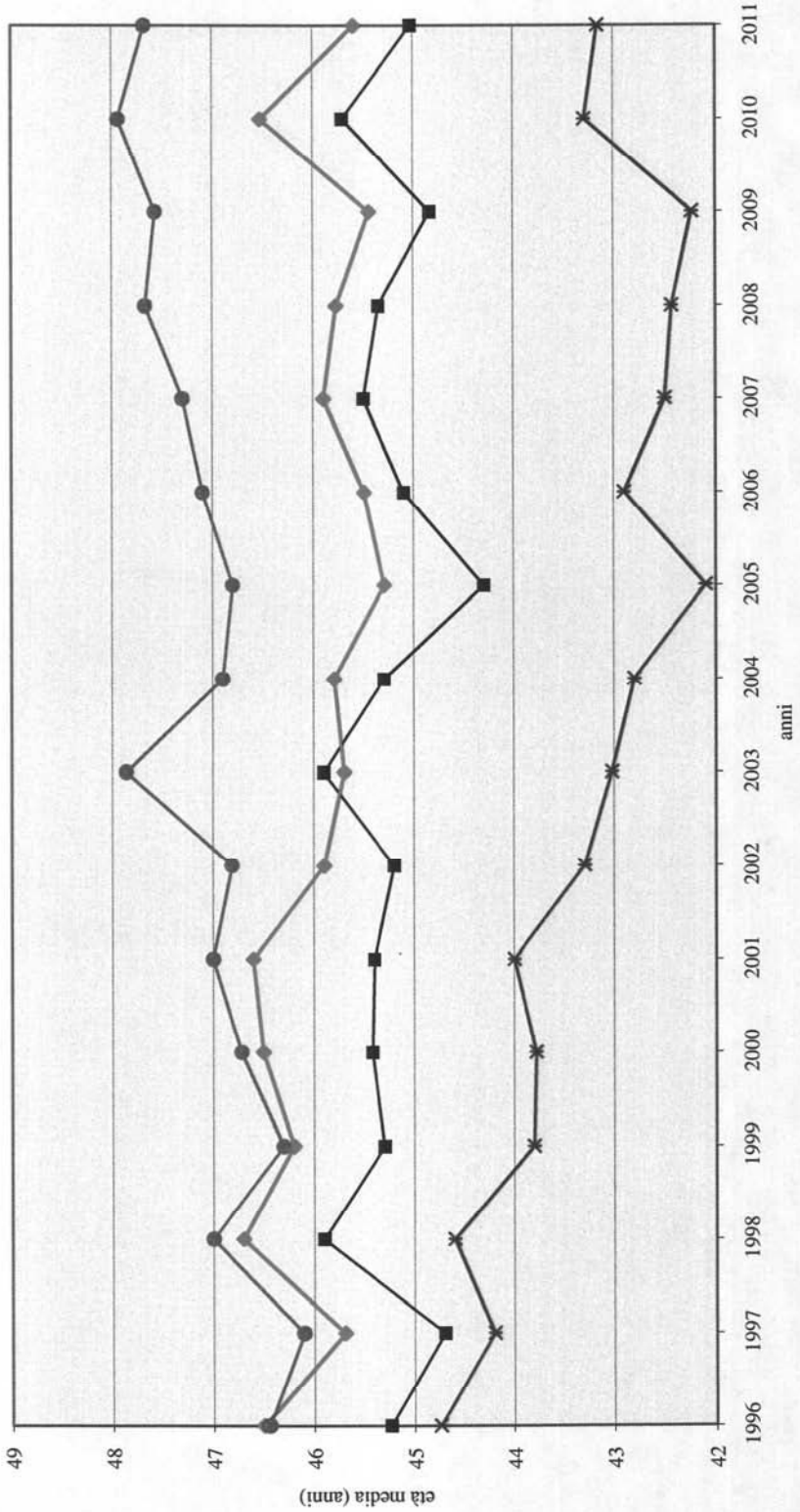








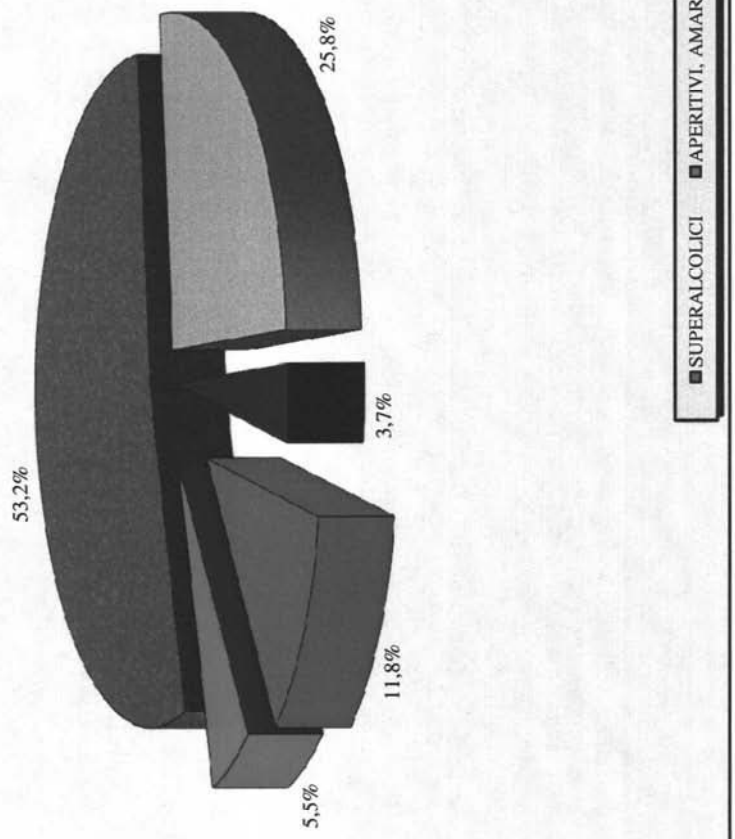
Graf. 9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



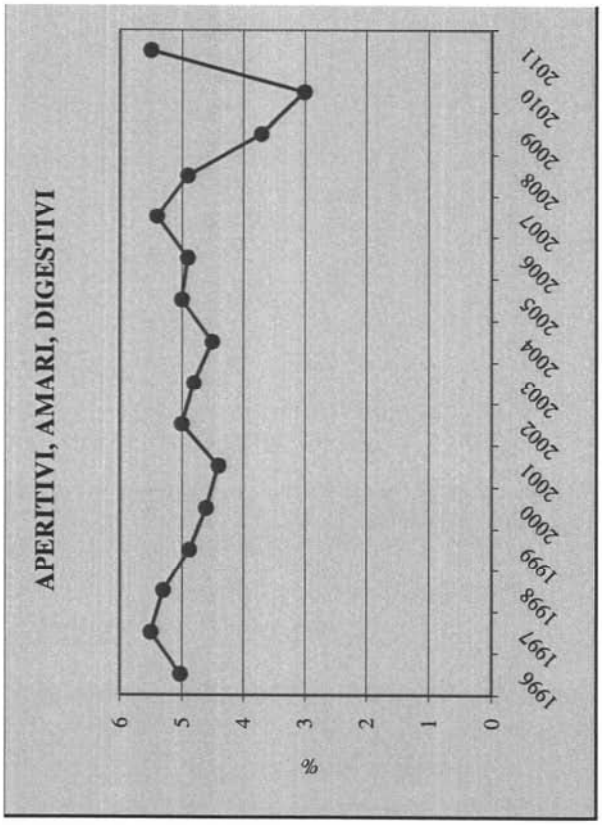
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

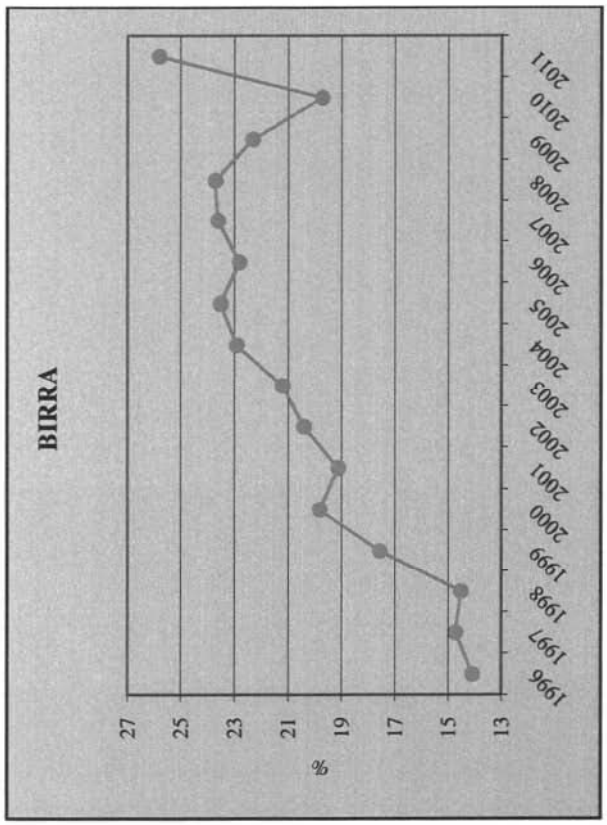
Graf.10 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE - ANNO 2011

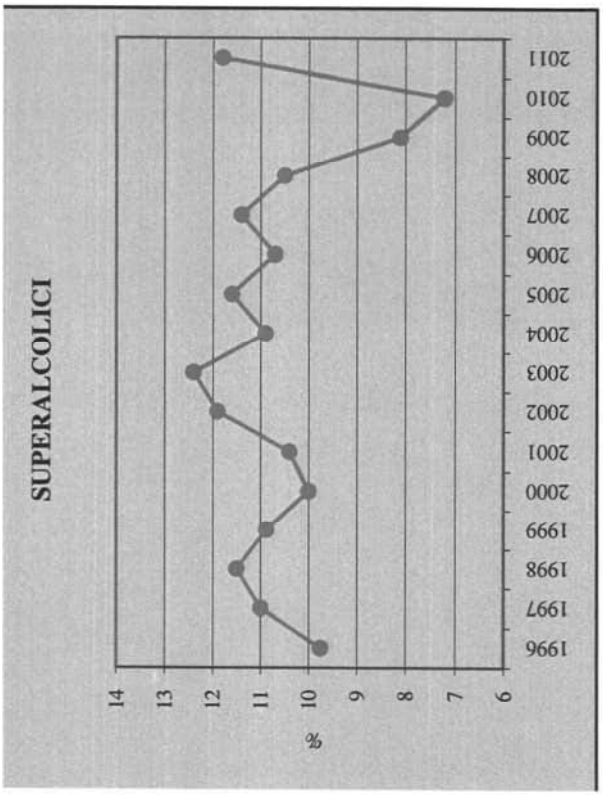
Totale utenti

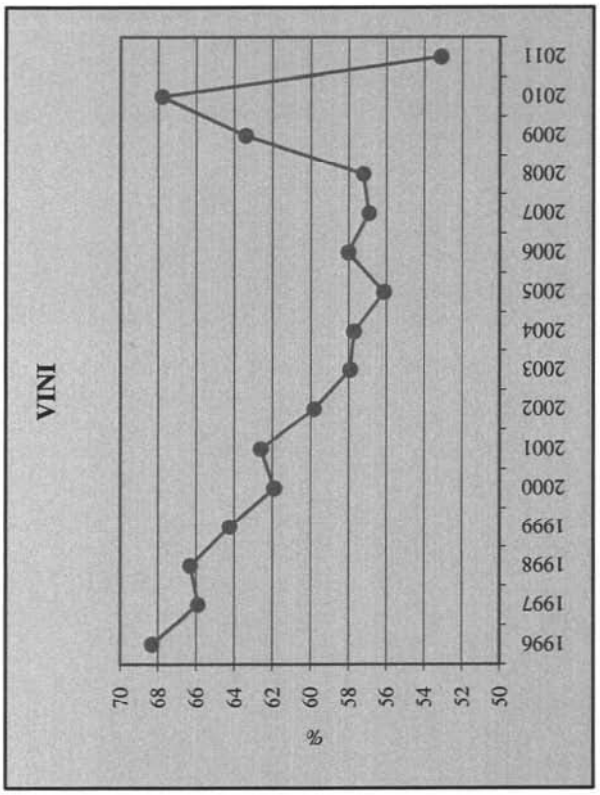


Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII



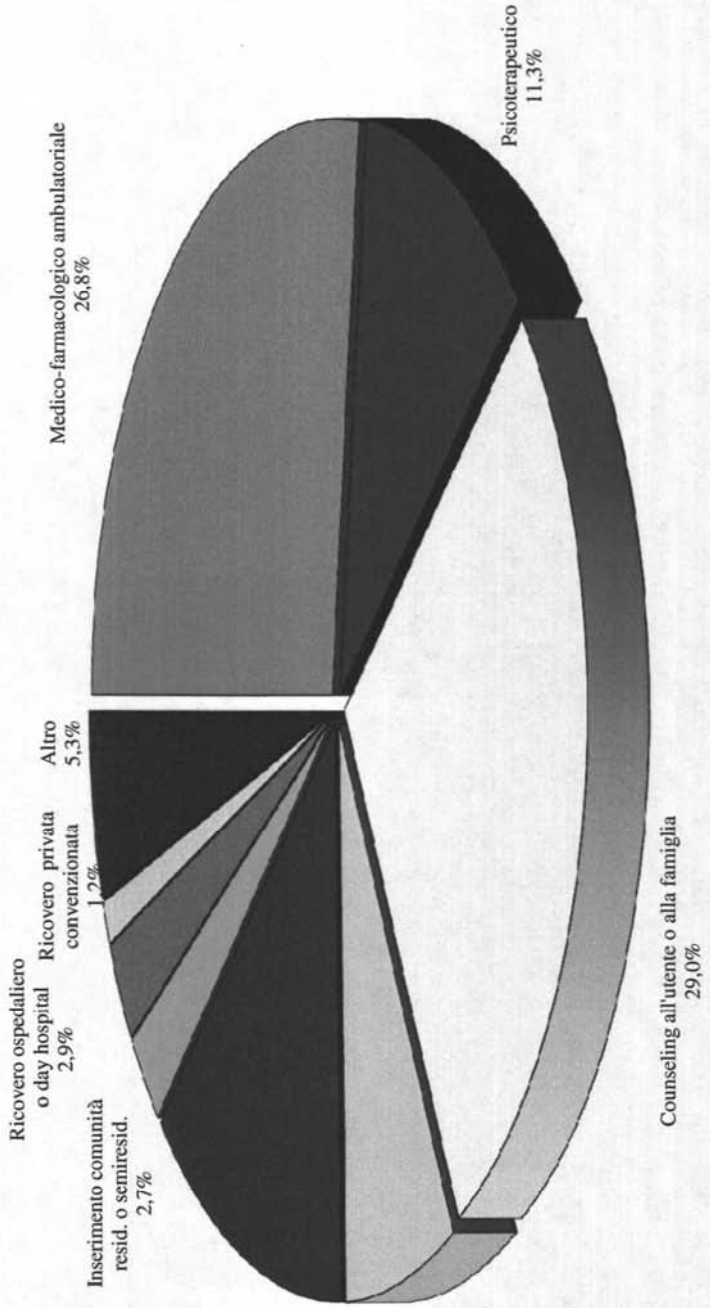






Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

Graf.12 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*) ANNO 2011



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

PARTE TERZA

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

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

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

Griglia di argomenti per la Relazione delle Regioni ai fini della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati nell'anno 2011 ai sensi della legge 125/2001

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

Hanno dato riscontro alle richieste informative del Ministero, inviando la relazione richiesta, tutte le 19 Regioni e le 2 Province Autonome.
E' possibile pertanto per l'anno 2011 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Sono stati presi contatti con il Centro servizio volontariato per avviare una riflessione-collaborazione su come sostenere i gruppi di auto-aiuto nell'ambito del Piano di zona del Comune di Aosta.

- Sono stati effettuati 4 incontri (uno per ciascun Distretto) con i Medici di base insieme ai rappresentanti del gruppi AMA di ripresentazione del Servizio e delle Associazioni che si occupano di alcologia.

- E' stata ampliata l'attività del Gruppo Rivivere (gruppo di auto-mutuo aiuto nato spontaneamente dall'aggregazione di utenti Ser.T.): grazie ad un lavoro di maggior raccordo con il DH è stato possibile inserire nuovi utenti. In considerazione dei bisogni dei pazienti si è proposta un'attività di arte-terapia che è stata accolta con buona compliance da parte degli stessi.

- E' stato organizzato un incontro con le famiglie dei pazienti in carico che sono state contattate tramite i pazienti stessi e/o gli operatori. L'incontro ha avuto la finalità di offrire ascolto ai bisogni e difficoltà delle famiglie e dare informazioni sulla modalità di presa in carico del Servizio. Tale offerta è da intendersi in integrazione con quella dei Gruppi Al-anon e CAT.

- E' stato elaborato un progetto formativo per il miglioramento della presa in carico dei pazienti stranieri denominato *"Operatori in Mondi lontani – Verso un'organizzazione culturalmente competente"*. L'ente di formazione è stato individuato nell'Associazione onlus MAMRE di Torino.

REGIONE PIEMONTE

AZIENDE SANITARIE LOCALI

ASL TO2:
- Attivazione di percorsi assistenziali per i pazienti alcolisti con i Medici di Medicina Generale e coinvolgimento delle équipe territoriali per favorire l'accesso ai trattamenti presso il Servizio di Alcologia e sostenere l'intervento breve da parte del medico di Medicina Generale.

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

ASL TO3:
- Dal novembre 2009 si è dato avvio al Servizio di Alcologia della S.C. Ser.T. "Sangone", ai fini di centralizzare la sede del trattamento presso un unico servizio e con l'obiettivo di uniformare, attraverso un approccio multidisciplinare, la presa in carico dei pazienti alcolisti.

ASL TO4:
– Attuazione del progetto *"A casa Tua"* che prevede l'intervento domiciliare in pazienti alcolisti in condizione di comorbilità psichiatrica e marginalità sociale. Il progetto è stato realizzato dall'équipe Ser.T. e dall'équipe Alcologia.
- *Laboratorio Attività Espressiva*, gruppo settimanale rivolto a soggetti alcoldipendenti (in carico al servizio di alcologia e alle Comunità Terapeutiche del territorio) che si trovano in condizione di particolare fragilità e marginalità sociale, e necessitano di un'attività concreta in un ambiente informale che favorisce la socializzazione.
- *Laboratorio Monili*, un'attività di gruppo rivolta specificamente alle donne, strutturata con l'attivazione di un laboratorio di costruzione di monili integrato da una proposta psicologica centrata sulle criticità e sulla vulnerabilità femminile all'alcol.
- *Centro riabilitativo alcologico "ALTER EGO"*, costituito nel 2006 con Finanziamento Regionale, accoglie persone con gravi problemi alcolcorrelati in comorbilità psichiatrica. È stato progettato come struttura riabilitativa che accoglie sia i pazienti che i loro familiari.
- *Progetto "Help Center Chivasso stazione solidale"*, consiste in un intervento sulle persone in difficoltà presenti nell'area della stazioni ferroviaria di Chivasso (TO), secondo il modello proposto dalla rete dell' Osservatorio Nazionale del Disagio e della Solidarietà nelle Stazioni Italiane. La S.S. Alcologia è capofila del progetto, mentre il Comune di Chivasso è il partner principale.

ASL CN2:
Prosecuzione del progetto UVM (Unità Valutativa Multidisciplinare) finalizzato all'accoglienza dei pazienti ricoverati presso i reparti ospedalieri o presso il Centro di Accoglienza della Caritas. Il progetto è sviluppato in collaborazione con l'Associazione di Volontariato ACAT, la Cooperativa Alice del Privato Sociale e lo staff dei reparti di Medicina degli ospedali di Alba e Bra (CN).

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

ASL BI:
- Sono stati effettuati incontri con i MMG, Assistenti sociali e Servizi infermieristici territoriali per favorire l'accesso nonché migliorare la qualità dei trattamenti assistenziali per i pazienti con problemi alcolcorrelati.
- Sono stati svolti vari incontri dai partecipanti al Piano Locale delle Dipendenze per la progettazione di un Centro Semiresidenziale per l'osservazione, la valutazione e il trattamento dei pazienti alcolisti, oltre alla normale attività ambulatoriale.
- Concessione di spazi da dedicare all'accesso e alle attività per i pazienti alcolisti.
- Attivazione di un gruppo di lavoro Ser.T.-DSM per l'individuazione di percorsi integrati per pazienti affetti da comorbilità.
- Interventi di counseling effettuato da medici e infermieri a favore delle persone inviate dalla Commissione Medico Legale sui rischi legati all'abuso di alcol.

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

ASL AL:
Attivazione di percorsi integrati per pazienti in doppia diagnosi (alcologica e psichiatrica) e attivazione di un percorso specifico preferenziale con Medicina Interna ed Epatologia ambulatoriale per soggetti alcoldipendenti con compromissione organica.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

Associazione ALISEO Onlus: prosecuzione di uno sportello d'ascolto e di un gruppo di auto-aiuto denominato *"Il the degli Italiani"*, rivolto alle persone di nazionalità magrebina che presentano problematiche alcol correlate.

REGIONE LOMBARDIA

- La delibera d.g.r. n.6219/2007 approva le *"Linee guida di Prevenzione delle diverse forme di dipendenze nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale"*, che hanno l'obiettivo di raccogliere le indicazioni tecniche per un approccio preventivo delle dipendenze nell' ambito giovanile.

- La delibera d.g.r. n.5509/07 riconosce, in coerenza con la normativa nazionale e

regionale vigente relative a tutte le unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie, il diritto al libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate ai sensi della d.g.r. n.12621/03 - SerT e SMI (privati).

- La d.g.r. n.8720/08 approva gli strumenti e i protocolli utili alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze - SerT/SMI (privati), mediante azioni migliorative dell'organizzazione, comprendenti: i sistemi informativi, i processi di presa in carico, la valutazione degli esiti degli interventi, le modalità di analisi e lettura delle informazioni.

- La d.g.r. n.8243/08 approva una serie di iniziative per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle famiglie e delle persone in situazione di difficoltà attraverso: interventi multiprofessionali specifici e di mediazione familiare e sociale, risposte integrate dei Consultori Familiari con le diverse Unità d'offerta socio sanitarie e/o sociali della rete, raccordi e protocolli con Tribunali, Prefetture, Questure.

- La d.g.r. n.10158/2009 approva il documento dal titolo *"Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale"* - Linee Guida Regionali da considerare come il punto di riferimento di programmazione tecnica-operativa per tutti gli operatori che si occupano delle dipendenze nel territorio lombardo.

- La d.g.r. n. 10804/2010: *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010"*, ove tra l'altro si indicano le linee d'indirizzo organizzative dei Dipartimenti delle Dipendenze.

- La d.g.r. n. 11139/2010, ove è previsto il cofinanziamento dei programmi di prossimità (Unità mobili giovani e divertimento, Unità di strada e Drop in) nell'ambito delle dipendenze e del consumo di sostanze e per la prevenzione delle patologie correlate.

- La d.g.r. n.937/2011, *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011"*, ove tra l'altro all'All. 17 si indicano gli interventi socio-sanitari a sostegno della famiglia.

- La d.g.r. n. 1388/2011, *"Determinazioni in ordine all'assegnazione alle ASL delle risorse per le funzioni dei Dipartimenti delle Dipendenze relativamente alle attivita' di prossimita'"*.

- La d.g.r. n. 1999/2011, *"Indicazioni operative per l'attuazione delle azioni sulla prevenzione dei comportamenti di abuso di alcol e droghe"*, prevede la presentazione, da parte di tutte le Asl, di un piano di Prevenzione, redatto in collaborazione e continuità con i Piani Territoriali di Asl/Piani di Zona.

P.A. BOLZANO

I Servizi per le Dipendenze (in Alto Adige definiti SER.D) che negli anni hanno investito molto nel lavoro di rete inteso non solo come collaborazione ma condivisione di responsabilità tra Servizi, si sono ben integrati con il territorio attraverso una stretta collaborazione con i Servizi sanitari e sociali pubblici, con le Istituzioni private convenzionate e di Volontariato. In particolare hanno rafforzato la collaborazione con i medici ospedalieri, i medici di medicina generale ed i Centri di salute mentale, hanno aumentato le offerte trattamentali e le occasioni di accesso ai trattamenti con una maggiore attenzione al processo diagnostico, al monitoraggio, verifica ed eventuale riparametrazione dei protocolli di intesa e operativi, alla supervisione clinica sul caso e sul processo di presa in carico e progettazione dei trattamenti psico-socio-sanitari.
L' Ambulatorio di Alcologia presso l'Ospedale di Bolzano ha proseguito l'attività di consulenza psicologica con utenti degenti per patologie riconducibili ad abuso/dipendenza da alcol, su richiesta dei medici dei singoli reparti di degenza.
In generale la presa di contatto con i Servizi ambulatoriali, nella maggioranza dei casi, è avvenuta tramite la segnalazione dei reparti di medicina e di psichiatria degli ospedali, del medico di base o specialista ma anche del datore di lavoro, diverse persone si sono presentate su pressione dei familiari, altre volontariamente.
Al fine di coordinare, valutare e organizzare in modo adeguato i diversi trattamenti c'è stata l'implementazione del sistema informativo informatizzato denominato *"Ippocrate"* attivato all'interno di tutti i Servizi per le Dipendenze dell'Alto Adige incluse alcune associazioni private convenzionate.
Alcune iniziative realizzate da alcuni Servizi mirate alla qualità:

- verifica dei protocolli operativi sulla qualità degli interventi;
- attivazione di protocolli di intesa mirati all'implementazione del lavoro di rete tra Servizi;
- verifica e valutazione della qualitá del Servizio attraverso l'applicazione di adeguati indicatori, degli esiti degli accessi presso strutture di ricovero e della capacitá di "ritenzione" del Ser.D.;
- attivazione di ricerca sulla soddisfazione del cliente in collaborazione con apposita agenzia;
- creazione e partecipazione a diversi gruppi di lavoro e di consulenza per il miglioramento della gestione dei progetti terapeutici e socio-riabilitativi;
- presenza di:
    - Consultorio per le alcoldipendenze presso due strutture di ricovero ed ambulatori distaccati presso le valli del territorio di competenza del Comprensorio Sanitario Merano;
    - ambulatori Ser.D con accesso differenziato per consulenze a giovani e famiglie e per il trattamento di fumatori da tabacco e di giocatori d'azzardo;
    - area all'interno del Ser.D di Merano dedicata alla Prevenzione selettiva denominata "STEP" che mira ad intervenire sul soggetto, i relativi familiari o gruppi di soggetti in situazione di rischio di uso-abuso di sostanze, alcol incluso.

P.A. TRENTO

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

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

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

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

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

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

REGIONE VENETO

- Nel 2011 il 23% degli utenti di Algologia del Veneto è costituito da persone che si sono rivolte per la prima volta a questa tipologia di servizi. Questo dato dimostra quanto sia sviluppato e attrattivo il sistema di cura della dipendenza da sostanze alcoliche in questa area.

- Dal punto di vista organizzativo, le Unità Operative Alcologiche fanno parte di un più ampio sistema dei Servizi per le Dipendenze che, nella Regione Veneto, è rappresentato dal Dipartimento per le Dipendenze: ciascuna Azienda Unità locale socio sanitaria ha istituito il Dipartimento secondo le indicazioni e le linee tecniche regionali.

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

- La totalità dei Dipartimenti per le dipendenze prevede un accesso libero ai Servizi di algologia negli orari di apertura previsti, è molto frequente anche l'utilizzo di un sistema di accesso programmato su prenotazione di un appuntamento.

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

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

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

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

- La rete alcologica si compone inoltre di altri soggetti tra cui gli operatori presenti nei Comuni, le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, le Forze dell'Ordine, il volontariato e il privato sociale, i Medici competenti aziendali, le parrocchie, ecc.

- L'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali è favorito quindi in molteplici forme, con un'ampia pubblicizzazione delle proposte. Le modalità più diffuse riguardano la presentazione della Carta dei Servizi aziendali, la realizzazione di opuscoli informativi delle attività dipartimentali, l'organizzazione e la partecipazione ad incontri di aggiornamento e di formazione, la predisposizione di Piani di Zona rivolti a target diversificati di popolazione.

REGIONE FRIULI -VENEZIA GIULIA

Prosecuzione dei lavori del Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol in seno alla Direzione Centrale della Salute e delle Politiche Sociali, formato dai rappresentanti dei Servizi pubblici, delle Associazioni di volontariato e delle Università della Regione autonoma FVG.

REGIONE LIGURIA

- I Nuclei Operativi Alcologia (NOA), aperti presso tutte le Aziende Sanitarie Locali della Liguria a seguito della Legge 125, sono punti di offerta trattamentale specifici riguardo all'alcoldipendenza ed ai problemi alcolcorrelati. Tali punti di offerta sono per lo più dislocati in luoghi diversi dall'ubicazione del locale Ser.T di riferimento. Le azioni di diagnosi e terapia si svolgono di norma su appuntamento, durante le ore di apertura del servizio, mentre le attività domiciliari o consulenze presso altri ospedali sono programmate.
All'interno dei NOA sono stati predisposti servizi di trattamento in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura. Tutti i servizi delle dipendenze prevedono un accesso libero agli utenti con patologie alcol correlate negli orari di apertura attraverso un primo contatto che viene gestito dall'equipe multiprofessionale.
Nella maggior parte dei NOA, per far fronte alla domanda, vi è stato un incremento del personale.

- E' stato avviato un nuovo assetto organizzativo della Rete alcologica dell'area metropolitana di Genova sulla base della moderna impostazione "ecologico sociale".
La rete è intesa come una realtà "operativa" che attraversa tutto il campo socio-sanitario ed il territorio nel suo complesso, attraverso la sensibilizzazione e l'attivazione di tutta la società nelle sue diverse componenti rispetto ai problemi alcol correlati.

- Sono stati consolidati gli ambulatori alcologici presenti in ogni distretto migliorandone la qualità anche attraverso l'introduzione del trattamento con "acudetox" per la disintossicazione da alcol.

- Si sono rafforzate ed implementate le già presenti sinergie e convergenze con l'Alcologia dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST di Genova attraverso la condivisione degli obiettivi e dei trattamenti, pur mantenendo ognuno la propria autonomia e specificità.

- Un'altra priorità del lavoro di rete è stata evidenziata nell'integrazione con il territorio attraverso una stretta collaborazione con i Servizi Sociali Pubblici e Privati No-Profit e di Volontariato. Sono stati inoltre definiti obiettivi e progetti comuni al fine di migliorare la cooperazione con i Medici di Medicina Generale.

- A livello organizzativo è stato avviato un progetto che prevede l'introduzione del modello del *Case-management* nei percorsi clinici-assistenziali dell'utente afferente al Servizio delle Tossicodipendenze ed in particolare all'utente con problematiche alcol correlate. A tale scopo è stato attivato un corso di formazione specifico rivolto al personale infermieristico che prevede una seconda edizione nell'anno 2012 per ampliare il numero di operatori coinvolti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

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

- Il gruppo regionale *"Alcol e Cura"*, che si occupa di approfondire la riflessione in ordine all'area dei trattamenti, ha proseguito nell'elaborazione di un documento che affronti in modo organico i requisiti dei trattamenti residenziali e semiresidenziali per alcolisti, descritti per intensità di cura sul versante sanitario/ospedaliero e sul versante riabilitativo/assistenziale.

- E' stato programmato un incontro di condivisione e collaborazione con le realtà alcologiche gestite dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie e dagli Istituti di Ricerca e Cura a carattere scientifico presenti sul territorio regionale.
Con due di queste realtà, cioè con l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena e con l'Azienda Ospedaliera S. Orsola di Bologna, è in corso la stesura di un progetto integrato tra Azienda Ospedaliera e Servizi alcologici dell'Azienda USL, che prevede la messa in rete di risorse professionali, la gestione di percorsi di ricovero ospedaliero e di day hospital, consulenze reciproche e iniziative di ricerca e formazione congiunte.

REGIONE TOSCANA

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

- Consolidamento/ampliamento delle fasce orarie di apertura delle equipe alcologiche e della fruibilità di tali servizi attraverso la diversificazione dei locali.

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

- Delibera di Giunta regionale toscana n. 59 del 7 febbraio 2011, Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Unione nazionale Comuni Comunità Enti Montani (UNCEM) Toscana e Società della Salute Casentino, Colline Metallifere e Amiata Grossetana per la prosecuzione del progetto *"Montagna in Salute"*; con tale atto la Giunta regionale ha destinato Euro 240.000,00 per azioni di contrasto al disagio sociale e al rischio suicidario delle popolazioni montane legate in particolare all'uso e abuso di sostanze alcoliche.

REGIONE UMBRIA

- L'area dell'alcologia è stata inserita a pieno titolo nelle attività di sorveglianza epidemiologica per l'area delle dipendenze, che sono state attivate in maniera strutturata con deliberazione della Giunta regionale n. 1487 del 6/12/2011.

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

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

- Nel 2011 sono state adottate iniziative volte a migliorare la gestione clinica ed il monitoraggio dell'utenza dei servizi, attraverso l'inclusione dei servizi di alcologia nella rete informativa regionale per le dipendenze, attivata precedentemente con i servizi per le tossicodipendenze.

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

- I Servizi territoriali lavorano in rete con le Aziende Ospedaliere e con gli Ospedali di territorio, effettuando su richiesta consulenze nei diversi reparti di degenza.

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

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

REGIONE MARCHE

Sono state adottate diverse iniziative dai Servizi Territoriali per favorire l'accesso ai trattamenti sanitarie ed assistenziali per cercare di migliorarne la qualità.
La più significativa è che in tutti i Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche, sono stati attivati gruppi terapeutici di supporto e a volte anche di tutoraggio, guidati da psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali per garantire attività di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito dell'alcool dipendenza. Questi gruppi terapeutici spesso si avvalgono anche del supporto di Medici di Medicina Generale per la condivisione della presa in carico anche di pazienti già inseriti nei programmi ambulatoriali e residenziali.

REGIONE LAZIO

Sono state implementate sul territorio regionale strategie di accoglienza/presa in carico dei pazienti attraverso differenti modalità, quali ad esempio:

- capillare distribuzione di materiale informativo dei servizi presenti presso altri strutture territoriali e/o istituzioni presenti nelle diverse realtà (MMG,CSM,Municipi,scuole, etc.);

- protocolli operativi tra SerT e strutture ospedaliere;

- intese tra SerT e strutture del privato sociale;

- estensione orario di apertura servizi alcologici;

- maggiore presenza di equipe multidisciplinari.

REGIONE ABRUZZO

- I Servizi di alcologia della regione assicurano l'accesso ai trattamenti sanitari senza tempi di attesa.
Nei Ser.A della regione si è provveduto a promuovere l'attività di sensibilizzazione/informazione rivolte ad operatori socio-sanitari, alla popolazione generale e a target specifici (giovani).
In tutti i Servizi di Alcologia vengono curati i rapporti con i medici di medicina generale ed i Servizi del territorio, al fine di rafforzare la rete di Servizi a sostegno delle persone disagiate. Inoltre, sono ormai consolidati i rapporti di collaborazione con reparti ospedalieri finalizzati a garantire continuità terapeutica agli alcolisti ricoverati.

- Il 2011 ha fatto registrare anche la riapertura del Centro Diurno Terapeutico (CDT) di L'Aquila, con l'attivazione del trattamento intensivo, inserito nel più ampio programma riabilitativo a carattere semiresidenziale.

- Il Servizio di Chieti ha attivato uno specifico programma di sensibilizzazione e rieducazione per persone con problemi relativi alla guida in stato di ebbrezza, che prevede la frequenza di un gruppo psico-educativo oltre a colloqui alcologici e controlli ematochimici degli indicatori di abuso alcolico e settimanalmente si tiene un gruppo educativo indirizzato a persone con consumo problematico di alcol.

- Presso il Ser.T di Vasto è stata attivata la presa in carico immediata per particolari target di abusatori: utenti dimessi dai reparti ospedalieri, genitori con segnalazione urgente dei servizi sociali comunali, minori, donne in gravidanza, collaboratori di giustizia.

REGIONE MOLISE

- I Servizi per le dipendenze patologiche hanno garantito l'accesso facilitato "a bassa soglia" e proseguito l'attività di collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i reparti Ospedalieri per favorire la conoscenza del Servizio ai pazienti e ai loro familiari.

- I trattamenti realizzati hanno tenuto conto delle risorse individuali, familiari e ambientali allo scopo di inibire l'uso di sostanze e di migliorarne la qualità della vita nel suo complesso. Gli obiettivi dell'intervento sono stati quindi la presa in carico globale dei disturbi e delle problematiche presentate, la messa a punto di trattamenti integrati e personalizzati sulla base della precedente lettura dei bisogni, effettuata con una valutazione multidisciplinare e l'inserimento in gruppo di auto-mutuo-aiuto per gli alcolisti in trattamento.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 1 Centro
- Raggiungimento in tutti i Ser.T. della ASL di un livello uniforme di prestazioni relative alla presa in carico degli utenti alcolisti. Tale obiettivo è stato raggiunto in quanto sono state uniformate le procedure di accettazione a bassa soglia e di pronta presa in carico.
- Abilitazione delle strutture intermedie diurne e residenziali nel corso del 2011 all'accoglienza di alcoldipendenti nei programmi socio-riabilitativi con la recente organizzazione di un modulo specifico di breve residenzialità presso il Centro sovradistrettuale Palomar rivolto anche ad alcolisti in trattamento.

ASL Napoli 2 Nord
- Progettazione di uno sportello unico ad integrazione socio-sanitaria per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti alcoldipnedenti, fondato sulla sinergia tra l'U.O.S. di Alcologia, il Piano di Zona e il privato sociale.
- Prosieguo dell'attività del Numero Verde in collaborazione con le Associazioni di volontariato locali.
- Cura della qualità degli standard operativi del personale con l'organizzazione di momenti formativo-riqualificativi per gli operatori.
- Attività di Counseling per la vasta fascia di utenti che non si riconoscono problematici e che non sono motivati al trattamento.

ASL Napoli 3 Sud
- Sviluppo dell''attività dell'Unità di Alcologia che opera all'interno della struttura complessa di Somma Vesuviana.
- Intensificazione dell'attività di un Gruppo di lavoro permanente con i Medici di Medicina Generale per la presa in carico ed il trattamento di pazienti alcolisti nei distretti sanitari.
- Pubblicizzazione delle attività della Linea A (Centro di Ascolto per le problematiche alcologiche) sita presso l'Unità Psicosociale di Nola con finalità di ascolto, informazione e prevenzione.
- Protocollo d'intesa tra l'Unita Operativa Semplice Polidistrettuale di Alcologia e il reparto di Medicina Generale dell'Ospedale S. Maria della Pietà di Nola per la presa in carico e la riabilitazione post-degenza dei pazienti ricoverati per patologie e problemi alcolcorrelati (PPAC).
- Prosecuzione delle attività dell'U.O. di Alcologia presso il SerT di Castellamare di Stabia con ambulatorio multidisciplinare anche per l'erogazione a carico del SSN di farmaci antabuse o anticraving.
- Stabilizzazione del protocollo operativo tra il Servizio di Alcologia del SerT e l'UOC di Medicina Generale di Castellamare di Stabia – plesso Ospedaliero di Gragnano.
- Collaborazione con la Commissione Patenti per la presa in carico di persone sanzionate ai sensi dell'art 186 del Codice della Strada.

ASL Caserta
- L'attività del settore di Alcologia ha registrato un incremento del 2% dell'utenza rispetto all'anno precedente, in particolare della componente di sesso femminile.
- Assistenza al nucleo familiare di pazienti con problemi alcolcorrelati al fine di prevenire comportamenti disfunzionali.
- Collaborazione con l'associazione "Amici di Leo" per l'accoglienza di persone alcoldipendenti senza supporto familiare in fase di intossicazione acuta che sia propedeutica all'inserimento successivo in un percorso riabilitativo.
- Collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e i Reparti Ospedalieri di Medicina Generale per l'attuazione di protocolli di cura nei casi di comorbilità psichica e complicanze somatiche.
- Collaborazione con i Medici Competenti per i programmi di individuazione di lavoratori con problemi alcolcorrelati.
- Collaborazione con la Commissione Patenti per programmi riabilitativi ai sensi dell'art. 186 e 187 del Codice della Strada.
- Collaborazione con gli Uffici Giudiziari per la riabilitazione delle persone con problemi alcolcorrelati attraverso i lavori di pubblica utilità (LPU) .
- Interventi di presa in carico di cittadini immigrati dai paesi dell'Est europeo ed extra comunitari con problemi alcol/droga-correlati nell'ambito del progetto *"Task Force immigrati"* finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

ASL Salerno
- Stabilizzazione della collaborazione tra le UUOO SerT e la Commissione Locale Patenti per programmi di valutazione e diagnosi e trattamento e di psico-educazione nel caso di problemi correlati all'uso di alcol durante la guida.(art.186 del Codice della Strada.).
- Attività di segretariato sociale territoriale di ascolto e prevenzione del SerT di Cava dè Tirreni nella Costa d'Amalfi in coordinamento con le Amministrazioni locali.
- Presenza dell'Unità Mobile SerT sul territorio per interventi di primo contatto a ridosso dei luoghi del divertimento nei week end.
- Incremento degli accessi all'Ambulatorio di Alcologia del SerT di Salerno grazie alla presenza di un'équipe multiprofessionale dedicata.
- Organizzazione delle prestazioni ambulatoriali dei SerT nell'ambito ex SA3 in base ai criteri della presa in carico multimodale.
- Prestazioni finalizzate al monitoraggio dell'assenza di alcoldipendenza in lavoratori con mansioni a rischio.
- Attività di consulenza dei SerT con Ospedali, Casa Circondariale (Vallo, Sala Consilina, Sapri).

ASL Benevento
- Erogazione di assistenza clinico-farmacologica continuativa in spazi dedicati alla presa in carico di utenti alcol dipendenti nei tre SerT presenti nell'ASL.
- Assistenza dei detenuti alcoldipendenti presso la Casa circondariale di Benevento a cura del SerT del comune capoluogo.

ASL Avellino
- Consolidamento dei programmi di collaborazione con i Club Alcologici Territoriali, i Piani di Zona, i medici di MMG, l'Ospedale, le Case di cura e le Comunità Terapeutiche per favorire la presa in carico di persone e famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi.

- Collaborazione dell'U.O.S. di Alcologia con l'U.O. di Medicina Legale e la CMLP di Avellino per l'inserimento nei programmi di riabilitazione alcologica dei soggetti sanzionati ai sensi dell'Art. 186 del C.d. S, diagnosticati come persone con PAC.

REGIONE PUGLIA

- E' operativa, sul territorio regionale, ormai da anni, una fitta rete di interconnessioni tra Servizi Sanitari territoriali e Ospedalieri, il mondo della scuola, del privato sociale, delle Agenzie Educative Territoriali (*Caritas Diocesane*), dei Servizi Sociali e del Ministero della Giustizia.
La presa in carico e il trattamento degli alcolisti e dei loro familiari è effettuata, in quasi tutti i Ser.T. della Regione, da specifiche qualificate Equipe multidisciplinari in grado di rispondere, in modo adeguato e in tempo reale, ai bisogni dei soggetti sia dal punto di vista farmacologico che con interventi psico-sociali e di sostegno.
In alcune AA.SS.LL. tutti gli interventi relativi al trattamento della dipendenza alcolica e delle patologie alcol correlate sono state centralizzate in una unica Unità Specialistico-Funzionale il cui personale è esclusivamente dedicato alla cura della dipendenza alcolica.

- Negli anni si è notevolmente potenziata una forte e sinergica modalità di collaborazione con i Presidi Ospedalieri al fine di motivare e facilitare la prosecuzione del trattamento con la presa in carico presso i Ser.T., dei pazienti visti in consulenza durante i ricoveri.

- Costante e qualificante è la collaborazione, sempre più stretta, con i medici di medicina generale, che assicura invii precoci dei soggetti affetti da patologia di abuso da alcol.

- Significativa è, in alcune specifiche realtà territoriali, la realizzazione di modalità di terapie di gruppo (sostegno alla sobrietà e *social skill training*) con finalità riabilitative e di prevenzione della ricaduta.

- Dai dati statistici annuali relativi al settore alcoldipendenza, compilati dai 55 Ser.T della regione, emerge che, nel 2011, il numero complessivo dei soggetti alcolisti che si è rivolto ai Ser.T è stato di n. 2326; di questi i nuovi utenti sono pari a n. 615 (n. 488 maschi e n. 127 femmine), con un'incidenza del 26%, in calo rispetto agli ultimi anni.

REGIONE BASILICATA

Ex-ASL 3 Lagonegro
Adeguamento agli standard ed alle proposte formulati dalla Commissione mista ASL-Tribunale per i Diritti del Malato.

Ex-ASL 2 Villa d'Agri
- Conferma "tempo zero" di attesa del Ser.T. di Villa d'Agri per l'accoglienza, la presa in carico e l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali all'utenza.
- Collaborazione alle attività del Centro di Riabilitazione Alcologica di Chiaromonte-ASP per ricoveri.
- Attuazione "Progetto Qualità" del Servizio con somministrazione all'utenza di questionari riguardanti la qualità percepita del servizio.

Ex-ASL 1 Venosa
- Lista di attesa di max 7 giorni.
- Possibilità di intervento sanitario e psicoterapeutico.

Ex-ASL 2 Potenza
- Consolidamento della rete alcologica assistenziale e di supporto che vede coinvolti: il Ser.T., il C.R.A. di Chiaromonte, i medici di medicina generale, i reparti di medicina generale, i CAT e gli A.A e i servizi sociali comunali.
- Incontri di informazione e sensibilizzazione presso diverse scuole.

REGIONE CALABRIA

- Le Aziende Sanitarie Locali hanno adottato strategie volte a favorire l'accesso dei soggetti con problemi alcol correlati al trattamento presso il Servizio di Alcologia; attraverso campagne di sensibilizzazione.

- Le azioni realizzate nell'anno 2011 dalle ASP calabresi riguardano la collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i reparti dei Presidi Ospedalieri ricadenti sul territorio regionale che si occupano dei pazienti con patologie alcolcorrelate.

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

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

REGIONE SICILIA

- Nel corso dell'anno 2011 sono state realizzate azioni di coinvolgimento dei Medici di Base attraverso l'elaborazione di materiale informativo che è stato distribuito presso gli studi medici degli stessi.

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

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

REGIONE SARDEGNA

- La Regione svolge attività di monitoraggio sulla continuità dell'apertura degli ambulatori alcologici, almeno una volta alla settimana presso tutte le ASL della Regione. Inoltre verifica la continuità delle attività di spazi dedicati agli adolescenti con apertura pomeridiana almeno una volta alla settimana in tutte le ASL della Regione.

- Le Aziende svolgono attività di consulenza nei contesti socio-sanitari in cui si è presentato un problema alcol-correlato (reparti ospedalieri, servizi sociali del Comune, Strutture protette ecc..).

- In alcune ASL sono operativi gruppi specializzati nei problemi alcol correlati, con sede diversificata dai Ser.D aziendali, al fine di favorire l'accessibilità agli utenti che trovano difficoltà a recarsi nei Ser.D..

- Presso ciascun sito aziendale sono disponibili indicazioni relative alle modalità di accesso ai Servizi alcologici.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

E' stato organizzato un incontro con le famiglie dei pazienti in carico. L'incontro ha avuto la finalità di offrire ascolto ai bisogni e difficoltà delle famiglie e dare informazioni sulla modalità di presa in carico del Servizio. Tale offerta è da intendersi in integrazione con quella dei Gruppi Al-anon e CAT.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE:

- Progetto *"I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali"*. È la Linea progetto (L.2.1.2.) del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. Il programma prevede azioni "a cascata" tali che da una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i "moltiplicatori dell'azione preventiva", ad opera degli stessi operatori sanitari formati, che a loro volta dovranno attivare interventi info-educativi nei due contesti individuati: aggregativi e formativo-educativo.

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

- *"Guadagnare salute in adolescenza"*, coordinamento nazionale del progetto che in ambito alcologico insiste su due aree:
1) Prevenzione Incidenti Stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica: *"Insieme X la Sicurezza"*, al quale aderiscono 13 regioni.
2) Progetto di Prevenzione Selettiva nei luoghi del divertimento e dell'intrattenimento tramite l'utilizzo di Unità Mobili, per la riduzione dell'uso/abuso di alcol: *"Safe Night – Piemonte"*.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

ASL TO1

- *Dispensario alcologico ambulatoriale* – Si tratta di una iniziativa periodica del Servizio Alcologia orientata all'informazione /formazione di pazienti e famigliari sui seguenti argomenti: la salute, l'alcol (cos'è – cosa fa), i problemi sanitari alcol correlati, la famiglia, alcol e società, alcol e cinema, le associazioni di volontariato, gruppo discussione finale.
- *Progetto " Un modo di vivere"* – In collaborazione con le Associazioni Club Alcologici Territoriali Torino Centro e Torino Sud. L'iniziativa, finanziata dal Piano Locale del Dipartimento Patologia Dipendenze Est, ha coinvolto due istituti scolastici di media inferiore. In entrambe le scuole si è individuata una classe per un'attività di sensibilizzazione rivolta a ragazzi, genitori e insegnanti.

ASL TO2

- Prosecuzione dell'intervento di prevenzione nelle scuole medie superiori "*Alcol e guida*", che nell'anno scolastico 2010/2011 ha consentito di raggiungere 775 studenti con il coinvolgimento degli operatori del Servizio di Alcologia e l'utilizzo di strumenti didattici interattivi e multimediali.
- Corso "*Approccio socio-occupazionale ai problemi correlati ad alcol e ad altre sostanze d'abuso*" organizzato dal Servizio di Prevenzione e Protezione ASL TO2.
- "*Vian*", intervento nelle scuola media di primo grado rivolto a insegnanti e studenti sul tema delle dipendenze lavorando sulle *life Skills*.
- Intervento nella scuola superiore "Casa di carità Arte e Mestieri" sul tema della dipendenza, alcol compreso, rivolto ad insegnanti e studenti, con progetti di *peer education e di media education.*
- Prosecuzione del Progetto Itinerante Notturno (PIN) - Prevenzione dei rischi correlati all'uso di sostanze stupefacenti e alcol nei luoghi del loisir notturno a Torino.

Obiettivi: Incontrare la popolazione target nelle situazioni ricreative e di divertimento; informarla sui rischi legali e sanitari connessi all'uso di sostanze stupefacenti e alcol, sulle malattie sessualmente trasmesse (MTS), sui servizi socio-educativi e sanitari presenti in città; avvicinarla ai servizi preposti nel caso di consumo problematico; fare ricerca attraverso strumenti diversi con l'obiettivo di indagare gli stili di consumo e la razionalizzazione dei rischi.

ASL TO3

-*"Alcol Stop - Licenza di guida responsabile"*, progetto di durata biennale che coinvolge le classi quarte e quinte superiori (target: patentandi e/o neo-patentati). Obiettivo: far acquisire conoscenze, atteggiamenti e comportamenti responsabili alla guida atti a prevenire gli incidenti stradali.
- Prosecuzione del progetto *"Cambiamo Marcia"*, percorso di gruppo di tipo informativo e di sensibilizzazione sulle conseguenze dell'uso di sostanze alla guida e nei diversi ambiti di vita. Il progetto è nato dalla necessità di proporre un percorso motivazionale e di promozione della salute alle persone segnalate dalle istituzioni

(prefettura, commissione patenti, ecc.) per guida sotto l'influenza dell'alcol (art. 186 C.d.S.) o sostanze stupefacenti (art. 187 C.d.S) e/o per detenzione di sostanze (art. 75 L. 309/90).
- *"Operazione Buona Notte"*, attuazione di interventi nei luoghi di ritrovo serali e notturni dei giovani con il duplice obiettivo di presidiare e conoscere il territorio dal punto di vista del mondo del divertimento giovanile e di fornire informazioni su alcol (e altre sostanze psicoattive) ed effetti sulla salute e sulla guida. Il bacino di utenza comprende tutti i giovani di età compresa tra i 16 e i 30 anni, che si ritrovano nel tempo libero sul territorio dei tre distretti del Pinerolese.
- *Mese di prevenzione alcologica*: la S.C. Ser.T. Pinerolo da circa 10 anni organizza ogni anno manifestazioni in piazza e serate informative per la cittadinanza con l'obiettivo di migliorare il livello di conoscenze relativo ai rischi connessi all'uso di alcol. Tale iniziative vedono la collaborazione con le istituzioni del territorio (Polizia stradale, Polizia municipale, CRI, Istituti professionali) e con i soggetti del terzo settore (comunità terapeutiche e associazioni di volontariato locali).
- Prosecuzione del *Progetto "Ti Vuoi bene? Scegli la strada della Sicurezza"*, attivato nel corso dell'anno scolastico 2009-2010, è rivolto ai ragazzi di età compresa tra 14 e 18 anni che frequentano le scuole professionali. L'obiettivo è quello di favorire l'acquisizione delle conoscenze utili ad incrementare le capacità critiche rispetto al consumo di bevande alcoliche e rischi connessi alla guida; favorire lo sviluppo di una corretta percezione dei limiti e del rischio evitabile; promuovere l'adozione di comportamenti e stili di consumo salutari.
- *Progetto "Vivi la notte"*, attivazione di interventi di contrasto dei comportamenti legati all'uso di sostanze psicoattive e alcol alla guida. Vivi la Notte è un intervento di sensibilizzazione sui temi della prevenzione degli incidenti stradali causati dall'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, rivolto agli adolescenti e ai giovani del territorio, ma anche rivolto indirettamente a tutta la comunità locale, associazioni, agenzie educative, locali notturni, famiglie, adulti. Fa parte della rete Safe Night.

ASL TO4
Prosecuzione di interventi di prevenzione, nel contesto scolastico, territoriale, in occasioni aggregative e di socialità giovanile. In alcune progettazioni la prevenzione è realizzata non in modo settoriale sulla sostanza alcol, ma in forma più ampia e mirata a tutte le forme di abuso e dipendenza (*Progetti "Adolesco", "Invisibile elefante", "Unplugged" "Sommergibile", "Locomotiva"*).

ASL CN1
- *TAT* (tempo al tempo) attraverso interventi in contesti formali (luoghi di aggregazioni) e informali (feste di paese, eventi musicali, ecc.) offre uno spazio di riflessione sui comportamenti a rischio tra cui l'alcol, per l'alcol è prevista la somministrazione di alcol test su richiesta dell'interessato.
- *Pronti a ripartire!* Interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di "incidenti sulla strada", causati in particolare dagli effetti dell'alcol nei conducenti di veicoli a motore.

- *Progetto SP.INT.A info (spazio informativo azione interattiva).* Attività di prevenzione rivolta agli studenti delle terze classi della scuola media superiore del territorio.

ASL CN2
- *Progetto "Bar"* (Bevi Alcol Responsabilmente), progetto di Prevenzione in collaborazione con la Cooperativa Girotondo. Prevede interventi nei luoghi di consumo coinvolgendo gestori di locali, produttori di vino, forze dell'ordine e servizi sanitari. Il progetto si propone di lavorare sulla cultura del consumo di alcol introducendo alcuni interventi di protezione della salute nei contesti di divertimento.
- *Centro di Documentazione Steadycam.* Nel corso dell'anno 2010 e dell'inizio dell'anno 2011 gli operatori del Centro hanno svolto attività di consulenza per 36 richieste da Enti diversi del territorio nazionale relative ai temi del consumo di alcol.

ASL VC
Nell'ambito del Piano di Prevenzione Locale ASLVC 2010-2012, sono state avviate iniziative di promozione della sicurezza stradale caratterizzate dallo sviluppo di sinergie tra gli Enti istituzionali preposti, il volontariato e i cittadini competenti, con il coinvolgimento dei diversi stakeholders interessati al tema della "guida responsabile e sicurezza stradale" e dei "moltiplicatori dell'azione preventiva" che operano sia in contesti educativi che aggregativi.

ASL VCO
Progetti di prevenzione sia nelle scuole: *"Viaggiare Informati"*, *"Chi non risica"*, sia sul territorio e nei luoghi del divertimento: *"Sicura la notte"* e *"Sicurezza in festa"*. Inoltre "P*rogetto Autoscuole"*.

ASL BI
– Organizzazione di incontri con gli alunni delle scuole secondarie di primo e secondo grado. Prosecuzione dei corsi di formazione per insegnanti secondo la metodologia *"Unplugged"*. E' proseguita l'attività di prevenzione su alcol e incidenti stradali in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione ASL BI che ha coinvolto le scuole, la protezione civile, le associazioni di volontariato del territorio biellese.
- Progetto *"Safer-Tour"*, curato dagli operatori del *"Drop in"*, finalizzato alla sensibilizzazione delle fasce giovanili ai comportamenti a rischio relativi all'uso di alcol.
- Continua la distribuzione dell'opuscolo informativo dal titolo *"Alcol: sai cosa bevi?"* che al suo interno racchiude argomenti inerenti agli effetti dell'alcol sull'organismo, sulla guida, sul luogo di lavoro e sulla famiglia. In tale opuscolo sono altresì indicati i riferimenti e gli orari di accesso dei servizi di alcologia dell'ASL di Biella. Tale materiale viene consegnato ai pazienti durante il loro primo accesso al Servizio.

ASL AL
- *Progetto "Creativamente senza alcol"* rivolto agli studenti delle Scuole primarie. L'obiettivo è di incrementare il livello di conoscenze sulle sostanze alcoliche (effetti

acuti, patologie correlate), sensibilizzare sugli effetti dell'alcol alla guida e il codice della strada.
- *Progetto "Traballo"* : Realizzazione di una strategia di prevenzione e di riduzione del danno rispetto al consumo ricreazionale di sostanze stupefacenti e alcol da parte dei fruitori del divertimento notturno e non, promuovere stili di vita sani tra i giovani frequentatori dei locali da ballo; monitorare i fenomeni legati al consumo di sostanze psicoattive e alcol nel mondo del divertimento notturno giovanile.
- *Guida e alcol* : percorso formativo per insegnanti
- *"Bacco, Tabacco e Salute"*: conferenze, interventi comunicativi e di counseling su alcol e fumo.
- *Drink no Al-cool*: Scuole secondarie di I° e II° grado
- *Raccontami una storia*: Scuola elementare.
- *Mettiamoci in gioco:* Progetto di *peer education*, Scuola secondaria di I grado.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

Centro CUFRAD:
- *"Progetto Radio"*, progetto di prevenzione dei problemi e delle patologie alcol-correlate che consiste in trasmissioni radiofoniche sulle suddette tematiche con la partecipazione di psicologi.
- *Progetto: "Alcol accoglienza ambulatoriale"*, accoglienza e orientamento ambulatoriale di soggetti con problematiche correlate al consumo di alcol.
- *Progetto via internet: "news su alcolismo e problemi alcol-correlati"*, news quotidiane su alcologia e patologie alcol-correlate redatte da psicologi.

Associazione ALISEO Onlus:
- *Progetto "Cambia lo stile oltre le marce"*. Incontri di informazione-prevenzione presso alcune scuole guida del territorio di competenza all'interno del progetto del Comune di Torino *"Torino, da Città a Comunità 2"*, al fine di sensibilizzare i giovani, che si accingono a prendere la patente, sulle tematiche alcol correlate e sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol.
- *Progetto " – Sballo + Scuola"*. Rivolto a insegnanti e studenti delle Scuole Secondarie inferiori del Comune di Rivalta di Torino. L'obiettivo è stato quello di fornire informazioni corrette rispetto all'uso di alcol ma anche di potenziare e fortificare competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni della vita (*life skills*).
- *Interventi di prevenzione* realizzati in collaborazione con Università della Strada del Gruppo Abele per un progetto rivolto a Istituti di Arte e Mestieri della provincia di Torino. Gli interventi hanno coinvolto ragazzi tra i 14/17 anni e uomini/donne tra i 17/50 anni (scuole serali). L'obiettivo è stato quello di aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol e fornire informazioni corrette.
- *Interventi di prevenzione* realizzati in Istituti Professionali di Torino. Gli interventi hanno coinvolto ragazzi delle scuole superiori. Obiettivi degli interventi: a) Aumentare consapevolezza rispetto al rischio di uso/abuso di alcol e fornire informazioni corrette;

b) Riflettere sui messaggi scorretti che la pubblicità ci trasmette e come questi influenzano i nostri atteggiamenti, valori e scelte, stimolando in tal modo un senso critico.

REGIONE LOMBARDIA

- L'Osservatorio Regionale Dipendenze ha visto nel 2011 il trasferimento ad Eupolis, ente regionale, il coordinamento di tutti gli osservatori regionali. La rete degli osservatori territoriali (Tavolo Tecnico degli Osservatori Territoriali – uno in ogni Dipartimento Dipendenze) permette il monitoraggio dei cambiamenti e consente di comprendere le possibili evoluzioni del fenomeno, al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento.
Il Tavolo Tecnico Regionale Osservatori, ha lavorato per l'adeguamento dei sistemi allo standard SIND.
Nell'anno 2011 sono proseguite le attività iniziate nell'anno precedente:

- *"Unplugged"*, con il programma di prevenzione scolastica per ridurre il consumo di: fumo, alcol e droghe.
- *"Insieme per la sicurezza – moltiplichiamo le azioni preventive"*, con informazioni e incontri per favorire la diffusione della cultura sulla sicurezza stradale, attraverso la riduzione dei comportamenti a rischio tra i quali il consumo di alcol.
- nelle scuole secondarie della Lombardia ha preso avvio la nuova strategia preventiva sull'uso delle sostanze lecite, quindi l'alcol, e illecite denominata *"LifeSkills Training Program"*.

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

- In Lombardia è in attuazione la ricerca HBSC *"Health Behaviour in School-aged Children"*, promossa dall'OMS e recepita dalla D.G. Famiglia, Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale in accordo con la D.G. Sanità. Viene realizzata dall'Osservatorio Regionale Dipendenze (OReD), in collaborazione con le A.S.L. e gli Uffici Scolastici regionali e provinciali.
L'iniziativa, mediante la somministrazione, ai ragazzi di età compresa tra 11-15 anni di questionari anonimi., ha lo scopo di fornire un'analisi dei bisogni e una radiografia del mondo visto dai giovani, col particolare riferimento all'uso e abuso di sostanze, compreso l'alcol. L'obiettivo è quello di sviluppare e promuovere delle iniziative educative di prevenzione sulle dipendenze.

P.A. BOLZANO

- Nell'anno 2011 è stato intensificato il lavoro di rete dei Ser.D e delle Associazioni private convenzionate con la partecipazione a progetti di prevenzione universale e selettiva attivi sul territorio da alcuni anni, nonché con interventi informativi e di sensibilizzazione alla popolazione e nelle scuole medie inferiori e superiori.

- E' proseguita la rilevazione degli accessi al pronto soccorso dell'Ospedale di Bolzano per intossicazione da alcol e/o altre sostanze psicoattive di giovani. Ai ragazzi giunti al Pronto Soccorso in stato di intossicazione alcolica acuta è stata inviata una lettera con una brochure informativa adeguata al target e con un invito a presentarsi ad un colloquio di approfondimento sull'evento. Rispetto agli anni precedenti si è rilevato un aumento della percentuale di risposta alla lettera inviata poche settimane dopo l'evento.

- La Provincia ha sostenuto l'attivitá del *"Forum Prevenzione"* con lo sviluppo di nuove offerte formative per genitori e per diversi target -giovani e adulti- su temi riguardanti sia l'educazione alla salute sia la prevenzione di comportamenti a rischio. In tale contesto nasce l'iniziativa *"Fare Feste"* per la quale è stato elaborato uno specifico manuale che fornisce idee e suggerimenti per una cultura della festa orientata al piacere e alla responsabilità.

- Nel Comprensorio di Bolzano la creazione del gruppo di lavoro sulla visibilità delle strutture "HANDS" nato per sensibilizzare la popolazione sulla tematica del "non-consumo", del consumo consapevole "a basso rischio" di alcol e per facilitare l'accesso dell'utenza all'Ambulatorio e alle strutture di Hands.

- Il Sito Internet www.hands-bz.it che descrive l'Associazione "HANDS" e le caratteristiche delle sue strutture trattamentali e il Telefono verde "Infoalcol". Queste iniziative hanno offerto un valido ed utile servizio per gli utenti che desiderino essere tutelati da un completo anonimato in una prima fase di contatto con il servizio al quale si sono rivolti chiedendo informazioni e chiarimenti per e-mail o telefonicamente.

- Il *"Progetto Mambo"* ha coinvolto l'ambulatorio "HANDS" in una collaborazione con tutti i servizi di rete che hanno compiti di intervento a tutela dei minori e sulle competenze genitoriali di utenti con problemi di dipendenza, con l'obiettivo di garantire la messa in atto di una prassi operativa condivisa tra i servizi sanitari specialistici e sociali territoriali;

- Presso il Comprensorio di Merano, creazione di gruppi di lavoro permanenti riferiti alle diverse aree individuate dal Piano per le Dipendenze Merano: Sicurezza, Prevenzione, Cura, Riabilitazione e Riduzione del Danno e di un gruppo di lavoro permanente denominato "Progettazione, Orientamento e Valutazione" a cui partecipano le diverse risorse presenti sul territorio per l'inserimento socio-lavorativo di rete.

P.A. TRENTO

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

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

- *Progetto scuole superiori*:
Interventi nelle scuole superiori da parte degli operatori dei Servizi di Alcologia.

- Progetto *"Unplugged":*
E' stato attivato questo progetto nel corso dello scorso anno dopo che la Provincia ha aderito alla proposta giunta dalla Regione Piemonte nell'ambito del Progetto "Guadagnare salute in Adolescenza". Si tratta di un Progetto Europeo che ha come scopo la prevenzione dall'uso di sostanze sia legali sia illegali da parte degli adolescenti, specialmente nella fascia scolastica dell'ultima classe delle scuole secondarie di primo grado e nelle prime di secondo grado. L'intervento di formazione, basato sulle "life skills", è realizzato con gli insegnanti che a loro volta lo attueranno in classe.

- Progetto *"Insieme per la sicurezza"*:
Anche questo progetto ha avuto la medesima genesi di "Unplugged", sempre nell'ambito del Progetto "Guadagnare salute in Adolescenza", e sempre con fondi della Comunità Europea. L'APSS ha aderito alle proposte giunte dalla Regione Piemonte e, nell'ambito di tale Progetto, ha attivato varie forme di sensibilizzazione sia nei luoghi del divertimento giovanile sia in quelli più specificatamente educativi, coinvolgendo anche le forze dell'ordine locali, le associazioni sportive, il volontariato del privato-sociale ed altre realtà educative in un'azione rivolta a favore di una maggiore presa di coscienza dei rischi sia del consumo di bevande alcoliche ma soprattutto del loro uso connesso alla guida.

- *Peer Education*: *"Progetto pilota":*
Il progetto pilota è inserito nel programma "Guadagnare Salute" ed ha come finalità quella di definire un progetto di *peer education* che, a partire dal contesto territoriale e di comunità, formi un gruppo di *peer educators* in grado di promuovere, in senso

generale, sani stili di vita e, nello specifico, prevenga scelte a rischio rispetto ad un argomento di salute da loro individuato all'interno del percorso formativo.

- Progetto *"Scommesse Impertinenti"*:
Con questo progetto si intende raggiungere gli adulti di riferimento (genitori dei ragazzi frequentanti tutti i livelli di scuole e della comunità, insegnanti ed altri educatori) attraverso l'organizzazione di momenti formativi e la diffusione del libro "Scommesse Impertinenti" dal quale era stato tratto l'opuscolo sopra citato.

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

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

REGIONE VENETO

- Per l'anno 2011 la Regione Veneto, non ha più reiterato il finanziamento alle Aziende Unità locali socio sanitarie a sostegno dei «*Piani di intervento in area dipendenze*» (Legge 309/90) che sin dal 1997 avevano interessato anche l'ambito alcologico. La durata dei Piani e, quindi, del relativo fondo regionale per la lotta alla droga, nell'ultimo decennio era passata da triennale ad annuale; tale modifica aveva già comportato un'importante ripensamento delle progettualità finanziate in base alla variabile temporale, sia di tipo operativo che di tipo valutativo gestionale.
Nonostante l'assenza di risorse finanziarie espressamente dedicate alla lotta alla droga, i Servizi alcologici nel 2011, sostenuti direttamente con fondi delle Ulss, hanno garantito alcune progettualità finalizzate alla prevenzione dell'abuso alcolico nel target giovani, alla diffusione di informazioni aggiornate e scientificamente corrette sui danni alcol correlati e al potenziamento delle "*Life Skills*", cioè quelle abilità cognitive, emotive e

relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale sia su quello sociale.

- L'ambito privilegiato dalle iniziative rimane quello scolastico, attraverso corsi di formazione e informazione per docenti, studenti, personale non docente e genitori, con la collaborazione dipartimentale tra Servizio pubblico e Terzo Settore, Enti locali, Scuole secondarie di 1° e 2° grado, Istituti universitari.

- Iniziative di prevenzione rivolte alla popolazione generale, mediante la strutturazione di percorsi di formazione e informazione relativamente agli effetti dell'uso e abuso di alcol, grazie alla collaborazione con le agenzie educative/formative del territorio: circoli parrocchiali, autoscuole, gruppi auto-mutuo-aiuto, A.C.A.T., Al-anon., A.A., associazioni di volontariato, Agesci, AIDO, FIDAS, CRI, associazioni sportive e aziende private. Momento privilegiato per tali attività rimane il mese di aprile dedicato alla prevenzione della dipendenza da alcol denominato «*Aprile mese di prevenzione alcologica*».

- Si sono avviate nel 2011, in termini sperimentali, programmi preventivi di comunità, che si propongono, tramite progettazione partecipata dei vari stakeholders di un dato territorio, di aumentare la consapevolezza per una Comunità di poter essere promotrice/fautrice della propria salute e della tutela innanzitutto dei propri giovani. Tali progettualità innovative danno particolare risalto alla tematica relativa agli effetti dell'uso di sostanze psicotrope, all'uso di alcol e al "binge drinking" nei diversi contesti di vita.

- In ambito informativo continuano ad essere organizzati dalle alcologie venete momenti di approfondimento e di aggiornamento sulla tematica delle intossicazioni acute e croniche, causate dall'abuso etilico e dalle principali sostanze psicotrope e sui relativi trattamenti d'urgenza, incontri dedicati espressamente ai Medici di Medicina Generale, in quanto attori di azioni di prevenzione secondaria.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Mese di prevenzione alcologica: distribuzione di materiale informativo, corso per gli alunni della Scuola alberghiera di Trieste, gara di produzione libera di cocktails analcolici.
- Interventi inerenti il problema alcol sulle frequenze di Radio Fragola e su RAI 1 regionale.
- Partecipazione attiva agli incontri per la stesura del Piano Aziendale di Promozione alla Salute.
- Partecipazione all'iniziativa *"Psicoattivo"* intervento di tipo formativo sul tema delle sostanze in 5 Istituti scolastici di Trieste.
- Partecipazione al Progetto *"competenze vita"* con l'Istituto Comprensivo Italo Svevo.

- Partecipazione al Progetto*"Unplugged"* per la prevenzione dei comportamenti a rischio, secondo il progetto Europeo EU – Dap, (programma per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe). Formati 37 docenti e coinvolte 14 classi Medie Inferiori.
- Partecipazione al progetto *"Paesaggi di Prevenzione"* e ai progetti regionali *"SicuraMENTE"* e *"Insieme per la sicurezza"*.
- Corsi informativi su *"alcol e guida"* rivolti alle persone con prima guida in stato di ebbrezza.
- Progetto *"Overnight"* nei luoghi di divertimento giovanile.
- Partecipazione attività territoriali ACAT.
- Costruzione e diffusione alle Ditte di un pieghevole su alcol e lavoro.
- Prosecuzione educazione alla salute all'interno del trattamento di gruppo per famiglie di alcolisti.
- Distribuzione a tutti i dipendenti delle aziende sanitarie della provincia di 4500 libretti su *"alcol e giovani"* forniti dall'I.S.S.

REGIONE LIGURIA

- Progetto *"La peer education della prevenzione dell'abuso di alcol"* presentato dalla ASL5 spezzino, rivolto ai giovani delle scuole secondarie superiori.
Nell'ambito del suddetto progetto, durante il 2011, sono stati formati *opinion leader* attraverso la creazione di un gruppo di formazione con la realizzazione di una serie di incontri fra operatori e ragazzi, con l'obiettivo di formare questi ultimi alla costruzione e alla proposizione fra i loro pari del messaggio educativo.

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

- Il Programma Salute e Benessere degli adolescenti prevede il coordinamento di diversi interventi già attivati o in via di attivazione nelle singole ASL, in merito al benessere dell'età adolescenziale. Esso comprende sette progetti specifici, in parte derivanti dalla programmazione interregionale nell'ambito di "GSA: Guadagnare Salute in Adolescenza" e dell'iniziativa interministeriale "Scuola e Salute" e in parte scaturiti da specifiche iniziative regionali.

I progetti, rivolti agli adolescenti, agli insegnanti, alle famiglie e agli operatori, sono incentrati sulla prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti e stili di vita correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol).

- Nel corso dell'anno 2011 è stata implementata una rete di contatti sulla sicurezza stradale (ACI, Regione Liguria, Scuole guida, Scuole del territorio).
Sono state effettuate iniziative di informazione/sensibilizzazione in collaborazione con l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST di Genova su problematiche alcol e guida sicura, rivolte alle scuole elementari e secondarie di primo grado. E' stata fatta inoltre attività di sensibilizzazione attraverso la partecipazione a seminari riguardo le problematiche relative ad alcol e lavoro.

- Nell'ambito di progetti regionali, sono state avviate attività di prevenzione dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, dai NOA e dalle strutture del privato sociale accreditato. Tali attività si sono svolte in luoghi aggregativi formali ed informali, nelle scuole, nelle discoteche, nonché durante le sagre cittadine ed i concerti.

- Nell'ambito del Forum Italiano Sicurezza Urbana, la Regione Liguria ha collaborato con le città di Livorno e di Bologna al progetto *"Non beviamoci la vita"* campagna di prevenzione nelle scuole cittadine sulla tematica alcol e guida.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Il Piano Regionale della Prevenzione è stato adottato con Delibera di Giunta Regionale n° 2071 del 27 dicembre 2010. Successivamente sono stati costituiti gruppi di lavoro per il coordinamento e il monitoraggio sull'attuazione del Piano. L'attività di promozione della salute riferita ai consumi di alcol è contenuta nel Capitolo *"Programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute"* in riferimento al Programma Nazionale Guadagnare Salute.
Ai diversi Istituti Scolastici della Regione vengono proposti differenti strumenti e percorsi per avviare e sostenere processi di salute.
Tra questi, si citano:

- il DVD didattico *"Paesaggi di Prevenzione"* che affronta gli stili di vita e i fattori di rischio attraverso approfondimenti legati alle diverse discipline scolastiche, in un contesto in cui si attivano tutti gli attori (il Dirigente, gli Insegnanti, gli Studenti).

- La sperimentazione di un modello di intervento sul contesto scolastico in tema di consumi di alcol messo a punto attraverso un progetto nazionale di ricerca coordinato dalla Regione Emilia Romagna. Il progetto prevede, tra l'altro, che l'Istituto condivida e adotti un regolamento di *"Scuola libera dall'alcol"*. Il progetto prevede inoltre il contributo attivo e diretto dei giovani studenti, anche con azioni di educazione tra pari, e l'utilizzo di più linguaggi espressivi (teatro, scrittura creativa, video ecc.).

- Il coinvolgimento di alcuni Istituti Alberghieri della Regione per la sperimentazione di un percorso culturale su alimentazione e alcol. Queste Scuole, infatti, hanno il duplice ruolo di realtà scolastica e di luogo di formazione per figure professionali che lavoreranno confrontandosi con l'alimentazione e le bevande, come ristoratori e barman.

- Una proposta ad alcuni Istituti di misurarsi, Insegnanti e Studenti, con il tema del consumo di sostanze stupefacenti legali ed illegali, facendo di questo tema un percorso culturale trasversale a diverse materie scolastiche da sperimentare nel prossimo anno scolastico. Questa proposta supera la tradizionale modalità di delegare ad esperti esterni sanitari la trattazione con gli studenti dei temi legati al consumo di droghe illegali e tiene conto del fenomeno diffuso tra i giovani del policonsumo.

REGIONE TOSCANA

- Delibera n. 217 del 04/04/2011: Azioni di promozione alla salute per l'anno 2011.
La Regione Toscana ha realizzato nel triennio 2008-2010 il progetto *"Di Testa Mia"*, coinvolgendo complessivamente oltre 300 ragazzi di età tra i 16 e i 20 anni che attraverso un bando di concorso hanno presentato le loro idee su come affrontare problematiche relative al benessere dei giovani ed in particolare la prevenzione e la riduzione dei rischi legata all'uso e abuso di sostanze alcoliche.

- Delibera n. 236 del 11/04/2011: Approvazione dei macroambiti di attività e dei criteri specifici per la concessione di contributi ex DGR 30/2009 e s.m. - annualità 2011.
I progetti e le iniziative ammesse a contributo devono essere coerenti con gli obiettivi e le azioni previsti dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

- Delibera n. 292 del 26/04/2011: Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010. Azioni di sostegno alle politiche territoriali nell'area delle dipendenze. Progetto *"Passaggio"* per la prevenzione e il recupero di soggetti con problemi di policonsumo alcol e cocaina.

- Delibera di Giunta regionale toscana n. 487 del 13 giugno 2011: Approvazione Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, le Aziende USL e il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana in materia di prevenzione e recupero di persone con problemi di dipendenza da sostanze legali (Alcol) e illegali.

- Delibera di Giunta regionale toscana n. 761 del 5 settembre 2011: Realizzazione di azioni di promozione, sostegno e coordinamento degli interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di sostanze alcoliche.

- Delibera di Giunta regionale n. 794 del 12 settembre 2011: Centro Alcologico Regionale (CAR), assegnazione risorse per l'anno 2011 all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi per l'assolvimento di funzioni regionali sulle problematiche alcolcorrelate.

- Delibera di Giunta regionale toscana n. 857 del 10 ottobre 2011: Progetti sperimentali di alta integrazione socio-sanitaria per soggetti tossico e alcoldipendenti a forte marginalità sociale.

- Delibera di Giunta regionale toscana n. 949 del 7 novembre 2011: Interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico e alcoldipendenti a forte marginalità sociale – approvazione accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Società della Salute di Firenze, Pisa e Livorno e il Coordinamento toscano Comunità di accoglienza.

- Delibera di Giunta regionale n. 950 del 7 novembre 2011: Azioni di sviluppo e consolidamento della rete dei centri di documentazione per le Dipendenze (RETECEDRO) – Approvazione Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, Azienda USL 7 di Siena, Azienda USL 8 di Arezzo, Provincia di Lucca.

- Delibera di Giunta regionale toscana n. 1232 del 27 dicembre 2012: Approvazione linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossico e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi alla detenzione.

- Decreto dirigenziale n. 1193 del 21 marzo 2011: Progetto Integrato Regionale per gli inserimenti lavorativi per soggetti con problematiche di tossico e alcoldipendenza.

- Decreto dirigenziale n. 4257 del 4 ottobre 2011 con il quale è stato approvato il progetto *"CON-TATTO"*.

- Decreto dirigenziale 4994 del 4 novembre 2011 con il quale è stato approvato il progetto *"Il divertimento, la ricerca del benessere e del piacere senza eccesso...il lavoro di rete per guadagnare salute"*.

- Decreto dirigenziale n. 6186 del 22 dicembre 2011 con il quale è stato assegnato alla Provincia di Pisa un contributo per la realizzazione del progetto *"Certe Notti"*.

- Decreto dirigenziale n. 6228 del 22 dicembre 2011 con il quale è stato assegnato al Comune di Firenze un contributo per la realizzazione del progetto *"Divertimento notturno sicuro...strategie per la riduzione dei rischi"*.

- Decreto dirigenziale 6231 del 22 dicembre 2011 con il quale è stato assegnato alla Cooperativa ZEFIRO di Lucca un contributo per la realizzazione del progetto *"PROSIT: promozione di stili di vita alternativi"*.

Tali azioni e progetti hanno consentito la realizzazione sul territorio regionale di:

- programmi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie di I e II grado;
- partecipazione ai gruppi territoriali di familiari e conoscenti con lo scopo di ampliare la conoscenza e la diffusione dei problemi e delle patologie alcol-correlate;
- interventi di sensibilizzazione rivolti a settori sociali particolarmente coinvolti nella prevenzione delle problematiche e patologie alcol-correlate, come Misericordia, Protezione Civile, ecc.;
- momenti di incontro e discussione rivolti alla popolazione generale per l'informazione e l'educazione sui danni alcol-correlati, organizzati in collaborazione con associazioni di volontariato presenti sul territorio;
- interventi di sensibilizzazione rivolti a settori professionali particolarmente coinvolti nella prevenzione e cura delle problematiche e patologie alcol-correlate (MMG, pediatri, neuropsichiatri infantili, operatori sanitari, pronto soccorso, ecc.);
- azioni di sensibilizzazione indirizzate verso target di fasce della popolazione maggiormente a rischio (soprattutto giovani, adolescenti, pre-adolescenti, donne in gravidanza, detenuti, neopatentati) con la collaborazione di altre agenzie formative (Università, Agenzia Regionale della Formazione, formazioni aziendali come Careggi-Firenze, Empoli, Pistoia, Lucca, scuole guida, ecc.), amministrazioni comunali, enti o associazioni (ACAT, Misericordia), esercizi commerciali (bar, pub, ecc.) e sportivi presenti sul territorio;
- gruppi di sensibilizzazione rivolti a utenti inviati dalla CML per rinnovo patenti;
- gruppi educativo-motivazionali rivolti alla popolazione generale e agli utenti del servizio;
- realizzazione e diffusione di materiale informativo (tradotto anche in altre lingue) diretto alla popolazione generale;
- realizzazione di materiale informativo sul tema delle conseguenze dell'alcol sulla guida.

REGIONE UMBRIA

Presso ciascuna ASL della Regione è stata costituita una Rete per la promozione della salute. E' stato definito un Accordo formale di collaborazione tra la Regione Umbria e l'Ufficio scolastico regionale per favorire iniziative volte a promuovere la salute nella popolazione giovanile, inoltre, sono seguiti accordi e protocolli interistituzionali di livello locale (sanità, comuni, istituzioni scolastiche, privato sociale).
Nel corso del 2011 sono state realizzate le seguenti attività:

- Progetto regionale *"Guadagnare Salute"*, con attività specifiche nei territori delle singole ASL.

- Attività con gli insegnanti di scuole di vario ordine e grado, secondo le metodologie dell'educazione socioaffettiva, delle life skills e della Peer education.
- Sono proseguite le attività dei centri di ascolto nelle scuole.
- Progetto *"Giovani e guida sicura"*: attività di formazione nelle scuole per il conseguimento dell'idoneità alla guida del ciclomotore e attività con le scuole guida.
- Organizzazione di momenti di confronto e di scambio tra le scuole, il territorio ed il mondo della sanità.
- Attivazione di iniziative e sportelli di ascolto sui problemi alcolcorrelati in contesti di comunità locale (circoscrizioni, carceri, ecc.).
- Attività volte alla prevenzione e riduzione dei rischi in occasione di feste locali, eventi musicali, ecc.
- Sul tema "Alcol e lavoro", realizzazione di progetti locali presso aziende diverse, in stretta collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione.

REGIONE MARCHE

I diversi Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche hanno attivato vari progetti per favorire nel loro territorio di competenza una maggiore conoscenza dei danni provocati da un continuo abuso di alcol. I nomi dei progetti sono i più svariati ("Alziamo la media", "Progetto Alcool", "Alcool Sicuro", "Giovani, Alcool e Guida", "Familylife", ecc..), ma tutti hanno l'obbiettivo comune di rivolgersi ad un pubblico adolescenziale, che ancora frequenta la scuola sia media inferiore che superiore.
Con queste iniziative in particolare si vuole prevenire lo stato di disagio adolescenziale legato all'uso ed abuso di alcool, cercando di indagare e di conseguenza intervenire sulle abitudini informando i giovani dei rischi legati all'uso incondizionato di bevande alcoliche.
A questi progetti /incontri oltre che i referenti dei diversi STDP hanno collaborato, ed in alcuni casi anche partecipato, le Forze dell'ordine, le associazioni sportive, i gestori di esercizi pubblici e i medici di base.

REGIONE LAZIO

Sono state numerose le azioni di prevenzione primaria e secondaria specialmente rivolta agli alunni delle scuole secondarie. A tale riguardo si evidenzia l'adesione di numerose strutture ed istituzioni al progetto *"Unplugged"*, progetto di prevenzione promosso da questa regione che adotta il metodo dell'influenza sociale comprensiva e la promozione di life skills. Inoltre sono stati attivate numerose collaborazioni di medio-lungo termine con i CIC ed attivate ulteriori Unità di strada.

REGIONE ABRUZZO

- In occasione del mese della prevenzione alcologica, tutti i Servizi di Alcologia della regione Abruzzo si sono impegnati nella realizzazione di un'attività di prevenzione circa i rischi legati all'uso delle bevande alcoliche, che si è articolata in più eventi, nel corso dei mesi di maggio/giugno.
Per contribuire a diffondere la cultura della sicurezza alla guida e promuovere un comportamento di sobrietà, sono stati distribuiti pieghevoli elaborati grazie al Progetto regionale sovvenzionato dal Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità *"Sobri alla guida"*. I materiali informativi illustrano con vignette gli effetti dell'alcol alla guida e sono stati distribuiti nei principali punti di erogazione di prestazioni sanitarie del territorio della ex-ASL di Chieti e agli studenti di vari Istituti scolastici della città e nelle Sedi Universitarie.
Nel territorio pescarese gli operatori del Ser.A hanno distribuito opuscoli informativi *"Più sai, meno rischi"*, *"Sobri alla guida"* e *"Amici sì, ma non dell'alcol"* all'interno dei Distretti Sanitari di Base della ASL, nelle Commissione Patenti, autoscuole, scuole, Parrocchie e Ospedale di Pescara.
Gli operatori del Ser.A di Chieti e del Ser.T di Vasto sono stati coinvolti attivamente nella realizzazione del progetto Ministeriale *"Insieme per la sicurezza: moltiplichiamo le azioni preventive"* a cui la Regione Abruzzo ha aderito e la ASL Lanciano Vasto Chieti è la capofila.
Per l'area della ex ASL di Chieti è stato attivato un corso, articolato in tre moduli, rivolto agli insegnati delle Scuole medie.
Nel territorio vastese il personale del Ser.T ha allestito - in sagre e feste – stand con etilometri, simulatori di guida Honda ed effettuati colloqui face to face. Questi eventi hanno sempre registrato la piena collaborazione della Asl, della Polizia Stradale, della Prefettura, della Società Honda e della Croce Rossa Italiana.

- Di notevole entità in tutto il territorio regionale è stata l'attività nelle scuole:
Presso la Scuola Media De Lollis-Chiarini di Chieti, è stato portato a termine la seconda annualità in un progetto biennale iniziato nell'anno scolastico 2009-2010 che ha visto la sperimentazione della formula della *peer-education*.
Presso l'Istituto Magistrale Statale "I. Gonzaga" di Chieti, è stato proposto un intervento articolato rivolto alle 1° e 2° classi allo scopo di sensibilizzare e promuovere l'insegnamento della sicurezza stradale nella scuola.. Anche per l'anno scolastico 2010-2011 è continuata la collaborazione con gli insegnanti ed educatori delle strutture (scuole e centri di aggregazione) ricadenti nell'ambito di zona 29 Foro Alento, riproponendo la formula della formazione degli insegnanti/educatori quali fruitori diretti dell'intervento di prevenzione, che ha poi una ricaduta sui ragazzi e loro familiari.
Nell'ambito del Progetto *"Amici sì, ma non dell'alcol"* il Ser.A di Pescara ha effettuato incontri in tutte le scuole superiori del capoluogo adriatico, con amministratori del Comune di Pescara per l'apertura di uno Sportello di ascolto per adolescenti c/o la ASL di Pescara.

Nell'anno scolastico 2010-2011, sono stati realizzati nel territorio aquilano incontri di educazione alla salute finalizzati ad informare e sensibilizzare gli stessi sulle problematiche legate agli abusi alcolici e ai comportamenti a rischio (Istituto Comprensivo di Navelli). E' stato attuato inoltre, il programma di prevenzione alcologica - inserito in un più ampio progetto di prevenzione primaria denominato *"Progetto Resilienza"* - elaborato ed effettuato in collaborazione con l'Università degli Studi di L'Aquila e svolto presso la scuola secondaria di primo grado "T. Patini" di L'Aquila. Tra le principali finalità del progetto è stata inserita la prevenzione dei comportamenti disfunzionali legati all'abuso di sostanze psicotrope (alcol), attraverso un programma educativo-informativo finalizzato a sviluppare un atteggiamento più attento e critico verso l'alcol, una maggiore conoscenza e consapevolezza in situazioni di rischio, un più attento rispetto della salute propria e dell'altro.
Presso la scuola secondaria di 1° grado a San Pio delle Camere è stato realizzato, inoltre, l'evento *"Alcol, più sai e meno rischi!"* che ha interessato alunni di seconda e terza media.

- Nell'ambito del progetto *"Sport libero da alcol"* sono stati inoltre svolti incontri con atleti e dirigenti di associazioni sportive.

- In continuità con il progetto di prevenzione già effettuato nel 2010, presso la Caserma Berardi di Chieti sono stati effettuati incontri informativi sui rischi alcolcorrelati, in particolare alla guida, destinati alle nuove giovani reclute che vengono accolte annualmente presso la Caserma.

REGIONE MOLISE

- Giornata studio organizzata dall'Assessorato alle Politiche della Salute nell'ambito del progetto regionale di prevenzione: *"Giovani e alcol. L'importanza della prevenzione in ambito scolastico"*. In tale occasione esperti del settore hanno tentato di fornire agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado strumenti adeguati circa la conoscenza e la consapevolezza dei problemi alcolcorrelati. In particolare sono stati evidenziati i rischi relativi all'area della salute, dei comportamenti sociali e della sicurezza.

- I Servizi per le dipendenze patologiche hanno realizzato le seguenti attività:
  - collaborazione con i gruppi di auto mutuo-aiuto Club di Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi;
  - prevenzione delle ricadute negli alcolisti ancora in carico al Ser.T. con l'organizzazione di incontri settimanali di auto mutuo aiuto con la presenza di un supervisore nei locali del Servizio;
  - interventi di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati e promozione della salute rivolti alla popolazione generale in Comunità locali;

- presenza di un Assistente sociale, nel Punto informativo di un Centro ospedaliero territoriale, che ha il compito di fornire informazioni sia all'utenza interna che all'utenza esterna che transita nel nosocomio;
- attività di prevenzione universale in Centri di aggregazione giovanile;
- attivazione di Centri di ascolto in Istituti superiori nell'intero anno scolastico;
- incontri su tematiche relative alle dipendenze e all'alcologia con gli alunni e con i genitori di Scuola elementare e media;
- interventi di prevenzione ed educazione sanitaria con i pazienti afferenti al Ser.T. e quando possibile anche con le rispettive famiglie;
- campagna di sensibilizzazione *"Rientri sicuri alla guida"* rivolta ai frequentatori dei locali di ritrovo grazie al coinvolgimento dei gestori di locali. L'obiettivo è quello di indurre i giovani ad individuare il "guidatore designato" per la serata, il quale, astenendosi dal consumare alcolici, si assumesse la responsabilità di garantire il rientro a casa in condizioni di sicurezza di tutti i componenti del gruppo;
- attività di counseling e informazione sulle sostanze o comportamenti a rischio presso i Ser.T a quanti ne hanno fatto richiesta.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 1 Centro:
Prosegue la collaborazione tra il Comune di Napoli e l'associazione "Il Pioppo", con un programma di informazione, prevenzione e riduzione dei rischi nei luoghi del divertimento notturno (discoteche, manifestazioni culturali, artistiche, sportive, ecc.)

ASL Napoli 2 Nord:
Sviluppo di programmi info-educazionali centrati sul *counseling* legato ai principi dell'approccio motivazionale

ASL Napoli 3 Sud:
- Presenza costante dell'Unità Mobile per gli eventi di piazza, Bar-Luoghi di Musica e Discoteche.
- Prosecuzione da parte dell'Unità Psicosociale di Nola del progetto di prevenzione sull'alcol denominato *"On the Road"* presso quasi tutti gli Istituti Superiori dell'agro Nolano.
- Nell'Unità Psicosociale di Nola opera un'équipe che collabora con la Commissione Medica Provinciale dove vengono somministrati test psicodiagnostici per la l'abilità alla guida che sono incorsi nell'art. 186 e 187 del Codice della Strada.
- L'UOC Ser.T. di Nola ha iniziato ad ottobre 2010 ed è tuttora attiva una collaborazione con la Polizia Stradale denominata *"Forze dell'Ordine e Ser.T: Insieme per la sicurezza"*. Tale attività è volta a prevenire la guida in stato di ebbrezza e viene condotta sul territorio di competenza territoriale del Ser.T.

- Prosegue l'attività di prevenzione nelle scuole, con l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza dei rischi connessi all'uso di alcol alla guida.
- Progetti di prevenzione e riduzione del danno con attività a "bassa soglia" dei Ser.T. di Torre del Greco, Torre Annunziata e Castellammare di Stabia – Sorrento, attraverso l'utilizzo di Unità Mobili che distribuiscono materiale informativo e misurano l'alcolemia all'uscita dei locali notturni in Penisola Sorrentina, in coerenza con il progetto *"Notti Sicure"*.

ASL Caserta
Promozione di campagne di sensibilizzazione/informazione relative all'uso dell'alcol anche con l'Unità Mobile aziendale *"Brain Free"* presso le scuole del territorio e presso i centri di aggregazione locali.

ASL Avellino
- Costituzione di un gruppo di lavoro per la prevenzione alcologica insieme al Ser.T di Grottaminarda, ai piani di zona di Altavilla Irpina e Mercogliano ed alle C.T. Casa sulla Roccia e Punto Giovani ed ai CAT della provincia.
- Partecipazione al progetto *"Scegliere la strada della sicurezza"*.
- Incontri con la popolazione dei Comuni afferenti all'ASL su tematiche inerenti la promozione della salute, alcol e sicurezza stradale.

ASL di Benevento
Incontri di informazione e sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati nelle scuole medie e superiori dei Distretti di Benevento, Telese e Montesarchio.

ASL Salerno
- Prosecuzione del programma di educazione sanitaria per la prevenzione degli incidenti stradali *"In sicurezza"* in collaborazione con lo Spazio Adolescenti di Nocera Inferiore e Cava dei Tirreni.
- Programmi di informazione e sensibilizzazione organizzati dall'equipé di Alcologia del SerT di Salerno in collaborazione con gli Istituti di istruzione secondaria del capoluogo.
- Collaborazione con la Prefettura di Salerno per promuovere campagne di prevenzione degli incidenti stradali.
- Interventi di prevenzione alcologica nell'area della movida cittadina in collaborazione con ACI e Polstrada.
- Interventi di informazione e sensibilizzazione nelle scuole superiori dei Distretti Sanitari di Vallo della Lucania, Agropoli, Sapri, Polla e S. Arsenio.
- Interventi di informazione, sensibilizzazione dei gestori di esercizi pubblici relativi al divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori di 16 anni (artt. 689 e 8691 del TULPS).
- Collaborazione con i medici di Medicina Generale per attività di prevenzione specifica in campo alcologico.

REGIONE PUGLIA

- Sono stati promossi e realizzati, all'interno del circuito scolastico regionale, innumerevoli iniziative frutto della collaborazione tra gli Uffici Scolastici Regionali e i Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze Patologiche delle AASSLL. In tale ambito sono state condotte molte indagini conoscitive sull'uso di alcol tra gli studenti finalizzate alla conoscenza delle loro abitudini e della loro percezione rispetto all'utilizzo di bevande alcoliche, energy drink e binge drinking.

- Nell'ambito del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza la Regione Puglia ha aderito, nel 2011, a due iniziative: 1) *"Progetto GSA – Fuori Posto – Safe Night"*, progetto di prevenzione al consumo di alcol e sostanze psicoattive; 2) *"Progetto Unplugged"* che ha consentito di sperimentare nuove modalità di intervento all'interno delle Scuole pugliesi.

- Si segnalano, sempre più numerose, le collaborazioni con numerose Associazioni sportive del territorio regionale oltre a frequenti partecipazioni di Operatori dei Servizi pubblici e rappresentanti delle Associazioni e del Privato Sociale, a programmi televisivi di Tv locali che sempre più spazio dedicano ai temi della salute e della prevenzione.

- Divulgazione di materiali informativi sull'alcol (opuscoli, brochure, volantini) nelle sale d'aspetto di molti punti sanitari della regione.

- Altra iniziativa da segnalare, assunta in numerose realtà territoriali locali, è rappresentata dalla predisposizione di brochure informative, tradotte in più lingue (italiano, inglese, francese, arabo) destinate agli immigrati presenti sul territorio volte a favorire l' accesso al Ser.T.

- L' ARCAT Puglia, per il tramite di tutte le sue articolazioni provinciali, ha nel 2011, in particolare nel mese di aprile, coordinato numerose manifestazioni sia nel mondo della scuola che in quelle delle parrocchie locali sul tema dell'alcolismo.

REGIONE BASILICATA

Ex-ASL 3 Lagonegro
- Piano di comunicazione rivolto ai giovani *"Bevi la vita"*.
- Organizzazione delle *"Serate della controtendenza"*.
- Nell'ambito del mese della prevenzione alcologica sono state organizzate diverse iniziative in molti Comuni, anche con la collaborazione del volontariato di settore.

Ex-ASL 2 Villa d'Agri
Attuazione progetti di informazione, prevenzione ed educazione sui danni dell'alcolismo organizzati dal Ser.T. di Villa d'Agri con gli Istituti Scolastici presenti nel territorio di competenza.

Ex-ASL 1 Venosa
Attività di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcool correlati nelle Scuole Superiori del territorio.

Ex-ASL 2 Potenza
- Campagna informativa contro l'alcol e il fumo nelle scuole realizzata dagli stessi insegnanti che hanno partecipato ad un corso di formazione.
- Partecipazione all'evento: *"+ Spirito – Alcol"*. La comunicazione al servizio della prevenzione. Spot antialcol della compagnia teatrale *"La Ricotta"*.
- Interventi di prevenzione su alcol e pubblicità con i rappresentanti di classe dell'Istituto Alberghiero di Potenza con l'utilizzo dei media contemporanei.
- Campagna informativa rivolta ai giovani partecipanti agli eventi musicali di *BasilicataMusicNet* con distribuzione di materiale informativo e di etilometri.
- Scuola alcologica per i detenuti della Casa Circondariale di Potenza.

U.O.S. Ser.T. Policoro
Articolata campagna informativa contro l'abuso di alcool nelle scuole.
Complessivamente sono stati realizzati n. 31 incontri con i soggetti coinvolti nelle scuole del territorio; sono state coinvolte nella campagna informativa n.3 scuole; hanno partecipato n. 187 insegnanti\genitori; sono state coinvolte n.2 citta' della ASM.

REGIONE CALABRIA

Le attività di prevenzione individuate dalla Regione come priorità nel campo delle patologie alcol correlate, sono state rivolte a contesti sociali specifici, con lo scopo di modificare il comportamento dei bevitori (alcool e guida, alcool e navigazione ecc); di cambiare il clima sociale e gli atteggiamenti nei confronti delle bevande alcoliche (riduzione della pubblicità, campagne informative etc.).
Di seguito si elencano le azioni principali realizzate nell'anno 2011:

- Interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori, con l'utilizzo di *trainings* formativi ed esperenziali sulle abilità personali e sociali degli studenti, veri *scudi pedagogici* per resistere e rispondere al meglio alle sollecitazioni e ai fattori di rischio che inevitabilmente si presentano durante il ciclo di vita.

- Campagne di educazione *"Guida ed Alcol"*.

- Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi, organizzato a Reggio Calabria dal Dipartimento delle Dipendenze.

- Progetto *"White Lady,"* attività di prevenzione, attraverso la divulgazione di materiale, con specifiche informazioni sui pericoli derivanti dall'abuso di alcol, monitoraggio sul consumo di bevande alcoliche nei principali punti di aggregazione giovanile formali ed informali, delle abitudini e degli stili di vita anche dei giovani frequentatori delle discoteche e del loisir notturno.

- *"Progetto Innovativo"* realizzato presso l'ASP, per l'implementazione del sistema dei Servizi nell'Area della prevenzione e del trattamento, mediante:
1) la ricerca, utilizzando questionari rivolti alla popolazione, alle scuole, agli utenti, per acquisire informazioni su aspetti peculiari del fenomeno nel territorio;
2) la rete dei servizi per l'alcoldipendenza (U.O. Alcologica , Ser.T, Reparto di Medicina P.O., Pronto Soccorso e Medici di Medicina Generale).

- Progetto pilota, sperimentale *"Luoghi di prevenzione"*.

- Progetti CIC nelle scuole medie superiori.

- Prosecuzione delle attività del Progetto *S.I.S.T.E.M.A.*

REGIONE SICILIA

Nel Corso del 2011 sono state avviate diverse campagne informative rivolte a studenti, docenti, gruppi di volontariato, associazioni sportive, extracomunitari, nei luoghi di lavoro e nei luoghi maggiormente frequentati dai giovani.
Sono state organizzate campagne di sensibilizzazione sugli effetti della guida di veicoli e motoveicoli in stato di ebbrezza.

REGIONE SARDEGNA

- Sono state avviate presso tutte le Aziende Sanitarie Locali, incontri con gruppi di genitori ed insegnanti delle scuole medie di primo e secondo grado. Grazie ad un finanziamento regionale ad hoc, si è concluso il progetto *"Alcohol Imprinting"* a valenza regionale, con la somministrazione di n. 1595 questionari, nelle prime classi di dieci istituti superiori, i cui risultati saranno resi noti nell'anno 2012.

- In alcune realtà particolari, sono state incentivate dalla Regione, azioni all'interno del progetto *"Consumo di alcol e comunicazione mediatica"*, in collaborazione con i Piani Locali Unitari Socio-Sanitari delle Asl.

- Con cadenza annuale vengono organizzati incontri di sensibilizzazione alle persone e alle famiglie che presentano problemi collegati al consumo di alcol (P.A.C.): persone a cui è stata ritirata la patente per P.A.C., singoli, gruppi o istituzioni che intendano promuovere attività di prevenzione rispetto ai P.A.C. e Associazioni culturali.

- Sensibilizzazione ed informazione attraverso i mass media.

- Incontri di sensibilizzazione agli amministratori ed operatori sociali del territorio, e pianificazione delle azioni preventive da portare avanti nei singoli Comuni del territorio.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

- *"Progetto transcultura: verso un'organizzazione culturalmente competente".*

- FSC - Aggiornamenti in tema di dipendenze patologiche.

- FSC - Il counseling mediativo nella presa in carico della famiglia.

- XXII Congresso Nazionale SIA 150 anni di Unità d'Italia: *"Storia e realtà del rapporto fra italiani e alcol".*

- Corso *"Certe notti: quando la prevenzione incontra i contesti del divertimento".*

- Guadagnare Salute in adolescenza – *Unplugged.*

REGIONE PIEMONTE

REGIONE

Nel mese di novembre 2011 si è svolto a Torino il Convegno Nazionale della Società Italiana di Alcologia dal titolo *"150 anni dell'Unità d'Italia: storia e realtà del rapporto tra italiani e alcol".*

AZIENDE SANITARIE LOCALI

ASL TO1
– Svolgimento di due seminari di sensibilizzazione, uno per i tirocinanti studenti di psicologia del triennio universitario e psicologi delle scuole di specialità e l'altro per i tirocinanti di scienze dell'educazione.
- Per i nuovi infermieri del Dipartimento si è attuato un breve seminario di aggiornamento in alcologia.

ASL TO2:
- Percorso formativo/supervisione rivolto agli operatori del Servizio di Alcologia *"Il lavoro clinico nell'équipe multi professionale del Servizio di Alcologia".*
- Costituzione di un gruppo di lavoro interdipartimentale delle dipendenze per dare maggiore organicità, strategia e metodologie comuni agli interventi di prevenzione e promozione della salute proposti al territorio.

- ASL TO3:
- Attivazione di un gruppo di lavoro su incidenti stradali nell'ambito delle attività previste dal progetto regionale *"Attività di sorveglianza incidenti stradali"*.
- Collaborazione tra ASL TO3 e ACAT Valli Pinerolesi per la realizzazione della "*Settimana di Sensibilizzazione ai Problemi Alcol-correlati e Complessi secondo il metodo ecologico sociale di Hudolin"*, rivolta a medici, infermieri, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali appartenenti all'area del settore pubblico, del privato sociale accreditato e del volontariato.
- Percorso formativo *"Dipendenze e Aspetti Legali"* inerente le questioni giuridiche relative ai soggetti con problematiche di dipendenza.
- Percorso formativo *"Cocaina e alcol: l'approccio cognitivo comportamentale"* finalizzato all'acquisizione di tecniche e strumenti specifici per la presa in carico.
- Percorso formativo *"La complessità degli interventi nella patologia delle dipendenze"* finalizzato alla costruzione di buone prassi di lavoro di gruppo.
- Percorso formativo sul colloquio motivazionale orientato a fornire agli operatori dei servizi per le dipendenze gli strumenti specifici per promuovere la motivazione al cambiamento negli utenti.

- ASL CN2:
Prosecuzione di un percorso formativo sulle problematiche relative all'integrazione dei servizi in campo alcologico finalizzato alla presa in carico globale del paziente.

- ASL BI:
Continua la formazione rivolta agli operatori dei vari servizi rispetto alla gestione del paziente alcolista. In particolare gli operatori del Ser.T di Biella e di Cossato hanno partecipato a specifici corsi dedicati alla valutazione del profilo motivazionale del paziente alcolista tramite l'utilizzo del questionario MAC2-A.

- ASL VCO:
Seminario di formazione: *"Quando la prevenzione incontra i contesti del divertimento"*.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

Associazione ALISEO Onlus:
- Seminario di formazione per la realizzazione di un piano formativo in collaborazione con il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze TO1-OVEST nato all'interno del Comitato Partecipativo.
La formazione si è articolata in quattro momenti sui seguenti temi:
1. Adolescenti, alcol e nuovi stili di consumo.
2. La comunicazione dei mass media di prodotti alcolici con particolare riferimento al target giovanile.
3. Aspetti neurologici del fenomeno del binge drinking.

4. Residenzialità: criticità e prospettive.
- Attività di formazione, supervisione e supporto al gruppo volontari del centro ascolto della Associazione San Lorenzo dei romeni. Produzione e distribuzione di materiale cartaceo illustrativo di tipo informativo.

REGIONE LOMBARDIA

Le iniziative hanno riguardato percorsi proposti soprattutto al personale docente delle scuole, ai medici di medicina legale, medici della commissione patenti, conduttori di mezzi pubblici e operatori del terzo settore.

P.A. BOLZANO

- E' stata dedicata una particolare attenzione alla partecipazione a seminari specialistici, a convegni provinciali, nazionali ed anche internazionali che hanno rafforzato esperienze e competenze degli operatori dei Servizi e permesso un confronto con realtà operative di altre regioni. Il personale dei Ser.D ha inoltre partecipato a formazioni specifiche attraverso corsi di aggiornamento, a supervisioni interne e per figura professionale nonché a formazioni ad indirizzo trattamentale terapeutico–educativo e sociale.

- La Associazione HANDS ha esteso la formazione e l'aggiornamento a tutte le figure professionali operanti nelle sue strutture sanitarie e sociali: ambulatorio, comunità terapeutica, laboratori protetti, volontari.

P.A. TRENTO

- Molte iniziative inserite nel capitolo precedente e finalizzate a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati hanno compreso contestualmente la formazione e l'aggiornamento del personale che ha l'obiettivo di mettere in atto le predette iniziative.

- Sono state organizzate e realizzate giornate di aggiornamento e corsi specifici per operatori dei Servizi di Alcologia e dei Clubs degli Alcolisti territoriali da parte dell'APSS.

- Sono state organizzate e realizzate tre *"Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi"* rivolte anche agli operatori sanitari pubblici.

REGIONE VENETO

Nella maggior parte delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie sono proseguite le proposte formative e di aggiornamento, organizzate da diversi soggetti su temi alcologici, sia a livello nazionale che regionale e locale. Quasi tutti i Dipartimenti organizzano direttamente iniziative di formazione e aggiornamento, aumentando in termini quantitativi l'offerta formativa prodotta dalle Aziende Ulss per un totale di centocinquanta giornate nel corso dell'anno 2011. Oltre alle Aziende Ulss, che si confermano gli enti organizzatori più significativi per il personale dei Servizi di Alcologia (95,2%), si ricordano il Privato sociale (71,4%) e la Regione (66,7%).
Per quanto riguarda la tipologia delle iniziative a cui partecipano gli operatori, permane una diversificazione dell'attività di formazione e aggiornamento:

- formazione interna alle *équipes* per tutti gli operatori e/o specifiche figure professionali;
- supervisioni con esperti su casi clinici e sul lavoro di equipe;
- organizzazione e partecipazione a corsi a livello aziendale;
- presenza a varie occasioni formative e frequenza di corsi, seminari e convegni organizzati da altri enti pubblici e privati a livello locale, regionale, nazionale e internazionale, solitamente accreditati E.C.M., relativamente a problemi alcolcorrelati;
- partecipazione alla *Settimana di sensibilizzazione* e alle giornate formative organizzate da A.C.A.T., A.R.C.A.T. e A.I.C.A.T. *sull'Approccio ecologico sociale;*
- adesione ad attività di aggiornamento congiunto con i Dipartimenti di salute mentale per la *doppia diagnosi.*

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

ASS1
- corso accreditato ECM per il personale dell'ASS1 Triestina, dal titolo: *"Patologie e problemi alcol-correlati: prevenzione, diagnosi e trattamento";*
- incontro di formazione accreditato dal titolo *"Alcol e Lavoro. Uso di sostanze psicotrope"* indirizzato ai dipendenti dell'ASS 1 Triestina, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria TS e dell'Ospedale infantile "BurloGarofolo";
- corso accreditato per il personale dell'ASS1 Triestina, dal titolo: *"Corso avanzato sulla gestione dei problemi e delle patologie alcolcorrelate";*
- Corso di formazione, accreditato ECM per gli operatori della Scuola di specializzazione in Medicina del lavoro.

ASS 3
- prosecuzione della formazione interna degli operatori del Dipartimento;
- corsi ECM sulle dipendenze, con ampio spazio riservato al tema dell'alcol, aperti a tutti gli operatori sanitari dell'ASS3.

ASS 4
- formazione obbligatoria con accreditamento ECM sulla percezione del rischio in adolescenza dei problemi alcolcorrelati;
- formazione sul tema "alcol e lavoro";
- formazione sul tema "alcol e giovani" presso le scuole superiori di secondo grado.

ASS5
- corsi ECM per tutto il personale sanitario;
- corsi ECM per il personale del Servizio di alcologia.

REGIONE LIGURIA

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

- E' stato svolto un corso rivolto prevalentemente al personale sanitario (in particolare infermieristico), in collaborazione con il collegio IPASVI di Genova, allo scopo di formare operatori in grado di promuovere iniziative di supporto e sviluppo culturale dei principi della mutualità e dell'auto aiuto. Il corso si prefigge di sensibilizzare e formare alla cultura e alla pratica della mutualità operatori dei servizi, utenti, familiari e cittadini al fine di far acquisire loro conoscenze e strumenti pratici per promuovere nelle proprie realtà operative esperienze di mutualità e gruppi di auto mutuo aiuto in ambiti vari.
Alcuni operatori hanno preso parte ad attività di formazione riguardante il lavoro clinico con i pazienti alcolisti.

REGIONE EMILIA- ROMAGNA

Per quanto riguarda la formazione in campo alcologico, diverse progettazioni locali prevedono momenti formativi per il personale coinvolto.
Si ricorda, a tale proposito, che ogni Azienda USL della Regione ha nominato un proprio professionista come "referente alcologico aziendale" con il compito di orientare e coordinare su quel territorio le azioni in campo alcologico, sia per ciò che riguarda la cura sia per ciò che riguarda la sensibilizzazione e la formazione.
Così nelle diverse zone della Regione, secondo una progettazione decisa dall'Azienda USL, in riferimento alle linee regionali, si realizzano azioni formative rivolte a Medici di Medicina Generale, Ostetriche, Pediatri, Assistenti Sociali, Medici Competenti, Capo Sala, Personale di Pronto Soccorso ecc. con l'obiettivo generale di diffondere la cultura sanitaria e l'attenzione al riconoscimento delle patologie alcol correlate.
Queste eventi formativi si inseriscono sempre più spesso nella cornice dei progetti di comunità sugli stili di vita, in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione.

Sono inoltre in corso contatti con il Servizio regionale "Politiche Familiari, Infanzia e Adolescenza" per l'organizzazione di un corso sull'alcologia rivolto ai Coordinatori e al Personale dei Centri per le Famiglie, presenti in modo diffuso nei Comuni dell'intera Regione.
Agli stessi Coordinatori dei Centri per le Famiglie è stato proposto un contatto diretto con i rappresentanti dei gruppi di automutuoaiuto, firmatari del protocollo regionale con l'obiettivo di arricchire la rete locale di accoglienza per le persone con problemi alcol correlati.

REGIONE TOSCANA

- Corsi di formazione *sull'Identificazione Precoce dei problemi alcol-correlati e l'Intervento Breve (IPIB)* secondo le linee guida promosse dall'OMS nell'ambito del progetto europeo *PHEPA* (Primary Health Care European Project on Alcohol).

- Realizzazione, da parte del Centro Alcologico Regionale Toscano in collaborazione con altri enti di ricerca (Università, Strutture ospedaliere, ISS, ecc.), di un manuale formativo specifico rivolto agli operatori che lavorano nell'area materno-infantile *sull'Identificazione Precoce dei problemi alcol-correlati e l'Intervento Breve nelle donne in gravidanza.*

- Gestione e diffusione della Rivista "*Alcologia*".

- Razionalizzazione e ottimizzazione dei vari livelli formativi presenti nella Regione Toscana con la collaborazione del CAR.

- Proseguimento delle attività del Centro di Documentazione Informalcol (con sede presso il CAR) come interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori dei servizi alcologici della Toscana, grazie alla collezione di documenti specializzata sui temi connessi all'alcolismo e alle patologie alcolcorrelate, il cui catalogo è consultabile on line, alle ricerche bibliografiche o di informazione, all'invio di articoli da periodici (document delivery) e localizzazione di documenti servizi di informazione basati su profili di interesse degli utenti (alcol e lavoro, alcol e trattamento, ecc.), al repertorio di siti web sulla dipendenza.

- Eventi formativi in collaborazione con Aziende Sanitarie e Università su temi specifici (alcol e donne, alcol e giovani, prevenzione, alcol e lavoro, incidenti stradali, detenzione, patologie e problemi alcol correlati, ecc.).

- Partecipazione ai corsi intra-aziendali, seminari, momenti di studio e a convegni su tematiche alcologiche (relativo al rapporto dell'alcol con lo sport, i giovani, le patenti, il carcere, la cartella clinica, la marginalità sociale, ecc.).

- Partecipazione a incontri con un supervisore per la discussione dei casi clinici.

- Pubblicazione di lavori scientifici.

REGIONE UMBRIA

- La Regione ha organizzato:
1) un percorso formativo articolato, sui temi del programma Guadagnare Salute, rivolto agli operatori;
2) un corso di formazione relativo al sistema informativo regionale per i Servizi di Alcologia.

- In diversi territori, sono state realizzate iniziative di formazione e sensibilizzazione mirate a coinvolgere i medici di base ed i pediatri di libera scelta nelle attività di prevenzione, contatto e diagnosi precoce. In particolare, sono stati realizzati corsi di formazione rivolti ad operatori socio sanitari di servizi diversi sul *Minimal Advice* e sul *Colloquio Motivazionale Breve* in tema di alcol, per favorire l'identificazione delle situazioni a rischio e consentire un approccio precoce.

REGIONE MARCHE

Ogni Servizio nel territorio ha attivato corsi per il continuo aggiornamento del proprio personale con giornate di formazione su dipendenze e migrazione, diagnosi in psichiatria e tossicologia, progetti per soggetti borderline di personalità.
Formazione permanente sulle tematiche riguardanti processi di gruppo, istituzionali e organizzativi.

REGIONE LAZIO

Nell'anno in osservazione oltre ai periodici incontri tematici con altri operatori di Servizi socio-sanitari della Regione, si sono svolte più iniziative formative:

- corso di formazione sul sistema Dynamed, ASL Pescara;
- corso di formazione in tema di Audit Clinico, Pescara;
- corso di formazione regionale *"Insieme per la sicurezza"* (In Adolescenza-Guadagnare Salute), Pescara;
- corso di formazione sulle problematiche alcoliche - nell'ambito del Progetto *"Insieme per la sicurezza – Moltiplichiamo le azioni preventive"* – rivolto a volontari della Unità Operative di Soccorso;
- incontri *"Alcol Prevention Day"* presso Istituto Superiore Sanità;

- convegno conclusivo Progetto Nazionale *"Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base"* Alcol e lavoro, Firenze;
- convegno *"Alcol, stupefacenti e lavoro"* – evento formativo ECM sui pericoli del consumo di alcol sul lavoro, Santa Maria Imbaro (Lancino);
- convegno Nazionale *"Relazioni terapeutiche e contesti di cura"*, evento ECM organizzato dall'Accademia di Psicoterapia della Famiglia di Roma, in cui è stata presentata una relazione dal titolo "Il terremoto dei sentimenti" relativa al caso clinico di una famiglia con problematiche alcol-correlate, utente del Ser.T. di L'Aquila.

REGIONE ABRUZZO

Durante il 2010 il personale impegnato nei Servizi di Alcologia è stato complessivamente di 29 unità (dato rilevato su 3 Ser.A). La percentuale di operatori addetti esclusivamente al Servizio è stata del 35% del totale. E' stata assicurata anche nell'anno in esame una costante attività di formazione degli operatori, anche attraverso riunioni cliniche di tipo organizzativo all'interno dei Servizi.

REGIONE MOLISE

- Iniziative formative:
- *"Alcologia e problematiche alcol correlate"* per Medici di medicina generale.
- *"Sostanze d'abuso (compreso alcol) – diagnosi e piani di trattamento"* per Infermieri professionali.
- *"L'approccio ecologico–sociale ai PAC"* per Operatori del settore e Volontari.

- Libero accesso ai corsi/convegni per aggiornamento professionale delle varie figure in rapporto alle attività di competenza e di interesse.

- Convenzione con le Università, per tirocinio teorico-pratico per Assistenti sociali, Psicologi e Medici.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 1 Centro:
Sulla base di un precedente specifico corso di formazione sull'alcolismo e diverse sezioni di approfondimento nell'ambito di altre iniziative formative, nel corso del 2011, il Dipartimento Farmacodipendenze si è concentrato a patrimonializzare tali esperienze attraverso un percorso di ricerca finalizzato a elaborare i modelli culturali e organizzativi, impliciti e espliciti, dei servizi al fine di costruire un modello articolato,

integrato e aperto, capace di intercettare e accogliere in modo efficace le domande complesse di presa in carico e di intervento.

ASL Napoli 2 Nord:
Al fine di favorire la formazione degli operatori, si è programmata un'attività di riqualificazione degli stessi e di formazione di base per i volontari del terzo settore al fine di acquisire un comune terreno culturale e poterlo poi condividere. In tal senso i momenti formativi permetteranno di:
- acquisire con la partecipazione di docenti universitari, operatori ed esperti, conoscenze scientifiche di base;
- favorire l'integrazione operativa tra le diverse professionalità attraverso il lavoro di gruppo, l'apprendimento pratico delle sue metodologie, l'integrazione delle specifiche conoscenze acquisite.

ASL Salerno
- Corso di formazione per Medici del Lavoro e Operatori sanitari e sociali attivi nelle dipendenze *sull'identificazione precoce e l'intervento breve* per bevitori problematici ed alcol dipendenti organizzato dal Ser.T di Cava dè Tirreni e dal Centro Alcologico Regionale della Toscana a Nocera Inferiore (febbraio 2011) e ad Eboli (dicembre 2011), in collaborazione con l'UOC Medico Competente e il coordinamento Dipendenze aziendale.
- Formazione di Volontari da impegnare sul territorio per le attività di prevenzione alcologica a cura del Ser.T di Vallo della Lucania nel quadro del Progetto "Focus Lens" (FLD Annualità 2002).

REGIONE PUGLIA

- Nel 2011 l'amministrazione regionale non ha potuto organizzare iniziative tese a garantire adeguati livelli di formazione del personale dei servizi. Tale compito, pur nei limiti delle risorse disponibili, è stato assicurato dalle singole aziende sanitarie favorendo la partecipazione a vari Corsi organizzati dalla Federserd, dall'I.S.S. di Roma, Acudipa, SITD, ecc. sulle tematiche relative l'alcolismo e i rischi correlati, garantite a tutta l'equipe alcologica.

- Molti Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, con il coinvolgimento di numerose autoscuole, di concerto con gli Uffici Scolastici, hanno realizzato nell'ambito di alcuni progetti regionali (1. *"Scegliere la strada della sicurezza"*; 2. *"Direzione Sicurezza"*) incontri di formazione rivolti anche ai docenti referenti per l'educazione stradale delle scuole di ogni ordine e grado.

- Altri eventi formativi, degni di menzione, realizzati in Puglia, nell'anno 2011, sono:
1. *"Gli indicatori in campo sanitario tra strumenti di rilevazione e qualità della vita"*, Regione Puglia e Organismo Regionale per la Formazione in Sanità Università di Bari.

2. Progetto Quadro *"EDU.CARE"*- Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in collaborazione con UNODC- Ufficio Droghe e Crimine dell'ONU.
3. Seminario Nazionale *"Dipendenza da sostanze sul lavoro: verso un programma euro mediterraneo"*, Dipartimento Antidroga, ASL TA e Cooperativa Marcella, Cittadella delle Imprese.
4. Convegno Internazionale Italia/Russia *"Tossicodipendenza e Criminalità in Italia e in Russia"*, esperienze, opinioni e azioni di contrasto a confronto sul fenomeno dell'alcolismo soprattutto giovanile, Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Antidroga.
5. Il centro di studi interregionale sull'alcol ha collaborato alla realizzazione del simposio degli internisti della magna grecia, nell'ambito del quale si è fatto il punto circa "le reti alcologiche" pugliesi, in vista della Conferenza delle Regioni che si terrà a Trieste.

REGIONE BASILICATA

Ex ASL Lagonegro
- Evento formativo *"Il trattamento dell'Alcolismo nell'ambito del volontariato"*.
- Evento formativo: 3° Convegno Internazionale di Alcologia.

Ex-ASL 2 Villa d'Agri
- Progettazione ed attuazione di diversi Seminari di Studio (regionali e nazionali) destinati al personale addetto e finalizzati al miglioramento delle conoscenze ed alla diffusione delle buone prassi cliniche e gestionali nel settore operativo delle Dipendenze Patologiche da Alcol.
- Progettazione ed attuazione del Corso di Formazione ECM (in collaborazione con il Collegio Provinciale IPASVI di Potenza) sulle Dipendenze Patologiche (Alcolismo compreso) rivolto agli Infermieri.

Ex-ASL 1 Venosa
Corso di formazione sulla doppia diagnosi in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Mentale.

REGIONE CALABRIA

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali hanno predisposto iniziative formative e di aggiornamento del personale sui problemi e le patologie alcol correlate.

REGIONE SICILIA

In diverse realtà provinciali sono stati effettuati i corsi di formazione rivolti sia al personale operante nei Ser.T sia al personale operante in strutture private accreditate.
In alcune province sono stati effettuati corsi di formazione per i docenti delle scuole.

REGIONE SARDEGNA

Nel corso del 2011, sono state avviate iniziative di aggiornamento e formazione riguardanti tematiche alcol correlate, organizzate dalla ASL n. 8 di Cagliari ed indirizzate ad operatori dei servizi pubblici e privati.

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

REGIONE PIEMONTE

- ASL TO 3 - Facoltà di Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" di Orbassano, sono stati realizzati i seguenti interventi:
  - Corso di Alcologia, II anno del Corso di laurea in Tecnica di riabilitazione psichiatrica
  - Attività didattica elettiva (ADE) sulle problematiche alcolcorrelate nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia

- ASL TO1
– Organizzazione di un seminario di due giorni presso il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche su una classe selezionata di allievi del 3° anno.
- Il Servizio Alcologia ha partecipato alle seguenti iniziative:
  - Partecipazione al disegno di ricerca per la sperimentazione ambulatoriale del farmaco Acamprosato (Campral®) presso l'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino.
  - Incontro promosso da UNICRI con delegazione di sociologi e criminologi per osservazione sedi e studio dell'organizzazione del Servizio con particolare riferimento al tema Alcol – Guida.
- Conclusione del progetto nazionale *P.A.U.S.E.* per l'autogestione del paziente alcolista in regime di cura ambulatoriale post acuzie, in collaborazione con il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio.

- ASL TO2
Progetto di ricerca scientifica in collaborazione con il Centro Anti Doping (CAD) "Luigi Bertinaria" Ospedale "San Luigi" di Orbassano (TO) sulla diagnostica di laboratorio relativa all'abuso cronico di alcol ed utilizzo di nuovi biomarcatori.

- ASL BI
In collaborazione con l'Università degli Studi di Milano - Facoltà di Biologia e con l'Università di Camerino - Dipartimento di Scienze Farmaceutiche e Sanità Pubblica, sono state condotte specifiche ricerche su pazienti alcolisti e su nuovi trattamenti farmacologici in ambito alcologico. In particolare sono stati di recente pubblicati lavori scientifici inerenti da un lato all'assetto immunitario del paziente alcolista con particolare riferimento al ruolo dei trattamenti farmacologici e dall'altro a nuovi approcci farmacologici per il trattamento del paziente alcolista.

REGIONE LOMBARDIA

Nell'ambito della ricerca le Asl hanno visto l'attuazione di iniziative svolte in accordo con il CNR di Pisa, con diverse Università italiane e straniere.

P.A. BOLZANO

Seguendo l'esperienza del Ser.D di Merano che dispone di un Piano per le Dipendenze relativamente al proprio territorio elaborato con la consulenza della Libera Università di Bolzano e con un supervisore scientifico, la Provincia ha avviato l' aggiornamento del documento *"Linee di indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige"* elaborato nel 2003 con l'obiettivo di sviluppare un "Piano provinciale sulle dipendenze" valido per i prossimi anni e raccordandosi con la Libera Università di Bolzano.

P.A. TRENTO

- Prosecuzione della collaborazione con l'Università per i tirocini e i seminari sui problemi alcolcorrelati nelle lauree brevi in Scienze Infermieristiche e per Assistenti Sociali, Educatori Professionali e per Assistenti Sociali e Tecnici della riabilitazione psichiatrica.

- Collaborazione con Transcrime.

REGIONE VENETO

- Il principale fattore di collaborazione tra le Aziende unità locali socio sanitarie venete (90,5%) e numerose università e scuole di specializzazione è dato dalle convenzioni per il tutoraggio e la formazione in tirocini pre/post-laurea e di specialità per studenti e specializzandi (medici, psicologi, pedagogisti, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sanitari), in alcuni casi con la supervisione di tesi di laurea su argomenti relativi alla prevenzione, cura e sostegno in ambito alcologico.

- Un terzo delle Aziende unità locali socio sanitarie sono coinvolte in iniziative volte a promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario. Le iniziative di collaborazione si riferiscono all'insegnamento presso facoltà di psicologia e master presso istituti universitari. Inoltre le predette iniziative prevedono convenzioni sottoscritte con istituti universitari per dottorati di ricerca e collaborazioni con la facoltà di psicologia per consulenze su attività progettuali di prevenzione.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ASS4
Convenzione con l'Università di Udine – Dipartimento di scienze mediche e biologiche su *"Progetto monitoraggio alcol"*.

REGIONE LIGURIA

- L'indagine relativa al consumo di alcolici nella popolazione generale e studentesca ligure è stata predisposta attraverso le indagini campionarie IPSAD®2010 ed ESPAD-Italia®2010 e pubblicata nel Rapporto *"Il fenomeno delle dipendenze nella Regione Liguria"* a dicembre 2011.
Il Rapporto contiene inoltre l'analisi dei dati dei soggetti in carico ai Nuclei Operativi Alcologia presso le AA.SS.LL. liguri. Attraverso il monitoraggio della popolazione che ha un consumo problematico di sostanze alcoliche, sono state descritte le caratteristiche socio anagrafiche in merito a: genere, nazionalità, classe di età, scolarità, occupazione e modalità di abuso. Inoltre ampia parte è stata dedicata alla tipologia di trattamenti.

- Sono stati fatti approfondimenti sui soggetti in carico alle strutture ospedaliere regionali per motivi correlati al consumo di alcol e tabacco e sono state analizzate le categorie diagnostiche (classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM) che riportano una diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di alcol e tabacco.

- Sono stati fatti accordi di collaborazione tra i NOA e i tirocinanti delle Università di diversi Atenei.

- E' attiva una disciplina didattica elettiva sulle problematiche alcolcorrelate nel Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

- Collaborazioni con l'Università degli Studi di Bologna Facoltà di Medicina nel contesto di progetti CCM condotti dalla Regione Emilia Romagna con Luoghi di Prevenzione – LILT di Reggio Emilia.

- Collaborazione con l'Università di Bologna Facoltà di Scienze della Formazione per l'organizzazione di un Festa della Prevenzione da realizzarsi nel 2012.

- Collaborazione con Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola di Bologna e con l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena per la gestione di un progetto integrato in alcologia, dalla cura, alla formazione, alla ricerca.

REGIONE TOSCANA

- Attivazione anche per l'anno accademico 2010-2011 presso l'Università degli Studi di Firenze del Master di primo livello in "*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*", proposta formativa rivolta agli operatori dei servizi in grado di offrire alti livelli di professionalizzazione. Le discipline afferenti al master sono di area medica, psicologica e sociale. Gli studenti provengono dall'intero territorio regionale e nazionale con diverse professionalità (psicologica, medica, infermieristica, sociale) appartenenti al Servizio Sanitario. Ogni anno il Master forma circa 10 operatori.

- Ricerca di base, svolta dal C.A.R. in collaborazione con l'Università degli studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi – Firenze, sulle conseguenze metaboliche ed immunologiche dell'eccessivo consumo di etanolo che condizionano la patogenesi dell'epatopatia alcolica.

- Studio di valutazione osservazionale sul metodo *TRIAD* in collaborazione con il comitato bioetico (ASL 1 di Massa).

- Studio naturalistico-osservazionale sulle caratteristiche di stato e di tratto dei figli di alcolisti, in corso presso il Centro di Alcologia e patologie alcolcorrelate dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

- Autorizzazione dal CESF dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, in data 11.02.2010, dello studio clinico "*Validation of the assessment of the fractions of gamma-glutamyltransferase as biomarker of alcohol abuse*", attualmente in corso, in collaborazione con la Fondazione Gabriele Monasterio (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa), il Dipartimento di Patologia Sperimentale BMIE dell'Università di Pisa e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che coinvolge diversi SerT.

- Partecipazione allo studio multicentrico sponsorizzato dalla casa farmaceutica Lundbeck: "Nalmefene Efficacy Study II: Randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, efficacy study of 20 mg nalmefene, as needed use, in patients with alcohol dependance" in collaborazione con il Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

- Definizione della ricerca applicata, multicentrica e non sponsorizzata da Ditte farmaceutiche, "*Validation of the assessment of the fractions of gamma-glutamyltransferase as biomarker of alcohol abuse*", in collaborazione con la Fondazione Gabriele Monasterio (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa), il Dipartimento di Patologia Sperimentale BMIE dell'Università di Pisa e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

- Collaborazioni per corsi di formazione e/o aggiornamenti con Università, in particolare Firenze e Pisa.

- Accoglienza di tirocinanti provenienti da diversi percorsi formativi (master sopra indicati, corsi di laurea in infermieristica, ecc.).

- Conclusione della sperimentazione, promossa dalla Regione Toscana, per l'assistenza protetta intensiva residenziale per persone affette da dipendenza da cocaina, anche concomitante a PPAC.

- Conclusione del Progetto nazionale *"Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base".*

REGIONE UMBRIA

Sono stati realizzati incontri di formazione per studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche.

REGIONE MARCHE

Sono state attivate ricerche a livello universitario su tematiche inerenti l'analisi degli ambiti istituzionali, comunitari, di gruppo ed individuali, esaminando i diversi dispositivi di gruppo all'interno delle istituzioni sanitarie attive nel campo dell' igiene mentale mediante l'attivazione dei processi multi professionali e transdisciplinari nei Servizi Psichiatrici e per le Dipendenze Patologiche.

REGIONE LAZIO

Si segnala l'attivazione presso la Facoltà di Medicina e Odontoiatria dell'Università Sapienza di Roma di un Master di II livello in Alcologia e Tabaccologia diretto dal Prof. Mauro Ceccanti, Direttore del Centro di Riferimento Alcologico Regionale.

REGIONE ABRUZZO

- Da tre anni è in corso una collaborazione tra il Servizio Alcologia di Chieti ed il Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria dell' Università degli Studi "G. D'Annunzio". Il Ser.A accoglie tirocinanti del 2° e 3° anno che vengono sensibilizzati e formati rispetto le problematiche alcol correlate e che ogni anno partecipano attivamente alla campagna informativa che il Servizio attua.

- Presso il Servizio Alcologia di Pescara è attiva una convenzione con l'Università G. D'Annunzio per il tirocinio dei neo psicologi, mentre Ser.T di L'Aquila, nell'anno 2011, ha collaborato con l'Università degli Studi di L'Aquila, Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione Psichiatrica.

REGIONE CAMPANIA

- ASL Napoli 3 Sud
Esiste da anni una strettissima collaborazione tra l'UOSP di Alcologia di Somma Vesuviana e l'Università. Infatti, in collaborazione con la SUN, sono stati presentati numerosi *abstract* sulla tematica alcol, nei vari congressi regionali e nazionali nell'anno 2011.

- ASL Caserta
Seminari teorico-pratici per gli studenti della Facoltà di psicologia della SUN di Napoli.

REGIONE BASILICATA

- Sono state promosse diverse convenzioni con le Università italiane, sia con finalità di collaborazione per tirocini formativi che di ricerca, come la Fondazione Stella Maris di Calambrone di Pisa, a cura del Servizio di Chiaromonte (ex-ASL 3 Lagonegro).

- Partecipazione alle attività di ricerca dell'Università di Catania-Dipartimento di Sociologia (ex –ASL 2 Villa d'Angri).

- Partecipazione alle attività di ricerca del CNR-Istituto di Fisiologia Clinica dell'Università di Pisa, sezione di Epidemiologia e Ricerca, a cura del Servizio di Villa D'Agri.

REGIONE CALABRIA

E' stata avviata una collaborazione attiva con l'Università Magna Graecia di Catanzaro, per realizzare eventi formativi specialistici (inserimento della materia specifica o di argomenti inerenti nella formazione universitaria, Master di I e II livello in materia di dipendenza e problematiche alcolcorrelate) e promuovere la ricerca nel settore specifico, coinvolgendo i servizi di riferimento.

REGIONE SARDEGNA

- Nel corso del 2011 è stata attivata la collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari, che ha supervisionato un corso di "*Formazione tra pari*" e attività di supervisione interna al Ser.D capofila della ASL n.8 di Cagliari.

- Sono stati definiti protocolli operativi fra équipe di alcologia e i Medici di Medicina Generale con i quali vi sono rapporti di collaborazione nella gestione dei percorsi terapeutici.

- Realizzazione di un Manuale di *"Ecoalcologia"* destinato ai familiari e agli utenti con problemi alcol correlati, pubblicato dall'organizzazione di volontariato "Sardegna Solidale" e divulgato sul territorio regionale.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

Prosecuzione dei rapporti di collaborazione del Ser.T. con i Gruppi di Auto-Aiuto (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi), concretizzatisi nella progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di alcune attività formative in comune.

REGIONE PIEMONTE

ASL TO2 e CN1
E' costante la convenzione annuale delle ASL con le ACAT territoriali per la realizzazione di interventi di presa in carico ma anche di prevenzione.

ASL TO3
Il Servizio di Alcologia ha messo a disposizione del CAT di Beinasco i locali ove riunirsi una sera la settimana e un educatore professionale specificatamente formato con funzioni di insegnante. Inoltre è stata avviata una collaborazione per l'avvio di un nuovo CAT territoriale a Orbassano. La S.C. Ser.T. Pinerolo collabora da molti anni con l'Associazione ACAT Valli Pinerolesi, nel 2011 è stata formalizzata tale collaborazione attraverso la sottoscrizione di un'apposita convenzione.

ASL CN2
Prosegue la convenzione tra l'ASL CN2 Alba/Bra e l'ACAT (Associazione degli alcolisti in trattamento di Alba Langhe e Roero) per l'attività di prevenzione, accoglienza e sensibilizzazione degli alcolisti e delle loro famiglie, finalizzata ad integrare gli interventi degli operatori del Servizio Pubblico in un'ottica di sussidiarietà e di continuità assistenziale.

ASL BI
Prosecuzione dei gruppi di auto-mutuo aiuto gestito dal personale interno.

ASL VCO
E' costante la collaborazione con ACAT-VCO ed AA per la presa in carico delle famiglie degli alcolisti e per la realizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione sul territorio (Scuole alcologiche III modulo).

ASL AL: Collaborazione con CAT e Alcolisti Anonimi.

REGIONE LOMBARDIA

Il livello d'incremento dell'impegno clinico e assistenziale raggiunto in tutte le patologie di servizio e, in particolare, in quelle per il trattamento di persone affette anche da patologia psichiatrica o da patologia correlata all'abuso di alcol o altre sostanze, ha indotto la necessità di aggiornare il sistema remunerativo tariffario delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali già accreditate, in coerenza con la normativa nazionale e regionale.

P.A. BOLZANO

- Sono proseguiti i rapporti di collaborazione dei Ser. D con le realtà associative riconosciute sul territorio provinciale, con le Comunità comprensoriali, con i gruppi di auto-aiuto, con le istituzioni deputate all'inserimento lavorativo e abitativo per la verifica e valutazione degli inserimenti di alcoldipendenti presso specifiche strutture.

- Il privato sociale convenzionato ha mantenuto e stabilizzato l'offerta di gruppi di auto-aiuto, gruppi informativi e di sostegno per familiari, gruppi specifici a conduzione professionale, colloqui singoli di sostegno per le persone in trattamento ma anche per quelle che hanno terminato con successo un trattamento di disintossicazione ambulatoriale o residenziale.
Questi gruppi, condotti con frequenza settimanale da operatori specialisti ma anche da volontari, costituiscono un momento di confronto per pazienti in astinenza e che si stanno impegnando su obiettivi comuni. Vengono affrontate soprattutto le problematiche di una *"vita senza alcol"* e condivise esperienze.

P.A. TRENTO

Prosegue da numerosi anni una proficua collaborazione da parte dei Servizi di Alcologia con l'Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento (APCAT) del Trentino ed i gruppi di Alcolisti Anonimi.

REGIONE VENETO

- Tutti i Servizi pubblici Specialistici del Dipartimento per le Dipendenze continuano a promuovere e a sostenere attivamente e fattivamente l'attività delle Associazioni Club Alcologici Territoriali (A.C.A.T.) e l'attività dei gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A.), lavorando in stretta collaborazione con le Associazioni e con le Comunità Terapeutiche per l'attuazione sia dei programmi territoriali che residenziali.
Tutte le attività, sia in ambito terapeutico-assistenziale sia preventivo, sono realizzate secondo una logica di "rete", coinvolgendo attivamente nei vari specifici momenti le

Associazioni presenti nel territorio e le altre Associazioni del Privato Sociale accreditato.

- I Servizi pubblici alcologici nel 2011 hanno favorito le attività del privato sociale e del volontariato attraverso:

- organizzazione di incontri e partecipazione a iniziative locali, provinciali e regionali dell'A.C.A.T. e degli A.A.;
- incontri di formazione e informazione sulla gestione della persona con problemi alcol correlati;
- incontri periodici con i referenti delle associazioni di Auto Mutuo Aiuto per la programmazione condivisa delle iniziative;
- partecipazione ad incontri gestiti direttamente dai gruppi A.A., Al-Anon, C.A.T.;
- partecipazione a corsi e supervisione per operatori Comunità Terapeutiche;
- attuazione di attività preventive in collaborazione col privato sociale formale ed informale in occasione del Mese di prevenzione alcologica e con attività rivolte ai giovani nei luoghi di aggregazione;
- organizzazione di settimane di sensibilizzazione, giornate di formazione su argomenti specifici.

- Le attività del privato sociale e del volontariato vengono sostenute nelle seguenti modalità:

- fornendo spazi in strutture pubbliche per riunioni dei gruppi delle associazioni di volontariato e del privato sociale;
- attraverso l'erogazione di contributi economici;
- tramite offerta di attività formative;
- stipula di convenzioni tra Aziende Ulss e Associazioni.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

ASS1
Convenzione con le quattro associazioni presenti (AsTrA, ACAT, Hyperion, La Ricerca). La convenzione con l'AsTrA prevede la gestione di una struttura residenziale intermedia per alcolisti.

ASS2
Collaborazione con le due ACAT Territoriali (ACAT "Goriziana" e "Basso Isontino") e con i gruppi Alcolisti Anonimi.

ASS3
Prosecuzione della stretta collaborazione con ACAT e AA.

ASS4

- Corso di sensibilizzazione della durata di 50 ore (approccio ecologico sociale problemi alcol correlati metodo Hudolin), nazionale e internazionale in collaborazione con l'associazione scuola europea di alcologia e psichiatria ecologica, ACAT Udinese, ARCAT.
- Corso monotematico rivolto a tutti i servitori insegnati ACAT udinese e operatori servizio pubblico su: integrazione problemi alcolcorrelati tra servizio pubblico e associazione del privato sociale.

ASS5
Riunioni periodiche con le associazioni presenti sul territorio.

ASS6
Regolari incontri con ACAT, AA. e Associazione onlus "Nuovo paradigma".

REGIONE LIGURIA

- Le relazioni tra i N.O.A. e le Associazioni di Auto-Mutuo Aiuto sono consolidate in tutto l'ambito regionale. I NOA hanno attivato una buona rete di collaborazione e coordinamento degli interventi sia con i gruppi di Auto-Mutuo Aiuto, sia con le Organizzazioni del terzo settore, sia con le strutture del privato sociale.
In alcuni casi i gruppi CAT sono coordinati da un operatore del NOA, in altri sono stati stipulati accordi con le strutture del privato sociale per la cogestione di progetti e attività del NOA da parte del personale del servizio pubblico e privato accreditato.

- Sono stati attuati dei corsi di formazione rivolti al volontariato sociale per facilitatori di gruppi di Auto Aiuto rivolti ai genitori di figli con problematiche d'abuso di sostanze, in collaborazione con l'associazione "Genitori Insieme".

- Le collaborazioni con il terzo settore nel territorio della ASL5 spezzino sono soprattutto con la CARITAS Diocesana locale, che ha attivato una struttura di accoglienza per persone con problemi e patologie alcol correlate e senza fissa dimora, che invia con regolarità al Servizio, al fine di concordare con la persona in oggetto un trattamento adeguato.

- Regolari sono i rapporti con il gruppo di auto mutuo aiuto Alcolisti Anonimi e CAT che è coordinato da un'operatrice del NOA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

A seguito dell'attività di monitoraggio sulla presenza in Regione Emilia-Romagna delle Associazioni di Auto Mutuo Aiuto attive in campo alcologico e sul loro livello di

collaborazione con i Servizi Alcologici delle Aziende USL, si è condivisa l'opportunità di formalizzare un protocollo regionale di collaborazione con A.A., Al-Anon e ARCAT. La stesura del testo è stata il frutto di un gruppo di lavoro misto costituito da rappresentanti della Regione, delle Aziende USL e delle tre Associazioni firmatarie.
Il valore fondamentale del protocollo sta nel riconoscimento reciproco di essere una risorsa per la cura delle persone con problemi alcol correlati e nella ricerca di tutte le possibili forme di alleanza.
Dopo l'adozione della delibera e la firma del protocollo, è stata istituita, con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n°8829/2011, una commissione mista di verifica con il compito di curare l'implementazione dell'accordo nei territori delle Aziende USL, valorizzando le alleanze realizzate prima e dopo il protocollo, e ricercando soluzioni per le criticità segnalate.

REGIONE TOSCANA

- Collaborazione, anche con incontri periodici di raccordo, scambio e convenzioni, con le Associazioni di Auto-Aiuto e gli operatori ACAT, per favorire lo sviluppo di programmi territoriali e organizzare incontri e iniziative di sensibilizzazione rivolti alla comunità (corsi di sensibilizzazione, scuole alcologiche territoriali, corsi monotematici).

- Sostegno e patrocinio alle varie iniziative regionali e locali delle Associazioni e gruppi di Auto-Aiuto operanti sulle problematiche alcologiche (AA, Alanon, Alateen, Narcotici Anonimi, Vittime della Strada, Fondazione Mauro Cirillo, Fondazione Gabriele Borgogni, CeiS, Associazione Operatori Gruppi e Alcol e Politossicodipendenze - Ogap, In/Dipendenza, Misericordie, ecc.).

- Partecipazione dei Servizi Alcologici ad incontri di aggiornamento aperti alla popolazione organizzati dalle Associazioni di Auto-Mutuo Aiuto e dall'ACAT.

- Prosecuzione delle attività del tavolo di lavoro regionale, con la partecipazione tecnica del Centro Alcologico Regionale (CAR), costituito dai rappresentanti dei gruppi di Auto-Aiuto e dell'Associazionismo del terzo settore. Lo scopo del gruppo è quello di favorire e implementare il legame sul territorio tra i servizi deputati del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale e la realtà del volontariato che si occupa di patologie e problemi alcolcorrelati.

REGIONE UMBRIA

E' costante la partecipazione degli operatori ai gruppi AMA del territorio. In particolare sono sviluppati rapporti di collaborazione con l'associazione ACAT sia per le attività terapeutico-riabilitativo che per quelle di promozione della salute ed in molti casi i

servizi ne sostengono le attività formative e di aggiornamento attraverso il supporto tecnico dei propri operatori.
Analoghi rapporti sono costanti con l'associazione Alcolisti Anonimi.
A livello regionale, le Associazioni sono incluse nelle attività associate alla definizione di atti di programmazione in materia alcologica, nelle attività di formazione, nelle diverse iniziative pubbliche.

REGIONE MARCHE

I Dipartimenti per le Dipendenze patologiche collaborano in modo sistematico con le principali associazioni: Alcolisti Anonimi, Clubs Alcologici Territoriali che fanno parte dell'Assemblea di DDP. Vi sono inoltre collaborazioni con la Caritas e con associazioni che gestiscono servizi di strada.

REGIONE LAZIO

Attivazione di numerosi nuovi gruppi di Alcolisti anonimi e CAT (Club Alcolisti in Trattamento) grazie a protocolli di intesa tra le associazioni e i servizi.

REGIONE ABRUZZO

Tutti i Servizi Alcologici intrattengono una fattiva collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto: A.A.–Alcolisti Anonimi, Al-Anon–Familiari degli alcolisti, C.A.T.–Club Alcologici Territoriali.
Viene dunque garantita la pubblicizzazione delle attività dei gruppi di auto-aiuto presso i vari Enti territoriali, viene assicurato l'inserimento di loro rappresentanti in organismi di coordinamento regionali e provinciali e, naturalmente, vengono inviati pazienti presso le strutture.

REGIONE MOLISE

I Servizi per le dipendenze patologiche collaborano attivamente con i gruppi territoriali dei Club Alcolisti in Trattamento (CAT) e Alcolisti Anonimi (AA). Tali gruppi risultano essere un importante strumento per le famiglie con problemi alcol-correlati che, in seguito al trattamento specifico in fase acuta, necessita di un maggiore tempo e sostegno per il consolidamento e il mantenimento di uno stile di vita sano e completamente diverso dal precedente. Inoltre, i Servizi sopra menzionati si adoperano anche con interventi congiunti di sensibilizzazione e promozione della salute rivolta all'intera comunità.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 1 Centro:
La collaborazione con gli AA e con i CAT nel corso del 2011 si è intensificata.

ASL Napoli 2 Nord:
Collaborazione proficua tra Servizio di Alcologia di Pozzuoli e CAT (Club Alcologici Territoriali). Cooperazione con altre associazioni del Terzo settore nell'area flegrea attive sui problemi alcolcorrelati.

ASL Napoli 3 Sud:
Potenziamento dei rapporti con alcune realtà del privato sociale, insistenti sul territorio allo scopo di offrire un supporto terapeutico-riabilitativo per le problematiche alcologiche. In particolare si è intensificata la collaborazione con la C.T. "Il Pioppo" per l'inserimento di persone alcol dipendenti.

ASL Avellino:
Collaborazione organica tra U.O.S. di Alcologia del SerT e l'APCAT per lo svolgimento di programmi integrati di promozione della salute e di presa in carico di famiglie con problemi alcolcorrelati.

ASL Salerno:
Potenziamento della collaborazione dei Nuclei di Alcologia delle UU.OO. SerT dell'ASL con i CAT territoriali e le Associazioni di volontariato alcologico per l'inserimento socio-riabilitativo di famiglie con problemi di alcol.

ASL Caserta:
Sono in atto protocolli di intesa con gruppi di Auto Mutuo Aiuto (CAT, AA).
Attivazione di un progetto con l'associazione "Amici di Leo" di un Centro Crisi per l'accoglienza di persone alcol dipendenti senza supporto familiare in fase di intossicazione acuta propedeutica all'inserimento in un percorso riabilitativo.

ASL Benevento:
Collaborazione continua e regolare con associazioni del Terzo settore e gruppi di Auto Mutuo Aiuto locali.

REGIONE PUGLIA

In tale specifico ambito si registra un forte livello di integrazione e di confronto, in ambito regionale, tra i Gruppi di mutuo-aiuto (ARCAT, APCAT, AA), le Associazioni e le Organizzazioni del privato sociale e i Servizi territoriali pubblici (SERT).

Ciò consente di offrire risposte adeguate e tempestive ai bisogni di salute provenienti non solo dai soggetti con problemi di dipendenza da alcol ma anche da parte del nucleo familiare del soggetto alcolista.
A sostegno di tale strategia si segnalano i numerosi corsi di promozione della salute, avente come obiettivo la sensibilizzazione ai problemi alcol-correlati ed il miglioramento dello stile di vita, tendente ad un effettivo benessere psicofisico di tutto il nucleo familiare.

REGIONE BASILICATA

- Sul territorio della regione si è consolidato il modello di "Lavoro di rete" tra ASL, Associazioni, Volontariato, Centri di Aggregazione Giovanile.

- Convenzione con l'Associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento della Regione Basilicata e con l'Associazione dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento di Potenza, a cura del Servizio di Chiaromonte.

- Attività di collaborazione con il Club e servitori ARCAT presenti sul territorio, a cura del Servizio di Villa D'Agri.

- Attività di collaborazione con Club ed operatori AA (Alcolisti Anonimi) presenti sul territorio di competenza del Se.T. di Villa d'Agri.

- Partecipazione dei Ser.T con l'ARCAT della Basilicata alla iniziativa *"Mese di prevenzione alcologica"*.

REGIONE CALABRIA

La Regione Calabria ha ritenuto la collaborazione con il Volontariato, gli Enti ausiliari, i C.A.T. indispensabile per il raggiungimento di risultati significativi nel trattamento dei soggetti con patologia alcolcorrelata, sono stati coinvolti tutti i soggetti e preso parte attiva ai tavoli di consultazione regionale.
In alcune realtà aziendali il rapporto con i CAT è stato formalizzato con apposito atto deliberativo prevedendo uno specifico protocollo attuativo di collaborazione.

REGIONE SICILIA

Sono stati previsti e realizzati incontri periodici al fine di pianificare interventi condivisi tra i Servizi pubblici territoriali, le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato sociale no-profit.

Si segnala in particolare nell'ambito del lavoro di rete la collaborazione costante con i Club Alcolisti Territoriali (CAT).

REGIONE SARDEGNA

- Nella Regione Sardegna si sono consolidate negli anni due tipologie di Associazioni che operano nel settore dell'alcologia: l'ARCAT, che riunisce 87 Clubs degli alcolisti in trattamento, e il gruppo degli Alcolisti Anonimi, a cui fanno capo 7 Associazioni territoriali. Tali Associazioni svolgono un'importante funzione di supporto per i soggetti affetti da dipendenza da alcol e per i loro familiari.

- I Centri di Ascolto, gestiti dalle Associazioni, di cui si menziona in particolare il Centro d'Ascolto "Le sorgenti" di Villacidro, sono ottimi strumenti di filtro per l'inserimento nelle Comunità Terapeutiche.

- Avvio di una Scuola Alcologica organizzata dai Centri Alcologici in Trattamento, in rete con gli Interclub a livello regionale.

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

REGIONE PIEMONTE

REGIONE
Le Comunità degli Enti Ausiliari della Regione Piemonte si sono sempre dimostrate sensibili alle problematiche alcolcorrelate, inserendo all'interno dei propri percorsi di cura e riabilitazione anche persone con questo tipo di dipendenza. Alcune di esse inoltre hanno specificamente scelto la cura degli alcolisti come indirizzo e "*mission*".
Esse sono:
- Comunità Alcolstop (Centro Torinese di Solidarietà)
- Comunità Alcocare (Associazione Il Punto)
- Centro CUFRAD
- Comunità Cascina Nuova (Associazione Aliseo).

ASL BI
È stato attivato un centro semiresidenziale, presso la struttura Casa Speranza di Chiavazza, per il trattamento di pazienti tossico e alcoldipendenti, con una sperimentazione di un anno sostenuta dai fondi attribuiti al Dipartimento per l'esecuzione del Piano locale delle dipendenze.

REGIONE LOMBARDIA

L'organizzazione degli interventi di cura e reinserimento garantiti nel territorio regionale vede una regolare e consolidata collaborazione tra i Servizi Pubblici, del Privato sociale, delle Associazioni di volontariato e di Auto-mutuo aiuto, i medici di Medicina Generale e le Aziende ospedaliere. Sul territorio lombardo le strutture di accoglienza sono: 57 Nuclei Operativi di Alcologia afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, 6 Strutture Residenziali del Privato Accreditato, 18 moduli di accoglienza e/o di trattamento specialistico.

P.A. BOLZANO

Nell' ambito dell' Associazione HANDS è proseguita l'attività delle seguenti strutture:
- Sede Centrale HANDS ed Ambulatorio - Bolzano
- Sede Periferica HANDS- Merano
- Sede Periferica HAND - Bressanone
- Comunità terapeutica HANDS- Bolzano
- Laboratorio della Comunità terapeutica - Bolzano

- Laboratorio protetto HANDSWORK - Bolzano
- Laboratorio protetto HANDSWORK - Cermes (Merano)
- Alloggio protetto HANDSHOME - Bolzano
- Alloggio protetto HANDSHOME - Caldaro (Bz).

P.A. TRENTO

E' attivo un reparto di Alcologia presso l'ospedale S. Pancrazio di Arco.
Il reparto di Riabilitazione Alcologica della suddetta struttura sanitaria ha come finalità l'aiuto alla persona e alla famiglia con problemi di alcol per favorire una sufficiente elaborazione sulla convinzione ed il progetto di abbandono delle sostanze, e quindi non si limita alla sola funzione di disintossicazione nel senso del controllo dell'astinenza in fase acuta. Inoltre i ricoveri presso tale reparto possono e devono essere effettuati solo dai Servizi di Alcologia, come previsto da specifica convenzione tra APSS e Ospedale San Pancrazio.

REGIONE VENETO

Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza residenziale sono soddisfatte nell'84% dei casi dal privato sociale e nel restante 16% dalle strutture pubbliche, particolarmente presenti nella provincia di Treviso. L'analisi dell'offerta del privato sociale, nel bilancio tra strutture chiuse e l'apertura di qualche nuova struttura, evidenzia nel 2011 un lieve trend di crescita.
Significativa è l'attività svolta dalle comunità terapeutiche e dalle strutture di pronta accoglienza, appartenenti all'albo del Privato Sociale della Regione Veneto, che offrono programmi mirati al consolidamento dell'astinenza e alla definizione di un percorso di trattamento; su questa offerta, che costituisce l'elemento costante principale, si innestano specifiche risposte di varia natura, tra cui:

- centri di prima accoglienza;
- accoglienza di soggetti con doppia diagnosi;
- appartamenti per l'accoglienza di alcol dipendenti in fase di riabilitazione;
- centri diurni per trattamento socio-riabilitativo occupazionale;
- centri per le dipendenze giovanili;
- comunità alloggio e case famiglia per trattamento socio-riabilitativo;
- programma di ricovero con degenza ospedaliera;
- strutture residenziali messe a disposizione dall'ente locale e gestite dall'A.C.A.T. con l'obiettivo di promuovere il reinserimento sociale di persone alcoldipendenti.

Altre esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza trovano risposta in alcune divisioni mediche degli ospedali locali, cliniche e case di cura convenzionate.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

ASS1
- Struttura Residenziale Specialistica per il trattamento 24 ore su 24 con 15 posti letto.
- Struttura residenziale intermedia per alcolisti già trattati con problemi alloggiativi: 6 posti letto.

ASS2
- Utilizzo di quattro posti letto (Modulo Alcologico) presso la R.S.A. di Cormons (distretto A.I.) per la partecipazione "protetta" dei ricoverati al "Trattamento Integrato" che si svolge giornalmente presso il SerT di Gorizia.

ASS4
- Ad Udine, continuano la loro operatività i Centri residenziali:"Casa Immacolata" e "Nostra Famiglia".

REGIONE LIGURIA

- Nella Regione Liguria vi sono strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11 nelle quali sono presi in carico soggetti che svolgono programmi riabilitativi. Tutte le strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative specifiche del privato sociale e presenti in Liguria hanno specifici programmi per soggetti con dipendenza da alcol.

- Inoltre vi sono strutture a bassa soglia di accesso cui possono accedere anche persone con problemi alcol correlati per affrontare situazioni di difficile gestione o casi in cui, successivamente alla fase acuta, c'è la necessità di osservazione e cura prima di effettuare un reinserimento territoriale con trattamento ambulatoriale, o un inserimento in struttura comunitaria.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Nel Sistema regionale si conferma la presenza degli Enti Accreditati che gestiscono programmi diurni e moduli residenziali per alcolisti.
L'attività di riflessione, fatta insieme ai servizi e coordinata da un gruppo tematico regionale, ha evidenziato come il ricorso alle strutture avvenga principalmente per pazienti con doppia diagnosi, con compromissione dello stato di salute e ridotte risorse familiari.
Queste considerazioni sono alla base di un percorso di approfondimento che coinvolgerà anche i componenti della Commissione di monitoraggio RER-CEA con l'obiettivo di stabilire criteri di qualità dei programmi residenziali per alcolisti.

REGIONE TOSCANA

- Le strutture **private** che si occupano di alcoldipendenza, presenti sul territorio regionale toscano, sono di diversa natura: Enti Ausiliari autorizzati e convenzionati con il SSR quali la casa famiglia "Crisalide" gestita dal Ce.I.S. di Lucca, il Ce.I.S. di Pistoia, la Cooperativa "Incontro" di Pistoia e, infine, la Casa di cura "Villa dei Pini" a Firenze.

- Tra le strutture **pubbliche**, a Pisa ha sede il Centro Osservazione e Diagnosi "La Badia" di natura semiresidenziale gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 5 di Pisa e, infine, a Firenze si trova il Centro Diurno "La Fortezza" con attività anche di *Day Hospital* costituito da un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 10 di Firenze.

REGIONE UMBRIA

- In Umbria è presente una Comunità Residenziale con finalità specifiche nei confronti delle persone con alcol dipendenza, che ha chiuso la propria attività nel mese di settembre 2011; successivamente sia a livello regionale che locale è stato fornito ogni supporto nella prospettiva di un successivo riavvio della struttura.

- E' attivo inoltre il Gruppo famiglia "Pindaro" di Perugia, che accoglie nell'anno circa 20 utenti in regime residenziale e circa 30 in semiresidenziale.

REGIONE MARCHE

Non esistono Enti ausiliari esclusivamente dedicati ai problemi alcologici. La rete delle strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti è presente in maniera capillare in tutto il territorio regionale. In alcune sedi sono attivi specifici programmi riabilitativi per alcoldipendenti: Comunità Terapeutica Residenziale IRS *"L'Aurora"* e la Comunità Terapeutica *"Kairos"*.

REGIONE LAZIO

Sono stati finanziati dalla Regione 2 centri di accoglienza a breve termine, uno in provincia di Viterbo, l'altro in provincia di Latina, rivolti a pazienti alcol dipendenti con problematiche sociali.

REGIONE CAMPANIA

Nel corso del 2010 alcune strutture residenziali del terzo settore hanno cominciato a consentire l'ingresso di persone con problemi di alcol per trattamenti socio riabilitativi in collaborazione con i Centri di Alcologia dei SerT territoriali.

REGIONE PUGLIA

Nella regione Puglia sono attive 30 Organizzazioni del privato sociale ed Associazioni di volontariato con 52 sedi operative di cui circa 30 di tipo residenziale. Ognuna di queste riserva un numero di posti letto per utenti alcoldipendenti a cui sono assicurati programmi di recupero concordati con i Ser.T del territorio.

REGIONE BASILICATA

- Comunità "Emmanuel" di Salandra (MT)

- Comunità Terapeutica "Exodus" di Tursi (MT)

- Centro Residenziale Alcologico presso il P.O. di Chiaromonte (PZ) – ASL n. 3.

REGIONE CALABRIA

Nella Regione esiste un'unica Struttura residenziale privata accreditata per alcolisti: "Comunità Terapeutica Arcobaleno - Centro Calabrese di Solidarietà Catanzaro".

REGIONE SICILIA

Con Decreto del 7 luglio 2010 sono stati definiti i requisiti strutturali ed organizzativi per l'accreditamento delle strutture residenziali di tipo terapeutico-riabilitativo per alcolisti. Nell'anno 2011 tuttavia non si è resa operante ancora alcuna di tali strutture.
Al momento le necessità di accoglienza trovano risposte all'interno delle strutture del privato sociale accreditate già operanti antecedentemente alla data del 7/7/10.

REGIONE SARDEGNA

- La Regione Sardegna ha finanziato i Comuni per programmi di presa in carico degli utenti con problemi alcol correlati, per l'accompagnamento personalizzato di inclusione sociale in situazione di difficoltà e che devono completare il percorso in regime di assistenza domiciliare.

- Da diversi anni è operante a Carbonia la Comunità denominata "Centro Alcologico di Carbonia". La struttura, accreditata dalla Regione, è gestita da una Associazione *no-profit* e ha rapporti di convenzione con tutte le ASL. Questa struttura accoglie soggetti di sesso maschile alcoldipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, prima dell'invio ad un trattamento domiciliare o in *day hospital*, necessitano di un temporaneo inserimento in un ambiente protetto nel quale riuscire a conseguire e mantenere la condizione di sobrietà.

- Presso il SerD della ASL n. 2 di Olbia, in stretta collaborazione con le Associazioni di Volontariato, è attivo il "Centro di Accoglienza e Riparo Diurno" cui accedono persone con dipendenza da sostanze alcoliche in condizione di grave disagio sociale e/o di estrema marginalità (senza fissa dimora e condizioni minime di sussistenza). Tale utenza non solo può usufruire di attività educativa e di reinserimento sociale, ma in alcuni casi anche della somministrazione dei pasti, delle cure igieniche della persona e della distribuzione di vestiario.

5.8. Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge

REGIONE PIEMONTE

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- ASL TO2 e AL:
Attivazione di una collaborazione continuativa con strutture private per ricoveri riabilitativi anche se non con protocollo istituzionale.

- ASL TO3:
Prosegue la collaborazione con il Dipartimento di Medicina legale in ottemperanza alla Legge 125/01 in materia di alcol. Tre medici designati da ciascuna SC. del DPD ASL TO3, partecipano come specialisti alcologi alla Commissione Patenti.
Nel 2011 è stato attivato il nuovo gruppo di lavoro del Coordinamento Alcologico del Pinerolese. Il gruppo di lavoro, composto da operatori del Ser.T., del Servizio Sociale, del privato sociale e dell'associazionismo locale, ha l'obiettivo di progettare e attuare interventi di comunità in merito ai problemi alcol correlati.

- ASL CN1-CN2:
A seguito di un percorso formativo avviato con il progetto "Pronti a ripartire" tra la Commissione Medico Locale e i Ser.T. dell'ASL CN1 e CN2, prosegue la collaborazione per la consulenza alcologica fornita dai medici del Ser.T. alla Commissione Medica Locale di Cuneo nel rispetto di un protocollo condiviso tra le parti. È proseguita inoltre la collaborazione col NOT della Prefettura di Cuneo e con le forze dell'ordine attraverso il tavolo di lavoro finalizzato all'applicazione delle normative con il codice della strada (artt. 186 e 187).

- ASL VC:
Protocollo di collaborazione con il Servizio di Medicina Legale in tema di accertamenti ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada (D.Lgs. 285/1992) e successive modificazioni.

- ASL AL:
Attivazione presso l'Asl di Alessandria di una collaborazione continuativa con struttura privata convenzionata per disintossicazione. Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Alessandria.

- ASL BI: Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Biella; continuazione percorsi di consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

- Associazione ALISEO Onlus: continuazione e conclusione del progetto finanziato dal Piano Locale delle Dipendenze dell'ASL TO1 Ovest, denominato *"Casa della Luna"*, il cui obiettivo è favorire processi di reintegrazione e ri-socializzazione per donne alcoliste che vivono un particolare disagio legato a solitudine e isolamento. Il progetto si avvale di uno spazio-alloggio in cui, secondo un progetto terapeutico, le donne possono incontrarsi e condividere attività e momenti di riflessione.
- Preparazione del progetto *Riempi il tempo,* in linea con i contenuti e gli obiettivi del progetto Casa della luna, ma rivolto sia a uomini che donne alcoliste.

REGIONE LOMBARDIA

Nel 2011 è stato trasferito ad Eupolis, ente regionale, il coordinamento di tutti gli osservatori regionali.
E' proseguita la collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (ORED), e con il coinvolgimento di altre D.G. regionali, dei Direttori Dipartimenti Dipendenze delle ASL, con i rappresentanti delle Associazioni del Privato Sociale, degli operatori dei Servizi Territoriali, dell'Associazione dei Comuni, dell'Unione delle Province Lombarde, dalla Direzione dell'Ufficio Scolastico Regionale, della Prefettura, della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, dal Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria e dai Rappresentanti del Tavolo permanente del Terzo Settore.
La gestione operativa dell'ORED, è stata affidata alla *"Fondazione Esclusione Sociale: Analisi ed Esperienze" (E.S.A.E.).*
L'ORED ha i seguenti compiti:

- analizzare il fenomeno attraverso la raccolta e l'elaborazione dei flussi informativi provenienti dal territorio;
- promuovere e organizzare corsi di formazione e specializzazione professionale per futuri operatori dell'area socio-assistenziale, educativa e sanitaria;
- promuovere e organizzare convegni, seminari, dibattiti, incontri e pubblicazione e diffusione dei risultati.

P.A. BOLZANO

Il Sistema dei Servizi ha applicato le convenzioni vigenti fra istituzioni pubbliche (Provincia, Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Comunità Comprensoriali) nonché i protocolli operativi e d'intesa fra gli stessi servizi sanitari e sociali finalizzati al lavoro di rete e di integrazione socio-sanitaria.

P.A. TRENTO

- Convenzione con APCAT (Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento).

- Convenzione con Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

REGIONE VENETO

Proseguono le collaborazioni attive interne ai Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto, concretizzate tramite la stipula di numerosi protocolli, piani, convenzioni (con i Comuni, altri soggetti pubblici, terzo settore ed associazionismo) finalizzate alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi e patologie alcol correlati.
Il 66% degli accordi vede coinvolto il terzo settore (privato sociale e il volontariato) mentre il 34% viene stipulato tra Servizi Pubblici. Gli accordi favoriscono e consolidano le seguenti iniziative:

- il trattamento delle persone con doppia diagnosi in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale (P.D.T.A.);
- la Continuità assistenziale, rafforzando i rapporti con i Pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consultori familiari ed i Servizi tutela minori;
- le collaborazioni con le Unità Operative di malattie infettive;
- gli inserimenti socio-lavorativi protetti tramite i Servizi Integrazione Lavorativa (SIL): in tale ambito si rinnovano le convenzioni tra Consorzi di Cooperative Sociali, e con i Centri per l'impiego provinciali;
- le collaborazioni con le Forze dell'ordine, con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, con i Comuni ed altri soggetti pubblici.

Tra gli accordi sottoscritti con il Privato Sociale si evidenziano le seguenti finalità:

- consolidare le sinergie terapeutico-assistenziali con le Comunità Terapeutiche, accreditate dalla Regione Veneto che accolgono anche pazienti alcolisti;
- confermare l'integrazione operativa tra Servizi di Alcologia e A.C.A.T., favorendo le attività dei Club attivi nel territorio attraverso l'attivazione di diverse iniziative che rientrano nelle attività dell'approccio ecologico-sociale (S.A.T. Scuole Alcologico-Territoriali di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione);
- co-gestione di progetti territoriali di inserimenti socio-lavorativi (*S.O.L.A.R.E.).*

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

ASS1
- Convenzioni con le 4 associazioni di volontariato.
- Convenzione con l'AsTrA per la gestione di una struttura residenziale intermedia.
- Protocollo con la Commissione Medica Patenti provinciale.
- Attività di collaborazione con i Distretti Sanitari e progetto "Microaree".
- Collaborazione con il Servizio sociale del Comune.
- Collaborazione con lo UEPE.

ASS2
- Convenzione con le due ACAT territoriali "Goriziana" e "Basso Isontino".

ASS3
- Rapporto di collaborazione con struttura di accoglienza della caritas "Casa Betania" aperta nel 2008 a Tolmezzo.

ASS4
- Convenzione con l'Associazione ACAT udinese.
- Convenzione con l'Associazione Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica.
- Convenzione con le Comunità terapeutiche "La nostra casa" e "Casa immacolata".

ASS5
- Convenzione con le ACAT del territorio.

ASS6
- Convenzione con ACAT della Provincia.
- Convenzione con Associazione Nuovo Paradigma.
- Collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASS6.

REGIONE LIGURIA

- Le Aziende Ospedaliere e le AA.SS.LL. hanno rapporti consolidati al fine di assicurare linee terapeutiche condivise ai pazienti che vengono seguiti in modo congiunto. In particolare, nell'ambito della collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e le Aziende Ospedaliere, sono stati individuati presso gli ospedali spazi per ospitare l'operatività dei gruppi di auto-mutuo aiuto e posti per la disintossicazione da alcol. In particolare sono stati avviati protocolli di collaborazione con gli Alcolisti Anonimi nei quali si stabilisce la possibilità e l'opportunità di collaborare nel percorso di cura e riabilitazione delle persone alcol dipendenti, concordando modalità di invio reciproche ed incontri periodici per un maggiore coordinamento.

- Protocolli di collaborazione con la Commissione Medica Locale Patenti attraverso la strutturazione di un apposito gruppo di lavoro interno al servizio.

- In un'ottica di collaborazione con l'ARCAT, alcuni operatori hanno svolto funzione di tutor nell'ambito del progetto sperimentale *"Ripara ed Impara"*: programma di sostituzione della pena detentiva o pecuniaria per guida in stato d'ebbrezza con lavori di pubblica utilità. Il progetto, nato da una convenzione tra il Tribunale di Genova e ARCAT Liguria, prevede l'assegnazione di un tutor che svolge funzioni di monitoraggio dell'andamento del programma in capo al singolo interessato e di valutazione finale del suo positivo, o meno, svolgimento.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- A parte la collaborazione con le Associazioni A.A., Al-Anon e ARCAT, si precisa che gli Enti del privato sociale che gestiscono le strutture di accoglienza, aderiscono all'accordo Regione Emilia Romagna - Coordinamento Enti Ausiliari rinnovato con Deliberazione di Giunta Regionale n° 246/2010.
Tutte le strutture che aderiscono all'accordo sono state accreditate come strutture sanitarie per il trattamento residenziale e semiresidenziale delle Dipendenze Patologiche. I requisiti generali e specifici per tale accreditamento sono descritti nella Deliberazione di Giunta regionale n° 26 del 2005.

- Per quanto riguarda i soggetti pubblici, si menzionano le collaborazioni con gli Enti Locali all'interno dei Piani per la Salute ed il benessere sociale a cui i Servizi per le Dipendenze/Centri Alcologici partecipano per le parti di integrazione sociosanitaria legate ai trattamenti e al reinserimento sociale e per i progetti di prevenzione e promozione di sani stili di vita.
In particolare, la collaborazione è diffusa a proposito dei Servizi di prossimità attivi in tutte le Aziende USL e gestiti dalle stesse Aziende o direttamente dai Comuni o mediante collaborazioni.

REGIONE TOSCANA

In sintonia con le "*Linee di intervento su droghe sintetiche e alcol*" del PISR 2007-2010 che prevedono il rafforzamento dell'integrazione con la rete dei servizi pubblici, sono state realizzate nell'anno 2010 le seguenti iniziative:
- ampliamento e consolidamento dei rapporti con altri Servizi socio-sanitari presenti sul territorio (Aziende Ospedaliere, Case di Cura, ecc.);
- collaborazione con Presidi ospedalieri e/o universitari per ricoveri programmati, Day hospital, visite ambulatoriali specialistiche di controllo;
- collaborazione con Amministrazioni comunali ed altri Enti locali, Forze dell'Ordine, ecc.;

- stipula da parte delle équipes alcologiche/Ser.T di una convenzione con le Comunità terapeutiche presenti sul territorio e con altri Enti o Associazioni (CeiS, ACAT, Caritas, Comunità Montane, OGAP, Misericordie, ecc.).

REGIONE UMBRIA

- A livello delle singole ASL sono attivi diversi Protocolli di collaborazione, sia tra servizi aziendali diversi al fine di integrare le attività e competenze reciproche, sia tra i servizi pubblici e realtà del privato sociale e dell'associazionismo, sia con altre istituzioni per lo svolgimento di attività molteplici.

- A seguito dell'Accordo formale di collaborazione tra la Regione Umbria e l'Ufficio scolastico regionale per favorire iniziative volte a promuovere la salute nella popolazione giovanile, sono stati definiti accordi e protocolli interistituzionali di livello locale, che hanno coinvolto le Aziende USL, i Comuni, le istituzioni scolastiche, il privato sociale.

- Ulteriori accordi di livello locale coinvolgono gli Istituti penitenziari ed i servizi deputati all'inserimento sociale e lavorativo.

REGIONE LAZIO

Si segnalano attivazione di strette collaborazioni tra Ser.T e CSM specialmente per i pazienti con doppia diagnosi, inoltre si segnalano numerosi protocolli di intesa con le prefetture della regione.

REGIONE ABRUZZO

- Esistono da anni specifiche convenzioni con Comunità Terapeutiche residenziali e semi-residenziali.

- E' attivo un protocollo di intesa tra l'ASL di Pescara e la Casa Circondariale di Pescara per il trattamento dei detenuti con problemi alcolcorrelati.

- Nel capoluogo regionale ha avuto continuità la collaborazione della Società Cooperativa "IDeALI" di L'Aquila con il Ser.T., per la gestione delle attività riabilitative e socializzanti degli utenti alcoldipendenti e degli altri utenti del Servizio.

REGIONE MOLISE

I Servizi per le tossicodipendenze proseguono le collaborazioni con diversi Enti:
- con l'Università del Molise relativamente alla realizzazione del tirocinio teorico-pratico per gli Assistenti sociali, Psicologi e Medici;
- con Enti e Associazioni accreditate che si occupano di dipendenza;
- con il Tribunale per la definizione e attivazione di programmi di osservazione e messa alla prova di soggetti con Problematiche Alcol-Correlate (PAC);
- con la Prefettura in merito ai soggetti segnalati per la violazione dell'art. 121 o 75 del DPR 309/90;
- con il Tribunale dei Minori per i soggetti segnalati in relazione all'andamento del trattamento e sul rispetto delle disposizioni date.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 3
- Protocollo d'intesa con MMG.
- Protocollo d'Intesa con la Gastroenterologia dell'Ospedale S. Maria della Pietà di Nola, per le patologie alcolcorrelate, al fine di garantire prestazioni specialistiche per le patologie epatiche e gastriche di una certa gravità.
- Protocollo d'intesa con il DSM, per attività di consulenza presso il SPDC di Pollena Trocchia per i pazienti alcolisti.
- Protocollo di collaborazione tra U.O. Psicosociale di Nola e Commissione Patenti per la riabilitazione dei sanzionati ai sensi dell'art 186 C.d.S.
- Protocollo tra Servizio Aziendale di Alcologia dell'Area Ser.T e Divisione di Medicina dell'Ospedale di Gragnano per posti letto dedicati al trattamento delle complicanze internistiche alcolcorrelate.

ASL Avellino
Protocollo di collaborazione tra UO di Alcologia e Commissione Locale Patenti della Provincia di Avellino per i programmi di riabilitazione dei conducenti di veicoli a motore sottoposti alle sanzioni previste dall'art.186 CdS, svolti in collaborazione con APCAT Avellino e Associazione Familiari Vittime della Strada.

ASL Salerno
Protocollo di collaborazione sperimentale tra Ser.T di Cava dei Tirreni e la Commissione Patenti per programmi di valutazione, diagnosi, trattamento e di psicoeducazione nel caso di problemi correlati all'uso di alcol durante la guida (art.186 del Codice della Strada).

REGIONE PUGLIA

Esistono a livello locale protocolli di collaborazione sottoscritti a livello di piani di zona tra EE.LL, Servizi Sanitari pubblici e Organizzazioni del privato sociale.

REGIONE BASILICATA

- Convenzione con l'Associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento della Regione Basilicata, a cura del Servizio di Chiaromonte.

- Stesura di protocolli di collaborazione con le Divisioni di Medicina e con il Dipartimento di Salute Mentale di Melfi-Venosa da parte del relativo Servizio territoriale, a cura del Servizio di Melfi.

- Sperimentazione delle procedure di collaborazione con il CRA di Chiaromonte (a.t. ex-ASL 2 Potenza).

- Convenzione con l'Associazione culturale "L'Albero" per la realizzazione di 10 spettacoli "A.A. Altamente alcolico" nelle Scuole superiori dell'ASP (a.t. ex-ASL 2 Potenza).

REGIONE CALABRIA

Sono stati stipulati protocolli di collaborazione tra i Servizi pubblici competenti in materia di alcol e le seguenti Istituzioni: Case Circondariali, Prefetture, Comuni, Enti Ausiliari e Associazioni di volontariato.

REGIONE SICILIA

Sono stati sottoscritti protocolli di collaborazione con l'Associazione Alcolisti Anonimi e con talune scuole interessate al progetto *"Peer Education"*.

REGIONE SARDEGNA

- Protocollo di collaborazione delle ASL con i P.L.U.S. a livello distrettuale *"Bacco..cosa non sappiamo..?"* in linea con gli indirizzi Regionali in materia di alcologia.

- Protocollo di collaborazione per la rilevazione dei dati inerenti l'accesso al Pronto Soccorso e le segnalazioni delle Forze dell'Ordine (polizia, carabinieri, vigili urbani, guardia di finanza).

- Protocollo di collaborazione per le attività inerenti il C.I.C. con gli Istituti Scolastici.

5.9. Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell' Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine, nel corso di sagre e feste, ai fini della sensibilizzazione ed informazione della popolazione sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro accompagnati dalla distribuzione di etilometri tascabili.

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine ed i gestori di Scuole Guida ai fini della sensibilizzazione ed informazione dei futuri patentati sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro accompagnati dalla distribuzione di etilometri tascabili.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE-ASSESSORATO TUTELA SALUTE
Linee di indirizzo in tema di accertamenti ai sensi degli articoli 186 (guida sotto l'influenza dell'alcol) e 187 (guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada (D. Lgs. 285/1992 e successive modificazioni). Tale documento tecnico, di portata trasversale, è stato strutturato con il coinvolgimento interistituzionale, a livello regionale, di tutte le Procure della Repubblica, delle Prefetture, dell'Assessorato Trasporti, dell'Assessorato al Commercio e Polizia Locale e delle Aziende Sanitarie Regionali. Il documento è in fase di approvazione.

AZIENDE SANITARIE LOCALI
- ASL CN 1 : In provincia di Cuneo è attivo presso la Prefettura il *"Gruppo Provinciale Interistituzionale per la prevenzione dei comportamenti a rischio"* con la partecipazione delle Forze dell'Ordine, dei Consorzi Socio-Assistenziali, dei Ser.T e della Provincia. All'interno di tale Gruppo ci si confronta sui temi dell'abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol, e si tracciano strategie di sviluppo di interventi di prevenzione sul territorio.

REGIONE LOMBARDIA

Le iniziative che hanno visto la collaborazione delle competenti Istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, Municipali ed altre, hanno riguardato in particolare le disposizioni in materia di pubblicità, di vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade ed il tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli. Una iniziativa che

prosegue anche nel 2011 è il "*Progetto Prefettura*" che ha l'obbiettivo di realizzare un aggancio precoce dei soggetti segnalati ex artt. 75 e 121 da parte dei SerT.

P.A. BOLZANO

In applicazione della legge provinciale *"Interventi in materia di dipendenze"* che prevede la possibilità da parte dei Comuni di adottare con proprio regolamento misure restrittive per il rilascio delle autorizzazioni relative alla pubblicità ed alle iniziative promozionali di bevande alcoliche, 86 Comuni dell'Alto Adige su 116 interpellati hanno adottato il regolamento o comunque attuato iniziative di prevenzione in linea con lo stesso.
Pur essendo stato un buon risultato, è emersa l'opportunità di rafforzare le sinergie con questi Enti che costituiscono una base ideale per integrare iniziative e progetti di prevenzione e per questo il Forum Prevenzione, in collaborazione con il Consorzio dei Comuni e su incarico del Dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali, ha sviluppato un KIT specifico per i Comuni che, oltre al materiale informativo e alle normative aggiornate in materia di alcol, contiene proposte concrete di intervento a livello comunale per l'organizzazione di feste e balli.

P.A. TRENTO

E' stato stipulato un Protocollo di intesa con la Commissione Medica locale secondo il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a sottoporsi alla visita presso la Commissione Medica Locale Patenti. Prima di compiere tale visita, è tenuto a presentarsi presso i servizi di Alcologia per una consulenza alcologica. In tale circostanza il Servizio di Alcologia competente per Distretto di residenza dell'interessato propone a tutti la frequenza ad un ciclo di 3 incontri in cui vengono illustrati ed analizzati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. La rilevanza della frequenza a questi incontri è convalidata dal fatto che alcuni giudici hanno stabilito in sentenza per la guida in stato di ebbrezza l'obbligatorietà della partecipazione a tale ciclo di incontri.

REGIONE VENETO

Due terzi delle Aziende unità locali socio sanitarie collaborano con le competenti istituzioni, Amministrazione dell'interno ed istituzioni municipali, per sostenere e favorire il rispetto delle norme relative alla guida di autoveicoli, con riferimento particolare al tasso alcolemico. Nel territorio regionale sono diffuse le azioni rivolte a rafforzare stili di vita sani e ad evitare comportamenti a rischio, in particolare rispetto alla guida di veicoli, anche attraverso la proposta della misurazione dell'alcolemia, la

distribuzione di materiali informativi, l'offerta di bevande analcoliche durante feste, concerti e/o all'uscita dai luoghi di aggregazione notturni.
Anche per il 2011 non si registrano esperienze dirette alla dissuasione del consumo e della vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade.
Poco meno della metà delle Aziende si interessa ad iniziative in materia di pubblicità, attraverso una serie di interventi che riguardano:

- l'approvazione di linee di indirizzo per le Amministrazioni locali sul consumo di alcol, riferite in particolare alle bevande alcoliche utilizzate in occasione di sagre, feste paesane o di quartiere, anche con il patrocinio delle Amministrazioni locali;
- la realizzazione e distribuzione di materiali informativi di vario genere;
- le iniziative indirizzate alla popolazione con il coinvolgimento delle Amministrazioni comunali, le Conferenze dei sindaci, le Prefetture, le Forze dell'ordine e i pubblici esercenti, relativamente alla vendita e somministrazione di alcolici, in particolare ai minori;
- la progettazione di interventi rivolti ai soggetti tenuti a sottoporsi alla revisione della patente, ritirata per problemi di guida in stato di ebbrezza, mediante la collaborazione tra le Commissioni mediche locali per le patenti di guida e i Servizi di alcologia;
- gli incontri rivolti alla popolazione, con personale competente, in merito alle tematiche alcolcorrelate, in particolare durante il mese di aprile individuato il mese della prevenzione alcologica.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ASS2
- Interventi informativi nelle Scuole in collaborazione con la Polizia di Stato.
- Corsi informativi in collaborazione con la Commissione Provinciale Patenti di Guida.

REGIONE LIGURIA

- Nel mese di giugno 2011, nell'ambito della campagna contro l'abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti durante la guida: *"Non finire la tua strada"*, vi sono stati eventi mirati a sensibilizzare sugli effetti sulla salute causati dall'uso di alcol o sostanze stupefacenti durante la guida. In particolare è stato dedicato ampio spazio alle conseguenze fisiologiche e sanzionatorie ai conducenti che guidano in stato di alterazione psicofisica determinata da dette assunzioni anche attraverso conferenze e dibattiti televisivi.

- Oltre ai presidi informativi durante i quali personale sanitario e polizia municipale informavano circa i rischi legati alla guida sotto effetto di alcol o sostanze illecite, sono state predisposte mirate attività di controllo sul territorio da parte della polizia

municipale con la partecipazione di personale sanitario, al fine di facilitare gli accertamenti delle violazioni e comminare le sanzioni stabilite dal codice della strada.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Sul territorio regionale sono attivi numerosi progetti di prevenzione e sensibilizzazione sui consumi di alcol che vedono lavorare insieme i Servizi sanitari, gli Enti Locali e le Forze dell'Ordine.

- Sul tema della guida sicura, dall'inizio del 2011 sono stati attivati in tutte le Aziende USL corsi info-educativi di gruppo rivolti ai guidatori fermati per violazione dell'art.186 del Codice della Strada. I corsi sono considerati ai fini della valutazione di idoneità alla guida da parte delle Commissioni Mediche Locali e prevedono una tariffa a carico dei guidatori interessati fissata con determinazione regionale. I docenti dei corsi sono operatori dei Servizi opportunamente formati in sede regionale e seguiti nella loro attività con momenti di supervisione.
La partecipazione ai corsi prevede la compilazione da parte dei partecipanti di un test pre e post e la consegna da parte dei docenti di un attestato con il punteggio del test da consegnare alla CML in sede di visita.

REGIONE TOSCANA

- Rapporti di collaborazione tra Regione Toscana, Aziende USL, Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria per la Toscana, UEPE, Università, Enti locali e Associazioni di volontariato in applicazione dei Protocolli di Intesa approvati con delibera n. 67 del 25 gennaio 2010.

- Collaborazioni tra Regione Toscana e competenti servizi delle Aziende USL all'interno dei tavoli attivati dalle Prefetture della Toscana.

- Collaborazione con Centro Collaboratore dell'OMS per la promozione della salute.

- Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

- Collaborazione con le competenti istituzioni centrali.

- Collaborazione con la Commissione del gruppo di lavoro alcol del Ministero della Sanità (CCM).

- Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, per la realizzazione del materiale informativo rivolto sia alla popolazione generale sia ad un target specifico operante nel

sistema sanitario o comunque nei contesti di promozione della salute (medici, infermieri, psicologi, ecc.) e le attività del Mese di Prevenzione.

- Collaborazione con la polizia municipale, con le Forze dell'Ordine, con le Province e i comuni per la prevenzione e l'informazione in occasione delle manifestazioni locali.

- Collaborazione con i distaccamenti ACI presenti sul territorio al fine di lavorare in sinergia per la riduzione degli incidenti alcolcorrelati.

REGIONE UMBRIA

- Con la DGR n. 1423 del 3/9/2007 è stato adottato il *"Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza"*.

- Nel 2011, inoltre, la Regione e la ASL hanno partecipato ad un apposito Tavolo tecnico attivato dalla Prefettura di Terni riguardo ai problemi connessi con l'uso di alcol e sostanze stupefacenti, che ha visto il coinvolgimento delle Forze dell'ordine e degli organi di Polizia municipale.

REGIONE MARCHE

Molti Servizi Territoriali per le Dipendenze Patologiche hanno realizzato diverse collaborazioni con gli organi della Prefettura, della Questura, Comune, Province, Associazioni scolastiche e di Volontariato e promozione sociale.

REGIONE LAZIO

Si segnalano attivazione di protocolli di intesa tra i Servizi e le diverse le Prefetture della regione.

REGIONE ABRUZZO

- In merito alla collaborazione con le competenti istituzioni per il rispetto delle disposizioni in materia di "tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli", è garantita la presenza del medico del servizio di Alcologia quale componente della CML patente per la valutazione della persistenza dei requisiti psico-ficici nei guidatori segnalati per guida in stato di ebbrezza o problemi alcol correlati.

- Nell'anno 2011, inoltre, ci sono stati ripetuti contatti con la Prefettura di Pescara con proposte per attivazione di un'efficace strategia di contrasto alle PPAC in termini di controlli alcolimetrici e prevenzione limitativa.

REGIONE CAMPANIA

ASL NAPOLI 1 Centro:
Accordo di partnership con il Servizio Contrasto alle povertà del Comune di Napoli che coinvolge anche l'Associazione "Il Pioppo onlus", per la realizzazione di interventi nei contesti del divertimento giovanile che prevede specifiche azioni di prevenzione e riduzione dei rischi legati all'uso di bevande alcoliche.

ASL NAPOLI 3 Sud:
- Realizzazione di un progetto Aziendale denominato *"Scegliere la strada della sicurezza"*, finanziato dalla Regione Campania per la prevenzione degli incidenti stradali.
- Collaborazione con la Polizia Stradale nel programma denominato *"Forze dell'Ordine e Ser.T.: Insieme per la sicurezza"*, finalizzato a prevenire la guida in stato di ebbrezza e viene condotta sul territorio di competenza territoriale del Ser.T. periodicamente anche con la rilevazione del tasso alcolemico attraverso l'utilizzo dell'etilometro e la presenza dell'Unità Mobile.
- Prosecuzione del progetto *"Notti Sicure"* nella Penisola Sorrentina che ha visto gli operatori della Unità Mobile impegnati nella prevenzione degli incidenti stradali per la guida sotto l'effetto di alcol, all'uscita dai locali in collaborazione con la Polstrada.

ASL SALERNO:
Collaborazione con il Servizio di Prevenzione Aziendale, le Forze dell'ordine, l'UTG e l'A.C. nel quadro del progetto regionale *"Scegliere la strada della sicurezza"* per la prevenzione degli incidenti stradali.

REGIONE BASILICATA

- Manifestazione *"Pit Stop"* organizzata dall'ASP di Potenza e dalla Direzione Generale della MCTC (a.t. ex-ASL 3 Lagonegro).

- Stesura, condivisione ed approvazione del Codice Etico per la Salute in collaborazione con Comune di Potenza, Ambiti Territoriali Alto Basento e Marmo-Platano-Melandro, Associazioni esercizi commerciali (bar, pub, discoteche, ecc.) (a.t. ex-ASL 2 Potenza).

- Collaborazione con la Prefettura–UTG di Potenza. in merito ad iniziative di informazione e prevenzione su temi legati all'alcol e ad altre sostanze d'abuso.

- Attività di collaborazione con EE.LL.(Comuni afferenti all'area di competenza del Servizio di Villa D'Agri) mediante distribuzione sul territorio di volantini esplicativi sul tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli e sui danni e rischi legati all'uso/abuso di alcol durante la guida, a cura del Servizio di Villa D'Agri.

REGIONE CALABRIA

La collaborazione dei servizi di alcologia con le Forze dell'ordine è stata costante e proficua sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.
In particolare si è concretizzata nelle:
- attività realizzate dalle Commissioni Medico Locali;
- collaborazioni con le Forze dell'Ordine per la prevenzione e l'informazione sui rischi derivanti dall'uso e abuso di alcol nei contesti di grandi eventi musicali e aggregativi.

REGIONE SICILIA

Si segnala la collaborazione con:
- Prefettura di Palermo per il progetto *"Se sballo mi impallo"* che ha l'obiettivo di contrastare l'uso e l'abuso di sostanze che creano dipendenza, dall'alcol alla droga. Il progetto prevede che i giovani fermati ai posti di controllo siano accolti in loco anche da una equipe costituita da un medico, uno psicologo e un infermiere.
- POLSTRADA di Siracusa nell'ambito delle iniziative rivolte ai guidatori addetti a mansioni speciali (camion, bus, ecc) che come è noto sono sottoposti ad una specifica normativa di guida (tasso alcolemico pari a zero).
- Amministrazione Comunale di Alcamo (Tp) per la stesura dell'ordinanza comunale per la limitazione di bevande alcoliche.

REGIONE SARDEGNA

Progetto *"Miss e mister guida sicura con il Centro Alcologico"* presso la ASL di Sanluri, con cadenza biennale da completare nell'anno 2012.

5.10. Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro

REGIONE VALLE D'AOSTA

Sviluppo e ampliamento delle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro che prevede la concretizzazione di azioni coordinate ed integrate in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di lavoro, con particolare riferimento all'abuso di alcol. Le attività vedono impegnati il Dipartimento di Prevenzione (U.B. Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, SPRESAL), il Dipartimento di Salute Mentale ed il Ser.T. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE-ASSESSORATO Tutela della Salute e Sanità:

- Linee di indirizzo per la definizione di procedure operative in riferimento all'uso di alcol e alla diagnosi di alcoldipendenza nelle mansioni a rischio ai sensi della Legge 125/2001 (*Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*), del Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 16/3/2006 (*Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della Legge 125/2001*) e del D.Lgs. 81/2008 (*Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*) e successive modificazioni (D. Lgs. 106/2009). Il documento è in fase di elaborazione, come seguito della preliminare analisi giuridica/applicativa con evidenza delle principali criticità operative.

- Progetto in collaborazione con ERFEA Piemonte (CGIL, CISL, UIL, API) avente per oggetto le diverse problematiche connesse all'uso di sostanze psicoattive (alcol, sostanze stupefacenti/psicotrope) negli ambienti di lavoro con l'obiettivo di promuovere la salute e il benessere, gli stili di vita sani e di favorire condizioni di lavoro salutari per il lavoratore stesso e i terzi. Il progetto, indirizzato a tutte le figure del sistema sicurezza nei posti di lavoro (datore di lavoro, RLS, RSPP, Medico competente, Dirigenti e Preposti, lavoratori), è in corso di valutazione presso l'INAIL a cui è stato presentato per la relativa richiesta di finanziamento.

AZIENDE SANITARIE LOCALI:

- ASL TO2
Organizzazione di percorsi formativi dal titolo *"Approccio socio-occupazionale ai problemi di alcol dipendenza e altre dipendenze patologiche"* all'interno delle ASL rivolti ai lavoratori dell'ASL TO2 in collaborazione con la Medicina del Lavoro.

- ASL AL
Partecipazione a incontri formativi e organizzativi aziendali con i Medici Competenti per informazione e organizzazione circa le nuove normative relative ai controlli alcolemici su lavoratori delle aziende sanitarie.
Attivazione protocollo aziendale per l'applicazione della normativa della 125/01 in ambito lavorativo.

REGIONE LOMBARDIA

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 1, in ottemperanza alle Linee Guida Regionali 2009 *"Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale"*, ha promosso il progetto *"Salute e Lavoro"*. Il progetto è finalizzato a promuovere la salute e prevenire comportamenti di abuso tra adulti lavoratori, attraverso iniziative volte a sensibilizzare, formare e informare i referenti nel mondo aziendale.
L'obiettivo è di potenziare i fattori di protezione presenti in Azienda, riconoscere e contrastare i fattori di rischio. Una delle strategie di intervento principali del progetto è di favorire un sistema integrato tra servizio pubblico e privato sociale per promuovere interventi sinergici al raggiungimento dell'obiettivo.

P.A. TRENTO

Prosegue da alcuni anni l'intervento di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati nel corso base per i RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e i RSPP (Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione).

REGIONE VENETO

- Sul piano dei rapporti tra Servizi, si consolida la collaborazione tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Prevenzione, e in particolare tra Servizi alcologici, SPISAL (*Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro*) e SIL (*Servizio di integrazione lavorativa*).

- Alcuni interventi di carattere sanitario riguardano la valutazione alcologica e monitoraggio delle categorie di lavoratori classificate a rischio dalla vigente normativa,

l'offerta di *counseling* e informazione ai lavoratori, datori di lavoro, medici competenti del lavoro, referenti di alcune associazioni di categoria e di responsabili del personale per la prevenzione dei rischi infortunistici alcol correlati e delle malattie professionali, la realizzazione di interventi di prevenzione secondaria e l'attivazione di trattamenti terapeutici di persone con problemi alcol correlati inseriti in attività lavorative.

- Altre iniziative in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro sono strutturate in progetti che prevedono incontri di informazione ed educazione in ambito lavorativo, riguardanti problematiche correlate all'abuso di alcol e droghe; interventi di prevenzione e di diagnosi precoce; attività volte a rendere gli spazi di lavoro «*alcol-free*» (distributori automatici, mense, ecc.). Tra le realtà interessate da questa tipologia di interventi, si osserva la presenza di un numero significativo di aziende pubbliche e/o municipalizzate che erogano servizi ai cittadini e che dispongono di un numero rilevante di dipendenti.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ASS1
- Realizzati 14 incontri formativi con i lavoratori della Trieste trasporti;
- realizzati 4 incontri formativi per i lavoratori di "Pasta Zara";
- realizzati 2 incontri formativi con alcune cooperative di facchinaggio del Porto.

ASS3
- Collaborazione con i medici del lavoro e valutazione dei soggetti inviati da loro;
- corso ai medici competenti su "alcol e lavoro";

Incontro con le ditte di autotrasporti sui rischi dell'alcol alla guida;
- definizione e predisposizione, in collaborazione con i Dipartimenti delle Dipendenze ed il Dipartimento di Prevenzione aziendale, di un *dépliant* informativo rivolto ai lavoratori. Successivo invio del *dépliant* alle imprese edili e dei trasporti presenti nel territorio di competenza affinché lo consegnino ai propri dipendenti.

ASS4
- Programma di intervento presso l'AMGA di Udine nel mese di dicembre 2010 all'interno di un progetto con la Formindustria della Regione Friuli Venezia Giulia;
- programma di intervento presso le sedi ENEL di Mestre quali: Treviso, San Donà di Piave, Dolo, Mestre, Venezia;
- formazione/prevenzione su progetto infortuni zero alcol e lavoro presso alcune Aziende.

ASS6
2 corsi con Confartigianato su alcol, lavoro e guida.

REGIONE LIGURIA

- Durante il 2011 è stato avviato il *"Progetto Salute e Benessere"* rivolto ai dipendenti dell'Istituto Giannina Gaslini. Il progetto ha come obiettivo il benessere dei lavoratori dell'Istituto, integrandolo nella logica dell'"Ospedale Sicuro" proposta dal Piano Strategico 2010-2015.

- Il 9 settembre 2011, nell'ambito della giornata internazionale di sensibilizzazione sulla FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders), è stato organizzato un seminario rivolto alle figure sanitarie.

- Per adempiere alla normativa vigente la Medicina Preventiva ha avviato un piano di informazione, formazione e counseling del personale in tema di alcol e lavoro e ha predisposto il necessario per attuare test alcolimetrici nei casi previsti. Inoltre il medico competente, nell'espletamento della sorveglianza sanitaria, assolve a due funzioni nei confronti del lavoratore:
1- di tipo preventivo, finalizzata alla tutela della salute del lavoratore (e nel caso dell'alcol anche alla salvaguardia della sicurezza , incolumità e salute di terzi, siano essi lavoratori o pazienti/utenti), che culmina con l'espressione del giudizio d'idoneità alla mansione specifica;
2- di promozione della salute individuale in sede di visita medica, che va dal rilascio di semplici informazioni sull'alcol e sui rischi connessi al suo consumo, a interventi brevi, finalizzati alla modifica dei comportamenti, in caso di lavoratori con consumo a rischio o dannoso, fino all'invio presso i servizi specialistici.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- A conclusione di un progetto regionale di ricerca-azione che ha visto impegnate tutte le Aziende USL nei contesti di lavoro con la collaborazione tra Servizi Dipendenze e Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, si è realizzato nel novembre 2011 un convegno di presentazione dei progetti locali realizzati. In alcuni territori il progetto di prevenzione ha attivato insospettate alleanze e grande interesse.
Al progetto collaborano, oltre l'AUSL, la provincia di Parma, la Polizia Stradale, l'INAIL e la Motorizzazione Civile.

- E' in corso una richiesta all'Università degli Studi di Bologna Facoltà di Scienze della Formazione per lo studio di modalità di valutazione di interventi analoghi rivolti al mondo del lavoro e attivati dopo la fase sperimentale di ricerca-azione.

REGIONE TOSCANA

- Proseguimento del progetto HPH "*Ospedali liberi da alcol per la prevenzione dei rischi legati all'uso di bevande alcoliche e la promozione della salute in contesti di lavoro in ambito sanitario*".

- Proseguimento del Progetto nazionale *"Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base"*.

- Organizzazione di eventi formativi in varie realtà lavorative (Poste Italiane, Enel, insegnanti, ecc.) in collaborazione con Enti locali e/o territoriali.

- Partecipazione e realizzazione di progetti locali per l'informazione e la sensibilizzazione dei lavoratori (ad esempio *Progetto Euridice*).

- Collaborazione con la Medicina del Lavoro, con la Medicina Legale, con i Servizi di Sicurezza sui luoghi di lavoro.

- Distribuzione di materiale informativo ai lavoratori, e, in talune occasioni, accompagnata dalla distribuzione anche di *test di screening*.

REGIONE UMBRIA

Prosegue il progetto *"Cantieri senza alcol"* incluso nel Piano regionale della prevenzione.

REGIONE MARCHE

Sono proseguite le iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai lavoratori del settore del trasporto. L'investimento fatto dalla Regione Marche nel progetto "*Il lavoro alla guida e l'alcol*" e l'impegno impiegato dagli operatori coinvolti hanno consentito di creare le basi su cui innescare il futuro lavoro di rete, anche grazie alla fattiva collaborazione delle OO.SS. e delle Associazioni di Categoria.

REGIONE LAZIO

Sono stati attivati numerosi corsi di formazione rivolti ai medici del lavoro/medici competenti sulle patologie alcol-correlate.

REGIONE ABRUZZO

Nell'ambito del progetto regionale *"Guida senza alcol"*, in collaborazione con il Centro Alcologico della Regione Toscana, nel 2011 sono state progettate le azioni che saranno realizzate nel 2012. E' stata prevista, infatti, la realizzazione di una specifica iniziativa d'informazione rivolta agli autotrasportatori e di un corso di formazione per Medici Competenti sull'identificazione precoce e l'intervento breve.
Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro della ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha organizzato, nel giungo 2011, il Corso di formazione "Assunzione e dipendenza da alcol e droghe: il ruolo degli SPSAL", evento ECM a cui hanno partecipato gli operatori del Ser.T di L'Aquila.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 2 Nord
- Sono stati messi in atto progetti per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro.
- L'ASL NA2 ha predisposto e diffuso, attraverso l'Unità Operativa di Prevenzione e Protezione, un manuale di comportamento per la sicurezza sul posto di lavoro.

REGIONE PUGLIA

La Regione Puglia ha aderito al progetto *"Alcol e lavoro"* finanziato dal Ministero della Salute. Il suddetto lavoro è illustrato ampiamente nel paragrafo dedicato ai progetti.

REGIONE BASILICATA

- Diversi interventi congiunti con l'U.O.C. di Medicina del Lavoro in ambito lavorativo sul tema *"Alcol e Lavoro"*, a cura del Servizio di Chiaromonte.

- Attuazione Progetto di ricerca su *"La percezione del rischio da sostanze d'abuso in ambiente lavorativo"* – Centro Oli di Viaggiano.

- 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'incolumita' e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)"; (a.t. ex-ASL 1 Venosa).

REGIONE CALABRIA

Sono state realizzate campagne di informazione e sensibilizzazione che, attraverso i Servizi Alcologici, hanno coinvolto a livello regionale gli Enti datoriali e le realtà del tessuto economico calabrese.

REGIONE SICILIA

- Nella provincia di Caltanissetta collaborazione con la Medicina del Lavoro dell'ASP per progetti rivolti agli autisti di mezzi pesanti e macchine industriali, con particolare riferimento alla informazione sui danni alcolcorrelati.

- Nella provincia di Ragusa sono stati effettuati corsi di formazione in collaborazione con il Servizio di Medicina del Lavoro su *"Alcol e Lavoro"* rivolti ad imprenditori, capocantieri ed operai di varie aziende in collaborazione con Camera di Commercio.

- Nella Provincia di Siracusa è stato effettuato un seminario in collaborazione con lo SPRESAL nella sede di Confindustria sui rischi connessi all'uso di alcol durante l'attività lavorativa (catene produttive, macchinari, ponteggi).

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.T., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE PIEMONTE

- Negli ambulatori Ser.T. e nei Servizi di Alcologia dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, che svolgono attività per la presa in carico di persone alcol dipendenti, vengono erogati gratuitamente sia farmaci anticraving come il Sodio Oxibato (Alcover®) sia avversivanti come il Disulfiram.
- Introduzione in prontuario regionale del farmaco Acamprosato (Campral®) come farmaco anticraving per l'alcol.

REGIONE LOMBARDIA

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio regionale, i farmaci per terapie antiabuso sono gratuiti; per il resto valgono le norme nazionali sulla compartecipazione alla spesa.

P.A. BOLZANO

Le terapie farmacologiche utilizzate nelle disintossicazioni ambulatoriali, terapie *anticraving* e antiabuso, vengono somministrare direttamente dal personale medico e/o infermieristico dei Servizi.
Gli interventi infermieristici consistono nella collaborazione con i medici dei servizi per quello che concerne la disintossicazione a livello ambulatoriale, l'approvvigionamento e la somministrazione di farmaci all'utenza, l'effettuazione di alcoltest (BAC tramite espirato); per pazienti in trattamento con avversivanti o alcolmimetici, in assistenza al medico nelle applicazioni di agopuntura del padiglione auricolare (Acudetox).

P.A. TRENTO

- Etilox prescrivibile a carico del SSN.
- Altri farmaci anticraving.

REGIONE VENETO

- La totalità dei Dipartimenti per le dipendenze, nella gestione dei trattamenti terapeutici dei pazienti con PAC, eroga direttamente presso le proprie sedi le terapie farmacologiche antiabuso o *anticraving*. Nel 71,4% dei casi si opera con prescrizione medica rilasciata dal personale medico operante all'interno della struttura e/o da altri medici prescrittori.
I Servizi farmaceutici delle Aziende unità locali socio sanitarie del Veneto acquisiscono e forniscono direttamente i farmaci alle Unità Alcologiche.
L'organizzazione dei Servizi di Alcologia prevede la distribuzione/somministrazione dei farmaci da parte di personale infermieristico presso gli ambulatori dei servizi stessi.
La consegna della terapia farmacologica è effettuata direttamente in ambulatorio ai pazienti, ai familiari e/o al personale delle Comunità Terapeutiche che collaborano nella gestione dei percorsi terapeutici individualizzati.
L'erogazione dei farmaci, con i relativi controlli e monitoraggio, non comporta alcun onere economico per i pazienti.

- Ulteriori modalità di erogazione dei farmaci riguardano:
  - la possibilità di effettuare le terapie a domicilio e/o in affido, anche con il coinvolgimento di familiari o altre persone di riferimento;
  - la possibilità di effettuare specifiche terapie disintossicanti e di prevenzione della sindrome da astinenza in regime ambulatoriale di tipo protetto anche con terapie farmacologiche infusionali e sorveglianza clinica.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Distribuzione di Alcover da parte dei Dipartimenti delle Dipendenze- Alcologia.

REGIONE LIGURIA

- La somministrazione dei farmaci antagonisti per l'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

- I medici dei Servizi utilizzano, quando opportuno, farmaci avversativi (Disulfiram) e farmaci contro il *craving* dell'alcol (Naltrexone) come dalle recenti evidenze

scientifiche. Viene utilizzato anche in fase di disintossicazione il farmaco agonista (GHB) per brevi e monitorati periodi di trattamento.

- La somministrazione dei farmaci avviene nella sede dei NOA o su prescrizione medica. La somministrazione e l'andamento della terapia farmacologica vengono comunque sempre monitorati dai medici del Servizio nei modi e nei tempi concordati.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Prosecuzione della erogazione diretta dei farmaci per il trattamento dell'alcolismo nell'ambito dei Servizi per le Dipendenze Patologiche e dei Presidi Ospedalieri.

REGIONE TOSCANA

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte di tutte le *équipes* alcologiche territoriali e dei Servizi Alcologici Ospedalieri, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE UMBRIA

La Regione Umbria ha inserito i farmaci per la terapia antiabuso nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale, come farmaci destinati ai servizi territoriali ed ospedalieri (Fascia C). Inoltre è garantita, da parte dei Servizi di Alcologia, l'erogazione delle terapie farmacologiche in modalità gratuita.

REGIONE MARCHE

Le terapie avversivanti, quali il disulfiram, sono state prescritte secondo il SSN; allo stesso modo, per il mantenimento dell'astinenza del paziente alcoldipendente è stato prescritto anche l'acamprosato.
Le terapie anticraving (GHB) sono state dispensate ai pazienti alcoldipendenti in modo controllato direttamente presso i Servizi.

REGIONE LAZIO

Tutte le Unità Alcologiche presenti nella Regione Lazio prescrivono e somministrano terapie antiabuso e anticraving con farmaci soprattutto a livello ambulatoriale.

REGIONE ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i Servizi di Alcologia, assimilati alla normativa per i Ser.T, dispensano farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* gratuitamente, nonché farmaci utili per la disassuefazione ed il mantenimento della sobrietà.

REGIONE MOLISE

I farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sono erogati in modo gratuito.

REGIONE CAMPANIA

- Tutti i Servizi Territoriali per le Dipendenze operanti nella Regione garantiscono stabilmente, nel quadro dei protocolli adottati per l'attuazione di piani terapeutici, l'erogazione dei farmaci *anticraving* e antiabuso in uso nella farmacoterapia dell'alcolismo.

- Le UUOO SerT già utilizzano il GHB come farmaco antiastinenziale e anticraving, mentre attualmente sono state attivate da varie ASL le richieste di autorizzazione necessarie all'utilizzo dell'Acamprosato nei servizi.

- In alcune Unità Operative si segnala la sperimentazione di trattamenti *anticraving* incentrati sulla pratica dell'agopuntura e della medicina ayurvedica.

REGIONE PUGLIA

Tutte le AA.SS.LL. pugliesi assicurano, in forma coordinata con altri servizi specialistici, l'erogazione di terapie *anticraving* dell'alcolismo, a totale carico del SSR.
In particolare nella ASL BA si è attivata una sperimentazione di farmaco contenente principio attivo "acamprosato" per il mantenimento dell'astinenza in pazienti alcoldipendenti.

REGIONE BASILICATA

Erogazione, sotto controllo medico ed in forma gratuita, dei farmaci per terapie antiabuso ed *anticraving* presso i Servizi Alcologici.

REGIONE CALABRIA

Nella Regione Calabria i farmaci per il trattamento dell'alcolismo vengono erogati direttamente dai Servizi di Alcologia e Ser.T. I farmaci sono a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE SICILIA

Nel corso dell'anno sono stati realizzati incontri informativi con i medici di medicina generale sulle modalità di somministrazione dei farmaci per terapie antiabuso e anticraving.
Al riguardo si fa presente che detti farmaci sono dispensati nell'ambito delle prestazioni del S.S.R.

REGIONE SARDEGNA

I farmaci antiabuso ed anticraving vengono dispensati gratuitamente.
A seguito dell' inserimento dei suddetti farmaci nel prontuario farmaceutico, le ASL si sono attivate affinchè vengano forniti dalla farmacia degli Ospedali o direttamente all'interno del SER.D.
Alcune ASL hanno stipulato accordi con i reparti di medicina dei Presidi Ospedalieri per la disintossicazione da sostanze alcoliche e il trattamento della sindrome astinenziale, garantendo la continuità assistenziale fra Ospedale e territorio.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

Progetto per l'ampliamento delle offerte del Day Hospital alcologico per la prevenzione delle ricadute.

La proposta dell'ampiamento del DH alcologico per la cura e riabilitazione dei disturbi da abuso di alcol nasce a seguito di un'attenta riflessione compiuta dall'Equipe Alcologia e dai gruppi di auto-mutuo-aiuto sull'alcolismo e i problemi ad esso correlati.
Dal 1999, anno di apertura, l'Equipe di Alcologia dell'Azienda USL ha rilevato un incremento costante degli utenti con problemi di dipendenza dall'alcol fino a giungere al 50% degli alcolisti in trattamento sul numero globale degli utenti del Servizio Dipendenze Patologiche.

IL PROGRAMMA DEL DAY HOSPITAL ALCOLOGICO

Il DH attua un programma di disintossicazione e motivazione al cambiamento della durata di 3-4 settimane.
Il DH prevede una presa in carico sanitaria e interventi di gruppo finalizzati all'educazione alla salute, ad un lavoro di motivazione al cambiamento e gruppi informativi con le diverse associazioni di auto-mutuo-aiuto del territorio (A.A., C.A.T., Al-anon/alatene).
Con l'ampliamento delle attività del DH alcologico s'intende potenziare e qualificare ulteriormente l'intervento in atto condotto dal Servizio pubblico e dal privato per fronteggiare i problemi alcolcorrelati, ampliando e differenziando il ventaglio dei percorsi di diagnosi e cura al fine di predisporre programmi personalizzati per ogni utente sulla base delle sue caratteristiche individuali.
Il trattamento in regime semiresidenziale è diretto a quegli alcolisti che non riescono a mantenere l'astinenza attraverso i programmi ambulatoriali e che necessitano di un lavoro intensivo per emanciparsi dall'alcoldipendenza.
La conduzione degli interventi sarà affidata ad un'équipe composta da educatori, tecnici e psicoterapeuti del Ser.T che lavoreranno in stretta collaborazione con gli operatori della Cooperativa. La Cooperativa metterà a disposizione per questo progetto le sue risorse strutturali e il personale.
La durata del trattamento per gli utenti varierà a seconda del progetto terapeutico individualizzato.
Il percorso elaborato ha un duplice obiettivo: da un lato, quello di favorire nel paziente in trattamento il mantenimento o l'acquisizione dell'astinenza dall'alcol e l'adozione di nuove strategie per fronteggiare i rischi di ricadute e, dall'altro, quello di creare o di rinforzare la rete di supporto familiare e sociale al programma seguito dal paziente.

DESTINATARI
I destinatari del Centro diurno sono i bevitori problematici e gli alcoldipendenti.

OBIETTIVI
- Ampliare l'accoglienza dei pazienti inseriti nel programma di DH
- Aumentare la *compliance* dei pazienti rispetto al programma terapeutico proposto
- Offrire interventi finalizzati al mantenimento della sobrietà
- Prevenire le ricadute (obiettivo principale)
- Offrire occasioni di risocializzazione in un ambiente protetto
- Proporre interventi terapeutici che coinvolgano l'intero organismo.

CRITERI DI VALUTAZIONE
- Numero di trattamenti
- Durata del trattamento senza "ricadute"
- Numero ricadute
- Numero inserimenti in programmi AMA o tutoraggio
- Autopercezione dei pazienti su percezione qualità della vita
- Soddisfazione dei pazienti.

La durata presunta del progetto, da attuarsi in via sperimentale, è di sei mesi.

REGIONE PIEMONTE

- Tra le iniziative di particolare rilevanza nella Regione in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001, si segnala quella del Gruppo Regionale per gli accertamenti sull'uso di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro. La suddetta iniziativa consiste nella elaborazione di **Linee di indirizzo** per la definizione di procedure operative inerenti l'uso di alcol e la diagnosi di alcoldipendenza nelle mansioni a rischio in applicazione all'art. 15 (Disposizioni per la sicurezza sul lavoro) della Legge n. 125/2001 e norme correlate (Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 16/3/2006, D.Lgs. 81/2008 e succ. modificazioni).

- **Progetto *"I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali".*** È la Linea progetto (L.2.1.2.) del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (approvato con DGR 37-1222 del 17.12.2010). Prevede il coinvolgimento delle diverse categorie di "*Moltiplicatori dell'azione preventiva*" e l'avvio di azioni coerenti nel "contesto dei luoghi del divertimento" e nel "contesto educativo/formativo", raccordandosi in tal modo sia con il Progetto CCM *"Scegliere la Strada della Sicurezza*" sia con il Progetto CCM *"Guadagnare salute in adolescenza- Insieme per la sicurezza".*
Le fasi del programma:
Fase 1: Individuazione e formazione degli operatori sanitari che si costituiscono come "gruppi locali tematici".

Fase 2: Creazione e mantenimento di collaborazioni con enti del territorio coinvolti e interessati al tema degli incidenti stradali.
Fase 3: Individuazione e formazione dei "moltiplicatori dell'azione preventiva" a cura degli operatori sanitari (formati nella fase 1).
Fase 4: Pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei "contesti del divertimento" e in "contesti educativo/formativi" a cura degli operatori sanitari e dei moltiplicatori dell'azione preventiva individuati localmente (formati nella fase 1 e 3).
Fase 5: Valutazione della formazione e degli interventi.

Il programma prevede azioni "a cascata" tali che, a una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i "moltiplicatori dell'azione preventiva" ad opera degli stessi operatori sanitari formati, che a loro volta dovranno attivare interventi info-educativi nei due contesti individuati (aggregativi e formativo-educativo). Questi interventi quindi sono sia obiettivo della formazione con i moltiplicatori sia strumento per conseguire l'obiettivo relativo ai destinatari finali.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:
Obiettivo generale: Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti a incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale o all'eccesso di velocità, nei giovani della fascia di età compresa tra i 14 e i 29 anni.
Obiettivo specifico 1: Far acquisire/aumentare nei "moltiplicatori dell'azione preventiva" competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi, rivolti ai giovani di età compresa tra i 14 e i 29 anni, attraverso la formazione.
Obiettivo specifico 2: Far acquisire/aumentare nei giovani tra i 14 e i 29 anni conoscenze e competenze per una "guida responsabile" attraverso la realizzazione da parte dei moltiplicatori di interventi informativo-formativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi.
Target finale: giovani tra i 14 e i 29 anni, residenti in Piemonte.
Target intermedio: i cosiddetti "Moltiplicatori dell'azione preventiva" ossia quei soggetti che pur non avendo uno specifico ruolo nell'ambito della prevenzione, a vario titolo entrano in contatto con i destinatari finali assumendo un ruolo importante nel promuovere il cambiamento. Questi ultimi operano sia in contesti educativo-formativi (es. insegnanti e istruttori di autoscuole, insegnanti impegnati nei corsi per il conseguimento del patentino nelle scuole secondarie di I e II grado, Forze dell'Ordine: Carabinieri, Polizia stradale, Polizia locale, ecc.) sia in contesti del divertimento (es. gestori e personale dei locali di aggregazione giovanile, volontari del soccorso, organizzatori eventi locali, *peer educators*, ecc.).

REGIONE LOMBARDIA

Progetto "Monitoraggio dei problemi alcol-correlati nella Regione Lombardia e stima del sommerso", progetto finanziato dal Ministero della Salute ed eseguito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Pavia.

Il progetto si propone di fornire un'immagine più realistica dei problemi alcol-correlati sul territorio, mediante la descrizione e la stima in modo accurato del problema a livello regionale, che tenga conto anche di quella quota di popolazione "sommersa", ovvero di soggetti che non arrivano ai servizi sanitari e socio-sanitari.

L'attuazione del progetto prevede:

1) l'accesso ai flussi informativi provenienti dalla rete dei servizi pubblici regionali, sanitari e socio-sanitari (es. SDO, specialistica territoriale, esenzioni, Sistema Dipendenze ecc) contenenti i dati dei soggetti con problemi alcol-correlati;

2) opportune tecniche statistiche capaci di identificare non solo la proporzione di soggetti "visibili" ma anche quella quota di "sommerso" tipica del fenomeno, così da ottenere una stima più "solida" della prevalenza dei soggetti affetti da tali problematiche. Tali tecniche permettono inoltre di valutare quanti soggetti utilizzano i servizi del territorio tra tutti quelli con problemi legati all'alcol e come i servizi del territorio interagiscono tra di loro.

Conclusioni:

l'analisi effettuata sul territorio provinciale della ASL di Pavia conferma quanto i flussi socio-sanitari e sanitari rappresentino una fonte importante per descrivere l'entità del fenomeno oggetto di studio, in questo caso le problematiche alcol correlate. Attraverso specifici algoritmi di definizione dei casi sono stati individuati tutti i cittadini che accedono alla rete dei servizi territoriali, sanitari, socio-sanitari, sia ambulatoriali che residenziali, per problematiche alcol-correlate ed è stata effettuata sia una analisi descrittiva, per genere, fascia di età e ambito di residenza dei casi, che una stima della prevalenza. Il metodo statistico di cattura e ricattura si è inoltre dimostrato valido per identificare la quota di sommerso tipica del fenomeno, così da ottenere una stima più "solida" della prevalenza dei soggetti affetti da tali problematiche.

P.A. BOLZANO

- Il Dipartimento alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali in collaborazione con il "Forum Prevenzione" ha dato ulteriore impulso alla campagna provinciale di prevenzione per un consumo consapevole dell'alcol "**Bere responsabile**" attraverso la promozione di molteplici iniziative :

- la presenza al Salone autunnale della salute presso la Fiera di Bolzano di uno stand presso il quale i visitatori hanno potuto provare una guida "in stato d'ebbrezza" con un simulatore di moto ed accedere alla nuova pagina web www.bereresponsabile.it che, oltre ad interessanti informazioni e contributi, ha proposto un quiz con il quale i/le visitatori/ci hanno potuto aumentare le loro conoscenze sul tema alcol e contemporaneamente partecipare ad un gioco a premi e vincere un iPad2, collegarsi

con i social network, interagire su Facebook e, tramite la funzione "mi piace", condividere e sostenere il messaggio della campagna. Su questo sito online dal 2011 si trovano tutte le informazioni che riguardano le iniziative e i progetti attivati dal 2006 nell'ambito della campagna di prevenzione all'alcol in Alto Adige. I materiali possono essere consultati per anno di realizzazione o per argomento;

- la pubblicizzazione del logo **"tappo corona rosso"** quale simbolo di identificazione di tutte le iniziative riguardanti la prevenzione all'alcol in Alto Adige;
- la pubblicizzazione del tema **"Alcol e guida"** mediante l'esposizione di 62 cartelloni stradali in tutto l'Alto Adige e la distribuzione mirata dell'opuscolo aggiornato "Alcol e guida";
- una mostra sul tema "alcol" in un Centro giovanile di Bolzano con l'obiettivo di costruire insieme ai ragazzi una visione e un atteggiamento differente in relazione all'alcol;
- la definizione dei **"criteri per lo sviluppo di una cultura responsabile delle feste in Alto Adige"** quale supporto e strumento di "ispirazione" per i Comuni e per i Comitati organizzatori di eventi musicali, feste e balli di maturità;
- il progetto europeo **"Take Care"** che coinvolge 10 paesi e di cui il Comune di Bressanone (Bz) ha la titolarità nazionale e che ha, come obiettivo, la riduzione degli abusi alcolici in ragazzi tra i 12 ed i 21 anni, sulla base di un coinvolgimento personale, di quello dei genitori, delle persone-chiave che entrano in rapporto fiduciario coi ragazzi stessi ed inoltre dei venditori di alcolici del territorio.

- Il SER.T di Bressanone ha avviato il Progetto triennale **"Figli di genitori con problemi di dipendenza"** con la somministrazione di un questionario per la rilevazione della situazione vissuta dai figli degli utenti regolarmente assistiti dal Servizio con focus sui figli minori. Obiettivo del progetto è da un lato il miglioramento della collaborazione con il Servizio sociale minori, ma anche la possibilità di assistere più efficacemente ed anticipatamente i figli. A tale scopo si sono tenute varie riunioni tra servizi ed è stato inoltre formato un gruppo di lavoro interdisciplinare con lo scopo di redigere un dettagliato protocollo d'intesa.

P.A. TRENTO

La Provincia Autonoma di Trento ha posto in essere molti progetti volti a sensibilizzare tutta la popolazione e di volta in volta *targets* più specifici riguardo all'uso di bevande alcoliche e ai danni alcolcorrelati. La quasi totalità dei progetti ha attuato le strategie più idonee a favorire l'informazione, l'educazione e quindi la prevenzione dei danni alcolcorrelati. Contestualmente si sono adottate iniziative per garantire la formazione degli operatori del settore (insegnanti, medici di medicina generale, ecc).
La descrizione degli stessi è disponibile al punto 3 della presente griglia di argomenti.

REGIONE LIGURIA

Nel corso del 2011, la Regione Liguria ha dato il via ad attività finalizzate alla costituzione della Rete Alcologica Regionale, con l'obiettivo di attuare un intervento organico nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze alcologiche e delle patologie correlate e all'istituzione del Centro Alcologico Regionale con funzioni specialistiche in ambito diagnostico, clinico e di ricerca.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Nel 2011 si sono sviluppati progetti che hanno coinvolto tutto il territorio della Regione e che possono essere descritti nel modo seguente:

- **Area della prossimità e del divertimento sicuro** : è attivo il coordinamento regionale delle Unità di strada composto da 24 Progetti che intervengono per conto dei Comuni e di tutte le AUSL della Regione nei contesti del divertimento e nei luoghi di aggregazione giovanile.

- **Alcol e guida sicura** : in tutte le Commissioni Mediche Locali che verificano l'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per violazione dell'art. 186 è presente un Medico alcologo che può inviare il guidatore per più approfonditi accertamenti presso i Centri Alcologici territoriali. Dal 1° gennaio 2011 sono inoltre attivi presso tutte le Aziende USL corsi di gruppo di tipo infoeducativo a cui vengono inviati tutti i guidatori con violazione dell'art.186 . La frequenza al gruppo viene considerata dalla Commissione ai fini della valutazione di idoneità alla guida.

- **Alcol e ambienti di lavoro:** sull'intero territorio regionale, attraverso una collaborazione tra i Servizi Dipendenze Patologiche e i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, si è conclusa una ricerca-azione che ha coinvolto 30 realtà produttive sul tema dei consumi di alcol e della sicurezza sui luoghi di lavoro. Inoltre è stato elaborato un documento di Orientamento per i Medici Competenti in tema di accertamento di alcol dipendenza, in attesa che venga rivisitata la normativa nazionale.

REGIONE TOSCANA

Progetto **"Divertimento Sicuro"** – Promozione di una cultura della sobrietà nei contesti di socializzazione giovanile.
I Soggetti promotori sono:
Regione Toscana – Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà - P.O. Dipendenze
Azienda USL 12 di Viareggio – U.F.S. SERT
Azienda ASL 8 Arezzo – Dipartimento Dipendenze

in collaborazione con:
Comitato "NON LA BEVO" Versilia
altre agenzie del III settore toscane (Associazione DOG – operatori di strada Arezzo)
CEART (Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana).

Il Progetto "Divertimento Sicuro" della Regione Toscana è nato dal Progetto Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, per la formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope tra i giovani (anno 2002-2004), sviluppato in collaborazione con il Ministero della Salute, il Coordinamento delle Regioni, il gruppo tecnico Interregionale Droghe sintetiche e vari sindacati Gestori Discoteche. Inizialmente "Divertimento Sicuro" si collocava pertanto nell'ambito del "Progetto Nazionale Droghe Sintetiche", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finalizzato alla prevenzione della diffusione delle droghe sul territorio nazionale con l'obiettivo di aumentare in benessere, qualità e sicurezza, il divertimento dei frequentatori delle discoteche e di altri luoghi di aggregazione giovanile notturna, mediante la valorizzazione delle professionalità operanti in tali contesti, favorendo lo sviluppo di conoscenze utilizzabili per esercitare il ruolo di "attori della prevenzione", attraverso l'acquisizione di capacità di osservazione e di comunicazione con il mondo giovanile e di informazioni sui fattori di rischio connessi ai comportamenti d'abuso dei giovani.
La prosecuzione, lo sviluppo e l'ampliamento del progetto "Divertimento Sicuro" della Regione Toscana negli ultimi anni (2010-2011) trae origine, in linea con il programma "Guadagnare Salute", dall'idea che per promuovere efficaci interventi di prevenzione in favore dei giovani è necessario attivare la rete composta dalle Istituzioni Sanitarie e Sociali pubbliche, dal Privato Sociale e da altri soggetti privati che si occupano di giovani anche se non con finalità puramente sociali (come le Associazioni dei gestori di locali Confcommercio e Confesercenti). In Toscana, come in altre regioni italiane, nel settore prevenzione delle dipendenze da droghe legali ed illegali molto è stato fatto in questi ultimi anni con entusiasmo e inventiva da parte sia dei servizi pubblici che del terzo settore ma spesso senza sufficiente coordinamento e senza adeguata valutazione dell'efficacia, trattandosi di interventi preventivi di vario tipo (a carattere informativo, formativo, artistico-espressivo...), di assoluta qualità ma circoscritti a territori ristretti ed esauritisi in tempi troppo brevi allo scadere dei finanziamenti. Si sottolinea, in particolare, come il progetto Divertimento Sicuro sia nato in Toscana nel 2004 come esempio di intervento di prevenzione intersettoriale, rivolto ad una popolazione target di giovani, in cambiamento di tendenza in prospettiva futura rispetto al passato, avendo portato alla costituzione di un gruppo di lavoro regionale di operatori dei servizi pubblici e del privato sociale che, con i tempi necessari, coniugando l'attività di informazione–sensibilizzazione con la sperimentazione di interventi innovativi capaci di utilizzare un linguaggio comunicativo sintonico con quello dei giovani, punta all'obiettivo della riduzione delle condotte a rischio per la salute (come bere alcolici e mettersi alla guida) attraverso il cambiamento degli atteggiamenti e comportamenti individuali e di gruppo. La Regione Toscana, da molti anni, ha promosso e sostenuto

iniziative volte alla conoscenza di questi fenomeni e alla formazione degli operatori di alcuni SERT e del III settore (come i precedenti percorsi formativi del progetto regionale "Divertimento Sicuro", attualmente coordinato dall'Azienda USL 12 di Viareggio) che hanno dato continuità di interventi preventivi in particolare sul territorio versiliese (vedi ad es. progetti "NON LA BEVO" e "Ricreazione in via d'estinzione") e aretino (vedi ad es. progetto "HAPPY NIGHT"). Con il Programma Regionale "Guadagnare salute in Toscana:rendere facili le scelte salutari" (DGR n.800 del 13 ottobre 2008) la Regione Toscana, inoltre, ha definito le linee di indirizzo e le strategie per attivare sul territorio azioni finalizzate a mitigare i fattori di rischio (inadeguata attività fisica, cattiva alimentazione, fumo ed abuso alcolico) e favorire nella popolazione comportamenti salutari. Al fine di dare attuazione alle azioni previste dalla DGR n.800/2008 -allegato A Azione D.1 – "Proteggere i minori e giovani dal danno e dagli incidenti alcol-correlati" e facilitare una progettazione integrata e condivisa con stesura di linee guida di prevenzione alcologica, sono previste varie giornate formative seminariali, nel corso delle quali stimolare attraverso lavori di gruppo un confronto fra i partecipanti sulle principali aree della prevenzione alcologica in particolare nel mondo giovanile.

Finalità generale del progetto:
Aumentare la consapevolezza sui rischi alcolcorrelati (specie sul tema alcol e guida) attraverso l'approccio di comunità

Obiettivi del progetto

1) Sviluppo nella popolazione generale e nei gruppi più vulnerabili di una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale.
2) Ridurre i rischi connessi alla guida.
3) Incremento della consapevolezza e della sensibilità per i problemi alcolcorrelati nell'ambito di tutti quei settori di governo della comunità che possono influire per l'adozione di efficaci politiche alcologiche.
4) Promuovere un divertimento libero dalle sostanze sia legali che illegali.
5) Collaborazione tra i soggetti pubblici e del privato sociale al fine di coordinare l'intervento preventivo nell'ambito del divertimento giovanile.

REGIONE UMBRIA

Progetto per l'implementazione del sistema informativo regionale per l'area dell'alcologia
Il Piano Sanitario Regionale 2009 – 2011 della Regione Umbria pone l'area delle dipendenze tra le aree strategiche; tra gli obiettivi prioritari per il triennio individuati per questa area, include *"potenziare gli interventi in campo alcologico, anche per quanto*

riguarda il trattamento delle patologie correlate, procedendo alla ridefinizione e potenziamento del sistema dei servizi dedicati".
Negli anni scorsi è stato attivato il sistema informativo regionale sulle dipendenze, basato sull'utilizzazione di una piattaforma informatizzata (Piattaforma mFp), implementata in prima battuta presso i Servizi per le tossicodipendenze.
Obiettivo del presente progetto è procedere all'estensione del sistema presso tutti i servizi di alcologia territoriali, con la finalità di migliorare l'offerta dei servizi attraverso una valutazione costante ed adeguata delle caratteristiche e dei bisogni dell'utenza che ad essi si rivolge e realizzare un monitoraggio costante dei dati relativi all'utenza ed alle attività, associato alla produzione di *reports* periodici ed utile anche ad un percorso permanente di confronto ed aggiornamento tra i professionisti coinvolti.

L'azione progettuale
Il percorso progettuale complessivo prevede la realizzazione delle seguenti fasi di attività:
1. Condivisione di una cartella clinica regionale informatizzata, comune a tutti i servizi.
2. Adeguamento dell'*hardware* a disposizione dei servizi.
3. Formazione degli operatori.
4. Inserimento dei dati pregressi (2005-2009) ed attuali.
5. Verifica della qualità dei dati inseriti.
6. Condivisione dell'indice di *report* regionale annuale, coerente con il documento di monitoraggio definito dal Coordinamento delle Regioni e basato sui dati a disposizione.

Il percorso realizzato
Nel corso del 2010 è stata condivisa con gli operatori la scelta dell'applicativo informatico da utilizzare, individuato nella piattaforma mFp della ditta ciditech di Verona, già adottato dai servizi per le tossicodipendenze regionali, ed è stata verificata la possibilità di adeguare ulteriormente lo strumento alle esigenze specifiche dei servizi di alcologia.
Contemporaneamente, è stato verificato lo stato di informatizzazione dei servizi e si è quindi provveduto all'adeguamento dell'*hardware* a disposizione degli operatori.
Nel corso del 2011, parallelamente all'installazione presso tutti i servizi di alcologia del *software* individuato, è stato realizzato un corso di formazione, finalizzato a condividere con gli operatori:
- la cartella clinica, in tutte le sue parti;
- un glossario riferito ai dati da inserire;
- le modalità di inserimento dei dati;
- una reportistica comune.

Il corso ha previsto un seminario di avvio e successivamente una formazione sul campo, presso le singole asl, utilizzando quali formatori locali alcuni operatori già in possesso di buone competenze sull'uso della piattaforma. E' quindi stata adottata una metodologia formativa che potrebbe essere definita "tra pari", che si è rivelata

particolarmente efficace ed ha consentito inoltre l'individuazione di figure di riferimento presso ciascuna asl.
Successivamente sono state avviate le attività per la definizione di linee guida regionali per uniformare le modalità di immissione dei dati e si è proceduto all'avvio dell'applicazione, con immissione anche di una quota di dati pregressi, consentendo la creazione di un *data base* che include anche annualità precedenti.
Infine l'area dell'alcologia è stata pienamente inserita nell'attività complessiva di sorveglianza epidemiologica inerente le dipendenze attivata in maniera strutturata a livello regionale.

REGIONE MARCHE

Progetto "Family Life"
Prevenzione universale e promozione del benessere nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Ente Titolare: Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche – Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Macerata-Camerino.

Il progetto, finanziato con i fondi annuali destinati dalla Regione Marche ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, si inquadra come un'azione di prevenzione universale e primaria destinata alle famiglie che parte da una prospettiva di promozione dell'agio, della salute e del benessere piuttosto che dal disagio e dai suoi sintomi.
Partendo da questo presupposto innovativo si intendeva raggiungere la popolazione del territorio delle ex Zone Territoriali n° 9 e 10 di Macerata e Camerino (non solo i grandi centri, ma anche le zone più periferiche), coinvolgendo in particolare il target delle famiglie in una serie di interventi mirati di prevenzione universale, primaria e secondaria, nonché in interventi di formazione, realizzati presso scuole, Centri di Aggregazione Giovanile e luoghi individuati ad hoc per incontri/eventi con la cittadinanza.

Obiettivi specifici della terza annualità del progetto:
1. dare continuità alle buone pratiche messe in atto nell'ambito dell'azione dipartimentale "Family Life", di cui era prevista una terza e ultima annualità;
2. promuovere l'integrazione tra le associazioni e le cooperative sociali che fanno parte del DDP;
3. costruzione di una rete di servizi pubblici e privati che in modo più o meno diretto possano essere considerati "di prossimità" alla famiglia e alle sue problematiche;
4. coinvolgere in interventi di prevenzione universale e promozione della salute e dell'agio le famiglie del territorio delle ex Zone Territoriali n° 9 e 10;
5. creare punti alternativi di intercettazione di stati di disagio accessibili non solo ai giovani, ma anche a familiari o altri adulti significativi;

6. chiudere la triennalità del progetto "Family Life" e gettare le basi per futuri interventi dedicati alle famiglie.

Attività svolte:
Nell'ambito dell'azione sono state svolte (a cura dei vari organi dipartimentali, S.T.D.P. di Macerata, S.T.D.P. di Camerino ed Enti del privato sociale) le seguenti attività:
1. pubblicazione "Avviso per la manifestazione di interesse alla stipula di accordi di collaborazione per la realizzazione di interventi di prevenzione rivolti alle famiglie";
2. creazione di un *network* di enti pubblici/privati che realizzano interventi destinati alle famiglie;
3. realizzazione di interventi/eventi/occasioni di incontro/momenti formativi finalizzati alla promozione della salute e rivolti alle famiglie in continuità con la 1° e 2° annualità dell'Azione "Family Life";
4. creazione di nuovi canali di intercettazione di situazioni di disagio;
5. realizzazione evento conclusivo.

Punti cardine dell'attività sono stati la partecipazione del privato sociale del Dipartimento, l'attribuzione al terzo settore di un ruolo sempre più attivo nell'azione di prevenzione e la creazione di una rete di soggetti che, in collaborazione con i servizi pubblici, concorre alla promozione della salute, coinvolgendo non solo gli addetti ai lavori, ma la cittadinanza tutta.
All'Avviso, a cui potevano rispondere gli *stakeholders* del privato sociale che fanno parte dell'Assemblea del Dipartimento, hanno aderito numerosi Enti del privato sociale, e il Comitato ha selezionato, tra le proposte pervenute, 4 di esse, denominate "La sfida educativa", "Girotondo con mamma e papà", "Family Point" e "Divulgo".

I contenuti delle attività svolte riguardavano i seguenti interventi:
"La sfida educativa": incontri di informazione e formazione itinerante per genitori, momenti aggregativi/conviviali che avevano come finalità principale la promozione dell'agio nell'ambito delle dipendenze patologiche e che prevedevano la partecipazione delle famiglie del territorio del Dipartimento e momenti formativi sui temi della prevenzione universale.
"Girotondo con mamma e papà": eventi ludico/ricreativi che prevedevano il coinvolgimento della popolazione di tutte le fasce d'età, attivazione di laboratori d'arte ed espressivi, incontri con genitori e figli.
"Family Point": apertura di uno sportello informativo e di consulenza per genitori, coniugi, parenti, familiari e amici di persone in difficoltà o considerate "a rischio": lo sportello ha costituito un punto di intercettazione di stati di disagio accessibile da tutto il territorio dipartimentale.
"Divulgo": attuazione di una strategia comunicativa del progetto "Family Life" condivisa con l'Ufficio di Staff del Coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche di Macerata e Camerino ed organizzazione di un evento conclusivo di "Family Life".

REGIONE LAZIO

Congresso NIAAA(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)-CRARL(Centro di Riferimento Alcologico Regione Lazio) Maggio 2011. Per i dettagli vedere sito www.crarl.it. Sono stati inoltre implementati i servizi on line del Centro di Riferimento Alcologico Regione Lazio (vedi sito www.crarl.it.)

REGIONE ABRUZZO

Il progetto **"Guida senza alcol"**, inserito nel Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012, si pone come obiettivo specifico l'aumento della consapevolezza sui rischi di incidente connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol nella popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni.
Il Progetto prevede il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro per la diffusione nei luoghi di lavoro della conoscenza dei rischi per la salute e la sicurezza connessi al consumo di alcol, con particolare riferimento alle attività di guida professionale. Nell'azione progettuale è previsto, inoltre, il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato (a partire da Alcolisti Anonimi e Associazione dei familiari e vittime della strada) nelle attività informative e nella promozione dell'uso di etilometri nei casi di assunzione di bevande alcoliche prima di mettersi alla guida, in collaborazione con i Servizi di Alcologia delle AUSL. Fondamentale risulta, inoltre, la costruzione di un sistema informativo regionale sugli incidenti stradali che integri i dati ricavati dagli interventi e dai controlli delle Forze di Polizia con quelli registrati presso i Servizi di Pronto Soccorso e nelle SDO, finalizzato all'attivazione della sorveglianza epidemiologica del fenomeno degli incidenti stradali in generale e di quelli alcol-correlati in particolare.
Obiettivo rilevante in seno al progetto è il miglioramento dell'efficacia del percorso di valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti con problemi alcolcorrelati (in fase di primo rilascio o dopo sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza) da parte delle Commissioni Mediche Locali, attraverso l'integrazione di ciascuna delle Commissioni con un Medico Alcologo e l'emanazione di linee guida regionali al fine di ottenere procedure omogenee sul territorio per l'integrazione dei Servizi di Alcologia nel percorso di valutazione dell'idoneità dei casi di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza, e la realizzazione di interventi formativi finalizzati alla modifica del comportamento rischioso.

Le linee progettuali mirano dunque ad azioni finalizzate ad aumentare la consapevolezza nella popolazione generale, e nei guidatori, dei rischi di incidente stradale connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol attraverso:

- accordi tra SSR e Forze di Polizia per il rinforzo, il coordinamento e l'omogeneità delle azioni di controllo sul territorio, con l'incremento del numero di misurazioni dell'alcol nell'aria espirata e il monitoraggio dei risultati;

- promozione di iniziative per l'adozione di mezzi di trasporto alternativi alla guida del mezzo proprio da parte di persone che abbiano assunto alcolici (guidatore designato, autobus notturni gratuiti nelle aree a maggiore densità di locali di divertimento);
- sostegno ad iniziative di formazione degli operatori di esercizi pubblici per la vendita e la somministrazione responsabile di alcolici (nel caso di minori, guidatori, persone in stato di ebbrezza);
- verifica della effettiva disponibilità di etilometri all'uscita dei pubblici esercizi che chiudono dopo la mezzanotte;
- conoscenza diffusa nella popolazione delle sanzioni previste per la guida in stato di ebbrezza, da conseguire attraverso: una campagna informativa coordinata tra Servizio Sanitario Regionale e Forze di Polizia sulle norme contenute nel Codice della Strada riferite alla guida in stato di ebbrezza alcolica e ai requisiti di idoneità previsti per il rilascio e per la restituzione della patente di guida;
- conoscenza diffusa nella popolazione dei rischi per la sicurezza connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol, attraverso la formazione degli istruttori delle autoscuole e delle Forze di Polizia Municipale, la formazione dei medici competenti finalizzata allo sviluppo di competenze in materia di valutazione dei comportamenti a rischio negli ambienti di lavoro.

REGIONE MOLISE

Progetto **"HBSC – Valutazione della diffusione di nuovi stili di vita e salute dei giovani tra 11 e 15 anni"** a cura del Ser.T. di Agnone.
L'obiettivo è quello di fornire una base conoscitiva per futuri interventi nei contesti riguardanti nuovi stili di vita, modalità di aggregazione e consumo di sostanze psicotrope.

REGIONE CAMPANIA

Progetto I WORK NO DRINK (Io lavoro,non bevo)
Si tratta di un progetto sperimentale di informazione e sensibilizzazione sui rischi correlati al consumo di alcol nonché di contrasto dell'incidentalità alcolcorrelata sui luoghi di lavoro, promosso dal Settore Fasce Deboli dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania e realizzato con il contributo dei fondi stanziati per la prevenzione dalla L.125/2001, al fine di ottemperare alle indicazioni del Piano Nazionale Alcol e Salute e del programma del Ministero della Salute "Guadagnare Salute".
Il progetto, che interessa il territorio dell'ASL Salerno ed è coordinato dall'UOC SerT di Cava dè Tirreni (SA), viene proposto sui luoghi di lavoro, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori (dirigenza, dipendenti, organizzazioni sindacali) della sicurezza sul lavoro nella provincia di Salerno.

Finalità del progetto
Identificare il consumo a rischio e dannoso nella popolazione lavorativa e sperimentare l'intervento breve (Brief Intervention) proposto dall'OMS come metodologia di intervento efficace ed efficiente nel ridurre il consumo di alcol nei bevitori a rischio.
Obiettivi
1. Formare i medici competenti, i medici di medicina del lavoro e altre figure di operatori socio-sanitari e di primo contatto nell'individuazione dei comportamenti a rischio sui luoghi di lavoro e nell'elaborazione di programmi di informazione, sensibilizzazione e tutela della salute dei lavoratori.
2. Pianificare interventi 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.
3. Mettere in atto interventi di identificazione o auto-identificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali .
4. Favorire e realizzare l'ingresso dei lavoratori con problemi alcol-correlati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o del privato sociale accreditato.

REGIONE PUGLIA

Il progetto **"Alcol & Lavoro"** è stato avviato nel 2008, nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra la Regione Puglia e la Direzione Regionale dell'INAIL, con il coinvolgimento della ASL Bari e del Servizio di Alcologia del Policlinico di Bari.
Il progetto ha consentito di raggiungere essenzialmente tre obiettivi:
1) Realizzazione di un evento formativo sul tema "Alcol & lavoro" rivolto a Medici Competenti organizzato in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della ASL di Taranto, con il Centro Interuniversitario di Studio e Ricerca in Alcologia della Facoltà di Medicina di Bari, con l'INAIL-Direzione regionale della Puglia. I partecipanti al corso sono stati invitati a sperimentare nella propria attività professionale un questionario di screening di I livello per la diagnosi di problemi alcol correlati (questionario di Wallace sugli stili di vita integrato con il questionario AUDIT), partecipando in questa maniera ad una sperimentazione già avviata nel corso di precedenti edizioni degli stessi eventi formativi.
2) I questionari compilati hanno consentito l'individuazione dei comparti produttivi maggiormente insistenti sul territorio regionale per i quali avviare una sperimentazione di formazione rivolta a datori di lavoro, RSPP e sindacati con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza. Sono così stati individuati il comparto manifatturiero (produzione di mobili imbottiti), la pubblica amministrazione (con particolare riferimento agli operatori ecologici) e la metalmeccanica.