

Deliberazione della Giunta Regionale 12 aprile 2019, n. 41-8766

Linee di indirizzo per le attività inerenti il Programma Regionale Alcool e Salute 2019-2021 dei dipartimenti di patologia delle dipendenze (DPD) delle ASL. Approvazione.

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premesso che:

la Legge n. 125 del 30.03.2001 (Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati) prevede gli adempimenti, di rispettiva competenza dello Stato e delle Regioni, per la prevenzione, la cura e il reinserimento sociale degli alcolodipendenti.

il DPCM 29 novembre 2001 include le prestazioni per l'alcoldipendenza nei livelli essenziali di assistenza da assicurarsi da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

il Testo aggiornato del TU 309 del 1990, pubblicato sul Supplemento Ordinario della G.U. n. 62 del 15.03.2006 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), con le modifiche e integrazioni normative apportate al DPR n. 309/90 originario.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute - PNAS (approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nell'aprile 2007), coordina tutte le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi correlati all'abuso di alcol tra la popolazione e prevede il coinvolgimento delle Regioni nel processo di implementazione delle azioni strategiche da esso definite in materia di alcol.

L'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 30 ottobre 2007 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza nelle mansioni a rischio (Rep. Atti n. 99/CU).

Il D.Lgs. del 9 aprile 2008, n. 81 e succ. modificazioni (D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 -T.U in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) che prevede specifiche disposizioni in merito alla formazione, informazione ed addestramento dei lavoratori e sancisce (art. 41) che, nell'ambito della sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente, le visite siano altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento.

l'Accordo sancito in data 18 settembre 2008 (in sede di Conferenza Permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che, ai sensi dell'articolo 8, comma 2 dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza e perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 settembre 2007 (rep. Atti n. 99/CU), individua le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

La Legge 29 luglio 2010, n. 120, Disposizioni in materia di sicurezza stradale (10G0145) (Art. 50) prevede la certificazione di assenza di abuso di sostanze alcoliche e di assenza di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per chi esercita attività di autotrasporto.

La Legge 08.11.2012 n. 189, G.U. 10.11.2012 (Art. 7, comma 3-bis) ha introdotto l'obbligo di informarsi sulla maggiore età dell'acquirente per chi vende bevande alcoliche, a integrazione della legge quadro in materia di alcol e di problemi correlati, legge n. 125/2001.

Il Piano d'Azione Europeo per ridurre l'uso nocivo dell'alcol 2012-2020 (European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020) è stato approvato da tutti e 53 gli Stati membri nella Regione Europea dell'OMS nel settembre 2011. Comprende una serie di policy basate sulle evidenze per ridurre l'uso nocivo dell'alcol. Questa pubblicazione comprende anche la risoluzione EUR / RC61 / R4 della commissione regionale per l'Europa dell'OMS, ovvero un elenco di indicatori (con definizioni) connessi agli indicatori utilizzati nel sistema d'informazione europeo sull'alcol e sulla salute e una lista di controllo o una serie di domande per gli Stati membri.

Il 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. Il coordinamento dell'attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 è affidato al Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione, che assicura il necessario raccordo operativo con la Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari e con la Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. Il nuovo Piano nazionale di prevenzione, di durata quinquennale, intende delineare un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Pertanto, appurato a livello regionale che:

il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, approvato con la D.C.R. n. 137-40212 del 24.10.2007 prevede che le attività di prevenzione realizzate nel servizio sanitario regionale debbano essere tra loro maggiormente coordinate e potenziate e che, nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, devono essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

Rispetto al trattamento viene evidenziata l'importanza dell'assunzione delle problematiche sanitarie alcol-correlate di base ad un livello diffuso tra ambiti della medicina generale e dei settori interessati per patologie associate (ad esempio la gastroenterologia, la neurologia, ecc.), mentre per le problematiche di più elevata complessità il riferimento elettivo è costituito dalla rete dei servizi alcolologici. Particolare sottolineatura è inoltre data alla necessità di rendere più accessibili possibile i servizi di trattamento, basandosi su interventi di trattamento efficaci e validati dal punto di vista scientifico.

Con la D.G.R. n. 13-10928 del 09.03.2009 sono state approvate le linee di indirizzo regionali per le procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, ai sensi dell'Intesa Stato/Regioni del 30.10.2007 e dell'Accordo Stato/Regioni del 18.09.2008.

Con la D.G.R. n. 29-2328 del 26.10.2015, la Regione ha recepito il provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16/3/2006 l'Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro (...) al fine del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche".

Con la D.G.R. n. 27-4183 del 23.7.2012 è stato approvato il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PAR) 2012-2015 nel quale si definiscono le principali aree di intervento regionale (prevenzione, la cura delle patologie, riabilitazione e reinserimento, monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali), gli obiettivi e le modalità di attuazione delle azioni.

Con la D.G.R. n. 25-1513 del 3.6.2015 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, ed estensione vigenza al 31.12.2019, che indica i programmi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere nel quadriennio, sulla base del contesto epidemiologico regionale. I programmi del Piano regionale di prevenzione si sviluppano a livello territoriale attraverso le azioni previste nei Piani locali di prevenzione e le azioni previste dalla presente deliberazione sono in coerenza ed attuazione del suddetto Piano mediante D.G.R. n. 27-7048 del 14.6.2018.

Con DD n. 413 del 22.06.2017 sono stati nominati i componenti del Coordinamento Tecnico Regionale delle Dipendenze (CTRD) e dei Gruppi di lavoro specifici, tra i quali, i componenti del Gruppo di Lavoro per l'area Alcol e patologie alcol correlate, che dovrà interfacciarsi e collaborare con i rappresentanti dei professionisti, delle organizzazioni e dei presidi socio-sanitari attivi nel settore.

Con la D.G.R. n. 47-8658 del 29.3.2019 è stato approvato il budget regionale per le attività dell'area delle Dipendenze Patologiche per il triennio 2015/2017.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il Bilancio regionale.
Visto il DPCM n. 309 del 1990;

vista la Legge n. 125 del 30.03.2001;

visto il DPCM 29 novembre 2001;

visto il Testo aggiornato del TU 309 del 1990 pubblicato sul Supplemento Ordinario della G.U. n. 62 del 15.03.2006;

visto il Piano Nazionale Alcol e Salute – “PNAS” - (approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nell'aprile 2007);

vista la D.C.R. n. 137-40212 del 24.10.2007;

vista l'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 30 ottobre 2007;

vista la D.G.R. n. 48-9094 del 1.07.2008;

visto il D.Lgs. del 9 aprile 2008, n. 81 e succ. modificazioni (D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 - T.U in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro);

visto l'Accordo sancito in data 18 settembre 2008 (in sede di Conferenza Permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano);

vista la D.G.R. n. 13-10928 del 09.03.2009;

vista la D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009;

vista la D.G.R. n. 16-13200 del 08.02.2010;

vista la D.G.R. n. 29-2328 del 26.10.2015;

vista la D.G.R. n. 27-4183 del 23.7.2012;

vista la D.G.R. n. 25-1513 del 3.6.2015;

vista la D.G.R. n. 47-8658 del 29.3.2019;

vista la DD n. 413 del 22.06.2017.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016.

Tutto ciò premesso e considerato, la Giunta Regionale, a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

delibera

1. di approvare le Linee di indirizzo per le attività inerenti il Programma Regionale Alcol e Salute 2019-2021 dei dipartimenti di patologia delle dipendenze (DPD) delle ASL – Approvazione;
2. di dare che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il Bilancio Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



“Allegato 1”

Regione Piemonte

Assessorato alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria

Linee di indirizzo per le attività inerenti il Programma Regionale Alcol e Salute (PRAS) 2019-2021 dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) delle ASL

Sommario

Premessa.....	3
1. IL CONSUMO DI ALCOL: ASPETTI CULTURALI, VALORE D'USO E RISPOSTA DEI SERVIZI	4
2. RIFERIMENTI PROGRAMMATICI E NORMATIVI	8
3. DATI EPIDEMIOLOGICI, ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI, INTERVENTI DI PREVENZIONE E DI TRATTAMENTO.....	16
3.1 Stima degli effetti sulla salute.....	16
3.2 Prevalenza e caratteristica dei consumi.....	17
3.3 Offerta di interventi di trattamento.....	18
3.4 I ricoveri per alcoldipendenza	18
3.5 La rete dei servizi	19
3.6 Interventi di prevenzione	20
3.7 Altri interventi da parte di altri attori della prevenzione	21
3.8 Quadro di sintesi degli aspetti e delle criticità di rilievo.....	22
4. GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA REGIONALE ALCOL E SALUTE 2017-2019	24
4.1 Area della Prevenzione	24
4.2 Sistema di trattamento e riabilitazione	25
4.3 Ricerca, disseminazione, formazione e supporto metodologico alla realizzazione del programma.....	26
4.4 Metodologia e organizzazione interistituzionale per il raggiungimento degli obiettivi.....	26
Appendice I – OBIETTIVI, AZIONI PROGRAMMATE E RISULTATI ATTESI.....	27

Premessa

Le Linee di indirizzo inerenti il Programma Regionale Alcol e Salute 2019-2021 per le attività dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) delle ASL nascono dalle indicazioni del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e dal Piano regionale di prevenzione 2014-2019 approvato e modificato rispettivamente con D.G.R. n. 25-1513 del 3.6.2015 e n. 27-7048 del 14.6.2018. In particolare il Piano nazionale Alcol e Salute prevede il coinvolgimento delle Regioni nel processo di implementazione delle azioni strategiche definite in materia di alcol, e in particolare dei soggetti come i Servizi Alcologici, i Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute Mentale, i Medici di Medicina Generale, le Aziende Ospedaliere e Universitarie, il privato sociale, i gruppi di mutuo aiuto, il volontariato, ecc. Oltre alle indicazioni derivanti dalla legislazione nazionale, le Regioni, con l'attivazione di un Gruppo Tecnico interregionale sulle problematiche alcol-correlate, si sono impegnate a raggiungere una serie di obiettivi fra i quali: individuare ed estendere le buone prassi a tutti i servizi deputati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione dei soggetti portatori di problematiche alcol-correlate; migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi attraverso interventi di formazione, finalizzati anche ad aumentare le capacità di rilevazione e valutazione delle competenze necessarie per collaborare, operare e comunicare in rete; redigere una Relazione annuale circa le azioni implementate a livello di ciascuna Regione e Provincia Autonoma e valutare le attività realizzate.

Nella Regione Piemonte si è consolidato un significativo lavoro in campo alcologico, riattivato all'interno del Coordinamento Tecnico Regionale delle Dipendenze (DD n. 413 del 22/06/2017).

A orientare le scelte nella costruzione del presente documento sono da un lato gli atti programmatici, le indicazioni ministeriali e la normativa regionale, dall'altro le fonti di informazione – banche dati, studi ed esperienze – disponibili a livello regionale e in ulteriori ambiti.

Il presente documento è articolato in una parte iniziale che riassume i riferimenti programmatici e normativi presenti a livello internazionale, nazionale e regionale; segue una sezione che illustra sinteticamente, attraverso il riferimento a dati epidemiologici e a ricerche, analisi e osservazioni qualitative, il fenomeno e il suo impatto sulla salute, nonché l'organizzazione del sistema degli interventi; la terza parte identifica gli obiettivi prioritari individuati per il triennio 2019-2021; in Appendice I infine vengono descritti, per ciascuno degli obiettivi individuati, i sotto-obiettivi e i risultati intermedi attesi, le azioni da intraprendere e i soggetti coinvolti nelle attività.

1. IL CONSUMO DI ALCOL: ASPETTI CULTURALI, VALORE D'USO E RISPOSTA DEI SERVIZI

Prima di entrare nel merito degli aspetti specifici del fenomeno del consumo problematico, è opportuno effettuare alcune considerazioni di ordine più generale, utili per la successiva individuazione di strategie efficaci di prevenzione e di cura. L'alcol è una sostanza molto radicata nella cultura che permea la vita quotidiana della maggior parte della popolazione italiana, nonché dei territori, come quello piemontese, dove la produzione enologica ha un posto di rilievo nell'economia locale.

A differenza dei Paesi nord europei, in Italia il "bere" è stato fin dall'antichità un comportamento "normalizzato", non regolato da specifiche politiche finalizzate a far assumere norme di comportamento orientate verso la salute, ma appreso attraverso processi di socializzazione che iniziano nella più tenera età, e attraverso cui viene interiorizzata la distinzione tra situazioni in cui il bere è consentito, e spesso incoraggiato, e situazioni in cui invece non viene considerato opportuno. Quando gli individui dispongono di competenze, non necessariamente corrette dal punto di vista scientifico su un certo comportamento, è più complesso introdurre modificazioni attraverso politiche di sanità pubblica.

L'Italia tuttavia rappresenta un caso particolarmente interessante per almeno tre motivi:

- la drastica riduzione dei consumi di alcol pro capite, che negli ultimi 40 anni ha portato ad un loro dimezzamento;
- la tardiva introduzione, rispetto ad altri Paesi europei, di politiche sull'alcol ispirate alla teoria del consumo totale;
- le peculiari caratteristiche della cultura del bere, che ci differenzia dai Paesi anglosassoni e nordici, in cui la ricerca alcolologica, in particolare legata alla teoria del consumo totale, è stata maggiormente sviluppata.

Il nostro Paese costituisce dunque un laboratorio naturale che meriterebbe maggiore attenzione anche attraverso ulteriori investimenti nella ricerca, in particolare creando nessi interpretativi tra discipline differenti, quali l'epidemiologia, la sociologia e l'antropologia.

Di particolare interesse è per esempio una ricerca svolta in Piemonte ¹ che ha messo a confronto, prendendo in esame i dati dell'ISTAT, quelli del sistema di sorveglianza PASSI e le dimissioni ospedaliere, la mortalità e la morbilità legate al consumo di bevande alcoliche nelle aree "vitate" e in quelle "non vitate" della Regione, evidenziando una situazione diversa rispetto agli altri contesti proprio laddove esiste una forte tradizione di coltivazione vitivinicola: i tassi di mortalità e quelli di

1

ricovero per malattie associate all'abuso di alcol sono infatti più bassi rispetto a quelli di quasi tutte le aree piemontesi prese come riferimento. Inoltre, nonostante nelle zone di produzione i consumatori siano più numerosi, i comportamenti di consumo che vengono ritenuti a rischio, dal consumo fuori pasto al "binge drinking", risultano meno diffusi in tutte le fasce di età, e soprattutto tra i giovani.

La possibile spiegazione proposta dagli autori, ricercata anche con interviste in profondità a tre diverse generazioni, risiederebbe soprattutto nella maggiore competenza dei bevitori, ed è il frutto di un'evoluzione del processo di produzione e degli stili di consumo che si riscontra anche nei comuni non vitati, ma trova la sua origine e la sua massima espressione nelle aree di produzione. Il consumo di vino è andato sempre più connotandosi come prodotto culturale che per essere fruito implica un certo livello di conoscenza e competenze specifiche: l'intenditore di vino sarebbe un "bevitore competente", che sa riconoscere le proprietà di un vino e sa parlarne, e che, attraverso uno stile di consumo limitato e consapevole, si distinguerebbe socialmente, contribuendo alla diffusione di modelli di consumo orientati alla moderazione.

Anche tra i ventenni non mancano i "bevitori competenti": si tratterebbe di giovani educati al bere in famiglia, sotto la guida di genitori esperti. Nei Comuni in cui si produce il vino, infatti, secondo la tradizione, si trasmetterebbe nelle nuove generazioni il senso di appartenenza territoriale, insieme all'apprezzamento per la qualità dei prodotti locali. L'accento viene posto sulla moderazione, e l'educazione al bere si fonderebbe quindi con l'educazione all'arte della vinificazione.

Ricerche di questo genere offrono ai decisori politici e ai professionisti che operano nell'ambito della salute diversi spunti di riflessione. Gli interventi e le strategie di prevenzione dovrebbero tenere conto della complessità dei fattori che stanno dietro alle differenze culturali e territoriali, e valorizzare i processi di autoregolazione e il ruolo della famiglia.

Tuttavia nel contesto italiano, dove l'alcol è considerato storicamente e prevalentemente come un alimento, ma anche come un simbolo di valori quali la tradizione e i legami sociali, i rischi associati al suo consumo, quali la dipendenza e le patologie secondarie, vengono troppo sovente sottovalutati, oppure ne vengono enfatizzati solo alcuni aspetti, in maniera estemporanea, sull'onda dei fatti di cronaca.

Un altro elemento importante da tenere presente è che è un fenomeno determinato anche culturalmente che varia a seconda del contesto e del periodo storico. Vi è oggi una percezione piuttosto diffusa di un cambiamento progressivo che riguarda sia le carriere alcoliche sia gli stili del bere, cioè le modalità di consumo definite da particolari valori d'uso e contesti specifici che, in determinate circostanze, possono trasformarsi in uso problematico o in dipendenza.

Già una ricerca realizzata nel 2008 nell'ambito dell'Assessorato alla Salute – Gruppo di Lavoro Regionale² (anni 2007-2010) – aveva evidenziato che i professionisti e gli operatori dei servizi del territorio stavano assistendo a uno spostamento progressivo "dall'uso continuativo ancorché elevato all'abuso ciclico, dal valore d'uso alimentare a quello psicotropo o farmacologico, dal vino al policonsumo".

I cambiamenti che riguardano gli stili di consumo hanno infatti determinato delle modificazioni anche nelle patologie alcol-correlate, e conseguentemente nella tipologia di utenti dei servizi, portando una maggiore enfasi sugli effetti acuti e una progressiva riduzione dei problemi cronici, come la cirrosi.

² "Sistema di risposta ai problemi alcol-correlati in Piemonte" (Rolando S., et al. – Eclectica, 2008).

Tuttavia la realtà dei Servizi di Alcolologia (SA), riguardo all'utenza afferente, mostra aspetti variegati:

1. la maggior parte degli utenti che giungono ai SA permane nelle fasce d'età 40-50 e 50-60, con buona rappresentanza degli ultrasessantenni e della fascia 30-40. Sono relativamente ancora poco rappresentate le fasce d'età 20-30, e ancor meno gli under 20;
2. restano rilevanti le patologie internistiche croniche alcol correlate e la comorbilità psichiatrica, ed è significativo il numero di utenti con pregressa dipendenza da oppiacei che hanno virato nella dipendenza da alcol;
3. il riscontro del policonsumo non è infrequente, specie nelle fasce d'età dei più giovani, con particolare riferimento all'associazione alcol/cocaina e/o cannabis.

L'utenza dei SA si è quindi modificata solo parzialmente, per ragioni diverse. Il mondo giovanile non percepisce come problematico il proprio stile di consumo, vissuto prevalentemente come ludico-prestazionale all'interno del gruppo, e non certo associato alla dipendenza a cui viene attribuita una connotazione negativa. Il consumo-policonsumo è volto allo "sballo": bisogna "reggere" cercando di evitare tutte quelle manifestazioni sintomatologiche che comportano un intervento di tipo sanitario e distolgono dalla scena del divertimento. La carente afferenza nei SA dell'utenza giovanile è quindi attribuibile da un lato alle caratteristiche clinico-organizzative degli stessi SA, e dall'altro ai bisogni di un tipo di utenza diversa per età, stile di consumo e patologie correlabili, e per la percezione del proprio consumo e del contesto d'uso in termini ludici e non problematici. In tal senso acquisiscono notevole importanza la promozione della salute e la prevenzione universale e selettiva che andrebbero implementate in una visione complessiva di rete tra servizi pubblici e del privato sociale, con le realtà sociali del territorio e con la scuola.

Sulla base di queste osservazioni, dalla summenzionata ricerca "... si comprende come stia cambiando allora il concetto di alcolismo, un tempo per lo più utilizzato come sinonimo di alcolismo cronico, oggi sempre più usato per indicare situazioni di acuzie". L'alcolista tradizionale di questi territori, "il contadino anziano che ha bevuto molto e in maniera costante per decenni il suo vino a tavola", viene sostituito dall'alcolista adulto, rappresentato principalmente come il professionista che cerca nell'alcol un ansiolitico o un antidepressivo per fare fronte ai problemi professionali e relazionali. Il giovane viene dipinto come abusatore metropolitano del fine settimana, che cerca nella birra e nei superalcolici unicamente un mezzo per "sballare e divertirsi".

Ai SA affluiscono però ancora con una buona rappresentanza utenti affetti da patologie croniche e situazioni cliniche avanzate in termini di gravità e di invalidità, con notevole riduzione delle abilità residue. Sono i pazienti cosiddetti "multiproblematici" (MP), che presentano più comorbilità associate ad una situazione sociale di precarietà sul piano abitativo e lavorativo, e che rischiano di non avere un preciso servizio di riferimento, quindi di non essere adeguatamente presi in carico e "curati". Il trattamento di questi pazienti MP, che risultano essere in aumento, sia come dato concreto, sia per la maggiore capacità diagnostica dei servizi, necessita di una presa in carico "multi-servizi", ovvero di una stretta collaborazione dei diversi Servizi Sanitari di riferimento in rete con i Servizi Sociali comunali e le commissioni UVH, UMVD ed UVG.

I servizi si trovano quindi a dover affrontare una tipologia di utenza sempre più diversificata per età, strato sociale, genere, cultura (basti pensare all'aumento dei cittadini stranieri), effetto ricercato e significato attribuito al consumo.

L'aumento dell'uso psicotropo (sia nell'accezione ludica/prestazionale che in quella ansiolitica/antidepressiva) si traduce in due fenomeni da non sottovalutare, perché costituiscono

aspetti cruciali del nuovo scenario: il policonsumo e la comorbilità. La complessità delle carriere alcoliche si somma in questi casi a quella delle problematiche connesse all'uso di altre sostanze psicoattive, legali o illegali, e alla coesistenza con quadri psicopatologici di diversa gravità.

Questi cambiamenti implicano la necessità, da parte dei servizi, di adeguarsi ai nuovi scenari, individuando strategie di intervento capaci di tenere conto delle trasformazioni dei bisogni dell'utenza reale e potenziale.

In un contesto così variegato e complesso, non è quindi più possibile per i singoli servizi pensare di offrire risposte efficaci ed esaustive per tutti i tipi di problematiche alcol-correlate, e si rende necessario lavorare in una rete dove ciascun soggetto, mantenendo le proprie specificità, operi in una reale ottica di collaborazione e integrazione.

È necessario inoltre sviluppare interventi non solo mirati a curare la dipendenza tradizionalmente intesa, ma anche a intercettare e prevenire i comportamenti più a rischio, spesso non percepiti come tali. In questo senso è importante uscire dall'ottica prettamente sanitaria per costruire un approccio integrato che coinvolga e responsabilizzi l'intera comunità locale e tutte le agenzie a vario titolo interessate dal problema, attraverso la promozione di stili di vita, oltre che di consumo, più sani e consapevoli.

Infine accenniamo una tematica che sarà sviluppata nel seguito del documento sia in termini di un'analisi quantitativa e qualitativa sia rispetto alle possibili linee di lavoro. Ci si riferisce alla rete dei servizi, e alle problematiche relative all'adeguatezza dimensionale e funzionale. Infatti il numero dei nuovi utenti con problematiche alcol correlate che giungono ai SA, negli ultimi anni, ha un costante e positivo trend di crescita tanto da superare, ormai abbastanza nettamente, quello delle nuove prese in carico, da parte dei Ser.D, dei pazienti affetti da dipendenza da sostanze illegali. Tuttavia, malgrado un dato così significativo, sono presenti carenze strutturali e di risorse dei SA: le strutture non sono spesso adeguate negli spazi ad accogliere un'utenza numerosa e in costante aumento. Questo dato, associato ad apertura al pubblico che in diversi territori non è quotidiana, e ad équipe non interamente dedicate alla problematica alcolologica e carenti nell'organico, rende difficile una strutturazione organizzativa e clinica adeguata alle dimensioni e all'importanza del fenomeno, e comporta una ricaduta in termini di riduzione della prevenzione e del guadagno di salute della popolazione.

2. RIFERIMENTI PROGRAMMATICI E NORMATIVI

Negli ultimi venticinque anni sono stati elaborati documenti e normative a livello internazionale e nazionale riguardanti le problematiche alcolologiche. Si segnalano di seguito gli atti di maggiore rilevanza per l'ambito alcolologico nazionale.

1) Piani di azione e risoluzioni europee OMS recepite dall'Italia come Stato Membro:

Piani di Azione Europei per l'alcol 1992/99 (EUR/RC42/R8) e 2000/2005 (EUR/RC49/R8):

promossi dall'O.M.S, hanno mirato ad indicare azioni orientate alla riduzione dei consumi e dei comportamenti rischiosi alcolcorrelati. Da essi sono discesi due fondamentali documenti programmatici: la "Carta Europea sull'Alcol" (Parigi, 1995) e la "Dichiarazione su Giovani ed Alcol" di Stoccolma del 2001 (EUR/RC51/R4), poi adottate da tutti gli Stati Membri della Regione Europea.

Raccomandazione Consiglio U.E. - giugno 2001: invita gli Stati a un particolare impegno nella protezione di bambini e adolescenti dal rischio dei nuovi modelli di consumo di alcolici da attuarsi con azioni di informazione/prevenzione/sensibilizzazione/promozione della salute e con interventi sulla commercializzazione e vendita delle bevande.

Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea del 27.11.2003, relativa al contrasto dell'uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe e farmaci) correlato agli incidenti stradali: si raccomanda agli Stati membri di adottare tutte le appropriate disposizioni, anche sanzionatorie, nei confronti di conducenti di veicoli che guidano sotto effetto di sostanze psicoattive.

Piano d'Azione Globale dell'OMS per la Prevenzione ed il Contollo delle MnT (Malattie non Trasmissibili) 2013-2020 (WHO – Geneve, 2013):

adottato dalla Risoluzione OMS HA66.10 del 27 Maggio 2013, ha come scopo di fornire indicazioni di policy per azioni coordinate e coerenti negli Stati Membri per contrastare i fattori di rischio connessi a 4 principali MnT (malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete) rispetto allo sviluppo delle quali all'alcol viene riconosciuto un importante ruolo. Per questa ragione il Piano prevede indicazioni rispetto ad azioni per combattere il consumo dannoso e rischioso di alcol, sviluppate poi nello specifico dal "Piano di Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020".

Salute 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere (Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, WHO – Geneve, 2013):

descrive il nuovo modello di politica Europea per la salute pubblica, teso ad assicurarne il miglioramento per tutti riducendo le disuguaglianze. Per raggiungere tale obiettivo le azioni da adottare devono dirigersi verso un condiviso miglioramento delle policy e della governance negli Stati membri.

Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012–2020 (EUR / RC61 / R4) :

è stato approvato da tutti e 53 gli Stati membri nella Regione Europea dell'OMS nel settembre 2011 a Baku – Azerbaijan, ed è strettamente legato e coordinato con il "Piano d'Azione per l'implementazione della Strategia Europea per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili" (2013-2020) e con "Health 2020 - Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere". Il documento programmatico è inteso a dare indirizzo alle politiche degli Stati membri finalizzate a migliorare la

salute per tutti e a ridurre le diseguaglianze in ambito di salute. Il programma identifica 10 aree di azione, con indicazioni di indirizzo finalizzate a ridurre i consumi e le conseguenze negative dell'assunzione di bevande alcoliche, rafforzando politiche in ben identificati ambiti: di "Leadership, consapevolezza e impegno", di "Risposta dei servizi sanitari", di "Azione nella comunità e sui luoghi di lavoro", di "Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza", di "Disponibilità dell'alcol", di "Commercializzazione delle bevande alcoliche", di "Politiche dei prezzi", di riduzione "delle conseguenze negative dell'uso dell'alcol e dell'ubriachezza", di riduzione dell'"impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici", ed infine di "Monitoraggio e sorveglianza".

2) Riferimenti programmatici e normativi in ambito nazionale:

a. Leggi quadro e riferimenti programmatici

D.P.R. n. 309 del 9/10/1990 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" e s.m.i. L'ultima modifica rilevante è la Legge n. 79/2014 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale". Il T.U. ha costituito fino alla emanazione della L. 125/2001, ed ancora costituisce per le parti non esplicitate da suddetta specifica legge quadro, il riferimento normativo anche per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcolodipendenza.

Legge n. 125 del 30.03.2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" e s.m.i.: all'art. 1 "reca norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcolodipendenti" come recepimento delle indicazioni dell'OMS Europa. La legge quadro, con i suoi 16 articoli, costituisce il punto di riferimento normativo nelle sue finalità di diritto alla salute nella tutela di bambini ed adolescenti rispetto alle conseguenze dell'alcol, nel diritto all'accesso alle cure degli alcolodipendenti e dei loro familiari, nell'attenzione all'informazione, alla ricerca e alla formazione, nonché al favorire lo sviluppo della rete territoriale. Istituisce inoltre l'organo della Consulta Nazionale; modifica il CdS integrando le Commissioni Mediche con la figura del medico specialista in materia (art.119 CdS), introducendo l'aspetto informativo nelle autoscuole e diminuendo il tasso limite alcolemico per la guida, limite a tutt'oggi presente nell'art.186 del CdS. Detta altresì all'art.15 le disposizioni per la sicurezza sul lavoro. Regola al capo III la pubblicità ed il consumo di bevande alcoliche, con successive modifiche dell'art. 14 (art. 53 L. 120/2012), con introduzione dell'art. 14-bis (art. 23 L. 88/2009 modificato da art.34 L.96/2010) e del 14-ter (L. 189/2012, modificato con DI n°14 del 20/02/2017) finalizzati alla riduzione della disponibilità di bevande alcoliche nei luoghi pubblici soprattutto in orari notturni, e alla tutela rispetto a vendita e somministrazione ai minori di anni 18.

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005: Nel "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" auspica la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcool. Configura la prevenzione dell'abuso alcolico, in particolare giovanile, quale specifica tematica per i programmi di contrasto all'uso e all'abuso di sostanze e conferma la validità di una prevenzione fondata sull'adozione di stili di vita sani, nonché, per ridurre gli incidenti e le invalidità, sulla promozione di interventi di prevenzione per una guida sicura compresa la riduzione di quella

sotto l'influsso dell'alcol. L'inserimento tra gli obiettivi prioritari della tematica della prevenzione dell'alcolismo segnala l'attenzione ad esso dedicata.

L'insieme degli atti normativi e programmatici di riferimento e altri fondamentali documenti del settore, quali la Dichiarazione di Stoccolma su giovani e alcol, configurano la necessità di fondare le strategie d'intervento su adeguati sistemi informativi e di monitoraggio dei consumi, dei danni alcol-correlati e della stessa efficacia delle azioni adottate.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) (2007): approvato definitivamente da parte della Conferenza Stato-Regioni nell'aprile 2007, coordina tutte le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi correlati all'abuso di alcol tra la popolazione.

Il piano triennale (2007-2009) si prefigge dieci obiettivi da raggiungere attraverso azioni strategiche, in collaborazione con le Regioni e con il coinvolgimento di varie strutture e soggetti del Sistema Sanitario Nazionale: dipartimenti delle dipendenze, servizi alcolologici regionali, dipartimenti di salute mentale, medici di famiglia, associazioni di mutuo soccorso e volontariato, Asl e Ospedali. Un ruolo particolare spetterà anche alle collaborazioni con il mondo della scuola e dello sport, i sindacati, i centri ricreativi per gli anziani, le Forze dell'ordine e le imprese del settore.

Legge 8.11.2012, n. 189 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. (12G0212) (GU n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201): con la conversione in legge del così detto “DL Balduzzi”, oltre ad affrontare importanti temi riorganizzativi inerenti il SSN, all'art. 7, comma 3-bis, si inserisce l'art. 14-ter nella Legge quadro 125/01: dopo la regolamentazione della vendita di bevande superalcoliche sulle autostrade (art.14) e vendita e somministrazione di bevande alcoliche nei luoghi pubblici (14-bis), si introduce l'esplicito divieto di vendita di bevande alcoliche a minori, con obbligo di accertamento dell'età da parte del venditore, prevedendo sanzioni non solo amministrative, ma anche penali (già previste per la somministrazione a minori di anni 16 dall'art. 689 del c.p.) in presenza di vendita tramite distributori automatici che non consentano la rilevazione dei dati anagrafici dell'utilizzatore mediante sistemi di lettura ottica dei documenti (modificazione art. 689 c.p.).

Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018: il 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Intesa sul Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Il coordinamento dell'attuazione del PNP 2014-2018 è affidato al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione, che assicura il necessario raccordo operativo con la Direzione Generale della Sanità animale e dei farmaci veterinari e con la Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli alimenti e la Nutrizione. Il nuovo PNP, di portata quinquennale, intende delineare un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

b. Riferimenti al problema alcol in testi a finalità organizzativa

Accordo Stato/Regioni del 21.01.1999: inserisce nelle attività dei Dipartimenti delle Dipendenze il coordinamento delle attività relative all'alcoldipendenza; vincola le Aziende USL ad assicurare l'erogazione di interventi interdisciplinari integrati e la disponibilità di risorse adeguate.

Legge n. 45 del 18.02.1999: estende l'utilizzo del Fondo nazionale per la lotta alla droga anche a progetti, nazionali e regionali, attinenti all'alcoldipendenza correlata alle tossicodipendenze.

Decreto Lgs. n. 229 del 19.06.1999: colloca espressamente (art. 3 *septies*, comma 4) la dipendenza da alcol nelle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Atto di intesa Stato-Regioni del 05.08.1999: indica gli standard minimi per l'autorizzazione e per l'accreditamento di enti e associazioni private che operano per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso, alcol incluso.

DPCM 29 novembre 2001: include le prestazioni per l'alcoldipendenza nei livelli essenziali di assistenza da assicurarsi da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU n.65 del 18-3-2017 – Suppl. Ordinario n. 15)". Nella ridefinizione ultima dei LEA gli articoli dedicati alle dipendenze parlano genericamente di dipendenze patologiche, includendo in esse quindi anche l'alcoldipendenza. L'art. 28 è dedicato all'assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche, mentre l'art.35 all'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale.

c. Normativa in tema di guida e alcol

D.Lgs. n° 285 30/04/1992 e s.m.i. - "Nuovo codice della strada" (C.d.S.): norma la circolazione su strada. Al titolo V, che detta le norme di comportamento, e nello specifico agli art. 186 e 186-bis, sancisce il divieto di guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di sostanze alcoliche, e determina le sanzioni previste qualora tale divieto non venga rispettato. L'art. 186-bis, in particolare, restringe i criteri ed inasprisce la sanzione per i conducenti con meno di 21 anni, i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose. Il CdS definisce al Titolo IV art.119 la necessità di rispondere a requisiti psicofisici sia per il conseguimento della patente di guida comprendente tra le altre la certificazione di non abuso di sostanze alcoliche ed il non uso di sostanze stupefacenti, sia per l'accertamento dell'idoneità alla stessa, qualora risulti necessaria la conferma della sua validità come avviene in caso di violazione degli art. 186 e 186-bis. Sempre allo stesso art.119, c. 8, si dispone l'integrazione della Commissione Medica a tale compito deputata con un medico dei Servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati.

D.P.R. n° 495/1992 e s.m.i. "Regolamento di esecuzione ed attuazione del Codice della Strada": al titolo IV, con riferimento agli art. da 119 al 121 del CdS, l'art. 319 richiede espressamente la verifica con accertamento sanitario dei requisiti psicofisici necessari al conseguimento, revisione o conferma di validità della patente di guida. L'idoneità conseguente viene subordinata all'esclusione di malattie invalidanti per come specificato all'art. 320, che esclude il rilascio nelle suddette condizioni. In particolare l'art. 320, in appendice II al punto F - "Sostanze psicoattive", esplicitamente afferma che "La patente di guida non deve essere rilasciata o confermata ai candidati o conducenti che si trovino in stato di dipendenza attuale da alcool, stupefacenti o sostanze psicotrope né a persone che comunque consumino abitualmente sostanze capaci di compromettere la loro idoneità a guidare senza pericoli. Nel caso in cui tale dipendenza sia passata e non più attuale la commissione medica locale, dopo aver valutato con estrema cautela il rischio di recidiva del singolo candidato o conducente, sulla base di idonei accertamenti clinici e di laboratorio, e dopo essersi eventualmente avvalsa della consulenza di uno specialista

appartenente ad una struttura pubblica, può esprimere parere favorevole al rilascio o alla conferma. La commissione medica locale tiene in debito conto e valuta con estrema severità i rischi addizionali connessi con la guida di veicoli delle categorie C, D, E. La validità della patente in questi casi non può essere superiore a due anni. Per la conferma e la revisione valgono le stesse modalità.”

Piano Nazionale della Sicurezza Stradale 2001-2010 : Il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, sulla base delle indicazioni della Commissione Europea, si è posto l'obiettivo di ridurre del 50% il numero delle vittime di incidenti stradali entro il 2010 tramite azioni di primo e secondo livello. Nel sottocapitolo specificamente dedicato all'alcolismo, il piano sottolinea la carenza della rilevazione sistematica dei conducenti che guidano in stato di ebbrezza e rileva l'opportunità di rafforzare l'azione sanitaria in tale ambito.

Legge 29 luglio 2010 , n. 120, Disposizioni in materia di sicurezza stradale (10G0145): all'art. 50 viene prevista la produzione di apposita certificazione di esclusione di abuso di sostanze alcoliche e di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope per l'esercizio dell'attività professionale di trasporto. L'articolo comunque è attualmente inapplicabile per mancanza del decreto attuativo previsto al comma 2, che prevede la definizione con apposito decreto delle caratteristiche di detta certificazione e dei soggetti competenti al suo rilascio, nonché la disciplina delle procedure.

Piano Nazionale della Sicurezza Stradale 2011-2020 (Orizzonte 2020) : nell'attuale piano promosso dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, che ha lo scopo di dimezzare ulteriormente i decessi, l'alcol viene ancora definito un fattore di rischio, specie nei giovani, su cui intervenire. Tra le linee strategiche la riduzione della guida in stato di ebbrezza rimane elemento importante per ridurre mortalità e morbilità. In particolare per i conducenti su due ruote, per ciclisti e pedoni, promuove campagne informative in ambito nazionale e locale, nonché l'aumento dei controlli sull'intera rete stradale per il contrasto di questo comportamento a rischio. Viene altresì richiesto il miglioramento della formazione e dell'educazione degli utenti della strada, soprattutto per i giovanissimi (15-17 aa), ma anche per gli anziani, e il rafforzamento dell'applicazione delle regole della strada.

L. n° 41 23/03/2016 "Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274": Il provvedimento, in particolare, inserisce all'interno del codice penale: 1) l'art. 589 bis ("Omicidio stradale"); 2) l'art. 590 bis ("Lesioni personali stradali gravi o gravissime"); 3) l'art. 590 ter ("Fuga del conducente in caso di lesioni personali stradali"). Tra le ipotesi aggravate degli artt. 589 bis e 590 bis, oltre alla guida in stato di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (ex art. 187 C.d.S.), è prevista la guida in stato di ebbrezza ex artt. 186 c. 2 lettera c) (valori di alcolemia > 1,5 g/L) e 186-bis lettera b) (valori di alcolemia > 0,8 g/L) C.d.S. La Legge 41/2016, inoltre, introduce nel c.p.p. delle disposizioni procedurali conseguenti alle nuove fattispecie di reato con riguardo ai presupposti legittimanti l'arresto obbligatorio o facoltativo, nonché le modalità di prelievo - anche coattivo - di campioni biologici per la verifica dello stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti/psicotrope.

d. Porto d'armi

D.M. 28 aprile 1998: stabilisce i requisiti psicofisici minimi per il rilascio e il rinnovo dell'autorizzazione del porto di fucile per uso caccia e del porto d'armi per l'esercizio dello sport del tiro al volo all'art. 1, nonché per il porto d'armi per uso e difesa personale all'art.2. Entrambi gli

articoli prevedono accertamenti di idoneità da parte della ML delle Aziende Sanitarie Locali ovvero delle Strutture Sanitarie Militari o della Polizia di Stato, comprendenti l'esclusione di dipendenza o uso anche occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope nonché dell'abuso di alcool e/o di psicofarmaci.

e. Alcol e lavoro

Legge n. 125 del 30.03.2001 “**Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati**” e **s.m.i.**: l'art. 15 al c. 1 sancisce il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi. Tali mansioni, che avrebbero dovuto essere identificate entro 90 giorni con Decreto del Ministero del Lavoro, sono state di fatto identificate solo nel 2006 in apposita Intesa Stato-Regioni. Il c.2 attribuisce il compito dei controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro al Medico Competente ovvero ai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali. Tale disposizione è armonizzata al **T.U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro - D.Lgs. del 9 aprile 2008, n. 81 e s. m.i.** (D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106) che, oltre a prevedere specifiche disposizioni in merito alla formazione, informazione ed addestramento dei lavoratori, sancisce all'art. 41 che, nell'ambito della sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente, le visite siano altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento.

Al c.3 ribadisce il diritto del lavoratore ad avvalersi dell'art.124 del DPR 309/90, se affetto da alcoldipendenza, se intendesse sottoporsi ad un programma terapeutico e riabilitativo.

Provvedimento 16 marzo 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'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125**”:_all'art.1 definisce le attività lavorative a rischio, elencate nel relativo All.1. che comprendono tra le altre buona parte delle figure delle professioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private, le attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado, le mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi (DM 28 aprile 1998), le mansioni inerenti specifiche attività di trasporto, il personale ferroviario e navigante, i piloti e i controllori di volo.

Si sottolinea come le mansioni presenti in tale Provvedimento siano solo in parte sovrapponibili a quelle elencate nel Provvedimento della Conferenza Unificata del 30 Ottobre 2007 – “Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza” .

f. norme in materia di trapianto

Legge 01 aprile 1999 , n. 91 “**Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti**” (G.U. Serie Generale , n. 87 del 15 aprile 1999) : disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di

organi, attribuendo altresì dette attività e le funzioni di coordinamento al SSN. Delinea i termini della dichiarazione di volontà in ordine alla donazione e le disposizioni di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà (perfezionato dal Decreto 08 aprile 2000 - "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto" - G.U. Serie Generale , n. 89 del 15 aprile 2000) .

Legge 16 dicembre 1999 , n. 483 "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato". (G.U. Serie Generale , n. 297 del 20 dicembre 1999), e Legge 19 settembre 2012, n. 167 "Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi" (12G0184) (GU Serie Generale n.227 del 28-09-2012): *si stabilisce con queste due norme, in deroga all'art. 5 del c.c., la possibilità a titolo gratuito di poter disporre da parte del donatore delle suddette parti d'organo per trapianto tra viventi.*

3) Riferimenti programmatici e normativi in ambito regionale:

Di notevole importanza sono inoltre gli atti di programmazione elaborati a livello regionale piemontese, di cui riportiamo i più recenti:

D.C.R. n. 137-40212 del 24.10.2007 - Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010: il PSSR 2007-2010 prevede che le attività di prevenzione realizzate nel servizio sanitario regionale devono essere tra loro maggiormente coordinate e potenziate e che, nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, devono essere tra loro coordinate e ricondotte a unità organizzativa e uniformità metodologica. Il percorso di attuazione del PSSR 2007-2010 propone un modello che mira a favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione attraverso l'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ri-definizione degli obiettivi. Rispetto al trattamento delle problematiche sanitarie alcol-correlate di base si assume un modello di presa in carico tra ambiti della medicina generale e dei settori interessati per patologie associate (come la gastroenterologia, ecc.), mentre per le problematiche di più elevata complessità il riferimento elettivo è costituito dalla rete dei servizi alcolologici. Particolare sottolineatura è inoltre data alla necessità di rendere più accessibili possibile i servizi di trattamento, indipendentemente dal fatto che vi sia o meno una ferma motivazione alla cessazione del proprio comportamento addittivo, e allo sforzo di basare gli interventi di trattamento sui criteri di efficacia validati dal punto di vista scientifico.

DGR 26 ottobre 2015, n. 29-2328 "Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative ai sensi dell'Allegato "1" dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006. Revoca della D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012 (BU45 12/11/2015): tale atto di indirizzo è stato emanato dalla Regione Piemonte in considerazione della mancata adozione di un accordo Stato-Regioni, previsto ma mai promulgato, che regolamentasse criteri e modalità di accertamento di assenza di assunzione di bevande alcoliche nonché di verifica di assenza di alcoldipendenza in mansioni a rischio, per come identificate dal provvedimento 16 marzo 2006 ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Esso dà indicazioni in merito a informazione e formazione, al divieto di somministrazione ed assunzione, alla sorveglianza sanitaria relativamente agli accertamenti sopra descritti. Dà altresì indicazioni su compiti e ruoli relativi agli attori a diverso titolo coinvolti. Lo scopo della DGR è quello di

omogeneizzare, nelle more di una assenza di disposizioni nazionali, modalità e procedure onde evitare possibili disomogeneità in campo regionale.

Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze 2012-2015 (DGR 27-4183 del 23 luglio 2012): definisce quali azioni cardine la prevenzione, la cura delle patologie, la riabilitazione e reinserimento e il monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 (approvato con DGR n. 27-7048 del 14.6.2018): indica i programmi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere nel quadriennio, sulla base del contesto epidemiologico regionale. I programmi del Piano regionale di prevenzione si sviluppano a livello territoriale attraverso le azioni previste nei Piani locali di prevenzione.

DGR n. 47-1700 del 6/07/2015 – Individuazione del budget regionale per le attività dell'area delle Dipendenze Patologiche per il triennio 2015/2017.

Det. Reg. n. 413 del 22/06/2017 – D.D. n. 701 del 08/11/2016 e n. 165 del 14/03/2017 – Nomina componenti del Coordinamento Tecnico Regionale delle Dipendenze (CTRD) e dei Gruppi di lavoro specifici: individuazione del Gruppo di Lavoro per l'area Alcol e patologie alcol correlate.

3. DATI EPIDEMIOLOGICI, ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI, INTERVENTI DI PREVENZIONE E DI TRATTAMENTO

I dati di seguito riportati descrivono i diversi aspetti delle problematiche legate al consumo di alcol: gli effetti sulla salute, la prevalenza di consumi, i ricoveri per disassuefazione e l'utenza dei servizi pubblici con problemi di dipendenza. Vengono inoltre riportati elementi relativi all'organizzazione dei servizi e alla loro interconnessione, oltre ad una sintesi riguardante le attività di prevenzione in ambito alcologico.

3.1 Stima degli effetti sulla salute

Gli effetti indesiderati sulla salute direttamente attribuibili al consumo di alcol negli ultimi anni sono diminuiti, proseguendo un trend risalente ad alcuni decenni fa, per effetto della diminuzione dei consumi di alcol pro-capite che data dagli inizi degli anni Settanta.

Il tasso standardizzato di mortalità attribuibile all'alcol in Piemonte è progressivamente diminuito sia fra gli uomini (da 54,3 per 100.000 residenti/anno nel 1980-1983 a 17,2 nel 2011-2013, corrispondenti a 524 decessi annui e al 2,2% del totale dei decessi nei maschi nel 2013) sia fra le donne (da 18,7 per 100.000 residenti nel 1980-1983 a 5,8 nel 2011-2013 corrispondenti a 278 decessi annui e all'1,1% del totale dei decessi nelle donne nel 2013)³.

Il tasso standardizzato di ricovero per patologie alcol-correlate è anch'esso diminuito da 201,3 per 100.000 residenti/anno nel 1996, pari a 3.957 ricoveri, a 97,5 nel 2015 negli uomini, corrispondenti a 2.214 ricoveri (0,7% del totale dei ricoveri nei maschi nel 2015), e nelle donne da 56,7 per 100.000 residenti/anno nel 1996, pari a 1.211 ricoveri, a 24,3 nel 2015 corrispondenti a 575 ricoveri (0,2% del totale dei ricoveri nelle donne nel 2015), con una maggiore prevalenza nelle zone montane, più evidente per i maschi.

Un cenno particolare merita, tra i tanti danni alla salute, per la grande attualità e per l'impegno specialistico multidisciplinare, il tema dei trapianti di fegato, che nella Regione Piemonte sono ammontati a 369 nel periodo 2016-2018, fino al primo semestre compreso. Secondo i dati forniti dal Servizio di Psicologia Medica e Psicoterapia del Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, A.O. San Giovanni Battista di Torino, tra quelli presi in considerazione per l'inserimento in LAT (Lista Attiva Trapianti), ben il 43,8% presentava problematiche associate ad uso di alcol, fumo o sostanze, con una netta prevalenza di problemi alcol e fumo correlati.

Dunque, sebbene l'andamento del fenomeno sia in costante miglioramento rispetto alla salute della popolazione, resta di dimensioni rilevanti per la sanità pubblica.

³ Dalmasso M, Gnani R, Falcone U, Migliardi A, Demaria M, Coggiola N, Sciannameo V, Carnà P, Fiore F, Zimelli A. La mortalità in Piemonte nel 2011 – 2013. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/epidemiologia/pubblicazioni/>.

3.2 Prevalenza e caratteristica dei consumi

La tendenza evidenziata negli effetti per la salute riflette i trend decennali nel consumo di alcol e nella percentuale di consumatori di bevande alcoliche. Secondo i dati O.M.S il numero di litri di alcol puro consumati pro capite in Italia nella popolazione maggiore di 14 anni di età diminuisce progressivamente da 20 litri nel 1970 a 7,5 litri nel 2014, al di sotto dei valori europei, avvicinandosi progressivamente all'obiettivo 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 consumo di alcol misurato in litri di alcol puro presenta un andamento differenziato per tipologia di bevanda: il vino diminuisce di circa 3 volte, i superalcolici diminuiscono di circa 7 volte, mentre la birra aumenta di circa due volte.

Secondo i dati ISTAT⁴ nel 2016 si stima che i consumatori giornalieri di bevande alcoliche siano il 21,4% della popolazione di 11 anni e più, confermando il trend strutturale discendente degli ultimi dieci anni (22,2% nel 2015 e 29,5% nel 2006). Continua invece ad aumentare la quota di coloro che consumano alcol occasionalmente (dal 38,8% del 2006 al 43,3% del 2016) e che bevono alcolici fuori dai pasti (dal 26,1% al 29,2%). Tra gli adolescenti diminuisce sensibilmente il consumo di alcolici (dal 29 al 20,4%), sia giornaliero (peraltro molto contenuto), sia occasionale, seppure con un andamento oscillante negli ultimi anni. Beve vino il 51,7% della popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nel 2016, mentre il 47,8% consuma birra e il 43,2% aperitivi alcolici, amari, superalcolici o liquori. Prevalgono i consumatori moderati (48,8% sul totale della popolazione e 75,4% sui consumatori annuali). Stabili, rispetto al 2015, i comportamenti di consumo abituale eccedentario o di *binge drinking*, che hanno riguardato 8 milioni e 643 mila persone (15,9% della popolazione e 25% dei consumatori). Prosegue quindi il cambiamento nel modello di consumo tradizionale, basato sulla consuetudine di bere giornalmente vino durante i pasti.

Secondo il sistema di Sorveglianza PASSI in Piemonte, nel periodo 2007-2014 la quota di persone tra 18 e 69 anni che ha bevuto almeno 1 UA negli ultimi 30 giorni risulta in diminuzione. Nel 2014 il 56% della popolazione ha consumato bevande alcoliche. Il consumo di alcol è significativamente più diffuso tra gli uomini (72% vs 41%) così come il consumo a maggior rischio (26% vs 11%). Tra i singoli comportamenti a rischio, l'assunzione con modalità *binge*, ossia almeno una volta negli ultimi 30 giorni 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione, è il più diffuso tra gli uomini (13%); tra le donne la modalità a rischio più frequente è invece il consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (5%). In entrambi i generi il consumo abitualmente elevato (definito come consumo abituale elevato: più di 2 UA medie giornaliere per gli uomini, più di 1 unità alcolica media giornaliera per le donne) rappresenta la modalità a rischio meno diffusa (7% uomini, 3,5% donne).

Dall'indagine ESPAD condotta nelle scuole medie superiori piemontesi (età 15-19 anni), si osserva che nel 2014 l'82% degli studenti piemontesi ha bevuto alcolici almeno una volta nell'anno precedente alla rilevazione, dato stabile dal 2011; il 69% lo ha fatto nell'ultimo mese, e il 5% lo ha fatto 20 o più volte nell'ultimo mese.

⁴ ISTAT. Anno 2016. Il consumo di alcol in Italia. <https://www.istat.it/it/archivio/198903>.

3.3 Offerta di interventi di trattamento

Sono 60, nel 2016, le sedi dei servizi pubblici ambulatoriali delle ASL piemontesi dedicate all'alcol-dipendenza collocate nei Dipartimenti per le Dipendenze, anche se solo una piccola parte di questi ha una vera e propria formalizzazione e strutture logistiche dedicate. All'attività clinica per le alcol-dipendenze sono dedicati 467 operatori, 20 dei quali in modo esclusivo (dati 2014).

In Piemonte il numero di utenti alcol-dipendenti in carico ai servizi pubblici ambulatoriali è aumentato negli anni da 2.610 nel 1996 a 6.931 nel 2016. In base ai dati epidemiologici che rilevano una diminuzione dei consumi e delle conseguenze sanitarie, si ritiene che tale aumento sia da ricondurre ad un'aumentata recettività da parte dei servizi e a una maggiore sensibilità della popolazione al riconoscimento della presenza dei problemi alcol-correlati e delle opzioni di trattamento.

Permangono importanti differenze nei tassi standardizzati tra le diverse sedi. Queste differenze rispecchiano in parte la geografia del consumo (montagna-pianura), e sono quindi spiegabili con le diversità di prevalenza del fenomeno, e in parte derivano dalle non omogenee capacità di attrazione dei servizi. Possono inoltre dipendere da una maggiore o minore persistenza della stigmatizzazione sociale che, specialmente nelle aree periferiche, contribuisce ancora a ostacolare l'emersione del fenomeno.

3.4 I ricoveri per alcoldipendenza

Nelle tendenze del tasso standardizzato di ricovero per alcoldipendenza (in gran parte disintossicazioni), fra gli uomini nel periodo 1996-2015 è evidente un aumento dal 1996 (109,1/100.000 residenti/anno pari a 2.254 ricoveri) al 2002 (124,0/100.000 residenti/anno pari a 2.530 ricoveri), e una progressiva diminuzione negli anni successivi fino al 2015 (91,9/100.000 residenti/anno pari a 1.973 ricoveri, lo 0,7% del totale dei ricoveri). Il tasso standardizzato di ricovero per alcoldipendenza nelle donne nel periodo 1996-2013 presenta un aumento dal 1996 (30,0/100.000 residenti/anno pari a 660 ricoveri) al 2004 (45,1/100.000 residenti/anno pari a 1.006 ricoveri), diminuendo negli anni successivi fino al 2015 (35,4/100.000 residenti/anno pari a 816 ricoveri, lo 0,3% del totale dei ricoveri)⁵. La tendenza del secondo periodo potrebbe essere anche legata a una riduzione nella disponibilità di letti per la disintossicazione, a una maggiore disponibilità di trattamenti ambulatoriali di elezione, o potrebbe dipendere da un cambiamento nell'orientamento dei servizi, conseguente alla diffusa opinione che la disintossicazione, come intervento isolato, non sia un trattamento utile. D'altra parte si osserva una carenza di strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate che offrano interventi di ricoveri specialistici dedicati all'alcoldipendenza con carattere terapeutico e riabilitativo a elevata integrazione con i servizi territoriali.

⁵ Elaborazione SEPI/OED su dati SDO eseguita con PATED, una procedura per analisi epidemiologiche descrittive su base territoriale.

3.5 La rete dei servizi

Secondo le stime di prevalenza della dipendenza da alcol, dal 66% al 90% dei portatori di problema non sono in carico agli ambulatori specialistici delle Dipendenze, ma, spesso anche in situazione di mancata consapevolezza diagnostica, ai Medici di Medicina Generale, agli ambulatori di gastroenterologia, di psichiatria, di salute mentale, di neurologia o altro.

Una ricerca degli anni scorsi realizzata per conto dell'Assessorato alla Salute – Gruppo di lavoro regionale – ha evidenziato l'esistenza di rapporti privilegiati, più o meno formalizzati, tra Servizi di alcolologia e volontariato: spesso gli utenti sono presi in carico in maniera congiunta⁶.

I servizi non specificatamente dedicati al problema dell'alcolismo, quali la Medicina Generale o gli Ospedali, generalmente non avevano rapporti, o li avevano non consolidati, con i servizi di alcolologia territoriali; così il contatto con l'utenza sovente non si traduceva in una reale occasione di intercettazione da parte del sistema, attraverso un'opera di invio e segnalazione. I motivi non dipendevano solo da una scarsa attenzione per il problema o dalla mancanza di una formazione specifica sul tema, ma anche da un mancato riconoscimento del ruolo dei servizi territoriali preposti al trattamento e, spesso, da un'opinione negativa su questi.

Un ulteriore elemento di criticità era individuato nel rapporto tra servizi di alcolologia e dipartimenti di Salute Mentale e servizi sociali. Il problema delle cosiddette "doppie-diagnosi" spesso non veniva affrontato come specifico e unitario, ma trattato in sedi e percorsi distinti, con evidenti limiti di continuità assistenziale e terapeutica. A ciò erano da sommare le controversie per la presa in carico dei soggetti, come anche tra servizi di alcolologia e servizi sociali.

Se si poteva parlare di rete, dunque, si trattava di una "rete naturale", fondata più su rapporti personali e informali, fatta di collaborazioni spontanee nate dalla pratica, basate più sull'interesse di singole persone e sulla volontà di collaborare che non su accordi formali istituzionalizzati. Una rete "non governata, attivata sul singolo caso ora da uno, ora dall'altro soggetto, senza che nessuno abbia una visione completa degli scambi tra i diversi soggetti né il potere di indirizzo". Questo poteva determinare una difficoltà, che si aggiungeva alla complessità della problematica alcolologica, nel programmare e fornire continuità assistenziale per il paziente.

Una ulteriore ricerca realizzata per conto dell'Assessorato alla Salute – Commissione alcol⁷ – individuava alcuni fattori ritenuti cruciali, da parte degli operatori dei servizi, riguardo alla difficoltà di funzionamento della rete: la diversità di saperi tra i vari soggetti istituzionali, la scarsa conoscenza reciproca, la delegittimazione vicendevole, la difficoltà di coniugare interessi e obiettivi dei singoli soggetti costituenti la rete.

Sul territorio piemontese si è tuttavia consolidato negli anni un rapporto di interdipendenza tra tutti i servizi che ha consentito una presa in carico sempre maggiormente integrata del paziente. Dalla rete spontanea di anni fa si è quindi passati, con un percorso evolutivo, alla costruzione di una rete maggiormente strutturata e formalizzata. In specifico le Comunità presenti sul territorio, i Gruppi di volontariato, i servizi di alcolologia, hanno rafforzato le modalità di collaborazione, anche attraverso

⁶ "Sistema di risposta ai problemi alcol-correlati in Piemonte" (Rolando S., Beccaria F. - Eclectica, 2008).

⁷ "Sviluppo dei servizi di Alcolologia in Piemonte" (Balotta C., Baricocchi L., Sabin N., Selle P. – Emm&Erre, 2008).

gruppi di lavoro strutturati e momenti formativi comuni, sviluppando quindi progettazioni su lungo periodo, sia sulla gestione del singolo caso, sia sull'analisi dei bisogni e la programmazione degli interventi nella gestione della problematica alcolica sul territorio.

Molti reparti ospedalieri hanno definito con i servizi di Alcolologia protocolli di collaborazione mirati alla continuità assistenziale ospedale-territorio, e con i Medici di Medicina Generale sono in atto iniziative di sensibilizzazione e proposte formative finalizzate al consolidamento di procedure di invio e collaborazione.

E' in corso da ultimo l'implementazione di un progetto strutturato di collaborazione su base regionale tra i Servizi dipendenze e il Centro Regionale Trapianti di Torino per le situazioni di soggetti con dipendenza da alcol candidati a interventi di questo tipo.

Pertanto il lavoro di interconnessione tra i servizi è diventato prassi abituale, anche se sono presenti alcune criticità ed è necessario che gli aspetti organizzativi che fino ad oggi hanno sostenuto metodologia e operatività di rete siano analizzati per favorire un consolidamento delle componenti più produttive e una ulteriore evoluzione che consenta il superamento delle difficoltà rimaste.

3.6 Interventi di prevenzione

Nel contesto italiano, la maggioranza degli interventi di prevenzione si basa sull'informazione e sulla sensibilizzazione ai rischi connessi ai consumi alcolici. Tali approcci, come è stato dimostrato da indagini ad hoc, hanno in genere una efficacia modesta o, talvolta, possono avere addirittura effetti incentivanti il consumo a rischio. Non sono invece particolarmente praticati gli interventi che hanno l'obiettivo di sviluppare le competenze sociali e le capacità di autodeterminazione, o quelli che sostengono la capacità di decostruire le rappresentazioni sociali legate al concetto di normalità o di devianza.

Secondo vari studiosi^{8 9} è sufficientemente dimostrato che la prevenzione universale è efficace quando viene costruita su specifici obiettivi e con una elevata coerenza interna sia nella progettazione sia nella realizzazione dell'intervento.

Nella prevenzione selettiva, spesso più abbordabile per chi opera sul campo, e sentita maggiormente di competenza da parte dei servizi, un importante problema è quello dell'individuazione sistematica delle persone vulnerabili e bisognose di intervento, aspetto di non facile approccio dal punto di vista pratico e che pone problematiche di natura bioetica rispetto ai rischi di violazione della riservatezza o del principio di autodeterminazione.

Nella costruzione dei progetti di prevenzione, dovrebbe essere oggi inevitabile basarsi su interventi validati dal punto di vista scientifico rispetto ad efficacia e fattibilità, oltre che seguire buone regole e metodologie per la concreta realizzazione.

La Regione Piemonte, nel 2018, ha approvato un Piano Regionale per la Prevenzione 2014-2019 che fa riferimento al Piano Nazionale della Prevenzione e che indica i programmi, gli obiettivi e le

⁸ Beccaria F., Droghe e alcol: gli esiti degli interventi di prevenzione in Bignamini E. et al, Outcome nelle dipendenze. Esiti della patologia, esiti del trattamento, Ce.R.Co. Edizioni, 2, Milano, 2014.

⁹ Brotherhood A., Sumnall H.R., European drug prevention quality standards. A manual form prevention professionals, EMCCDA, Lisbona, 2011.

azioni da intraprendere nel quadriennio, sulla base del contesto epidemiologico regionale. I programmi del Piano regionale di prevenzione si sviluppano a livello territoriale attraverso le azioni previste nei Piani locali di prevenzione. In Piemonte, nel corso degli anni, sono stati sviluppati e realizzati molteplici interventi di prevenzione sia in contesti di aggregazione informale che, in maggior misura, negli ambiti scolastici. I cicli scolastici interessati sono quelli delle scuole secondarie di I e II grado con una copertura molto ampia, anche se non completa, delle classi presenti. La maggior parte degli interventi nelle scuole è realizzata da operatori delle A e dal privato sociale, in collaborazione con i referenti alla Salute e i docenti degli istituti. Non mancano tuttavia progetti messi in atto da soggetti privati, o da altri enti, al di fuori del coordinamento e della programmazione sostenuta dalle A. Purtroppo, in assenza di un sistema di rilevazione a regime comprensivo dei diversi interventi, non è possibile avere un quadro dettagliato circa la loro sistematicità, i destinatari raggiunti, la metodologia usata e la valutazione di esito.

Peraltro le revisioni sistematiche degli studi scientifici, e i più recenti risultati di studi di valutazione, evidenziano che gli interventi efficaci nella prevenzione primaria dell'uso di alcol fra i giovani sono pochi. Fra questi sono da segnalare il programma scolastico *Unplugged* e l'intervento familiare *Strengthening Families Program*. Una iniziativa finanziata dalla Compagnia di San Paolo sta contribuendo a diffondere nella Regione Piemonte *Unplugged* nelle scuole medie (184 classi fino ad ora coinvolte), mentre i progetti "Scegliere la strada della sicurezza" e "Guadagnare Salute fra gli Adolescenti", finanziati dal CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie), hanno come obiettivo disseminare le buone pratiche di prevenzione in tutte le realtà. Si tratta di interventi che prestano particolare attenzione al coinvolgimento dei "moltiplicatori dell'azione preventiva", rappresentati da soggetti che per il loro impegno professionale si trovano a diretto contatto con i giovani al di fuori del contesto scolastico (insegnanti e istruttori di autoscuola, forze dell'Ordine, gestori di locali pubblici, etc.).

Va comunque tenuta in conto la fondamentale importanza delle componenti culturali e sociali collegate al consumo di alcol (cfr. OMS H 21 "Salute per tutti"), e si ritiene quindi che una efficace prevenzione debba considerare l'intera comunità nel suo complesso, valorizzando i diversi soggetti sociali (come i Club Alcolici territoriali, i gruppi di auto-mutuo aiuto, altri soggetti, ecc.).

3.7 Ulteriori interventi da parte di altri attori della prevenzione

A fianco dei programmi scolastici e famigliari, che sono come abbiamo visto prevalentemente condotti dal sistema sanitario, numerosi interventi vengono svolti da altri enti: fra questi ricordiamo le ordinanze comunali di restrizione di vendita di alcolici durante le ore notturne, e la campagna su alcol e guida recentemente organizzata a cura dell'Assessorato all'Agricoltura. Questi interventi, così come i controlli casuali sui guidatori, che sono considerati efficaci nel limitare la frequenza della guida sotto effetto di alcol, non sono usualmente organizzati all'interno di progetti e strategie condivise tra i diversi soggetti.

3.8 Quadro di sintesi degli aspetti e delle criticità di rilievo

I dati epidemiologici, le ricerche quantitative e qualitative, e le osservazioni emergenti dagli operatori del settore dei servizi, offrono un quadro abbastanza coerente, e ci permettono di evidenziare come elementi di maggior rilievo i seguenti aspetti:

1. Il consumo complessivo di alcolici a livello di popolazione generale è in diminuzione, e gli effetti sulla salute della popolazione generale, anche se ancora di ampio rilievo, sono diminuiti.
2. Nella popolazione giovanile invece i consumi a maggior rischio, in particolare fuori pasto, sono elevati e appaiono in aumento (fenomeno che viene descritto come *nordicizzazione* del consumo).
3. Vengono svolti molteplici interventi di prevenzione, ma la raccolta e descrizione dell'attività nel suo complesso, svolta dal Dors, sembra non coincidere con una rilevazione sistematica ed esaustiva di quanto si svolge sull'intero territorio regionale. Inoltre, la prevenzione dell'uso problematico di alcol (interventi scolastici e familiari, su alcol e guida, e su alcol e lavoro) non presenta sufficienti caratteristiche di coordinamento e pianificazione fra i diversi attori. Le attività, che pure costituiscono una serie di azioni di notevole importanza e rilievo, non soddisfano quindi probabilmente del tutto le esigenze della popolazione, e necessitano di ulteriore supporto per poter offrire una maggiore e più omogenea disponibilità sul territorio di interventi efficaci e appropriati.
4. Rispetto al trattamento e alla riabilitazione, è presente una rete di erogazione articolata costituita da soggetti istituzionali pubblici, sia territoriali che ospedalieri, e privati. Tale rete negli ultimi anni si è sviluppata rendendo possibile un incremento significativo dei pazienti trattati e la realizzazione di un'ampia gamma di interventi. Tuttavia permangono diverse criticità:
 - a. I servizi specialistici ambulatoriali non sono formalizzati in tutte le Asl e non sono sempre dotati di risorse sufficienti ed omogenee.
 - b. Le strutture di ricovero dedicate al trattamento e alla riabilitazione dell'alcoldipendenza non sono sufficientemente rappresentate in termini di numero di posti letto e di distribuzione territoriale nell'ambito regionale, sia per le condizioni di acuzie sia per quelle di post acuzie. Risulta carente o assente l'analisi dei flussi di soggetti con intossicazione alcolica presso i DEA, e dell'evoluzione che assumono i percorsi assistenziali successivamente all'intervento di emergenza.
 - c. Il numero dei soggetti presi in carico da parte dei servizi specialistici che si occupano di alcolologia è molto aumentato, ma tutt'ora una quota rilevante di alcolisti, anche se non stimabile con precisione, non viene seguita da tali strutture, poiché i presidi sanitari che per primi vedono questi pazienti (MMG, reparti ospedalieri, ecc.) spesso non procedono ad una segnalazione al servizio specialistico per mancanza di identificazione del problema o per mancanza di procedure di invio condivise.

- d. E' aumentata la complessità delle responsabilità medico-legali dei Servizi di Alcologia in termini di certificazioni diagnostiche, come accertamenti in ambito lavorativo, patenti di guida, tribunali, ecc.
 - e. La rete dei servizi che si fa carico dell'alcolista non è ancora sufficientemente strutturata in un sistema di relazioni formalizzate e adeguatamente governate in grado di farsi carico pienamente e in modo appropriato della domanda attuale e di quella potenziale. Di particolare importanza è la possibilità che i servizi socio-sanitari territoriali, l'assistenza primaria e quella specialistica possano essere in grado di elaborare e gestire progetti personalizzati di cura e di riabilitazione del paziente con problematiche alcol correlate, ivi compresi quelli relativi alla candidatura, esecuzione e follow up dei soggetti da sottoporre a trapianti.
 - f. Esiste una disomogeneità a livello territoriale nella erogazione delle diverse tipologie di trattamento, meritevole di approfondimenti rispetto alla necessità di assicurare efficacia, appropriatezza di interventi e continuità assistenziale.
 - g. Vanno esplorate ulteriormente le problematiche connesse ai comportamenti di co-assunzione di alcol, altre sostanze psicoattive e Gioco d'Azzardo patologico, per sviluppare strategie specifiche di accesso ai servizi e di trattamento specialistico.
 - h. Pur essendo presenti elementi di attenzione per le problematiche e per le diverse modalità di assunzione di alcol in popolazioni specifiche (immigrati, fasce adolescenziali e giovanili, *millenials*), mancano studi, approfondimenti e ricerche sul territorio regionale che possano efficacemente guidare interventi di prevenzione selettiva e indicata.
5. Esistono carenze nei sistemi di rilevazione dell'offerta di interventi di prevenzione, e in quelli dell'offerta di trattamento, sia presso i servizi di alcologia sia, soprattutto, nei servizi sanitari non alcolologici; lo stesso difetto si rileva nella stima dell'alcoldipendenza e degli effetti di alcol e guida e alcol e lavoro. In questo ambito mancano inoltre strumenti dedicati alla disseminazione di buone pratiche, nonché atti a diffondere informazioni sulle tematiche alcolologiche a diversi livelli, dai profili professionali alla cittadinanza (un portale dedicato, banche dati con esperienze e progetti alcolologici, informazioni qualificate *on line* per i cittadini, ecc.).
6. Vi sono attualmente scarso investimento di personale dedicato e carenza di formazione specifica sui temi alcolologici, elementi che possono facilitare integrazione, coordinamento e capacità di intervento tra i diversi attori della rete territoriale e ospedaliera per gestire efficacemente le attività e la continuità della presa in carico delle diverse problematiche, sia di urgenza sia di cronicità.

4. GLI OBIETTIVI DELLE LINEE DI INDIRIZZO INERENTI IL PROGRAMMA REGIONALE ALCOL E SALUTE 2019-2021 PER LE ATTIVITA' DEI DPD DELLE ASL.

Nell'individuazione degli obiettivi delle linee di indirizzo si è posta attenzione a bilanciare la definizione di aspetti concreti, il cui raggiungimento sia in qualche misura rilevabile, con l'individuazione di obiettivi di fondo, più ampi, sui quali i diversi soggetti, responsabili delle molteplici azioni necessarie, possono costruire strategie e modalità di lavoro. Si è tenuto conto del fatto che progetti inerenti significazioni culturali e comportamentali hanno spesso la necessità di porsi con azioni su diversi livelli, che solo sinergicamente possono consentire di raggiungere gli obiettivi desiderati nella ricomposizione degli effetti di ciascuna parte.

Va anche sottolineato che mentre nella futura costruzione della progettazione esecutiva dei vari interventi sarà necessario individuare il profilo e la misura dell'obiettivo che si vuole raggiungere, nel presente documento gli obiettivi per le relative azioni sono prevalentemente indicati secondo un profilo qualitativo, senza una definizione operativa e dimensionale relativa al grado e ai tempi per il raggiungimento: quindi non sono esplicitati i corrispondenti indicatori, che dovranno essere definiti nella strutturazione e realizzazione delle diverse azioni.

Il documento è collocato, per la sua attuazione, nel triennio 2019-2021, ma molti degli obiettivi generali non possono che essere pensati come persistenti anche in un tempo successivo, costituenti permanenti, o di lunga durata, della programmazione regionale e locale nel settore. Pertanto, per diversi di essi sarà necessario, in fase operativa, individuare e misurare la qualità e il grado di raggiungimento, tralasciando l'aspettativa di poter svolgere azioni esaustive e definitive.

Per gli obiettivi più definiti e delimitati, sarà invece utile strutturare modalità operative adeguate ed efficaci per il pieno raggiungimento. Le azioni e i diversi soggetti coinvolti necessitano, per poter operare concretamente ed efficacemente, di una consistente attività di coordinamento: tale funzione non potrà essere pensata come autogenerata tra i diversi attori, trattandosi di realtà istituzionali, come la sanità, la scuola, gli Enti locali, le forze dell'ordine, ecc., spesso distanti tra di loro e governate da normative e culture organizzative molto diverse. La soluzione organizzativa individuata per affrontare tale esigenza funzionale si riferisce anche ad una metodologia del lavoro sociale e del welfare.

In Appendice I vengono riportate delle tabelle che descrivono analiticamente gli obiettivi generali e specifici, le azioni correlate, i risultati attesi e i soggetti ed Enti coinvolti a vario titolo nella realizzazione delle attività.

Sulla base delle osservazioni e delle problematiche riportate vengono quindi individuati i seguenti obiettivi generali:

4.1 Area della Prevenzione

- 1.** Individuare e divulgare, anche attraverso appositi percorsi formativi, linee guida chiare sulle basi scientifiche, metodologiche e operative che devono orientare le attività di prevenzione da integrare con il Piano di Prevenzione regionale.

2. Sensibilizzare sui rischi derivanti dal consumo di alcol la popolazione generale, con particolare riguardo per quella giovanile, gli over 65 e le donne.
3. Contribuire a ridurre gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro attribuibili all'alcol.
4. Sostenere una maggiore integrazione e coordinamento fra i diversi attori della prevenzione al fine di perseguire una maggiore efficienza ed erogare omogeneamente sul territorio interventi di prevenzione efficaci e appropriati, prevedendo all'interno del Piano Regionale della Prevenzione specifici programmi/progetti e interventi in campo alcologico.
5. Favorire le iniziative di sensibilizzazione rivolte ai soggetti che per il loro impegno professionale sono a stretto contatto con i giovani (come insegnanti e istruttori delle autoscuole, gestori di discoteche, pub, luoghi del divertimento, ecc.), agli operatori sanitari a livello territoriale (infermieri, ostetriche, ginecologi e MMG) per la sensibilizzazione sui rischi dell'uso di alcol in gravidanza per la donna e per il nascituro nell'ambito del progetto Nascita (agenda di gravidanza), e a quelle categorie professionali (ad es. i farmacisti) che potrebbero veicolare in modo efficace messaggi di prevenzione alcologica.

4.2 Sistema di Trattamento e Riabilitazione

1. Promuovere l'individuazione di servizi alcologici con risorse professionali e strutturali dedicate a livello di ASL, e di moduli di ricovero in acuzie e a carattere riabilitativo.
2. Sostenere lo sviluppo di reti formali tra tutti i servizi, pubblici (territoriali, ospedalieri e servizi sociali), privati (Privato sociale accreditato, Cliniche private convenzionate, ecc.) e associazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo-aiuto (ACAT, AA, AIAnon e altre realtà di volontariato), per garantire la presa in carico integrata, la costruzione di percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati, articolati in interventi anche in contesti differenti e con fasi di maggiore o minore intensità, costruiti con una regia condivisa, centrata sul soggetto e sulla sua famiglia, la continuità assistenziale e la raccolta dei dati utili alla descrizione del fenomeno e alla valutazione degli interventi. Tale sviluppo deve riguardare anche le procedure di selezione, realizzazione e follow up dei trapianti d'organo. È importante inoltre correlare l'attività di trattamento e riabilitazione all'attività delle Unità Multidisciplinari di valutazione delle disabilità (UMVD).
3. Valorizzare l'inserimento socio-lavorativo con percorsi di orientamento individuali e gruppali, tirocini terapeutico-riabilitativi anche agganciati a fasi trattamentali di tipo residenziale, percorsi di inserimento lavorativo costruiti in collaborazione con i centri per l'impiego e altre agenzie di inserimento al lavoro.
4. Supportare gli interventi di domiciliarità, nelle loro varie articolazioni, con interventi per il mantenimento dell'autonomia abitativa e sociale, proposte di socialità guidata, accompagnamento ai luoghi di cura e supporto dell'aderenza ai trattamenti.

4.3 Ricerca, disseminazione, formazione e supporto metodologico alla realizzazione del programma

1. Attivare percorsi di formazione e aggiornamento, di livello base e specialistico, orientati sia all'acquisizione di conoscenze e competenze tecnico-professionali sia a sostenere lo sviluppo di soluzioni organizzative integrate.
2. Sviluppare ricerche-intervento rispetto alle tematiche di maggiore criticità inerenti il bisogno di salute, come la valutazione dei percorsi dalla fase di emergenza al successivo trattamento, indagini e ricerche-intervento per la rilevazione quali-quantitativa dei cambiamenti del consumo alcolico in sottopopolazioni specifiche (giovanissimi, immigrati, ecc.), e altro, per incrementare la conoscenza su aspetti specifici del fenomeno e sull'efficacia delle offerte di intervento.
3. Sostenere lo sviluppo di interventi e la messa a disposizione di strumenti di disseminazione di buone pratiche e informazioni qualificate (portale dedicato, iniziative editoriali, ecc.) nei confronti sia degli operatori socio-sanitari sia della popolazione generale, per incrementare la conoscenza e la partecipazione diffusa.

4.4 Metodologia e organizzazione interistituzionale per il raggiungimento degli obiettivi

La complessità degli interventi richiede la messa a punto di un approccio che valorizzi il contributo di ciascun soggetto chiamato a partecipare alle attività previste dal programma. Una metodologia caratterizzata dalla condivisione delle informazioni, degli obiettivi complessivi e specifici e dei risultati, che supporti la pro-attività delle varie realtà organizzative e istituzionali può essere alla base del lavoro di prevenzione rivolto alla popolazione generale e ad ambiti selettivi, oltre che all'offerta di intervento ampia e appropriata per i soggetti portatori di Problematiche Alcol Correlate (P.A.C.).

Per lo svolgimento delle funzioni di coordinamento e di supervisione sull'attuazione del PRogramma Alcol e Salute (PRAS), vista la complessità della rete coinvolta e le distanze strutturali, organizzative e gerarchiche dei vari soggetti ad essa appartenenti, si ritiene opportuno istituire un Gruppo di Lavoro ad hoc, eventualmente integrando e potenziando le competenze del gruppo preesistente con il mandato di interagire con i soggetti privati e istituzionali attualmente o potenzialmente interessati alla realizzazione delle politiche e delle azioni di prevenzione e promozione della salute relative al consumo di alcol e al trattamento dei P.A.C.

Appendice I – OBIETTIVI, AZIONI PROGRAMMATE E RISULTATI ATTESI

Di seguito si riportano le schede di dettaglio dei diversi obiettivi, delle azioni individuate, dei risultati attesi e dei principali attori potenzialmente coinvolti. Nella costruzione delle tre colonne non si è tenuto conto di un ordine di priorità tra i diversi spunti, e non è stata indicata una connessione lineare tra le singole *azioni* e i singoli *risultati attesi*. L'indicazione dei vari attori sociali e istituzionali coinvolti è da considerarsi di carattere generale. Nella successiva progettazione operativa delle diverse attività sarà necessario invece collegare le varie azioni a circoscritti obiettivi specifici, valutando l'individuazione degli attori utili al loro raggiungimento e definendo modalità e titoli di collaborazione.

AREA DELLA PREVENZIONE

Sostenere una maggiore integrazione e coordinamento fra i diversi attori della prevenzione			
OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali Coordinamento istituzionale ed interistituzionale degli interventi di contrasto del bere problematico</p> <p>Specifici Definizione delle priorità e degli indirizzi delle attività</p>	<p>Generali Costituzione del coordinamento regionale degli interventi di controllo e prevenzione dell'abuso di alcol e sostanze psicoattive.</p> <p>Creazione di una rete relazionale e di comunicazione tra i diversi attori coinvolti negli interventi al fine di dare continuità temporale alle iniziative</p> <p>Specifiche Formulazione e divulgazione di linee guida sulle basi metodologiche che orientino le attività di prevenzione</p>	<p>Generali Predisposizione di un piano di attività coinvolgente le agenzie socio-sanitarie e della comunità che a vario titolo si occupano di alcol</p> <p>Specifici Integrazione del Piano di Prevenzione Regionale</p>	<p>Istituzionali a livello regionale Regione Piemonte: - Assessorato alla Sanità Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria (Ufficio Patologia delle Dipendenze) - Direzione integrata della prevenzione - Dipartimenti Patologia delle Dipendenze (DPD) - Coordinamento Ufficio scolastico regionale / Assessorato alla tutela della salute - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - altri assessorati a vario titolo coinvolti - Privato sociale accreditato</p> <p>Altri attori - Organizzazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo aiuto Società scientifiche - Strutture per l'aggregazione giovanile - Ufficio scolastico regionale e uffici provinciali - Forze dell'Ordine - Enti locali - Prefetture - Associazioni di categoria dei gestori (es. locali, autoscuole etc.)</p>

Contrastare l'uso rischioso di bevande alcoliche nella popolazione generale e in sottopopolazioni specifiche (giovanile, over 65, donne, immigrati, popolazione con grave disagio sociale ed economico)

OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali Sviluppo nella popolazione generale e nelle sottopopolazioni specifiche, in particolare tra i giovani, di una maggiore conoscenza e consapevolezza dei possibili danni socio-sanitari provocati dall'alcol.</p> <p>Specifici Diminuzione dei livelli di vulnerabilità, rinforzo dei fattori protettivi e contenimento dei fattori di rischio nella popolazione scolastica.</p> <p>Aumento delle competenze sociali e relazionali.</p> <p>Prevenzione dei problemi alcolcorrelati in sottopopolazioni a rischio.</p>	<p>Generali Promozione di interventi di comunità, di momenti informativi e di riflessione sulla gestione della disciplina relativa alla disponibilità di bevande alcoliche nei luoghi aggregativi, di ritrovo e divertimento.</p> <p>Specifiche Implementazione degli interventi scolastici e familiari sulle <i>life skills</i>.</p> <p>Promozione dell'adozione di interventi su soggetti e loro familiari, con particolare attenzione alle situazioni di fragilità.</p> <p>Sviluppo ed implementazione di interventi di prevenzione per genere (adolescenti, donne adulte in gravidanza, con figli, in menopausa) per fasce di età (adolescenti, giovani, adulti, anziani), per aree sociali disagiate, per differenze etniche.</p> <p>Integrazione, in fase progettuale e operativa, con gli interventi da parte delle agenzie che già operano sul territorio nell'ambito della prevenzione giovanile.</p>	<p>Generali Promozione di interventi, progetti, iniziative sviluppate dagli enti locali finalizzati a comportamenti liberi da alcol.</p> <p>Coinvolgimento attivo dei responsabili delle attività ricreative e culturali, e delle associazioni di categoria (commercianti, grande distribuzione, ecc.) sulla prevenzione delle problematiche alcol-correlate.</p> <p>Specifici Potenziamento e disseminazione di interventi scolastici basati su prove di efficacia scientifica.</p> <p>Sperimentazione di modelli innovativi di prevenzione selettiva.</p> <p>Sviluppo di competenze protettive. Identificazione precoce dei problemi alcolcorrelati.</p>	<p>Istituzionali a livello regionale - Come da scheda precedente</p> <p>Istituzionali a livello Locale - DPD, Servizi Dipendenze e Servizi di Alcologia pubblici ed equiparati - Referenti scolastici alla salute e Scuole secondarie di I e II grado - Privato sociale accreditato - Enti locali</p> <p>Altre agenzie o attori in sede locale - Organizzazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo aiuto - Società scientifiche - Associazioni di categoria dei gestori dei locali del divertimento - Strutture per l'aggregazione giovanile - Associazioni sportive - Agenzie aggregative e culturali - Educativa di strada</p>

Contribuire a ridurre i danni socio-sanitari attribuibili all'alcol da incidentalità ed infortunistica su strada, sul lavoro ed in ambiente domestico			
OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali Costruzione di sinergie atte a migliorare la comunicazione tra soggetti diversi.</p> <p>Specifici per la guida Definizione di criteri valutativi standardizzati e condivisi per le attività nelle CMLP.</p> <p>Predisposizione di strategie e strumenti di intervento per l'identificazione precoce dei problemi e delle patologie alcol-correlate nei bevitori a rischio.</p> <p>Miglioramento della gestione complessiva dei soggetti a cui è stato contestato il reato di guida in stato di ebbrezza.</p>	<p>Generali Promozione di campagne informative rivolte in particolare all'utenza.</p> <p>Specifiche per la guida Definizione di linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari previsti dagli artt. 186 e 187 C.d.S., anche alla luce della L. 41/2016 (omicidio e lesioni personali stradali).</p> <p>Strutturazione di corsi info-educativi per la prevenzione e riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di alcol, e di attività di "Peer education".</p> <p>Definizione di percorsi calibrati anche su flussi informativi a vari livelli di operatività (strada, pronto soccorso, CMLP, ecc.).</p> <p>Condivisione di un protocollo comune con le commissioni di 2° livello del Ministero (competenti in materia di ricorsi).</p>	<p>Generali Predisposizione di un modello di intervento volto ad incrementare la consapevolezza dei rischi connessi all'uso di alcol che contribuisca alla riduzione di incidentalità ed infortunistica alcol correlate.</p> <p>Specifici per la guida Riduzione delle disomogeneità procedurali fra diverse CMLP Omogeneizzazione dei percorsi certificativi specialistici alcolologici.</p> <p>Maggiore responsabilizzazione dei conducenti. Avvio a percorsi specialistici quando si sospetti problematica di alcoldipendenza</p> <p>Strutturazione di sinergie interistituzionali per la gestione congiunta dei percorsi rieducativi/riparativi conseguenti a condanne per guida in stato di ebbrezza (Messe alla prova).</p>	<p>Istituzionali a livello regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regione Piemonte - Direzione integrata della prevenzione - FIMMG-SIMG - Referenti scolastici alla salute e referenti per il patentino - Organi di Polizia - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Autorità Giudiziaria - Prefetture - Laboratori di analisi regionali - Sistema di emergenza e urgenza - Servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL) - INAIL <p>Istituzionali a livello locale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aziende Sanitarie Locali - Dipartimenti Patologia delle Dipendenze - Servizi Dipendenze/Servizi di Alcologia - Medici di Medicina Generale - Protezione civile - UEPE - Medicina Legale (Commissione Medico Locale Patenti, altre Commissioni di 2° livello) - Agenzie territoriali pubbliche e private <p>Altri attori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operatori commerciali e gestori di locali - Autoscuole - Aziende <i>opinion leader</i>

<p>Specifici per il lavoro Promozione sul territorio regionale di interventi finalizzati a sensibilizzare i lavoratori, gli RSPP e i datori di lavoro rispetto ai rischi legati all'uso di bevande alcoliche nelle mansioni a rischio.</p>	<p>Specifiche per il lavoro Attivazione di interventi ed iniziative di collaborazione con il mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.</p> <p>Specifiche per gli incidenti domestici Promozione sul territorio di campagne e interventi info-preventivi finalizzati alla sensibilizzazione della popolazione a rischio.</p>	<p>Specifici per il lavoro Identificazione precoce, presa in carico e trattamento nei Servizi di Alcologia dei lavoratori alcolodipendenti inviati per procedure certificative di secondo livello.</p> <p>Specifici per gli incidenti domestici Acquisizione della consapevolezza dei rischi degli incidenti domestici e miglioramento dell'osservazione di comportamenti maggiormente protettivi.</p>	<p>- Organizzazioni sindacali</p>
--	---	--	-----------------------------------

SISTEMA DI TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE

Promuovere l'individuazione a livello di ASL di servizi alcologici con risorse professionali e strutturali dedicate e di moduli di ricovero sia in acuzie che a carattere riabilitativo; sostenere lo sviluppo di reti formali tra servizi, pubblici e privati

OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali Disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci, individuali, familiari e di gruppo, sia per alcolodipendenti che per tutti coloro che presentano problemi alcol correlati.</p> <p>Garantire la presa in carico integrata e la costruzione di percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati coordinati, efficaci ed efficienti.</p> <p>Specifici Promozione dell'intercettazione della parte "sommersa" del fenomeno dell'alcolismo e dei problemi alcol correlati nei casi complessi.</p> <p>Valorizzazione dell'inserimento socio-lavorativo.</p> <p>Supporto alla domiciliarità, all'ADI, alla continuità assistenziale, all'inserimento in strutture per anziani, non autosufficienti ed handicap.</p>	<p>Generali Individuazione in ogni Asl, all'interno dei Dipartimenti Patologia delle Dipendenze, di un'organizzazione specifica formalizzata (équipe funzionale o struttura semplice di alcologia, a seconda delle caratteristiche del territorio, della popolazione e della prevalenza dei fenomeni alcol-correlati) con compiti di diagnosi, presa in carico, erogazione di interventi terapeutici complessi sulla base di progetti personalizzati, monitoraggio e valutazione degli esiti dei progetti di trattamento di utenti alcolodipendenti o con problemi alcolcorrelati e loro famiglie.</p> <p>Individuazione di moduli di ricovero per acuzie, post acuzie e a carattere terapeutico-riabilitativo in ambito ospedaliero, di ospedali di comunità e di case di cura convenzionate, e adeguamento dei posti a fabbisogno rilevato.</p> <p>Attivazione di Protocolli e procedure di collaborazione intra e interservizi, con enti ed altre organizzazioni locali, compresi quelli necessari per la selezione, attuazione e follow up dei trapianti d'organo.</p>	<p>Generali Individuazione, nell'ambito di ogni organizzazione alcologica, di un'équipe di operatori e un responsabile dedicati.</p> <p>Strutturazione e ottimizzazione del sistema integrato ambulatoriale, di ricovero, post acuzie e di ricovero riabilitativo.</p> <p>Sviluppo di reti territoriali per la cura dei problemi alcolcorrelati che garantiscano l'articolazione di interventi sul soggetto e sulla sua famiglia anche in diversi contesti e con diverse intensità.</p>	<p>Istituzionali a livello regionale e locale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regione Piemonte (Assessorato alla Sanità Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria - Ufficio Patologia delle Dipendenze) - Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere - Dipartimenti Patologia delle Dipendenze - Servizi Dipendenze e/o Servizi di Alcologia pubblici ed equiparati - Dipartimenti Salute Mentale - Case di cura convenzionate - Privato sociale accreditato - Centro di Valutazione Regionale - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Medicina Legale - Laboratori di analisi regionali - Enti locali <p>Altri attori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizzazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo aiuto - Università - Organizzazioni sindacali - Altre agenzie territoriali

	<p>Specifiche Sperimentazione di modelli innovativi di trattamento per target specifici di utenza (es. policonsumatori, doppia diagnosi, situazioni di cronicità, stranieri, anziani, ecc.).</p> <p>Percorsi di orientamento individuali e gruppali, tirocini.</p> <p>Interventi multidisciplinari per il mantenimento dell'autonomia personale, abitativa e sociale, per la socialità guidata, per l'accompagnamento ai luoghi di cura e per il supporto all'aderenza ai trattamenti di soggetti svantaggiati.</p>	<p>Specifici Definizione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali e Interaziendali) per la gestione dei casi complessi.</p> <p>Valorizzazione dei percorsi anche in <i>setting</i> residenziale e costruiti in collaborazione con centri per l'impiego, aziende e agenzie per l'inserimento lavorativo.</p> <p>Protocolli e procedure finalizzate alla riabilitazione e reinserimento sociale in capo all'attività delle Unità Multidisciplinari di Valutazione delle disabilità (UMVD) ed Handicap (UVH).</p>	
--	---	---	--

Sostenere lo sviluppo di attività di presa in carico e di offerta di trattamento appropriata ed efficace da parte dei Servizi di Alcologia			
OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali Aumento della proporzione di trattamenti e interventi basati sulle evidenze scientifiche disponibili.</p> <p>Specifici Miglioramento dell'identificazione precoce e trattamento di sottopopolazioni con bere a rischio o alcoldipendenti.</p>	<p>Generali Proseguire l'analisi e la ricognizione dei processi organizzativi di presa in carico (stili, modalità, caratteristiche, <i>missioni</i> sottiacenti) e di trattamento finalizzate all'implementazione di un sistema di qualità.</p> <p>Specifiche Implementazione di specifici interventi di genere, in particolare su donne nei vari momenti della vita riproduttiva (adolescenti, donne adulte in gravidanza, con figli, in menopausa). Implementazione di interventi specifici per alcoldipendenti adolescenti, giovani, <i>late-onset</i>. Formulazione e diffusione di programmi ICC (Orientati alla Comunicazione Interculturale). Formulazione e diffusione di programmi specifici per popolazioni con grave disagio sociale ed economico. Formulazione e implementazione di trattamenti per soggetti multiproblematici</p>	<p>Generali Applicazione nei servizi alcolologici di trattamenti basati su evidenze e modalità clinico-organizzative basate sulle <i>best practices</i> in accordo con la letteratura scientifica internazionale. Valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti erogati e dei modelli organizzativi per fornire elementi utili alla programmazione regionale.</p> <p>Specifici Identificazione precoce di problemi alcol correlati con specificità di genere. Implementazione di percorsi e protocolli per la gestione e tutela dei minori figli di madri con problemi alcol correlati. Identificazione precoce e trattamento di problemi alcol correlati con specificità per fasce di età Identificazione precoce e trattamento di popolazioni immigrate di prima e seconda generazione. Identificazione precoce e trattamento di soggetti provenienti da aree gravemente disagiate o <i>homeless</i>. Percorsi multiservizio per soggetti con multiple fragilità.</p>	<p>Istituzionali regionali e locali - Regione Piemonte (Assessorato alla Sanità Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria - Ufficio Patologia delle Dipendenze) - Dipartimenti Patologia delle Dipendenze e Servizi Dipendenze/Servizi di Alcologia pubblici ed equiparati Privato sociale accreditato - Centro di Valutazione Regionale Osservatorio Epidemiologico Dipendenze - Servizi ospedalieri - Reparti ospedalieri e servizi di emergenza - Cliniche private convenzionate - Medici di medicina generale - Consorzi e Servizi sociali - Distretti - Servizi sociali - Enti Locali</p> <p>Altri attori Organizzazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo aiuto</p>

AREA RICERCA, DISSEMINAZIONE E FORMAZIONE

Strutturare un sistema di rilevazione dei fenomeni alcolcorrelati e delle attività di riduzione dei rischi

OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali Valutare l'impatto complessivo del sistema di interventi. Orientare la programmazione delle attività di contrasto.</p> <p>Specifici Migliorare la disponibilità di informazioni sulle modalità di consumo alcolico in generale e in sottopopolazioni specifiche (giovanissimi, immigrati, ecc.). Disponere di informazioni relative alla</p>	<p>Generali Analisi dei flussi informativi correnti disponibili: ISTAT, SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera) e HTH per mortalità (decessi per patologie alcol-correlate secondo codifica CDC), ricoveri per alcol-dipendenza e per patologie alcol-correlate, trattamenti territoriali e strutture riabilitative. Ricerca-intervento relativa alla valutazione dei percorsi dalla fase di emergenza alla fase del trattamento. Costruzione di un sistema di monitoraggio delle attività di prevenzione svolte a livello delle Asl, delle scuole e dei comuni. Costruzione di strumenti di disseminazione e comunicazione (portale dedicato, iniziative editoriali, ecc.) relative alle attività complessive legate al fenomeno e alla risposta dei servizi. Specifiche Rilevazione quali-quantitativa, attraverso indagini e ricerche-intervento <i>ad hoc</i>, dei cambiamenti di consumo alcolico ed in sottopopolazioni specifiche (giovanissimi, immigrati, ecc.). Sperimentazione e valutazione di</p>	<p>Generali Valutazione delle dimensioni e caratteristiche della popolazione in carico per problemi alcol-correlati, descrizione dei flussi di utenti tra i diversi soggetti della rete e gli interventi erogati. Rilevare i percorsi reali e i soggetti interessati e individuare le strategie di assistenza più adeguate Indagine sullo stato di salute, studio PASSI, flussi ministeriali. Incrementare la diffusione delle informazioni e la conoscenza dei soggetti interessati e la loro partecipazione. Specifici Monitorare l'andamento temporale e la distribuzione geografica degli indicatori relativi al fenomeno, alle sue conseguenze, agli interventi di contrasto e ai trattamenti. Tracciare i flussi su dati aggregati dei percorsi dei soggetti sottoposti agli accertamenti su strada, agli accertamenti sul lavoro, al Pronto Soccorso, alla CMLP finalizzati all'identificazione precoce, al counseling e al trattamento nei Servizi di Alcologia</p>	<p>Istituzionali regionali - Regione Piemonte (Assessorato alla Sanità Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria - Ufficio Patologia delle Dipendenze) - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Centro di Valutazione Regionale Dipartimenti Patologia delle Dipendenze, Servizi Dipendenze/Servizi di Alcologia - Privato sociale accreditato - DoRS</p> <p>Altri attori - Organizzazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo aiuto - Università, Enti di ricerca e organizzazioni operanti in ambito culturale orientate alla disseminazione di attività e contenuti di interesse collettivo e sociale</p>

<p>incidentalità alcol-attribuibile su strada, al lavoro e in ambiente domestico, utili alla programmazione sanitaria</p> <p>Approfondire la conoscenza del fenomeno del consumo e dell'abuso di alcol nei luoghi di lavoro con specifica attenzione alle mansioni a rischio e monitoraggio delle attività previste dall'art. 41 D.lgs 81/2008.</p>	<p>modelli innovativi di trattamento per target specifici di utenza (es. policonsumatori, doppia diagnosi, stranieri, anziani, ecc.)</p> <p>Costruzione di una rete di comunicazione (es. banca dati aggiornata) circa la sinistrosità del traffico in riferimento all'alcol.</p> <p>Gestione flussi informativi sulla guida in stato di ebbrezza e sugli accertamenti su lavoratori.</p> <p>Sviluppo di ricerche per l'adozione di metodiche di indagine più specifiche e attendibili in ambito clinico e laboratoristico.</p>	<p>o multiservizi</p>	
---	---	-----------------------	--

Strutturare un sistema permanente di formazione e aggiornamento			
OBIETTIVI	AZIONI	RISULTATI ATTESI	SOGGETTI COINVOLTI
<p>Generali <u>Riferiti agli operatori specialistici:</u> Aumento della professionalità e delle competenze degli operatori dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale.</p> <p><u>Riferiti ad altri stakeholders:</u> Incremento delle conoscenze generali sull'alcolismo e i problemi correlati in tutti gli operatori a vario titolo coinvolti in temi alcolologici.</p> <p><u>Riferiti all'utenza:</u> Sviluppo di una maggiore conoscenza e consapevolezza dei rischi connessi all'uso di alcol rispetto a se stessi e a terzi.</p> <p>Specifici Sviluppo di aree tematiche con specifiche esigenze formative per tema e per target.</p>	<p>Generali <u>Riferite agli operatori specialistici:</u> Formazione specialistica permanente per tutti gli operatori dei Servizi pubblici, del privato e del privato sociale che si occupano di Alcolologia.</p> <p><u>Riferite ad altri stakeholders:</u> Formazione continua di tutti gli operatori non specialistici, della rete formale (MMG e altri operatori dei servizi sanitari e sociali e degli enti locali) e informale (gruppi AMA, Organizzazioni di Volontariato, altre agenzie del territorio).</p> <p><u>Riferite all'utenza:</u> Incremento delle attività di formazione e aggiornamento relative a efficaci attività di prevenzione.</p> <p>Specifiche Attività formative per istruttori di scuola guida, operatori Forze di Polizia, Protezione Civile, Sistema di emergenza e urgenza, addetti alla sicurezza stradale, medici legali, CMLP.</p> <p>Formazione per insegnanti e nelle scuole. Formazione integrata per Datori di Lavoro e RSPP coinvolti nella sicurezza sui luoghi di lavoro nelle mansioni a rischio.</p>	<p>Generali <u>Riferiti agli operatori specialistici:</u> Incremento delle competenze professionali specialistiche. Aumento dell'appropriatezza della presa in carico e dei trattamenti.</p> <p><u>Riferiti ad altri stakeholders:</u> Aumento della capacità di identificazione precoce, di trattamento di base e di invio specialistico. Definizione di procedure e protocolli articolati e condivisi basati sull'evidenza di supporto o di presa in carico.</p> <p><u>Riferiti all'utenza:</u> Promozione di interventi di informazione e formazione sui rischi per l'integrità psicofisica individuale e collettiva in riferimento all'uso di alcol su strada, sul lavoro, in ambiente domestico.</p> <p>Specifici Formazione degli operatori nell'ambito della sicurezza stradale, della psicologia del traffico, degli interventi educativi, del mondo del lavoro.</p>	<p>Istituzionali regionali - Regione Piemonte (Assessorato alla Sanità Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria - Ufficio Patologia delle Dipendenze) - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Dipartimenti Patologia delle Dipendenze, Servizi Dipendenze/Servizi di Alcolologia - Privato sociale accreditato - DoRS</p> <p>Altri attori - Sistema di Emergenza Urgenza - Commissione Medico Locale Patenti - Medicina Legale - Referenti scolastici alla salute e referenti per il patentino - Forze dell'Ordine (Prefetture e Organi di Polizia stradale) - Operatori commerciali e gestori di locali - Autorità Giudiziaria - Organizzazioni di volontariato e gruppi di auto-mutuo aiuto</p>