



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

UNDICESIMA LEGISLATURA

MOZIONE N. 461

POLITICHE SULLE DIPENDENZE, LA REGIONE RILANCI L'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PRESA IN CARICO

presentata il 25 luglio 2023 dai Consiglieri Baldin, Camani, Bigon, Luisetto, Montanariello, Zanoni, Zottis, Guarda, Lorenzoni e Ostanel

Il Consiglio regionale del Veneto

PREMESSO CHE:

- ARCAT (Associazione Club Alcolologici Territoriali) Veneto ha rilasciato un documento intitolato *'Politiche sulle dipendenze'* che si riporta:

POLITICHE SULLE DIPENDENZE- Giugno 2023

SITUAZIONE NAZIONALE

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato-SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dal recente accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "SISMA GD"

(SIStema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne).

L'ONA è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale. Il presente rapporto si riferisce al 2021, e quindi al periodo che ha fatto seguito al lockdown e alla pandemia da COVID-19.¹

¹ Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol).

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3)

Analizzare nel 2023 l'impatto dell'alcol a livello di popolazione italiana è un esercizio la cui complessità ha raggiunto livelli estremamente rilevanti tanto per la dimensione del fenomeno nei target più vulnerabili della società, quanto per un esacerbato scontro culturale che vede contrapposti interessi economici e doverose politiche di tutela della salute.

L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) partecipa formalmente ai processi europei e internazionali e aggiorna con regolarità la comunità scientifica e sanitaria nel merito dello stato di avanzamento dei provvedimenti che sono resi via, via disponibili, anche attraverso una comunicazione istituzionale di contrasto alle fake news, al fine di poter garantire un allineamento e un coordinamento delle politiche di prevenzione e di salute pubblica sull'alcol come principale fattore di rischio per la salute. La trasversalità delle implicazioni che il rischio e il danno alcol-correlato esercitano sull'individuo e sulla società, la riduzione del consumo di alcol, di quello dannoso e il relativo carico di malattie, disabilità e mortalità sono alcune delle maggiori sfide sanitarie, economiche e sociali già affrontate e da affrontare meglio in Italia, in Europa e nel mondo.

L'alcol è un riconosciuto fattore causale di oltre 200 malattie, molecola tossica e sicuramente cancerogena per l'uomo; il consumo, anche moderato, di qualunque bevanda alcolica è causalmente collegato ad un incrementato rischio di sette tipi di cancro con particolare vulnerabilità per il sesso femminile.

I danni causati dall'alcol esacerbano le disuguaglianze sanitarie esistenti; a parità di consumo di alcol l'impatto più dannoso sulla salute viene registrato tra gli individui più indigenti e le loro famiglie, rispetto ai bevitori più ricchi, e ciò anche in funzione di una sostanziale differenza che non è esclusivamente culturale, ma anche legata alla capacità economica di poter far fronte alla cura della persona tramite il ricorso alla sanità privata attraverso una sempre più crescente incidenza dell' out-of-pocket individuale e familiare.

Oltre sette milioni di consumatori a rischio in Italia richiedono oggi intercettazione precoce e intervento motivazionale rivolto al rientro dei consumi a maggior rischio.

Le persone con disturbi da consumo di alcol, non necessariamente alcolodipendenti, ma con livelli di consumo dannosi per l'organismo (oltre i 60 g di alcol al giorno per il sesso maschile, oltre 40 g per il sesso femminile), hanno sperimentato in fase pandemica e continuano a sperimentare lo stigma di una condizione di marginalità/esclusione dal sistema di diagnosi e cura legata alla sostanziale incapacità d'intercettazione da parte delle strutture e degli operatori e professionisti dell'SSN che hanno in carico solo il 7% circa di tutti coloro (circa settecentocinquantamila consumatori dannosi ogni anno). Questi ultimi, avrebbero il diritto e la necessità di accesso a un trattamento idoneo a garantire un recupero ad una vita lavorativa, sociale, familiare non pregiudicata dalle conseguenze delle abitudini di consumo alcolico. Tuttavia la nostra società è fortemente influenzata da una vastissima disinformazione diffusa attraverso i media e i social da i settori della produzione di alcolici, attraverso la promozione, l'aumento della disponibilità e la riduzione dei prezzi delle bevande alcoliche.

Al fine di accelerare l'implementazione di politiche e azioni sull'alcol, in coerenza con l'impegno espresso da ogni Stato Membro nel corso dell'adozione della strategia mondiale sull'alcol, la WHO ha aggiornato la solida base di

evidenze scientifiche a sostegno di selezionate misure vantaggiose da adottare per ridurre il consumo di alcol e i danni; un'ampia gamma di strumenti potenti, già previsti nella precedente strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (2010) e nel Piano d'azione europeo contro il consumo dannoso di alcol 2012–2020, risultati purtroppo sottoutilizzati nel corso del trascorso decennio. Anni di consultazioni e di ricerca hanno permesso il rinnovamento e l'integrazione di elementi utili per l'aggiornamento e la ridefinizione di nuove aree prioritarie, azioni, interventi che, nati nel 2022, anno dello svolgimento della II Conferenza Nazionale Alcol, organizzata a Roma dal Ministero della Salute, richiedono integrazioni in rinnovate programmazioni sanitarie e di salute esigendo l'aggiornamento del Piano Nazionale di Prevenzione e dei piani regionali da ispirare agli obiettivi tracciati e non ancora ricompresi negli obiettivi di salute correnti.

La situazione europea verificata nel 2022 ha determinato l'esigenza urgente di ricorrere a consultazioni pubbliche con gli Stati Membri aderenti alla WHO, includendo anche le organizzazioni della società civile. In queste consultazioni, gli Stati Membri hanno riferito che gli ostacoli all'attuazione delle politiche più efficaci e ad alto impatto in termini di costi, includevano un'opposizione significativa e sostenuta da parte degli operatori economici nella produzione e nel

commercio di alcolici. È nata così l'esigenza di poter disporre di nuove strategie europee che hanno riposto nello European Framework for action on alcohol, il quadro d'azione europea sull'alcol 2022-2025, l'ambizione strategica a lungo termine è la realizzazione di una Regione europea più sicura (SAFER), libera dai danni causati dall'alcol. Questa visione è allineata e contribuirà all'attuazione del piano d'azione globale (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, che l'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2022 ha adottato con un consenso raggiunto negli obiettivi strategici a partire da principi condivisi che mirano a:

- realizzare strategie di genere e impegnarsi a ridurre le disuguaglianze sanitarie;
- definire le priorità degli interessi di salute pubblica, basate sull'evidenza, senza interferenze da parte degli operatori economici della produzione e del commercio di alcolici;
- proteggere i minori nell'ambito del diritto alla salute dei minori come definito nella Convenzione sui diritti dell'infanzia delle Nazioni Unite.

La sfida immediata per l'Italia è di aggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione ora mancante di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come sicuramente efficaci; inoltre si dovrà progettare un nuovo Piano Alcol e Salute da approvare di concerto con la Conferenza Stato-Regioni, finalizzato a promuovere in maniera coordinata in Italia e in tutte le Regioni le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi alcol-correlati, contestualizzando le indicazioni contenute nel Libro Bianco sull'Alcol.

ALCUNI DATI

I dati ISTAT riferiti all'anno 2020 (Relazione ministro Speranza al Parlamento anno 2021) confermano la tendenza degli ultimi anni dell'aumento dei consumi di

bevande alcoliche fuori dai pasti. Si è registrato negli ultimi dieci anni un progressivo incremento della quota di donne consumatrici che, per il consumo occasionale, passano dal 38,8% al 45,3%, e quasi duplicano per il consumo fuori dai pasti, passando dal 14,2% al 22,4%.

Le rilevazioni del 2021 sostengono che In Italia il 77,2% degli italiani e il 56,1% delle italiane sopra gli 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2021, e questi dati non hanno subito variazioni rispetto al 2020.

Di questi , 8,6 milioni di consumatori sono a rischio (22,9% maschi, 9,4% femmine) con un incremento annuale del 6,6% e 5,3%, rispettivamente per i due sessi; sono colpiti i target di popolazione più vulnerabili con minori (760.000) e anziani (2.600.000) come fasce di maggiore criticità. La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancor più problematico il consumo rischioso di tutte le bevande alcoliche tra quanti erano già a rischio.

Anche per quanto riguarda i diversi tipi di bevande alcoliche consumate non si sono state variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni: le bevande alcoliche più consumate si confermano il vino (M=65,7%; F=43,7%) e la birra (M=64,0%, F=37,5%).

Troviamo invece variazioni significative in tutte le abitudini di consumo dei soli maschi: sono infatti diminuiti del 10,5% i consumatori eccedentari, del 3,4% i consumatori fuori pasto, del 16,9% i binge drinker e del 12,8% i consumatori a rischi secondo il criterio ISS. Non ci sono state invece variazioni significative nei comportamenti delle femmine, anche se per ogni modalità di consumo rischiosa le prevalenze delle donne rimangono molto inferiori di quelle dei maschi, almeno della metà.

Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani rimane una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Preoccupa molto l'aumento delle minorenni consumatrici: tra 16 e 17 anni la frequenza delle consumatrici a rischio (40,5%) raggiunge quella dei coetanei maschi (43,8%); tra 11 e 15 anni, 10 minori su 100 sono a rischio.

Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il binge drinking (termine usato per descrivere il forte consumo di alcolici per ottenere lo sballo, che si manifesta soprattutto nei fine settimana) rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2019 il fenomeno del binge drinking riguardava il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 20,6% erano maschi e l'11% erano femmine. Nel 2020 il fenomeno del binge drinking ha riguardato il 18,4% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,1% maschi e il 14,3% femmine. Le statistiche ci dicono che dei 4.100.000 consumatori che si sono ubriacati nel 2020, 930.000 tra gli 11 e i 25 anni di età, con 120.000 minori intossicati di cui solo 3.300 hanno fatto ricorso ad un Pronto Soccorso, rappresentando comunque il 10 % circa dei 29.362 accessi per intossicazione alcolica.

Infine, Dei circa 830.000 consumatori dannosi (consumatori con salute già compromessa da danni causati dall'alcol, con Disturbi da Uso di Alcol (DUA) e in necessità di trattamento), solo 64.527 sono stati presi in carico come alcolodipendenti nei servizi per le dipendenze ai quali non si è tuttavia rivolto il 93% circa di quanti attesi per una qualsiasi forma d'intervento terapeutico. In calo per mancata intercettazione e inaccessibilità delle strutture di ricovero e

cura anche le dimissioni ospedaliere per cause dovute all'alcol che sono state 43.445 con perdita di continuità assistenziale e capacità di screening precoce della rilevazione di epatopatie causate dall'alcol e dello spettro dei DUA.

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni, seguita dagli anziani ultra 65enni. Pertanto, circa 800.000 minorenni e 2.600.000 ultrasessantacinquenni, sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate.

REGIONE VENETO

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle provincie autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'ONA-ISS per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001. L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Statistico Nazionale (PSN) per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione. Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione, il Ministero della Salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Alcol di sviluppare un sistema utilizzando un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol correlato SISMA (sito www.epicentro.iss.it/alcol). Il sistema SISMA online, che è stato recentemente ristrutturato e che verrà quindi reso disponibile a tutti gli utenti nei prossimi mesi, è quindi lo strumento di riferimento del Ministero per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macroarea.

In particolare, nella Regione Veneto, la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 78,5% tra gli uomini, 59,7% tra le donne; per queste ultime, la prevalenza è superiore alla media nazionale!

Per i soli uomini nel 2021 si mantengono superiori alla media italiana anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (16,1%) e dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (24,2%). Sono in calo del 30,2% rispetto al 2020 i binge drinker di sesso maschile (vedi Tabella 1 e 2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda e genere nella Regione Veneto (2021) Consumatori di bevande alcoliche (%) Divisi fra Maschi e Femmine della Regione Veneto

Consumatori di bevande alcoliche (%) Divisi fra Maschi e Femmine della Regione Veneto									
Vino		Birra		Aperitivi		Amari		Super Alcolici	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
68,9	49,8	66,6	41,2	52,0	33,0	38,4	17,0	39,9	17,5

I valori evidenziati in giallo sono superiori alla media nazionale

Tabella n.2 Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche e genere in Veneto (2021)

Consumatori di bevande alcoliche (%)									
Tutte le bevande alcoliche		Abituali eccedentari		Fuori pasto		Binge Drinker		A rischio (criterio Iss)	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
78,5	59,7	16,1	5,9	48,5	26,6	10,3	3,3	24,2	8,4

I valori evidenziati in giallo sono superiori alla media nazionale

Proposte

Conferenza nazionale delle dipendenze-oltre le fragilità (Ministro politiche giovanili, Fabiana Dadone) TAVOLI DI LAVORO, sintesi:

- **Rilancio dell'attività di prevenzione e presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale** anche tramite la reintroduzione di fondi dedicati. Le attività devono essere efficaci e basarsi su studi scientifici che provano la capacità di realizzare risultati nel breve e lungo termine; è importante che siano sostenibili, trasferibili e manualizzati per garantire la loro replicabilità e devono essere dotati di formazione, per garantire che tutti quelli che portano avanti interventi di prevenzione lo facciano nel miglior modo possibile;
- **Ruolo della scuola e del sistema educativo nella prevenzione e identificazione dei soggetti a rischio:** quasi il 100% della popolazione va a scuola e quindi può essere contattata attraverso gli istituti. Il Tavolo ha ritenuto che sia fondamentale garantire un'informazione scientifica sulle sostanze e sui loro effetti, che però deve essere curricolare all'interno della scuola stessa. Gli istituti dovrebbero identificare interventi efficaci ed integrativi, cercando di contribuire all'equità geografica. In questo momento la situazione è disastrosa, le scuole, nell'ambito dell'autonomia scolastica, possono scegliere gli interventi che vogliono, per cui ci sono scuole che non hanno alcun intervento, altre scuole che dedicano tutta l'attenzione alla dieta, altre scuole che dedicano tutta l'attenzione alle dipendenze, e quindi abbiamo istituti che ricevono interventi efficaci e scuole che non li ricevono e questo contribuisce alla disuguaglianza;
- **Potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC),** istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di prevenire e identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti. Per quanto riguarda l'identificazione precoce, i CIC – Centri di Informazione e Consulenza - sono stati identificati dal Tavolo Tecnico come una struttura fondamentale nell'ambito della scuola, sia con funzioni di identificazione precoce del problema, sia con funzione più ampia, di relazione con il territorio, con le famiglie ecc. Attenzione, ad oggi non abbiamo strumenti che siano realmente in grado di identificare soggetti a rischio, senza correre il rischio di fare sovra-diagnosi.

- **Ruolo di informazione e Mass Media** nella prevenzione in particolare su nuove sostanze psicoattive, abuso di alcol, gioco azzardo: le campagne informative hanno un elevato potenziale informativo e normativo; normativo nel senso di fare pressione sociale al fine di ridurre l'utilizzo di droghe. Purtroppo sovente sono inutili. È fondamentale che le campagne informative utilizzino un approccio scientifico nella progettazione e anche nella valutazione. Attenzione poi al mondo della notte, mondo fondamentale come setting di prevenzione e riduzione del danno;
- **Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D. e delle Comunità terapeutiche:** i Servizi sono ovviamente una chiave di volta nel contrasto alle dipendenze. Particolarmente cruciale il loro ruolo nella presa in carico precoce e nel trattamento precoce. Attenzione a questa fase. Un auspicio del Tavolo è che i Servizi dovrebbero trasformare la loro immagine per diventare riferimento anche per chi vuole ragionare sui propri consumi, le famiglie, i giovani ecc.;
- **Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari** (modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze). La presenza di un organo di governo in ciascuna Regione, di un Ufficio Dipendenze che coordini un Tavolo permanente di consultazione e, a livello aziendale/distrettuale, la definizione di livelli di governo territoriale che diano concreta applicazione alla programmazione integrata. La definizione vincolata di risorse necessarie al sistema di prevenzione cura e riabilitazione per le dipendenze è essenziale. Quell'1,5% del Fondo Sanitario che è stato più volte dichiarato e che non viene raggiunto neanche per la metà nella maggior parte delle Regioni italiane, dovrebbe essere un parametro di riferimento;
- **Aggiornamento e definizione degli standard di personale.** Ancora una volta non possiamo parlare del funzionamento di servizi che rischiano di chiudere per assenza di personale oppure che limitano fortemente la possibilità di accesso degli utenti a un numero ristretto di ore nella giornata per l'assenza di personale. Questa definizione deve andare di pari passo agli obiettivi e ai LEA da garantire. Occorre definire da queste Linee guide percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali che regolino l'integrazione tra i servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, Pronto Soccorso, malattie infettive, salute mentale. Più in generale occorre passare da un approccio di cure ad un modello care, in cui il Budget di salute sia lo strumento a sostegno del progetto personalizzato. Ma per far questo è indispensabile una programmazione nazionale, un sistema articolato di Livelli Essenziali, sia di assistenza che di prestazioni sociali, adeguatamente finanziato, e di atti di programmazione regionale che definiscano il sistema di governance, le responsabilità sia di governo, che di realizzazione e monitoraggio;
- **Integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare** (normativa attuale carente). Il tavolo è stato unanime nel considerare come un retaggio del passato la distinzione netta tra terapia e recupero. Come se fossero due momenti successivi per cui uno prima guarisce e poi viene reinserito. Questo è un dogma a cui ormai superato. È necessario inserire il principio base del continuum terapeutico. Chi vive una condizione di difficoltà sociale deve essere aiutato in qualunque momento, tenendo conto delle mille implicazioni sociali che le persone possono

vivere. In passato, la fase di recovery è stata definita come il mantenimento di una condizione drug e alcohol free raggiunta dopo un trattamento medico e di riabilitazione, come il raggiungimento di un ottimale stato di benessere psico-fisico. In questa ottica, il reinserimento sociale ha rappresentato un aspetto secondario e successivo del processo di recupero e del mantenimento dell'astinenza. Nel tempo il concetto di recovery si è sempre più avvicinato al concetto di riabilitazione definendosi come un processo di cambiamento dove gli individui lavorano per migliorare la propria salute e il benessere, impegnandosi per raggiungere la massima potenzialità, ossia il miglior equilibrio possibile, stante le condizioni date;

- *Utilizzo del Cohousing nel reinserimento sociale e attivazione di servizi territoriali conseguenti: progetti a supporto del reinserimento sociale dei cittadini più vulnerabili. Il progetto di cohousing garantisce ospitalità a persone con patologie psichiatriche o dipendenze in residenze protette garantendo le cure e la partecipazione attiva alla vita di quartiere attraverso progetti mirati di volontariato.*

Criticità e Interventi necessari e urgenti

- **Protezione e promozione della salute:** progetti del Servizio pubblico (CIC, Progetto Off limits, operatori di strada) Principali criticità: la gestione dei progetti e dei servizi viene spesso esternalizzata, tramite bandi pubblici e contratti di appalto. Questo fa sì che spesso, alla scadenza dei suddetti contratti, non ci sia continuità nel servizio dato. Allo stesso tempo, il personale delle ditte appaltate risulta poco pagato e non sempre adeguatamente preparato. Questo conduce alla difficoltà a mantenere le stesse figure di riferimento per i soggetti più deboli, con la conseguente interruzione dei rapporti con gli utenti.
- Particolare attenzione dovrebbe essere posta al fenomeno dell'abbandono scolastico, che spesso comporta un maggior rischio di assumere comportamenti pericolosi. Gli interventi di promozione della salute e di prevenzione dovrebbero essere rivolti non solo ai giovani, studenti o non, ma agli adulti educatori, in primis ai genitori. Come già sottolineato nelle proposte di cui sopra, la Scuola come Istituzione fondamentale per l'educazione e lo sviluppo dei giovani deve diventare strumento di conoscenza scientifica e prevenzione della salute. La "normalità" nella quale sono diventate più presenti situazioni di sofferenza e disagio, specialmente dopo la pandemia, richiede interventi sui sistemi (familiare, scolastico, comunitario) incisivi e organizzati, spendibili nel territorio in maniera uniforme. In molti casi la psicoterapia del singolo individuo, pur essendo un canale importante, non è sufficiente e adeguato alla risoluzione di problematiche legate alle dipendenze. L'offerta di occasioni di confronto, di scambio, di relazioni significative in maniera naturale fra ragazzi e anche tra gli adulti ha dimostrato essere la strada giusta per mantenere nel lungo periodo uno stile di vita sana. Questo tipo di esigenza è emerso anche negli incontri organizzati dai SerD, nei quali sono intervenuti docenti, dirigenti scolastici, operatori del sociale. Che si tratti di un bisogno anche delle famiglie emerge facilmente dai rapporti con i genitori stessi e/o con gli insegnanti.

- Comportamenti a rischio: uso di alcol, sostanze psicoattive, gioco d'azzardo, social (politiche di regolamentazione, promozione/dissuasione)** Alla luce dei dati sopra riportati, si sottolinea nuovamente l'aspetto culturale in cui nascono e si radicano i comportamenti a rischio. La cultura prevalente promuove il "bere responsabile", definizione scientificamente priva di significato. La pubblicità associa spesso il consumo di alcolici alle situazioni di successo. D'altronde per la nostra economia la produzione del vino in particolare garantisce entrate molto importanti. Se in merito alle altre sostanze (droghe, psicofarmaci, sostanza dopanti) un certo allarme sociale esiste sempre, l'abitudine al gioco d'azzardo è passata quasi priva di attenzione, almeno finché non si sono messe in evidenza situazioni di vera disperazione che coinvolgono le intere famiglie e hanno una ricaduta nei Servizi sociali. La nostra proposta è di diffondere una vera e propria consapevolezza dei rischi che comporta il consumo degli alcolici (spesso propedeutico al passaggio ad altre sostanze), delle droghe e del gioco d'azzardo. Alcuni anni fa la Regione Veneto ha adottato un documento dal titolo "Alcol, non solo cura ma cultura", il cui contenuto è stato attuato solo in parte, ma che potrebbe essere ripreso almeno nelle parti in cui impegna le amministrazioni pubbliche a non sostenere iniziative nelle quali si incentivi il consumo di alcolici. Per quanto riguarda il gioco d'azzardo una prima risposta, che dovrebbe essere meglio coordinata, ha visto protagonisti alcuni Comuni che hanno adottato un Regolamento specifico comunque positivo. Le politiche sul gioco d'azzardo hanno un finanziamento specifico, (DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 13 del 10 gennaio 2023 Presa d'atto dell'approvazione del "Piano Operativo Regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico: programmazione annualità 2021"); nella realtà questo comportamento spesso è associato al consumo di alcol e/o altre sostanze, oppure lo segue o anche lo precede. Le situazioni che vediamo nei nostri gruppi evidenziano bene questo. Ci chiediamo quindi se non sarebbe più opportuno affrontare in modo integrato le cosiddette dipendenze sia sul piano della prevenzione sia su quello del recupero. Ci permettiamo anche di ipotizzare che un approccio integrato potrebbe risultare meno costoso a livello economico ma anche di utilizzo del personale.
- Recupero, riabilitazione: ruolo dei servizi pubblici (SerD, Medici di base, Comuni, Ospedale, Centri diurni, Comunità di recupero), del Privato sociale e del Volontariato, lavoro di rete** Il problema maggiore che si riscontra nei servizi pubblici è quello del Budget di salute, ovvero la limitazione delle risorse economico professionali e umane necessarie per attuare un progetto individuale di buon funzionamento sociale della persona, prodotto con la partecipazione della persona stessa, della sua famiglia e per quanto possibile della comunità. La nostra Regione ha negli anni limitato notevolmente i fondi e gli investimenti nelle politiche sociali riguardanti la salute mentale e l'area delle dipendenze, nonostante le statistiche dimostrino che il fenomeno è in aumento, in particolare fra i più giovani. Logica conseguenza di queste scelte e anche criticità maggiore in questo ambito è sicuramente la **carezza di personale**, che porta necessariamente a ridurre il tempo da dedicare all'utente e al coinvolgimento della famiglia, pur nella consapevolezza che l'approccio

famigliare rimane il più adeguato. Questo fa sì che anche i tempi di attesa per il primo appuntamento si allunghino anche fino a due mesi. Si comprende facilmente come una tale gestione comprometta la motivazione dell'interessato e lasci spesso le famiglie (già in condizioni critiche e spesso disperate, prive un sostegno immediato necessario. Anche i tempi tra un appuntamento e l'altro risultano troppo lunghi, rendendo quasi nullo il servizio che si cerca di fornire. Questo impedisce la creazione di un rapporto di fiducia fra il paziente, la sua famiglia e i servizi che dovrebbero averne cura. Tutto questo preclude una tensione emotiva tesa al cambiamento, compromettendo il lavoro di tutte le persone coinvolte. La mancanza di personale porta a far sì che si tamponino solo le emergenze, ma non si creano le condizioni per programmi tendenti alla sobrietà e al cambiamento dello stile di vita, svilendo il lavoro dei professionisti, degli interessati e dei loro familiari. Fondamentale e necessario risulta essere l'aumento e l'assunzione di personale all'interno nei SerD, sia in aria medica, che psicologica che socio-assistenziale. Tale carenza penalizza anche la possibilità di potenziare il lavoro di rete con le associazioni di volontariato che si spendono sia nell'ambito della tutela della salute mentale che quelle che svolgono attivamente un lavoro nell'ambito delle dipendenze. Le ACAT sono presenti in tutto il territorio nazionale, e la Regione Veneto è quella con il più alto numero di Club (gruppi familiare di auto-mutuo aiuto) in tutta Italia. La loro diffusione e la loro continuità settimanale possono coadiuvare efficacemente percorsi di recupero e di affrancamento da sostanze, alcol e gioco d'azzardo, com'è da tempo ormai è stato dimostrato, tanto da essere considerati una grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale espressamente prevista dalla legge 125/2001. Tuttavia, in molte realtà locali, il rapporto fra SerD e Acat è quasi totalmente assente. In questo modo si riducono i risultati e probabilmente aumentano i costi economici. Per esempio: un rapporto davvero coordinato e mantenuto nel tempo tra SerD, MMG, Servizio Sociale del Comune, Famiglia, Centro per l'Impiego, Volontariato e Terzo settore quanto potrebbe ridurre il ricorso al Pronto Soccorso, all'Ospedale, alla Comunità terapeutica? Risposte queste particolarmente annose e costose. Eppure i SerD e i Centri di Salute Mentale sono servizi fondamentali per la prevenzione e la cura di determinate problematiche. Tuttavia bisognerebbe comprendere se le Istituzioni riconoscono il valore effettivo di questi Servizi come luoghi strategici su cui è fondamentale investire.

- Infine, si desidera fare una puntualizzazione sulle **Comunità terapeutiche** destinarie di circa 26 milioni di euro all'anno da parte delle Regione Veneto. I dati del SerD dicono che oltre il 70% delle persone che sono state inserite nelle comunità, dopo qualche tempo ritornano al SerD. Quindi il servizio offerto in queste strutture, se con coadiuvato successivamente da un lavoro di presa in carico e cura della persona anche nel periodo successivo al termine del percorso comunitario, spesso risulta inefficiente nel lungo periodo. Ci permettiamo di ritenere che un lavoro sul Territorio che utilizzi davvero in modo completo le risorse presenti possa dare risultati positivi fino ad ora non sperimentati. Certo questo richiede un **cambiamento**, una messa in discussione di situazioni storiche, troppo consolidate e date per scontate.

Brevi cenni al Gioco d'azzardo in Italia e nella Regione Veneto

L'Agenzia delle Accise, Dogane e dei Monopoli (ADM) ha stimato che **nel 2022 gli italiani per le varie tipologie di gioco arriveranno a spendere fino a 140 miliardi di euro, con un aumento del 30%**. Nei primi sei mesi di quest'anno la raccolta complessiva del settore dei giochi si è attestata infatti ad **oltre 65,7 miliardi di euro** (erano stati 48 miliardi nel 2021 e 55 miliardi nel 2019). La **spesa**, ovvero le giocate meno le vincite, è stata di 9,9 miliardi, contro i 9,7 miliardi del semestre precedente. In crescita anche quanto arriva **nelle casse dello Stato**: quasi 5,5 miliardi nei primi sei mesi del 2022 contro i 5,4 miliardi del secondo semestre del 2021. D'altra parte, l'incessante crescita del settore giochi era già stata ratificata dal Libro Blu 2021 di ADM che aveva evidenziato come la raccolta dal gioco, dopo la flessione nel 2020, sia di nuovo risalita. Ammontava infatti a 110,4 miliardi di euro nel 2019, era scesa a 88,2 miliardi di euro nel 2020 per poi **risalire nel 2021 a 111,17 miliardi di euro**, in aumento di oltre il 25% e superiore anche al periodo pre-pandemia. **Un aumento dovuto soprattutto all'online**, passato da 36,3 miliardi di euro del 2019 a 49,2 miliardi del 2020 a **67,1 miliardi del 2021**. Il gioco fisico scendeva invece dai 74 miliardi del 2019 ai 39 miliardi del 2020 per poi risalire a **44 miliardi nel 2021**.

Nella Regione Veneto i dati del gioco d'azzardo sono in crescita: **+15,9% rispetto al 2020**. I 901 milioni di raccolta della regione Veneto per il 2021 denotano una ripresa del settore, bruscamente colpito dagli eventi conseguenti alla pandemia, che hanno portato non solo alla chiusura temporanea degli esercizi di gioco per quasi metà 2020 e 2021, ma anche alla cessazione definitiva di moltissime piccole imprese che erano il cuore del comparto. I dati, dopo la parentesi del 2020, tendono quindi ad aumentare, e con essi incrementa la necessità di un controllo capillare sugli utenti per scongiurare l'aumento forme di gioco d'azzardo e di dipendenza.

La crescita del 2021, come riporta l'Agenzia Accise Dogane e Monopoli, è principalmente dovuta alla costante escalation della divisione online, che ha registrato un incremento del 36,53% di nuovi account utente sulle piattaforme del gioco on-line rispetto al 2020. La nostra regione ha contribuito per il 4,89%, con 238.000 nuovi conti, sul totale nazionale di 4,88 milioni.

È però in crescita anche il gioco fisico, seppure in misura inferiore, del 12,68%, dato principalmente costituito dalle giocate alle lotterie (48,36%), dal Lotto (30,20%) e dai giochi numerici a totalizzatore (30,05%).

Con l'aumento esponenziale del gioco d'azzardo **aumenta drammaticamente** nel nostro Paese, con il suo enorme carico di disperazioni, di crisi familiari e personali, di perdita del lavoro, di debiti, di attività illegali e di usura. **Il gioco d'azzardo patologico**, come riconosce l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è un disturbo psicologico, rientrante nella categoria diagnostica di disturbo del controllo degli impulsi, appartenente alle così dette dipendenze comportamentali; i sintomi sono specifici e si manifestano con impulsi incontrollabili a giocare d'azzardo o a fare scommesse in denaro. Sul sito del Ministero della Salute si legge che tale patologia è «l'incapacità di resistere all'impulso di giocare d'azzardo o di fare scommesse, nonostante l'individuo che ne è affetto sia consapevole che questo possa portare a gravi conseguenze». Da qualche tempo il Gioco d'azzardo problematico è entrato nei LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di una patologia che interessa tutte le fasce anagrafiche, dal pensionato ai giovani e giovanissimi, con una media

nazionale di spesa pro capite di oltre 1.400 euro. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità in Italia vi sono 1,5 milioni di giocatori "problematici", 1,4 milioni di giocatori considerati "a rischio moderato" e due milioni di giocatori "a basso rischio.

*L'Osservatorio Giochi d'azzardo 2021 di Nomisma ha certificato che nel 2020 il 42% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni ha fatto **giochi d'azzardo/di fortuna**, sviluppando nel 9% dei casi pratiche di gioco problematiche, con ripercussioni negative sulla sfera socio-emotiva e relazionale. Il settore del gioco d'azzardo sconta una diffusa frammentazione delle misure di limitazione del fenomeno adottate negli anni da Regioni e Comuni nell'ottica della prevenzione e del contrasto della diffusione dei disturbi da gioco d'azzardo. Interventi necessari per tutelare soprattutto quelle fasce di popolazione che, per condizione socioeconomica o per età, si rivelano più fragili di fronte al gioco d'azzardo. L'obiettivo deve essere quello di garantire una maggiore omogeneità a queste misure, pur garantendo in ogni caso a Comuni e Regioni la possibilità di intervenire con misure più restrittive, cogliendo gli spazi di interventi che da almeno un decennio la giurisprudenza amministrativa riconosce agli enti territoriali, i primi a fronteggiare anche le conseguenze del gioco sulla salute.*

- in sintesi, dal documento riportato, emerge che:
 1. il consumo di alcol è classificato in Europa come terzo fattore di rischio malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa;
 2. l'alcol è riconosciuto quale fattore causale di 200 malattie, molecola tossica e cancerogena per l'uomo tanto che il consumo di qualunque bevanda alcolica è causalmente collegato ad un incrementato rischio di sette tipi di cancro con particolare vulnerabilità per il sesso femminile;
 3. a parità di consumo l'impatto più dannoso viene registrato tra gli individui più indigenti;
 4. in Veneto la percentuale di persone che ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2021 è pari al 78,5% tra gli uomini e al 59,7% tra le donne. Il consumo di vino per le donne è sopra la media nazionale così come il consumo di birra per gli uomini;
- risulta quindi di fondamentale importanza porre in essere le seguenti azioni:
 - a. rilanciare l'attività di prevenzione e presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale anche tramite un aumento dei fondi;
 - b. riconoscere o sostenere il ruolo formativo della scuola di ogni ordine e grado nella prevenzione e identificazione dei soggetti a rischio;
 - c. potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza;
 - d. fare ricorso alle potenzialità informative dei mass-media con riguardo alla prevenzione e l'informazione sui rischi correlati all'uso e all'abuso di alcol, sostanze psicoattive, ludopatia;
 - e. innovare il sistema dei Ser.D e delle Comunità terapeutiche;
 - f. prevedere una presa in carico globale della persona attraverso percorsi multidisciplinari;
 - g. aggiornamento degli standard di personale;
 - h. integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare

impegna la Giunta regionale

a porre in essere le azioni suggerite dal documento rilasciato da ARCAT al fine di migliorare la prevenzione e la presa in carico delle dipendenze.
