

occasioni di rapporto con i servizi, assicurando periodici contatti a lungo termine, anche tramite teleassistenza, in grado di contenere nel lungo periodo i fenomeni di ricaduta. Oltre alla Regione Lazio, che svolge il ruolo di capofila, hanno aderito al progetto le Regioni Piemonte, Toscana, Abruzzo, Umbria, Molise, Campania, Puglia e Sicilia.

Il progetto ha previsto una specifica fase di formazione per mettere in grado gli operatori di gestire rapporti, anche limitati e a distanza, ma continui ed attenti, con i singoli pazienti e di interagire con le loro energie di autoregolazione e di cambiamento, cogliendo tutte le possibilità presenti nell'ambito di un percorso dove la ricaduta è gestita quale momento critico ma non risolutivo del rapporto terapeutico.

Sono state realizzate le attività previste per il primo e secondo stato di avanzamento.

I responsabili scientifici del progetto hanno provveduto a definire il modello teorico del progetto, avendo come riferimento clinico l'approccio cognitivo-comportamentale, che si è rivelato di grande utilità ed efficacia nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle dipendenze, sia quelle classiche da sostanze stupefacenti sia le nuove dipendenze.

E' stato organizzato a Roma uno specifico modulo formativo per gli operatori dei Centri che partecipano alla sperimentazione, al fine di uniformare gli interventi di tutti al razionale del progetto stesso ed alle teorie, modelli e tecniche di intervento che derivano dalla psicologia cognitivo-comportamentale, nonché di preparare gli operatori alla gestione delle varie fasi dell'intervento. E' stato realizzato il manuale di studio che prevede alcuni moduli relativi all'addestramento in tutte le fasi dell'intervento.

Alcune azioni sono perseguite mediante un addestramento degli operatori a distanza e a tali fini è stata predisposta l'immissione on line delle lezioni e delle schede di verifica dell'apprendimento. E' stato realizzato un apposito manuale suddiviso in moduli, con le relative schede di valutazione, finalizzato alla gestione telematica della formazione.

Momento centrale delle attività progettuali è stata la creazione di uno specifico Portale di progetto, con distinte sezioni finalizzate, rispettivamente, alla formazione e documentazione degli operatori ed al monitoraggio, automonitoraggio e assistenza dei pazienti. In particolare la sezione "Monitoraggio" del Portale è stata progettata in maniera tale da consentire a ogni singolo paziente di compilare specifiche schede di autovalutazione sul proprio percorso terapeutico e all'operatore di verificare lo stato di avanzamento del programma.

Il programma consiste prevalentemente in una costante attività di monitoraggio delle abitudini dei pazienti, tramite la continua raccolta di dati sulle schede predisposte ad hoc, che i pazienti devono compilare giornalmente o con altre cadenze stabilite dagli operatori. Il paziente ha la possibilità di compilare le schede direttamente via web.

I dati delle schede compilate confluiscono nella cartella clinica elettronica del paziente, di cui il Portale consente la creazione e la gestione via web da parte degli operatori.

La cartella clinica elettronica consente all'operatore una gestione completamente autonoma, la consultazione in qualsiasi momento per le esigenze del programma e la verifica dell'adesione al programma da parte del paziente.

La cartella contiene, in relazione ad ogni singolo paziente, dati anagrafici, dati relativi ad esami di tipo medico e psicometrico, dati relativi ad analisi cliniche, dati raccolti attraverso le schede di automonitoraggio.

Sulla base dei dati contenuti nel database costituito dalle cartelle cliniche, il sistema aggiorna costantemente alcuni indicatori dello stato di avanzamento del programma. Sono stati definiti gli strumenti psicometrici da usare nel progetto, individuando quelli più idonei a coniugare elevata facilità di somministrazione con elevato grado di validità nella valutazione dei criteri di riferimento. Sulla base degli obiettivi del progetto e dei dati della letteratura scientifica sono state selezionate aree di indagine e tests relativi alla anamnesi alcolologica, alla gravità della dipendenza, alla intensità/frequenza del bere, alla motivazione al cambiamento, agli stili di personalità e sindromi cliniche, alle abilità di *coping*, alla qualità di vita, agli stili e disturbi di personalità e clinici.

La sezione del Portale dedicata alla assistenza consente a pazienti e operatori di entrare in contatto diretto tra loro con strumenti alternativi al telefono ed alle visite dirette, quali forum e *web mail*, per richieste di assistenza e supporto da un lato e verifica dall'altro. Qualora se ne manifesti l'esigenza, l'operatore può fissare una comunicazione visiva tramite videoconferenza.

La conclusione del progetto e la valutazione dei relativi risultati sono previste per il prossimo marzo 2012.

Nel luglio 2011 si è definitivamente concluso, con la presentazione al Ministero della Salute della relazione finale sulle attività svolte, il progetto "*Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come risorsa* ", coordinato dalla Regione Emilia Romagna e finanziato per € 480.930.

Al progetto hanno partecipato le Regioni Basilicata, Campania, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia.

Il progetto è stato elaborato e proposto dal Ministero della Salute partendo dall'assunto che la scuola è luogo centrale e critico per l'apprendimento conoscitivo e relazionale dei giovani, anche per quanto attiene gli aspetti della salute psicofisica; e che è pertanto necessario costruire e sperimentare, anche in relazione al consumo di alcol, modelli di intervento scolastico in grado di influire positivamente sulla acquisizione di corrette abitudini e modelli comportamentali da parte dei giovani.

Elemento cardine della metodologia seguita è stata la volontà di coinvolgimento attivo degli studenti, che costituiscono non solo il target fondamentale del progetto ma sono anche gli autori della strategia preventiva che il progetto ha costruito. Gli studenti sono stati considerati non come passivi destinatari degli interventi bensì come risorsa, sul piano creativo, etico e culturale, ma anche tecnico e didattico, per l'ideazione e la costruzione di strumenti e contenuti. Inoltre essi sono stati coinvolti in un confronto con gli adulti e gli esperti anche nelle fasi di valutazione e analisi del materiale da questi raccolto e valutato.

La fase iniziale ha visto la costituzione di un Comitato tecnico-scientifico che ha elaborato una proposta progettuale preliminare secondo un modello di approccio "dialogico-concertativo", fondato sull'idea che per l'efficacia dell'azione preventiva appare indispensabile la stimolazione dell'*empowerment* dei destinatari del progetto, che autonomamente mettono in gioco le proprie risorse.

In tale modello tutti gli attori coinvolti nel progetto (soggetti ideatori e attuatori, finanziatori e destinatari) sono interessati da un processo di interazione, con lo scopo di condividere un impianto logico comune che lascia a tutti la possibilità di autodeterminazione e maturazione delle personali motivazioni al cambiamento.

Gli obiettivi del progetto sono stati suddivisi in due macroaree, che riguardano rispettivamente

- 1) la ricognizione degli strumenti e interventi di prevenzione finora prodotti per la fruizione da parte dei giovani e la rilevazione di atteggiamenti, comportamenti e situazioni che li inducono all'abuso di alcol;
- 2) la costruzione e sperimentazione di un modello di intervento in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nelle attività scolastiche di prevenzione.

In relazione agli obiettivi della macroarea n. 1 si è provveduto a realizzare un archivio bibliografico di fonte nazionale ed internazionale esaminando la letteratura degli ultimi quindici anni ed a censire gli interventi di prevenzione realizzati nelle Regioni, per un totale di 238 progetti in 16 Regioni e P.A..

In relazione agli obiettivi della macroarea n. 2 è stata realizzata un'indagine, tramite somministrazione di apposito questionario a un campione significativo di studenti e insegnanti, per approfondire le motivazioni e gli atteggiamenti che sottendono l'uso rischioso di alcol da parte dei giovani. Dalle risposte è emerso fra l'altro che i ragazzi sono in generale ben consci delle diverse conseguenze negative derivanti da un eccessivo consumo di alcol, mentre risultano meno competenti sull'interazione tra i diversi tipi di alcolici, i rischi collegati a differenti modalità di assunzione e le cautele da adottare per ridurre i danni legati all'abuso. La maggior parte dei ragazzi intervistati (507 studenti di Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Campania e Puglia) ha manifestato anche una maggiore disponibilità a partecipare a interventi finalizzati a far conoscere i comportamenti responsabili di consumo alcolico piuttosto che a campagne connotate in senso proibizionista.

Sulla base delle conoscenze acquisite è stato strutturato uno schema di ricerca-azione da implementare nelle Regioni partecipanti al progetto, individuando come modello operativo più idoneo il "*Behavioral-life-skills-focused*" (interventi che si focalizzano sul coinvolgimento dei giovani nel potenziamento dei comportamenti e delle abilità sociali considerati protettivi rispetto all'uso di sostanze).

Per ottenere sul campo informazioni utili all'obiettivo progettuale sono stati programmati incontri diretti con i ragazzi ed i loro educatori nei luoghi dove i ragazzi stessi mettono in campo i loro comportamenti di consumo.

Nell'arco di quattro mesi tutte le Regioni partecipanti hanno ospitato una "Carovana itinerante" che ha portato nelle realtà locali un evento *format* composto da:

- a) una *pièce* teatrale-stimolo, costituita dalla messa in scena di un testo composto insieme a studenti di scuole di secondo grado sui comportamenti rischiosi connessi all'uso di alcol e interpretato da un gruppo teatrale di giovani di età compresa fra 18 e 25 anni;
- b) un laboratorio di scrittura creativa per l'elaborazione emotiva, cognitiva, relazionale e simbolica immediata della *pièce* teatrale stimolo;

c) alcuni *focus group* per la rielaborazione cognitiva dei vissuti dei giovani e degli insegnanti rispetto all'alcol;

d) un laboratorio teatrale in cui gli studenti coinvolti nella ricerca-azione si sono incontrati per approfondire i conflitti cognitivi, emotivi e relazionali provocati dall'abuso di alcol;

e) attività di *playback theatre* e laboratorio espressivo, in cui gli studenti coinvolti utilizzano le metodologie dello psicodramma per facilitare il recupero e la valutazione dell'impatto emotivo e cognitivo delle esperienze e per la raccolta e la presentazione di indicazioni e suggerimenti sulla prosecuzione delle successive fasi progettuali.

La ricerca-azione è stata documentata da alcuni *Report* e da un filmato consegnato ai partecipanti durante un seminario di due giorni cui hanno preso parte molti degli studenti protagonisti della ricerca-azione nelle diverse Regioni partners.

Le esperienze di progettazione "partecipata" e la grande quantità di materiale raccolto hanno permesso la produzione di un'ipotesi di intervento caratterizzato da modalità innovative, coerente con le finalità del progetto originale.

Tra le sei Regioni partecipanti al progetto ne sono state individuate tre (Puglia, Molise ed Emilia-Romagna) per la sperimentazione del modello di intervento elaborato.

Il modello di intervento proposto si articola su due percorsi:

1) programma "*Scuole libere dall'alcol*", finalizzato a favorire cambiamenti positivi e stabili nel contesto di vita dei giovani;

2) programma "*Alla tua salute*", finalizzato a promuovere occasioni didattiche e preventive per la promozione di salute e benessere tra gli studenti.

Tra gli elementi del programma "*Scuole libere dall'alcol*" figurano fra l'altro l'adozione di un Regolamento d'Istituto sul tema alcol, la creazione di un gruppo di lavoro per l'applicazione del programma "*Alla tua salute*" da parte del Collegio dei Docenti degli Istituti coinvolti, il coinvolgimento attivo degli studenti in ogni fase della attuazione del Programma "*Alla tua salute*".

Il programma "*Alla tua salute*" intende favorire l'acquisizione da parte degli studenti di competenze trasversali utili a fronteggiare in modo critico e consapevole le pressioni dell'ambiente in relazione all'uso e abuso di alcol; nonché realizzare moduli e percorsi didattici curriculari e pluridisciplinari che affrontino temi quali la relazione fra alcol, salute e stili di vita individuali e di gruppo nei contesti sociali e in ambito familiare.

La sperimentazione si è articolata in due fasi, di cui la prima destinata alla formazione di insegnanti e operatori sugli strumenti e metodologie da adottare e la seconda di vera e propria sperimentazione del modello nei vari contesti regionali. Sono stati coinvolti 4 istituti superiori in Puglia, 5 in Emilia Romagna e due in Molise, dove hanno partecipato anche due scuole di grado inferiore.

La valutazione conclusiva del progetto conferma che esso ha consentito, tramite un coinvolgimento attivo degli studenti nelle attività di prevenzione, la costruzione di un modello di intervento innovativo ed efficace.

Tutta la documentazione prodotta è confluita negli archivi del Centro regionale "Luoghi di Prevenzione" di Reggio Emilia.

## **2.5. La partecipazione alle politiche internazionali**

Nel corso del 2011 il Ministero della Salute ha partecipato a numerose attività internazionali finalizzate alla definizione di strategie utili alla prevenzione e promozione della salute della popolazione e alla tutela delle fasce più deboli in relazione al rischio di danni alcolcorrelati.

Per quanto riguarda le politiche e le attività istituzionali dell'Unione Europea il Ministero ha assicurato, tramite il proprio rappresentante designato, la partecipazione e la collaborazione tecnico-scientifica nell'ambito dei seguenti gruppi di lavoro formali della Commissione Europea, entrambi finalizzati a sostenere l'implementazione della Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati:

- Committee on National Alcohol Policy and Action - CNAPA (Lussemburgo)
- European Alcohol and Health Forum (Bruxelles).

Fra le attività relative alla CNAPA particolarmente rilevante è stata la partecipazione, nel Marzo 2011, al "*Mini-seminar on Data collection, indicators and definitions: MS replies to questions around information gathering at national and EU levels*", in cui sono stati presentati l'organizzazione del sistema di monitoraggio relativo ai problemi alcolcorrelati ed i progressi nel settore del sistema di indicatori utilizzati per la definizione della popolazione a rischio e per la valutazione del fenomeno dell'alcoldipendenza. A seguito di tali attività la CNAPA e la Commissione Europea-Health and Consumers Directorate General hanno acquisito e pubblicato sul Portale ufficiale dell'UE ([http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev\\_20110301\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20110301_rd01_en.pdf)) lo specifico report aggiornato prodotto dall'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol sul monitoraggio epidemiologico dell'alcol in Italia, realizzato nell'ambito di un programma progettuale finanziato da alcuni anni dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. E' stato altresì acquisito dalla Commissione Europea, nell'ambito del progetto europeo ECHIM ([www.echim.org](http://www.echim.org)), il contributo per la definizione dello standard di monitoraggio relativo alla mortalità alcolattribuibile sviluppato dallo stesso ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol.

E' stato assicurato l'aggiornamento periodico della Commissione Europea sull'implementazione nel nostro Paese delle buone pratiche raccomandate dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati. In particolare, nel corso delle riunioni tenutesi in Lussemburgo, sono state illustrate le azioni intraprese secondo un approccio multisettoriale ed i Piani di Azione nazionali quali il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Nazionale di Prevenzione, riferendone sviluppi e risultati.

Le strategie nazionali quali il Piano Nazionale Alcol e Salute e il programma governativo Guadagnare Salute sono state oggetto di presentazione e dibattito nell'ambito di vari progetti internazionali:

- progetto ODHIN (Optimizing Delivery of Health Care Interventions, FP7 Project), Barcellona, 21-23 febbraio 2011
- progetto ALICE RAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe, Reframing Addictions, FP7 Project), Barcellona, 23-27 maggio 2011
- progetto EWA (European Workplaces and Alcohol project, FP7 Project), Barcellona, 10-11 marzo 2011; Manchester, 19-21 ottobre 2011.

E' stata assicurata inoltre la partecipazione attiva dell'Italia alla Conferenza Europea promossa dalla Presidenza polacca dell'UE, tenutasi a Poznan nell'Ottobre 2011, con la presentazione delle esperienze italiane nel settore della prevenzione nel corso del meeting "MEDUSA, Alcohol Policy in Poland and around Europe: Medical and Economic Disadvantages of Using Alcohol".

Per quanto riguarda le politiche di ambito OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), il Ministero della Salute ha partecipato, tramite il Centro collaborativo OMS per la Promozione della salute e la Ricerca sull'alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, alle riunioni formali per la valutazione di implementazione della Risoluzione OMS sulla Global Strategy on Alcohol, approvata nel maggio 2010 dall'Assemblea Mondiale della Sanità a Ginevra.

Le attività di valutazione sono state assicurate anche nel corso del meeting annuale delle National Counterparts OMS per le politiche sull'alcol nella Regione europea e del meeting degli esperti del progetto OMS "AMPHORA", tenutisi a Zurigo dal 3 al 5 maggio 2011.

In tale sede particolare attenzione è stata dedicata, fra l'altro, alla necessità di implementare le azioni rivolte all'identificazione precoce dei casi a rischio e all'intervento breve nei *settings* della medicina di base, obiettivi successivamente ribaditi nell'ambito della Conferenza Internazionale INEBRIA (International Network Brief Intervention on Alcohol Conference), tenutasi a Boston dal 21 al 23 settembre 2011.

Nel *meeting* di Zurigo l'Italia ha partecipato inoltre, tramite la *National Counterpart* designata, alla discussione sul *draft* finale del nuovo European Alcohol Action Plan dell'OMS per gli anni 2012-2020, successivamente approvato in via definitiva nella 61° sessione del Comitato regionale europeo dell'OMS a Baku il 15 settembre 2011. Nell'ambito del gruppo di lavoro "Leadership, awareness and commitment and policy response in Europe" la *National Counterpart* italiana ha ricordato le molte azioni di *leadership* del Ministero della Salute, l'impegno espresso nella collaborazione con le Regioni e l'esigenza di una più puntuale regolamentazione in relazione ai problemi posti dall'uso di alcol alla guida e nei luoghi di lavoro.

L'Italia ha partecipato, tramite una specifica delegazione, ai lavori del 61° Comitato regionale per l'Europa dell'OMS che ha adottato la Risoluzione EUR/RC61/R4 del 15 settembre 2011, con cui viene approvato il Piano di azione europeo per l'alcol dell'OMS per gli anni 2012-2020.

La Risoluzione OMS adotta il nuovo Piano di azione europeo per l'alcol quale guida di riferimento per le politiche di lotta al consumo dannoso di alcol negli Stati Membri, sottolineando che le diverse opzioni politiche indicate nel Piano devono essere considerate dagli Stati membri alla luce delle proprie specifiche condizioni, realtà e impegni nazionali ed internazionali. Gli Stati membri sono incoraggiati a formulare su tale base proprie politiche e piani di azione, rafforzando la collaborazione internazionale.

La Risoluzione raccomanda in particolare la promozione di strategie ed approcci basati sull'evidenza scientifica, la costruzione di una fattiva collaborazione con tutti gli *stakeholders*, compresi le comunità, la società civile e il settore privato, la riduzione

dell'esposizione alla pubblicità delle bevande alcoliche soprattutto dei bambini e dei giovani, l'adozione di misure di riduzione del consumo dannoso in linea con i trattati e gli accordi internazionali.

La delegazione italiana è intervenuta riaffermando l'impegno del nostro Paese nella lotta contro il consumo dannoso di alcol ed ha indicato la necessità di valorizzare maggiormente per la prevenzione il ruolo dell'educazione e dell'informazione, anche in relazione ai possibili modelli di consumo moderato e compatibile.

Tramite le competenze e la collaborazione dell'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol, che fino al marzo 2011 ha svolto funzioni di National Counterpart governativo per le politiche alcoliche, nonché il supporto al Centro collaborativo OMS per la Promozione della Salute e la Ricerca sull'Alcol attivato presso l'ISS, sono proseguite alcune attività concordate per il quadriennio 2010-2013 con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa:

- consulenza e assistenza di un esperto presso l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa;
- programma Alcol e Droga - settore relativo a consumo di alcol, piani di azione e strategie di prevenzione in Europa;
- partecipazione alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e assistenza all'European Alcohol Information System;
- interventi per il rafforzamento della prevenzione dei problemi e patologie alcolcorrelate attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute;
- interventi per il rafforzamento delle attività nazionali ai fini dell'identificazione precoce dell'uso dannoso di alcol, della sensibilizzazione e della riduzione del danno alcolcorrelato nella popolazione generale;
- collaborazione con l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
- supporto all'implementazione e valutazione del Programma Quadro del Piano di azione dell'Ufficio Regionale OMS.

In continuità con quanto intrapreso negli anni precedenti sono state altresì effettuate, tramite l'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol ed il Centro collaborativo OMS presso l'ISS, attività relative allo sviluppo di iniziative e protocolli di studio finalizzati a :

- attività epidemiologiche, di prevenzione e di monitoraggio per indicatori a livello nazionale, regionale, europeo ed internazionale (Alcohol Control Database, Global Alcohol Survey and status Report e European Community Health Indicators for Monitoring);
- campagne di informazione/sensibilizzazione (Ministero della Salute, WHO, Commissione UE, DG SANCO);
- identificazione di strategie di diagnosi precoce e di intervento breve per la riduzione del rischio e del danno alcolcorrelato in collaborazione e nell'ambito della rete internazionale INEBRIA, di cui l'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol è membro;
- formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcolcorrelate ai fini della integrazione nelle attività professionali quotidiane di procedure di identificazione

precoce ed intervento breve validate nell'ambito di progetti internazionali (PRISMA, PHEPA, IPIB, AMPHORA, ODHIN);

-produzione dei dati per i *Country Reports* nazionali anche nell'ambito del Global Survey on Alcohol del WHO di Ginevra, per i quali il Centro collaborativo OMS dell'ISS ha operato nella fase di sperimentazione e di validazione internazionale;

-acquisizione dei risultati dei progetti di ricerca europei coordinati dall'ISS-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol :

-E.C. *7th Framework Programme "AMPHORA - Alcohol Measures for Public Health Research Alliance"*;

-E.C. *Second Programme of Community Action in the field of Health "VINTAGE-Good health into older age"*, progetto multidisciplinare su alcol e invecchiamento nel quale l'ISS riveste il ruolo di *main partner* ;

-ALICE RAP, *Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe, Reframing Addictions* FP7 Project;

-ODHIN, *Optimizing Delivery of Health Care Interventions* FP7 Project ;

- EWA, *European Workplaces and Alcohol* project, FP7 Project.

Il Ministero della Salute ha partecipato infine, tramite la *National Counterpart* designata, all'Indagine europea su Alcol e Salute promossa congiuntamente dall'OMS e dalla Commissione europea e finalizzata a raccogliere, tramite un apposito questionario, dati sul consumo di alcol, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche di sanità pubblica nei Paesi dell'Europa. Tale indagine è una componente essenziale del processo attualmente in atto per aggiornare la base di conoscenze a sostegno dello sviluppo di efficaci politiche di sanità pubblica, nel quadro degli orientamenti contemplati sia nella strategia globale OMS per la riduzione dell'uso dannoso di alcol che nella Strategia comunitaria per la riduzione del danno alcolcorrelato adottata dall'Unione Europea.

### 3. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE<sup>1</sup>

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute nell'abuso di alcolici.

Alcuni principi attivi (e le corrispondenti specialità medicinali) hanno un'indicazione terapeutica autorizzata e un impiego esclusivo nel trattamento della dipendenza alcolica: disulfiram, sodio ossidato e metadoxina. A questi farmaci bisogna aggiungere l'acamprosato, farmaco *anticraving* fino a poco tempo fa non rimborsabile dal SSN (fascia C) e che dal maggio 2011 è stato inserito in fascia A ed è pertanto acquistabile a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il naltrexone, pur avendo un'indicazione autorizzata nel trattamento della dipendenza alcolica, è anche autorizzato per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale.

Infine diverse classi farmacologiche (antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine, antiepilettici, etc.) sono utilizzate nel trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle patologie alcolcorrelate.

Ai fini della valutazione dell'impatto sulla spesa farmaceutica a carico del SSN del trattamento della dipendenza alcolica sono stati analizzati i consumi e la spesa territoriale ed ospedaliera relativi ai medicinali che hanno una specifica indicazione nel trattamento della dipendenza alcolica.

Nel 2010 sono state dispensate circa 1,3 milioni di dosi (tab.1), attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, per il trattamento della dipendenza alcolica, rappresentate per oltre il 90% da specialità medicinali a base di disulfiram. Rispetto all'anno precedente si è verificata una flessione dei consumi di disulfiram pari al 9,4% (nel 2009 si era riscontrato un consistente incremento di quasi il 26%); anche il naltrexone ha fatto registrare una flessione del 10%. Un incremento delle dosi prescritte si registra invece per la metadoxina, che interrompe la flessione annuale di circa il 20% rilevabile dal 2006.

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2010 è stato di circa 491 mila euro (tab.2), con un decremento rispetto all'anno precedente (-9,8%) attribuibile proprio al decremento dei consumi dei medicinali a base di naltrexone e disulfiram. I dati del 2010 interrompono il trend in aumento della spesa convenzionata riscontrabile a partire dal 2006.

E' opportuno sottolineare che la spesa farmaceutica del naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei e pertanto l'effettivo impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata delle reali motivazioni d'uso nel trattamento della dipendenza alcolica dovrebbe essere ben inferiore a 289 mila euro.

---

1

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Tab. 1

**DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA CONVENZIONATA (TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)**

Molecola	N° confezioni in commercio	N° dosi prescritte			
		2009	2010	Var. assoluta	Var. %
Disulfiram	2	1.364.274	1.236.408	-127.866	-9,37%
Naltrexone	3	124.356	111.748	-12.608	-10,14%
Metadoxina	2	627	685	58	9,25%
Sodio ossibato	1	56	56	0	0
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>1.489.313</b>	<b>1.348.897</b>	<b>-140.416</b>	<b>-9,43%</b>

Tab. 2

**SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)**

Molecola	N° confezioni in commercio	Spesa convenzionata SSN			
		2009	2010	Var. assoluta	Var. %
Naltrexone	3	321.609	289.065	-32.544	-10,1%
Disulfiram	2	221.774	201.078	-20.696	-9,3%
Metadoxina	2	504	570	66	13,0%
Sodio ossibato	1	289	286	-3	-0,9%
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>544.176</b>	<b>490.998</b>	<b>-53.178</b>	<b>-9,8%</b>

La prescrizione e la dispensazione dei farmaci oggetto di analisi in ambito ospedaliero (comprehensive dell'eventuale distribuzione diretta) sono rappresentate per oltre il 90% dal sodio ossibato, con un volume complessivo di confezioni dispensate nel 2010 di quasi 2,6 milioni di unità (tab.3). Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del numero di confezioni consumate pari al 6,4%, attribuibile sia all'incremento dell'utilizzo del sodio ossibato (+6,3%) sia all'incremento sul versante ospedaliero del consumo di disulfiram (+85,1%) ed alla comparsa di nuovi consumi relativi all'acamprosato. Tale incremento è comunque molto inferiore a quello registrato tra il 2008 e il 2009 (pari al 46,9%).

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2010 è stato di circa 5,7 milioni di euro (tab. 4), con un incremento rispetto all'anno precedente (+0,9%), peraltro molto inferiore a quello registrato fra il 2008 e il 2009 (42%).

La spesa non convenzionata per il sodio ossidato, contestualmente all'incremento delle confezioni consumate nel 2010, è aumentata del 4% (contro l'aumento del 44% registrato tra il 2008 e il 2009). Per la metadoxina si registra, assieme al consistente decremento percentuale del consumo, un forte decremento della spesa (-67,2%), mentre per il disulfiram si riscontra una spesa in flessione (-20,7%) nonostante il consistente incremento percentuale del consumo.

Tab. 3

**N. CONFEZIONI PRESCRITTE IN FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA  
(STRUTTURE PUBBLICHE)**

Molecola	N° confezioni		Var. assoluta	Var. %
	2009	2010		
Sodio ossibato	2.438.067	2.592.522	154.455	6,3%
Metadoxina	8.317	2.582	-5.735	-69,0%
Naltrexone	8.335	2.573	-5.762	-69,1%
Disulfiram	17.141	31.720	14.579	85,1%
Acamprosato	0	67	67	
<b>Totale</b>	<b>2.471.860</b>	<b>2.629.464</b>	<b>157.604</b>	<b>6,4%</b>

Tab. 4

**SPESA FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA (STRUTTURE PUBBLICHE)**

Molecola	Spesa non convenzionata		Var. assoluta	Var. %
	2009	2010		
Sodio ossibato	5.227.689	5.438.094	210.405	4,0%
Naltrexone	105.849	30.938	-74.911	-70,8%
Disulfiram	288.516	228.722	-59.794	-20,7%
Metadoxina	44.546	14.617	-29.929	-67,2%
Acamprosato	0	2.432	2.432	
<b>Totale</b>	<b>5.666.600</b>	<b>5.714.803</b>	<b>48.203</b>	<b>+0,9%</b>

Il trend complessivo dell'incidenza sulla spesa farmaceutica a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ha fatto registrare una sostanziale stabilità nel 2010, rispetto all'anno precedente (tab.5).

La spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) è pari a 6,2 milioni di euro, in lieve flessione (-0,1%) rispetto al 2009, anno in cui peraltro la spesa a carico del

SSN aveva fatto registrare un rilevante incremento, pari a quasi un milione e 700 mila euro.

Nello specifico dei farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, tale andamento della spesa è il risultato di un processo in atto a livello regionale su molte categorie terapeutiche, caratterizzato dal trasferimento dei consumi dal canale convenzionale a quello della distribuzione diretta. In effetti nel 2010, ad una flessione dei consumi nel canale convenzionale ha corrisposto un incremento dei consumi nel canale non convenzionale, relativo all'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Come è possibile notare nella tabella 5, questo processo è iniziato nel 2007, quando l'incidenza della spesa convenzionata era del 10,7%, per arrivare al 7,9% nel 2010; specularmente, l'incidenza della spesa per farmaci impiegati nel trattamento delle dipendenze alcoliche a carico delle strutture sanitarie pubbliche è passata dall'89% al 91%.

**Tab. 5**

**SPESA FARMACEUTICA TOTALE (CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA) PER I FARMACI PER LA CURA DELLA DIPENDENZA DA ALCOL (EURO)**

Anno	Spesa convenzionata	Spesa non convenzionata	Spesa totale	% conv.	% non conv.
<b>2007</b>	479.291	4.007.262	<b>4.486.552</b>	10,70%	89,30%
<b>2008</b>	480.466	3.990.040	<b>4.470.506</b>	10,70%	89,30%
<b>2009</b>	544.176	5.666.600	<b>6.210.776</b>	8,80%	91,20%
<b>2010</b>	490.998	5.714.803	<b>6.205.801</b>	7,91%	92,09%

#### **4. LE ATTIVITA' DELLA CONSULTA NAZIONALE SULL'ALCOL E I PROBLEMI ALCOLCORRELATI**

La Consulta nazionale sull'alcol prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199 ed ha funzionato regolarmente fino al 18 ottobre 2009, data in cui si è esaurito il triennio del suo secondo mandato.

La composizione della Consulta in carica nel triennio 2007-2009 è stata stabilita con Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale in data 18 ottobre 2006.

Nel corso del 2008 e 2009 la Consulta ha operato tramite 4 gruppi di lavoro per la trattazione e l'approfondimento dei seguenti temi:

- alcol e stili di vita;
- educazione, prevenzione e trattamento;
- legge 125/2001 e organizzazione della Conferenza nazionale sull'alcol;
- alcol, guida e lavoro.

Tutti i documenti prodotti dai singoli gruppi di lavoro sono stati oggetto di discussione e valutazione nel corso di riunioni plenarie della Consulta.

Nell'anno 2008 la Consulta ha dato un contributo particolarmente significativo per la promozione e realizzazione della I Conferenza Nazionale sull'Alcol sul tema "Più salute, meno rischi. Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza", tenutasi a Roma nei giorni 20 e 21 ottobre 2008 e organizzata dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali con il supporto tecnico-organizzativo dell'ISFOL.

L'iniziativa ha rappresentato la prima occasione di livello nazionale per un confronto tra i rappresentanti delle istituzioni, del mondo scientifico, dei servizi sociosanitari, dell'associazionismo, del privato sociale e del mondo della produzione sulle tematiche connesse alla prevenzione del consumo dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza.

Nelle due giornate di lavoro della Conferenza sono state trattate, tramite interventi in plenaria, tavole rotonde e gruppi di lavoro in 5 sessioni parallele, alcune aree tematiche fondamentali quali i consumi alcolici e l'impatto sulla salute, gli stili di vita e la cultura del bere in Italia, il panorama europeo sugli indirizzi e le buone pratiche, il ruolo delle istituzioni e della società civile nel contrasto ai danni alcolcorrelati, il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati, le associazioni di auto-mutuo aiuto e volontariato, i problemi dei giovani, le politiche di controllo per la produzione, promozione e vendita di bevande alcoliche, i problemi dell'alcol alla guida e nei luoghi di lavoro.

Tutti i documenti approvati nelle cinque sessioni plenarie sono stati riportati in sintesi nella Relazione al Parlamento dell'anno 2009.

Nel dicembre 2009 la competente Direzione Generale per il Volontariato, l'Associazionismo e le Formazioni Sociali del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali ha attivato le procedure necessarie per il rinnovo della Consulta, giunta alla scadenza del suo mandato, chiedendo alle Amministrazioni interessate di formulare le designazioni di competenza.

Con una successiva nota del 5 novembre 2010 la medesima Direzione Generale ha comunicato al Ministero della Salute che il procedimento di ricostituzione della Consulta è stato sospeso in quanto la Consulta medesima non risulta ricompresa nell'elenco degli organismi collegiali prorogati ai sensi della Direttiva del Presidente

del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 *“Indirizzi interpretativi in materia di riordino degli organismi collegiali e di riduzione dei costi degli apparati amministrativi”*, pubblicata nella G.U. n. 227 del 28 settembre 2010.

## PARTE SECONDA

### **5. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125.**

#### **Anno 2009**

##### **5.1. Il personale dei servizi**

Al 31.12.2009 sono stati rilevati 514 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 19 Regioni e P.Autonome: il 95,0% sono di tipo territoriale, il 3,3% di tipo ospedaliero e l'1,7% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

I servizi o gruppi di lavoro sono tendenzialmente aumentati a partire dal 1996, anno in cui ne erano stati rilevati 280.

In totale nel 2009 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.579 unità di personale: 685 addette esclusivamente (19,1% del totale) e 2894 addette parzialmente (80,9% del totale) (tab.3).

Dalla distribuzione percentuale del personale per tipo di rapporto a livello territoriale si osserva che nella maggior parte delle Regioni si hanno proporzioni elevate di addetti parziali; fanno eccezione il Friuli Venezia Giulia e il Molise dove sono più frequenti gli addetti esclusivi (rispettivamente, 59,0% e 54,2%).

La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli infermieri professionali (28,2%), seguiti dai medici (22,8%), dagli assistenti sociali (16,8%) e dagli psicologi (15,8%); gli addetti parziali sono più frequentemente infermieri professionali (24,7%), medici (23,1%) e psicologi (17,5%) (graf. 2-3).

In generale, per il totale nazionale, la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori è pari al 78% per gli infermieri professionali e gli assistenti sociali e superiore all'80% per le altre professionalità.

La tabella 4 riporta per il periodo 1996-2009 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva nel 2009 un aumento del personale esclusivo, a conferma del trend in controtendenza già osservato nel 2008, in particolare per i medici, gli assistenti sociali e gli infermieri professionali; tale aumento assume maggiore rilevanza se si considera che il personale totale è diminuito nel 2009 rispetto al 2008 (3.579 unità vs 3.886). Viceversa si ha una contrazione del personale addetto parzialmente per ogni professionalità considerata.

Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali per qualifica, distintamente per il totale e per gli addetti esclusivi e parziali: analizzando il dato nazionale si nota che il 49,6% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 23,1% e gli psicologi il 17,2%; il restante 10,2% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo per qualifica presenta, rispetto a quella del personale parziale, una minore presenza di medici (22,8% vs 23,1%) e psicologi (15,8% vs 17,5%) e una maggiore presenza di operatori socio-sanitari (54,3% vs 48,4%).

L'analisi della distribuzione regionale del personale totale per qualifica evidenzia una marcata eterogeneità territoriale per tutti i profili professionali in esame e che gli

operatori sociosanitari sono più frequenti in quasi tutte le regioni (graf.4).

## 5.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2009 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 65.360 soggetti alcoldipendenti (tab.6; graf.5)<sup>1 2</sup>.

La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 14.502 e 12.134), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 359 utenti<sup>3</sup>.

Il 31,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 69,0% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 31,6% per i maschi e a 28,7% per le femmine.

A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva nel Friuli Venezia Giulia (48,9%), la più bassa in Liguria (19,0%) (graf. 6).

Il rapporto M/F è pari a 3,6, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 78,5% dell'utenza totale), a 4,0 nei nuovi utenti e a 3,5 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano l'80,0% nei nuovi utenti e il 77,8% negli utenti già presi in carico dai servizi).

A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (19.631 soggetti, pari al 30,0%), sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 28,1% e 30,9).

Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,1% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,5% nei nuovi utenti e 76,2% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni pari all'11,1% negli utenti totali, al 16,4% nei nuovi utenti e all'8,7% nei vecchi utenti, mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (13,9% negli utenti totali, 11,2% nei nuovi utenti e 15,1% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 58,3% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 69,5% dei secondi; il 16,4% dei nuovi

---

<sup>1</sup> E' importante fin da subito premettere che le osservazioni seguenti, relative alle caratteristiche "demografiche" (sesso ed età) degli alcoldipendenti, riflettono presumibilmente le caratteristiche della popolazione generale da cui la sottopopolazione in esame (utenti dei servizi per l'alcoldipendenza) proviene e quindi andrebbero in qualche modo standardizzate rispetto ad un opportuno denominatore.

<sup>2</sup> In questo caso, e in tutte le analisi temporali, nell'interpretazione va considerato che le variazioni sono fortemente influenzate anche dall'attivazione di nuovi servizi o gruppi di lavoro e dalla migliore copertura del sistema di rilevazione.

<sup>3</sup> Ovviamente, come sopra detto, questo dato andrebbe riportato alla popolazione totale delle Regioni o, ancor meglio, alla popolazione "a rischio" (effettiva o stimata).

utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale si dimezza (8,7%); viceversa gli ultracinquantenni sono il 30,2% per i nuovi utenti e il 38,6% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 36,0% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 26,5% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 32,3% delle donne (29,4% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 25,0% e a 21,3%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,2% nei maschi e a 16,2% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate.

Nel tempo, negli utenti totali, si osserva negli anni più recenti la stabilizzazione della classe 40-49 anni, la lieve ma costante decrescita della classe 30-39 anni e la crescita della classe 20-29 anni. Quest'ultimo trend è particolarmente evidente nei nuovi utenti per i quali la frequenza di tale classe è passata dal 13,5% del 2006 all'attuale 15,4%; per tale tipologia di utenti si osserva anche una lieve flessione dei soggetti che hanno meno di 20 anni (tab.8; graf. 7-8).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9). Nel 2009 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,1 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,8 rispetto a 44,4), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (42,9 vs 46,1); entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 44,8 vs 42,2 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,6 vs 45,4 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).

A livello regionale si delinea, pur con qualche eccezione, una sorta di gradiente Nord-Sud: per il complesso degli utenti tutte le Regioni settentrionali (ad eccezione della Lombardia, della Provincia autonoma di Trento e del Friuli Venezia Giulia) presentano valori dell'età media uguali o superiori al dato nazionale; viceversa nel Sud si registrano valori più bassi.

Analizzando il dato negli anni più recenti si nota una lieve flessione dell'età media nei nuovi utenti, sia maschi che femmine, e per i maschi già in carico e una sostanziale stabilità per le femmine già in carico (tab.10; graf.9).

### **5.3. I consumi alcolici dell'utenza**

Nel 2009 (graf.11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (63,4%), seguito dalla birra (22,3%), dai superalcolici (8,1%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,7%). La birra risulta prevalentemente consumata leggermente di più dai maschi (22,4% vs 21,7% delle femmine), come il vino (64,2% vs 58,9%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, digestivi l'uso è più elevata tra le femmine (rispettivamente,

10,6% e 5,3% nelle femmine vs 7,7% e 3,5% nei maschi). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al Nord; il Sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (tutte le Regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici (il 20,3% in Sicilia) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (10,6% nel Lazio).

Temporalmente, limitando l'osservazione agli anni più recenti, vi è un aumento del consumo di vino (dal 56,9% del 2007 all'attuale 63,4%), una diminuzione nel 2009 rispetto al 2008 del consumo di birra (22,3% vs 23,7%) e una evidente diminuzione del ricorso ai superalcolici (11,4% nel 2007; 8,1% nel 2009) e agli aperitivi, amari e digestivi (5,4% nel 2007; 3,7% nel 2009) (graf. 11).

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11) riguardano, rispettivamente, l'8,6% (5.597 utenti) e il 5,1% (3.332 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale (per le sostanze stupefacenti si va dall'1,4% della Provincia autonoma di Bolzano al valore del 39,1% del Lazio).

La prevalenza di utenti che fanno un uso concomitante di stupefacenti e quella degli utenti che abusano anche di farmaci sono in diminuzione dal 2007 (tab.12).

#### **5.4. I modelli di trattamento**

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 12) si osserva che il 28,9% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 7,0% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 14,5% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,7% degli alcolodipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,2% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (67,8%) e nella terapia di gruppo o familiare (32,2%).

Il ricovero ha riguardato il 5,0% del totale degli utenti rilevati (3,5% in istituti pubblici, 1,5% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (60,5% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 65,0% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata).

Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi in Valle d'Aosta, in Emilia Romagna e in Toscana; valori elevati si osservano, per il counseling, nella Provincia autonoma di Trento (60,2%) e per la psicoterapia (individuale o di gruppo) in Liguria (22,5) e in Molise (19,9%); l'inserimento in Gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse regioni del Centro-Nord mentre il trattamento socioriabilitativo è relativamente più frequente in Lombardia (23,2%), in Emilia Romagna (18,6%) e in Molise (21,5%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (6,4%) e minimo

in Friuli Venezia Giulia (0,9%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con il 10,6% dei casi; riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, il Friuli Venezia Giulia si contraddistingue per un 6,4% di utenti che vi vengono indirizzati.

Ovviamente, un'interpretazione più completa e corretta di queste informazioni deriverebbe da una loro lettura congiunta con i dati relativi all'offerta e all'organizzazione dei servizi destinati al trattamento dell'alcoldipendenza nelle singole realtà territoriali (valutati secondo criteri quantitativi e qualitativi) nonché da una loro integrazione con dati più precisi relativi alla domanda di salute (in questo particolare ambito), al contesto e alle molteplici problematiche (sanitarie e non sanitarie) connesse al fenomeno.

### **5.5. I modelli organizzativi dei servizi**

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dai servizi o gruppi di lavoro nel corso del 2009 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*".

Nella tabella 14 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2009 le funzioni indicate.

Come si può osservare, un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (69,3%), ha definito (67,9%) e/o attuato (69,3%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dal 67,3% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (50,0%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (52,7%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (64,6%), con i servizi ospedalieri (63,8%) e con il medico di famiglia (62,8%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 56,0% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.

Nel 2009 tutte le funzioni previste sono diminuite rispetto al 2008 (tab.15).

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

Sono state acquisite informazioni circa le attività di collaborazione che i servizi o gruppi di lavoro hanno svolto, nel corso dell'anno di rilevazione, con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato in materia di alcoldipendenza.

Per quanto riguarda la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2009 il 42,8% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 33,9% con gli A.A. e il 10,5% con altri gruppi.

Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi

riguardano rispettivamente il 37,7% e il 19,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 36,8%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati, sia con case di cura convenzionate (17,1%) che private (1,4%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (Regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

Nella tabella 17 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di enti o associazioni del volontariato e privato sociale che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2009, ogni servizio ha collaborato con circa 26 CAT, 7 gruppi di A.A., 9 comunità e 14 cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati, con valori medi pari a 6 per le case di cura convenzionate e a 4 per quelle private, mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.