

Codice AIC	Ditta Produttrice	Principio attivo	Descrizione	Classe
027751066*	CT	SODIO OXIBATO	ALCOVER	Classe H
027751078*	CT	SODIO OXIBATO	ALCOVER	Classe H
034208013*	BRUNO FARMACEUTICI SpA	ACAMPROSATO	CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	Classe A
004308019*	AUROBINDO PHARMA ITALIA Srl	DISULFIRAM	ANTABUSE DISPERG*24CPR 400MG	Classe C
010681029*	A.F.O.M. DIPENDENZE Srl	DISULFIRAM	ETILTOX*30CPR 200MG	Classe A
025316011*	LABORATORI BALDACCI SpA	METADOXINA	METADOXIL*30CPR 500MG	Classe C
025316023*	LABORATORI BALDACCI SpA	METADOXINA	METADOXIL*10F 5ML 300MG/5ML	Classe C
025316035*	LABORATORI BALDACCI SpA	METADOXINA	METADOXIL*OS SOL 10FL 15ML500M	Classe C
025855014	ZAMBON ITALIA	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*10CPS 50MG	Classe A
025855065*	ZAMBON ITALIA	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*OS 10FL 50MG/10ML	Classe A
025855077*	ZAMBON ITALIA	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*14CPS 50MG	Classe A
025969039*	MOLTENI & C. F.LLI ALITTI SpA	NALTREXONE CLORIDRATO	NALOREX*14CPR RIV 50MG	Classe A
040955027*	ACCORD HEALTHCARE ITALIA Srl	NALTREXONE CLORIDRATO	NALTREXONE ACC*14CPR RIV 50MG	Classe A
042683021*	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*14 CPR RIV 18 mg	Classe C
042683019*	LUNDBECK ITALIA SpA	NALMEFENE CLORIDRATO	SELINCRO*7 CPR RIV 18 mg	Classe C

Le confezioni di medicinali recanti il codice AIC con asterisco () sono quelle che hanno contribuito alle analisi del presente documento, poiché sono quelle che risultano effettivamente movimentate sul territorio nazionale.*

Il **disulfiram** (Antabuse, Etilox) presenta una lunga storia d'uso. L'interferenza del farmaco con il metabolismo dell'alcol, causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l'assunzione dell'alcol e pertanto viene utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol.

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

Il **naltrexone** (Antaxone, Nalorex, Narcoral), antagonista oppioide orale a lunga durata di azione, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale. Per tale ragione, le analisi indicate nel presente paragrafo rappresentano una sovrastima del dato reale, in quanto non è possibile scorporare il dato di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica. E' pertanto necessario leggere con cautela queste analisi, che, tra l'altro, riconfermano l'andamento in costante crescita per questa molecola, sia in termini di spesa che di consumo, in entrambi i *setting* dell'assistenza convenzionata e dell'assistenza non convenzionata.

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

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

Il **sodio oxibato** (Alcover), noto come il sale sodico dell'acido gamma idrossi butirrico (GHB), è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol e nella fase iniziale o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica.

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

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

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

Il **nalmefene** (Selincro), è il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone, approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol congiuntamente alla terapia psicologico comportamentale, con l'obiettivo dell'astinenza completa. I pazienti in trattamento con questo medicinale presentano livelli di consumo ad elevato rischio (*Drinking Risk Level* – DRL) e non mostrano sintomi fisici da sospensione, pertanto, non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Il trattamento con questo medicinale deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio due settimane dopo la valutazione iniziale.

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

Per il trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle sintomatologie alcol correlate (allucinazioni, agitazione, convulsioni, depressione, irrequietezza, insonnia ecc.) vengono utilizzate anche diverse classi di farmaci antipsicotici, antidepressivi e antiepilettici nonché le benzodiazepine; ma ai fini della valutazione dell'impatto economico a carico del SSN sono analizzati soltanto quei farmaci che presentano come indicazione terapeutica unicamente quella del trattamento per la dipendenza da alcol.

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

Nell'anno 2016, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate in totale più di 1,7 milioni di dosi di farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica (**tabella I.23**). Come per gli anni precedenti, la specialità medicinale a base di disulfiram detiene il primato dei consumi con l'80% sul totale delle prescrizioni, seguito dall'acamprosato e dal naltrexone (rispettivamente 12% e del 7% del consumo totale).

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

Tabella I.23

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

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

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

Nel 2016 le Strutture sanitarie pubbliche hanno acquistato circa 4,7 milioni di dosi di medicinali utilizzati nel trattamento della dipendenza alcolica (**tabella I.24**).

Come già registrato negli anni precedenti, la molecola con il più elevato consumo è il Sodio Oxibato (2,3 milioni di DDD) prodotto farmaceutico utilizzato prevalentemente in ambito ospedaliero, che assieme al disulfiram, rappresenta quasi l'85% del consumo totale dei farmaci di questa categoria terapeutica.

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

Tab. I.24

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

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

Spesa farmaceutica in assistenza convenzionata
(tramite le farmacie territoriali aperte al pubblico)

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

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

Tabella I.25

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

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

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

Nel 2016 la spesa per questa categoria di farmaci in regime di assistenza non convenzionata è stata circa 7 milioni e 200 mila euro, con un andamento crescente nel corso degli anni. Come già mostrato nell'analisi dei consumi, il valore più elevato di spesa, rispetto al totale della categoria stessa, è rappresentato dal sodio oxibato (81% della spesa), seguito dall'acamprosato (11% della spesa).

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

Tabella I.26

SPESA IN ASSISTENZA NON CONVENZIONATA
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

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

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

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

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

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

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

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

Consumo (DDD) totale a carico del SSN nel periodo 2007-2016					
ANNO	Convenzionata	NON convenzionata	Totale	% conv.	% Non conv.
2007	1.139.168	3.469.404	4.608.572	25	75
2008	1.203.408	3.199.049	4.402.457	27	73
2009	1.489.313	2.739.753	4.229.066	35	65
2010	1.348.897	3.574.714	4.923.611	27	73
2011	1.376.793	4.055.678	5.432.471	25	75
2012	1.489.276	4.419.425	5.908.701	25	75
2013	1.677.670	8.849.474	10.527.144	16	84
2014	1.824.235	5.046.118	6.870.353	27	73
2015	1.608.874	4.764.761	6.373.635	25	75
2016	1.743.864	4.684.662	6.428.526	27	73
Var % 2016-2007	+53,1	+35,0	+39,5		
Var % 2016-2015	+8,4	-1,7	+0,9		

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

La spesa farmaceutica SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 8,2 milioni di euro (**tabella I.28**).

L'88% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 12% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

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

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

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

Spesa (euro) totale a carico del SSN nel periodo 2007-2016					
ANNO	Convenzionata	NON convenzionata	Totale	% conv.	% non conv.
2007	477.553	4.014.723	4.492.276	11	89
2008	480.467	3.990.040	4.470.507	11	89
2009	544.176	5.552.441	6.096.617	9	91
2010	490.998	5.714.803	6.205.801	8	92
2011	717.974	7.156.472	7.874.446	9	91
2012	1.043.052	6.005.453	7.048.505	15	85
2013	1.197.926	6.334.839	7.532.765	16	84
2014	1.035.039	7.079.530	8.114.569	13	87
2015	941.452	7.118.204	8.059.655	12	88
2016	994.543	7.242.624	8.237.167	12	88
Var % 2016-2007	+108,3	+80,4	+83,4		
Var % 2016-2015	+5,6	+1,7	+2,2		

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

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

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

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

Con il D.M. 4 settembre 1996 “Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza” sono state definite le modalità per la rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcolismo, in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90 e al D.M. 3 agosto 1993.

Le finalità di tale rilevazione sono:

- istituire un'anagrafe dei servizi pubblici o dei gruppi di lavoro che erogano prestazioni socio-sanitarie in materia di alcoldipendenza, nonché degli enti del volontariato, del privato sociale o privati che collaborano, a vario titolo, con i servizi socio-sanitari in materia di alcoldipendenza.
- raccogliere i dati relativi agli utenti, ai trattamenti praticati e al personale operante in tali servizi.

Le informazioni contenute nei modelli di rilevazione, di cui al su indicato decreto, devono essere raccolte annualmente, ad opera delle Regioni, dalle aziende USL e dalle aziende ospedaliere, o per gli Enti convenzionati rilevate direttamente dalle Regioni, ed inviate, dopo le opportune verifiche, al Ministero della sanità il quale provvede ad elaborare e divulgare i dati raccolti.

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del servizio o gruppo di lavoro che eroga prestazioni socio-sanitarie in regime di assistenza diretta pubblica (modello ALC.01);
- caratteristiche del personale assegnato al servizio o gruppo di lavoro (situazione al 31 dicembre di ciascun anno) (modello ALC.02);
- utenti (nuovi, già in carico o rientrati) distribuiti per fasce di età e per sesso (modello ALC.03);
- utenti (nuovi, già in carico o rientrati) distribuiti per bevanda alcolica di uso prevalente e per sesso (modello ALC.04);
- tipologia di funzioni svolte dal servizio o gruppo di lavoro in relazione alle linee di indirizzo di cui al D.M. 3 agosto 1993 (modello ALC.05);
- utenti distribuiti per tipologia di trattamento (modello ALC.06);
- attività di collaborazione del servizio o gruppo di lavoro con enti del volontariato, del privato sociale o privati (modello ALC.07);
- dati strutturali e di attività relativi agli enti convenzionati che operano nel settore alcoldipendenza (a cura della Regione) (modello ALC.08).

Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza **ANNO 2016**

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

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2016 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.560 unità di personale la maggior parte delle quali (83,2%) sono addette solo parzialmente a tali attività (**tab.II.2; graf.II.1**).

Considerando la distribuzione del personale totale per ruolo professionale, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si osservano le proporzioni più alte, in ordine, per gli infermieri professionali (27,2%), per i medici (23,5%) e per gli psicologi (15,9%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (29,7%), mentre quella dei medici rimane stabile, intorno al 23%, anche negli addetti parziali (**grafici II.2-II.3-II.4**).

3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2016³ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 71.219 soggetti (**tab.II.3**). Il 26,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

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

Il rapporto M/F è pari a 3,5 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,9% (**tab.II.4**).

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

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

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

³ E' importante sottolineare che le osservazioni seguenti, relative alle caratteristiche "demografiche" (sesso ed età) degli alcoldipendenti, riflettono presumibilmente le caratteristiche della popolazione generale da cui la sottopopolazione in esame (utenti dei servizi per l'alcoldipendenza) proviene e quindi andrebbero in qualche modo standardizzate rispetto ad un opportuno denominatore.

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2016 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (49,6%), seguito dalla birra (26,2%), dai superalcolici (10,2%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%) (**tab.II.5; graf.II.7**).

La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud.

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

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

3.5 LA COLLABORAZIONE DEI SERVIZI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO; PRIVATO SOCIALE E PRIVATO

I servizi o gruppi di lavoro svolgono attività di collaborazione con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale e del privato in materia di alcolodipendenza (**tab.II.8**).

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

3.6 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT)

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali – metodo Hudolin) è stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club in Italia, dopo la fondazione del primo Club Alcolologico Territoriale (d'ora in poi CAT) avvenuta a Trieste il 22 novembre 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria e fondatore dell'omonimo Metodo (che si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcol correlati e complessi). L'AICAT è un'associazione no-profit che coordina le attività delle reti territoriali dei CAT (Club Alcolologici Territoriali), che è la nuova denominazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento adottata dopo il Congresso AICAT di Paestum del 2010.

I CAT sono comunità multifamiliari presenti su tutto il territorio nazionale, organizzati in 230 Associazioni territoriali (ACAT o APCAT), in 18 associazioni regionali (ARCAT) e in 2 associazioni provinciali (APCAT) quelle di Trento e a Bolzano.

I CAT lavorano secondo i principi ed i metodi dell'approccio sistemico e multifamiliare, promuovendo la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri di una famiglia e della rete relazionale prossima nelle sofferenze, nei disagi e nei disturbi correlati al consumo di bevande alcoliche, all'uso associato di altre droghe e/o alla presenza di altri comportamenti problematici (es.: disagi psichici, gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare, rapporto problematico con internet, ecc.), stimolando un processo di cambiamento di stile di vita orientato alla riconquista della propria salute e libertà.

Il CAT non si presenta come luogo di terapia ed opera sulla base dell'assunto che l'uso di alcol non è una patologia ma un tipo di comportamento.

Fanno parte del CAT anche un “*servitore – insegnante*” nonché coloro che scelgono di fungere da “*famiglia solidale*” delle persone con problemi alcol – correlati sole, senza una famiglia e senza una rete di sostegno. Il lavoro svolto all'interno del CAT si basa sulla condivisione dei propri vissuti, dei propri disagi, delle proprie difficoltà, delle proprie emozioni e delle proprie potenzialità. Nel CAT l'attenzione viene focalizzata, più che sul rapporto che una persona ha con l'alcol o altre sostanze, sulla persona stessa nella sua totalità e complessità, tenendo conto anche del contesto familiare e sociale in cui essa è inserita. In particolare sono considerati i disagi ed i problemi che l'alcol crea all'intera famiglia. È l'intera famiglia, infatti, che viene coinvolta nel lavoro del CAT e tutta viene stimolata a modificare il proprio stile di vita, a crescere e a maturare insieme. Le famiglie considerate prima in difficoltà, con il cambiamento del proprio stile di vita, diventano risorse per se stesse e per tutta la comunità nella quale sono inserite. Diventano le protagoniste di azioni di promozione e protezione della salute e del benessere sociale, aumentando la qualità delle relazioni e dei valori umani e sociali nella propria comunità.

Attività e Servizi promossi e sostenuti da AICAT e dalle ARCAT regionali socie

- I Congressi: AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- Forum nazionali di EEC: AICAT organizza ogni anno 2 Forum EEC (Educazione Ecologica Continua) uno a marzo e l'altro a novembre con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.
- Nelle varie regioni sono sviluppati n. 30 Corsi di sensibilizzazione (di 50 ore) sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).
- N. 10 corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche .

- N. 50 aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.
- N. 500 scuole algologiche di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose scuole algologiche di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- N. 150 interclub provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- Numerosi eventi di informazione e sensibilizzazione realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- Il Numero Verde: 800 974 250
- Il Sito Web: www.aicat.net
- La Banca Dati

Collaborazioni

- Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Nazionale sull'Alcol.
- SIA (Società Italiana di Alcolologia).
- ConVol (Conferenza Nazionale Associazioni di Volontariato).
- Forum 3° Settore
- Rivista dei CAT “Camminando Insieme”
- WACAT (Associazione Mondiale dei CAT)
- EUROCARE (network europeo per lo Studio e la Ricerca e l'Advocacy sull'alcol).
- La “Scuola Europea di Psichiatria ed Alcolologia Ecologica” per i programmi di formazione internazionale secondo il metodo di Hudolin.

La Banca Dati

A partire dall'anno 2004 con cadenza annuale, l'AICAT promuove, in collaborazione con le ARCAT, una rilevazione sulle attività svolte dai CAT nelle diverse regioni d'Italia. La Banca Dati è una fotografia sul lavoro dei CAT, delle associazioni e dei programmi di attività ad essi collegati, scattata con cadenza annuale grazie al contributo delle associazioni regionali e alla regia di un gruppo di lavoro nazionale coordinato da ARCAT Veneto.

I dati più attuali disponibili – raccolti nel 2016 – risalgono all'anno 2015, anno in cui è stata effettuata l'ultima rilevazione su scala nazionale. Oltre a quello nazionale, esistono anche report regionali recenti tra cui quello della Toscana, che risale all'anno 2013 e quello annuale del Veneto (l'ultimo risalente al 2016).

Lo scopo dell'indagine è quello di conoscere alcuni aspetti dell'attività delle ARCAT, delle ACAT, dei CAT e dei servitori insegnanti del territorio nazionale.

Le Regioni che hanno partecipato a questo report dell'aggiornamento della Banca dati sono 12.

Nel 2016, quindi, sono state raccolte:

- 3 schede ARCAT
- 140 schede ACAT

Ricerca con Istituto Superiore di Sanità

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

L'organizzazione delle ARCAT

Le ARCAT sono le associazioni regionali dei CAT; hanno un compito organizzativo e propongono eventi formativi e cercano di fare rete con le istituzioni locali.

Attività formativa per eccellenza, per la sensibilizzazione delle comunità e per la formazione dei Servitori Insegnanti, è il Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodo Hudolin). Il Corso della durata di 50 ore si svolge all'interno di un'intera settimana. È rivolto ai membri di CAT e alla Comunità in cui il CAT è inserito. Ha l'obiettivo di sensibilizzare il territorio rispetto ai problemi alcolcorrelati, diffondere la conoscenza dei CAT e formare nuovi Servitori Insegnanti (d'ora in poi SI) da inserire nei CAT.

Dai dati rilevati si osserva come i corsi di sensibilizzazione organizzati in Italia siano una trentina, stabili rispetto al 2015; essendo frequentati da una media di 40 persone, si può stimare che nel 2016, in Italia, sono state "sensibilizzate" circa un migliaio di persone.

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

Ogni ARCAT è organizzata in APCAT o ACAT. Le APCAT fanno riferimento alle province, le ACAT a territori più piccoli.

Le ACAT e la diffusione dei CAT in Italia

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

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

Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, "contare" i CAT non è risultato semplice.

In generale negli ultimi 10 anni i CAT in Italia sono diminuiti del 9%, ed anche la loro densità è passata da un CAT ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2000 ad un CAT ogni 30.000 abitanti nel 2011. Questa diminuzione è in parte dovuta al peggioramento del rapporto di collaborazione con le reti socio sanitarie dei territori e dal minore investimento delle Istituzioni amministrative. È difficile invertire tale tendenza anche se, in tutti questi anni, è stata ampiamente dimostrata l'efficacia della metodologia Hudoliniana nell'affrontare i problemi alcolcorrelati (d'ora in poi denominati PAC). Dall'analisi degli elementi raccolti, con la banca dati, si evince che il 70-80% delle famiglie con PAC, cambiando il proprio stile di vita, diventano risorse per le comunità, sviluppano azioni di cittadinanza attiva nel migliorare la salute e la convivenza nei propri territori.

I CAT associati come Club degli Alcolisti in Trattamento sono circa un quarto, un quinto del totale. Difficile, però, conoscere il numero esatto in quanto molte volte non hanno risposto alle richieste di informazioni.

Rispetto all'andamento dei CAT si possono fare le seguenti riflessioni:

- si registrano situazioni critiche: in Calabria in 10 anni sono stati persi i $\frac{3}{4}$ dei CAT (da 46 a 12). In Piemonte i CAT si sono dimezzati e anche la Valle d'Aosta è in difficoltà;
- nelle rimanenti regioni si registrano situazioni sostanzialmente stabili o comunque con lievi decrementi.

Per quanto riguarda la diffusione capillare dei CAT si osserva che nel Nord – Est (Friuli Venezia Giulia, Veneto, provincia autonoma di Trento e di Bolzano ed Emilia Romagna) si concentrano più della metà dei CAT italiani (1.066), uno ogni 10.922 abitanti.

All'opposto si evidenzia in alcune regioni del Centro Sud una grossa difficoltà nella diffusione dei CAT, con un numero di abitanti per ogni CAT superiore ai 100.000: la Campania (un CAT ogni 216.000 abitanti), la Calabria (un CAT ogni 167.000 abitanti), la Sicilia (un CAT ogni 158.000 abitanti) ed il Lazio (un CAT ogni 136.000 abitanti).

La metodologia Hudoliniana prevede, per la formazione di tutto il sistema, delle Scuole Alcologiche Territoriali (d'ora in poi denominate SAT). Quelle di Primo modulo sono organizzate in 8-10 incontri di 2 ore e sono rivolte alle nuove famiglie appena inserite nei CAT; quelle di Secondo modulo composte da 2 incontri di 2 ore ciascuno servono a tutte le famiglie dei CAT per approfondire la metodologia; infine quelle di Terzo modulo costituite da 2 incontri di 2 ore ciascuno sono finalizzate alla sensibilizzazione del territorio.

Per quanto riguarda le attività formative si è rilevato che la SAT di primo modulo viene organizzata da tre ACAT su quattro (77-78%), mentre quelle di secondo e terzo modulo da una ACAT su due; in leggero calo rispetto agli anni precedenti, in particolare la SAT di terzo modulo.

Relativamente alla collaborazione con gli altri Enti del territorio risulta che poco più di metà ACAT partecipano a tavoli di lavoro allargati, “piano di zona e dipartimento delle dipendenze” mentre quasi 2 ACAT su 3 partecipano a tavoli di lavoro con il Ser.D o le Alcologie. Viene confermato anche in questo caso il buon rapporto con le consulte del Volontariato (64-66%).

Le famiglie nel CAT

Mediamente nell'anno 2016 hanno frequentato ciascun CAT 8,6 famiglie, mentre le famiglie presenti nel mese di dicembre erano 6,6. Ipotizzando valido questo dato per tutti i CAT italiani, è possibile stimare che nel corso del 2016 i 2.000 CAT sono stati frequentati da circa 17.000 famiglie, di cui 2.800 nuove.

Negli ultimi anni il numero delle famiglie sembra essersi stabilizzato.

Rispetto alla numerosità dei CAT si evidenzia un 15-17% di CAT “piccoli” (da 2 a 3 famiglie) ed un 6% circa di CAT da moltiplicare (con 12 o più famiglie).

Il servitore insegnante

Il 97% dei CAT ha un servitore insegnante. Tale figura è formata attraverso il Corso di sensibilizzazione; ha il compito di far rispettare la metodologia all'interno del CAT e di favorire la comunicazione tra i vari membri. Ritenendo valido tale dato per tutti i CAT italiani si può stimare che circa 60 CAT nel 2016 sono senza servitore insegnante (d'ora in poi SI). Va considerato poi che il 4,6% dei SI dichiara di prestare servizio in due CAT e lo 0,5% in più di due CAT.

È pertanto possibile quantificare per l'anno oggetto di indagine un “fabbisogno” di 167 SI (per CAT privi e per “alleggerire” quei SI impegnanti in più CAT per un totale sui CAT del 8,2%).

Si conferma, dunque, la difficoltà a coinvolgere nei programmi nuovi SI, conseguenza anche dell'organizzazione di un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione.

Tra i SI abbiamo il 45,5% di uomini ed il 54,5% di donne; poco più della metà di questi (53,8%) sono membri di CAT.

Tra i SI membri di CAT prevalgono gli uomini, tra i SI non membri di CAT prevalgono le donne. L'età media dei SI è di 53,6 anni. Più della metà dei SI (53,7%) ha un'età pari/superiore ai 55 anni (erano 51,6% l'anno precedente). A conferma del processo di "invecchiamento" dei SI, si consideri che nella rilevazione del 2000 l'età media degli stessi era di 45,2 anni. Il 38,8% circa è SI da più di 10 anni: 123 SI fra questi (l'11,2%) svolgono questo servizio da più di 20 anni.

Negli anni è aumentato il numero di SI che svolge servizio a titolo gratuito, mentre sono decisamente diminuiti i SI con rimborso spese (dal 35% al 20%).

Il 95,3% dei SI ha frequentato il Corso di Sensibilizzazione; l'87% partecipa alle giornate di aggiornamento.

Tutte le percentuali che si riferiscono all'aggiornamento/formazione stanno crescendo negli anni.

Molti SI si sono resi disponibili in attività di insegnamento.

Nell'ultimo anno un SI su quattro ha insegnato in una SAT di primo modulo e uno su cinque in una SAT di secondo modulo. Si conferma la difficoltà nell'attivazione di SAT di terzo modulo.

Anche in questo caso si nota un leggero peggioramento della situazione rispetto agli anni precedenti.

In generale la buona collaborazione con il servizio pubblico è migliorata passando dal 63% al 69%.

Conclusioni

Riflettendo sui dati, colpisce il notevole numero di persone e famiglie osservate. In un anno passano per i duemila CAT italiani più di 17.000 famiglie che si attivano per migliorare la propria salute e, di conseguenza, per migliorare la salute della Comunità locale. Le famiglie, però, sono in leggera ma costante diminuzione.

Oltre al calo delle famiglie presenti emergono altri aspetti critici.

Nell'Italia del Sud (ad eccezione della Sardegna) e in alcune regioni del Centro Italia il movimento stenta a radicarsi. In generale è un sistema che sta decrescendo in termini di famiglie coinvolte. Inoltre vengono organizzati un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione e mancano circa 170 SI; questi ultimi stanno invecchiando.

I segnali positivi sono dovuti al fatto che è un movimento molto diffuso e ben radicato nell'Italia del Nord e nell'Italia Centrale; in queste zone basta fare pochi chilometri per trovare un CAT. Inoltre è un movimento dai costi bassissimi, come dimostrato dal fatto che i SI fanno servizio per il 90% a livello completamente gratuito, senza nemmeno rimborsi chilometrici.

Altro aspetto positivo è la presenza di un processo di formazione permanente, partecipato sia dalle famiglie che dai SI. Infine, nella maggior parte, anche se non ovunque, c'è un buon lavoro di rete e un buon rapporto con il servizio pubblico. Da questa analisi ne deriva la necessità di implementare il lavoro di rete sia per quanto riguarda l'impegno associativo, sia per quanto riguarda l'investimento delle istituzioni pubbliche quali: Governo, Ministeri, Enti regionali e locali e Servizi ed Istituzioni socio sanitarie nella promozione del lavoro dei CAT.

Tale metodologia, si è dimostrato, è un intervento efficace nella promozione e protezione della salute e nel cambiamento della cultura sociale.

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