

Per le suddette finalità il Centro collaborativo OMS presso l'ISS ha svolto in particolare le seguenti attività:

- organizzazione del "Meeting of Experts on Alcohol" (ISS - Roma, 28.05.2009 );
- contributo nazionale alla pubblicazione "*Handbook for action to reduce alcohol-related harm*", un nuovo documento che fornisce indicazioni utili ai decisori politici che lavorano con i Ministeri della Salute o che sono responsabili a livello regionale o municipale delle strategie e dei Piani di azione per ridurre i danni legati all'abuso di alcol.

Il Ministero ha partecipato inoltre, tramite il proprio rappresentante designato, a tre *meetings* delle National Counterparts OMS per le politiche sull'alcol nella Regione Europea:

- WHO Technical Regional Consultation on Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol e Meeting of National Counterpart for Alcohol Policy in the WHO European Region (Copenhagen, 20-23 aprile 2009);
- Meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substances use consumption, substance-attributable harm and social response (Valencia, 19-21 Ottobre 2009);
- Meeting on monitoring systems for alcohol, drugs and other psychoactive substances use: review of current practice (Valencia, 22-23 ottobre 2009).

Nel corso del 2009 sono state effettuate altresì, tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol e 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 del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, 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'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 e intervento validate nell'ambito di progetti internazionali (PRISMA, PHEPA, IPIB ecc.);
- produzione dei dati per i Country Reports nazionali 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'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS:

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

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

### 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 volte 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.

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 relativamente ai medicinali che hanno una specifica indicazione nel trattamento della dipendenza alcolica.

Nel 2009 sono state dispensate quasi un milione e mezzo 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 verificato un consistente incremento di quasi il 26% dei consumi di disulfiram, mentre la metadoxina ha fatto registrare una forte flessione dei consumi pari al 20%.

**Tabella 1**

**Dosi prescritte farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)**

Molecola	N° confezioni in commercio	N° dosi prescritte			
		2008	2009	Var. assoluta	Var %
Disulfiram	2	1.085.706	1.364.274	278.568	25,7%
Naltrexone	5	116.914	124.356	7.442	6,4%
Metadoxina	2	788	627	-161	-20,4%
Sodio ossibato	1	0	56	56	-
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>1.203.408</b>	<b>1.489.313</b>	<b>285.905</b>	<b>23,8%</b>

<sup>1</sup>

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Da notare che mentre l'incremento del disulfiram non aveva superato il 7% tra il 2007 e il 2008 e lo 0,1% tra il 2006 e il 2007, la flessione della metadoxina continua il calo annuale intorno al 20% rilevabile fin dal 2006.

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2009 è stato di poco più di 540 mila euro (tab.2), con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 13,3%, attribuibile soprattutto all'incremento del consumo di medicinali a base di disulfiram (+25,7%). Da notare che tra il 2007 e il 2008 l'incremento della spesa convenzionata era stato solo dello 0,26% e che nel 2009 viene superato l'incremento pure notevole (+7,4%) rilevato tra il 2006 e il 2007.

E' bene sottolineare comunque che la valutazione dell'incremento complessivo della spesa deve tener conto del fatto che la spesa relativa al naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei, e che un valore di impatto sulla spesa più aderente all'uso reale di questo farmaco ai fini del trattamento della dipendenza alcolica dovrebbe essere pari a 188 mila euro.

**Tabella 2**

**Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)**

<b>Spesa convenzionata SSN (EURO)</b>					
<b>Molecola</b>	<b>N° confezioni in commercio</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Var. assoluta</b>	<b>Var. %</b>
Naltrexone	5	303.307	321.609	18.302	6,0%
Disulfiram	2	176.537	221.774	45.237	25,6%
Metadoxina	2	622	504	-118	-19,0%
Sodio ossibato	1	0	289	289	-
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>480.466</b>	<b>544.176</b>	<b>63.710</b>	<b>13,3%</b>

La prescrizione e dispensazione dei farmaci di cui trattasi in ambito ospedaliero (comprensive dell'eventuale distribuzione diretta) è rappresentata per oltre il 90% dal sodio ossibato, con un volume complessivo di confezioni dispensate nel 2009 di quasi 2,5 milioni di unità (tab. 3).

Rispetto all'anno precedente si registra un notevole incremento del numero di confezioni consumate, pari al 46,9% (contro il 3,56% registrato tra il 2007 e il 2008 e il decremento pari a -13,4% registrato tra il 2006 e il 2007), attribuibile sia all'aumento dell'utilizzo del sodio ossibato (+49,3%) che a quello della metadoxina sul versante ospedaliero (+61,5%). Da notare che il forte incremento dell'uso della metadoxina tra il 2008 e il 2009 fa seguito al decremento (-11,9%) registrato tra il 2007 e il 2008. .

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2009 è stato di quasi 5,7 milioni di euro (tab. 4), con un incremento rispetto all'anno precedente del 42%. Da

notare che tra il 2007 e il 2008 si era verificato un lieve decremento di tale spesa, pari a -1,2% e che fra il 2006 e il 2007 il decremento era stato molto consistente (-20%).

La spesa non convenzionata per il sodio ossidato, contestualmente all'incremento delle confezioni consumate nel 2009, è aumentata del 44%, contro l'aumento dello 0,51% registrato tra il 2007 e il 2008. Anche la metadoxina ha registrato, assieme al consistente incremento percentuale del consumo, un forte incremento della spesa (+58,9%), incremento che ha superato quello, pure consistente, registrato tra il 2007 e il 2008 (+24,69%).

Anche per il Disulfiram e il Naltrexone, in controtendenza rispetto all'andamento registrato fra il 2007 e il 2008, si evidenziano incrementi della spesa, sia pure in percentuali inferiori a quelli della metadoxina.

**Tabella 3**

**N° confezioni prescritte in farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)**

<b>N° confezioni</b>				
<b>Molecola</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Var assoluta</b>	<b>Var %</b>
Sodio ossibato	1.632.701	2.438.067	805.366	49,3%
Metadoxina	5.149	8.317	3.168	61,5%
Naltrexone	8.505	8.335	-170	-2,0%
Disulfiram	36.093	17.141	-18.952	-52,5%
<b>Totale</b>	<b>1.682.448</b>	<b>2.471.860</b>	<b>789.412</b>	<b>46,9%</b>

**Tabella 4**

**Spesa farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)**

<b>Spesa non convenzionata</b>				
<b>Molecola</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Var. assoluta</b>	<b>Var. %</b>
Sodio ossibato	3.629.586	5.227.689	1.598.103	44,0%
Naltrexone	69.575	105.849	36.274	52,1%
Disulfiram	262.842	288.516	25.675	9,8%
Metadossina	28.037	44.546	16.508	58,9%
<b>Totale</b>	<b>3.990.040</b>	<b>5.666.600</b>	<b>1.676.560</b>	<b>42,0%</b>

Nel 2009 il valore complessivo dell'incidenza dei medicinali impiegati nel trattamento dell'alcoldipendenza sulla spesa farmaceutica a carico del SSN ha fatto registrare un rilevante incremento (tab.5), interrompendo la tendenza alla diminuzione in atto dal 2006.

La spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) è pari infatti a 6,2 milioni di euro, con un incremento del 39% rispetto all'anno precedente.

Inoltre, pur escludendo il naltrexone, la spesa complessiva conseguente all'esclusivo trattamento della dipendenza da alcol ammonterebbe nel 2009 a circa 5,8 milioni di euro, con un incremento di quasi 1,7 milioni rispetto all'anno precedente (+41%). Tale incremento risulta sostanzialmente derivante dall'aumento della prescrizione del sodio ossibato.

**Tabella 5**  
**Spesa farmaceutica totale (convenzionata + non convenzionata) per i farmaci per la cura della dipendenza da alcol (EURO)**

<b>Anno</b>	<b>Spesa convenzionata</b>	<b>Spesa non convenzionata</b>	<b>Spesa totale</b>	<b>% conv.</b>	<b>% non conv.</b>
<b>2006</b>	446.142	5.037.411	5.483.553	8,1%	91,9%
<b>2007</b>	479.291	4.007.262	4.486.552	10,7%	89,3%
<b>2008</b>	480.466	3.990.040	4.470.506	10,7%	89,3%
<b>2009</b>	544.176	5.666.600	6.210.776	8,8%	91,2%

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

La Consulta nazionale sull'alcol, prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 e presieduta dal Ministro del Lavoro e Politiche Sociali, è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199.

I suoi componenti durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

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

Dal Maggio 2008, con l'inizio dell'attuale legislatura, la presidenza della Consulta è stata assunta dal Sottosegretario del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali Eugenia Roccella.

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 nelle sessioni parallele, alcune aree tematiche fondamentali:

- consumi di alcol e impatto alcolcorrelato
- stili di vita e cultura del bere in Italia
- panorama europeo: indirizzi e buone pratiche
- istituzioni, società civile e problematiche alcolcorrelate: ruoli e priorità
- sistema dei servizi pubblici e privati accreditati
- auto-mutuo aiuto, volontariato e associazionismo
- giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia
- politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita
- guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto.

Le 5 sessioni parallele della Conferenza si sono incentrate ed hanno approfondito in particolare i seguenti argomenti:

- il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati

- il ruolo della società civile: auto mutuo aiuto, volontariato e associazionismo
- i giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia
- le politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita
- guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto.

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

Nel corso del 2009 la Consulta si è riunita 3 volte.

Nella riunione del 5 febbraio 2009 è stato analizzato l'esito dei lavori della I Conferenza Nazionale sull'alcol, mentre nella riunione del 27 febbraio 2009 sono stati approvati uno stanziamento di apposite risorse e la pubblicazione, sul supplemento della Rivista della Società Italiana di Alcolgia, di un documento di sintesi relativo agli atti della Conferenza stessa.

Il 18 ottobre 2009 si è esaurito il triennio del secondo mandato della Consulta ed i suoi componenti hanno pertanto, nell'ambito di una successiva riunione conclusiva svoltasi il 24 novembre 2009, concluso i lavori indicando, onde favorire la continuità delle future attività con quelle svolte negli anni precedenti, le priorità e le tematiche che sarebbe opportuno affrontare nel prossimo triennio di vigenza della Consulta stessa.

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 dell'organismo giunto alla scadenza del suo mandato, chiedendo alle Amministrazioni interessate di formulare le designazioni di competenza.

## PARTE SECONDA

### **5. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125.** **Anno 2008**

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

Al 31.12.2008 sono stati rilevati 459 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 19 Regioni e P.Autonome: il 95,9% sono di tipo territoriale, il 2,6% di tipo ospedaliero e l'1,5% 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 2008 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.886 unità di personale: 671 addette esclusivamente (17,3% del totale) e 3.215 addette parzialmente (82,7% 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 l'Abruzzo dove sono più frequenti gli addetti esclusivi (rispettivamente, 69,8% e 55,6%).

La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli infermieri professionali (28,0%), seguiti dai medici (21,9%), dagli assistenti sociali (15,6%) e dagli psicologi (15,5%); gli addetti parziali sono più frequentemente infermieri professionali (24,8%), medici (22,9%) e psicologi (18,3%) (graf. 2-3).

Comunque, per il totale nazionale, in tutte le professionalità considerate la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori non scende al di sotto dell'80%.

La tabella 4 riporta per il periodo 1996-2008 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva nel 2008, per il personale esclusivo, un aumento per ogni qualifica considerata, in controtendenza rispetto agli anni più recenti; tale aumento appare particolarmente significativo se si considera che nel 2008 sono stati rilevati un numero più basso di servizi (459) rispetto al 2007 (472). Viceversa per il personale addetto parzialmente, tali valori sono sostanzialmente simili a quelli rilevati nell'ultimo triennio; siffatto andamento si conferma anche osservando la distribuzione del personale in termini percentuali.

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 48,7% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 22,7% e gli psicologi il 17,8%; il restante 10,7% 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 (21,9% vs 22,9%) e psicologi (15,5% vs 18,3%) e una maggiore presenza di operatori socio-sanitari (53,4% vs 47,7%).

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 la professionalità più frequente in ogni Regione (graf.4).

## 5.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2008<sup>1</sup> sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 66.548 soggetti alcoldipendenti (tab.6), valore superiore rispetto al 2007<sup>2</sup> (graf.5).

Il 36,7% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 20,4% del totale dei servizi o gruppi di lavoro rilevati (graf.6).

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, 14.048 e 11.162), mentre il valore più basso si registra in Molise con 125 utenti<sup>3</sup>.

Il 30,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 69,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 31,0% per i maschi e a 28,9% 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 (47,5%), la più bassa in Emilia Romagna (21,3%) (graf. 7).

Il rapporto M/F è pari a 3,4, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 77,4% dell'utenza totale), a 3,7 nei nuovi utenti e a 3,3 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano il 78,6% nei nuovi utenti e il 76,8% 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 (20.089 soggetti, pari al 30,2%), sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 28,1% e 31,1%).

Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,3% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,7% nei nuovi utenti e 76,3% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni sono al massimo il 15% (10,2% negli utenti totali, 15,3% nei nuovi utenti e 7,9% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli

---

<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).

individui di 60 anni e oltre (14,6% negli utenti totali, 12,0% nei nuovi utenti e 15,7% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 58,9% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,3% dei secondi; il 15,3% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale si dimezza (7,9%); viceversa gli ultracinquantenni sono il 30,8% per i nuovi utenti e il 39,2% 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 35,2% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 26,2% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 31,9% delle donne (29,7% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 25,0% e a 21,2%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,9% nei maschi e a 16,9% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate.

Nel tempo si evidenzia la tendenza all'aumento della frequenza della classe della classe 40-49 anni, sia nei nuovi utenti ma soprattutto in quelli già in carico. Per i nuovi utenti, inoltre, si nota la lieve flessione della classe "<20 anni" e la nuova crescita dal 2006 della classe 20-29 anni. Per gli utenti già in carico si rileva, infine, l'aumento degli ultrasessantenni arrivati nel 2008 al 15,7% (tab.8; graf. 8-9).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9). Nel 2008 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,6 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,0 rispetto a 44,7), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,6 vs 46,4); entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,4 vs 42,4 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,7 vs 45,8 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 e della Provincia autonoma di Trento, 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 maschi, una sostanziale stabilità per i nuovi utenti femmine e per i maschi già in carico e un lieve aumento per le femmine già in carico (tab.10; graf.10).

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

Nel 2008 (graf.11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (57,3%), seguito dalla birra (23,7%), dai superalcolici (10,5%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,9%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (25,0% vs 19,1% delle

femmine), mentre per il vino si osserva una percentuale più elevata di consumatori di sesso femminile (60,4% vs 56,4%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: per il vino, utilizzato in genere più frequentemente al Nord, si passa dal 68,2% del Piemonte al 40,9% della Sicilia; 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 29,6% in Molise) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (8,5% in Umbria e 8,0% nel Lazio).

Nel periodo 1996-2008 (graf. 12) vi è una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% a 23,7%) ed alla diminuzione prima e all'attuale stabilizzazione del consumo di vino (da 68,3% a 57,2%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, digestivi si osservano valori oscillanti intorno, rispettivamente, all'11% e al 5%.

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11) riguardano, rispettivamente, il 10,0% (6.667 utenti) e il 5,5% (3.632 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 38,9% del Lazio).

La prevalenza di utenti che fanno un uso concomitante di stupefacenti, nel 2008, in lieve diminuzione rispetto al 2007, interrompe l'andamento crescente rilevato recentemente, mentre quella degli utenti che abusano anche di farmaci resta sostanzialmente stabile intorno al 6% (tab.12).

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

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 13) si osserva che il 30,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 7,8% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 14,0% 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 10,3% degli utenti e sono principalmente consistiti in terapia individuale (65,0%) e terapia di gruppo o familiare (35,0%).

Il ricovero ha riguardato il 5,1% del totale degli utenti rilevati (3,7% in istituti pubblici, 1,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (62,3% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 66,9% 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 Molise; valori elevati si osservano, per il counseling, nella Provincia autonoma di Trento (53,5%) e per la psicoterapia (individuale o di gruppo) in Molise (28,5%) e in Liguria, Marche, Lazio, Campania e Basilicata (intorno al 16%); 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 (25,6%), in Emilia Romagna (19,1%) e in Molise (26,3%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Basilicata (7,6%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,6%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con l'11,7% dei casi; riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, il Friuli Venezia Giulia e il Lazio si contraddistinguono per un 5,9% 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 2008 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 2008 le funzioni indicate.

Come si può osservare, un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (87,6%) e ha definito (86,5%) e/o attuato (86,3%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dall'83,7% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (57,5%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (59,3%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (81,3%), con i servizi ospedalieri (79,3%) e con il medico di famiglia (77,3%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 66,0% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.

Nel 2008 solo per le attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, per la funzione di coordinamento con il medico di famiglia e con il servizio sociale pubblico continua la diminuzione osservata negli anni più recenti; per le restanti funzioni si osserva, viceversa, un aumento in controtendenza (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 2008 il 53,4% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 41,0% con gli A.A. e il 14,4% 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 46,2% e il 23,1% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 42,7% (40,9% nel 2007). Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati, sia con case di cura convenzionate (18,7%) che private (1,1%). 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 2008, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 2 cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati, con valori medi pari a 2,0 per le case di cura convenzionate e a 1,8 per quelle private, mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

PAGINA BIANCA

**TABELLE E GRAFICI**

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2008

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				TOTALE
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	
PIEMONTE	58	0	0	0	58
VALLE D'AOSTA	1	0	0	0	1
LOMBARDIA	49	5	4	0	58
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	0	0	6
PROV.AUTON.TRENTO	10	0	0	0	10
VENETO	33	5	1	0	39
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	0	0	0	5
LIGURIA	5	0	0	0	5
EMILIA ROMAGNA	45	0	0	0	45
TOSCANA	39	0	1	0	40
UMBRIA	8	0	0	0	8
MARCHE	15	0	0	0	15
LAZIO	32	1	0	0	33
ABRUZZO	4	0	0	0	4
MOLISE	2	0	0	0	2
CAMPANIA	32	0	0	0	32
PUGLIA	48	0	0	0	48
BASILICATA	6	0	0	0	6
CALABRIA	0	0	0	0	0
SICILIA	43	0	1	0	44
SARDEGNA	0	0	0	0	0
<b>ITALIA</b>	<b>440</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>459</b>