

3. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE¹

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 alcolico. Attualmente in Italia sono approvati per tale trattamento cinque farmaci: disulfiram, naltrexone cloridrato, sodio oxibato, metadoxina e acamprosato.

Come indicato nello schema della pagina seguente, tutte le molecole impiegate nel trattamento della dipendenza alcolica, tranne la metadoxina, sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, incluso l'acamprosato, farmaco *anticraving* che è stato inserito nella fascia di rimborsabilità (fascia A) solo nel maggio 2011.

La metadoxina resta ancora nella fascia di non rimborsabilità (fascia C).

Una nuova molecola (nalmefene), distribuita in Europa con il nome farmaceutico di "Selincro", è stata recentemente approvata per la sua commercializzazione dalla Commissione Europea (CHMP). Il nalmefene è di fatto il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol.

Al momento in Italia non si hanno ancora dati su questa molecola, anche se già autorizzata alla vendita nel nostro Paese, per la quale sta iniziando uno studio multicentrico valutativo di lancio e conoscenza.

Il disulfiram è utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione in quanto, a causa della sua interferenza con il metabolismo dell'alcol, provoca la manifestazione di sintomi sgradevoli all'assunzione di alcol.

Il naltrexone, antagonista oppioide orale ad azione di lunga durata, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol e 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.

L'acamprosato, derivato sintetico della taurina che presenta una somiglianza strutturale con l'acido gamma amino butirrico (GABA), riduce la trasmissione glutaminergica e modula l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica; esso è pertanto utilizzato nell'assistenza dei pazienti alcolodipendenti in associazione con un sostegno psicologico individuale e di gruppo.

Il sodio oxibato, 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.

La metadoxina, molecola presente nel sistema nervoso centrale, agisce riducendo l'alcolemia e la durata di azione di esposizione dei tessuti all'azione lesiva dell'alcol, oltre ad esercitare un'azione centrale sul GABA, riducendo il desiderio compulsivo e aggressivo e migliorando quindi le relazioni sociali.

¹ Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Codice AIC	ATC	Principio attivo	Nome specialità	Regime rimborsabilità e fornitura
034208013	N07BB03	ACAMPROSATO	CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	Classe A/RR
004308019	N07BB01	DISULFIRAM	ANTABUSE DISPERG.*24CPR 400MG	Classe C/RR
010681029	N07BB01	DISULFIRAM	ETILTOX*30CPR 200MG	Classe A/RR
025316011	N07BB	METADOXINA	METADOXIL*30CPR 500MG	Classe C/RR
025316023	N07BB	METADOXINA	METADOXIL*10F 5ML 300MG/5ML	Classe C/RR
025316035	N07BB	METADOXINA	METADOXIL*OS SOL 10FL 15ML500M	Classe C/RR
025855014	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*10CPS 50MG	Classe A/RR
025855065	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*OS 10FL 50MG/10ML	Classe A/RR
025855077	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE*14CPS 50MG	Classe A/RR
025969039	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	NALOREX*14CPR RIV 50MG	Classe A/RR
040955027	N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	NALTREXONE ACC*14CPR RIV 50MG	Classe A/RR
027751066	N07BB	SODIO OXIBATO	ALCOVER*OS SOLUZ 140ML 17,5%	Classe H/RNR
027751078	N07BB	SODIO OXIBATO	ALCOVER*OS 12FL 10ML SOL 17,5%	Classe H/RNR

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 del trattamento della dipendenza alcolica sulla spesa farmaceutica a carico del SSN vengono qui analizzati i consumi e la spesa convenzionata (canale farmacie) e non convenzionata (canale strutture pubbliche) relativi ai soli farmaci che presentano una indicazione unicamente specifica per il trattamento

della dipendenza da alcol. Inoltre i dati relativi alla prescrizione in ambito ospedaliero dei farmaci oggetto di analisi sono comprensivi sia dei consumi interni alla struttura ospedaliera che della eventuale distribuzione territoriale (distribuzione diretta e distribuzione per conto). Il dato di consumo è espresso in dosi giornaliere (o giornate di terapia).²

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

Nel 2012 sono state dispensate, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, 1.470.652 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.1F). Il 75% di queste dosi è rappresentato dalla specialità medicinale a base di disulfiram. Rispetto all'anno precedente si è verificato un lieve aumento dei consumi complessivi (+7%) dovuto al consumo di acamprosato (+153%); mentre per tutte le altre molecole si registra una riduzione dei consumi, con diminuzioni massime del 26% relative alla metadoxina.

Tab. 1F
DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA CONVENZIONATA
(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

Molecola	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB01 - DISULFIRAM	1.161.816	1.096.644	-65.172	-6
N07BB03 - ACAMPROSATO	109.706	277.478	167.771	153
N07BB04 - NALTREXONE	104.608	96.062	-8.546	-8
N07BB - METADOXINA	635	468	-167	-26
Totale complessivo	1.376.765	1.470.652	93.887	7

Dosi prescritte farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)

Nel 2012 sono state acquistate dalle strutture pubbliche 4.352.549 dosi di medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica (tab.2 F).

Il 94% dei consumi totali è rappresentato da sodio oxibato e disulfiram, con una quota parte del 47% ciascuno.

Rispetto all'anno precedente si registra un incremento del numero di dosi consumate pari al 7%, attribuibile sostanzialmente all'incremento dell'utilizzo dell'acamprosato (+ 166%). Come nei consumi territoriali, la metadoxina mostra la riduzione massima (-35%).

²

Il dato di consumo del sodio oxibato (farmaco Alcover) è stato aggiornato relativamente al periodo 2007 - 2011 a seguito di alcune incongruenze emerse nella trasmissione dei dati alla banca dati centrale della tracciabilità del farmaco da parte dell'azienda.

Tab. 2F

DOSI PRESCRITTE FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Molecola	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	2.107.717	2.042.566	-65.151	-3
N07BB01 - DISULFIRAM	1.766.112	2.041.812	275.700	16
N07BB03 - ACAMPROSATO	57.653	153.484	95.832	166
N07BB04 - NALTREXONE	108.304	104.362	-3.942	-4
N07BB - METADOXINA	15.892	10.325	-5.567	-35
Totale complessivo	4.055.678	4.352.549	296.871	7

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2012 è stato di 1.043.052 euro (tab.3F). Il 64% della spesa totale è rappresentato dall'acamprosato.

Rispetto all'anno precedente si registra un incremento della spesa farmaceutica convenzionata pari al 45%, attribuibile ai nuovi acquisti relativi all'acamprosato (+151%). Analogamente a quanto accade per i consumi, per tutte le altre molecole si registra una riduzione della spesa, con riduzioni massime del 25% e del 24% relative, rispettivamente, al naltrexone e alla metadoxina.

Tab. 3F

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA
(TRAMITE LE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO)

Spesa convenzionata	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB03 - ACAMPROSATO	266.396	669.817	403.421	151
N07BB04 - NALTREXONE	261.768	195.038	-66.730	-25
N07BB01 - DISULFIRAM	189.126	177.784	-11.342	-6
N07BB - METADOXINA	546	414	-133	-24
Totale complessivo	717.835	1.043.052	325.217	45

Spesa farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2012 è stato di 6.005.453 euro (tab.4 F). Analogamente a quanto accade per i consumi, la spesa per il sodio oxibato rappresenta una buona parte (88%) del valore complessivo della spesa per i farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol.

Rispetto all'anno precedente si registra una contrazione della spesa farmaceutica non convenzionata pari al 16%, attribuibile alla riduzione di spesa per tutte le molecole con l'eccezione dell'acamprosato (+166%).

Tale contrazione di spesa interrompe il trend in crescita riscontrabile negli ultimi anni (+25% tra il 2010 e il 2011, + 0,9% tra il 2009 e il 2010, +42% tra il 2008 e il 2009).

Tab. 4F

SPESA FARMACEUTICA NON CONVENZIONATA
(TRAMITE LE STRUTTURE PUBBLICHE)

Spesa non convenzionata	2011	2012	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	5.595.533	5.305.274	-290.260	-5
N07BB01 - DISULFIRAM	1.353.382	355.480	-997.903	-74
N07BB03 - ACAMPROSATO	92.317	245.327	153.010	166
N07BB04 - NALTREXONE	101.125	89.899	-11.227	-11
N07BB - METADOXINA	14.114	9.475	-4.639	-33
Totale complessivo	7.156.472	6.005.453	-1.151.019	-16

Il trend del consumo farmaceutico totale (convenzionata + non convenzionata)

Il consumo complessivo (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel 2012 a 5.823.201 dosi (tab.5 F). Circa il 75 % di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle strutture pubbliche (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto); il restante 25 % è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

Tra il 2011 e il 2012 i consumi complessivi sono aumentati del 7%, in uguale misura nella farmaceutica convenzionata e in quella non convenzionata.

Tra il 2007 e il 2012 l'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del 26% (rispettivamente, + 25% per la farmaceutica non convenzionata e + 29 % per quella convenzionata).

Tab. 5F
TREND DEL CONSUMO FARMACEUTICO TOTALE
(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di consumo (dosi)					
Periodo	Conv.	non conv.	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	1.470.652	4.352.549	5.823.201	25	75
Totale complessivo	8.028.231	21.391.147	29.419.378	27	73
Var % 2007-2012	29	25	26		
Var % 2011-2012	7	7	7		

Il trend della spesa farmaceutica totale (convenzionata + non convenzionata)

La spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a 7.048.505 euro per l'anno 2012 e a 36.188.152 euro per il periodo 2007-2012 (tab.6 F). Il 90% della spesa degli ultimi 6 anni è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture pubbliche (comprendente i consumi sia di ambito ospedaliero che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto); il restante 10% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Tra il 2011 e il 2012 la spesa farmaceutica complessiva è diminuita del 10% (registrando, rispettivamente, +45% nella farmaceutica convenzionata e -16% nella farmaceutica non convenzionata).

Tra il 2007 e il 2012 invece l'andamento della spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del 57% (rispettivamente, + 118% la farmaceutica convenzionata e +50 % quella non convenzionata).

In conclusione, come mostrano le tabelle 5F e 6F, l'andamento generale dei consumi farmaceutici registra un'equa distribuzione delle prescrizioni tra l'ambito territoriale e quello ospedaliero; mentre la spesa dei farmaci considerati mostra uno spostamento delle prescrizioni verso il canale delle farmacie aperte al pubblico, attribuibile alla comparsa dei nuovi acquisti relativi all'acamprosato a partire dall'anno 2011.

Tab. 6 F
TREND DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE
(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di spesa (euro)					
Periodo	conv.	non conv.	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
Totale complessivo	3.754.221	32.433.932	36.188.152	10	90
Var % 2007-2012	118	50	57		
Var % 2011-2012	45	-16	-10		

PARTE SECONDA

4. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 - ANNO 2012

4.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2012 sono stati rilevati 454 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza: il 91,4% sono di tipo territoriale, lo 0,4% di tipo ospedaliero e lo 0,2% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

In totale nel 2012 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.306 unità di personale: 837 addette esclusivamente (19,4% del totale) e 3469 addette parzialmente (80,6% del totale) (tab.3).

Dalla distribuzione percentuale del personale per tipo di rapporto a livello territoriale si osserva che in quasi tutte le Regioni, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, dell'Abruzzo e del Molise, si hanno proporzioni più elevate di addetti parziali.

Gli addetti esclusivi sono più frequentemente infermieri professionali (28,8%), medici (24,1%), psicologi (15,8%) e assistenti sociali (15,2%); gli addetti parziali sono rappresentati per il 25,3% da infermieri professionali, per il 23,6% da medici e per il 17,0% da psicologi (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 78,5% per gli infermieri professionali ed è uguale o superiore all'80% per le altre professionalità.

La tabella 4 riporta per il periodo 2005-2012 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva un generale aumento del personale nel 2012.

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 52,3% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 24,1% e gli psicologi il 15,8%; il restante 7,8% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo per qualifica presenta, rispetto a quella del personale parziale, una percentuale simile di medici (23,6% circa) e di psicologi (17,0% circa); lievemente più bassa è la percentuale di operatori socio sanitari (48,9% vs 49,6%).

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).

4.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2012 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro, rilevati alla data della presente relazione, 69.770 soggetti alcoldipendenti (tab.6; graf.5).^{1 2}

Il 29,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 70,4% 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 29,8% 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 in Calabria (50,8%), la più bassa in Liguria (16,1%) (graf. 6).

Il rapporto M/F è pari a 3,5 per gli utenti totali e per gli utenti già in carico o rientrati e a 3,7 per i nuovi utenti; a livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.

L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (21.787 soggetti, pari al 31,2%), sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 29,3% e 32,0%).

Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,9% di tutti gli alcoldipendenti in esame (73,3% nei nuovi utenti e 76,9% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni sono pari al 9,1% negli utenti totali, al 13,7% nei nuovi utenti e al 7,3% nei vecchi utenti. Non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (14,8% negli utenti totali, 12,9% nei nuovi utenti e 15,6% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 62,1% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 72,8% dei secondi; il 13,7% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 7,3%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 32,8% per i nuovi utenti e il 40,8% 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 31,8% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 24,8% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 32,4% delle donne (30,9% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 25,9% e a 23,0%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 14,3% nei maschi e a 16,8% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate.

1 È 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.

2 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.

Nel tempo si osserva la recente crescita della classe 40-49 anni, in particolare per i vecchi utenti di tutte le tipologie di utenti, e la flessione della classe 30-39 anni.

In particolare per i nuovi utenti si nota una stabilizzazione per la classe 20-29 anni, che interrompe quindi il trend crescente che aveva caratterizzato questa fascia di età dal 2006, nonché una lieve flessione per la classe al di sotto dei vent'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 2012 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,9 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,3 rispetto a 45,5), 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 (43,9 vs 46,8). Entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 44,9 vs 43,6 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 48,2 vs 46,2 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 un aumento dell'età media nei sottogruppi esaminati ad eccezione dei nuovi utenti femmine (tab.10; graf.9).

4.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2012 (graf.10-11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (62,8%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (8,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,6%).

La birra risulta prevalentemente più consumata dai maschi (21,7% vs 19,0% delle femmine), così come il vino (63,0% vs 62,0%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, digestivi l'uso è più elevato tra le femmine (rispettivamente, 9,9% e 5,0% nelle femmine vs 8,2% e 3,2% 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, a parte qualche eccezione, per un maggior uso oltre che di birra anche di superalcolici e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (10,0% in Umbria).

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11-12) riguardano, rispettivamente, il 9,0% (6.250 utenti) e il 3,7% (2.569 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale.

4.4. I modelli di trattamento

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 13) si osserva che il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 6,3% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 13,5% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in

comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,6% degli alcoldipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,0% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (68,2%) e nella terapia di gruppo o familiare (31,8%).

Il ricovero ha riguardato il 4,0% del totale degli utenti rilevati (2,8% in istituti pubblici, 1,2% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (67,9% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 75,0% 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 Liguria e in Emilia Romagna; valori elevati si osservano, per il *counseling*, nella Provincia autonoma di Trento (69,9%) e per la psicoterapia (individuale o di gruppo) in Molise (21,4%); 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 Emilia Romagna e in Puglia (22,4%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (10,9%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,7%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con il 10,3% dei casi.

Ovviamente un'interpretazione più completa e corretta di queste informazioni potrebbe derivare 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.

4.5. 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 2012 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*".

Nelle tabelle 14-15 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 2012 le funzioni indicate.

Come si può osservare, un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (88,5%) e ha definito (88,1%) e/o attuato (88,1%) 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 (61,5%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (68,1%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (83,9%), con i servizi ospedalieri (80,4%) e con il medico di famiglia (80,2%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 76,0% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.

4.6. 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 2012 il 55,0% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,3% con gli A.A. e il 14,3% 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 46,3% e il 25,8% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 40,7%.

Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, in questo caso 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 2012, ogni servizio ha collaborato con 9 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità terapeutiche e 5 cooperative sociali; sono comunque presenti ampie differenziazioni a livello regionale.

TABELLE E GRAFICI

PAGINA BIANCA

Tab.I- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2012

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				TOTALE
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	
PIEMONTE	66	-	-	-	66
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	49	-	-	-	49
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	10	-	-	-	10
VENETO	31	1	-	-	32
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	5	-	-	-	5
EMILIA ROMAGNA	11	-	-	34	45
TOSCANA	40	-	1	-	41
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	30	-	-	-	30
ABRUZZO	4	-	-	-	4
MOLISE	6	-	-	-	6
CAMPANIA	42	-	-	-	42
PUGLIA	11	-	-	-	11
BASILICATA	6	-	-	-	6
CALABRIA	2	-	-	-	2
SICILIA	48	-	-	2	50
SARDEGNA	17	-	-	-	17
ITALIA	415	2	1	36	454

Tab.2 - NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

ANNI	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				TOTALE
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	
1996	256	20	2	2	280
1997	266	19	4	0	289
1998	245	16	2	5	268
1999	320	12	2	10	344
2000	299	13	3	0	315
2001	307	14	2	1	324
2002	398	14	9	2	423
2003	412	14	10	1	437
2004	427	18	10	2	441
2005	390	13	9	0	412
2006	432	13	8	2	455
2007	452	10	10	0	472
2008	440	12	7	0	459
2009	488	17	9	0	514
2010	318	4	2	0	324
2011	397	4	1	0	402
2012	415	2	1	36	454