

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2014 è stato di 1.035.039 euro (**tabella 17**). Il 57% della spesa totale è rappresentato dall'acamprosato, seguito dal disulfiram (23%) e dal naltrexone (19%).

Rispetto all'anno precedente, si registra una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata del -14%, attribuibile sostanzialmente alla diminuzione degli acquisti relativi all'acamprosato (-25%). Analogamente a quanto accade per i consumi, sia il nalmefene (+100%) che il disulfiram (+18%) continuano a registrare un incremento della spesa.

Tabella 17

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

Spesa convenzionata	2013	2014	Var.	Var. %
N07BB - METADOXINA	292	315	23	8
N07BB - NALMEFENE CLORIDRATO	381	762	381	100
N07BB01 - DISULFIRAM	202.177	239.097	36.920	18
N07BB03 - ACAMPROSATO	792.683	593.238	-199.446	-25
N07BB04 - NALTREXONE	202.393	201.628	-765	0
Totale complessivo	1.197.926	1.035.039	-162.887	-14

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Spesa farmaceutica non convenzionata (tramite le strutture pubbliche)

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2014 è stato di 7.079.530 euro (**tabella 18**). Analogamente a quanto accade per i consumi, la spesa per il sodio oxibato rappresenta una buona parte (81%) del valore complessivo della spesa per i farmaci indicati nel trattamento della dipendenza da alcol.

Rispetto all'anno precedente si registra un aumento della spesa farmaceutica non convenzionata pari al 12%. Tale incremento è attribuito, come per i consumi, alla rilevante crescita degli acquisti dell'acamprosato (+47%) e del disulfiram (+41%).

Tabella 18

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

Spesa non convenzionata	2013	2014	Var.	Var. %
N07BB - SODIO OXIBATO	5.393.182	5.723.765	330.583	6
N07BB - METADOXINA	39.017	38.378	-639	-2
N07BB01 - DISULFIRAM	231.223	325.416	94.193	41
N07BB03 - ACAMPROSATO	579.690	849.505	269.816	47
N07BB04 - NALTREXONE	91.728	84.307	-7.421	-8
N07BB - NALMEFENE CLORIDRATO		58.158	58.158	
Totale complessivo	6.334.839	7.079.530	744.691	12

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

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

Il consumo complessivo farmaceutico (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta nel periodo intercorrente dal 2007 al 2014 a 46.817.401 dosi (**Tabella 19**). Il 75% circa 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.

L'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) è aumentato nel 2014 rispetto al 2007 del +49% (rispettivamente + 45% la farmaceutica non convenzionata e + 60% per quella convenzionata). Nel 2014 rispetto all'anno precedente 2013, il consumo è diminuito del -35% (rispettivamente -43% la farmaceutica non convenzionata e +9% la farmaceutica convenzionata).

Tabella 19

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
2013	1.677.670	8.850.246	10.527.916	16	84
2014	1.823.989	5.046.118	6.870.107	27	73
Totale complessivo	11.529.890	35.287.511	46.817.401	25	75
Var % 2007-2014	60	45	49		
Var % 2013-2014	9	-43	-35		

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

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 nel periodo intercorrente dal 2007 al 2014 a 51.835.487 euro (**Tabella 20**). L'88% della spesa 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 12% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

Tra il 2007 e il 2014 l'andamento della spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) ha registrato un aumento del +81% (rispettivamente: + 117% la farmaceutica convenzionata e +76 % quella non convenzionata); mentre, nel 2014, rispetto al 2013 la spesa è aumentata del +8% (rispettivamente +12% la farmaceutica non convenzionata mentre si è registrato un -14% per la farmaceutica convenzionata).

Tabella 20

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
2013	1.197.926	6.334.839	7.532.765	16	84
2014	1.035.039	7.079.530	8.114.569	13	87
Totale complessivo	5.987.186	45.848.301	51.835.487	12	88
Var % 2007-2014	117	76	81		
Var % 2013-2014	-14	+12	+8		

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

In conclusione, come si evince dalle analisi (**tabelle 19 e 20**), l'andamento generale dei consumi e della spesa farmaceutica registrano uno spostamento delle prescrizioni verso le strutture pubbliche, attribuibile al forte incremento dell'utilizzo dell'acamprosato e del disulfiram. La spesa di questi farmaci registra una riduzione delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile alla diminuzione degli acquisti dell'acamprosato, facendo ipotizzare uno spostamento degli acquisti di questo medicinale dalle farmacie territoriali verso le strutture sanitarie pubbliche.

PARTE SECONDA

3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 - ANNI 2013-2014

Introduzione

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 **Anni 2013-2014**

Al 31.12.2013 e al 31.12.2014 sono stati rilevati circa 500 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; oltre il 90 % sono di tipo territoriale (tab.1-2; graf.1).

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2013 e nel 2014 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza circa 4.600 unità di personale la maggior parte delle quali (intorno all'80%) sono addette solo parzialmente a tali attività (tab.3-4; graf.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 (26,2%), per i medici (23,7%) e per gli psicologi (16,9%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (29,8%), mentre quella dei medici rimane stabile, intorno al 23%, anche negli addetti parziali (graf. 2-3-4).

3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2013 e nel 2014³ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati rispettivamente 69.880 e 72.784 soggetti (tab.5). L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati (graf.5).

Circa il 28% 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.

Il rapporto M/F è pari a 3,5-3,6 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 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Oltre il 70% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano circa il 9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari a circa il 15% (tab.6).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2014 si osserva che il 12,4% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 6,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 35,5% per i nuovi utenti e il 43,4% 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): sempre nel 2014, il 28,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni

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.

rispetto al valore analogo di 22,0% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 39,9% nei maschi e al 45,5% 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.6).

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2013-2014 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (circa 50%), seguito dalla birra (circa 25%), dai superalcolici (circa 11%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (circa 5%) (Tab.8-9, Graf.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 il sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (nel 2014 tutte le regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici.

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2014 il 25,7% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,8% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,8% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,5% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,1% del totale degli utenti rilevati (2,7% 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 (Tab.10-11-12, Graf.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 (tabelle 22a-22b).

Si osserva che nel 2014 il 52,8% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 39,9% con gli A.A. e il 14,1% 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 44,4% e il 22,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 37,1%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (18,3%) o private (0,2%). 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).

ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

Le associazioni di Auto Mutuo Aiuto (AMA) sono formate da persone che condividono lo stesso problema, con lo scopo di aiutarsi reciprocamente. Le più note associazioni nel settore dell'alcoldipendenza sono di seguito rappresentate.

Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali - AICAT

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcologici 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 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 o Sociale ai problemi alcol-correlati e complessi). L'AICAT è un'associazione no-profit che coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcologici Territoriali (CAT), che è la nuova denominazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento adottata dopo il Congresso AICAT di Paestum del 2010.

I Club Alcologici Territoriali sono comunità multifamiliari presenti su tutto il territorio nazionale e organizzati in 230 Associazioni territoriali (ACAT o APCAT) e 18 associazioni regionali (ARCAT).

I Club lavorano secondo i principi e 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 disturbi (es.: problemi psichici, gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare; rapporto problematico con internet; lo shopping, ecc.), stimolando un processo di cambiamento di stile di vita orientato alla riconquista della propria salute e libertà.

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

Fanno parte del Club anche un "servitore-insegnante" nonché coloro che scelgono di fungere da "famiglia sostitutiva" delle persone sole con problemi alcol-correlati e complessi. Elemento chiave dell'attività dei Club in quanto gruppi di auto-mutuo aiuto è la convinzione che problemi come l'alcolismo possono essere meglio affrontati dalle persone che li hanno vissuti in prima persona. Nel Club l'attenzione viene focalizzata, più che sul rapporto che una persona ha con l'alcol o altre sostanze d'abuso, sulla persona stessa nella sua totalità e complessità, tenendo conto anche del contesto familiare e sociale in cui essa è inserita. In particolare i problemi di un alcolista sono considerati problemi dell'intera famiglia, che viene quindi anch'essa seguita e aiutata a modificare il proprio stile di vita e a crescere e maturare assieme alla persona alcolista.

Attività e Servizi promossi o sostenuti dall'AICAT

- I Congressi: l'AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti di Club e il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- I Servizi.
- Il Numero Verde 800 974250
- Il Sito WEB: **www.aicat.net**
- La Banca Dati

Collaborazioni:

- La rivista dei CAT “Camminando Insieme”
- L'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale sull'Alcol
- La SIA (Società Italiana di Alcologia)
- La ConVol (Conferenza Nazionale Associazioni di Volontariato)
- EURO CARE (network europeo per lo Studio la Ricerca e l'Advocacy sull'alcol)
- La “Scuola Europea di Psichiatria ed Alcologia Ecologica” per i programmi di formazione internazionale secondo il metodo Hudolin.
- La WACAT (Associazione Mondiale dei Club degli Alcolisti in Trattamento).

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 Club Alcologici Territoriali (CAT) nelle diverse regioni d'Italia. La Banca Dati è una fotografia sul lavoro dei Club Alcologici Territoriali, delle associazioni e dei programmi di attività ad essi collegati, scattata con cadenza annuale grazie ai contributi delle associazioni regionali e alla regia di un gruppo di lavoro nazionale coordinato dall'ARCAT Veneto.

I dati più attuali disponibili - pubblicati nel 2013- risalgono all'anno 2011, anno in cui è stata effettuata l'ultima rilevazione su scala nazionale. Oltre a quello nazionale, esistono anche Report regionali anche più recenti tra cui quello della Toscana, che risale all'anno 2013.

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

Le Regioni che hanno partecipato a questa ultima raccolta sono state 19.

Nel 2011, quindi, sono state raccolte:

- 18 schede ARCAT
- 182 schede ACAT
- 1.221 schede Club servitore insegnante

L'organizzazione delle ARCAT

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

Dai dati rilevati si osserva come i corsi di sensibilizzazione organizzati in Italia siano una trentina, in calo nell'ultimo anno; essendo frequentati da una media di 35-40 persone, si può stimare che nel 2011 in Italia sono state “sensibilizzate” circa un migliaio di persone.

Il 76% delle ARCAT partecipa a qualche forma di coordinamento con le Consulte di Volontariato, il 56% con le Amministrazioni Regionali. Mettendo insieme le varie forme di

sovvenzione economica, il 50% delle ARCAT (era il 32% nel 2010) ha ricevuto qualche forma di finanziamento: 7 ARCAT da amministrazioni regionali, 5 da consulte di volontariato.

Il lavoro di rete sembra migliorato nel 2011 rispetto al 2010, ma ci sono ancora alcune regioni molto popolate come la Campania, la Lombardia e il Lazio che hanno dichiarato di non partecipare ad alcun tavolo di lavoro in Regione o nelle Consulte di Volontariato.

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 Club in Italia

Le ACAT censite in Italia sono in totale 257, 182 di queste hanno inviato la scheda (70,8% fra tutte le ACAT, 90,5% fra le ACAT associate).

Dalle schede ACAT si rilevava il numero di Club presenti nel territorio (2.041 nel 2011). Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, “contare” i Club non è risultato semplice. Dal 2010, inoltre, si è cominciato a differenziare i Club associati in ARCAT dagli altri Club.

In generale negli ultimi 10 anni i Club in Italia sono diminuiti del 9%, ed anche la loro densità è passata da un Club ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2000 ad un Club ogni 30.000 abitanti nel 2011.

I Club 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 storico si possono considerare tre gruppi di Regioni:

- ci sono regioni con un incremento dei Club: la Sardegna, con un raddoppio del numero dei Club (da 53 a 95), il Molise (da 4 a 10 Club), il Lazio (da 29 a 42), l'Umbria (da 32 a 44 Club), ma anche Marche e Alto Adige;
- dall'altra parte, si registrano situazioni critiche: in Calabria in 10 anni sono stati persi i $\frac{3}{4}$ dei Club (da 46 a 12). In Piemonte i Club si sono dimezzati; la Val d'Aosta è in difficoltà;
- nelle rimanenti regioni si registrano situazioni sostanzialmente stabili o comunque con lievi decrementi.

E' interessante andare a vedere anche quanti Club sono stati aperti e sono stati chiusi nelle varie Regioni negli ultimi due anni. Ogni anno in Italia vengono aperti una settantina di nuovi Club, mentre ne vengono chiusi 90-100 ogni anno. Le Regioni in cui si aprono di più nuovi club sono il Veneto, la Toscana e la Sardegna. Le Regioni in cui se ne chiudono di più sono sempre il Veneto con l'Emilia Romagna e il Trentino.

Per quanto riguarda la diffusione capillare dei Club si osserva che nel Nord-Est (Friuli V. G., Veneto, provincia autonoma di Trento e Bolzano ed Emilia Romagna) si concentrano più della metà dei CAT italiani (1.066), uno ogni 10.922 abitanti. Anche nella Sardegna i Club sono molto diffusi.

All'opposto si evidenzia in alcune regioni del Centro Sud una grossa difficoltà nella diffusione dei Club, con un numero di abitanti per ogni Club superiore ai 100.000: la Campania (un Club ogni 216 mila abitanti), la Calabria (un Club ogni 167 mila abitanti), la Sicilia (un Club ogni 158 mila abitanti) e il Lazio (un Club ogni 136 mila abitanti).

Per quanto riguarda le attività formative organizzate nel territorio delle ACAT si è rilevato che la Scuola Alcolologica Territoriale 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 al 2010, in particolare la SAT 3.

Relativamente alle collaborazioni 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 SerT o le Alcologie. Viene confermato anche in questo caso il buon rapporto con le consulte di Volontariato (64-66%). Ancora una volta si nota un leggero peggioramento rispetto alle iniziative di coordinamento del 2010.

Le famiglie nel Club

Mediamente nell’anno 2011 hanno frequentato ciascun Club 8,6 famiglie, mentre le famiglie presenti nel mese di dicembre erano 6,6. Ipotizzando valido questo dato per tutti i Club italiani, è possibile stimare che nel corso del 2011 i 2.041 Club sono stati frequentati da 17.275 famiglie. Rispetto al 2001 il calo è di più di 2.000 famiglie.

Negli ultimi due/tre anni il numero delle famiglie sembra essersi stabilizzato.

Il dato che definisce l’effettiva dimensione dei Club è il numero di famiglie presenti a dicembre pari a 6,6 famiglie per Club. Nei Club italiani a fine anno 2011 c’erano circa 13.500 famiglie⁴, di cui circa 2.790 nuove (negli anni il numero di famiglie nuove varia dalle 2.700 alle 3.000). Rispetto alla numerosità dei Club si evidenzia un 15-17% di Club “piccoli” (da 0 a 3 famiglie) ed un 6% circa di Club da moltiplicare (con 12 o più famiglie).

Il servitore insegnante

Il 97% dei Club ha un servitore insegnante. Ritenendo valido tale dato per tutti i Club italiani, si può stimare che 64 Club nel 2011 sono senza servitore insegnante (SI). Va considerato poi che il 4,6% dei servitori insegnanti dichiara di prestare servizio in due Club e lo 0,5% in più di due Club.

E’ pertanto possibile quantificare per l’anno oggetto di indagine un “fabbisogno” di 167 servitori insegnanti (per i Club privi e per “alleggerire” quei servitori impegnati in più Club, per un totale sui Club del 8,2%).

Si conferma, dunque, la difficoltà a coinvolgere nei programmi nuovi servitori insegnanti, conseguenza anche dell’organizzazione di un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione. Tra i servitori abbiamo il 45,5% di maschi ed il 54,5% di femmine; poco più della metà di questi (53,8%) sono membri di Club.

Tra i SI membri di Club prevalgono i maschi, tra i servitori insegnanti non membri di Club prevalgono le femmine.

L’età media dei servitori insegnanti è di 53,6 anni nel 2011 (53,3 nel 2010).

Più della metà dei servitori insegnanti (53,7%) ha un’età pari/superiore ai 55 anni (erano il 51,6% l’anno precedente). A conferma del processo di “invecchiamento” dei servitori insegnanti, si consideri che nella rilevazione del 2000 l’età media degli stessi era di 45,2 anni.

Il 38,8% circa è servitore insegnante da più di 10 anni: 123 servitori 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 servitori insegnanti 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 servitori insegnanti si sono resi disponibili in attività di insegnamento.

⁴ Le stime si riferiscono alla totalità dei Club presenti nel territorio nazionale

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 Scuole Alcolologiche Territoriali di terzo modulo.

Anche in questo caso si nota un leggero peggioramento della situazione rispetto al 2010.

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 Club 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 servitori insegnanti; quest'ultimi stanno invecchiando. Infine alcune cariche nei Club ruotano poco.

I segnali positivi sono dovuti al fatto che è un movimento molto diffuso e ben radicato nell'Italia del Nord e nell'Italia Centrale (fino all'Umbria); in queste zone basta fare pochi chilometri per trovare un Club. Inoltre è un movimento dai costi bassissimi come dimostrato dal fatto che i servitori insegnati (SI) fanno servizio per il 70% 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, in gran parte, anche se non ovunque, c'è un buon lavoro di rete e un buon rapporto con il servizio pubblico.

Alcolisti Anonimi - AA

Alcolisti Anonimi (AA) è un'associazione di auto-mutuo aiuto in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima e mettono in comune la loro esperienza e capacità di aiuto con il fine di risolvere il comune problema di alcolismo. L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere. L'associazione si sostiene in modo completamente autonomo con i contributi dei soci, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi soci operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del Programma di recupero, ma esso riguarda solo i singoli membri e non l'associazione, che al contrario opera apertamente nella società tramite i suoi organi di servizio. L'anonimato ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti; tuttavia la sua funzione principale è quella di garantire una completa uguaglianza fra tutti i membri del gruppo, al di là delle differenze sociali, culturali, economiche e di storia personale; attraverso l'anonimato è più facile accettare e considerare tutti i membri del gruppo allo stesso modo, senza giudicare o escludere nessuno. L'anonimato inoltre garantisce che i membri aiutino i loro simili per puro spirito di servizio, senza attendersi in cambio niente che non sia la soddisfazione personale che ne ricavano, con un atteggiamento di umiltà che è una chiave molto importante dell'intero programma di recupero.

In Italia l'Associazione A.A. è attiva dal 1972 ed attualmente consta di circa 450 Gruppi presenti su tutto il territorio nazionale, soprattutto al centro-nord, che mediamente tengono due riunioni a settimana. La media dei membri del gruppo si aggira sulle 10/15 persone, la maggior parte delle quali frequentano con regolarità le riunioni. I giovani e le donne sono in costante aumento. Si lavora in stretta sinergia con i servizi sanitari e sociali territoriali: ove sono ubicati i gruppi sono aperti alla collaborazione con i Sert, con professionisti, sacerdoti, con operatori sociali e con qualsivoglia figura professionale sia disponibile. Questa collaborazione avviene nel rispetto delle reciproche competenze; talvolta, anche in ambiti regionali, viene formalizzata dalla stesura di protocolli. Gli A.A. collaborano anche con altre Associazioni quali Acat ed Al-Anon e 12 gruppi sono presenti nelle carceri italiane.

Nella tabella vengono quantificate tutte le attività esterne svolte dagli A.A.

ATTIVITA'	Abruzzo Molise	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli V. G.	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino Alto Adige	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto	Totale	
Collaborazioni con Sert o servizi analoghi	1	3	2	3	27	5	1	7	50	10	19	22	2	5	6				1	11	175
Collaborazioni con Ospedali e/o Alcologie	1	3	2	4	12	2	5	3	40		1	12	1	2		1	1			6	96
Collaborazioni con Comunità di recupero		3		2	7	1	1	1	12		5	18	1	1	1	1				1	55
Collaborazioni con Cliniche Private	2		1	3	6					3		2	1	2	1		2			5	28
Collaborazioni con Istituti di Pena	1				1	1			5						1	1				3	13
Collaborazione con istituti religiosi/parrocchie		6	5	4	4	7			60			18	3	2			15	5	1		130
Collaborazione con altre Associazioni	2	1	4	4	11	4	7		20			29	2	3	1						88
Altre Collaborazioni	1				11	5			40	1	1	6					2	1			68
Attività di formazione in ambito Universitario				1	1			5					2				2				11
Attività di formazione in altri ambiti istituzionali						25							1	2							28
Attività di informazione in ambito socio-sanitario		2	6		6	12				1	10	2	3						5	25	72
informazione in Istituti Scolastici	4	10	5	3	16	22	18	6	100	10	6	2	3	6	1	2	3	12	30		259
informazione su radio/tv/media regionali		7	4	2	13	9	15	5	45		7	5	2	1		4	1	3	35		158
Attività di informazione in altri ambiti			1			6						2	1								10
Partecipazioni a seminari e convegni di rilevanza regionale o nazionale				3					5			3				1					12

Le attività svolte dall'Associazione sono state suddivise in Collaborazioni, finalizzate all'arrivo nei gruppi di coloro che cercano il recupero dall'alcolismo attraverso il programma; Informazioni, al fine di favorire la conoscenza delle finalità dell'Associazione; Formazioni, destinate a particolari ambiti (es. Friuli V.G. con il personale delle questure) ed infine la partecipazione a seminari e convegni.

Per quanto l'Associazione non si occupi di raccogliere o elaborare dati, attraverso delle indagini interne si è tentato di offrire uno spaccato dell'Associazione a quanti ne hanno interesse. L'ultima rilevazione effettuata risale agli anni 2011/2012.

Indagine Alcolisti Anonimi 2011 – 2012 “Autoritratto davanti allo specchio”

L'indagine è stata realizzata dai Servizi Generali di Alcolisti Anonimi Italia ed è stata effettuata su una parte dei membri dell'associazione, coloro che vi hanno aderito liberamente e non può per questo motivo ritenersi esaustiva dell'immagine di A.A. tutta, né della totalità dei suoi membri. Fotografa comunque uno spaccato dell'associazione che nell'esperienza appare una realistica rappresentazione della media di coloro che frequentano i gruppi. Hanno aderito 765 membri di Alcolisti Anonimi nell'anno 2011.

Il campione che ha risposto al questionario proviene per oltre la metà dal nord (66%). Sono per buona parte membri di A.A. che hanno partecipato al raduno Nazionale di Rimini 2011 anche se non manca una quota di persone che hanno risposto dalle loro aree di riferimento. I partecipanti dichiarano che il loro gruppo di appartenenza ha rapporti di collaborazione con associazioni, servizi ed enti del territorio rappresentati per lo più da AlAnon (associazione dei Familiari di A.A.), Servizi Alcologici, ospedali e parrocchie.

Nel campione pochi sono i rispondenti sotto i 30 anni (2,2%). La massima concentrazione si ha tra i 40 ed i 60 anni (56,2%) non mancano gli ultrasessantenni (29,7%). In maggior parte sono maschi (68,9%). Quasi i 2/3 (59,5%) ha un nucleo familiare ovvero è separato/divorziato (12,6%). Lo stato di single è tale per 1/5 (18,1%) e raggiunge il 23%, cioè quasi 1/4, se si sommano i vedovi. Circa la metà (48,5%) ha un qualche tipo di occupazione lavorativa. A ciò, aggiungendo casalinghe (5,2%) e studenti (0,5%), oltre la metà (54,2%) ha una occupazione definita da assolvere. Da un punto di vista del sostegno economico ben l'82% ha una qualche forma di reddito definito.

Oltre 1/3 del campione dichiara di aver iniziato a bere regolarmente prima dei 16 anni (35%) e ben 510 su 756, ha comunque iniziato sotto i 20 anni. Solo il 6,7% ha avuto qualcuno che gli ha detto "di bere eccessivamente" a breve distanza dall'inizio del problema, la maggior parte invece ha avuto questo segnale a distanza di molti anni: entro i 30 (32,6%) o i 40 anni (28,8%). Una parte non esigua attorno ai 50 anni (16,2%) o oltre. La maggior parte ha raggiunto la consapevolezza di avere un problema con l'alcol sopra i 30 anni (69,6%). Solo circa 1/4 si è reso conto del problema in età più giovanile (20-30 anni).

Circa 1/3 dei rispondenti è venuto a conoscenza dell'esistenza di A.A. da un amico o un familiare (33,3%), un altro terzo da medici/operatori (29,9%), un 15% da un altro A.A. L'approccio attraverso i media vede la prevalenza dei giornali o altra forma cartacea (7,4%), della televisione/radio (3,1%), di internet (2,6%) per un totale complessivo del 13,1%. La quasi totalità di coloro che hanno avuto l'informazione da internet è entrata in A.A. negli ultimi 5 anni, senza differenze per fasce di età. Residuali appaiono altre vie di informazione. Il contatto vero e proprio con A.A. vede uno sviluppo siffatto attraverso: un familiare o amico (32%), un altro A.A. (15,2%) ovvero un altro alcolista (3,4%), oppure un professionista (25,4%). Una parte non esigua ha avuto un contatto con A.A. autonomamente, senza aiuto di nessuno (15%). L'esito del primo approccio è stato per la maggior parte di frequenza regolare (72,4%). Per una minoranza vi è stata una certa irregolarità (10,6%) o periodi di abbandono (16,5%). Il 76,9% dei rispondenti, ovvero i 3/4, da quando è in A.A. non ha avuto ricadute (62%) o ne ha avuta una (14,9%). Una minoranza (21,1%) è ricaduta due o più volte. La tipologia dell'alcolista anonimo più rappresentata è quella con una sobrietà che va dai 3 ai 10 anni (29,3%). Una sobrietà superiore ai 10 anni è complessivamente dichiarata dal 31,7%. Inoltre 1/5 degli intervistati ha una sobrietà inferiore all'anno (19,1%). Infine il 35,7% ha meno di 3 anni di sobrietà.

Una parte non piccola di persone che frequentano riferisce di aver avuto anche altri problemi, con sostanze o comportamenti compulsivi, oltre all'alcol. Nell'ordine problemi con le sostanze (20,9%), quindi col sesso (18,7%), con farmaci (15,7%), col cibo (14,8%), col gioco (7,8%). Infine con video/internet (2,7%). Per oltre la metà questi problemi sono migliorati con la frequenza di A.A. (54,4%), per altri no (10,3%), con un alto numero di non risposte, circa 1/3, che rende difficile la lettura finale. Si è analizzato anche quanto riferito sui ricoveri alcol correlati per due aree di grande interesse come quelle associate ad incidentalità stradale e domestica. Per la prima circa 1/3 dichiara di aver avuto da uno a più incidenti con ricovero (28%), prima di iniziare a frequentare, scesi nel complesso al 7,5% dopo aver frequentato A.A. Per l'incidentalità domestica invece i ricoveri sono passati nel totale dal 22% al 7,6%. Il numero di ricoveri complessivamente è diminuito per ogni categoria e nel complesso, per quanto riguarda quelli da incidenti stradali, del 19,2% soprattutto a carico delle categorie che denunciavano un solo incidente (- 8,9%) e 4 o più (- 6,4%). Anche per gli incidenti casalinghi vi è un decremento visibile (-14,2%) prevalentemente a carico della categoria più bassa (1 incidente, -5,5%). Tali decrementi ovviamente indicano uno speculare incremento di persone che dichiarano di non averne più avuto alcuno dopo aver iniziato a frequentare.

Area di maggior miglioramento dichiarata è la famiglia (47,4%), seguita dalla salute (13,4%) e dalla vita sociale (11%). Riguardo a quest'ultima i rispondenti sembrano per la maggior parte impegnati attivamente in vari ambiti e contesti (61,7%) diversamente che nel periodo di attività

dell'alcolismo durante il quale buona parte risponde dichiarando di aver avuto problemi nella vita sociale (34,5%), migliorata poi per ben il 78%. Il 72,3% degli intervistati nell'ultimo mese ha frequentato il gruppo 1-2 volte a settimana

Al-Anon e Alateen

Al-Anon è una associazione di auto-mutuo aiuto che opera con la finalità di aiutare le famiglie di alcolisti a recuperare dagli effetti negativi procurati dal problema di alcolismo di un familiare o di un amico. L'unica condizione richiesta per far parte della Associazione è di avere un parente o un amico che ha problemi con l'alcol. Chiunque si renda conto che la propria vita è stata condizionata dal rapporto con un alcolista può diventare membro di Al-Anon. Al-Anon opera in maniera indipendente e senza alcuna affiliazione con altre organizzazioni. Il programma di recupero è adattato da Alcolisti Anonimi e si basa sullo stesso percorso dei "Dodici Passi" che costituisce il nucleo fondamentale del programma di A.A.. L'anonimato ne è un aspetto fondamentale; nei gruppi i membri usano solamente il nome di battesimo e tutto quello che si dice nelle riunioni è considerato rigorosamente confidenziale. Le persone sono incoraggiate a darsi reciproco sostegno e a comunicare tra di loro anche al di fuori del funzionamento dei gruppi. Nelle riunioni i membri del gruppo a turno svolgono il ruolo di conduttori. Altro strumento di recupero utilizzato dalla associazione è la produzione, diffusione e lettura di letteratura specifica che riflette la filosofia del programma, anche scritta dagli stessi membri dei gruppi.

Alateen è lo specifico programma di recupero per gli adolescenti di Al-Anon, di cui costituisce parte integrante. Ogni gruppo Alateen fa riferimento a un membro adulto di Al-Anon, che funge da sponsor e guida attiva del gruppo verso la conoscenza dei dodici passi e delle altre regole previste dal programma. I giovani di Alateen possono anche scegliere uno sponsor personale tra i membri di un gruppo Al-Anon o Alateen. Al-Anon e Alateen tengono riunioni chiuse riservate esclusivamente ai propri membri ma anche un certo numero di riunioni aperte a chiunque sia interessato ai problemi relativi all'alcol.