

---

**Alfio Lucchini**

# **Società Consumi Dipendenze**

## **Principi Contesti Servizi**

*CLINICA DELLE DIPENDENZE  
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Testi*

**FrancoAngeli**

---

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



## **CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO**

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

**Direzione editoriale:** Alfio Lucchini

**Comitato di redazione:** Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

**Comitato Scientifico:** Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



**Alfio Lucchini**

**Società Consumi Dipendenze**  
**Principi Contesti Servizi**

**FrancoAngeli**



*Grafica della copertina: Elena Pellegrini*

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.  
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni  
della licenza d'uso previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*A Bianca  
che si è affacciata  
a un mondo  
da vivere e cambiare*

# Indice

<b>Presentazione</b>	pag.	9
<b>1. La società dipendente</b>	»	11
<b>2. Il contrasto del disagio sociale</b>	»	22
2.1. La prevenzione del disagio	»	23
2.2. Disagio e Adolescenza	»	25
<b>3. Il sistema di intervento sulle droghe in Italia</b>	»	30
3.1. Premesse epidemiologiche	»	30
3.2. Terminologia	»	36
3.3. La dipendenza patologica nella visione neuro biologica	»	37
3.4. Interpretazioni psicologiche delle dipendenze	»	45
3.5. Un modello antropologico evolutivo per interpretare la diffusione dei comportamenti di abuso di sostanze	»	54
3.6. I criteri diagnostici	»	61
3.7. La Legge e la diagnosi	»	62
3.8. La diagnosi di gravità	»	64
3.9. I Servizi per le Dipendenze: storia, caratteristiche, valore	»	69
3.10. Il significato del lavoro in équipe nelle fasi operative nei Ser.D.	»	81
3.11. Una Legge “dimenticata”	»	85
<b>4. Le Comorbilità</b>	»	100
4.1. Dipendenza, Disturbi psichiatrici, Doppia Diagnosi	»	100
4.2. La “incredibile storia” della chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari	»	108
4.3. Patologie infettive correlate alle dipendenze	»	111



<b>5. Il Burn Out</b>	pag.	117
<b>6. Il Dipartimento delle Dipendenze</b>	»	120
<b>7. Focus: Il Tavolo di Alta Integrazione del sistema di intervento italiano</b>	»	125
<b>8. Le Comunità terapeutiche</b>	»	131
<b>9. Percorsi, strumenti, programmi che una persona incontra in un servizio pubblico ambulatoriale di accoglienza e cura dell'alcoldipendenza</b>	»	137
<b>10. Focus: Alcolisti Anonimi</b>	»	143
<b>11. Strumenti. Manuale pratico per persone che iniziano a bere troppo. "Che ne diresti di darci un taglio?"</b>	»	152
<b>12. Un esempio di approccio terapeutico. Affrontare l'abuso e la dipendenza da cocaina</b>	»	177
<b>13. L'utilizzo dei farmaci nella dipendenza da eroina</b>	»	182
13.1. Basi neurobiologiche e fenomenologia della dipendenza da eroina		
13.2. Generalità sulle indicazioni dei farmaci nella dipendenza da eroina	»	182
13.3. Quando una Legge aiuta il reinserimento dei pazienti	»	188
13.4. Terapia agonista e gravidanza	»	191
13.5. Il misuso e la diversione della terapia agonista	»	192
13.6. Il tema della disintossicazione	»	192
<b>14. La Prevenzione</b>	»	194
14.1. Life skills training program	»	197
14.2. Gli sportelli di Ascolto Psicologico (CIC) negli Istituti di Istruzione Secondaria di Secondo grado	»	206
14.3. Centri/Punti di ascolto per educatori e famiglie	»	208
14.4. La peer education	»	210
<b>15. Gli accertamenti di assenza di Tossicodipendenza nei lavoratori</b>	»	212
<b>16. I Percorsi Prefettizi</b>	»	220
16.1. Le norme	»	220
16.2. Applicazione dell'articolo 75: opportunità educative	»	225
<b>17. La valutazione dei risultati</b>	»	234
<b>Bibliografia</b>	»	247

# Presentazione

Questo volume nasce da molti stimoli e riflessioni.

Hanno influito le impressioni che ho tratto dalle lezioni che da anni conduco in corsi universitari e gli interventi in eventi sul territorio spesso organizzati da Comuni o Associazioni.

La esperienza personale trentennale nei servizi delle dipendenze delle Asl e di dirigente nazionale di società scientifiche e professionali di settore, in primis FeDerSerD, è ovviamente motivo conduttore del volume.

Il tentativo è di fornire elementi di base più che raffinate note specialistiche, utili ad approcciare il tema dei consumi e delle dipendenze da parte di ampi strati della nostra società.

Quindi spero utile per studenti, amministratori, cittadini, ma anche per operatori.

Vi sono nozioni semplici, che tutti dovrebbero conoscere e che spesso sono totalmente ignorate.

Ho pensato di proporre focus di approfondimento per settori, e molti strumenti e pratiche di particolare valore o interesse di applicazione, sforzandomi di essere al tempo con il dibattito generale.

Utilizzo esempi, progetti e sperimentazioni reali, tratti da lavori di tanti colleghi che mi sono sforzato di citare, e mi scuso se ho mancato per qualche passaggio, per dare semplici riscontri a quanto affermato.

Infatti in Italia il sistema di intervento offre molto e ritengo inutile ricercare chissà dove esempi e risposte che la tematica consumi e dipendenze evoca.

Anche la insistenza su aspetti legislativi, normativi, procedurali non è casuale, vuole abituare il lettore a partire da quello che è scritto, deliberato, diciamo vero, per poi operare.

Devo dire che spesso la conoscenza delle leggi è utile anche per capire i danni dovuti alla loro non applicazione.

Viviamo in una società della apparenza che sembra accettare tutto, e spesso rende difficile distinguere il vero dal desiderato o pensato.

La mia esperienza in ambito di docente in corsi universitari è abbastanza varia: ho insegnato ed insegno in numerose facoltà e scuole di specializzazione, sia medico sanitarie che psico sociali.

Ho trovato un filo comune nelle Università italiane: non si insegna quasi nulla che riguardi le dipendenze e i consumi, e il poco insegnato avviene per la buona volontà di qualche docente.

Se ci pensiamo è una situazione incredibile, se rapportata alla rilevanza sociale, sanitaria ed economica delle condizioni di abuso e dipendenza nella nostra società e in tutto il mondo sviluppato.

Negli ultimi anni preferisco insegnare in facoltà ad orientamento sociale, convinto che da questo livello di base, quello a cui nei territori si riferiscono in prima istanza le persone con i loro bisogni, sia necessario partire.

Non nego che la “necessità” che può spingere a scrivere un testo come questo sia iscritta sia nella storia individuale, ma anche nelle emozioni proprie del momento.

Quindi chiedo di non essere commentato o criticato: ho ben presente i limiti e la parzialità di questo lavoro.

Misti e variegati sono i sentimenti di chi, come me, ha avuto e ha la fortuna di impiegare il proprio tempo a lavorare e studiare per ciò che gli è sempre interessato: la comprensione dei fenomeni sociali e sanitari, compresi gli aspetti dell’organizzazione delle risposte possibili ai fenomeni di abuso e dipendenza, e l’impatto delle “scelte politiche” sulla salute dei cittadini con problemi di addiction.

In questo volume il lettore può trovare qualche passaggio di interesse e riflessione accanto a tante pagine probabilmente superflue.

L’obiettivo è creare e ricreare interesse al tema “droga” in primis ripeto nei cittadini e negli studenti.

Questo volume sarà seguito a breve da un altro che, con lo stesso stile, tratterà diffusamente delle sostanze, dei comportamenti di addiction vecchi e nuovi, della evoluzione delle norme nel nostro Paese.

Milano, agosto 2014

# 1. La società dipendente

Malgrado la crisi economica il nostro Paese rimane una area privilegiata del mondo.

Lo sviluppo economico ha determinato un allungamento della vita media, la possibilità di viaggiare, la possibilità di utilizzare tecnologie estremamente utili.

La crescita economica determina ed evidenzia anche situazioni negative, effetti indesiderati del benessere, quali l'obesità o abnormi reazioni psichiche individuali.

Molti sono gli studiosi che hanno approfondito l'analisi del rapporto tra sviluppo economico, fattori specifici e sensazione di benessere e ancor più senso di felicità.

Ad esempio uno psicologo premio Nobel per l'economia, l'israeliano Kahneman, ha dimostrato come lo sviluppo della felicità e la soddisfazione individuale non siano proporzionalmente correlati allo sviluppo del proprio reddito.

Altri studiosi sono arrivati alle stesse conclusioni.

Questo "paradosso della felicità" appare più evidente dopo gli anni sessanta, con la curva dei redditi in aumento e quella della felicità che si dissocia verso il basso.

In effetti vi sono indicatori oggettivi di malessere, negli Stati Uniti come in Europa, che devono portarci a riflettere.

Negli Stati Uniti aumentano le malattie mentali, i suicidi, il ricorso all'uso di psicofarmaci, di droghe e di alcol.

Certe patologie, quali gli stati di ansia e le sindromi depressive, sono in grande aumento.

Eppure lo sviluppo ha portato ad avere vite più lunghe, ambienti più sani, ma allora perché gli americani (ed anche gli europei) sono sempre più infelici?

La lettura che dobbiamo fare deve considerare il declino dei beni legati alle relazioni.

Vari indicatori segnalano un aumento della solitudine, delle difficoltà di comunicazione, della paura, del senso di isolamento, della diffidenza individuale e sociale.

E non dimentichiamo gli spesso citati temi della instabilità delle famiglie o delle fratture intergenerazionali.

Diminuisce la solidarietà, si allentano i rapporti amicali e di vicinato, per non parlare dell'impegno sociale e civico e della partecipazione in genere.

Insomma potremmo dire che il clima sociale sta peggiorando.

Le relazioni peggiorano e sono ritenute sempre meno importanti.

Perché questo si verifica?

Negli USA hanno provato a studiare alcune correlazioni, valutando ad esempio quali sono per gli americani gli indicatori di un buon vivere.

Comparando gli anni settanta e l'inizio del terzo millennio, il riuscire ad avere molti soldi e il farsi pagare molto bene il proprio lavoro sono elementi essenziali, mentre conta meno avere un lavoro interessante o un matrimonio felice.

La società dei consumi quindi avanza, anzi impera.

E con essa avanzano il consumo di sostanze e i comportamenti di addiction senza sostanze.

Creare individui isolati e poco felici, portatori di relazioni difficili, è proprio di una società votata interamente alla competizione, al consumo, al lavoro se vogliamo, senza attenzione ad altri obiettivi.

Ma questo va a confliggere con i bisogni primari degli esseri umani: infatti noi siamo esseri sociali, con un bisogno di relazioni cooperative e non conflittuali.

Tutte le evidenze nelle indagini sociali dimostrano che gli uomini, nei momenti di difficoltà hanno nel supporto sociale il migliore elemento protettivo.

L'essere soli porta ad ansia e innesca il polimorfo e complicato processo che chiamiamo "fragilità".

Per seguire il percorso proposto da Vincenzo Marino, esperto in dipendenze, psichiatra e docente universitario, le dipendenze entrano in gioco come meccanismi compensatori di fronte alla insoddisfazione delle carenze relazionali supportive.

Le dipendenze, ad esempio quelle da alcol e droghe, sono correlate alla povertà relazionale e culturale, quest'ultima da non leggersi come necessariamente correlata con fattori quali il livello scolastico.

Se vogliamo esaminare gli scenari attuali della società e le modificazioni dei bisogni, il primo elemento da considerare è senz'altro il progressivo invecchiamento della popolazione italiana con l'aumento della vita media e la diminuzione delle nascite.

Sicuramente queste tendenze sono più evidenti al Nord nel nostro Paese, ma ormai influenzano l'intera nazione.

Il contributo offerto dagli immigrati all'aumento delle nascite è significativo ma non decisivo, ed inoltre negli ultimi anni si assiste ad una minore incidenza di questo apporto.

In generale ne consegue una tendenza alla crescita della domanda di prestazioni sanitarie in particolare per le patologie croniche.

Ricordiamo inoltre che fattori quali la riduzione delle risorse economiche disponibili e la necessità di utilizzare i frutti delle innovazioni tecnologiche che presentano costi elevati, sono elementi da considerare nel pensare ai nuovi modelli di gestione del sistema.

Utilizzare in modo efficiente le risorse disponibili e sviluppare un sistema sostenibile è la sfida del welfare del terzo millennio.

Fondamentale è sviluppare offerte territoriali a forte integrazione socio sanitaria, curando la continuità assistenziale al cittadino, possibilmente vicino al suo ambiente di vita.

Potremmo usare il termine “complessità della modernità” per definire in modo comprensivo la realtà attuale.

La rete del disagio in questa lettura appare poliforma: l'incapacità della autorealizzazione, la mancanza di ruolo sociale, la “dispersione dei destini” (per le storie individuali e le migrazioni ad esempio), il senso di precarietà incrociano situazioni e tempi della fragilità sociale ed individuale.

Le fragilità dell'adulto, quelle legate alla condizione anziana, al disagio evolutivo in adolescenza, ed anche alle diversità culturali rappresentano alcune delle condizioni del nostro millennio.

Un autore come Zygmunt Bauman, probabilmente il più acuto sociologo vivente, ha ben tracciato nei suoi scritti questi percorsi.

Nella sua opera “*Modernità Liquida*”, edito da Laterza nel 2006, Bauman afferma che l'esperienza individuale e le relazioni sociali sono segnate da caratteristiche e strutture che si vanno decomponendo e ricomponendo rapidamente, in modo vacillante e incerto, fluido e volatile.

Il concetto di società liquida ben si accompagna a quella che chiamiamo società dell'eccesso e società dipendente.

L'economista di origine indiana Amartya Kumar Sen ne “*La povertà come incapacitazione*” (“Lo sviluppo è libertà”, Mondadori, 2000) affronta il tema della fragilizzazione della povertà.

Secondo il premio Nobel Sen il nodo centrale che accomuna le varie fragilità è quello della ridotta capacità di autodeterminarsi come individui nell'ambito del proprio sistema di relazioni (familiari, professionali, amicali, ecc.).

La povertà non è sinonimo di mancanza di reddito, ma piuttosto di mancanza di risorse personali che consentono di costruirsi una propria identità e un proprio ruolo sociale.

In questo senso la povertà coincide con un percorso di fragilizzazione.

Le cause della fragilizzazione sono collegate ad eventi critici che possono essere strutturali o accidentali, che vengono di seguito evidenziati.

## Le cause della fragilizzazione



L'ISTAT monitora la povertà delle famiglie e delle persone.

Nel 2012, il 12,7% delle famiglie italiane risulta relativamente povero (3 milioni 232 mila famiglie).

Il 6,8% lo è in termini assoluti, pari a 1 milione e 725 mila famiglie.

Le persone in povertà relativa sono il 15,8% della popolazione (9 milioni 563 mila), quelle in povertà assoluta l'8% (4 milioni 814 mila).

Tra il 2011 e il 2012 aumenta sia l'incidenza di povertà relativa (dall'11,1% al 12,7%) sia quella di povertà assoluta (dal 5,2% al 6,8%).

Sempre l'ISTAT rileva la spesa delle famiglie.

Nel 2012, la spesa media mensile per famiglia è stata pari a 2.419 euro (2,8% in meno rispetto all'anno precedente).

La spesa è diminuita anche in termini reali.

La spesa non alimentare diminuisce del 3% e scende sotto i 2.000 euro mensili.

Calano le spese per abbigliamento e calzature (-10,3% rispetto all'anno precedente), per arredamenti, elettrodomestici e servizi per la casa (-8,7%) e quelle per tempo libero e cultura (-5,4%), a fronte di un aumento del 3,9% delle spese per combustibili ed energia.

Venendo agli indicatori di esclusione sociale nel 2011, il 28,4% delle persone residenti in Italia era a rischio di esclusione sociale.

L'indicatore utilizzato dall'ISTAT deriva dalla combinazione di:

- rischio di povertà;
- severa deprivazione materiale;
- bassa intensità di lavoro.

Rispetto al 2010 l'indicatore cresce di 3,8 punti percentuali per:

- aumento della quota di persone a rischio di povertà (dal 18,2% al 19,6%);
- aumento della severa deprivazione (dal 6,9% all'11,1%).

Il rischio di esclusione sociale è più elevato rispetto a quello medio europeo (24,2%), per:

- la severa deprivazione (11,1% contro una media dell'8,8%);
- rischio di povertà (19,6% contro 16,9%).

Importante è considerare anche il grado di soddisfazione della popolazione.

Nel 2012 si riscontra una contrazione del livello di soddisfazione per la vita in generale.

La soddisfazione aumenta per alcuni ambiti rilevanti della vita quotidiana, come le relazioni familiari e amicali.

La soddisfazione per il tempo libero cresce, mentre peggiora quella per la situazione economica personale e familiare.

Cresce dal 43,7% al 55,8% la quota di famiglie che dichiara un peggioramento della propria situazione economica.

Dichiarano un peggioramento della propria situazione economica in misura superiore i lavoratori in proprio (58,8%), operai (56,9%) e in cerca di occupazione (73,4%).

Il 55,7% delle persone di 14 anni e più si dichiara per niente o poco soddisfatta, contro il 49,5% dell'anno precedente.

La quota di individui in famiglie deprivate, con tre o più sintomi di disagio economico, passa dal 16,0% al 22,2%; quella delle persone in famiglie gravemente deprivate, con quattro o più deprivazioni, dal 6,9% all'11,1%.

I dati relativi al 2013, da pochissimo disponibili, indicano una lieve ripresa della fiducia degli italiani.

Interessanti i dati riferiti alla povertà in Lombardia (fonte: ORES).

Sono quantificati in 143.000 unità le famiglie povere in senso assoluto presenti in Lombardia nel 2009, pari al 3,4% delle famiglie residenti.

Valore sensibilmente più basso rispetto al corrispondente valore medio nazionale (4,7%).

Comunque in aumento di circa 10.000 unità rispetto alla stima delle famiglie povere in senso assoluto presenti in regione nell'anno precedente.

In Lombardia la distanza tra la spesa media per famiglia e lo standard di povertà assoluta, si attesta su valori più alti in Regione (20,1%) che nel resto delle regioni del Nord (15,1%) o più in generale in Italia (17,3%).

Questo a significare che in Lombardia i poveri sono più poveri che altrove, a conferma delle maggiori disuguaglianze reddituali presenti in regione.

I profili familiari maggiormente colpiti risultano ancora una volta gli anziani soli e le famiglie numerose.



Nella valutazione della esclusione sociale e della marginalizzazione importanti sono le rilevazioni periodiche che l'ISTAT, i censimenti periodici e le indagini multiscopo propongono.

Prendiamo il tema degli indicatori di salute.

Tra queste analisi importanti sono quelle che riguardano “Fumo e Peso”.

Tra il 1993 e il 2011 è aumentata la prevalenza di fumatori nella popolazione giovane, passata dal 5,3% all'8,8% per i ragazzi tra i 14 e i 17 anni.

Nelle donne la percentuale di fumatrici aumenta tra le over 50.

La percentuale di persone obese o in sovrappeso è decisamente aumentata negli ultimi dieci anni: dal 36,1% nel 2003 al 40,1% nel 2011, tra le persone con più di 14 anni.

In particolare, l'obesità aumenta tra i giovani con una età compresa tra i 14 e i 34 anni.

Un altro indicatore di salute rilevante è l'alcol.

La diffusione del consumo di alcol diminuisce, passando, tra il 2003 e il 2011, dall'82,1% all'81,4% nella popolazione maschile e dal 56% al 53,5% in quella femminile.

Nell'ultimo decennio i giovani sono passati da un modello di consumo “tradizionale mediterraneo” ad uno più generalmente associato ai paesi del Nord Europa e caratterizzato da un consumo di alcol meno moderato e più frequentemente fuori pasto.

Il 15,8% dei giovani tra i 18 e i 24 anni ed il 15,1 di quelli tra i 25 e i 34 anni adottano comportamenti a rischio nel consumo di alcol.

Il *binge drinking* ad esempio mostra un aumento in tutta la popolazione.

Infatti tra i 18 e i 24 anni si registra una prevalenza massima di persone che bevono sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione (*binge drinking*), con un valore pari al 21,8% negli uomini e al 7,9% nelle donne.

Diminuisce in tutta la popolazione il consumo giornaliero non moderato, che passa dal 9,9 all'8,7%.

Bisogna studiare anche gli indici di benessere e di disagio in una popolazione.

I comportamenti verso lo studio sono uno di questi fattori.

La scelta di non proseguire gli studi è ancora elevata nel nostro Paese rispetto all'obiettivo della Strategia Europa 2020 di ridurre entro la fine del decennio a un valore inferiore al 10% la quota degli *early school leaver*.

Nel 2011 la quota di giovani che ha interrotto precocemente gli studi è pari al 18,2% e l'incidenza degli abbandoni è maggiore per i maschi rispetto alle femmine.

Questo fenomeno coinvolge ben il 21,3% dei giovani del Mezzogiorno ed il 16% dei coetanei del Centro-Nord.

L'Italia risulta ancora molto lontana dall'obiettivo fissato dalla Strategia Europa 2020 di una quota del 40% di giovani in età 30-34 anni che

conseguono la laurea: nel 2010, infatti, tale quota risulta ancora al di sotto del 20%.

Altro fattore indagato è ovviamente il lavoro.

La dinamica della domanda di lavoro si è articolata in Italia in quattro fasi:

- un forte calo dagli ultimi mesi del 1992 al terzo trimestre del 1995;
- una crescita moderata dal quarto trimestre 1995 fino a tutto il 1997;
- un periodo di prolungato sviluppo tra il 1998 e il primo semestre del 2008;
- una forte contrazione iniziata nel biennio 2009-2010 (-532 mila unità) e a tutt'oggi non ancora arrestatasi.

Nell'aprile 2014 gli ultimi dati disponibili hanno evidenziato la gravità degli indici di disoccupazione in Italia, che vedono oltre il 40% dei giovani senza lavoro e un 13% di disoccupati sul complesso della società.

Un dato molto preoccupante, pur in previsione di uno stimolo produttivo e di uscita dalla crisi da più parti evidenziato.

E veniamo all'indice di disuguaglianza (ISTAT).

Nella maggior parte dei paesi Ocse le disuguaglianze nella distribuzione dei redditi sono oggi più accentuate di quanto non fossero trenta anni fa.

Dalla seconda metà degli anni Ottanta il divario tra ricchi e poveri è aumentato anche nei paesi storicamente più attenti all'equità, come quelli scandinavi.

In Italia, la disuguaglianza è aumentata, in particolare, nella prima metà degli anni Novanta, per poi stabilizzarsi nel decennio successivo.

L'Italia ha il più basso tasso di crescita di tutti i 28 paesi dell'Unione Europea e un livello di disuguaglianza piuttosto elevato.

Le disuguaglianze tra classi si riducono, ma rimangono elevate: il 55,4% dei figli della classe operaia ottengono titoli di istruzione superiore contro l'89,1% dei figli della classe sociale più agiata.

La distanza si conferma soprattutto con riferimento al conseguimento del titolo universitario.

Usando categorie storiche si iscrive all'università il 55,8% dei figli della borghesia della generazione del 1970-1979, contro appena il 14,1% di quelli della classe operaia, i figli della classe media impiegatizia sono al 41% e al 24,5% quelli della piccola borghesia.

Tra gli indicatori di benessere o disagio monitorati dall'ISTAT vi sono le aspettative di vita e la mortalità.

In Italia a fronte di una crescita della speranza di vita, si osserva una persistenza delle disuguaglianze nella salute.

Vi è una associazione statisticamente significativa tra fattori socio-economici e condizioni di salute (patologie e mortalità): lo svantaggio sociale si associa a rischi più elevati di cattiva salute e di mortalità.

Vi sono differenze significative nel rischio di mortalità a sfavore della popolazione con posizione sociale più svantaggiata.

Lo svantaggio più rilevante si osserva tra le donne con livello di istruzione più basso, le quali hanno un rischio di mortalità circa doppio rispetto alle donne della stessa età con titolo di studio più elevato.

Fra gli uomini con bassa istruzione di età compresa tra 25 e 64 anni, il rischio di morire è dell'80% più elevato rispetto ai più istruiti.

I giovani e gli adulti tra i 25 e i 64 anni con basso livello di istruzione di entrambi i sessi presentano un rischio di morire più che doppio per tutti i tumori rispetto alle persone con titolo di studio più elevato.

Per le donne si osserva un incremento di oltre il 70% del rischio di mortalità per questo tipo di patologie.

Nella popolazione maschile, il rischio di morte per cause esterne è quasi quadruplo per gli uomini con un più basso livello di istruzione


Importante è anche la differente esposizione a fattori di rischio legati a condizioni lavorative e stili di vita.


Il Sole 24 Ore ha analizzato alcuni aspetti degli indicatori di disagio economico e sociale.


In particolare il confronto tra le Regioni negli anni, illustrato nella figura che segue.

**DISAGIO ECONOMICO: LE REGIONI PIU' COLPITE**  
*Chi ha il punteggio più alto è stato meno colpito. Dato medio ITALIA = 100*

POSIZIONE	REGIONI	DISAGIO ECONOMICO (punteggio indicatore)	
1	Umbria	55,5	
2	Calabria	72,3	
3	Sardegna	73,9	
4	Sicilia	76,5	
5	Molise	76,6	
6	Campania	83,3	
7	Basilicata	91,9	
8	Veneto	93,1	
9	Emilia-Romagna	95,2	
10	Abruzzo	96,2	
11	Lazio	98,0	
12	Puglia	99,4	
	<b>Italia</b>	<b>100,0</b>	
13	Toscana	101,2	
14	Lombardia	109,0	
15	Friuli-Venezia Giulia	110,2	
16	Piemonte	112,1	
17	Valle d'Aosta	119,4	
18	Marche	120,5	
19	Liguria	130,4	
20	Trentino Alto Adige	148,5	

**REGIONI PIU' COLPITE DAL DISAGIO ECONOMICO**  


**REGIONI STABILI**  


**REGIONI MENO COLPITE DAL DISAGIO ECONOMICO**  


*Elaborazioni Centro Studi Sintesi su fonti varie*

A maggio del 2014 è stato pubblicato dal WHO, la World Health Statistics, che è la maggiore fonte di informazioni sulla salute delle persone di tutto il mondo.

Essa contiene i dati provenienti da quasi 200 nazioni, su una serie di indicatori: mortalità, malattie, aspettativa di vita, servizi e trattamenti sanitari, investimenti finanziari nella sanità, e una analisi dei fattori di rischio e dei comportamenti influenti sulla salute.

Aumentano le aspettative di vita, restano le differenze legate al reddito e alla presenza di determinate malattie: vi sono fino a 20 anni di differenza nella aspettativa di vita se uno nasce in un paese ad alto reddito o in un paese a basso reddito.

In tutto il mondo le donne vivono più degli uomini.

L'aspettativa di vita femminile in tutti i primi 10 paesi ad alto reddito è di 84 anni o più.

L'aspettativa di vita tra gli uomini è di 80 anni o più in 9 paesi, con la più lunga aspettativa di vita maschile in Islanda, Svizzera e Australia. Il calo dell'uso del tabacco è anche un fattore chiave per aiutare le persone a vivere più a lungo in diversi paesi.

All'altra estremità della scala, l'aspettativa di vita per uomini e donne è ancora inferiore a 55 anni in 9 paesi, tutti africani.

### **Ecco l'aspettativa di vita alla nascita tra gli uomini e le donne nel 2014 nei 10 paesi ai primi posti in classifica:**

<i>Uomini</i>			<i>Donne</i>		
1	Islanda	81.2	1	Giappone	87
2	Svizzera	80.7	2	Spagna	85.1
3	Australia	80.5	3	Svizzera	85.1
4	Israele	80.2	4	Singapore	85.1
5	Singapore	80.2	5	Italia	85
6	Neozelanda	80.2	6	Francia	84.9
7	Italia	80.2	7	Australia	84.6
8	Giappone	80	8	Rep. di Corea	84.6
9	Svezia	80	9	Lussemburgo	84.1
10	Lussemburgo	79.7	10	Portogallo	84

*Le prime tre cause di anni di vita persi a causa di morte prematura sono la malattia coronarica, le infezioni delle vie respiratorie inferiori, quali la polmonite, e l'ictus.*

*In tutto il mondo, un grande cambiamento sta avvenendo nelle cause e nelle età di morte.*

In 22 paesi tutti siti in Africa tre quarti di anni di vita persi o di morti sono causati da malattie infettive e patologie correlate.

Nel frattempo, in 47 paesi ad alto reddito, le malattie croniche e le lesioni causano oltre il 90% degli anni di vita persi.

Più di 100 paesi stanno passando rapidamente verso una maggiore proporzione di morti per malattie croniche e lesioni.

*Circa 44 milioni di bambini in tutto il mondo, di età inferiore ai cinque anni, erano in sovrappeso o obesi nel 2012.*

Dieci milioni di questi bambini sono in Africa, dove i livelli di obesità infantile sono aumentati rapidamente.

La maggior parte delle morti si verificano tra i bambini nati prematuramente (17,3%); la polmonite è responsabile per il maggior numero di decessi (15,2%).

*Tra il 1995 e il 2012, 56 milioni di persone sono state trattate con successo per la tubercolosi e 22 milioni di vite sono state salvate.*

Nel 2012, circa 450 000 persone nel mondo hanno sviluppato multi-tubercolosi resistenti ai farmaci.

Solo un terzo di tutte le morti nel mondo sono registrate nei registri civili insieme alle informazioni di causa di morte.

Il rapporto esamina anche alcuni indicatori di assistenza sanitaria: i posti letto ospedalieri sono 34 ogni 10.000 abitanti in Italia, in Giappone sono a quota 137, nella Repubblica coreana 132, in Bielorussia 113, in Ungheria 72, in Germania 82.

La media europea è di 53 posti letto ogni 10mila abitanti.

La spesa sanitaria rappresenta in Italia il 9,2% del PIL, più della media mondiale del 6,5%, ma ben al di sotto del 17,7% degli Usa, dell'11,9% dell'Olanda, dell'11,6% della Francia, dell'11,3% di Germania e Austria, e dell'11% della Svizzera.

La media europea è del 9%.

Per quanto riguarda la percentuale di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria, la media europea è del 73,9%, l'Italia registra il 77,8%.

La percentuale di spesa privata sulla spesa sanitaria totale è del 25,8%, che in Italia scende al 22,2%.

*Come non concordare con il commento di Grazia Labate, già sottosegretario alla sanità, che su il quotidianosanità.it (19 maggio 2014) sosteneva: “Le grandi sfide che attendono i sistemi sanitari sono l'invecchiamento della popolazione con il suo carico di cronicità, le malattie trasmissibili, gli stili di vita e perciò la prevenzione, l'equità di accesso ai sistemi di cura. Non si sfugge, da qui si misura ogni forma di revisione dei sistemi sanitari e del loro costo/sostenibilità. I Sistemi sanitari europei quindi devono adattarsi al mutevole panorama demografico e al drammatico aumento delle malattie non trasmissibili e croniche. La popolazione in Europa non è mai stata in migliore salute, ma i miglioramenti sanitari compiuti negli*