



# ALCOL 2012

## La “nuova” addiction

**Emanuele Scafato**

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Direttore, WHO Collaborating Centre for Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Problems

Direttore, Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

Direttore, Salute della Popolazione e suoi Determinanti

Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute- CNESPS



# ADDICTION

Il NIDA definisce ADDICTION una **malattia cronica recidivante** caratterizzata dalla ricerca compulsiva e conseguente uso della **droga** nonostante le sue conseguenze dannose sui meccanismi neurochimici e molecolari nel cervello

La dipendenza implica uno **stato di disagio prodotto dalla sottrazione acuta di una sostanza chimica ad un individuo cronicamente esposto ad essa**, condizione che può essere alleviata riprendendo l'introduzione della stessa sostanza d'abuso psicotropa o di un'altra provvista di azioni farmacologiche simili. **Il disagio è caratterizzato dal desiderio incoercibile di assumere la sostanza.**



# Addiction

## La nuova definizione ASAM

### Short Definition of Addiction:

- Dipendenza è una **malattia cronica del cervello** e dei meccanismi di gratificazione, motivazione, memoria e interconnessione la cui disfunzione conduce a **caratteristiche manifestazioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali.**

Tale condizione si manifesta attraverso una spinta individuale patologica alla gratificazione (piacere) attraverso l'uso di sostanze o altri comportamenti.

- L'**ADDICTION** è caratterizzata dall'incapacità di astenersi, dalla perdita delle capacità individuali di controllo, dal craving o compulsività, diminuita capacità di riconoscere problemi importanti collegati a comportamenti o relazioni personali e da una risposta emotiva disfunzionale.
- Come tutte le patologie croniche si caratterizza per acutizzazioni e remissioni intercorrenti. **Senza trattamento o impegno in attività di recupero la dipendenza è progressiva e può esitare in disabilità e morte prematura.**



# Addiction ABCDE

Addiction is characterized by:

- Inability to consistently **Abstain**;
- Impairment in **Behavioral control**;
- **Craving**; or increased “hunger” for drugs or rewarding experiences;
- **Diminished recognition of significant problems** with one’s behaviors and interpersonal relationships; and
- A dysfunctional **Emotional response**



# Le nuove dipendenze

Mentre le ADDICTION classiche sono legate tradizionalmente all'uso di sostanze le **nuove dipendenze** o “new addictions” comprendono tutte quelle nuove **forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza.**

**La dipendenza è quindi legata ad un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata.**

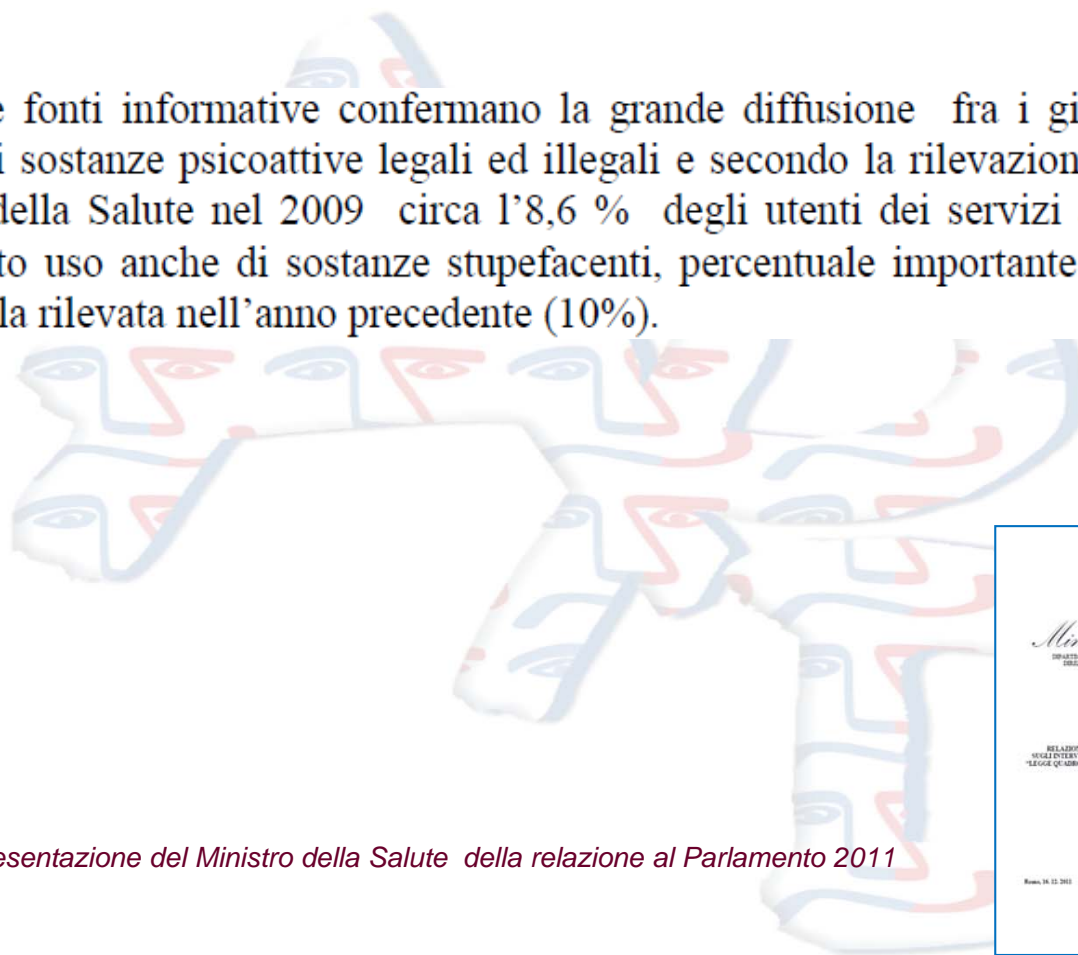
Tra le nuove dipendenze possiamo considerare la dipendenza da Internet, da videogames, da gioco d'azzardo, da lavoro, da shopping, da sesso, da relazioni affettive, da cibo. Le evidenze mostrano che, comunque, le dipendenze sono difficilmente “pure” ma si accompagnano spesso attraverso un ampio spettro di condizioni in cui le sostanze legali, per prime, agiscono come favorenti i comportamenti leciti e/o illeciti in virtù della capacità di abbassare la percezione del rischio.

**Il binge drinking è il comportamento a cui i giovani in particolare fanno sempre più spesso riferimento usando l'alcol come sostanze spesso agente come “gateway drug” verso le nuove dipendenze e verso l'uso di droghe illegali, prima tra tutte la cannabis con cui condivide il primato di prima sostanza d'uso.**



# Alcol come “droga ponte” 8.6 % degli alcolodipendenti ha fatto uso di droghe

Varie fonti informative confermano la grande diffusione fra i giovani del policonsumo di sostanze psicoattive legali ed illegali e secondo la rilevazione annuale del Ministero della Salute nel 2009 circa l'8,6 % degli utenti dei servizi alcolologici pubblici ha fatto uso anche di sostanze stupefacenti, percentuale importante anche se inferiore a quella rilevata nell'anno precedente (10%).



Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della relazione al Parlamento 2011





# Policonsumo nella popolazione generale

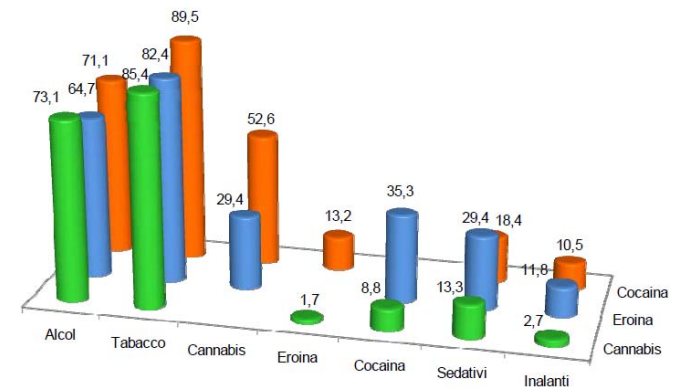
**Tabella I.1.9:** Distribuzione condizionata del policonsumo (negli ultimi trenta giorni) nella popolazione generale, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina, eroina ed amfetamine

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Eroina	Cocaina	Amfetamine	Sedativi	Inalanti
Cannabis (3,0)*	73,1	85,4	-	1,7	8,8	0,7	13,3	2,7
Eroina (0,2)*	64,7	82,4	29,4	-	35,3	0,0	29,4	11,8
Cocaina (0,4)*	71,1	89,5	52,6	13,2	-	2,6	18,4	10,5
Amfetamine (0,1)*	28,6	57,1	28,6	0,0	14,3	-	57,1	14,3



(\*) Prevalenza della sostanza negli ultimi trenta giorni

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

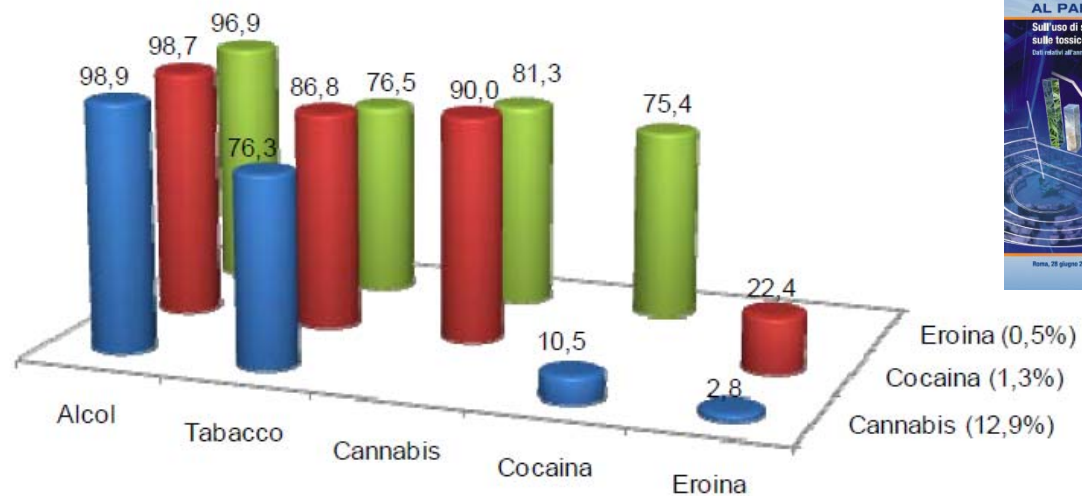




# Alcol ↔ Cannabis

## Studenti 15-19 anni

**Figura I.1.44:** Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolarizzata 15-19 anni negli ultimi 12 mesi (last year prevalence). Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011





Progetto del



Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione  
**Dipartimento Politiche Antidroga**

Affidato a



Osservatorio Nazionale  
Alcol CNESPS

Ente Executive



**CAMPAGNA RIVOLTA AI MINORI, AI GENITORI E AI DOCENTI.**



## Il consumo *binge drinking* “spegne” la memoria dei giovani... esattamente come la cannabis

The brain images below show how alcohol may harm teen mental function. Compared with a young non-drinker, a 15-year-old with an alcohol problem showed poor brain activity during a memory task. This finding is noted by the lack of pink and red coloring.

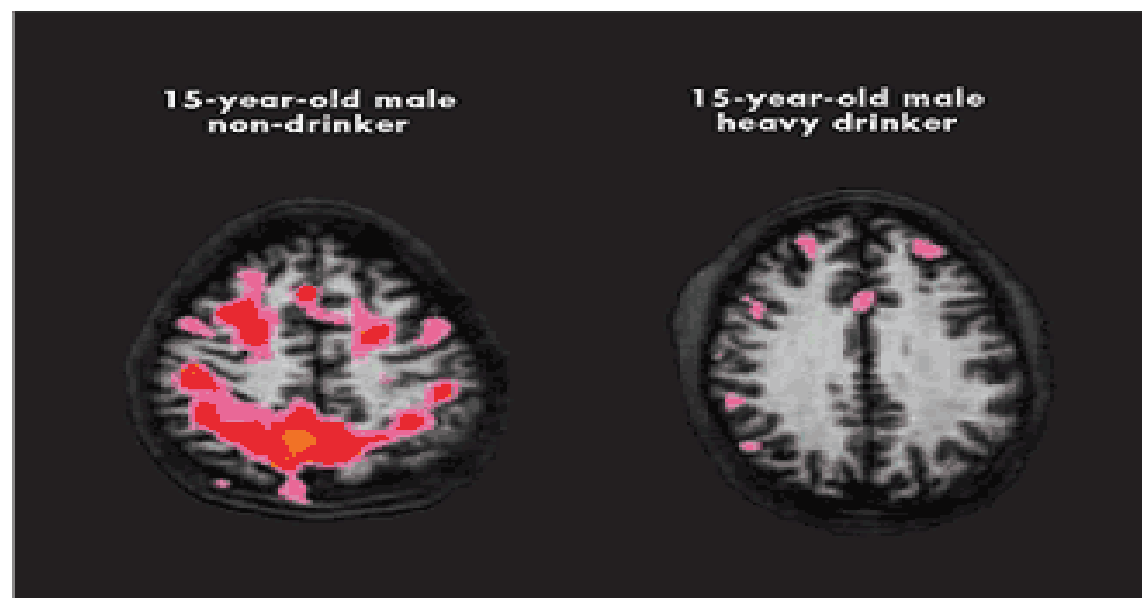
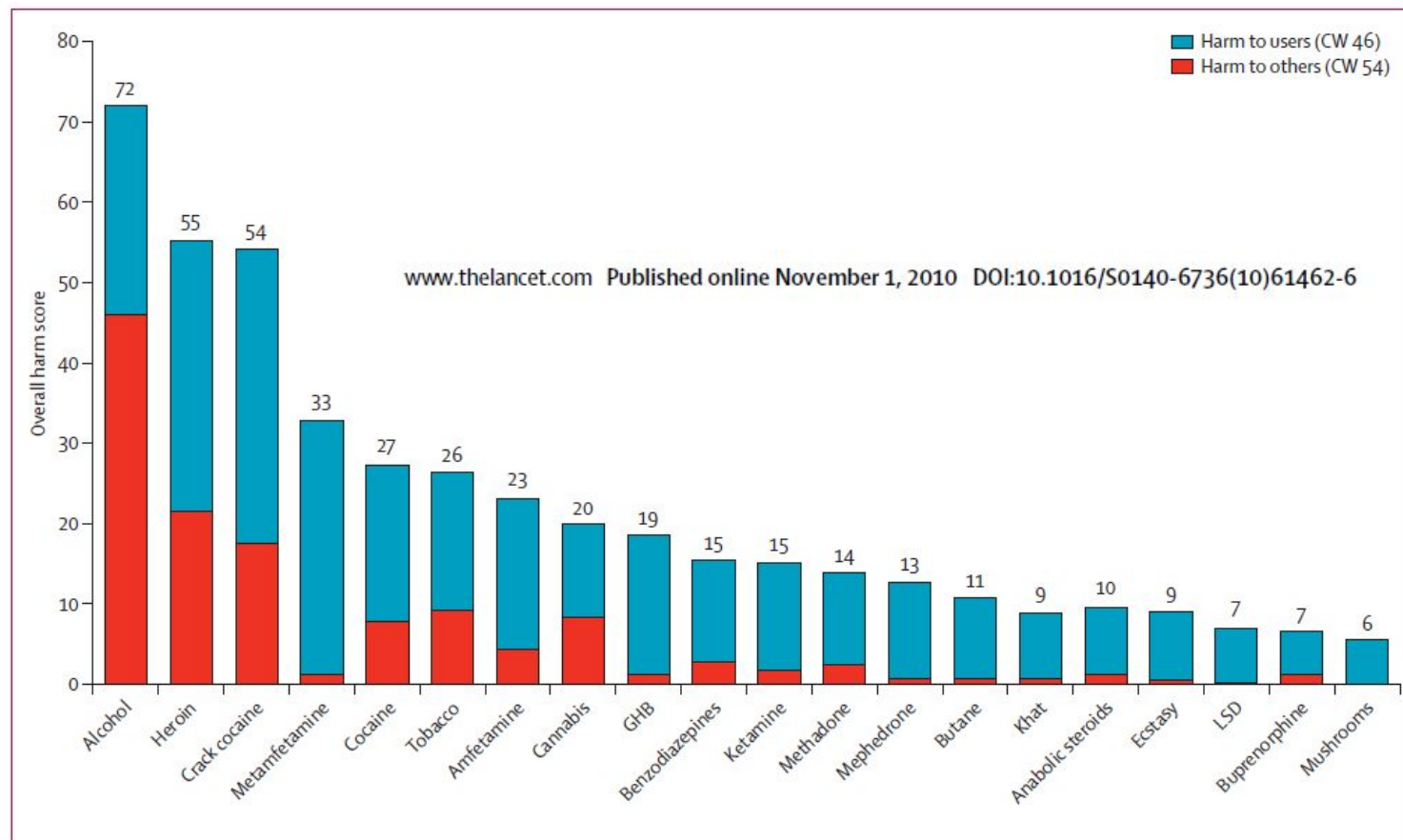


Image from Susan Tapert, PhD, University of California, San Diego.



# ALCOL , prima sostanza **SOCIALMENTE** più dannosa delle **DROGHE**



**Figure 2:** Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others. The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

## Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs



# Droghe e Alcol

## Impatti a confronto

### Addiction 1

## Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease

*Louisa Degenhardt, Wayne Hall*

This paper summarises data for the prevalence, correlates, and probable adverse health consequences of problem use of amphetamines, cannabis, cocaine, and opioids. We discuss findings from systematic reviews of the prevalence of illicit drug use and dependence, remission from dependence, and mortality in illicit drug users, and evidence for acute and chronic effects of illicit drug use. We outline the regional and global distribution of use and estimated health burden from illicit drugs. These distributions are likely to be underestimates because they have not included all adverse outcomes of drug use and exclude those of cannabis—the mostly widely used illicit drug. In high-income countries, illicit drug use contributes less to the burden of disease than does tobacco but a substantial proportion of that due to alcohol. The major adverse health effects of cannabis use are dependence and probably psychotic disorders and other mental disorders. The health-related harms of cannabis use differ from those of amphetamine, cocaine, and opioid use, in that cannabis contributes little to mortality. Intelligent policy responses to drug problems need better data for the prevalence of different types of illicit drug use and the harms that their use causes globally. This need is especially urgent in high-income countries with substantial rates of illicit drug use and in low-income and middle-income countries close to illicit drug production areas.

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 379 January 7, 2012



**MONDO.** Contributo alla disabilità, mortalità prematura e malattia di lunga durata (DALY's) di DROGHE e ALCOL  
 13 milioni di anni di vita persi per le DROGHE  
 69 milioni anni di vita persi per l' ALCOL

	Illicit drugs		Alcohol		Tobacco	
	N	Global %	N	Global %	N	Global %
Past-year users	149-272 million*	3.3-6.1%	2830 million†	44%	..	..
Problem or dependent users	15-39 million‡	0.3-0.9%	76.3 million§	1.2%§	1670 million¶	26%¶
Attributable deaths†	0.25 million	0.4%	2.25 million	3.8%	5.11 million	8.7%
Years of life lost due to use disorders†	2.1 million	0.23%	1.5 million	0.17%	NR	NR
Attributable DALYs†	13.22 million	0.9%	69.42 million	4.5%	56.90 million	3.7%

Table 9: Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco

0,25 milioni di morti per droga (0,4 %) Alta mortalità giovanile  
 2,25 milioni morti per alcol (3,8 %) Alta mortalità adulti e anziani

Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco (table 9) draws attention to four main points. Globally, many fewer people use illicit drugs than use alcohol (roughly one-tenth). Nonetheless, estimated levels of problem use of opioids, cocaine, or amphetamines are an appreciable proportion of those for alcohol use disorders (0.3-0.9% vs 1.2%). Tobacco use is far more widespread, and so its contribution to disease burden was greater than that for alcohol or illicit drugs. Finally, the estimated number of attributable deaths and DALYs were much higher for alcohol use disorders than for problem illicit-drug use (3.8% and 4.5% for alcohol and 0.4% and 0.9% for illicit drugs, respectively). The higher number of years of life lost from illicit drug use (2.1 million vs 1.5 million for alcohol) shows the concentration of illicit drug deaths in younger people, whereas alcohol and tobacco deaths occur in middle-aged and older adults.

www.thelancet.com Vol 379 January 7, 2012



# EUROPA. Contributo alla disabilità, mortalità prematura e malattia di lunga durata (DALY's) di DROGHE e ALCOL

2,4 milioni di anni di vita persi per le DROGHE  
**17,3 milioni anni di vita persi per l' ALCOL**

	HIV/AIDS DALYs		Drug use disorders* DALYs		Poisoning DALYs		Suicide/self-inflicted injuries DALYs		Trauma† DALYs		Total illicit drugs DALYs		Total alcohol DALYs		Total tobacco DALYs	
	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%
Africa	0	0	939 000	100	9 000	0.8	46 000	3.7	136 000	0.7	1 131 000	0.3	7 759 000	2.1	1 930 000	0.5
Americas	231 000	10.7	2 446 000	100	55 000	9.3	81 000	5.0	297 000	2.8	3 110 000	2.2	13 102 000	9.1	8 837 000	6.1
Europe	620 000	52.5	1 369 000	100	23 000	1.1	170 000	5.5	213 000	1.7	<b>2 395 000</b>	<b>1.6</b>	<b>17 342 000</b>	<b>11.4</b>	17 725 000	11.7
Eastern Mediterranean	199 000	21.6	1 675 000	100	7 000	1.7	68 000	6.2	168 000	1.1	2 117 000	1.5	7 630 000	0.5	2 793 000	2.0
Southeast Asia	588 000	9.6	1 252 000	100	17 000	0.9	445 000	6.2	283 000	0.6	2 585 000	0.6	12 066 000	2.7	12 764 000	2.8
Western Pacific	788 000	54.1	674 000	100	22 000	1.7	39 000	0.7	363 000	1.4	1 886 000	0.7	18 393 000	6.9	12 848 000	4.8
Global DALYs	2 426 000	4.1	8 355 000	100	133 000	1.8	849 000	4.3	1 460 000	1.1	<b>13 223 000</b>	<b>0.9</b>	<b>69 424 000</b>	<b>4.5</b>	56 897 000	3.7

Extracted from reference 31. WHO regional definitions used.<sup>31-33</sup> \*Cannabis was not included in these estimates. †Included road-traffic accidents, falls, fires, drownings, and other unintentional injuries—these estimates specifically excluded violence as a potential consequence of illicit drug use.

Table 7: Estimated disability-adjusted life years (DALYs) attributable to illicit drug use according to several major causes, compared with alcohol and tobacco, 2004

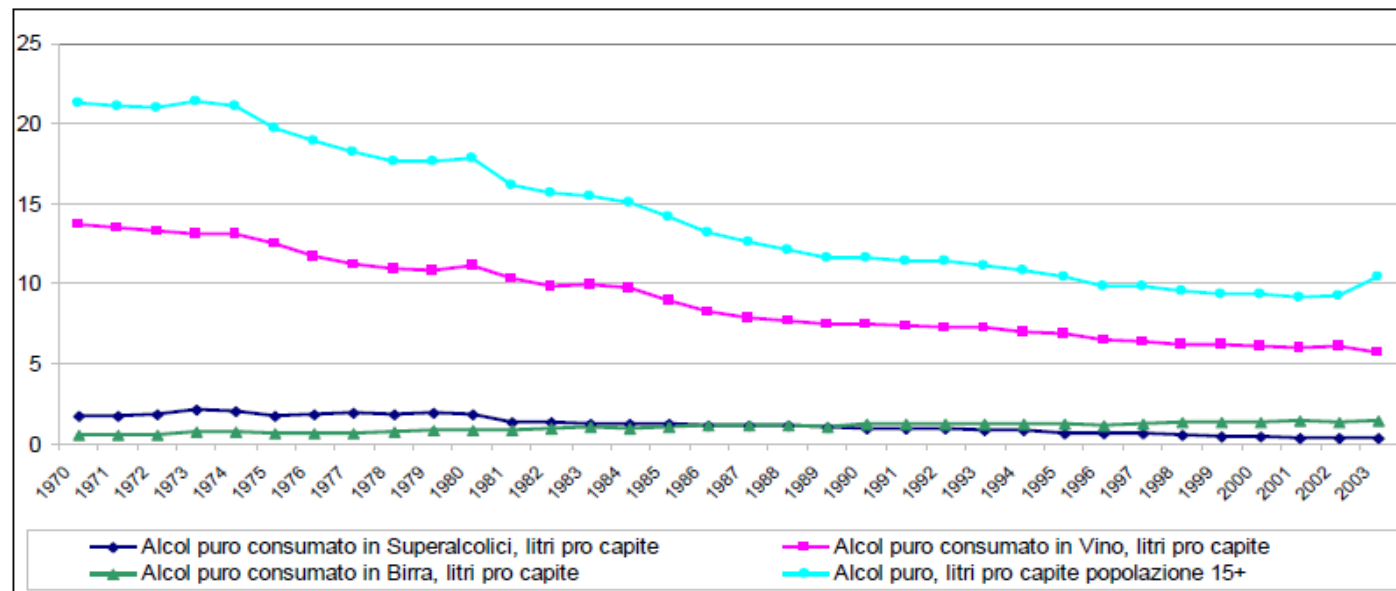
Global burden of disease estimates suggest that in high-income countries, the contribution of illicit drug use is a substantial proportion of that attributable to alcohol.

www.thelancet.com Vol 379 January 7, 2012



# La riduzione del consumo pro-capite di alcol

**Graf. 1 - ALCOL PURO CONSUMATO E PER TIPOLOGIA DI BEVANDA ( LITRI PRO CAPITE)**



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati WHO-HFA database

Anche se l'Italia continua ad occupare un posto tra i più bassi nella graduatoria europea per consumo annuo pro capite di alcol puro ed è uno dei Paesi dell'Unione Europea con un maggior numero di astemi, la rilevante trasformazione avvenuta nei modelli di consumo attenua la positività di tali dati dando luogo a problemi che richiedono un attento monitoraggio e l'adozione di adeguate misure di contrasto.

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della relazione al Parlamento 2011





## La riduzione della spesa pro-capite

Fig. 2 - Dinamica dei consumi di prodotti alimentari, bevande e tabacco a prezzi costanti (var.% tendenziali)



Nota: 2011 dati provvisori. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Istat

In termini di spesa pro-capite il dato del 2011 riporta i livelli indietro di quasi trent'anni: si deve tornare ai primi anni '80, infatti, per scendere al di sotto dei 2400 euro annui destinati al comparto agro-alimentare. Si tratta, in parte, di un *trend* strutturale legato al minore consumo di alcune voci (come il tabacco) ma che segnala anche le evidenti difficoltà del consumatore italiano che, a fronte delle tensioni sul mercato del lavoro e sul reddito disponibile, riduce ulteriormente gli sprechi e modera gli acquisti anche in un comparto dai bisogni poco comprimibili come l'agro-alimentare.

Fig. 3 - Consumi pro-capite per prodotti alimentari, bevande e tabacco (prezzi costanti)



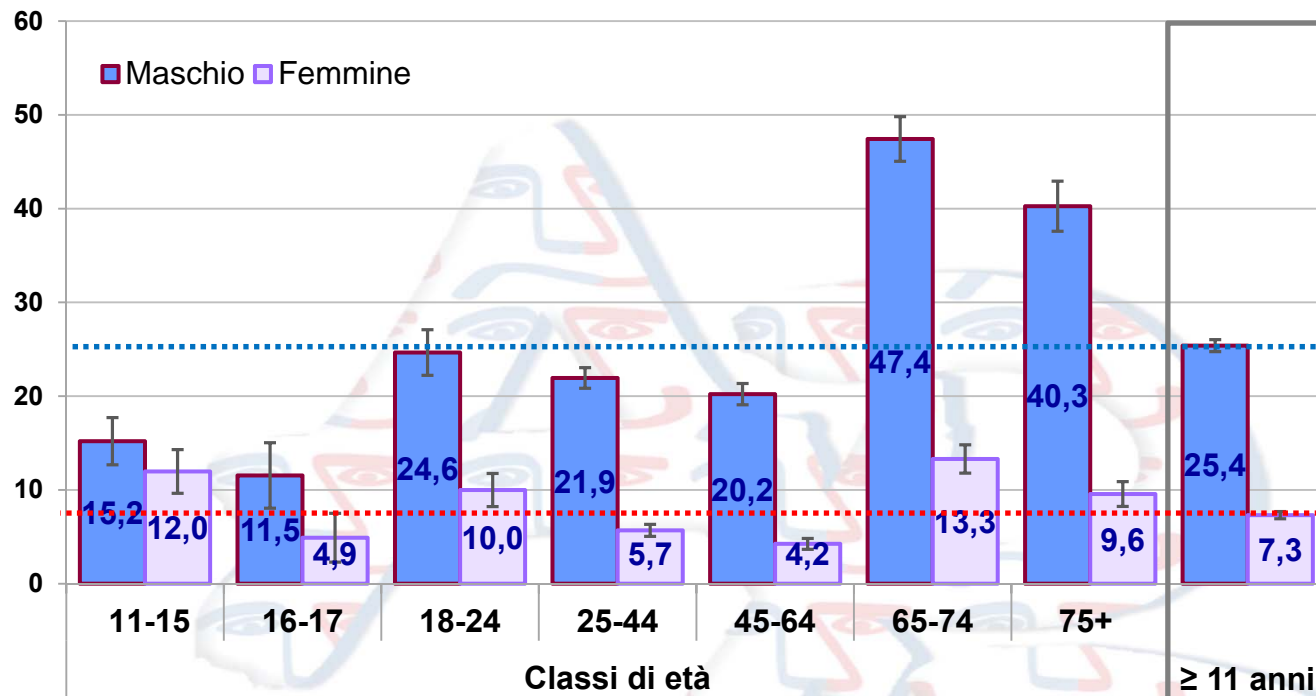
Note: 2011 dati provvisori. Serie storica ricostruita sulla base dei nuovi livelli di Contabilità Nazionale resi note dall'ISTAT a Ottobre 2011 e, prima del 1992, dei Conti Nazionali, edizione Aprile 2011. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Istat







## Più di 8 milioni di consumatori a rischio Superiori alla media le frequenze di under 16 , 16-17 (M) & over 65



Complessivamente, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, il 25,4% degli uomini ed il 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, circa 8.600.000 persone, consumano alcolici senza rispettare le indicazioni di consumo delle agenzie di sanità pubblica, esponendosi a rischi alcolcorrelati. Tale quadro appare ancora più preoccupante se si considera che nei consumatori di bevande alcoliche sono presenti più frequentemente che nei non consumatori comportamenti o abitudini che possono aggravare il rischio connesso all'uso di alcol quali l'uso quotidiano dell'automobile o l'abitudine al fumo.

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della Relazione al Parlamento 2011





**CRISI, L'HAPPY HOUR COME 'MENSA SERALE'. MA PUÒ FAR MALE ALLA SALUTE**  
[www.leggo.it](http://www.leggo.it)

## Gli over 65 cenano con l'happy hour, a rischio la salute degli anziani

*La crisi sottrae potere d'acquisto alle fasce più deboli. Il 47,7% degli uomini tra i 65 e i 74 anni eccedere con gli alcolici. In nove anni aumentati del 10% i ricoveri per cirrosi epatica*



Alcol e cibi ricchi di grassi. È la dieta verso la quale si sta orientando una fetta della popolazione anziana in Italia, quella alla quale la crisi economica ha sottratto potere d'acquisto e l'*exit strategy* è quella di frequentare, almeno

nelle grandi città come Roma e Milano, gli happy hour, dove sono accessibili, per una modesta cifra, cibi e soprattutto, alcolici. È «l'elemento emergente» che rileva Emanuele Scafato, dell' Istituto Superiore di Sanità e direttore dell'Osservatorio nazionale sull'alcol, alla vigilia della Giornata Mondiale della Salute che si celebra sabato in tutto il mondo.



**Con la crisi gli anziani scoprono l'happy hour ma alcol e grassi mettono a rischio la loro salute**

**Abuso di alcol, apericena, anziani a rischio.** L'Happy hour si può trasformare in qualcosa di molto triste, per l'abuso di alcol tra gli anziani

La cena al tempo della crisi

**Anziani a rischio: fanno l'happy hour per risparmiare**



## Ricoveri Intossicazioni giovanili e nei minori Cirrosi, Cardiomiopatie e Polineuropatie negli ultra55enni

Tab.15 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (\*)  
SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNO 2009

Diagnosi di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,2	11,2	51,0	37,6	100
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	15,0	56,0	28,8	100
305.0	Abuso di alcol	1,1	24,8	53,2	21,0	100
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	2,8	44,9	52,2	100,
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	2,7	36,8	60,5	100
535.3	Gastrite alcolica	0,0	6,0	43,6	50,3	100
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,2	8,5	40,2	51,1	100
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	10,1	48,7	41,2	100
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,3	31,5	67,2	100
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,0	5,9	42,4	51,7	100
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	22,2	11,1	44,4	22,2	100
980	Effetti tossici dell'alcol	13,4	25,4	31,3	29,9	100
<b>Totale</b>		<b>0,2</b>	<b>9,5</b>	<b>43,9</b>	<b>46,4</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della relazione al Parlamento 2011



# Incremento ricoveri per CIRROSI EPATICA ALCOLICA

Tab. 15 f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (\*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI ANNI 2000-2009

DIAGNOSI DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi								
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%	5,00%	5,0%	5,3%
<b>303</b>	<b>Sindrome di dipendenza da alcol</b>	<b>31,80%</b>	<b>32,20%</b>	<b>31,40%</b>	<b>30,80%</b>	<b>30,10%</b>	<b>28,80%</b>	<b>29,00%</b>	<b>28,7%</b>	<b>28,0%</b>
305.0	Abuso di alcol	10,60%	9,10%	9,60%	10,20%	10,60%	11,00%	11,20%	11,0%	11,1%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%	1,90%	1,9%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,50%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,70%	0,7%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%	8,80%	8,2%	7,9%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%	3,90%	3,7%	3,4%
<b>571.2</b>	<b>Cirrosi epatica alcolica</b>	<b>26,30%</b>	<b>28,30%</b>	<b>30,00%</b>	<b>30,90%</b>	<b>31,70%</b>	<b>32,90%</b>	<b>33,60%</b>	<b>35,0%</b>	<b>36,4%</b>
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%	5,20%	4,9%	4,6%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,3%	0,3%
<b>Totale</b>		<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(\*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica, uno dei più importanti indicatori di danno alcolcorrelato, pur essendo nel nostro Paese inferiore a quello medio europeo, è tuttavia superiore a quello di altri Paesi dell'U.E. quali Olanda, Grecia, Irlanda, Spagna. Tra il 2000 e il 2009 la percentuale dei ricoveri ospedalieri per cirrosi alcolica ha registrato, in rapporto agli altri ricoveri per cause totalmente alcolcorrelate, una crescita di quasi 10 punti percentuali passando dal 26,30 % al 36,4%.

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della relazione al Parlamento 2011

**Alcol e sicurezza stradale**

Popolazione di riferimento: (1) chi ha dichiarato di aver guidato e di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 gg; (2) chi ha dichiarato di essere stato passeggero di auto/moto

1. Bevute 2 o più unità alcoliche nell'ora precedente alla guida



18-64 anni: 9,2%

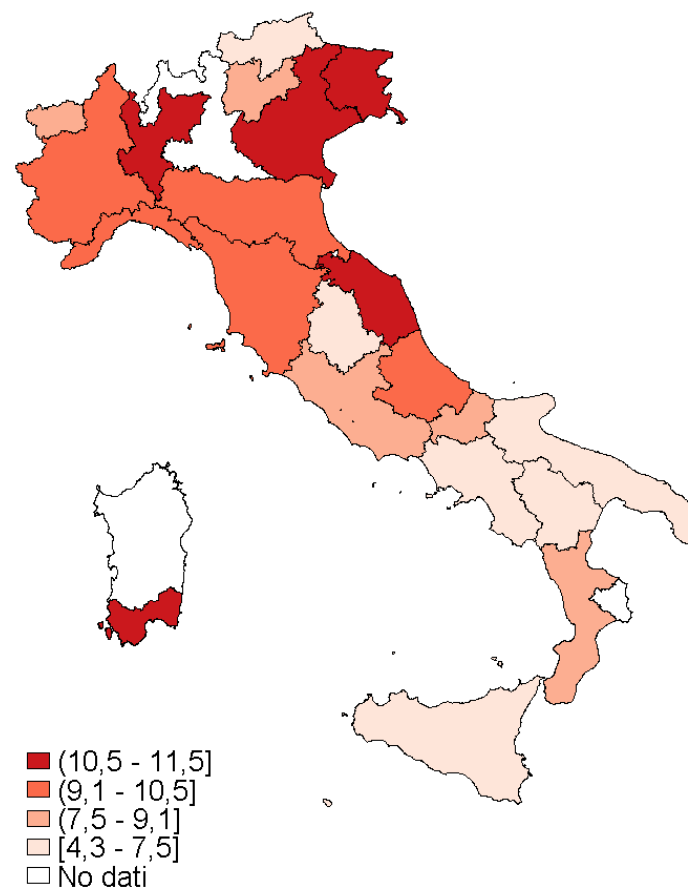
65-69 anni: 8,3%

2. Passeggero con guidatore che ha bevuto 2 o più unità alcoliche nell'ora precedente alla guida



6,2%

Dati stabili rispetto al 2010





# SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2011 (popolazione 18-69 anni)

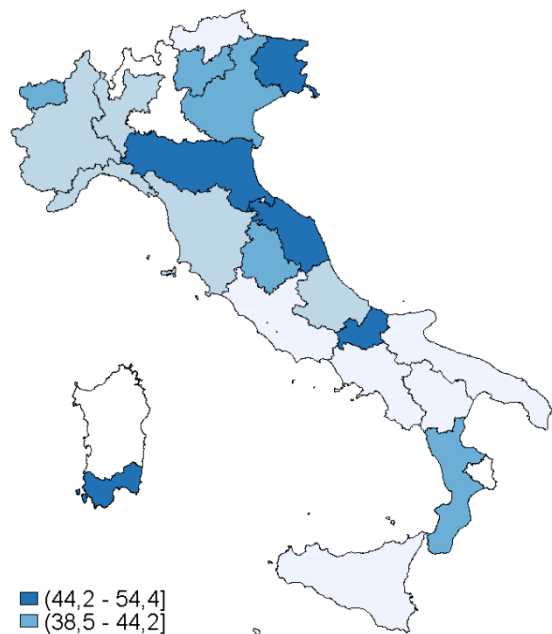
## Pool di ASL di 21 regioni (n=37.156)

### Controllo da parte delle Forze dell'Ordine

Subito un controllo, da guidatore o da passeggero, nel corso dell'ultimo anno



34,3%



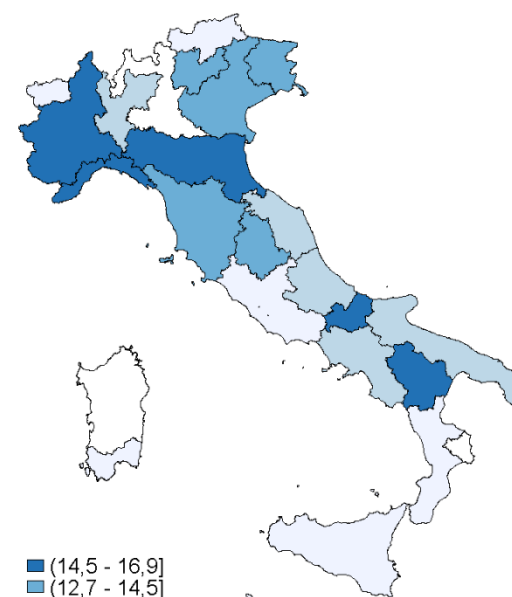
■ (44,2 - 54,4]  
■ (38,5 - 44,2]  
■ (31,9 - 38,5]  
□ [19,5 - 31,9]  
□ No dati

### Guidatore sottoposto a etilotest

Tra coloro che sono stati fermati, riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest



11,5%



■ (14,5 - 16,9]  
■ (12,7 - 14,5]  
■ (8,5 - 12,7]  
□ [3,8 - 8,5]  
□ No dati



# SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2011 (popolazione 18-69 anni) Pool di ASL di 21 regioni (n=37.156)

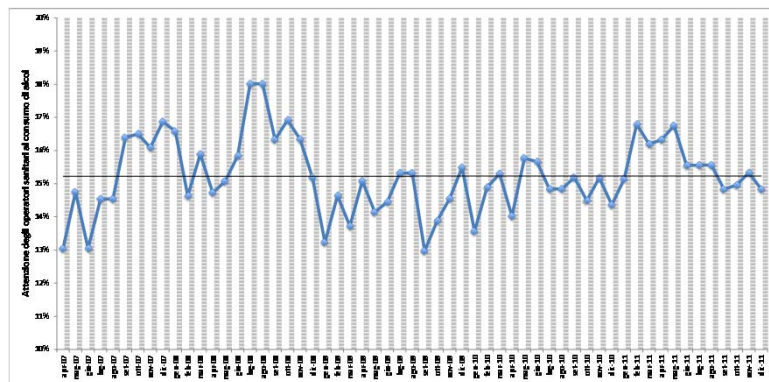
## Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

Persone, che sono state da un medico o operatore sanitario negli ultimi 12 mesi, a cui è stato chiesto se bevono



15,7%

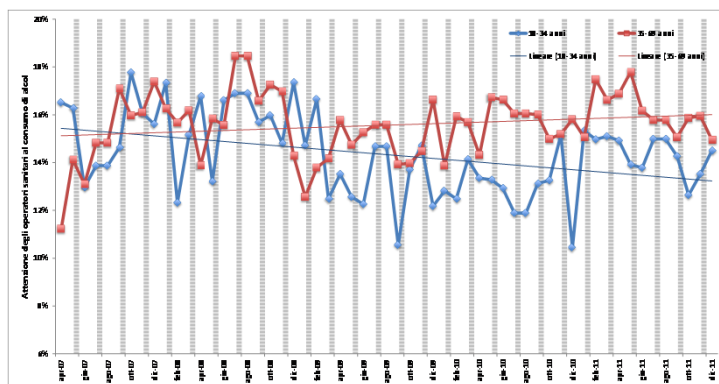
Andamento indicatore 2007-2011



- Stabilità nel tempo dei consigli dati dai medici

- Stagionalità con un picco significativo di aumento dei consigli nel mese di Luglio

Andamento indicatore 2007-2011  
nei 18-34enni (blu) e nei 35-69enni (rosso)

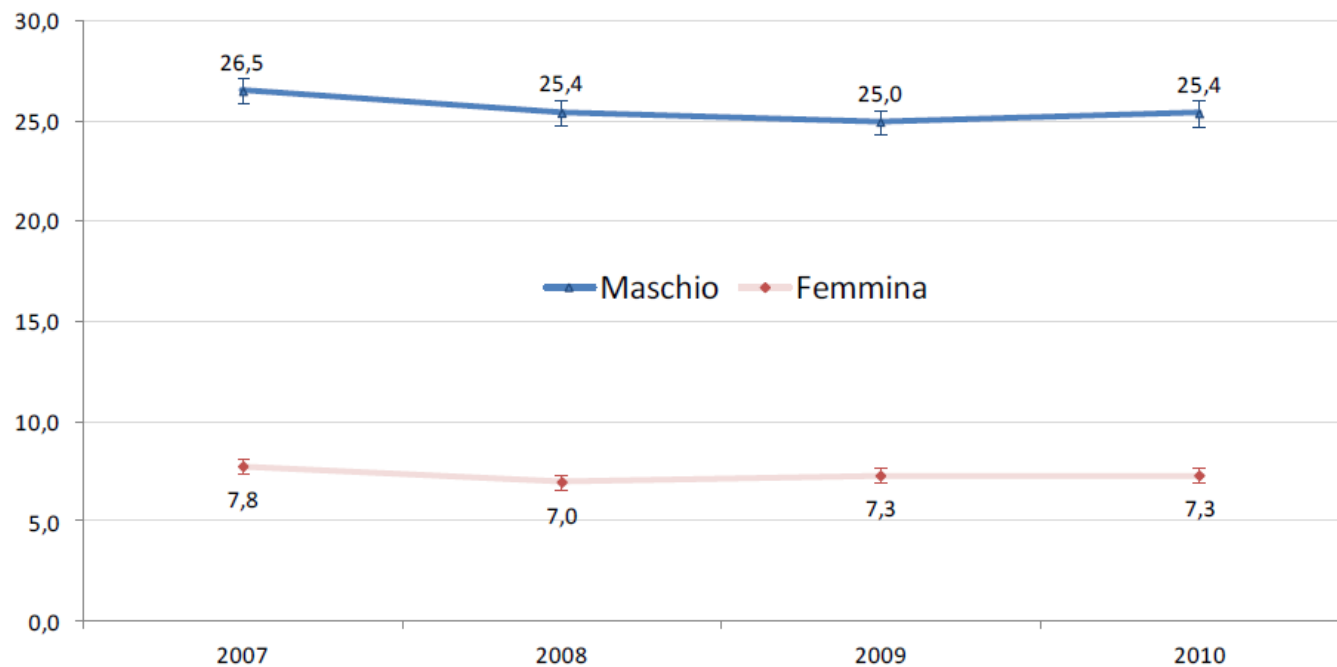


- Trend negativo significativo, dell'indicatore nella classe di età più giovane (18-34enni)





# Il trend dei consumatori a rischio



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati delle Indagini ISTAT Multiscopo sulle famiglie



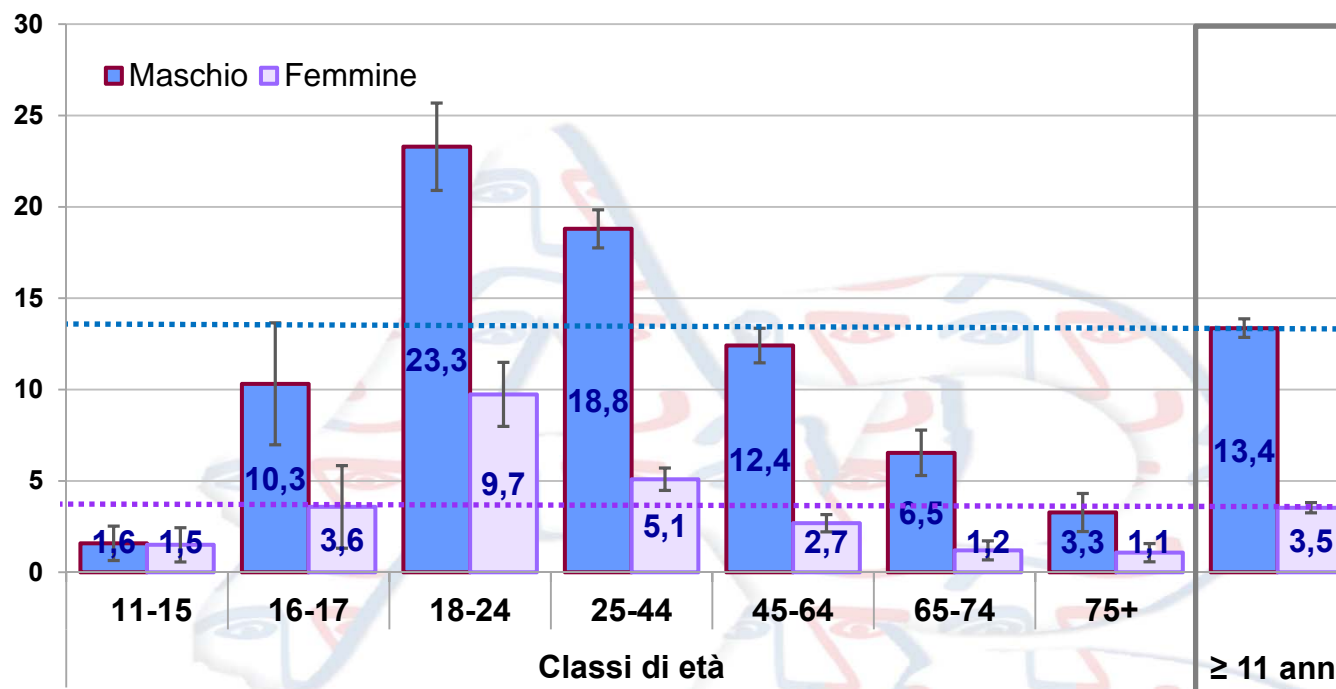




# Oltre 4 milioni di *binge drinkers*

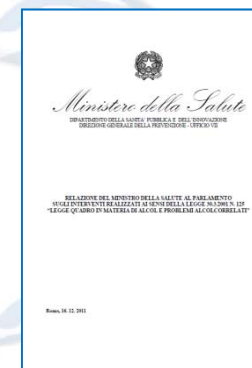
## Superiori alla media le frequenze di 18-24enni e 25-44enni

### Circa 390.000 al di sotto della *legal age*



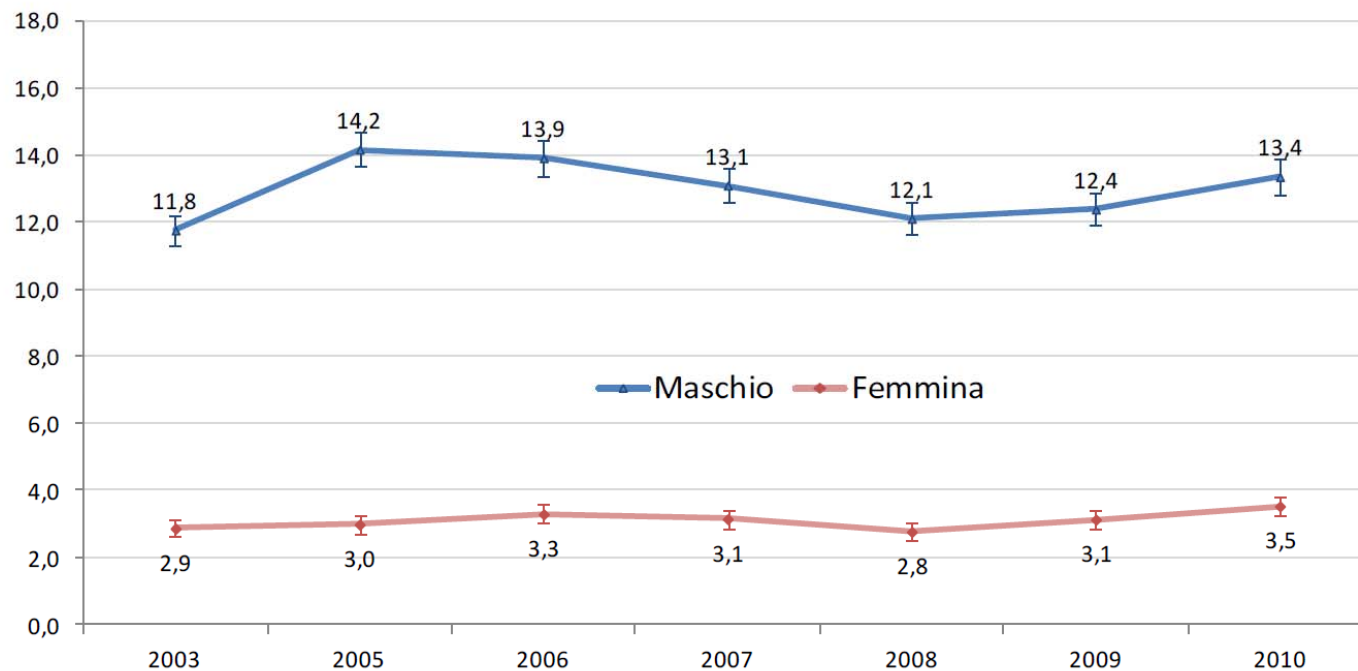
I comportamenti dei giovani richiedono una particolare attenzione e devono essere attentamente monitorati in quanto possono comportare conseguenze molto gravi sia sul piano sanitario, determinando anche condizioni patologiche estreme quali l'intossicazione acuta alcolica e l'alcoldipendenza, sia su quello psico-sociale, con assenze scolastiche, peggioramento delle prestazioni, aggressività, violenza, deterioramento delle relazioni sociali, influenze negative sullo sviluppo cognitivo ed emotivo. Per loro l'esposizione al rischio deriva soprattutto dal consumo fuori pasto e dal *binge drinking*, per i quali proprio tra i giovani di 18-24 anni di entrambi i sessi si rilevano le prevalenze più alte di tutta la popolazione. Il *binge drinking* si presenta in costante aumento a partire dal 2003 nella classe di età 11-25 anni, sia fra i maschi che tra le femmine.

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della relazione al Parlamento 2011

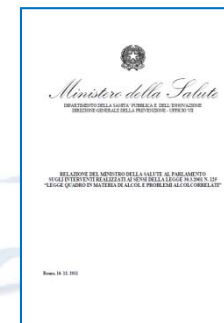




# Il trend dei *binge drinkers*



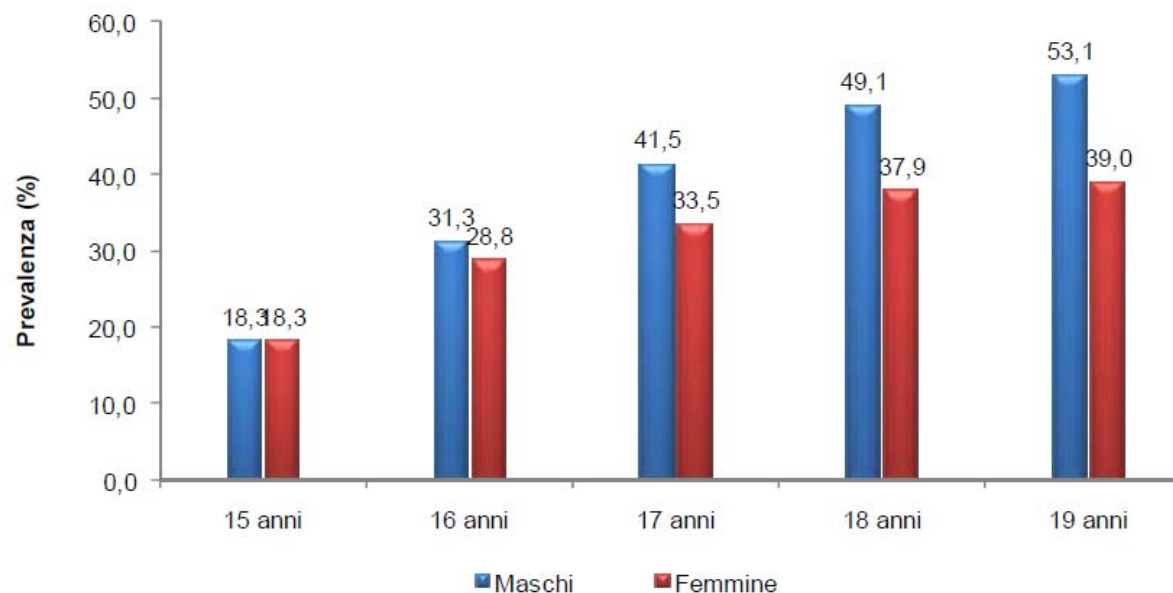
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati delle Indagini ISTAT Multiscopo sulle famiglie





# Ubbriacature (%) nei 15-19enni

**Figura I.1.49:** Intossicazione alcolica (ubbiacature) nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011



# RELAZIONE ALCOL-PERSONA

Modalità di interpretazione problematica del bere

NON BERE, NON CONSUMO MA  
**USO DELL'ALCOL**

**ALCOL COME SOSTANZA**

**Valore d'uso legato a effetti desiderati  
di intossicazione**



**SPERIMENTAZIONE** del limite legato al bisogno di sperimentare il proprio corpo e le sue reazioni ed identificabile dalla presenza di mal di stomaco, mal di testa, vomito, ecc.



**PROTAGONISMO** (starring) il vero *macho* che sa "reggere" grandi quantità di alcol senza star male per colpire l'attenzione delle ragazze.



**STILE TRASGRESSIVO** utilizzo di alcol determinata da ritualità superando i limiti e le norme socialmente condivise e trasmesse a scopo dimostrativo o provocatorio





# IL “BERE” ESTREMO (extreme drinking)

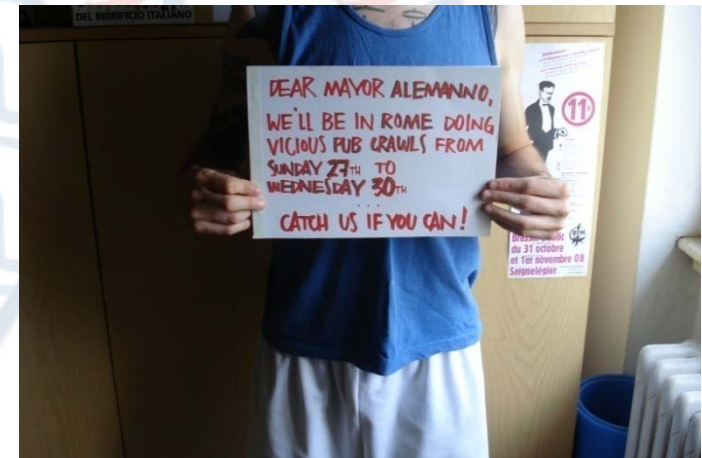


## EYE BALLING



## BALCONING

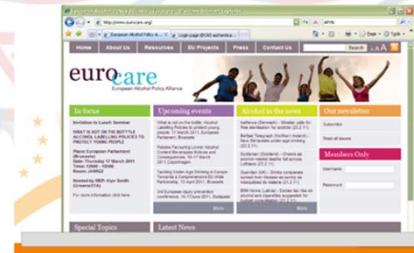
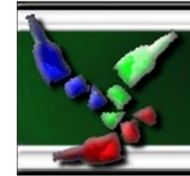
## PUB'S CRAWL



## DRUNKORRESSIA

# PASSATO, PRESENTE e FUTURO DELLA RICERCA O.N.A. CNESPS ISS

## I progetti più rilevanti che orientano le *alcohol policies*





# Come contrastare il consumo rischioso e dannoso dei giovani?

I modelli consolidati di **binge drinking** e di consumi quotidiani a rischio si configurano come nuova forma di *addiction* per un numero crescente **di giovani e di minori**.

Molti fattori legati a comportamenti o a situazioni di socialità e di aggregazione sono frequentemente interpretati come occasione di consumo di alcol ispirato a una cultura del **rischio** sempre più sollecitata da modalità di interazione personali in cui l'alcol agisce da **mediatore delle relazioni** e da **facilitatore di alcuni comportamenti non salutari e sicuramente non ispirati al rispetto del LIMITE.**

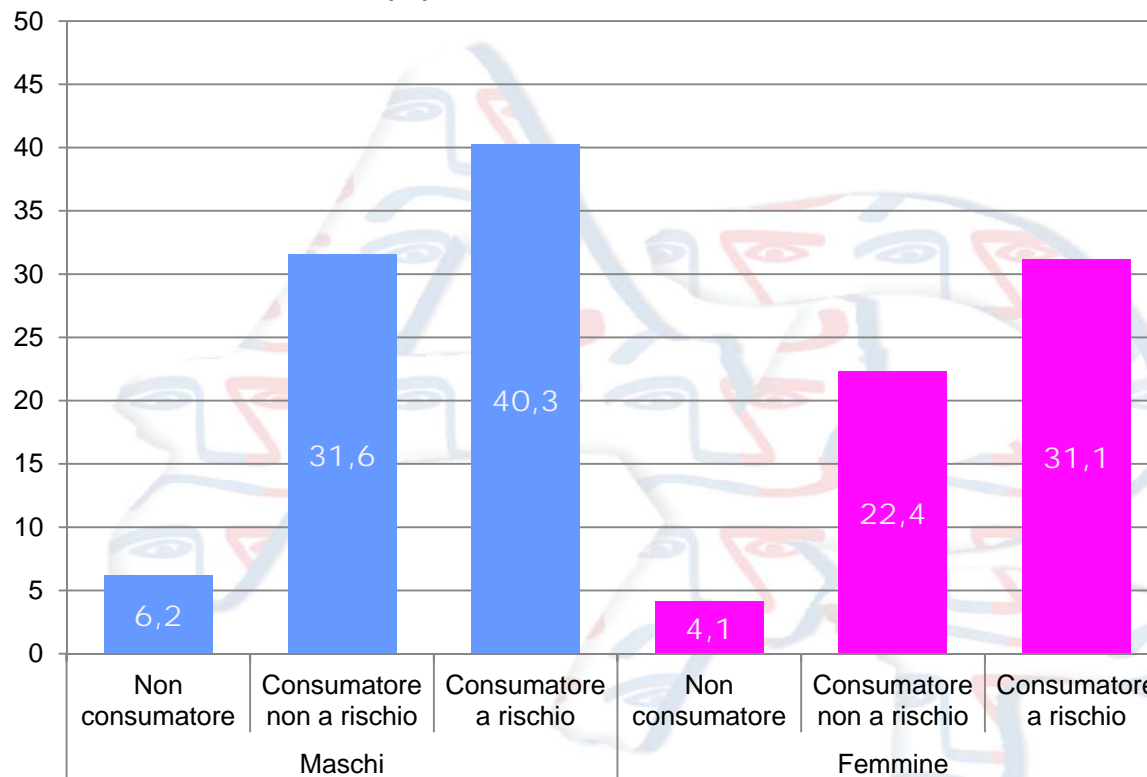




# ALCOL e FUMO

## La CO-DIPENDENZA più comune

Fumatori(%) ed abitudine di consumo alcolico



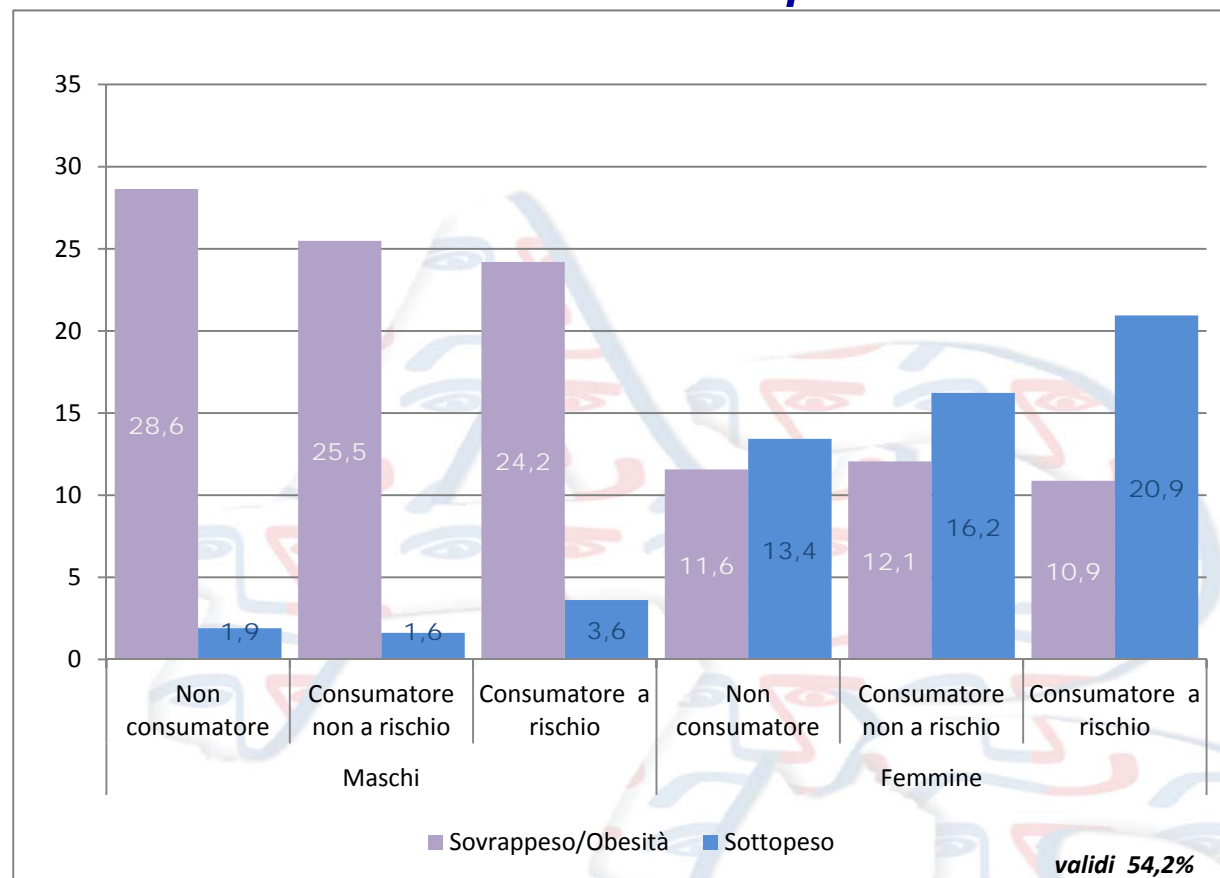
validi 96,7%

La frequenza dei fumatori tra i ragazzi e le ragazze di 11-25 anni di età è massima tra i **consumatori a rischio** e **statisticamente significativa** sia tra consumatori che rispetto ai non consumatori



# ALCOL e PESO

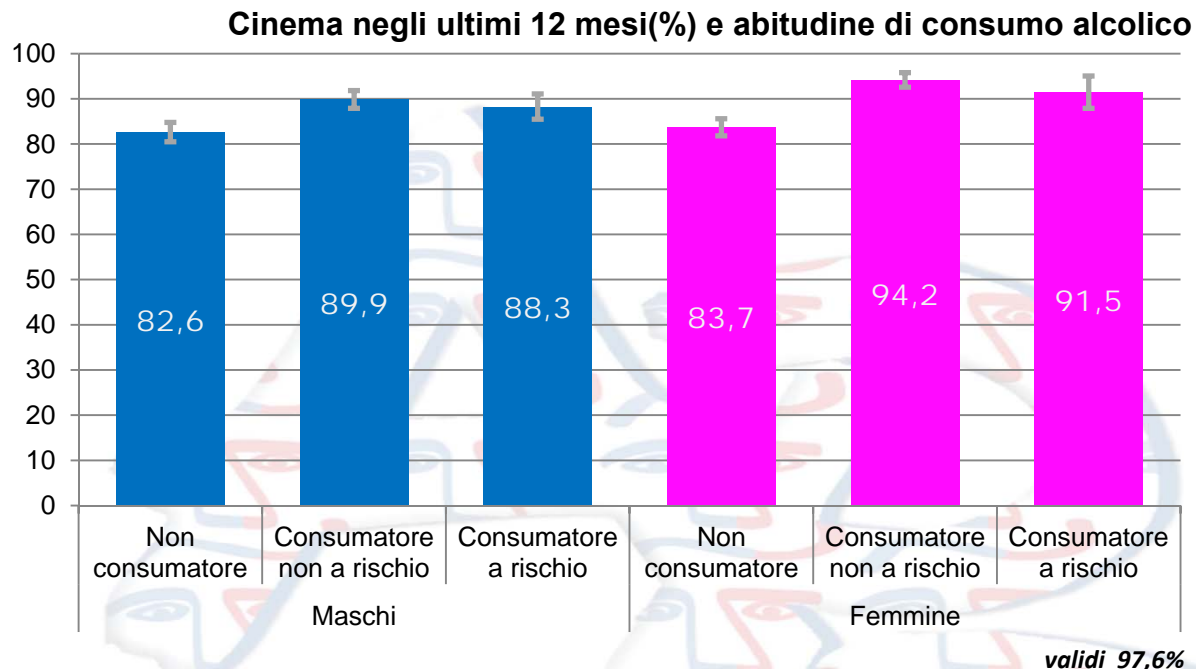
## Donne e sottopeso



Tra le donne di 11-25 anni di età sottopeso è prevalente il consumo a rischio. Pur nei limiti della validità statistica il fenomeno deve essere oggetto di attento monitoraggio in funzione delle tendenze registrabili correnti in termini di rischio di insorgenza di una **DRUNKORRESSIA**



# Aggregazione giovanile (età 11-25 anni) **ALCOL e CINEMA**

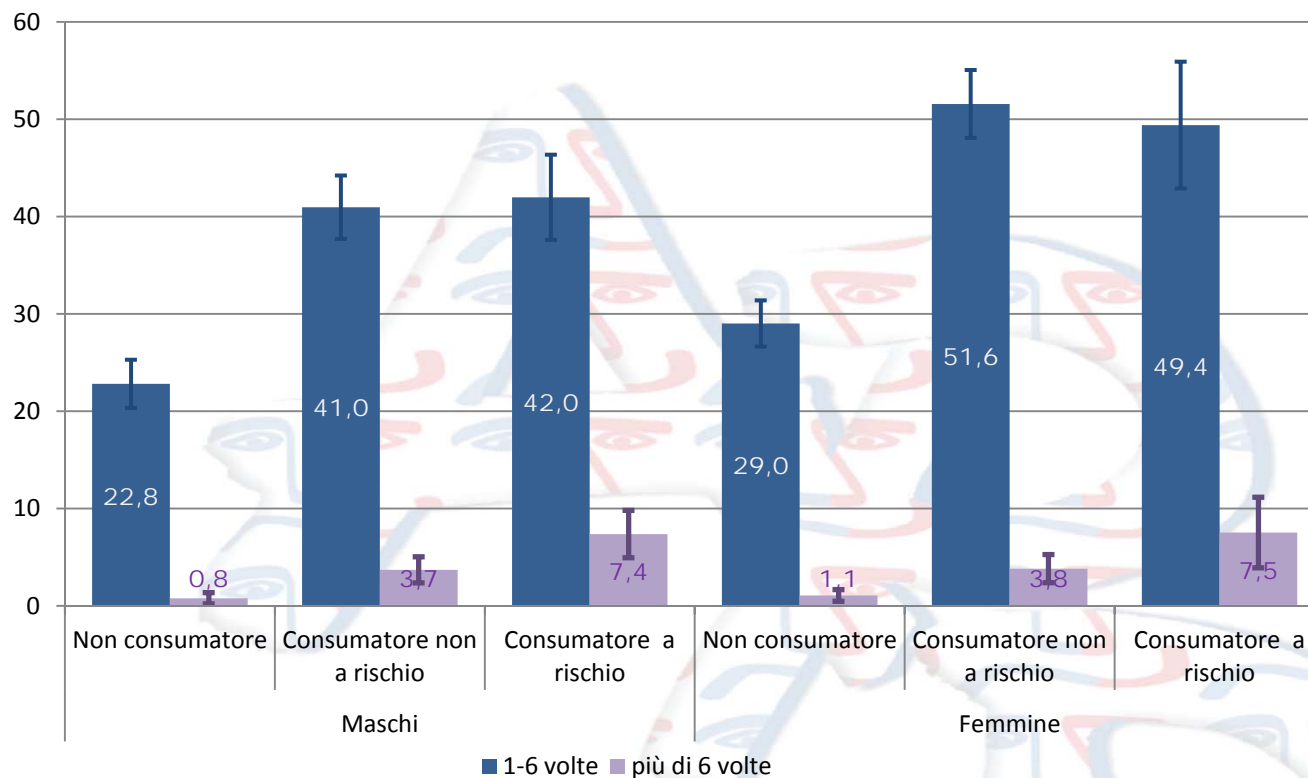


Tra i ragazzi e le ragazze di 11-25 anni di età che sono andati al cinema è **statisticamente più elevata la quota dei consumatori e dei consumatori a rischio** rispetto ai non consumatori



# Aggregazione giovanile (età 11-25 anni) **ALCOL e CONCERTI**

Concerti di musica negli ultimi 12 mesi (%) ed abitudine di consumo alcolico



validi 97,0%

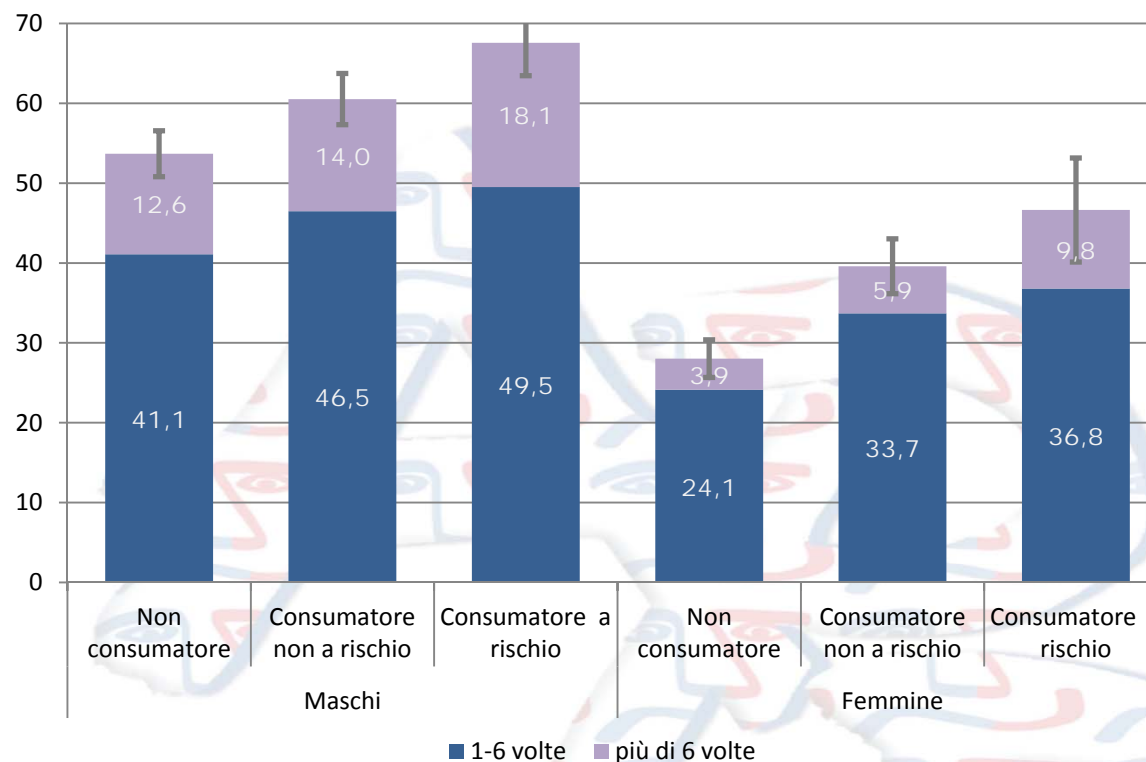
Tra i ragazzi e le ragazze di 11-25 anni di età che hanno partecipato a concerti di musica è **statisticamente più elevata la frequenza dei consumatori e dei consumatori a rischio** rispetto ai non consumatori



# Aggregazione giovanile (età 11-25 anni)

## ALCOL e EVENTI SPORTIVI

Eventi sportivi negli ultimi 12 mesi (%) ed abitudine di consumo alcolico



la barra di errore si riferisce alle categorie "1-6 volte" ed "più di 6 volte" unite

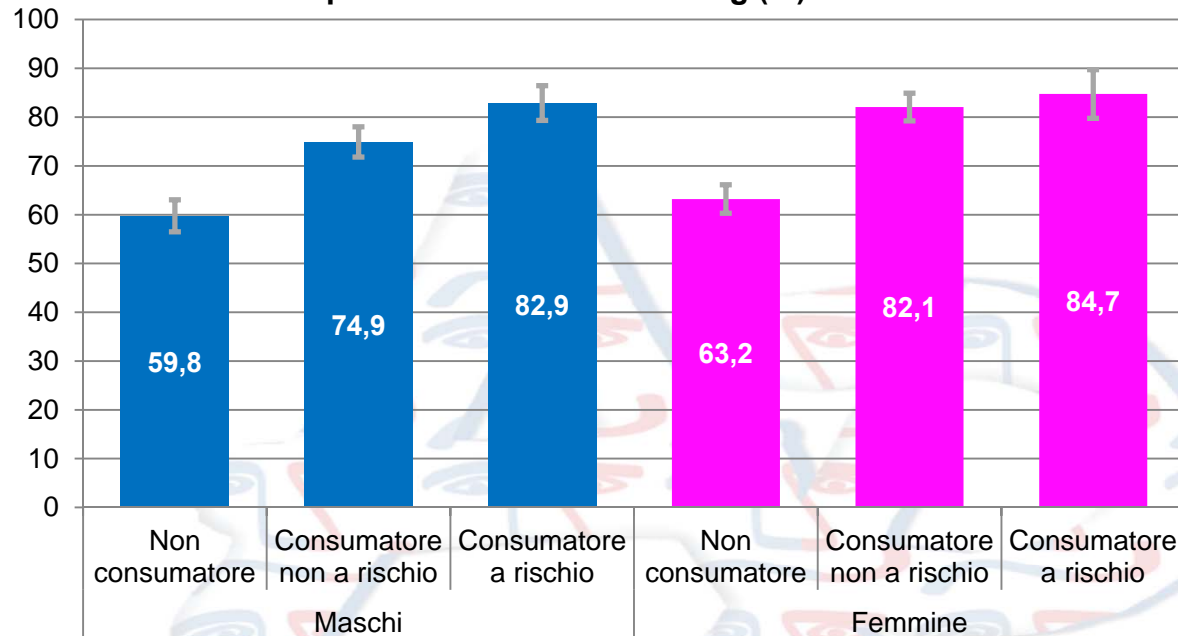
validi 97,0%

Tra i ragazzi e le ragazze di 11-25 anni di età che hanno partecipato a eventi sportivi è **statisticamente più elevata la quota dei consumatori e dei consumatori a rischio** rispetto ai non consumatori .



# Aggregazione giovanile (età 11-25 anni) **ALCOL e SOCIAL NETWORK**

Utilizzo di internet per siti di social networking (%) e abitudine di consumo



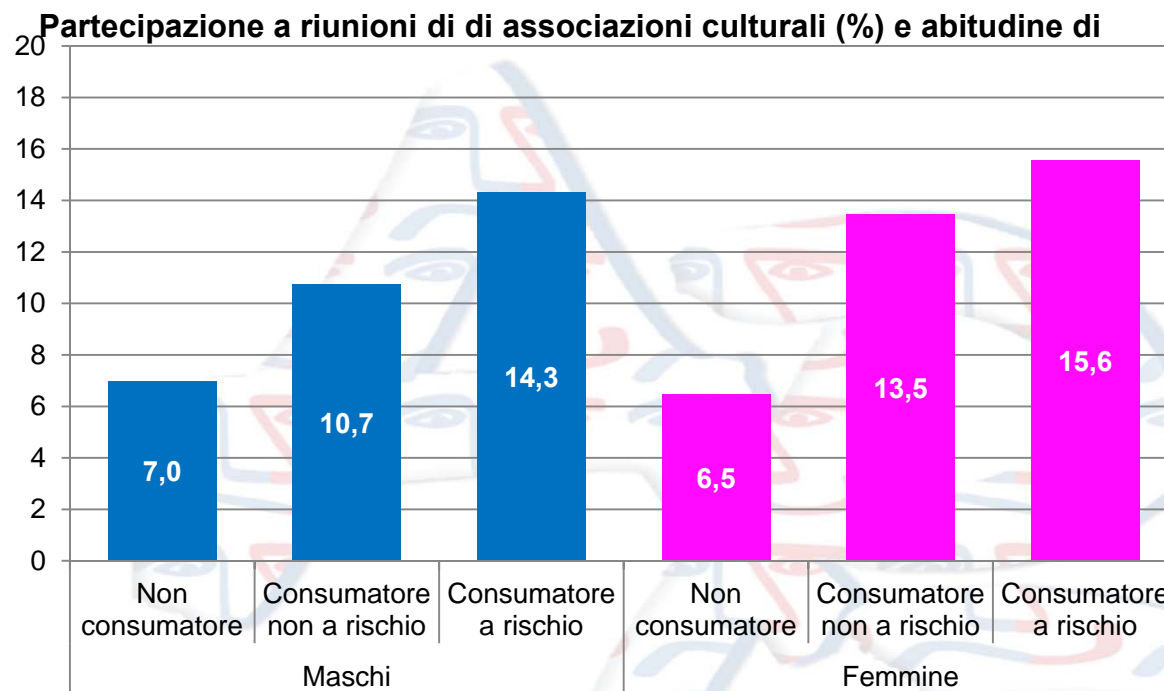
validi 78,1%

Tra i ragazzi di 11-25 anni di età che usano **internet negli ultimi 3 mesi per social networking** è statisticamente più elevata la prevalenza dei consumatori a rischio rispetto sia ai consumatori che ai non consumatori .

Tra le ragazze è statisticamente più elevata la quota delle consumatrici, a rischio e non, rispetto alle non consumatrici.



## Aggregazione giovanile (età 11-25 anni) **ALCOL e ASSOCIAZIONI CULTURALI**

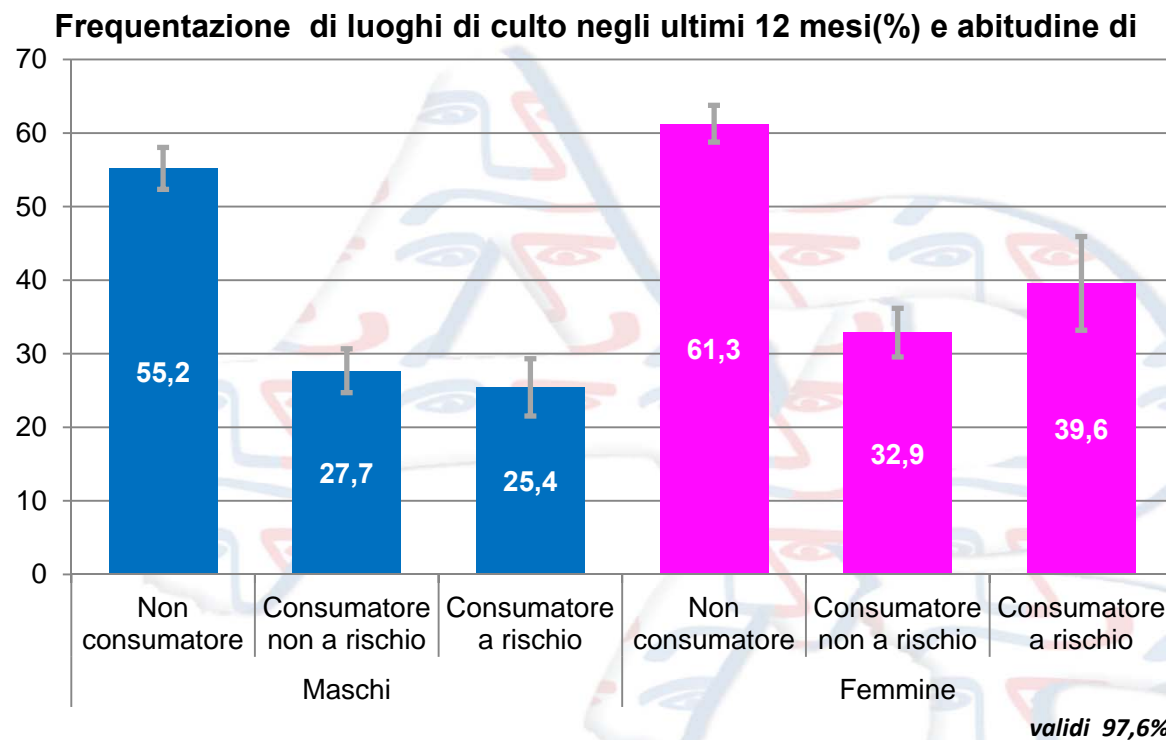


validi 77,8%

Tra i ragazzi e le ragazze di 11-25 anni di età che hanno partecipato a riunioni di associazioni culturali è **statisticamente più elevata la frequenza dei consumatori e dei consumatori a rischio** rispetto ai non consumatori .



# Aggregazione giovanile (età 11-25 anni) **ALCOL e LUOGHI DI CULTO**

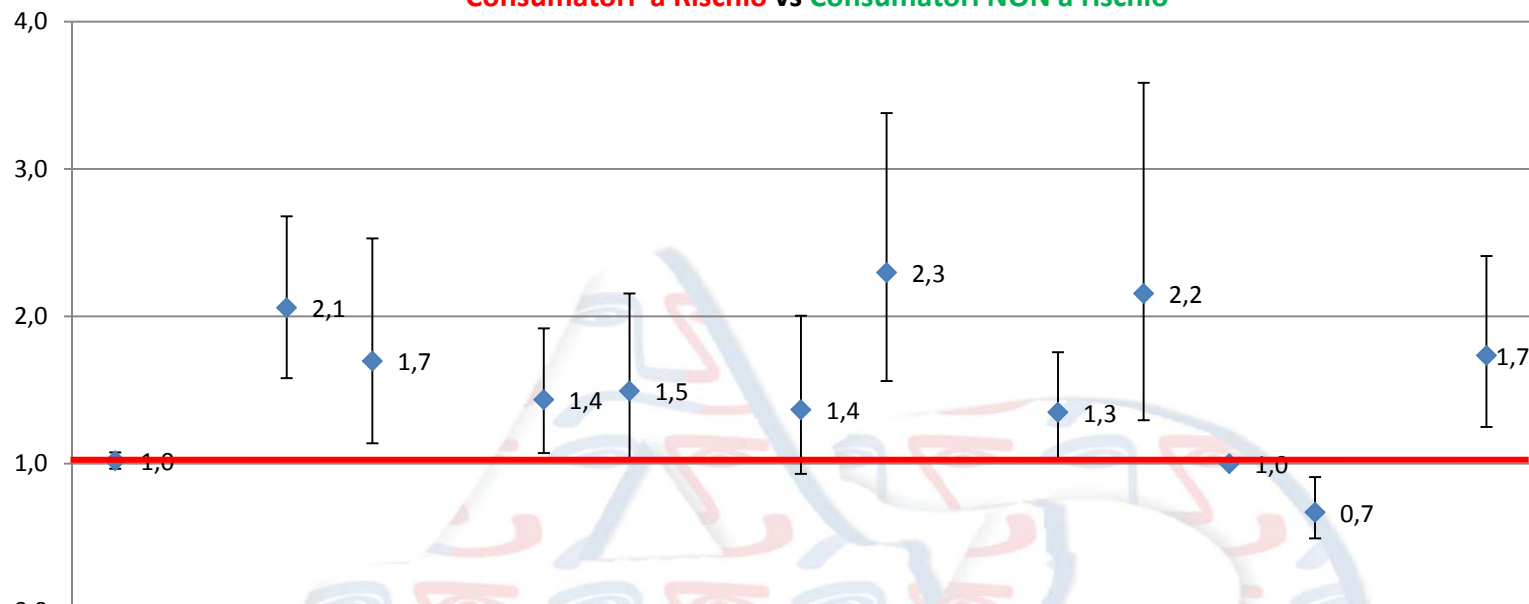


Tra i ragazzi e le ragazze di 11-25 anni di età che hanno frequentato luoghi di culto è **statisticamente più elevata la quota dei NON CONSUMATORI** rispetto ai consumatori e ai consumatori a rischio.





**Maschi – 11-25 anni età – Probabilità di essere consumatori a rischio (OR 95 %)**  
**Consumatori a Rischio vs Consumatori NON a rischio**



eta	No, mai fumato	Si	No, fumavo in passato	Mai	1-6 volte	più di 6 volte	Mai	1-6 volte	più di 6 volte	Mai	1-6 volte	più di 6 volte	qualche volta all'anno o mai	Si	No	Si
Abitudine al fumo			Partecipazione a manifestazioni sportive			Frequenzazione di discoteche balere night club			Partecipazione a concerti di musica			Partecipazione a chiesa o luogo di culto		partecipazione a riunioni di associazioni culturali, ricreative o di altro tipo (negli ultimi 12 mesi)		

La probabilità di essere un consumatore di alcol a rischio (invece che un consumatore non a rischio) è di 2,1 volte e 1,7 volte maggiore, rispettivamente, per i fumatori e gli ex fumatori rispetto a chi non fuma

La probabilità di essere un consumatore di alcol a rischio (invece che un consumatore non a rischio) è di 1,4 volte e 1,5 volte maggiore per un giovane che partecipa a manifestazioni sportive occasionalmente o più frequentemente rispetto a chi non ci va mai.

La probabilità di essere un consumatore di alcol a rischio (invece che un consumatore non a rischio) è di 2,3 volte maggiore per un giovane che frequenta oltre 6 volte l'anno le discoteche rispetto a chi non ci va mai.

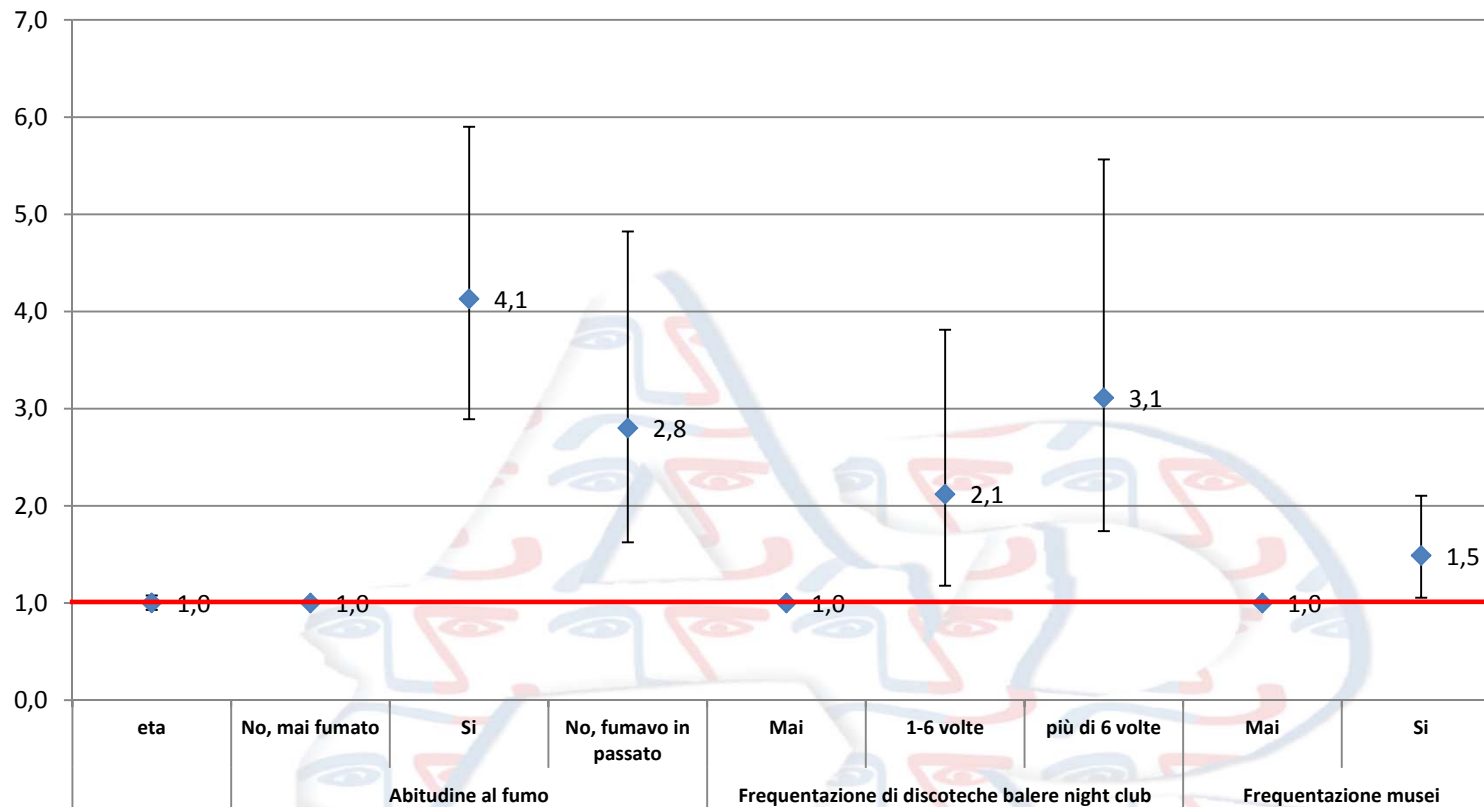
La probabilità di essere un consumatore di alcol a rischio (invece che un consumatore non a rischio) è di 1,3 volte e 2,2 volte maggiore per un giovane che partecipa a concerti di musica occasionalmente o più frequentemente rispetto a chi non va mai ai concerti

Le probabilità di essere un consumatore di alcol a rischio (invece che un consumatore non a rischio) tra chi frequenta chiese o luoghi di culto è il 30% inferiore rispetto a chi non li frequenta

La probabilità di essere un consumatore di alcol a rischio (invece che un consumatore non a rischio) è di 1,7 volte maggiore per chi partecipa a riunioni di associazioni culturali, ricreative o di altro tipo rispetto a chi non vi ha mai partecipato



**Femmine - 11-25 anni età - Probabilità di essere consumatrici a rischio (OR 95 %)**  
**Consumatrice a rischio vs Consumatrice NON a Rischio**



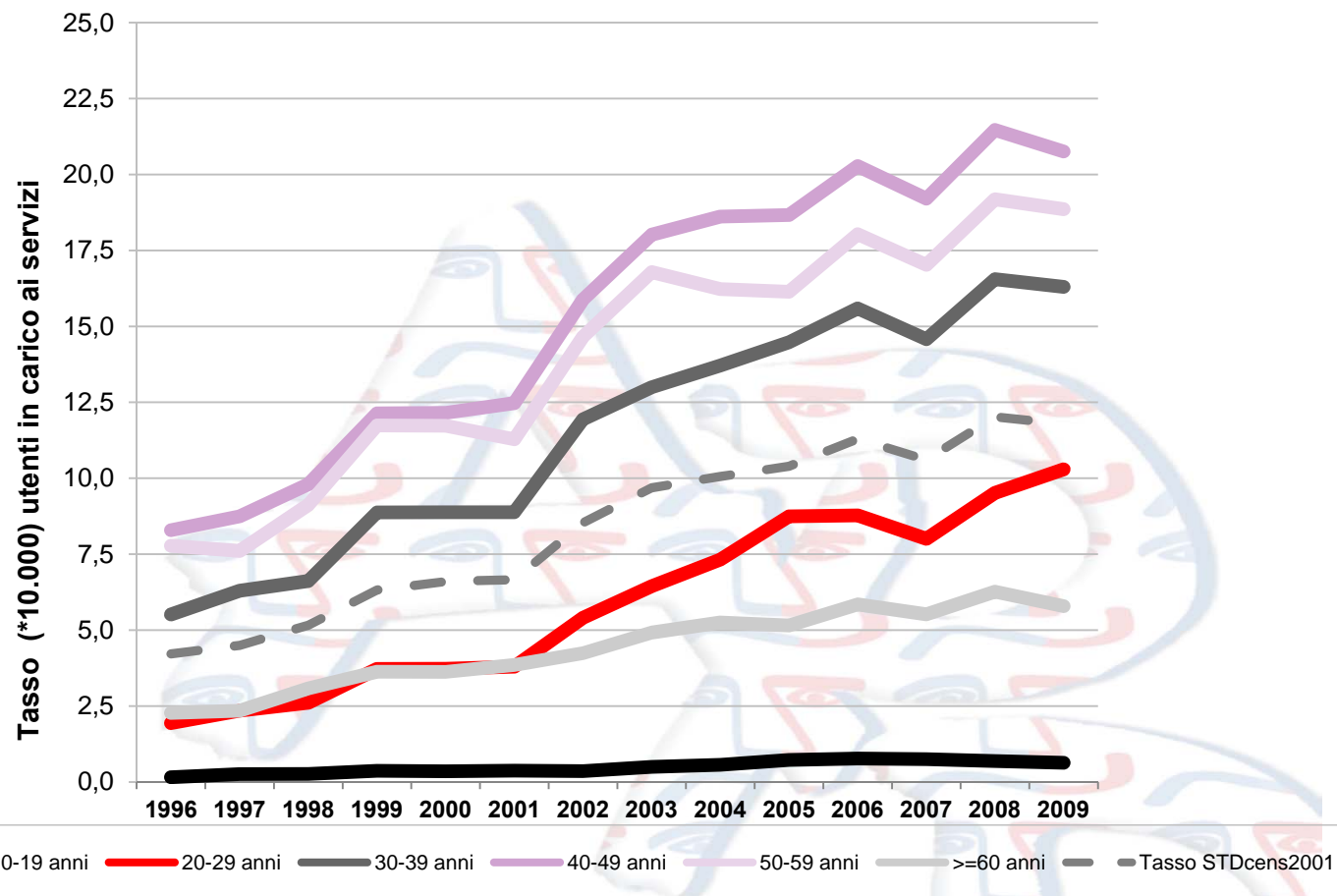
La probabilità di essere una consumatrice di alcol a rischio (invece che un consumatrice non a rischio) è di 4 volte e 2,8 volte maggiore rispettivamente per i fumatori e gli ex fumatori rispetto a chi non fuma.

La probabilità di essere consumatrice a rischio (invece che consumatrice non a rischio) è di 2,1 volte e 3,1 volte maggiore per un giovane che, rispettivamente, frequenta discoteche occasionalmente o più frequentemente rispetto a chi non ci va mai.

La probabilità di essere consumatrice di alcol a rischio (invece che consumatrice non a rischio) è di 1,5 volte maggiore per chi frequenta musei che per chi non c'è mai andato.



# Alcolodipendenti



Il numero di alcolodipendenti è in costante crescita dal 1996 e oggi pari a 65.350 pazienti in carico ai Servizi . Il tasso standardizzato di alcolodipendenza è diminuito in funzione delle modifiche demografiche ma non per i 20-29enni e resta vicino all'1 % (0,6) la proporzione dei "baby alcolisti" di età 10-19 anni.



# ALCOL

E' una

**PRIORITA'**

di

Salute Pubblica

rispetto ad

altri

**FATTORI DI RISCHIO?**

# SIVEAS LEA

Sistema nazionale di **Verifica** e controllo sull'**Assistenza Sanitaria**  
Strumenti flessibili basati sulla evidenza per la determinazione delle priorità sanitarie

## Argomento

Epidemiologia descrittiva-Indicatori di salute

## Finanziamento

Ministero della Salute (Scad. 14-03-2012)

## Obiettivo

Determinare in modo scientifico e basato sulla evidenza, le priorità di intervento sanitario, a livello nazionale e regionale sui fattori di rischio, data la scarsità delle risorse economiche e la conseguente impossibilità da parte del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) d'intervenire a 360 gradi.

Creare un modello Gli strumenti previsti per l'analisi delle priorità sono

il *Risk Factors Model* per supportare le scelte dei decision-maker sulla realizzazione degli interventi sanitari, tramite una graduatoria di priorità per ogni regione italiana.

## Competenze maturate

Competenze statistiche, epidemiologiche, supervisione, monitoring, reporting,

**15 Fattori di rischio  
su cui è stata stabilita  
una graduatoria  
di priorità sanitaria**

- Fumo
- Inattività fisica
- Sovrappeso ed Obesità
- Consumo di 5 porzioni di frutta e verdura al dì
- PAP test
- Mammografia
- Test del Sangue Occulto delle Feci
- Ipercolesterolemia
- Ipertensione
- Diabete
- Cinture di sicurezza
- Consumo alcolico
- Rectosigmoidoscopia
- Screening Pressione arteriosa
- Screening Colesterolo



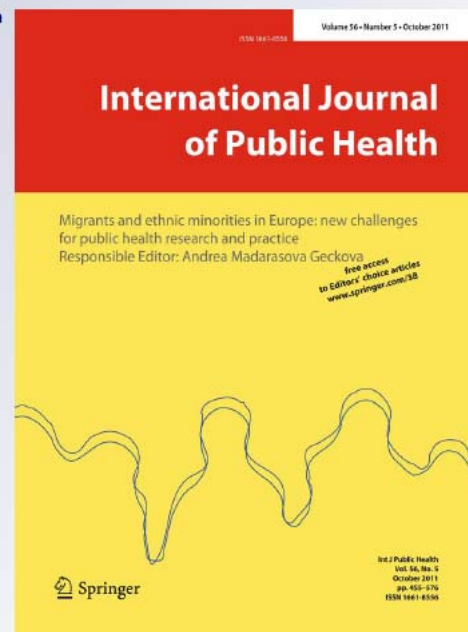
*The Italian health surveillance (SiVeAS)  
prioritization approach to reduce chronic  
disease risk factors*

**Eduardo J. Simoes, Sergio Mariotti,  
Alessandra Rossi, Alicia Heim, Felipe  
Lobello, Ali H. Mokdad & Emanuele  
Scafato**

**International Journal of Public Health**  
International Journal of Public Health

ISSN 1661-8556

Int J Public Health  
DOI 10.1007/s00038-012-0341-5



Published online: 14 February 2012



# ALCOL come PRIORITA'

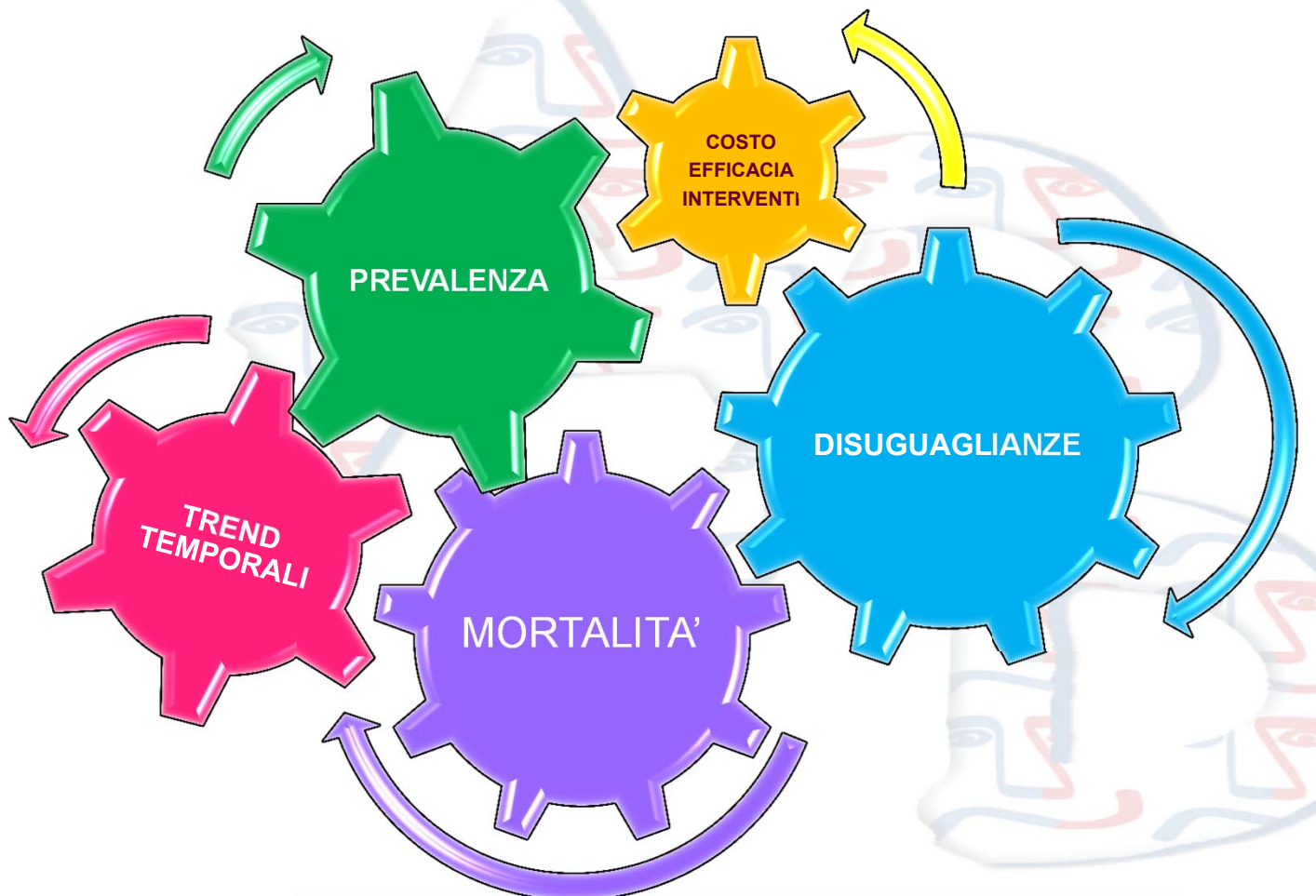
## Analisi per singola dimensione esaminata

- PREVALENZA (MAGNITUDE)
- TREND TEMPORALI (URGENCY)
- DISUGUAGLIANZE (DISPARITY)
- MORTALITA' (SEVERITY)
- COSTO-EFFICACIA INTERVENTI (AMENABILITY TO CHANGE)



# ALCOL COME PRIORITA'

## Analisi interazioni tra le singole dimensioni







# Criteri per lo sviluppo del Risk Factors Model

- 1. Magnitude:** Prevalenza di esposizione ai fattori di rischio (PASSI 2009)
- 2. Urgency:** Trend temporali della prevalenza (PASSI 2007-08-09)
- 3. Disparity:** Disuguaglianze nella distribuzione del fattore in funzione del livello d'istruzione (PASSI 2009)
- 4. Severity:** Proporzione del *burden* di mortalità attribuibile al fattore di rischio (PASSI 2009, ICD-10 2007, Rischi Relativi)
- 5. Amenability to change:** Costo-efficacia degli interventi  
→ possibilità di successo di un intervento mirato alla modificazione del fattore (dati CDC)



## 15 Fattori di rischio su cui è stata stabilita una graduatoria di priorità sanitaria

- Fumo (attuali)
- Inattività fisica(inattivi, parzialmente attivi, quasi inattivi)
- Sovrappeso ed Obesità(BMI-based)
- No 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
- No PAP test (oltre 3 anni)
- No Mammografia(oltre 2 anni)
- No Test del Sangue Occulto delle Feci(oltre 5 anni)
- Ipercolesterolemia
- Iperensione
- Diabete
- No Cinture di sicurezza(spesso, a volte, mai)
- **Consumo alcolico**(gr al giorno)
- No Rectosigmoidoscopia(oltre 5 anni)
- No screening Pressione arteriosa(oltre 2 anni)
- No screening Colesterolo(mai)

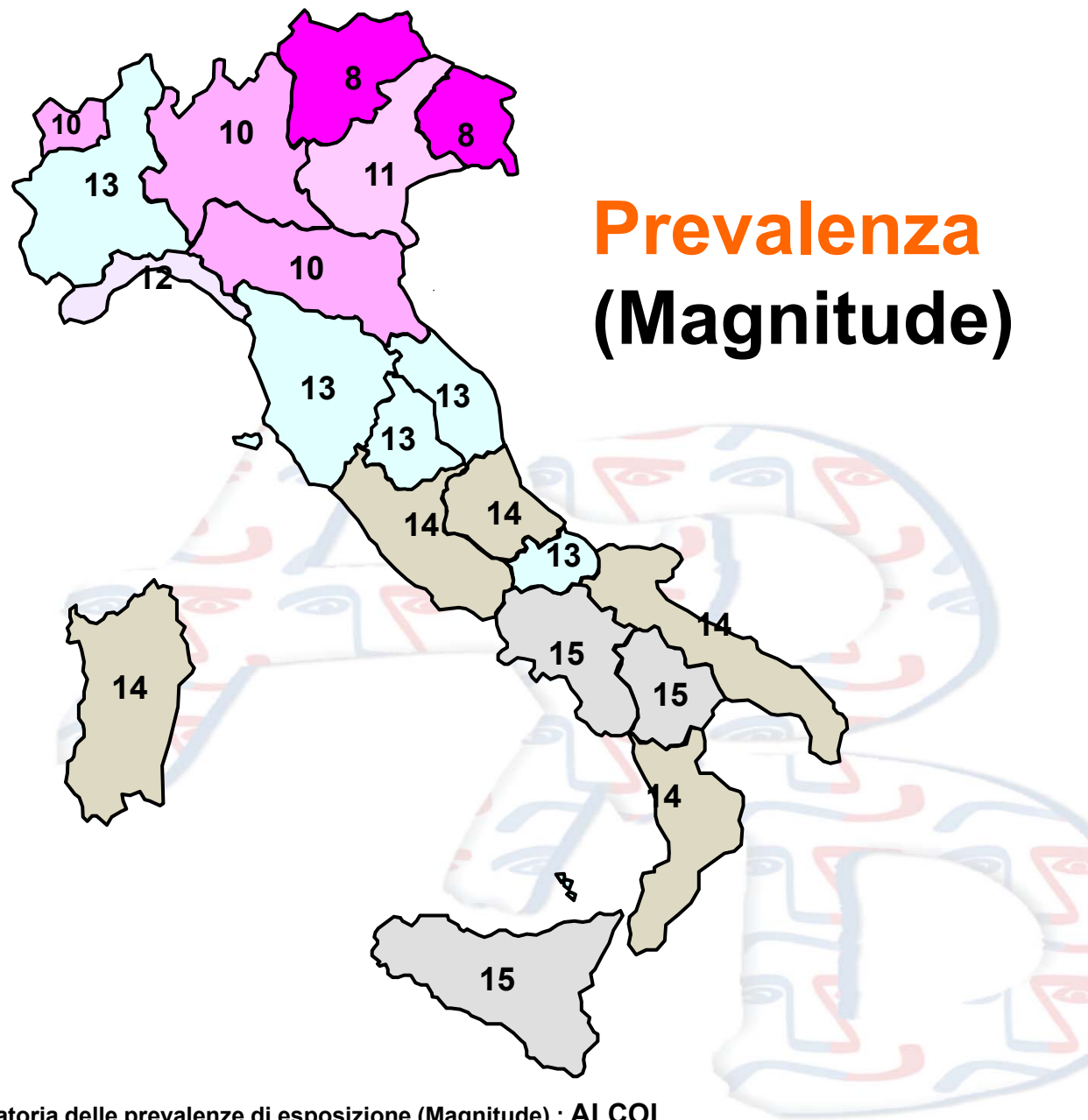
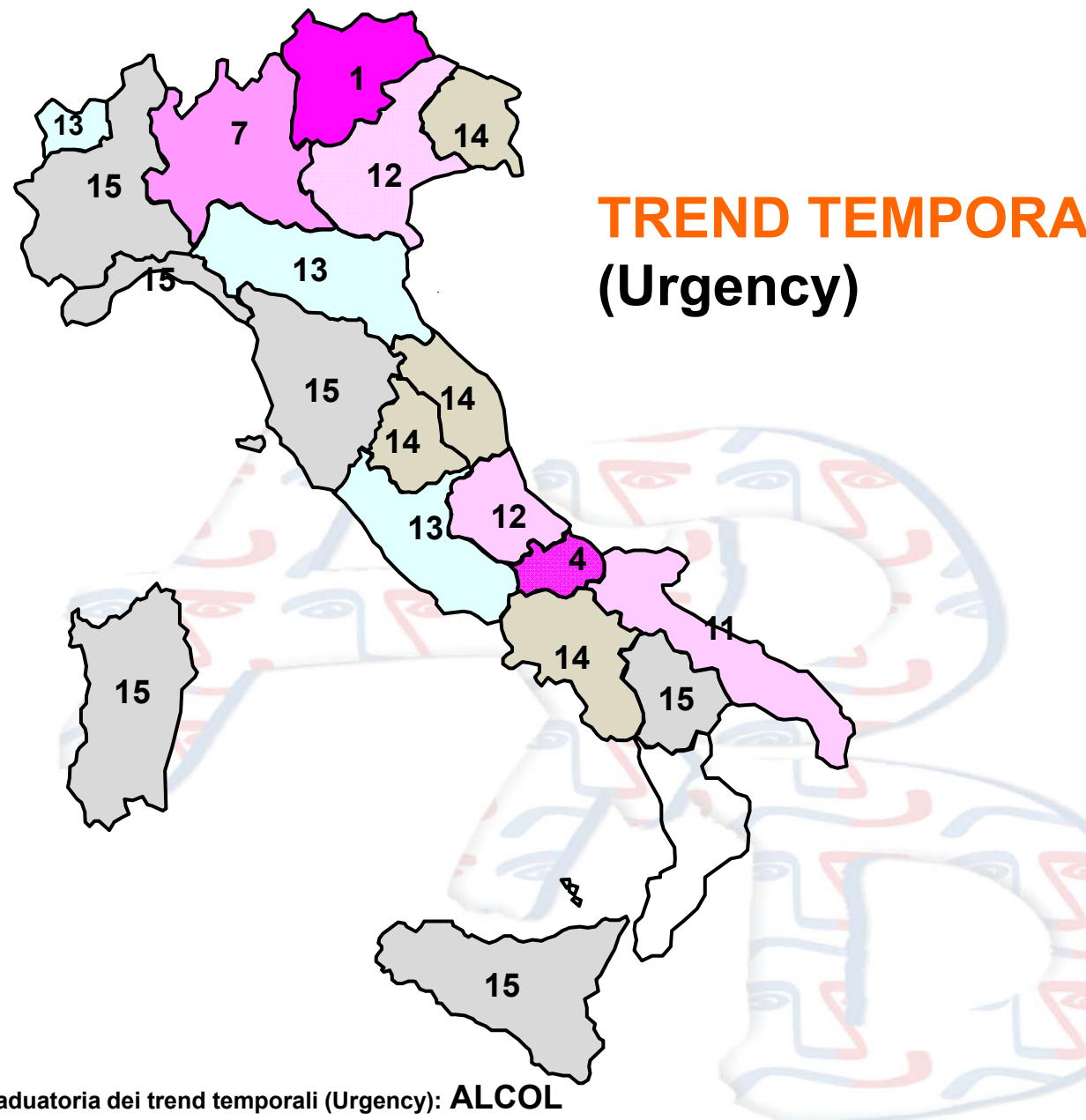


Figura 1 – Graduatoria delle prevalenze di esposizione (Magnitude) : ALCOL



## TREND TEMPORALI (Urgency)

Figura 2 – Graduatoria dei trend temporali (Urgency): **ALCOL**

La Calabria ha come unico valore di prevalenza quello al 2009

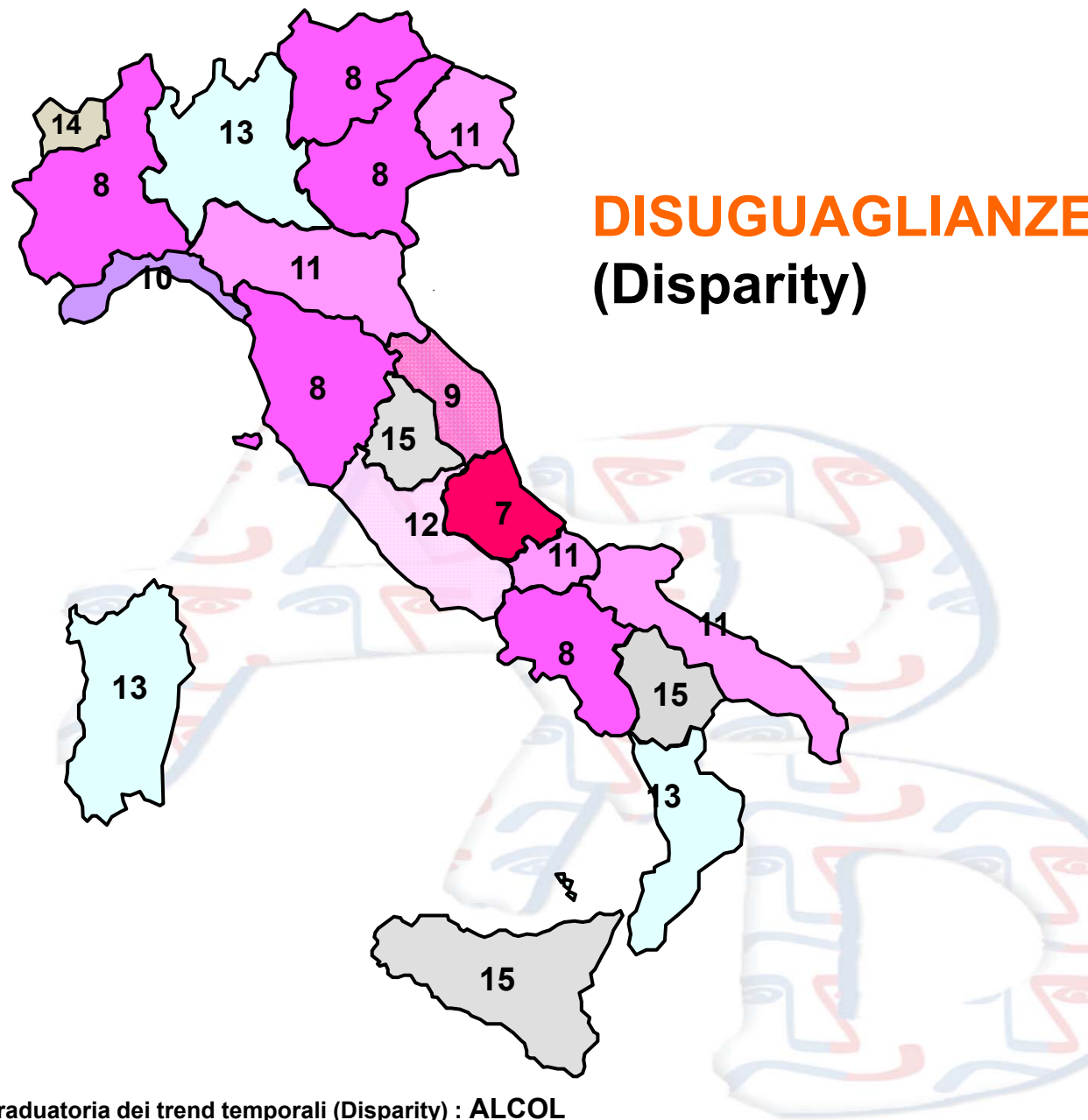


Figura 3 – Graduatoria dei trend temporali (Disparity) : ALCOL





# FINAL PRIORITY SCORE

Per i singoli criteri è stato stimato uno score che normalizza (attraverso il rapporto con la deviazione standard) i valori ottenuti.

E' stato applicato un **Modello moltiplicativo**, in cui gli score relativi a tutti criteri assumono un'equa importanza, e che permette stimare il **punteggio finale (FPSi)**, per ogni fattore (i) e regione, attraverso la seguente formula:

$$\text{*Final Priority Score (FPSi)} = \text{Magnitude Score* Urgency score* Disparity Score* Severity Score* Effectiveness Score* Cost Score}$$



Tramite la stima del punteggio finale (FPSi) è stata stabilita per ogni regione italiana la graduatoria di priorità d'intervento sanitario relativa ai 15 fattori di rischio, secondo il loro impatto sulla popolazione e sul sistema Sanitario Nazionale (SSN)

In questo modo, si sono potute analizzare:

- le priorità sanitarie in ogni regione
- le differenze inter-regionali nelle priorità sanitarie

\* Nel caso delle regioni Lombardia, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna nel calcolo del punteggio complessivo non è stato considerato il valore dell'Urgency, perché stimato solamente sui dati del 2008 e 2009 (la Calabria dispone solamente di dati al 2009).

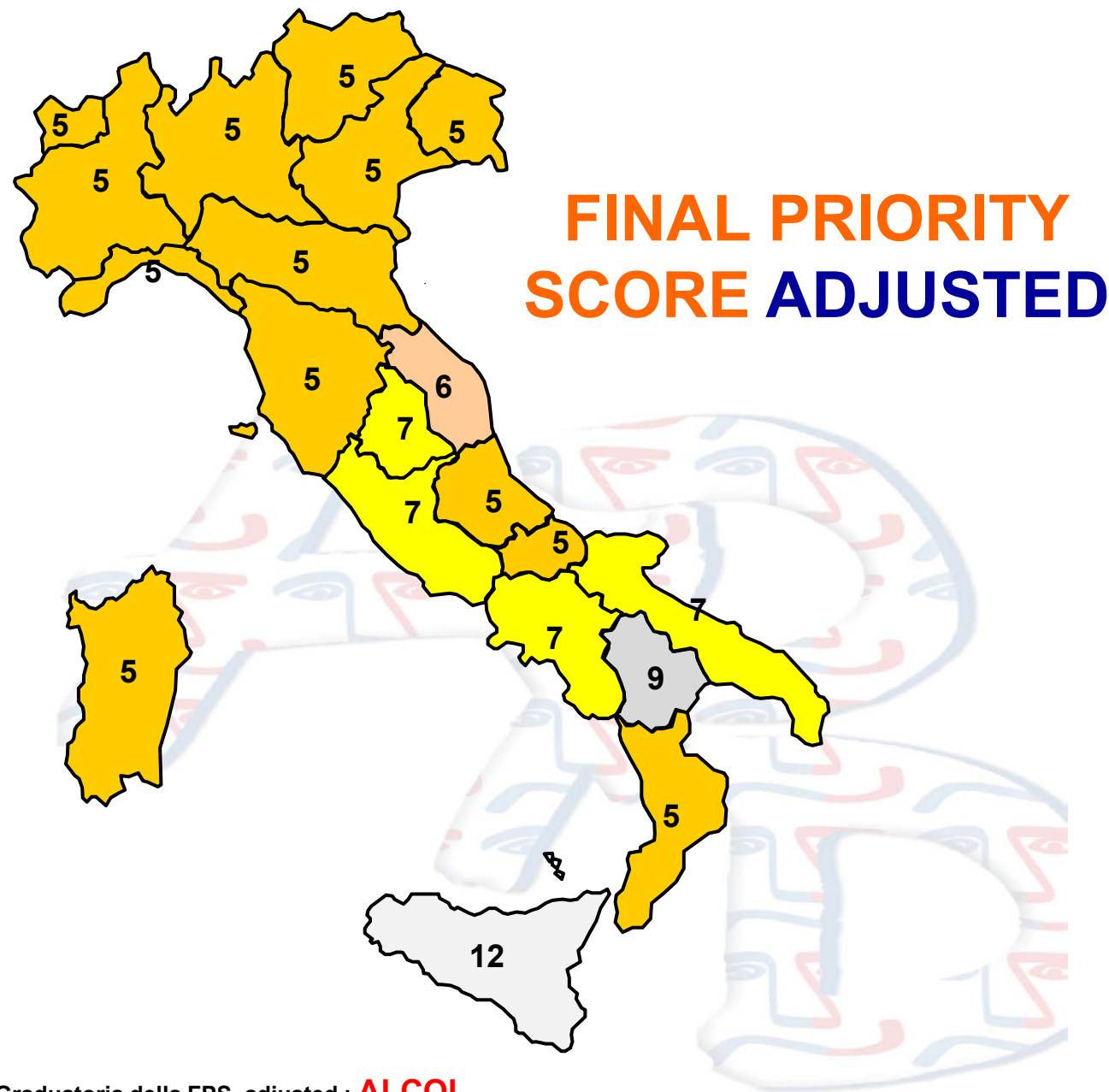


Figura 5 – Graduatoria della FPS adjusted : **ALCOL**





## The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors

Eduardo J. Simoes · Sergio Mariotti ·  
Alessandra Rossi · Alicia Heim · Felipe Lobello ·  
Ali H. Mokdad · Emanuele Scafato

**Table 4** Ranking of risk factors on the basis of the risk factor priority model calculated in four ways: Italy, 2007–2009

Ranking	Model 1 <sup>a</sup>	Model 2 <sup>b</sup>	Model 3 <sup>c</sup>	Model 4 <sup>d</sup>
1	Smoking	Physical inactivity	Physical inactivity	Physical inactivity
2	Hypertension	Smoking	Smoking	Smoking
3	Physical inactivity	Hypertension	Hypertension	Hypertension
4	No blood pressure screening ≤2 years	No blood pressure screening ≤2 years	No blood pressure screening ≤2 years	No blood pressure screening ≤2 years
5	Heavy drinking	Hypercholesterolemia	Hypercholesterolemia	Hypercholesterolemia
6	Did not consume five fr/veg a day	Heavy drinking	Did not consume five fr/veg a day	Heavy drinking
7	Overweight and obesity	Did not consume 5 fr/veg a day	Heavy drinking	Did not consume five fr/veg a day
8	No cholesterol screening	No fecal occult blood test	No fecal occult blood test	No fecal occult blood test
9	Hypercholesterolemia	Overweight and obesity	No rectosigmoidoscopy	Overweight and obesity
10	No rectosigmoidoscopy	No rectosigmoidoscopy	Overweight and obesity	No rectosigmoidoscopy
11	No fecal occult blood test	No seatbelt use	Diabetes	No seatbelt use
12	No seatbelt use	Diabetes	No seatbelt use	Diabetes
13	Diabetes	No cholesterol screening	No cholesterol screening	No cholesterol screening
14	No mammography	No PAP	No PAP	No PAP
15	No PAP	No mammography	No mammography	No mammography

<sup>a</sup> Model 1: includes only the severity criterion

<sup>b</sup> Model 2: product of all six criteria that have been standardized

<sup>c</sup> Model 3: product of five criteria that have been standardized and weighted, multiplied by the urgency score weighted as: Max of  $[(1 + (\Delta)/SD(\Delta))]$ , or  $1/[(1 + (\Delta)/SD(\Delta))]$ ; where  $\Delta$  = percentage change and SD = standard deviation

<sup>d</sup> Model 4: product of five criteria that have been standardized and weighted, multiplied by the urgency score weighted as:  $[0.5 \times ((1 + \Delta)/(SD(1 + \Delta)))]$ ; where  $\Delta$  = percentage change and SD = standard deviation



# FINAL PRIORITY SCORE

Il punteggio finale permette di identificare in ogni regione italiana le **priorità d'intervento sanitario**.

**RANKING** dei fattori di rischio rispetto a di Final Priority Score\_adjusted\* in ogni regione

	Rank																				
	Italia	Piemonte	Val DAosta	Lombardia	Trentino	Veneto	Friuli	Liguria	Emilia R	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Fumo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
Inattività fisica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2
Sovrappeso ed Obesità	9	10	10	10	10	10	10	10	9	10	8	10	10	9	8	9	10	10	9	8	9
No 5 porzioni di fr/ver al giorno	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
No PAP test	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
No Mammografia	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
No Test del Sangue Occulto delle Feci	6	6	7	6	6	6	6	6	8	7	5	5	5	7	6	5	5	6	7	6	6
Ipercolesterolemia	8	8	8	8	8	8	8	8	7	8	10	8	8	8	9	8	9	8	8	7	8
Ipertensione	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3
Diabete	13	13	13	13	13	13	13	12	11	12	13	13	13	13	11	12	13	7	13	13	13
No Cinture di sicurezza	11	12	12	12	12	12	12	13	12	13	11	12	11	11	12	10	8	12	10	11	11
Consumo alcolico	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	7	6	7	5	5	7	7	9	5	12	5
No Rectosigmoidoscopia	10	9	9	9	9	9	9	9	10	9	9	9	9	10	10	11	11	13	12	10	10
No screening Pressione arteriosa	7	7	6	7	7	7	7	7	6	6	6	7	6	6	7	6	6	5	6	5	7
No screening Colesterolo	12	11	11	11	11	11	11	11	13	11	12	11	12	12	13	13	12	11	11	9	12

**Rispetto a FPS, minore eterogeneità tra le regioni nella graduatoria del FPS\_adjusted dei fattori di rischio**

\*Final Priority Score\_adjusted (FPSi\_adjusted) = Magnitude Score\* Disparity Score\* Severity Score\* Cost Score



# FINAL PRIORITY SCORE

Osservazioni per i fattori di rischio con un impatto maggiore in termini di salute sulla popolazione:

**1.Fumo** occupa il **1°** posto in graduatoria in tutte le regioni, ad eccezione di Basilicata (2°), in cui la massima priorità è detenuta da Inattività fisica;

**2.Inattività fisica** occupa la **2°** posizione, ad esclusione di Basilicata (1°) e di Calabria e Molise (3°);

**3.Ipertensione** occupa la **3°** posizione in tutte le regioni, ad eccezione di Molise e Calabria (2°);

**4.No 5 porzioni di fr/ver al giorno** è **4°** in graduatoria in Italia, senza alcuna differenza regionale;

**5.Consumo alcolico** è in **5°** posizione, ma presenta un'eterogeneità tra le regioni, ed in particolare tra:

-nord Italia, in cui il fattore di rischio occupa la 5° posizione in graduatoria

-centro-sud Italia, in cui il fattore ha posizioni oscillanti tra il 5° (Abruzzo, Molise e Calabria) e il 12° (Sicilia) posto

**6.No Test del Sangue Occulto delle Feci** è mediamente **6°** in graduatoria, con posizioni oscillanti tra la 5° e la 7° nelle regioni, ed eccezione dell'Emilia Romagna (8°);

**7.No screening Pressione arteriosa** è **7°** in graduatoria, con oscillazioni tra il 6° e il 7° posto, con l'esclusione di Puglia e Sicilia (5°).

**I primi fattori di rischio in graduatoria sono quelli su cui il Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe intervenire per migliorare e salvaguardare la salute della popolazione, riducendo:**

- le prevalenze di esposizione al fattore,**
- le differenze di esposizione dovute allo stato sociale,**
- i decessi nel tempo.**



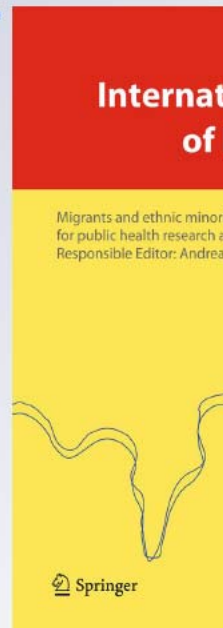
*The Italian health surveillance (SiVeAS)  
prioritization approach to reduce chronic  
disease risk factors*

**Eduardo J. Simoes, Sergio Mariotti,  
Alessandra Rossi, Alicia Heim, Felipe  
Lobello, Ali H. Mokdad & Emanuele  
Scafato**

International Journal of Public Health  
International Journal of Public Health

ISSN 1661-8556

Int J Public Health  
DOI 10.1007/s00038-012-0341-5



Policy makers can use the risk factor priority model to address different concerns, as exemplified by alcohol in Italy. If the concern is alcohol severity as expressed by attributable mortality, then it ranked moderate-high (i.e., 6th–7th). If there is also interest in the effectiveness and the low cost of public health strategies to reduce alcohol, then it would rank higher as the 4th priority (data not in tables). On the other hand, if only the magnitude of alcohol today (prevalence) and its urgency (i.e., prevalence trend) are a concern then it would rank very low compared to other risk factors. The magnitude and urgency criteria combined provide planners with a look at the future potential of a risk factor severity, thus allowing for addressing it at the present time. A risk factor severity will increase over time if its magnitude and urgency are high, and cost-effective interventions that reduce it are not available or used.



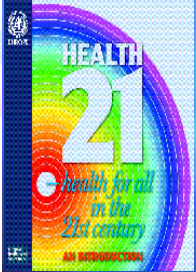
# WHO HEALTH 21. Target 12

## “Anno 2015: minori, alcol zero”

- Ridurre il consumo medio pro-capite a 6 litri
- Ridurre il consumo dei giovani al di sotto dei 15 anni a zero litri

Istituto Superiore di Sanità

### WHO HEALTH 21 TARGET 12



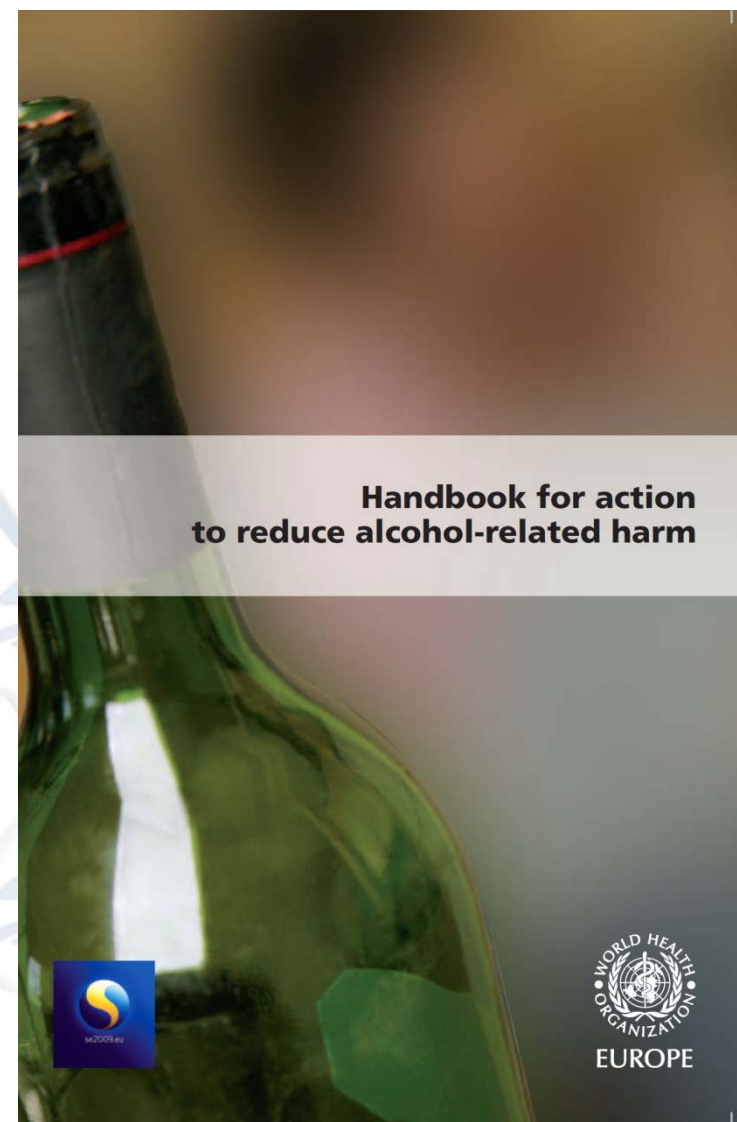
*“By the year 2015 in all countries per capita alcohol consumption should not increase or exceed 6 litres per annum, and should be close to zero under 15-year-old”.*





# Epidemiologia e monitoraggio alcolcorrelato. Il contributo del Reparto Salute della popolazione dell'ISS









# ALCOHOL in the ELDERLY. A neglected target (Council Conclusion EU 2/12/2009)

Expert Conference on Alcohol and Health  
21-22 September 2009  
Stockholm, Sweden



## Alcohol consumption among elderly European Union citizens

Health effects, consumption trends and related issues

Mats Hallgrn  
Pi Högberg  
Sven Andréasson



Swedish National Institute  
of Public Health

- Hana Sovinova, National Institute of Public Health, Coordination, monitoring and research unit for alcohol and tobacco, Prague, Czech Republic;
- Emanuele Scafato and Silvia Ghirini, National Observatory on Alcohol, Population's Health and Health Determinant Unit, National Centre for Surveillance, Prevention and Health Promotion - National Institute of Health, Rome, Italy.
- Matej Kosir, Ministry of Health, Slovenia;
- Salme Ahlström, The National Institute for Health and Welfare, Department of Alcohol, Drugs and Addiction, Helsinki, Finland;
- Jean Nicol and Matthew Carden, Team Leader Alcohol Policy, Health Improvement and Protection, Department of Health, London, England;
- Marcis Trapencieris, Researcher, Public Health Agency, Riga, Latvia;
- Gabriele Bartsch and Peter Raiser, German Hospital for Addiction Issues, Hamm, Germany;
- Karin Nilsson-Kelly and Nina Rehn-Mendoza, Division for Public Health, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, Sweden;
- Mats Ramstedt, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm, Sweden;
- Jacek Moskalewicz, Institution for Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland;
- Vicenta Lizarbe, Health Promotion and Epidemiology Unit, Ministry of Health and Consumer Affairs, Barcelona, Spain.



The VINTAGE project - Windows Internet Explorer  
http://www.epicentro.iss.it/vintage/outputs.asp

Health Programme 2008-2013  
Thank for Health

Good Health into Older Age

### Home page

- The project
- Partners and Contacts
- Links and Documents
- Collection of best practices
- Project Outputs

### Members' Area

This section is only accessible to members of the VINTAGE Project

UserID:

Password:

In case you forgot or lost UserID or password, please contact the [webmaster](#)

### Project Outputs

From this section it is possible to access and/or download the final outputs of the project, summarizing and analyzing VINTAGE results.

**VINTAGE report "Alcohol and older people: a public health perspective":** results of the systematic review of formal scientific literature on the impact of alcohol consumption on the health and well-being of older people

**VINTAGE report "Best practices on preventing the harmful use of alcohol amongst older people, including transition from work to retirement":** results of the survey addressed to professionals and researchers throughout Europe and of the grey literature review concerning effective policies and programmes on the prevention of alcohol use among older people

**VINTAGE "Database on Best Practices":** information on the main initiatives aimed at preventing or reducing harmful alcohol use among older people collected through the survey conducted at European level

**VINTAGE "Grey Literature Database":** information on all documents retrieved through the grey literature review of projects, programs, good practices, laws and infrastructures aimed at preventing the harmful alcohol use in the elderly

### Information leaflet

EN IT CZ SI ES CAT FI

Associated Partners

Available at <http://www.epicentro.iss.it/vintage/outputs.asp>



**QUELLI CHE...  
...OGNI ANNO "FANNO" L'ALCOHOL PREVENTION DAY**

**UFFICIO STAMPA ISS**

Mirella Taranto

Gerolimina Ciancio

Franca Romani

Cinzia Bisegni

**Redazione di EPICENTRO**

PierFrancesco Barbariol

Margherita Martini

Debora Serra

Eva Benelli



**URE e Attività Editoriali**

**MINISTERO della SALUTE**

**GRAZIE !!!**

GRAZIE ALLO STUDIO PASSI e a Luigi Ferrante e Valentina Minardi

Grazie a Vito de Vittoria per la pazienza e i miracoli tipografici....



# QUELLI CHE... ...QUEST'ANNO HANNO FATTO L'ALCOHOL PREVENTION DAY



## GRAZIE !!!

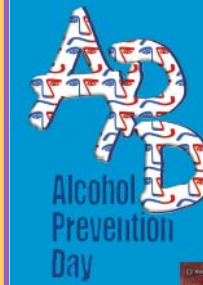




# Alcohol Prevention Day

GRAZIE A TUTTI  
**VOI !!!**

12 aprile 2012 Roma Istituto Superiore di Sanità



Alcohol Prevention Day



alcol e lavoro: scegli la sicurezza ... più sai meno rischi!



alcol: sai cosa bevvi? più sai meno rischi!



Donna e alcol: Alcol: sai sicura?



alcol: sei sicura? la ragazza e l'alcol



un decalogo per i genitori



alcol e guida



alcol: qualche dritta per i più giovani



un decalogo per i genitori



l'alcol... può farti del male



alcol e anziani



alcol e gravidanza: sei sicura?



alcol: sai cosa bevvi?



Alcol: sei sicura?



Alcol: qualche dritta



Alcol e gravidanza: sei sicura?

libretti opuscoli pieghevoli poster