



Alcol e alcodipendenza. Le evidenze emergenti per la prevenzione ed il management del rischio e del danno alcolcorrelati

Emanuele Scafato

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

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Presidente SIA, Società Italiana Alcolologia

Vice Presidente EUFAS, European Federation Societies on Addiction

Board Advisor, APN Alcohol Policy Network

Rappres. Gov. CNAPA, Committee on National Alcohol Policies and Actions



18 aprile 2013

Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299 - Roma

Alcol e alcoldipendenza



Heavy drinkers

L'OMS stima che il 20 % circa dei consumatori di alcolici nell'Unione Europea eccede pesantemente nel bere (*"heavy drinkers"* : >40 grammi al giorno per le femmine, >60 grammi per i maschi) consumando l'80% dell'alcol consumato in un anno .

Mortalità

Tra questi individui, che consumano si stimano 92.000 decessi/anno causati dall'alcol (17.000 decessi/anno, 75.000 uomini e 17.000 donne). L'80 % di tutte le morti attribuibili all'alcol tra i maschi e il 67 % tra le donne è verificato in questi soggetti. (Rehm et al. 2012). **TUTTE MORTI EVITABILI**

Alcoldipendenza

Il 5.4% degli uomini e l'1,5 % delle donne sono **ALCOLDIPENDENTI**.



Alcol e alcoldipendenza: un approccio di SALUTE PUBBLICA

La complessità di definizione di obiettivi realistici e perseguibili per la programmazione e la prevenzione alcolcolcorrelata è oggetto di **ampio interesse e accesa discussione** negli ambiti di Public Health che nel corso degli ultimi anni hanno focalizzato su alcuni **target prioritari**.

- **Identificazione precoce e intervento breve in Primary Health Care**
- **Servizi e trattamenti accessibili, basati sull'approccio di comunità e sulle evidenze scientifiche**
- **Politiche PUBBLICHE di supporto (riduzione disponibilità , controllo rigoroso del marketing, politiche dei prezzi)**
- **Combattere lo stigma**
- **Promuovere equità sociale e di genere e favorire l'inclusione**



I target della PREVENZIONE

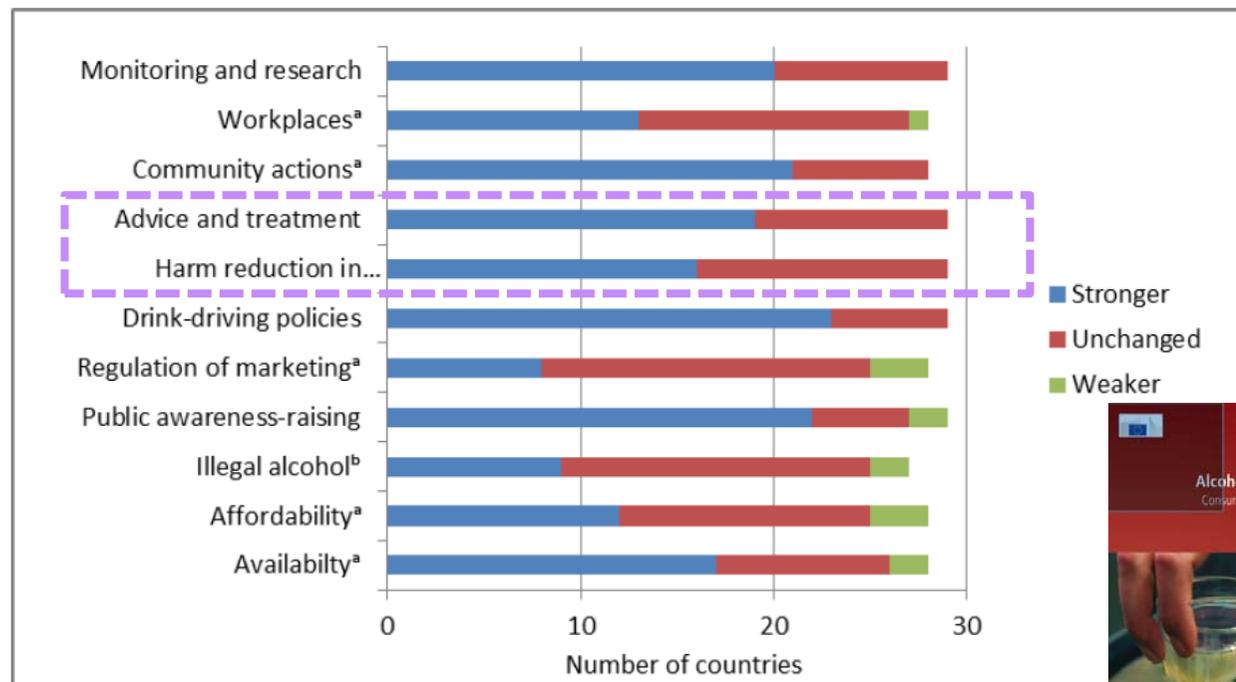
Quando si parla di rischio alcolcorrelato generalmente ci si focalizza su ambiti che nel corso degli anni hanno visto la **prevalenza di interventi** in settori identificati sulla base degli indirizzi di tutela della salute internazionali (WHO), comunitari (EU) e nazionali **fortemente POLARIZZATI su un approccio di POPOLAZIONE GENERALE** attraverso POLICY ad elevato impatto (campagne prevenzione e consapevolezza, alcol e guida, monitoraggio e azioni di comunità) spesso ben correlati ad età e genere **che non hanno preso tuttavia in considerazione** l'approccio e gli aspetti specifici di contrasto per alcune aree considerate ad **ALTO RISCHIO** rappresentato dal **RISCHIO NEOPLASTICO e dall'ALCOLDIPENDENZA e il suo TRATTAMENTO.**



MODIFICHE NELLE AREE PRIORITARIE DELLE ALCOHOL POLICY NEI 29 STATI MEMBRI UE

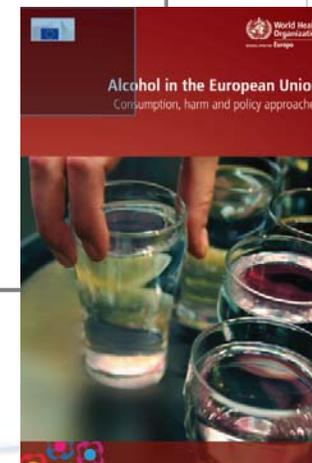
Alcohol in the European Union
page 119

Fig. 22. Changes in alcohol policy areas over the five years since 2006 (N=29)



^a Data missing from one country.

^b Data missing from two countries.



RICERCA

I progetti più rilevanti che orientano le *alcohol policies*

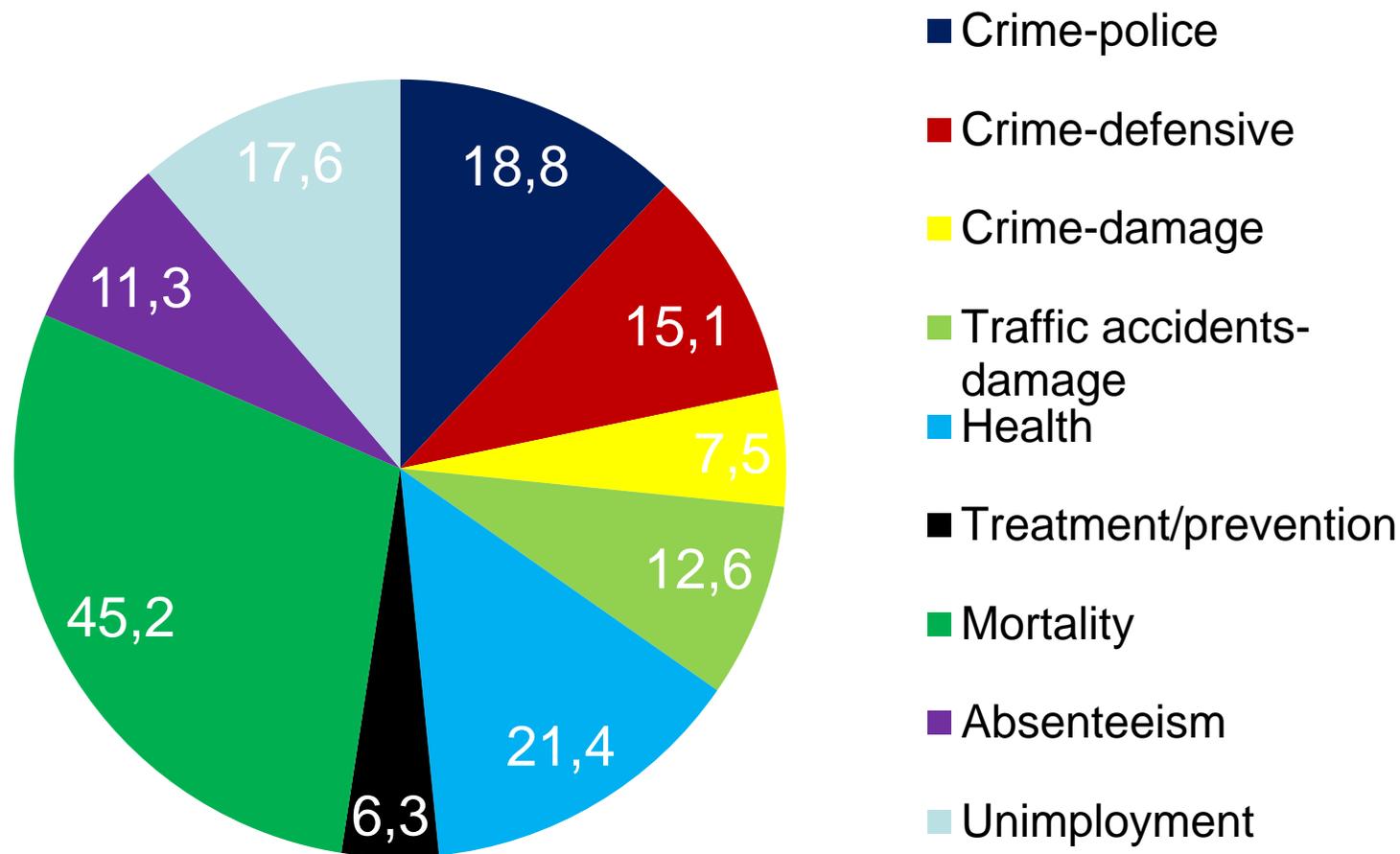


SMART
Standardising measurement of alcohol-related troubles



Costi dell'ALCOL – 1.3% del OIL (EU)
155.8 miliardi euro nel 2010

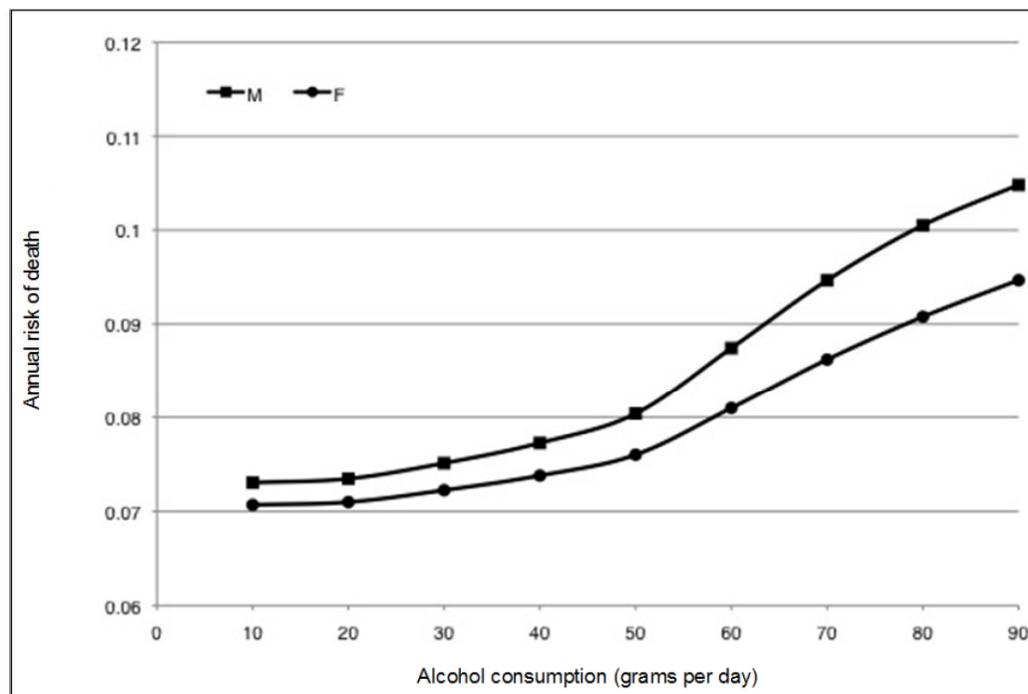
22 MILIARDI di EURO all'anno in Italia





RISCHIO ASSOLUTO DI MORTALITA' ALCOLCORRELATA IN FUNZIONE DI QUANTITA' CRESCENTI DI CONSUMO (GR/GIORNO)

Fig. 1. Absolute annual risk of death from alcohol-related diseases^a



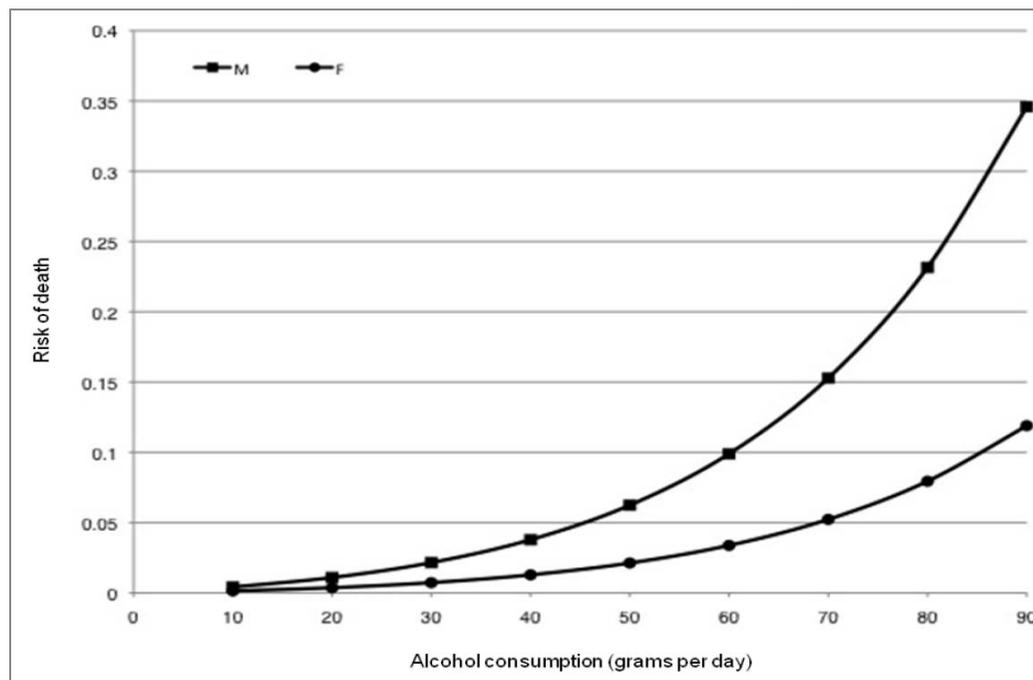
^a Absolute annual risk of death from alcohol dependence, liver cirrhosis and alcohol-related cancers and cardiovascular diseases, net of protective effects, from drinking a certain average amount of alcohol daily from 10 g alcohol/day to 90 g/day, age-standardized for adults aged over 15 years for the WHO European Region (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, personal information).





RISCHIO LIFETIME DI MORTALITA' ALCOLCORRELATA IN FUNZIONE DI QUANTITA' CRESCENTI DI CONSUMO (GR/GIORNO)

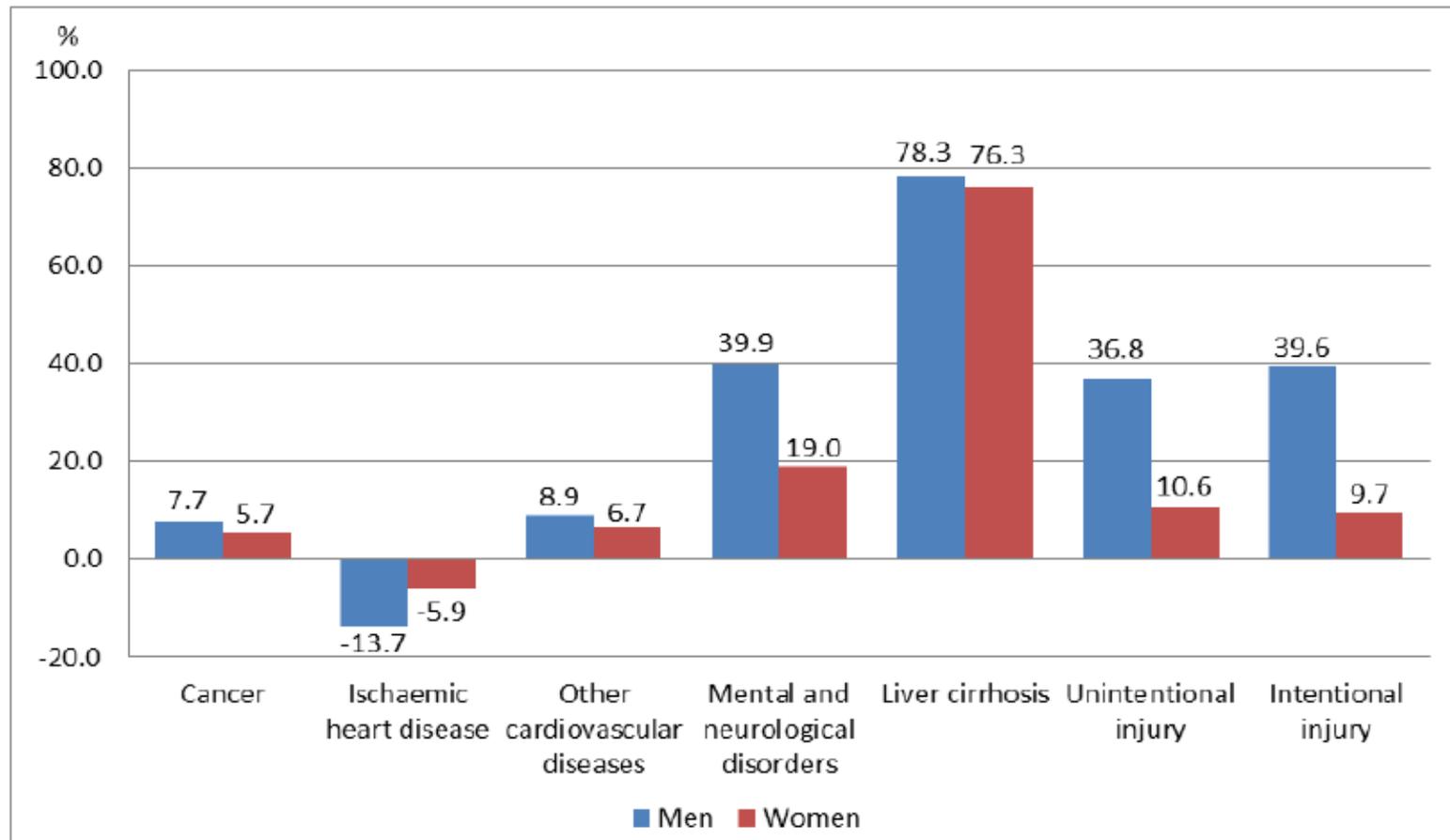
Fig. 2. Life-time risk of death from alcohol-related injuries^a



^a Absolute lifetime risk of death from alcohol-related intentional and unintentional injuries from drinking a certain average amount of alcohol daily from 10 g alcohol/day to 90 g/day, age-standardized for adults aged over 15 years for the WHO European Region (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, personal information).



Proportion of deaths for major disease categories attributable to alcohol





Le prime 10 cause di mortalità per le differenti generazioni tra 0 e 24 anni di età – WHO EURO

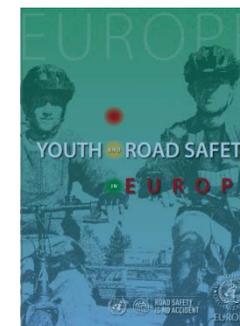


Table 1. Rank of the leading 10 causes of death and numbers of deaths among people aged 0–24 years in the WHO European Region, 2002

Rank	< 1 year	1–4 years	5–9 years	10–14 years	15–19 years	20–24 years	0–24 years
1	Perinatal conditions 65 635	Lower respiratory infections 6 467	Road traffic injuries 2 132	Road traffic injuries 2 560	Road traffic injuries 10 441	Road traffic injuries 15 001	Perinatal conditions 65 692
2	Congenital anomalies 26 085	Childhood-cluster diseases 3 142	Lower respiratory infections 2 111	Lower respiratory infections 1 682	Self-inflicted injuries 7 552	Self-inflicted injuries 12 056	Lower respiratory infections 38 459
3	Lower respiratory infections 25 504	Congenital anomalies 2 575	Drownings 1 382	Drownings 1 481	Violence 2 900	Violence 5 844	Road traffic injuries 31 830
4	Diarrhoeal diseases 10 560	Drownings 1 708	Leukaemia 855	Self-inflicted injuries 1 431	Drownings 2 174	Poisonings 4 283	Congenital anomalies 31 626
5	Meningitis 8 199	Road traffic injuries 1 387	Congenital anomalies 798	Leukaemia 910	Poisonings 1 643	War 3 474	Self-inflicted injuries 21 211
6	Upper respiratory infections 2 022	Diarrhoeal diseases 1 267	Cerebrovascular disease 400	Congenital anomalies 730	Lower respiratory infections 1 472	Drownings 3 037	Diarrhoeal diseases 12 242
7	Childhood-cluster diseases 1 770	Meningitis 1 114	Poisonings 367	Violence 505	Cerebrovascular disease 1 355	Tuberculosis 2 468	Meningitis 10 484
8	Endocrine disorders 795	Fires 764	Fires 327	Cerebrovascular disease 448	Leukaemia 1 314	Cerebrovascular disease 1 633	Violence 10 048
9	Inflammatory heart diseases 563	Poisonings 761	Epilepsy 306	Poisonings 443	War 852	Falls 1 446	Drownings 9 891
10	HIV/AIDS 397	Leukaemia 708	Lymphomas, multiple myeloma 267	Epilepsy 381	Falls 843	Drug use disorders 1 285	Poisonings 7 760

Source: WHO (2002).



Italia: il 37 % degli incidenti è causato dall'alcol

In Italia si stima che il **40 %** circa degli incidenti stradali, dei morti e dei feriti è causato dall'**ALCOL alla guida**.

Nel 2011, ogni giorno :

4 degli 11 morti

320 degli 800 feriti

225 dei 563 incidenti

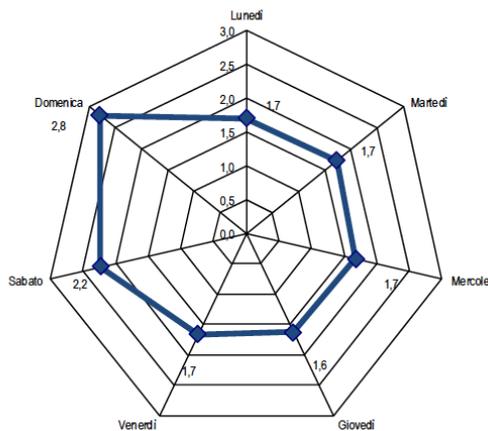
sarebbero stati completamente evitabili

a fronte di una corretta valutazione del rischio connesso a alcol e guida con una significativa riduzione del costo economico, sanitario e sociale.



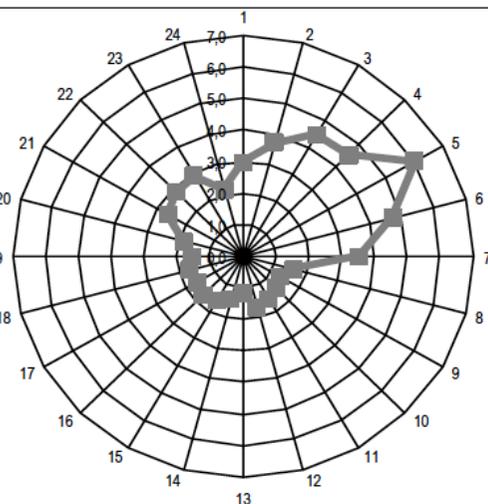
La morte per incidente stradale

- Si muore **prevalentemente** sabato e domenica, tra le 4 e le 5 del mattino, nei mesi estivi, specie a luglio-agosto e prevalentemente sulle strade extraurbane

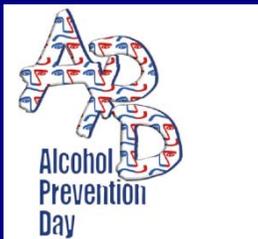


PROSPETTO 8. INCIDENTI STRADALI CON LESIONI A PERSONE, MORTI E FERITI PER GIORNO DELLA SETTIMANA Anno 2011, valori assoluti e composizioni percentuali

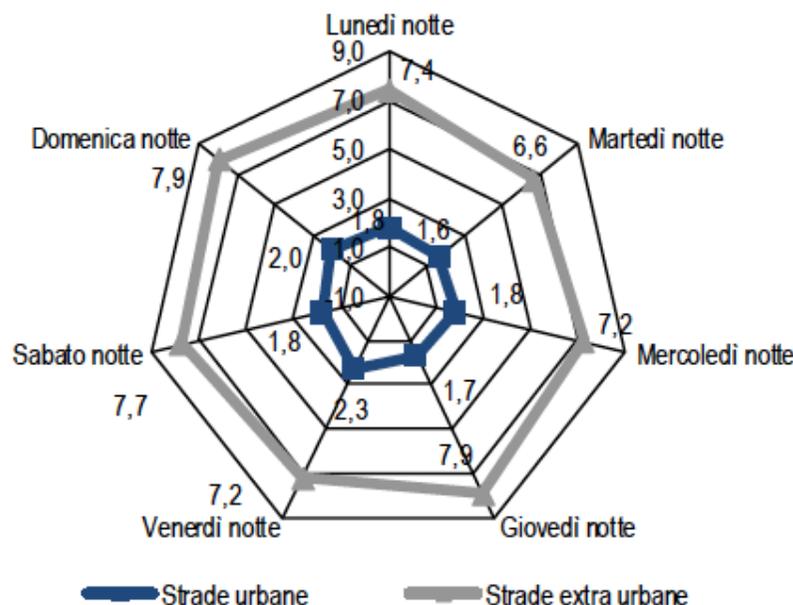
GIORNI DELLA SETTIMANA	Valori assoluti			Composizioni percentuali		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Lunedì	30.439	520	42.109	14,8	13,5	14,4
Martedì	31.101	538	42.532	15,1	13,9	14,6
Mercoledì	31.245	525	42.534	15,2	13,6	14,6
Giovedì	30.421	495	41.942	14,8	12,8	14,4
Venerdì	32.121	535	44.229	15,6	13,9	15,1
Sabato	28.725	641	42.678	14,0	16,6	14,6
Domenica	21.586	606	35.995	10,5	15,7	12,3
Totale	205.638	3.860	292.019	100,0	100,0	100,0



PROSPETTO 7. INCIDENTI STRADALI CON LESIONI A PERSONE E MORTI PER CATEGORIA DELLA STRADA E MESE Anno 2011, valori assoluti e indice di mortalità

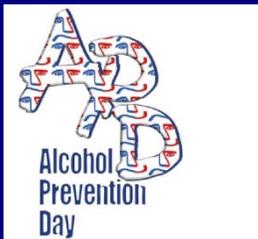


La NOTTE : venerdì e sabato si verifica il numero più elevato di decessi (oltre il 42 % di tutti i decessi)



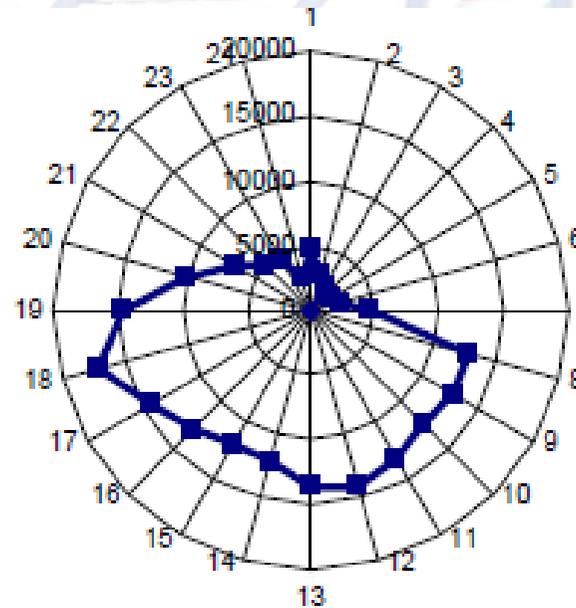
PROSPETTO 9. INCIDENTI STRADALI CON LESIONI A PERSONE, MORTI E FERITI PER GIORNO DELLA SETTIMANA E CATEGORIA DELLA STRADA DURANTE LA NOTTE (a). Anno 2011, valori assoluti

GIORNI DELLA SETTIMANA	Strade urbane			Strade extraurbane (b)			Totale		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Venerdì notte	4.081	93	6.369	1.443	104	2.526	5.524	197	8.895
Sabato notte	4.571	84	7.781	1.807	140	3.394	6.378	224	11.175
Totale venerdì e sabato notte	8.652	177	14.150	3.250	244	5.920	11.902	421	20.070
Domenica notte	2.361	48	3.754	1.011	80	1.747	3.372	128	5.501
Lunedì notte	2.287	42	3.335	796	59	1.331	3.083	101	4.666
Martedì notte	2.574	41	3.717	815	54	1.227	3.389	95	4.944
Mercoledì notte	2.771	51	4.072	899	65	1.439	3.670	116	5.511
Giovedì notte	2.848	47	4.170	959	76	1.497	3.807	123	5.667
Totale altre notti	12.841	229	19.048	4.480	334	7.241	17.321	563	26.289
Totale notte nel complesso	21.493	406	33.198	7.730	578	13.161	29.223	984	46.359



Gli incidenti stradali

- 8-9 e 12-13 gli orari con il maggior numero di incidenti
- **Ma il picco è dopo le 18**





ELABORAZIONE CULTURALE DEL RISCHIO

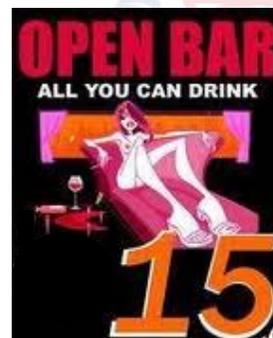


HAPPY HOURS

OPEN BAR



DRINK AS MUCH AS YOU CAN



ALL YOU CAN DRINK



CRISI, L'HAPPY HOUR COME 'MENSA SERALE'. MA PUÒ FAR MALE ALLA SALUTE
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.

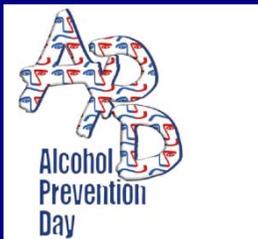


Con la crisi gli anziani scoprono l'happy hour ma alcol e grassi mettono a rischio la loro salute

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

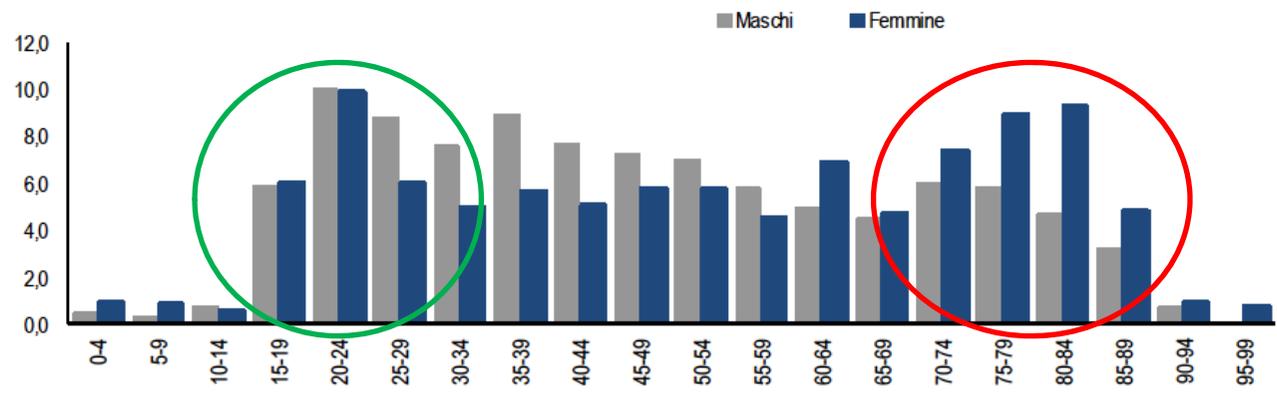


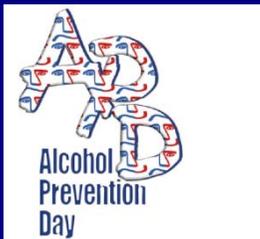
PROSPETTO 12. MORTI E FERITI IN INCIDENTI STRADALI PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2011, valori assoluti

CLASSI DI ETÀ (a)	Morti			Feriti		
	Maschi	Femmine	Totale M e F	Maschi	Femmine	Totale M e F
0 - 4	13	8	21	1.429	1.206	2.635
5 - 9	7	7	14	2.051	1.735	3.786
10 - 14	21	5	26	3.529	2.551	6.080
15 - 19	173	50	223	17.816	9.653	27.469
20 - 24	296	82	378	21.919	13.330	35.249
25 - 29	260	50	310	18.716	11.733	30.449
30 - 34	225	41	266	17.475	10.617	28.092
35 - 39	263	47	310	17.739	10.643	28.382
40 - 44	227	42	269	15.901	9.938	25.839
45 - 49	214	48	262	14.373	9.012	23.385
50 - 54	207	48	255	11.123	7.153	18.276
55 - 59	172	38	210	8.390	5.342	13.732
60 - 64	145	57	202	6.694	4.428	11.122
65 - 69	132	39	171	4.820	3.386	8.206
70 - 74	177	61	238	4.786	3.374	8.160
75 - 79	172	74	246	3.851	2.511	6.362
80 - 84	137	77	214	2.428	1.517	3.945
85 - 89	95	40	135	1.017	667	1.684
90 - 94	20	8	28	225	142	367
95 - 99	0	6	6	24	20	44
Imprecisata o non indicata	49	27	76	4.470	4.285	8.755
Totale	3.005	855	3.860	178.776	113.243	292.019

(a) Tra le classi della variabile età, è inclusa anche la modalità "imprecisata o non indicata". Nella rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone, infatti, sono conteggiati, per ciascun incidente, anche gli occupanti degli altri veicoli coinvolti oltre il terzo; per questi individui, dei quali si conosce solo l'esito e la numerosità, non si rilevano le caratteristiche anagrafiche, tra cui l'età.

FIGURA 7. MORTI IN INCIDENTE STRADALE PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2011, composizione percentuale










SE GUIDI... NON BERE

"Secondo il codice della strada (art. 186, 186 bis e successive modifiche) il livello di alcolemia (concentrazione di alcol nel sangue) durante la guida deve essere pari a **0,050 gr/l** (0,5 grammi per litro) per i conducenti di età inferiore a 21 anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o cose. Per tutti gli altri non deve superare 0,5 gr/l."

Se hai bevuto alcolici, non esistono stratagemmi per far calare l'alcolemia rapidamente in previsione di un controllo con l'etilometro, e

NON ESISTONO I LIVELLI SICURI DI ALCOLEMIA GUIDA



Il fegato impiega 2-3 ore per riportare a zero l'alcolemia corrispondente a 1 bicchiere di bevanda alcolica. Le ragazze, a parità di consumo, sono più vulnerabili dei ragazzi, raggiungono più velocemente livelli elevati di alcolemia e smaltiscono l'alcol molto più lentamente.

Se ti trovi in un locale pubblico **CONSUGLIA LE TABELLE** che devono essere obbligatoriamente esposte.

Rilassati, goditi i tuoi amici in un clima di **DIVERTIMENTO SICURO** e fai di tutto affinché l'alcol non pregiudichi la tua sicurezza o quella di chi ti circonda.

SE DEVI GUIDARE, NON BERE ALCOLICI

e, se ti fai accompagnare, ricorda che la tua sicurezza dipende da te:



CHIEDI A CHI TI ACCOMPAGNA DI NON BERE

SE GUIDI... ... NON BERE

Numero utile:
 Telefono Verde Alcol Istituto Superiore di Sanità -
 Ministero della Salute tel. 800632000
 Consulenza a/c:
 www.salute.gov.it
 www.epicentro.iss.it/alcol
 www.iss.it/iss
 www.alcolonline.it
 info:
 alcol@iss.it

Con il finanziamento del Ministero della Salute nell'ambito
 delle azioni di informazione e prevenzione da realizzare ai
 sensi della L. 125/2001



LA VITA È SEMPRE
UNA.
 ANCHE SE HAI BEVUTO.

Quando bevi spegni il motore.

L'alcol altera le tue capacità di percezione e di reazione mostrandoti una realtà che non esiste. Mettersi alla guida dopo aver bevuto significa mettere in pericolo la vita. La tua e quella degli altri.



www.epicentro.iss.it/alcol



Ministero della Salute
www.salute.gov.it



La mortalità alcolcorrelata

Addiction



METHODS AND TECHNIQUES

doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03323.x

Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries

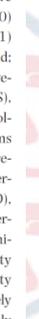
Jürgen Rehm^{1,2,3} & Emanuele Scafato^{4,5}

Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Dresden, Germany,¹ Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada,² Dalla Lana School of Public Health, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada,³ National Observatory on Alcohol, Population Health Status and Health Determinants Unit, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (CNESPS), National Health Institute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy⁴ and WHO CC for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-related Health Problems, Rome, Italy⁵

Acknowledgements

The research leading to these results has received funding from the European Community's Seventh Framework Programme (FP7/2007-13) under grant agreement n°223 059—Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA). Partners in AMPHORA are: (1) coordination: Hospital Clinic de Barcelona (HCB), Spain; (2) Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), Italy; (3) Alcohol & Health Research Unit, University of the West of England, UK; (4) Anderson, Consultant in Public Health, Spain; (5) Anton Proksch Institut (API), Austria; (6) Azienda Sanitaria Locale della Città di Milano (ASL Milano), Italy; (7) Budapesti Corvinus Egyetem (BCE), Hungary; (8) Central Institute of Mental Health (CIMH), Germany; (9) Centre for Applied Psychology, Social and Environmental Research (ZEUS), Germany; (10) Chemisches und Veterinäruntersuchungssamt Karlsruhe (CVUAKA), Germany; (11) Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP), the Netherlands; (12) Eclectica snc di Amici Silvia Ines, Beccaria Franca & C. (Eclectica), Italy; (13) European Centre for Social Welfare Policy and Research (ECV), Austria; (14) Generalitat de

Cataluña (Gencat), Spain; (15) Institute of Psychiatry and Neurology (IPIN), Poland; (16) Institute of Psychiatry, King's College London (KCL), UK; (17) Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy; (18) Institut za raziskave in razvoj (UTRIP), Slovenia; (19) IREFREA, Spain; (20) Liverpool John Moores University (LJMU), UK; (21) National Institute for Health and Welfare (THL), Finland; (22) Nordiskt välfärdscenter (NVC), Finland; (23) Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), Norway; (24) State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems (PARPA), Poland; (25) Stockholms Universitet (SU), Sweden; (26) Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems (SIPA), Switzerland; (27) Technische Universität Dresden (TUD), Germany; (28) Trimbos-instituut (Trimbos), the Netherlands; (29) University of Bergen (UIB), Norway; (30) Universiteit Twente (UT), the Netherlands; (31) University Maastricht (UM), the Netherlands; and (32) University of York (UoY), UK. The contents of this paper are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the funders.





L'alcol in Italia causa almeno 18.000 morti l'anno

Tab. 9 - FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA (AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10- 2008*

	≥16 anni			
	Decessi alcol-attribuibili		Frazioni alcol-attribuibili (%) ^a	
	M	F	M	F
Malattie totalmente alcol-attribuibili*	268	55	100	100
Malattie parzialmente alcol-attribuibili**				
Condizioni materne e perinatali	0	0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4383	1913	4,7	2,7
Tumori benigni	375	169	8,8	4,7
Diabete mellito	-547	-588	-6,5	-5,0
Condizioni neuropsichiatriche	148	126	1,1	0,6
Malattie del sistema circolatorio	390	1163	0,4	0,9
Malattie dell'apparato digerente	2365	1547	20,6	13,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	1,2	0,4
Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti**				
Incidenti non intenzionali	3310	1882	31,8	21,9
Incidenti intenzionali	559	136	17,3	13,8
Morti alcol correlate	11254	6407	3,8^b	2,1

Per consolidare i risultati positivi e contenere i problemi ancora rilevanti che derivano dal consumo dannoso di alcol nel nostro Paese è necessario proseguire lungo la strada già tracciata dalla legge 125/2001, implementando e rafforzando, anche con la collaborazione delle Regioni e Province Autonome, efficaci interventi di prevenzione e contrasto.

Un apporto importante in tale direzione potrà essere offerto anche dalle politiche dell'O.M.S. e dell'Unione Europea, che stanno operando fattivamente per mettere a disposizione degli Stati Membri importanti strumenti di conoscenza, monitoraggio e sostegno delle politiche nazionali.

Renato Balduzzi



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE - UFFICIO VII

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOLCORRELATI"

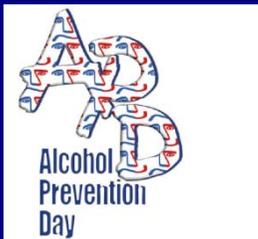


La mortalità alcolcorrelata in ITALIA

18.000 decessi l'anno

Le patologie per le quali si registrano “risparmi” in termini di decessi alcol-correlati risultano il **diabete mellito, le malattie ischemiche del cuore, la colelitiasi, emorragia cerebrale e ictus ischemico (ma solo per le donne)**, con un numero di decessi complessivamente risparmiati pari a circa 4.460 per gli uomini e 2.740 per le donne.

Pur con tali risparmi l'impatto dell'alcol sulla mortalità al netto dei “guadagni” derivanti dai considerati effetti protettivi l'alcol causa **circa 18.000 decessi l'anno a cui sono da sommare quelli degli individui al di sotto dei 15 anni** qui non ricompresi, per esigenze di applicazione di un metodo che consenta la comparazione internazionale



Alcol e cancro: che quantità sono a rischio ?

Nel corso del 2011 lo studio Epic (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study) ha pubblicato sul *British Medical Journal* la stima della proporzione di cancro attribuibile al consumo pregresso o presente di alcol in una coorte di 109.118 uomini e 254.870 donne, di età 37-70 anni seguita dal 1992 in sette nazioni partecipanti tra cui l'Italia.

Sono attribuibili al consumo di alcol **il 10% di tutti i tumori registrati tra gli uomini e il 3% circa di quelli registrati tra le donne.**

Il 32% dei tumori alcol correlati tra gli uomini e il 7% circa di quelli registrati tra le donne sono attribuibili a consumi eccedenti i 24 grammi di alcol al giorno per il sesso maschile e i 12 grammi al giorno per quello femminile, limiti questi ultimi coerenti con le linee guida per la nutrizione degli italiani dell'Inran (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione).

Fig. 2. Epic study. Alcol e cancro. Frazioni (%) di rischio alcol attribuibile per genere

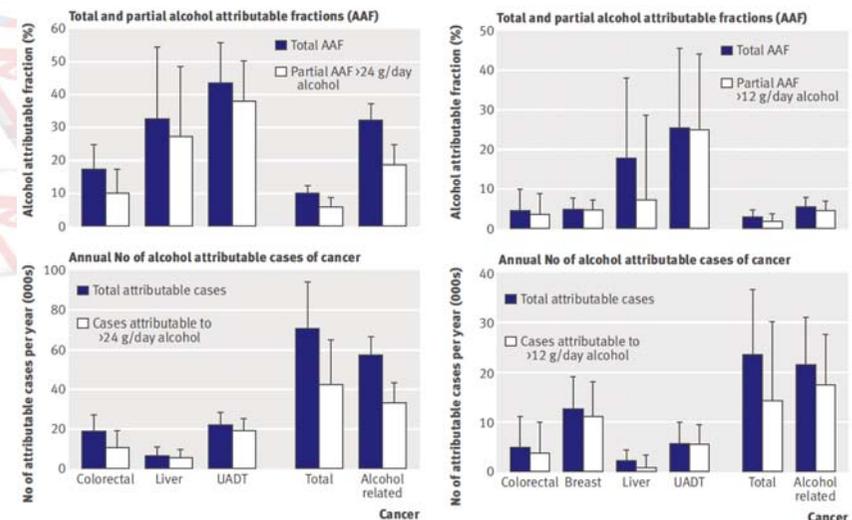


Fig 2 | Total and partial alcohol attributable fractions with 95% confidence intervals and corresponding number of cases of cancer with 95% confidence intervals in men in selected EPIC countries (Italy, Spain, UK, Greece, Germany, Denmark) in 2008. UADT=upper aerodigestive tract

Fig 3 | Total and partial alcohol attributable fractions with 95% confidence intervals and corresponding number of cases of cancer with 95% confidence intervals in women in selected EPIC countries (France, Italy, Spain, UK, Netherlands, Greece, Germany, Denmark) in 2008. UADT=upper aerodigestive tract

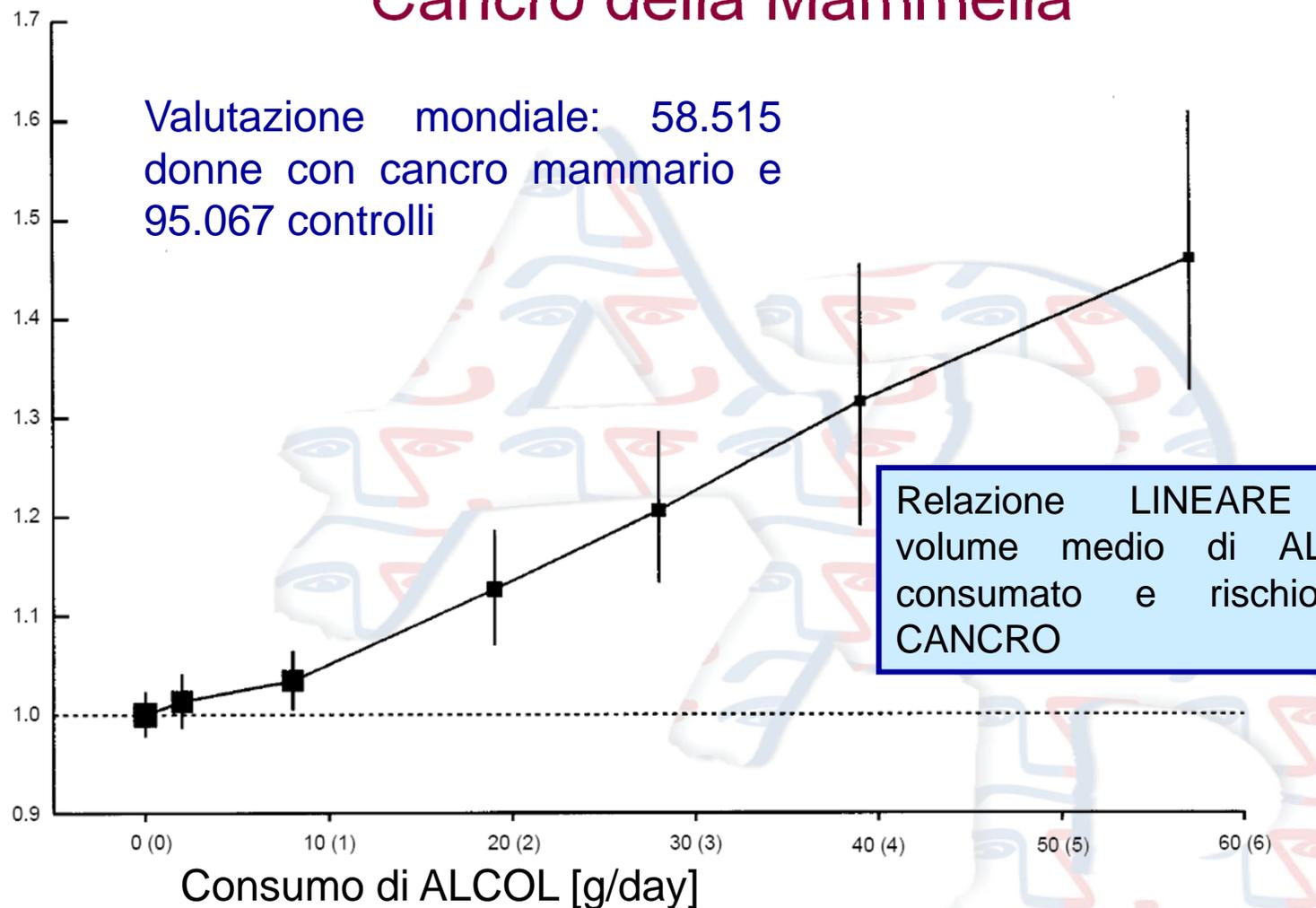


ALCOL E RISCHIO DI CANCRO

Effetto Dose-Risposta

Cancro della Mammella

Valutazione mondiale: 58.515
donne con cancro mammario e
95.067 controlli

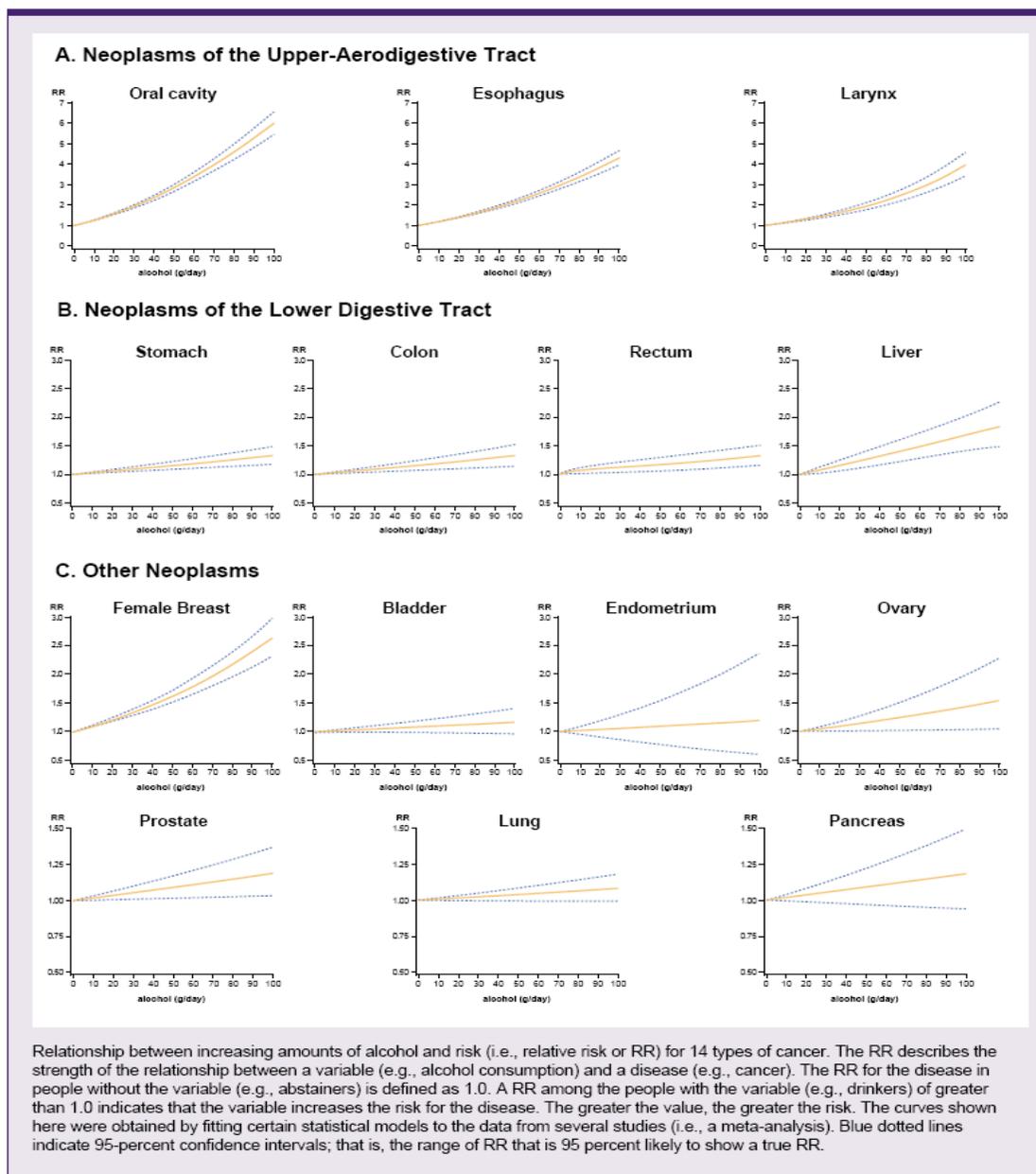


Relazione LINEARE tra volume medio di ALCOL consumato e rischio di CANCRO

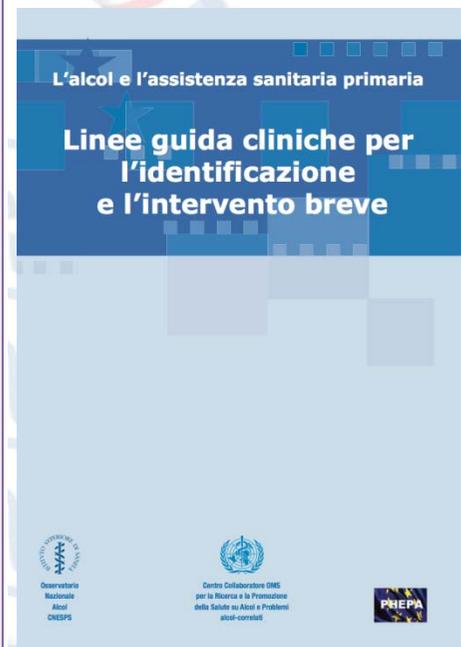
Source: Hamajima et al. (2002) BJC 87, 1234

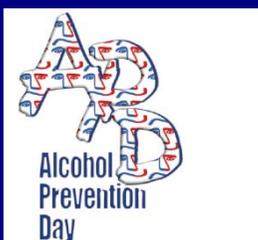


Fig. 1. Relazione tra i livelli di consumi di alcol e il rischio di 14 tipi di cancro (*Relationship between levels of alcohol consumption and risk for 14 types of cancer. Source: Corrao et al. 2004*)



Relazione crescente tra volume medio di ALCOL consumato e rischio di CANCRO a partire da QUANTITA' MINIME per 14 tipi di tumori





Mortalità alcol-attribuibile ITALIA - 2008

STIME Osservatorio Nazionale Alcol – Rep Salute Popolazione CNESPS

Il **4,4% (M)** e il **2,5% (F)**
dei **decessi** per
neoplasie maligne,

&

l'8,6% (M) e il **4,2% (F)**
dei **decessi** per
tumori benigni

è causato dall'alcol



Alcol e cancro: evidenze scientifiche, valutazione di impatto e analisi delle possibili iniziative di prevenzione e di comunicazione

Emanuele Scafato - Direttore Osservatorio nazionale alcol, Cnesps-Iss, WHO CC per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche alcol correlate

31 gennaio 2013 - Il consumo di alcol è causa di oltre 60 tipi diversi di condizioni patologiche e di danni alla salute, tra cui lesioni, disordine psichico e comportamentale, patologie gastrointestinali, malattie cardiovascolari, immunologiche, dell'apparato scheletrico, infertilità e problemi prenatali e tumori. Dalla fine degli anni '80, la letteratura internazionale è concorde nel sostenere le potenzialità cancerogene del consumo di alcol o etanolo. Questa evidenza è stata resa nota dalle più importanti organizzazioni internazionali sulla salute quali l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (International Agency for Research on Cancer - Iarc) e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Già nel 1988, nella Monografia n. 44 "Alcohol drinking" (International Agency for Research on Cancer, 1988) (poi aggiornata nel 1998) la Iarc riportava una serie di valutazioni sul rischio carcinogenico delle bevande alcoliche nel modello animale e nell'uomo.

La revisione sistematica della letteratura scientifica che ha esaminato tutti gli studi epidemiologici disponibili ha dimostrato che il consumo di alcolici può aumentare significativamente il rischio di sviluppare il cancro, in particolare a livello della cavità orale, faringe, laringe, esofago e fegato. Il consumo di alcol (non solo l'abuso) aumenta il rischio di incorrere in questi problemi in misura proporzionale alla dose ingerita, senza alcun "effetto soglia" apparente. Un consumo di modeste quantità di alcol (10 grammi/die) riduce il rischio di malattie cardiache, del diabete di tipo 2 e di poche altre condizioni ma contemporaneamente le stesse modeste quantità incrementano il rischio di numerose malattie e di tumori.

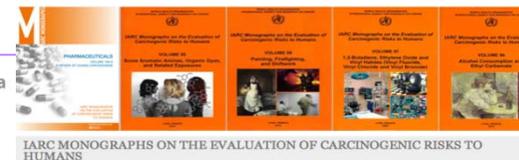
Decessi per tumore: i dati del Cnesps

L'Osservatorio nazionale alcol del Cnesps-Iss (Istituto superiore di sanità) ha rilevato che nel 2008 si sono verificati in Italia complessivamente 6386 decessi per tumore alcol-attribuibili, che costituiscono il 3,7% dei decessi totali per tumore (Tab. 1). Ciò significa che in un anno questi decessi si sarebbero potuti evitare a fronte di una corretta informazione sui rischi e di una conseguente adeguata e cauta interpretazione del bere.

Tab. 1. Decessi attribuibili all'alcol (Alcohol Attributable Deaths - AAD) e frazioni di rischio attribuibile all'alcol (Alcohol Attributable Fraction - AAF) secondo le singole neoplasie maligne e i tumori benigni, ICD10- 2008

		Totale 15+		
		AAD	Decessi	AAF%
Tumore di bocca e orofaringe	Maschi	543	1506	36,0%
	Femmine	119	586	20,4%
Tumore dell'esofago	Maschi	577	1333	43,3%
	Femmine	123	440	28,0%
Tumore del colon retto	Maschi	100	9869	1,0%
	Femmine	-120	9869	-1,2%
Tumore della laringe	Maschi	749	1554	48,2%
	Femmine	54	153	35,2%
Tumore del fegato	Maschi	2151	6061	35,5%
	Femmine	812	3368	24,1%
Tumore della mammella	Maschi	-	-	-
	Femmine	761	12.164	6,3%
Neoplasie maligne	Maschi	4119	93.013	4,4%
	Femmine	1750	71.061	2,5%
Tumori benigni	Maschi	367	4279	8,6%
	Femmine	151	3593	4,2%
Tumori maligni e benigni	Maschi	4486	97.292	4,6%
	Femmine	1900	74.654	2,5%

Fonte: Elaborazioni Osservatorio nazionale alcol Cnesps e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat multiscopo 2009 e DB mortalità 2008. ALCOL E TUMORI. Emanuele Scafato et al. Istisan 12/37.



Bevande alcoliche e cancro: uso, abuso o consumo?

Gianni Testino¹, Omella Ancarani¹, Emanuele Scafato²

Rapporti ISTISAN 12/37

ALCOL E TUMORI

Emanuele Scafato, Alessandra Rossi, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale, Riccardo Scipione, Nicola Parisi, Claudia Gandin
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Volendo sintetizzare si può riassumere che sulla base dell'evidenza scientifica è ampiamente documentata una relazione certa di tipo dose/risposta tra alcol e numerosi tipi di cancro, verificabile a partire da quantità minime e per la quale non è possibile stabilire o definire con certezza un livello soglia di sicurezza.

Di conseguenza non è possibile indicare livelli di consumo alcolico privi di rischio o da raccomandare a livello di popolazione e appare opportuno avviare iniziative di comunicazione, informazione e sensibilizzazione volte a garantire scelte informate da parte di chi consuma bevande alcoliche integrando tali attività con iniziative di identificazione precoce e intervento breve volto a incrementare i livelli di consapevolezza individuali e a supportare le persone in un cambiamento auspicabilmente rivolto all'adozione di stili e modelli di consumo non rischiosi o dannosi per l'individuo e per la collettività.

http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/trasversali_WorldCancerDay2013_alcol.pdf



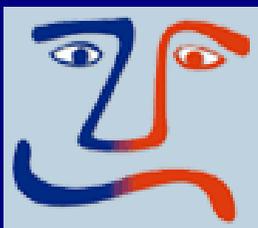
Il consumo a rischio di alcol

Classificazione WHO

tipologie dei LIVELLI DI RISCHIO alcol-correlato (ICD 10)

- **CONSUMO A RISCHIO (HAZARDOUS):** un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.
- **CONSUMO DANNOSO (HARMFUL):** una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.
- **ALCOLDIPENDENZA:** insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Livelli di rischio e criteri di intervento



Livello di Rischio	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
Basso	<280 g/settimana uomini (<40g /die) <140 g/settimana donne (<20g /die) AUDIT-C <5 uomini AUDIT-C <4 donne AUDIT <8	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
A rischio *	280-349 g/sett. Uomini (40-50g /die) 140-209 g/sett. Donne (20-30g /die) AUDIT-C ≥5 uomini AUDIT-C ≥ 4 donne AUDIT 8-15	Intervento minimo o breve	Identificazione, valutazione, intervento minimo / breve
Dannoso	>350 g/settimana uomini (>50g /die) >210 g/settimana donne (>30g /die) Presenza di danno alla salute AUDIT 16-19	Intervento breve e monitoraggio continuo (follow-up)	Identificazione, valutazione, intervento breve, follow-up
Alto (alcol-dipendenza)	Criteri ICD-10 AUDIT ≥ 20	Trattamento specialistico	Identificazione, valutazione, invio a centri specialistici, follow-up

*** INOLTRE** qualsiasi consumo di alcol in donne in gravidanza, in ragazzi di età inferiore a 16 anni, in soggetti con patologie o sottoposti a terapie farmacologiche che interagiscono negativamente con l'alcol

Fonte: Adattata da Anderson P., 1996. *Alcohol and Primary Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Publications



Definizioni adottate a livello INTERNAZIONALE per la valutazione del RISCHIO del bere su base QUOTIDIANA

European Information System on Alcohol and Health (EISAH)
 European Union Information System on Alcohol and Health (EUSAH)
 GISAH Global Information System on Alcohol and Health

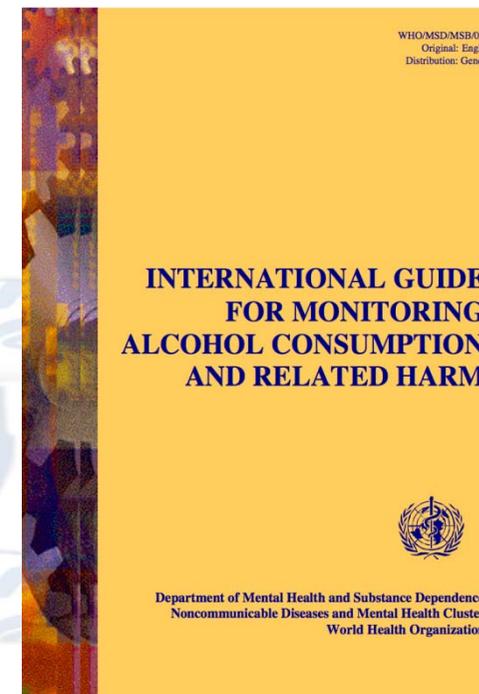


Definizioni adottate a livello INTERNAZIONALE per la valutazione del RISCHIO del bere su base QUOTIDIANA

Table 2.2.2: Low, Medium and High Risk average daily consumption levels for men and women long-term risk of serious illness (English *et al*, 1995)*

GENDER	LEVEL OF RISK		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Male	1-40g	41-60g	61+g
Female	1-20g	21-40g	41+g

GENDER	LEVEL OF RISK		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Female	1-20g	21-40g	41+g
Male	1-40g	41-60g	61+g



Criteria for risk of consumption on a single drinking day – for comparative research purposes only

	Males	Females
Low Risk	1 to 40g	1 to 20g
Medium Risk	41 to 60g	21 to 40g
High Risk	61 to 100g	41 to 60g
Very High Risk	101+g	61+g



**Livelli crescenti di rischio,
livelli variabili di intervento**
Rischio come *continuum* ... sempre approssimando ...

M<40g/die (<3 UA)
F<20 g/die (<2 UA)
BASSO RISCHIO

M=40-50g /die (4-5 UA)
F=20-30g /die (2-3 UA)
A RISCHIO „HAZARDOUS“

M >50g /die (> 5 UA)
F >30g /die (> 3 UA)
DANNOSO „HARMFUL“

M >60g /die (>6 UA)
F >40g /die (>4 UA)
„HEAVY DRINKERS“

Categorie
DI INTERESSE CLINICO
oltre che Epidemiologico

La categoria di consumo >60 gr e > 40 gr è usata convenzionalmente **A LIVELLO INTERNAZIONALE** per stimare il numero di alcoldipendenti.
In questa categoria di consumo è massima la probabilità di una diagnosi suggestiva per alcoldipendenza

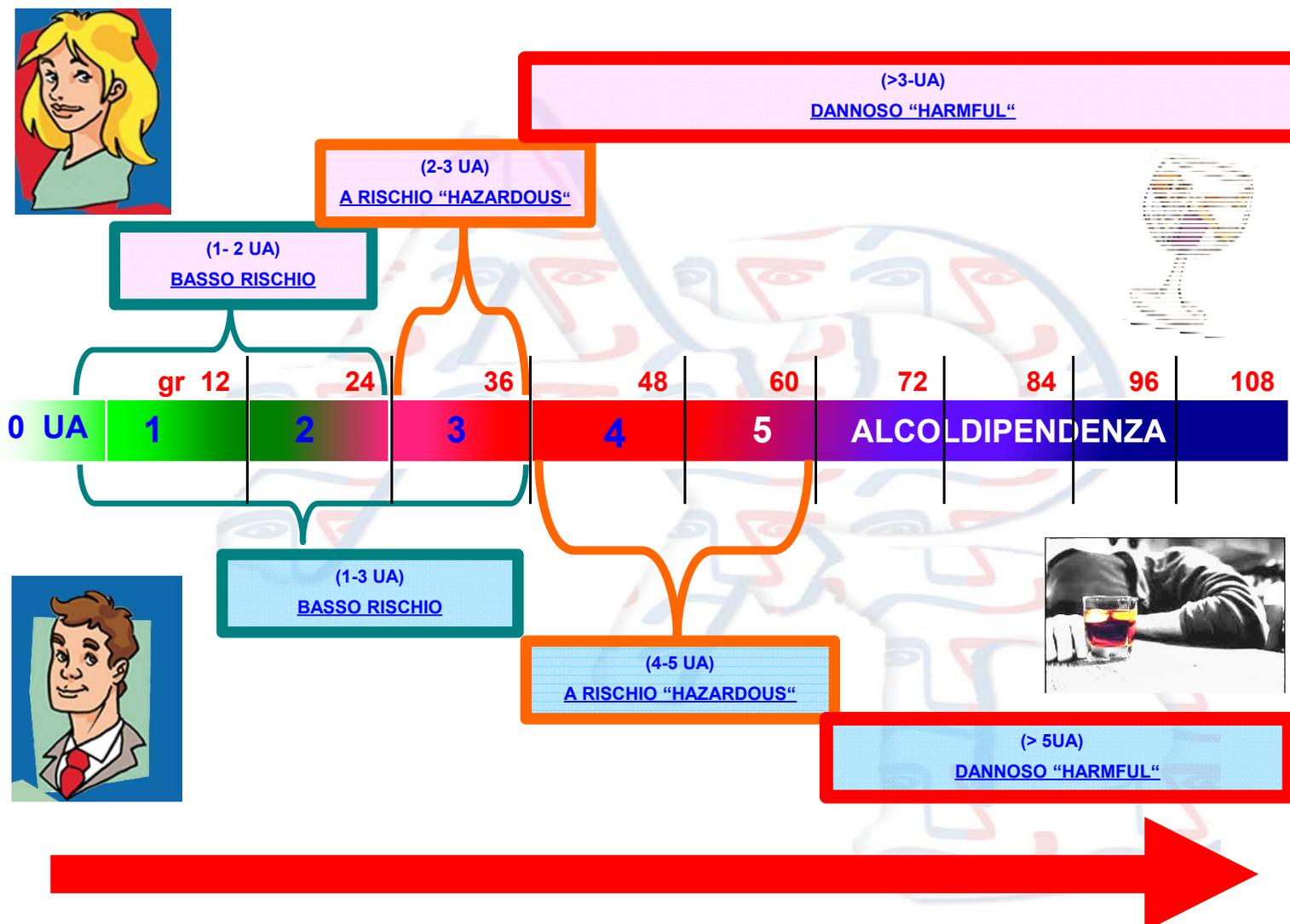
ALCOLDIPENDENZA

Adattamento delle differenti linee guida internazionali: **EMANUELE SCAFATO, ISS-ONA 18/04/2013**



Adattamento delle differenti linee guida internazionali: EMANUELE SCAFATO, ISS-ONA 25/10/2012

Livelli crescenti di rischio, livelli variabili di intervento Rischio come *continuum* ... ma approssimando ...



Standard Drinks

October 2012

Definitions in
grams pure alcohol

Used in:

- brief advice/interventions
- public info campaigns
- on product labels

Not used: BE, CY, LT

Based on:

- EC/WHO questionnaire 2012
- ICAP, PHEPA, Wikipedia

BG	10 g	
CZ		16 g
DK		12 g
DE	10 g	
EE	10 g	
EL		10 – 16 g
ES	10 g	
FR	10 g	
IE	10 g	
IT		12 g
LV		12 g
LU		12,8 g
MT	8 -10 g	
HU	10 g	
NL	10 g	
AT		20 g
PL	10 g	
PT	10 – 12 g	
RO		13 g
SI	10 g	
SK	10 g	
FI		12 g
SE		12 g
UK		8 g (“unit”)



EC/WHO Guidelines survey 2012

Member States=23

MS Issued by	Latest revision	Men Week g	Women Week g	Men Day g	Women Day g	Men single occasion g	Women single occasion g
BG				20	10	100	50
DE DHS	2010	120	60	24	12	50	50
EE NIH	2009	160	80	40	20		
ES	2012	280	170	40	20-25	60	40
IE DoH		168 *	112 *				
IT NIFN	2011			24-36	12-24		
MT sedqa	1995	189	126			36	36
NL NHC	2006	140	70	20	10	20	10
AT MoH	2009	160	120	24	16		
PL PARPA	2009	280	140	40	20	60	40
PT NAP	2010			24	16	60	48
RO RFRD	n/a	195	130	39	26		
SI FoM	2006	140	70	20	10	50	30
FI NAP	2003	280	190			84	60
SE NBoH	2011	168	108			60	48
UK CMO	1995	168	112	24-32	16-24		



Guidelines for lower-risk drinking

Great deal of variation across the EU regarding

- **upper limits of low-risk drinking**
- **definitions of standard drink**

Cause of confusion for consumers when alcoholic products and information on alcohol and health increasingly cross borders – on product labels, on the internet ...

Different definitions of standard drink may be a challenge in comparative drinking habits surveys – ESPAD, EHIS ...

Complexities

- Maximum no. drinks/grams / range of drinks/grams
- Daily / weekly
- Risk of chronic conditions / risks from intoxication
- Men / women
- Young people
- Older people
- Specific situations - pregnancy
- Different purposes / contexts
 - academic research

screening and brief advice
provision of consumer information
low risk drinking
cancer prevention
balanced nutrition
...



Know your limits



**1.7
UK
Units**

**UK Chief Medical Officers
recommend**

**Adults do not regularly
exceed:**

Men	3-4 units daily
Women	2-3 units daily

**Avoid alcohol if pregnant or
trying to conceive**

www.drinkaware.co.uk



LIVELLI DA NON SUPERARE (Linee Guida INRAN Revisione 2003)

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità
fino ai 16 anni



1 Unità
tra i 18 e i 20 anni
ed oltre i 65 anni



1-2 Unità
per le donne



2-3 Unità
per gli uomini



Livelli di Assunzione di Riferimento
di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana

REVISIONE 2012

Documento di sintesi
per il XXXV Congresso Nazionale SINU

Bologna, 22-23 ottobre 2012

LARN 2012 - ETANOLO

Concetti guida

L'etanolo (alcol etilico) è una sostanza non nutriente d'interesse nutrizionale che - pur apportando energia (7 kcal/g) - non ha finalità funzionali e/o metaboliche specifiche.

La principale fonte di etanolo nella dieta della popolazione italiana è rappresentata dal gruppo *Vino e sostituti* (84%), seguito dal gruppo *Birra, sidro e sostituti* (9%) e dalle *Altre bevande alcoliche* (vino dolce, spumanti, aperitivi e liquori, 7%).

È una molecola potenzialmente tossica per l'organismo, d'elevata pericolosità sociale, che può causare - nel caso di abuso - importanti danni organici e psicologici; elevate assunzioni sono associate a un aumento del rischio di malattie cardio-cerebrovascolari, di epatopatie e malattie gastro-intestinali, nonché di alcune forme di tumori.



LIVELLI DA NON SUPERARE

Evidenze scientifiche per la revisione delle LINEE GUIDA



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS
Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Collaborating Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-related Health problems

Nuove linee guida del consumo di alcol: evidenze e tendenze

Dalla letteratura internazionale emergono solide evidenze che i livelli di consumo di alcolici previsti dalle linee guida nutrizionali adottati in Italia un decennio fa necessitano una revisione. L'alcol non è un nutriente ma una molecola di interesse nutrizionale interagendo con l'organismo in maniera tanto complessa da non consentire di poter adottare messaggi generalizzabili. Donne, giovani e anziani i più vulnerabili.

Roma 18 Aprile 2013

L'alcol non è un nutriente e le bevande alcoliche non sono un alimento. L'alcol fornisce, tuttavia, 7 calorie per grammo di alcol consumato e, come noto, il primo suggerimento "dietetico" in tutti i regimi di restrizione calorica orientati alla riduzione del peso corporeo è di abolire dalle abitudini di consumo gli alcolici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle indicazioni di tutela della salute riguardanti il consumo di alcol, sollecitò sin dagli anni novanta un'estrema attenzione nella formulazione di linee guida sul consumo alcolico che potessero indicare in maniera confondente o ingannevole livelli "sicuri" di consumo alcolico. Allora, come ancor di più nei giorni nostri, gli organismi di tutela della salute consigliavano di rifuggire dalla velleità di indicare livelli di consumo idonei ad essere comunicati alla popolazione in quanto non generalizzabili in funzione dell'età, del sesso, delle condizioni individuali e circostanze oggettive in cui il consumo di bevande alcoliche sarebbe da evitare. Lo slogan "Less is better", meno è meglio, adottato in occasione della promulgazione della *Charter on Alcohol* a Parigi, rappresenta la sintesi mirabile di un concetto che alla luce dell'evidenza scientifica disponibile appare ancora più attuale. La difficoltà d'identificazione di limiti di consumo alcolici tollerabili (ma mai raccomandabili poiché l'alcol è un tossico e un noto cancerogeno anche a piccole dosi) emerge dalla disamina delle linee guida esistenti nell'UE e oggetto di un'attività prevista dalla Joint Action sull'Alcol che partirà nel 2014 su co-finanziamento della Commissione Europea e degli Stati Membri.

IRE Issued by	Latest revision	Men Week g	Women Week g	Men Day g	Women Day g	Men single occasion g	Women single occasion g
BG				20	10	100	50
DE DHS	2010	120	60	24	12	50	50
IE HSH	2009	160	80	40	20		
ES	2012	280	170	40	20-25	60	40
IE DoH	168 *	112 *					
IT NIFN	2011			24-36	12-24		
MT endop	1995	180	126			36	36
NL RIVM	2006	140	70	20	10	20	10
AT MoH	2009	160	120	24	16		
PL PARPA	2009	280	140	40	20	60	40
PT NAF	2010			24	16	60	48
RO RFRD	n/a	195	130	39	26		
SI FoH	2006	140	70	20	10	50	30
FI NAF	2003	280	190			84	60
SE HSH	2011	168	108				
UK CHO	1995	168	112	24-32	16-24	60	48

Member States=23

Nota a cura di Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Lucilia Di Pasquale, Riccardo Scipione, Nicola Parisi

Sia che si esamini le interazioni del consumo di alcol in termini di mortalità che di morbilità l'impatto al netto degli effetti positivi per alcune patologie, come ad esempio la cardiopatia coronarica, il diabete di tipo II, la calcolosi della colecisti, verificabili in particolare per gli uomini per quantità veramente moderate e che non eccedono i 10 grammi (meno di un bicchiere al giorno), è sempre e comunque negativo. È stato evidenziato di recente che anche i pochi effetti positivi registrabili a livello individuale sono persi se anche occasionalmente si perde la connotazione del bere moderato indulgendo in situazioni di eccedenza episodica occasionale come, ad esempio, avviene consumando in un tempo ristretto, più di 5-6 bicchieri di bevande alcoliche, fenomeno non raro tra gli adulti e fin troppo noto tra i giovani che praticano il *binge drinking*. Esiste un consenso sull'affermazione che l'alcol provoca più svantaggi, più patologie, più decessi di quanti ne possa far risparmiare. In merito alle quantità è ormai apparso che esiste una correlazione con quantità (volume) e frequenza del consumo di bevanda alcolica, qualunque essa sia. È peraltro stato evidenziato, in sintesi, che la persona con un basso consumo di alcol corra un minore rischio di mortalità, non tanto per merito del tipo di bevanda e delle quantità assunte, quanto per una serie di fattori correlati e di cui quel consumo non rappresenta che un semplice marker. Sarebbero determinate variabili come il più elevato status socio-economico, uno stile di vita più sano, il consumo prevalente in occasione pasti e, ovviamente, un migliore stato di salute. Tutti fattori che svolgono un ruolo di protezione, ad esempio, nei consumatori di vino, e spesso erroneamente attribuito ai polifenoli contenuti la cui concentrazione è talmente bassa da rendere implausibile l'ipotesi di qualunque effetto legato al principio attivo. Riassumendo, l'alcol è causa di centinaia di differenti condizioni e disfunzioni patologiche che possono riguardare tutti gli organi ed apparati dell'organismo. Numerose patologie epatiche, gastrointestinali, cerebrovascolari, disordini psichici e comportamentali, patologie immunologiche, infertilità e problemi prenatali, tumori sono condizioni parzialmente o totalmente alcolcorrelate tanto frequenti che legittimano la conclusione dell'OMS che l'impatto su mortalità, morbilità e disabilità in tutte le realtà mondiali misura e riferisce sempre e comunque un impatto negativo espresso correttamente al netto dei possibili, scarsi effetti benefici riportati in letteratura. Le più recenti evidenze della IARC mostrano che per molte di queste patologie, tra cui il cancro, è difficile definire un livello di consumo privo di rischio, una specie di "dose-soglia" sotto la quale non si corrano rischi per la salute, poiché il rischio sale in maniera proporzionale alla dose di alcol ingerita e indipendentemente dalla fonte di alcol rispettando la sola regola che quanto maggiore è la quantità ingerita, tanto più alto il rischio. Per i tumori, il rischio è molto basso per consumi inferiori ai 20-25 g di alcol al giorno (2 bicchieri al giorno circa) ma anche quantità inferiori (10 g/die) possono comportare un aumento di rischio, valutabile, ad esempio, per il cancro della mammella in Italia intorno al 5% che sale al 25% quando l'abitudine giornaliera di consumo sale a due bicchieri. Le raccomandazioni dell'OMS ma anche, ad esempio, quelle statunitensi (DGA 2010) e australiane, considerando in maniera equilibrata da un lato il rischio di cancro e dall'altro l'effetto biologicamente plausibile di piccole quantità di etanolo sulla mortalità cardio-coronarica, definiscono un consumo a basso rischio di bevande alcoliche, indipendentemente dal tipo di bevanda, quello equivalente ad una quantità giornaliera di etanolo inferiore o pari a 1 U.A. al giorno (10-12 grammi di etanolo) per la donna e l'anziano e 2 U.A. al giorno (20-25 grammi di etanolo) per l'uomo. A fronte delle evidenze emergenti sulle interferenze dell'alcol sul regolare e sano sviluppo cerebrale del giovane e della relativa immaturità del sistema di metabolizzazione dell'alcol che raggiunge piena efficienza intorno ai 18-21 anni è stata posta indicazione di evitare il consumo di alcol prima dei 18 anni e di limitare a 1 U.A. (10-12 grammi) al giorno il consumo di alcolici sino ai 21 anni, ovvero sino alla maturità e piena efficienza dei meccanismi di disintossicazione conseguita dall'individuo. Per tutti è valida l'indicazione di consumare a stomaco pieno per attenuare i picchi di alcolemia che sono la causa degli effetti negativi registrati per organi e apparati.

In estrema sintesi l'approccio di precauzione a livello di popolazione appare non solo adeguato ma anche indispensabile per tutelare la salute e contribuire a ridurre l'adozione di modelli, culture o comportamenti potenzialmente rischiosi o dannosi per l'individuo.

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013
PER LE NUOVE LINEE GUIDA DEL CONSUMO DI ALCOL

Unità Alcoliche equivalenti (contengono 12 g di alcol)

Sei a rischio per la salute se il consumo giornaliero è superiore a:

- 0 Unità (fino ai 16 anni)
- 1 Unità (18-20 e 65+)
- 1-2 Unità (per le donne)
- 2-3 Unità (per gli uomini)

Non sono considerati comportamenti a rischio:

- il binge drinking, cioè il consumo in un'unica occasione di 6 o più U.A.
- il consumo di alcool per le donne in gravidanza e in allattamento
- il consumo di qualsiasi bevanda alcolica per gli adolescenti in trattamento e gli ex alcolisti

EMANUELE SCAFATO 26/10/2012



LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013

PER LE NUOVE LINEE GUIDA SUL CONSUMO DI ALCOL

Unità Alcoliche equivalenti (contenenti 12 g di alcol)

	oppure		oppure		oppure	
birra		vino		aperitivo		cocktail alcolico
bicchiere 330 ml		bicchiere 125 ml		bicchiere 80 ml		bicchiere 40 ml
4,5°		12°		18°		36°

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità fino ai 16 anni		1 Unità Tra 16 e 20 anni ed oltre i 65 anni		1-2 Unità per le donne		2-3 Unità per gli uomini
--	--	---	--	--------------------------------------	--	--

0-18 anni 0 Unità	18-20 & 65+ 1 Unità	Donne 1 Unità	Uomini 2 Unità
------------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

sono inoltre considerati comportamenti a rischio

- il **Binge drinking**, cioè il consumo in un'unica occasione di 6 o più UA
- il consumo di alcolici **per le donne in gravidanza e in allattamento**
- il consumo di qualsiasi bevanda alcolica **per gli alcolisti in trattamento e gli ex alcolisti**

EMANUELE SCAFATO 25/10/2012

Gli italiani ≥ 18 anni nel 2011...



	N.	%	
Mancata risposta	308.690	1,3	
Astemi ed astinenti	3.685.530	15,3	
Consumatori non giornalieri	9.968.083	41,5	
Consumatori giornalieri *	1 - 3 UA	8.134.092	33,9
	4 - 5 UA	1.403.517	5,8
	>5 UA	527.133	2,2
Totale	24.027.045	100	

Maschi



Femmine



	N.	%	
Mancata risposta	325.241	1,3	
Astemi ed astinenti	11.434.348	44,0	
Consumatori non giornalieri	10.387.101	40,0	
Consumatori giornalieri *	1 - 2 UA	3.412.552	13,1
	3 UA	126.459	0,5
	>3 UA	288.810	1,1
Totale	25.974.511	100	

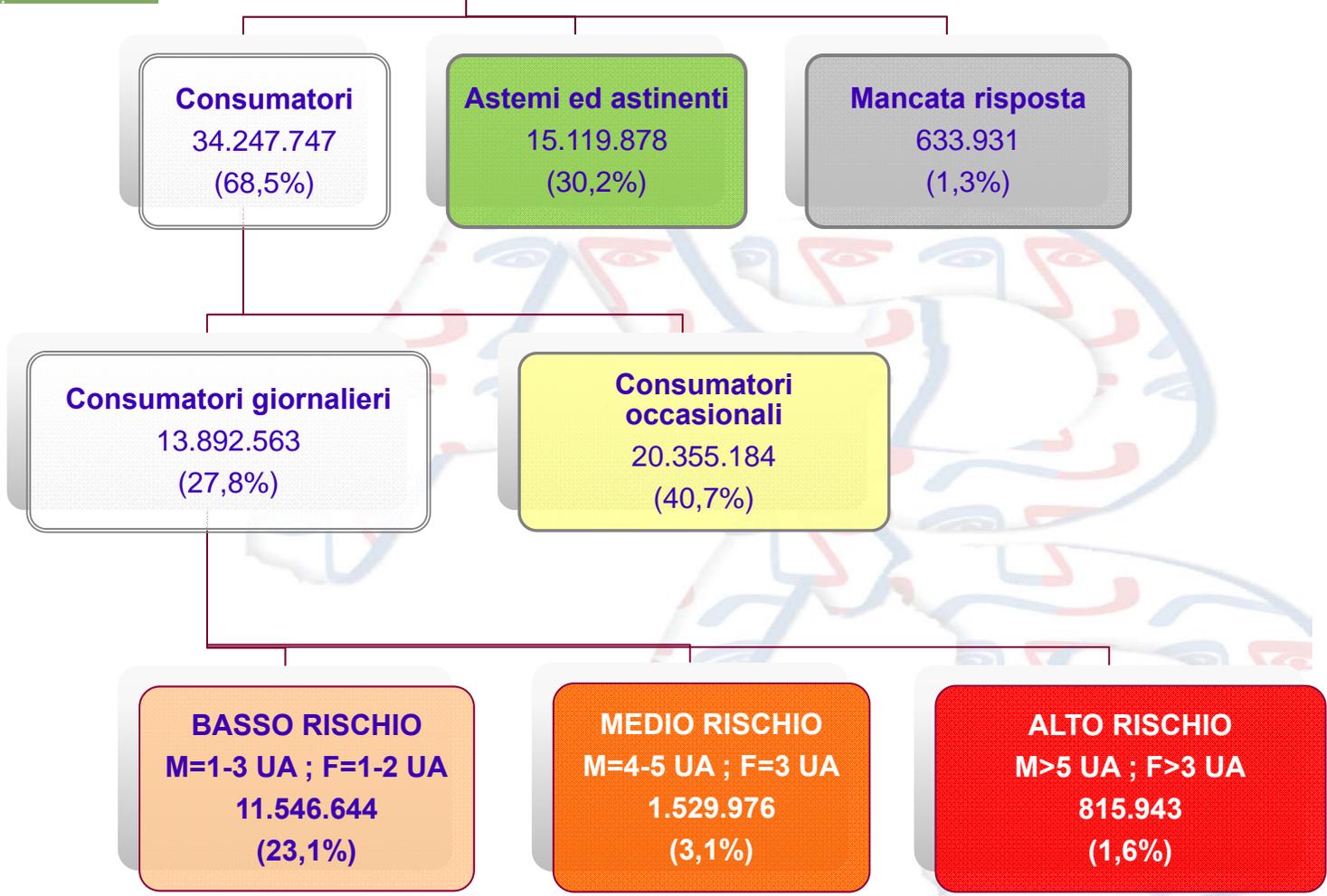
*adattamento dal WHO 2000-International guide for monitoring alcohol consumption and related harm



Popolazione italiana ≥18 anni (stima) 50.001.556

Table 2.2.2: Low, Medium and High Risk average daily consumption levels for men and women long-term risk of serious illness (English *et al*, 1995)*

GENDER	LEVEL OF RISK		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Male	1-40g	41-60g	61+g
Female	1-20g	21-40g	41+g



*adattamento dal WHO 2000-International guide for monitoring alcohol consumption and related harm



QUAL'E' L'OFFERTA DI INTERVENTO SUL "MEDIO RISCHIO" **INTERVENTO BREVE**

MEDIO RISCHIO
M=4-5 UA ; F=3 UA
1.529.976
(3,1%)

*adattamento dal WHO 2000-International guide for monitoring alcohol consumption and related harm

PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO



Early Identification and Brief Intervention (EIBI) Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB)

Alcol e Prevenzione nei Contesti di Assistenza Sanitaria Primaria

Programma di Formazione IPIB-PHEPA
Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care

Obiettivi

Piano delle Sessioni

Diapositive/Lucidi

Indicazioni per lo svolgimento

Documentazioni di lavoro

Numero Utili:
Telefono Verde Alcol
Istituto Superiore di Sanità
Ministero della Salute
tel. 800 63 2000

Consultazione siti:
www.iss.it/alcol
www.epicentro.iss.it
www.ministerosalute.it
www.dfc.unifi.it/sia
www.alcolonline.org

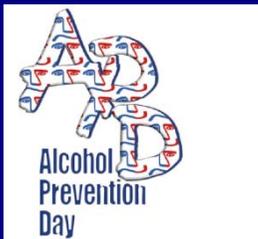
Info:
alcol@iss.it

Team Members:
Allamani, Alaman
Azienda Sanitaria Firenze, Centro Alcolico, Dipartimento Dipendenze
al.alcol.org@aslftoscana.it
Patussi, Valentino
Centro di Alcolologia e della Nutrizione; University of Florence
v.patussi@dfc.unifi.it
Struzzo, Pierluigi
Community Research Centre "G. A. Feruglio"
pierluigi.struzzo@adriacom.it
Emanno Moscatelli
Community Research Center of the Municipality of Martignaco
moscatelli@adriacom.it
Marcomini, Franco
Associazione Eurocare Italia
eurocare@dada.it
Codenotti, Tiziana
Associazione Eurocare Italia
eurocare@dada.it
Gandin, Claudia
Istituto Superiore Di Sanità
claudia.gandin@iss.it

Basic Information on Alcohol Policy
> Extract from WHO global status report on alcohol policy 2004
Country Profile on alcohol
> Extract from WHO global status report on alcohol 2004
Infrastructures for Alcohol Policy
> Bridging the Gap Infrastructures questionnaire

01/08/2006
Publication (both in english and in Italian) of the PHEPA guidelines summary together with a short presentation by Dr. Emanuele Scafato and the Italian Country Strategy.

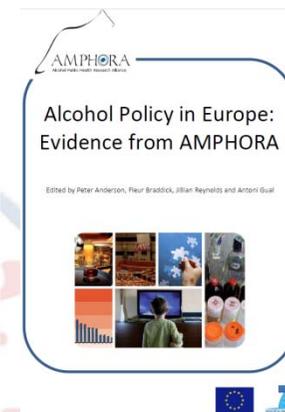
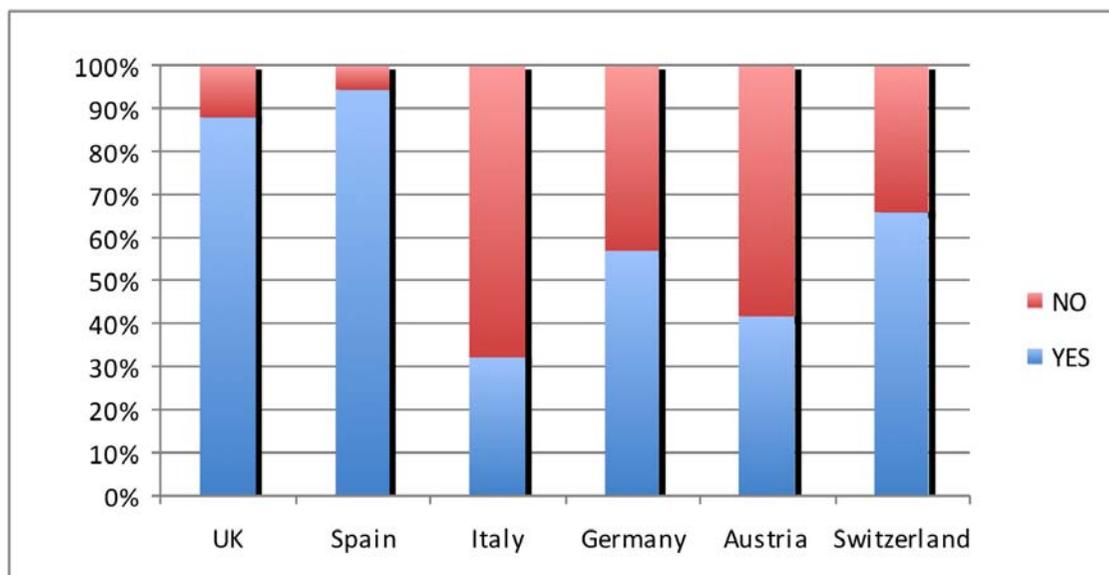
2008, <http://www.gencat.net/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8870.html>



PREVENZIONE DEL RISCHIO NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO

I Medici di Medicina Generale **NON** hanno dimestichezza con l'uso di strumenti d'identificazione del rischio alcol-correlato

Are GPs familiar with standardized alcohol screening tools?



Esiste un **URGENZA FORMATIVA** in chiave di prevenzione per la popolazione generale **NON** per quella **AD ALTO RISCHIO**.

<http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AMPHORA%20ebook.pdf>

Alcohol Policy in Europe

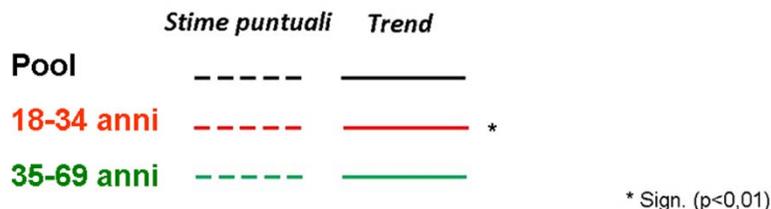
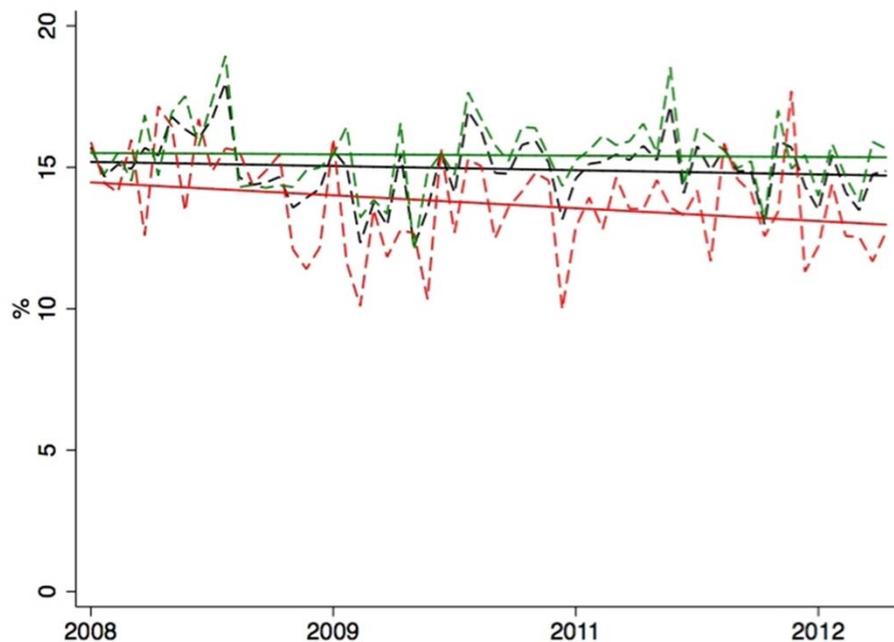
Chapter 9. Alcohol interventions and treatments in Europe

CHAPTER 9. ALCOHOL INTERVENTIONS AND TREATMENTS IN EUROPE

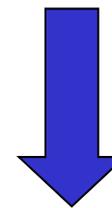
Amy Wolstenholme, Colin Drummond, Paolo Deluca, Zoe Davey, Catherine Elzerbi, Antoni Gual, Noemi Robles, Cees Goos, Julian Strizek, Christine Godfrey, Karl Mann, Evangelos Zois, Sabine Hoffman, Gerhard Gmel, Hervé Kuendig, Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Simon Coulton & Eileen Kaner

Trend del consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze mensili - Pool di Asl - Passi 2008-12



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol*

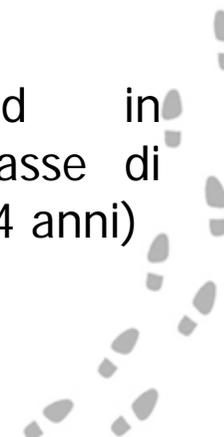


15%

- Significative differenze regionali: dal 7% della Basilicata al 25 del Friuli Venezia-Giulia

- Significativo trend in diminuzione nella classe di età più giovane (18-34 anni)

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





Addiction



REVIEW

doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03335.x

Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe

Colin Drummond¹, Antoni Gual², Cees Goos³, Christine Godfrey⁴, Paolo Deluca¹, Christoph Von Der Goltz⁵, Gerhard Gmel⁶, Emanuele Scafato⁷, Amy Wolstenholme¹, Karl Mann⁵, Simon Coulton⁸ & Eileen Kaner⁹

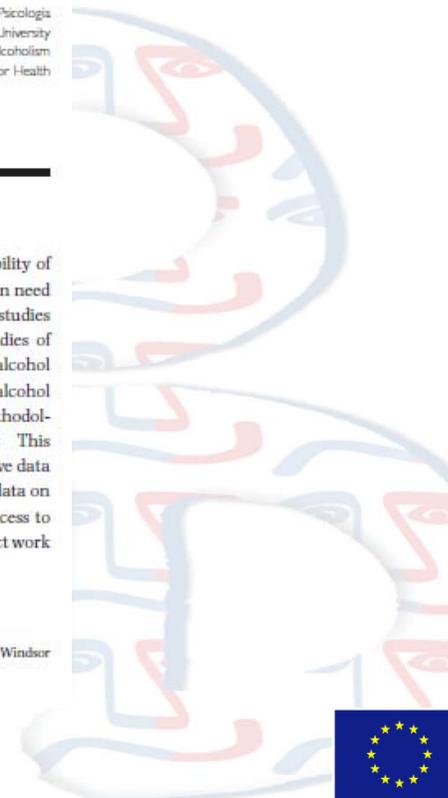
National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK;¹ La Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat, Institut de Psiquiatria i Psicologia (IDIBAPS), Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (HCPB), Barcelona, Spain;² Anton Prosch Institute, Vienna, Austria;³ Department of Health Sciences, University of York, York, UK;⁴ Central Institute of Mental Health, Mannheim, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany;⁵ Swiss Institute for the Prevention of Alcoholism and other Drugs (SIPA), Lausanne, Switzerland;⁶ National Observatory on Alcohol (C.N.E.S.P.S.), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy;⁷ Centre for Health Service Studies, University of Kent, Canterbury, UK⁸ and Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle, UK⁹

ABSTRACT

Aims A literature review of existing research on the prevalence of alcohol use disorders (AUDs) and availability of alcohol interventions in Europe was conducted. The review also explored what is known about the gap between need and provision of alcohol interventions in Europe. **Methods** The review search strategy included: (i) descriptive studies of alcohol intervention systems in Europe; (ii) studies of alcohol service provision in Europe; and (iii) studies of prevalence of AUD and alcohol needs assessment in Europe. **Results** Europe has a relatively high level of alcohol consumption and the resulting disabilities are the highest in the world. Most research on implementation of alcohol interventions in Europe has been restricted to screening and brief interventions. Alcohol needs assessment methodology has been developed but has not been applied in comparative studies across countries in Europe. **Conclusions** This review points to key gaps in knowledge related to alcohol interventions in Europe. There is a lack of comparative data on variations in alcohol treatment systems across European countries and there is also a lack of comparative data on the prevalence of alcohol use disorders across European countries and the relative gap between need and access to treatment. The forthcoming Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA) research project work package on 'Early identification and treatment' aims to address these gaps.

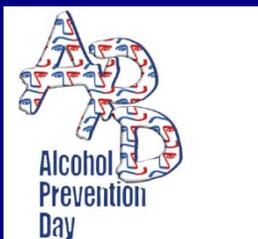
Keywords Alcohol, alcohol needs assessment, Europe, prevalence, public health, treatment provision.

Correspondence to: Colin Drummond, Department of Addiction, National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, 4 Windsor Walk, London SE5 8AF, UK. E-mail: colin.drummond@kcl.ac.uk
Submitted 22 November 2010; final version accepted 29 November 2010



PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO

L'identificazione precoce, l'intervento breve



L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve

- Sommario
- Introduzione
- Preparazione delle linee guida
- Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Osservatorio Nazionale Alcol CNEPS

Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi alcol-correlati

PHEPA

A.U.D.I.T.-C

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consumi in media al giorno?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza ti è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi, e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcol. Per tutelare la propria salute è consigliabile, in questo caso, parlarne con il proprio medico.

Per approfondimenti sull'AUDIT-C consultare

<http://www.epicentro.iss.it/alcol/audit>

Info:

alcol@iss.it

OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL CNEPS

WHO COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION ON ALCOHOL AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA

Alcol:

sai quanto rischi?

PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO

AUDIT C



A.U.D.I.T.-C ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Nei giorni in cui bevi, quante bevande alcoliche consumi in media?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza ti è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi, e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcol. Per tutelare la propria salute è consigliabile, in questo caso, parlarne con il proprio medico.

Per non mettere a rischio la tua salute è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsti dalle linee guida nutrizionali.



se il consumo è zero non corri alcun rischio

e se vuoi saperne di più, consulta il sito www.epicentro.iss.it/alcol



PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO



Dipartimento Politiche Antidroga

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto

I.P.I.B.

Ente affidatario



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

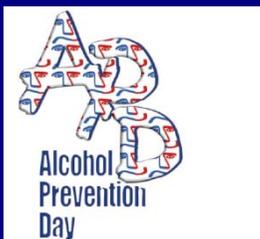
In collaborazione con



SIA - Società Italiana Alcolologia



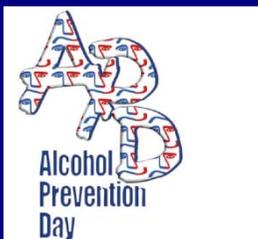
AICAT - Associazione Italiana Clubs Alcolisti in Trattamento



Gli elementi **CHIAVE** per una prevenzione di successo

- ✓ Ruolo degli operatori sanitari per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio
- ✓ Livello di implementazione possibile nel proprio setting di assistenza primaria
- ✓ Principali ostacoli alla promozione del programma IPIB
- ✓ Livello di supporto necessario.
- ✓ Proposte pratiche per l'avviamento immediato del programma IPIB

PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO



Modelling the Cost- Effectiveness of Screening and Brief Interventions in Italy

An Adaptation of the Sheffield Alcohol Policy
Model

Colin Angus, Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Aleksandra Torbica,
Francesca Ferre, Pierluigi Struzzo, Robin Purshouse, Alan Brennan



Modelling the cost-effectiveness of screening and brief interventions in primary care in Italy

Colin Angus^{1*}, Emanuele Scafato², Silvia Ghirini², Aleksandra Torbica³, Francesca Ferre³, Pierluigi
Struzzo⁴, Robin Purshouse⁵ and Alan Brennan¹

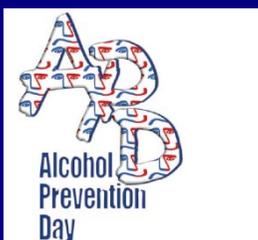
¹School of Health & Related Research (ScHARR), University of Sheffield, UK

²Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, Rome, Italy

³Bocconi University, Via Roentgen, Milan, Italy

⁴Region Friuli Venezia Giulia, Regional Centre for the Training in Primary Care, Monfalcone, Italy

⁵Department of Automatic Control & Systems Engineering, University of Sheffield, UK



PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO

Identificare precocemente e intervenire.
QUALE MODALITA' DI PRATICA
PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?

Nell'ambito del Progetto Europeo **ODHIN** (Ottimizzare gli interventi nei contesti di assistenza sanitaria) **l'intervento breve** è stato preso in considerazione dai ricercatori dell'ISS e dell'Università di Sheffield per stabilire la via ottimale per **incoraggiare i Medici ad integrare nelle attività professionali quotidiane pratiche** che la ricerca clinica ha dimostrato essere efficaci.



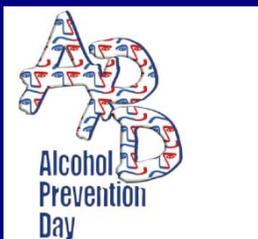
PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO

Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?

Attraverso un modello che ha ipotizzato l'attuazione in ITALIA di un **programma di screening ed intervento breve in una prospettiva di 10 anni di attività** è stato valutato l'impatto sanitario di modalità predefinite di azione su:

- Mortalità
- Morbilità
- Modifiche nei livelli di consumo alcolico

valutando COSTI e BENEFICI e le modifiche osservabili in una prospettiva di 30 anni.



Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?

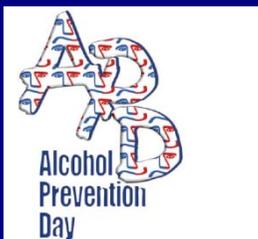
Sono stati considerati, tra gli altri, DUE principali
STRUMENTI DI SCREENING:

- **AUDIT-C**
- **AUDIT-C + Full AUDIT**

Le soglie dei punteggi utilizzati per la valutazione della
categoria di rischio alcolcorrelato sono state quelle
VALIDATE in ITALIA dall'ISS :

AUDIT-C : 5 per i maschi 4 per le donne

Full AUDIT : 8 per entrambi i sessi

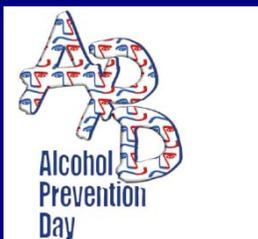


Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?

Il modello ha considerato **DUE principali SCENARI** di screening del paziente adottabili dai Medici di Medicina Generale in Italia:

- Screening attuato nel corso della **prossima visita medica di un paziente del MMG**
- Screening attuato a seguito della **registrazione di un nuovo paziente del MMG**

Il modello ha valutato sia la **PERCENTUALE di UTENTI RAGGIUNTA nel corso TEMPO** che i **COSTI sostenuti** calcolati sulla base dei costi correnti in Italia (comparati con quelli del Regno Unito)



I BENEFICI stimati dell'IPIB in ITALIA

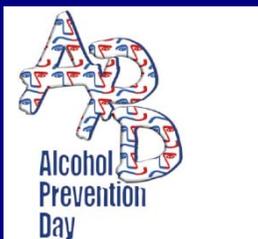
Parameter
Screening arrival profiles for next registration and next consultation
Screening instrument diagnostic properties
Duration of screening
Effectiveness of brief intervention
Duration of brief intervention
Cost of GP's time
Cost of brief intervention materials
Population demographic data
Population alcohol consumption
Mortality data
Morbidity & cost data
Alcohol-attributable fractions

Al fine di valutare i **COSTI** e i **BENEFICI** registrabili a **30 anni dalle attività di screening svolte nel corso di 10 anni di attività** sono state considerate e/o calcolate numerose variabili tra le quali:

- i costi dei salari medi dei MMG ,
- il numero di ore dedicate all'attività,
- il costo per minuto di attività professionale (costi 2008)
- i minuti dedicati allo screening e all'intervento
- l'efficacia stimata dell'intervento breve

INOLTRE

- Le frazioni e livelli di mortalità alcol-attribuibile,
- I ricoveri ospedalieri alcolcorrelati e i loro costi
- QALYs (quality Adjusted Life years, la qualità e la quantità di anni vissuti dalla popolazione
- ICER (incremental cost-effectiveness ratio) come proporzione di modifiche nei costi conseguenti a benefici incrementali legati all'intervento

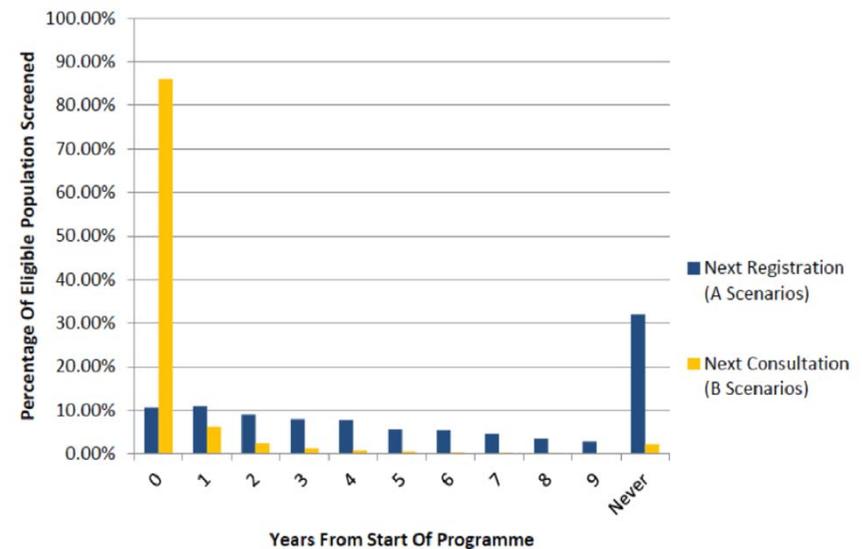


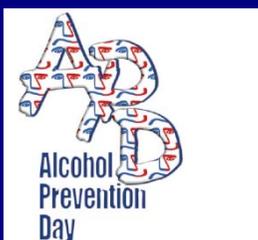
SCEGLIERE BENE PER INTERCETTARE PRIMA

La copertura della popolazione che frequenta gli studi dei MMG nel corso di 10 anni ipotizzati di programmi di screening **è considerevolmente differente rispetto ai due scenari e ha rilevanti implicazioni nei profili dei COSTI.**

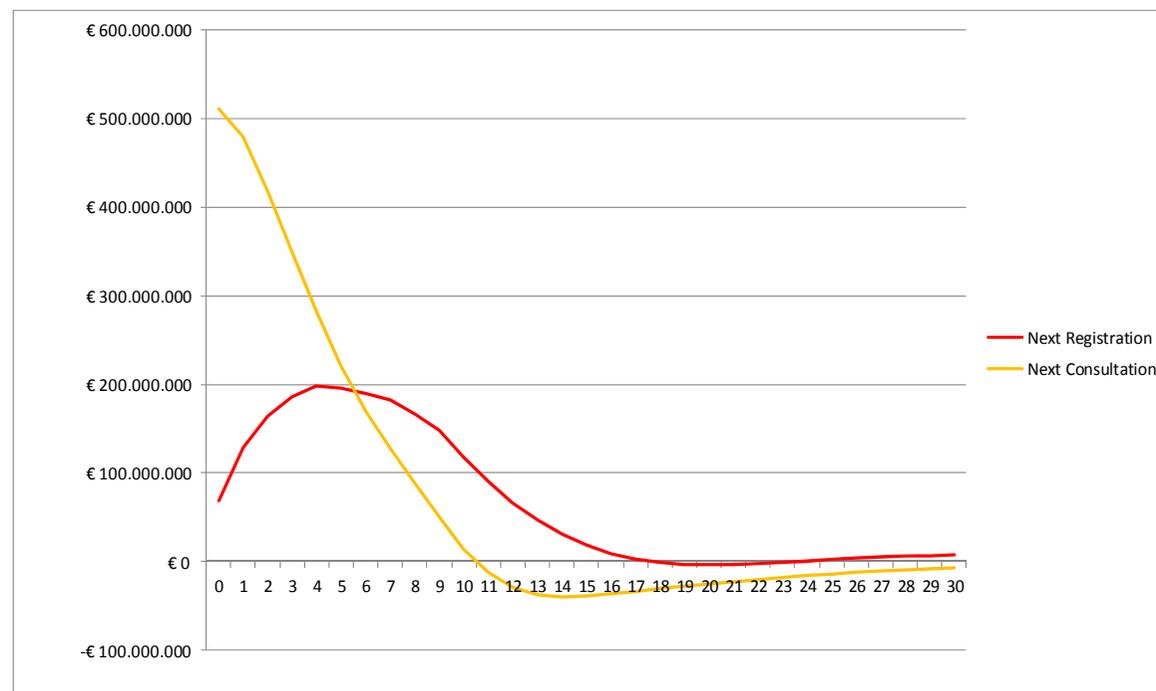
La DIAGNOSI PRECOCE attuata secondo una dinamica che **ESAMINA il PAZIENTE nella sua PROSSIMA VISITA** conduce alla “cattura” del **97 %** del bacino di utenza del medico con l’**86 %** screenato nel corso nel **PRIMO ANNO del programma**, con circa **6%** al **SECONDO ANNO** e **solo il 2 %** (circa un milione di pazienti in Italia) **non sottoposti a screening dopo il 10° anno.**

Al contrario, la DIAGNOSI PRECOCE attuata all’atto di **REGISTRAZIONE DI UN NUOVO PAZIENTE** conduce ad una “cattura” del **70 %** che si distribuisce nel corso dei 10 anni ipotizzati di intervento **ma con un 32 % circa di pazienti (circa 19 milioni di pazienti in anni.**



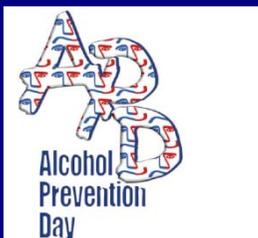


I COSTI cumulativi dei due scenari



Nella prospettiva del policy-maker la distribuzione dei costi per il SSN è sicuramente determinante nella scelta delle modalità da sostenere. Sottolineando che l'attività del medico è comunque considerata come integrata nelle attività già svolte e remunerate e che nessun incentivo è considerato nel modello è evidente che:

- Il programma di screening basato sulla **visita successiva del paziente** è gravato da un **costo annuale iniziale molto elevato** (0.5 milioni di euro circa) e diminuisce gradualmente dal 1° al 10° anno oltre il quale si cominciano a registrare un **RISPARMIO di COSTI**
- Il programma di screening basato sulla visita alla prossima registrazione di un nuovo paziente ha un **costo annuale più graduale, crescente dal primo al 4°** e si **azzerava a partire dal 18°** anno non facendo registrare mai risparmi di costo



I BENEFICI stimati dell'IPIB in ITALIA

Volendo prendere in considerazione i risultati dell'approccio del modello più "performante dei 14 modelli utilizzati, gli indicatori relativi ai costi e gli outcomes su mortalità, morbilità e sui ricoveri ospedalieri sono comunque sostanziale.

Con il programma IPIB , in uno scenario di screening effettuato nel corso della prossima visita al paziente si stima di poter registrare una riduzione di 148.694 ricoveri e 9627 decessi con **un incremento del QALY compreso di 128.500 QUALYs, anni di vita vissuti in più e in migliore qualità.**

Nel corso di dieci anni il bilancio economico è:

Costo complessivo 591 milioni di euro

Costi ospedalieri - 598 milioni di euro

Costo netto SSN -7 milioni di euro

Un approccio da considerare alla luce dell'esigenza di prevenire il maggior numero possibile di consumatori a rischio e di possibili candidati all'ALCOLDIDENDENZA.



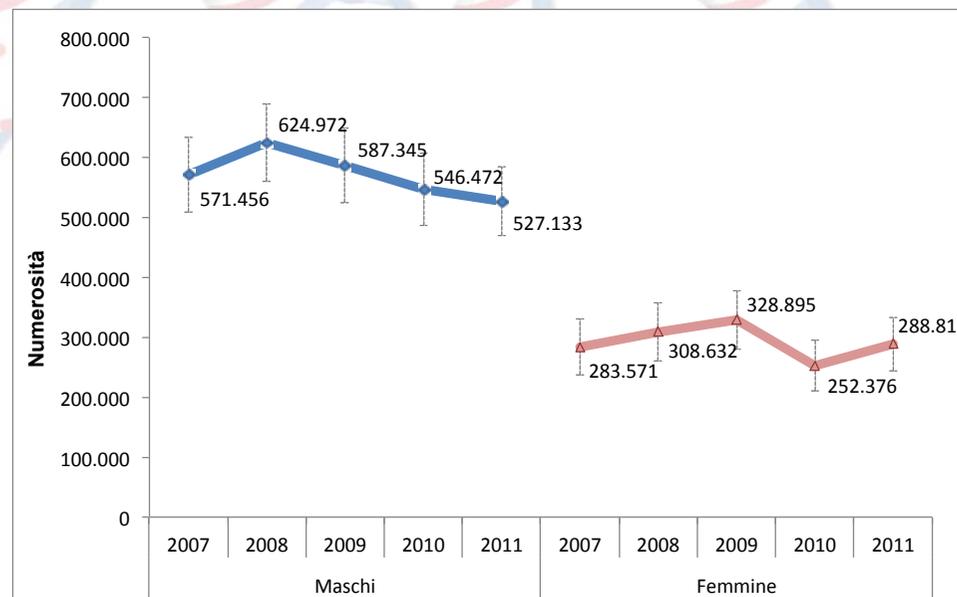
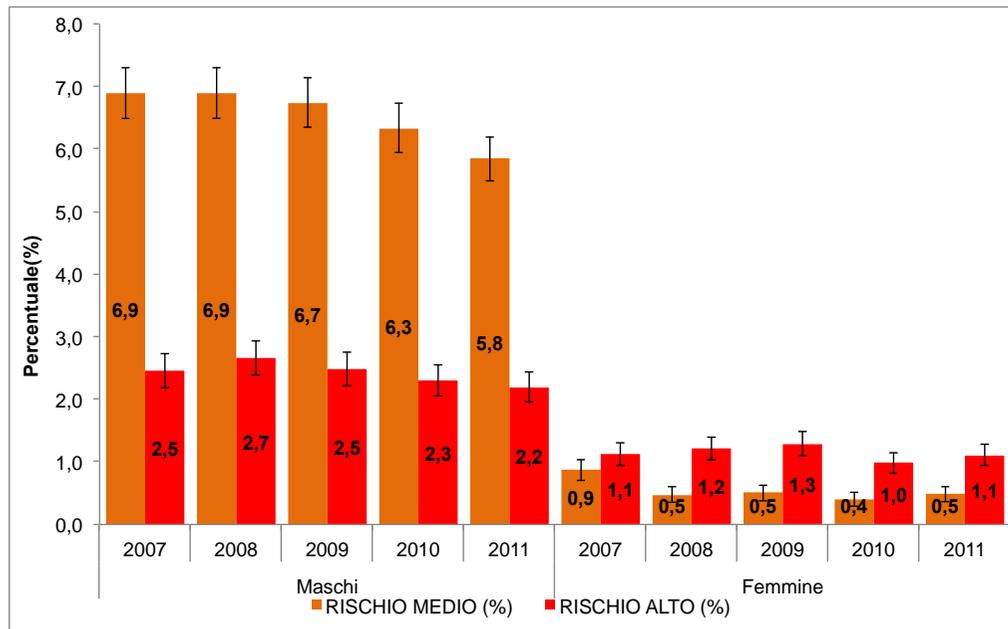
QUAL'E' L'OFFERTA DI INTERVENTO SULL' "ALTO RISCHIO" INTERVENTO BREVE, OPPURE

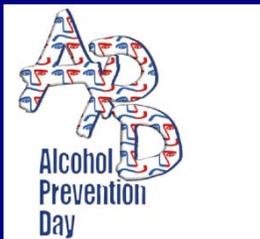
ALTO RISCHIO
M>5 UA ; F>3 UA
815.943
(1,6%)

*adattamento dal WHO 2000-International guide for monitoring alcohol consumption and related harm



L'analisi del trend delle categoria di **ALTO RISCHIO** [M>5 UA; F>3 UA] mostra che nel corso degli ultimi 5 anni non si sono registrate variazioni significative di questi consumatori ne tra gli uomini ne tanto meno tra le donne





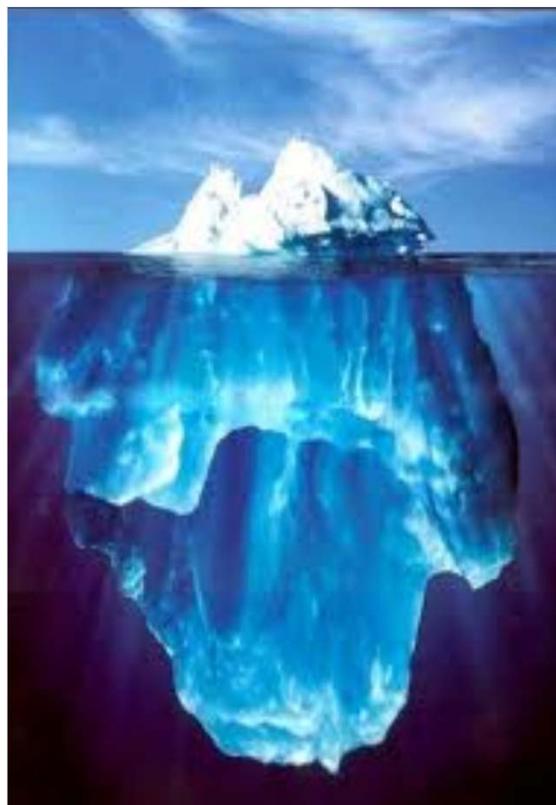
I CONFINI DINAMICI DEI LIVELLI DI INTERVENTO

IDENTIFICAZIONE PRECOCE, INTERVENTO BREVE e TRATTAMENTO

Categorie di consumo

MEDIO RISCHIO

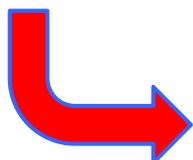
ALTO RISCHIO



ALCOLDIPENDENZA

Popolazione italiana
≥18 anni

Genere	n. (stima)	%
Donne 3 UA	126.459	0,5
Uomini 4-5 UA	1.403.517	5,8
Donne: >3 UA	288.810	1,1
Uomini >5 UA	527.133	2,2



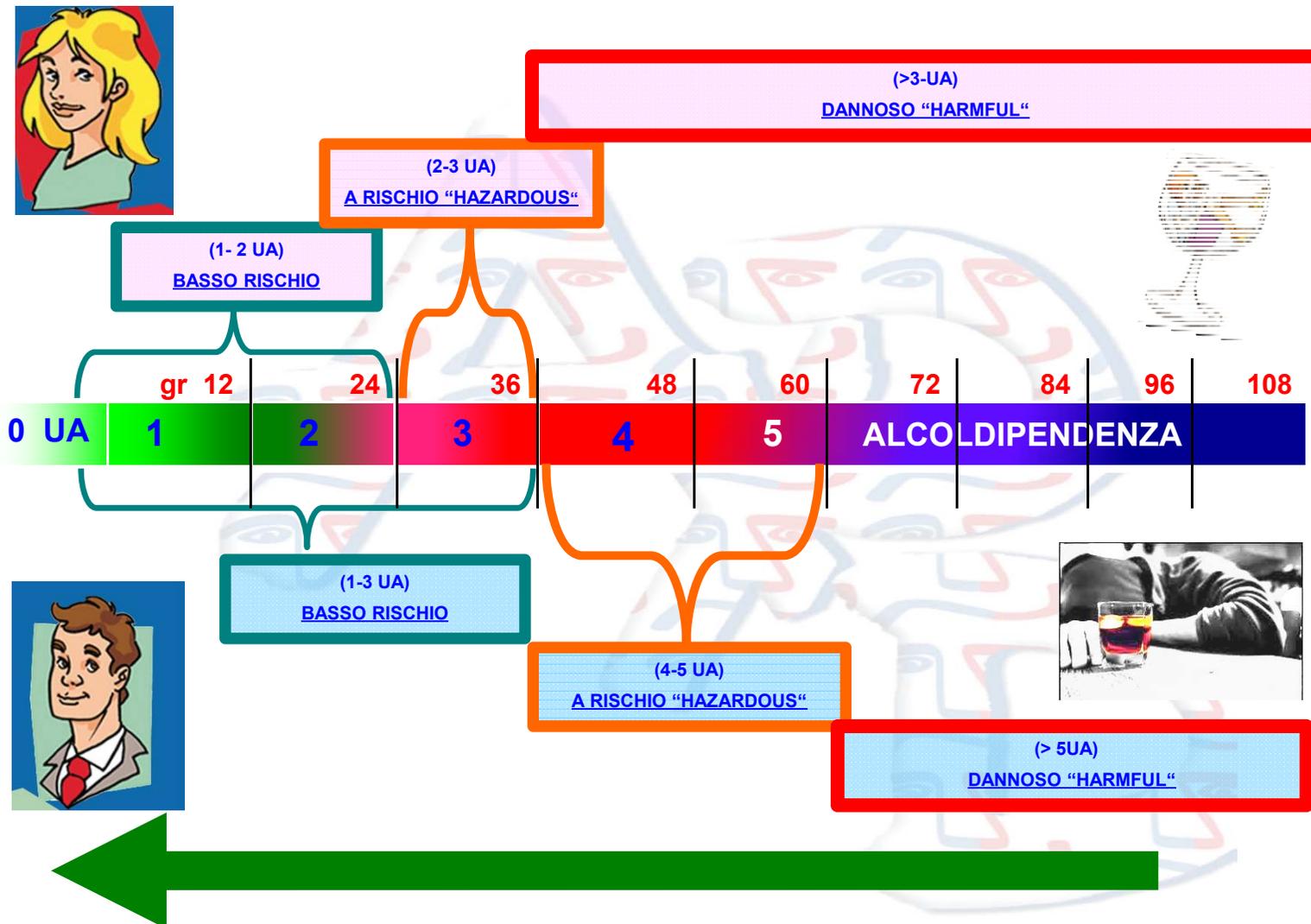
E. SCAFATO, S. GHIRINI Elaborazioni Oss. Naz. Alcol CNESPS su Dati Indagine multiscopo sulle famiglie ISTAT – Anno 2011 età≥18 anni

* Nella definizione dei consumatori a rischio, diversamente da quanto calcolato per i consumatori a rischio (criterio ISS), non si tiene conto della differenziazione per età degli individui e delle occasioni di consumo episodico eccessivo (binge drinking).



Adattamento delle differenti linee guida internazionali: EMANUELE SCAFATO, ISS-ONA 25/10/2012

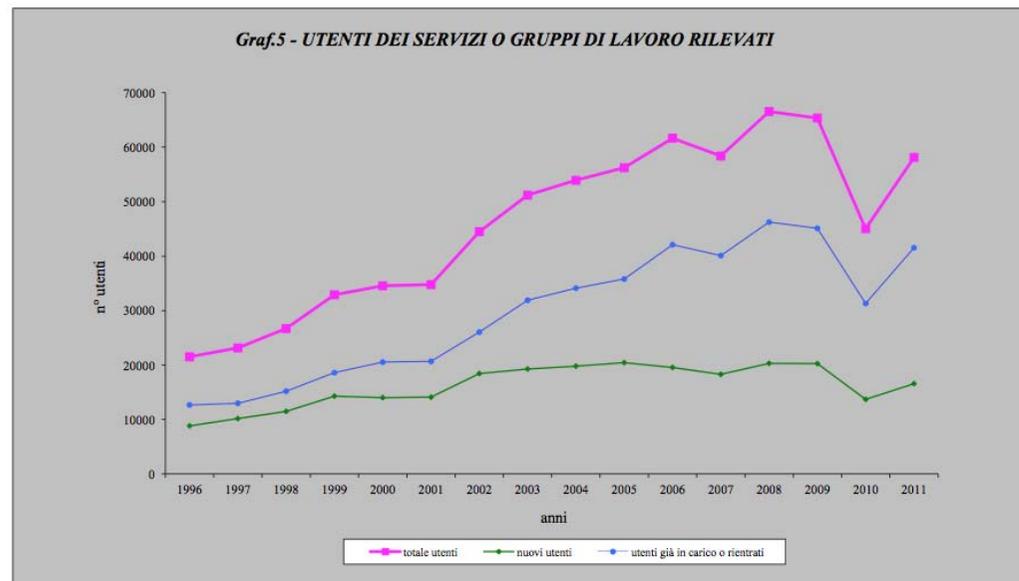
Livelli DECRESCENTI di rischio, livelli variabili di intervento PREVENZIONE come *continuum* ...



ALCOLDIPENDENZA



“Non esiste ancora nel nostro Paese una stima puntuale e ufficiale del numero di alcolodipendenti”.



Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

ALCOLDIPENDENZA

Nel 2011 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro, rilevati alla data della presente relazione, **58.122 soggetti alcoldipendenti**. Il **28,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi**, il rimanente 71,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva nel Friuli Venezia Giulia (67,3%), la più bassa in Valle d'Aosta (12,9%).



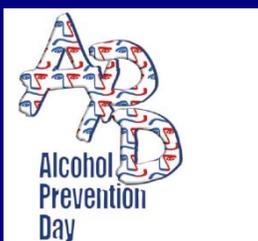
RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 26.2.2001 N. 127
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOHOL E PROBLEMI ALCOHOL-RELATED"

Roma, 14. 12. 2011

Tab.6 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

UTENTI TOTALI

REGIONE	2005				2006				2007				2008				2009				2010				2011				
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F																					
PIEMONTE	3.704	1.227	4.931	3,0	4.200	1.378	5.578	3,0	4.360	1.478	5.838	2,9	4.757	1.494	6.251	3,2	4.741	1.444	6.185	3,3	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,2	
VALLE D'AOSTA	198	56	254	3,5	203	63	266	3,2	223	58	281	3,8	266	69	335	3,9	291	68	359	4,3	279	74	353	3,8	239	72	311	3,3	
LOMBARDIA	7.237	2.017	9.254	3,6	7.434	2.094	9.528	3,6	6.983	2.089	9.072	3,3	8.742	2.420	11.162	3,6	9.716	2.418	12.134	4,0	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,2	
PROV.AUTON.BOLZANO	1.539	504	2.043	3,1	1.876	571	2.447	3,3	1.695	550	2.245	3,1	1.875	579	2.454	3,2	1.744	548	2.292	3,2	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,1	
PROV.AUTON.TRENTO	1.841	446	2.287	4,1	1.890	476	2.366	4,0	1.985	527	2.512	3,8	2.132	595	2.727	3,6	2.225	717	2.942	3,1	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,5	
VENETO	8.242	3.000	11.242	2,7	9.225	2.701	11.926	3,4	8.341	2.237	10.578	3,7	10.949	3.099	14.048	3,5	11.492	3.010	14.502	3,8	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,8	
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.398	627	4.025	5,4	3.733	789	4.522	4,7	1.902	367	2.269	5,2	2.617	557	3.174	4,7	3.198	758	3.956	4,2	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,6	
LIGURIA	2.441	440	2.881	5,5	2.518	470	2.988	5,4	697	269	966	2,6	1.340	471	1.811	2,8	1.207	461	1.668	2,6	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,8	
EMILIA ROMAGNA	3.731	1.358	5.089	2,7	3.663	1.355	5.018	2,7	3.911	1.428	5.339	2,7	3.961	1.595	5.556	2,5	4.113	1.573	5.686	2,6	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,4	
TOSCANA	1.139	454	1.593	2,5	1.899	818	2.717	2,3	2.732	1.033	3.765	2,6	3.361	1.318	4.679	2,6	779	278	1.057	2,8	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,6	
UMBRIA	1.421	289	1.710	4,9	1.392	282	1.674	4,9	1.594	358	1.952	4,5	1.696	394	2.090	4,3	2.221	488	2.709	4,6	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,3	
MARCHE	1.647	529	2.176	3,1	932	298	1.230	3,1	1.195	350	1.545	3,4	1.167	383	1.550	3,0	1.321	352	1.673	3,8	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,4	
LAZIO	844	242	1.086	3,5	2.040	563	2.603	3,6	2.155	590	2.745	3,7	2.313	678	2.991	3,4	1.701	501	2.202	3,4	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,5	
ABRUZZO	921	281	1.202	3,3	1.047	291	1.338	3,6	945	305	1.250	3,1	868	268	1.136	3,2	617	253	870	2,4	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,8	
MOLISE	-	-	-	-	264	62	326	4,3	-	-	-	-	105	20	125	5,3	368	74	442	5,0	360	72	432	5,0	246	48	294	5,1	
CAMPANIA	1.209	223	1.432	5,4	1.105	243	1.348	4,5	1.747	334	2.081	5,2	1.586	313	1.899	5,1	1.100	237	1.337	4,6	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,2	
PUGLIA	1.388	244	1.632	5,7	1.513	243	1.756	6,2	1.327	292	1.619	4,5	1.446	336	1.782	4,3	1.754	364	2.118	4,8	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,6	
BASILICATA	307	86	393	3,6	316	89	405	3,6	335	95	430	3,5	350	92	442	3,8	356	100	456	3,6	93	30	123	3,1	375	78	453	4,8	
CALABRIA	1.168	191	1.359	6,1	-	-	-	-	1.082	162	1.244	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,1
SICILIA	1.397	248	1.645	5,6	1.848	346	2.194	5,3	1.812	334	2.146	5,4	1.960	376	2.336	5,2	2.350	422	2.772	5,6	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,7	
SARDEGNA	-	-	-	-	1.226	200	1.426	6,1	418	83	501	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.771	437	2.208	4,1	1.310	693	3.883	4,6
ITALIA	43.772	12.462	56.234	3,5	48.324	13.332	61.656	3,6	45.439	12.939	58.378	3,5	51.491	15.057	66.548	3,4	51.294	14.066	65.360	3,6	35.125	9.902	45.027	3,5	45.771	12.351	58.122	3,7	

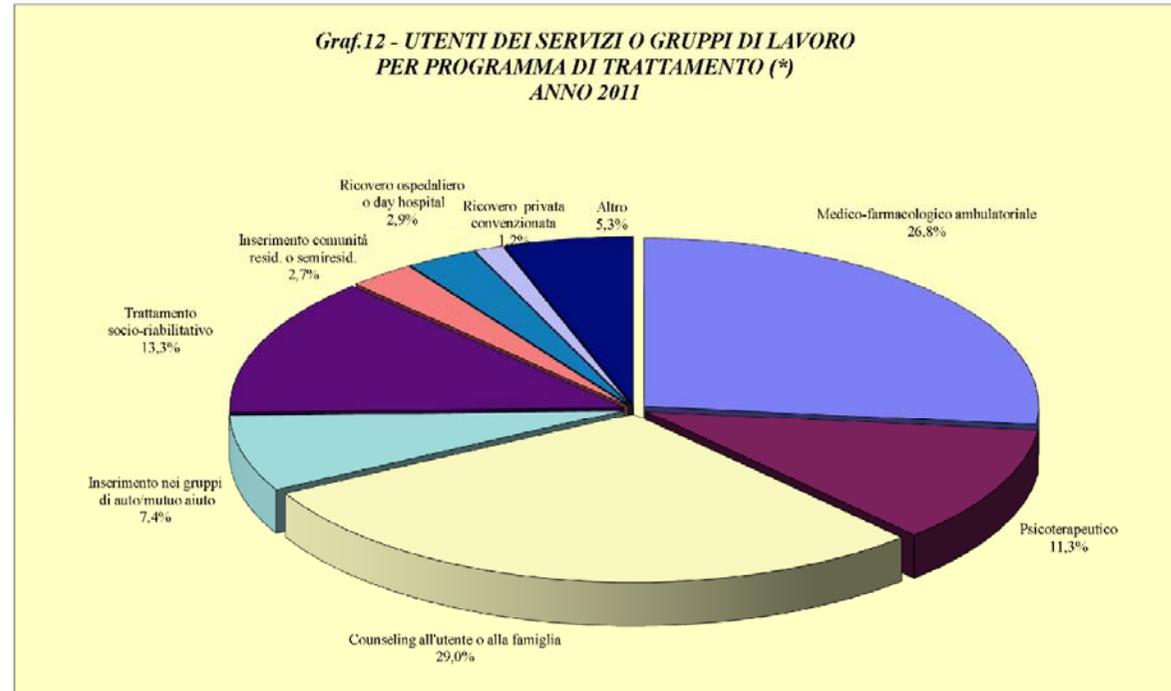


Alcoldipendenti in carico ai servizi

- Gli alcoldipendenti al di sotto dei 30 anni in trattamento nei servizi alcolologici territoriali rappresentano nel 2011 il 9,8% dell'utenza totale, una quota consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%).

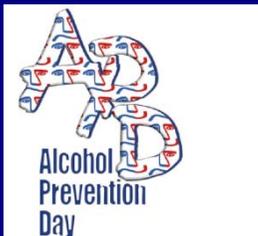
ALCOLDIPENDENZA

Il 26,8 % riceve un trattamento medico farmacologico. Era il 28.9 % nel 2009.

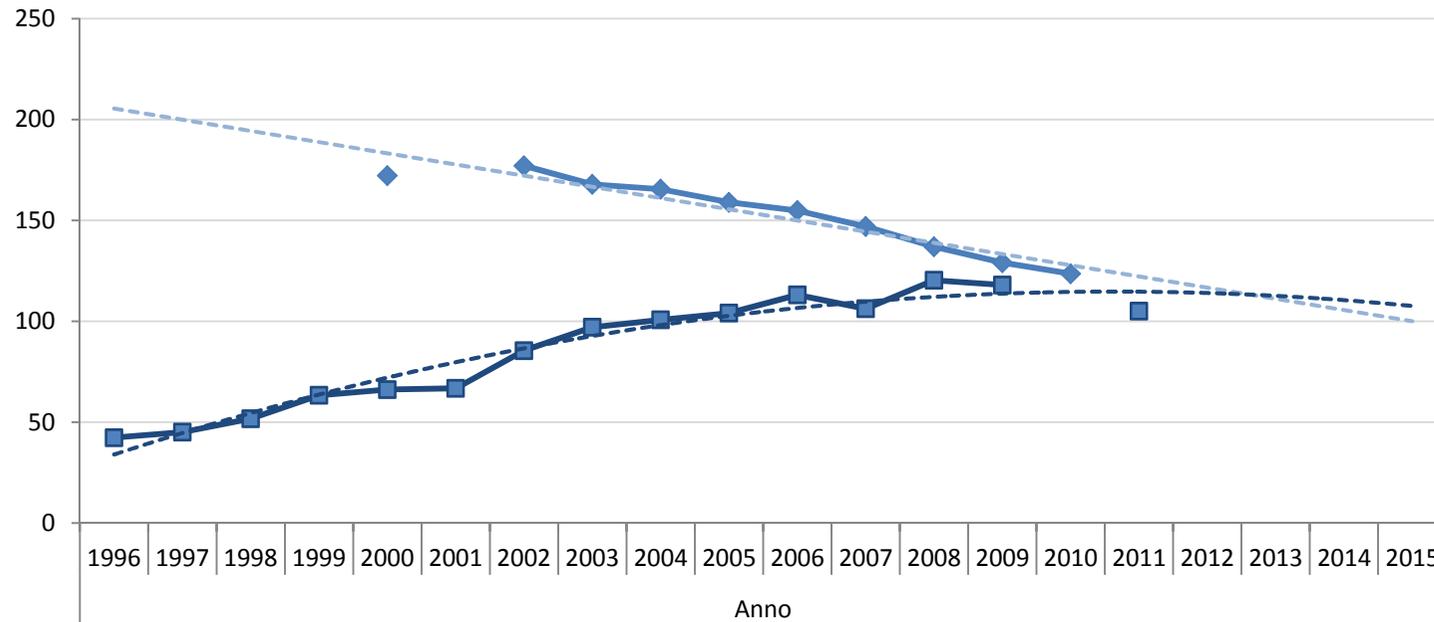


(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

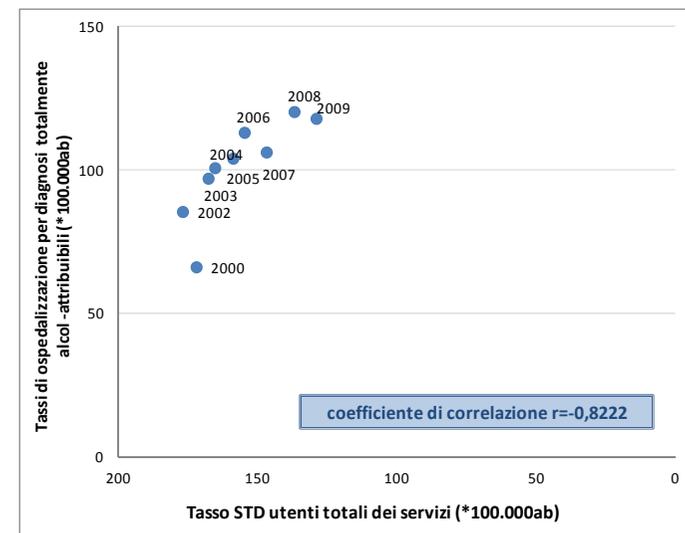


ALCOLDIPENDENZA



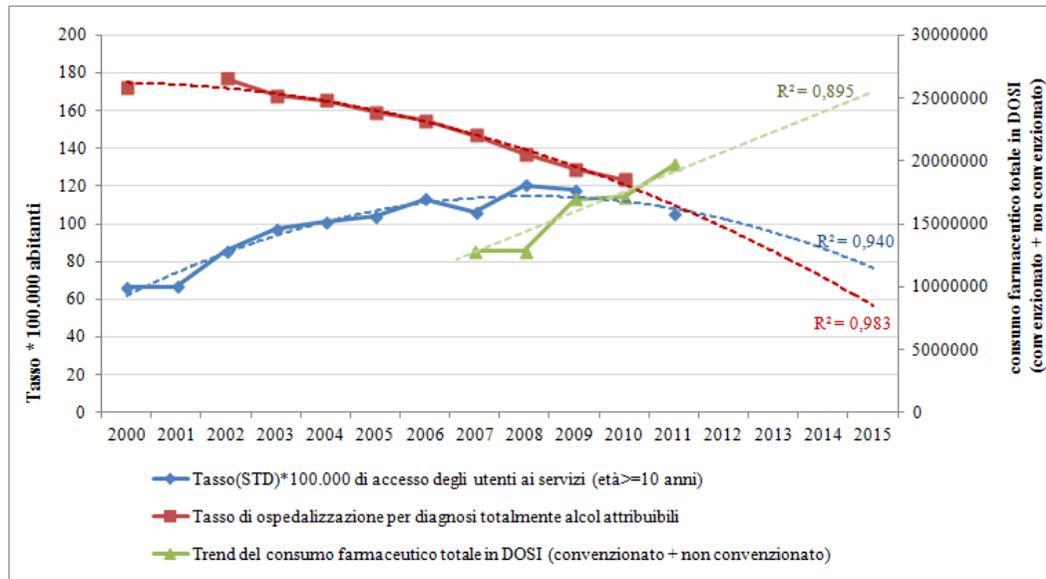
◆ Tassi di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili (*100.000ab) $R^2 = 0,9192$
■ Tasso STD utenti totali dei servizi (*100.000ab) $R^2 = 0,948$

Nel corso degli anni,
AL DIMINUIRE
 del tasso STD degli utenti dei servizi di età ≥ 10 anni,
E' AUMENTATO
 il tasso di ospedalizzazione per le diagnosi totalmente alcol-
 attribuibili,
 (sebbene negli ultimi anni si è registrata una lieve
 diminuzione del tasso degli utenti)

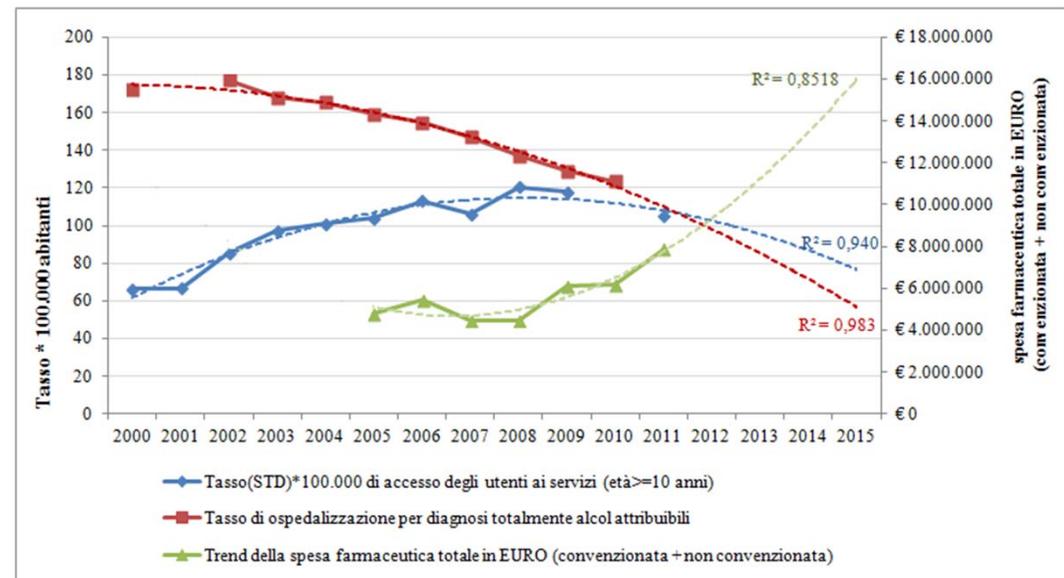


ALCOLDIPENDENZA

Nel corso degli ultimi anni sono stati rilevati il consumo di farmaci in dosi (dal 2007) e la spesa farmaceutica (dal 2005)



Nonostante la diminuzione del tasso STD degli utenti totali dei servizi e quella dei tassi di ospedalizzazione si registra un continuo incremento sia del consumo di farmaci espresso in dosi (fig. 1) che della spesa farmaceutica espressa in euro (fig. 2)



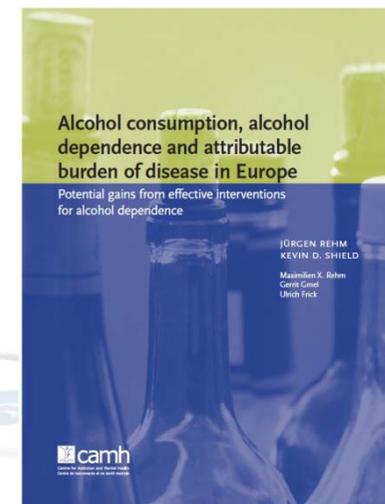


Accesso al TRATTAMENTO ALCOLDIPENDENZA (Stime 2004)

Web Appendix 16: Treatment Access for People with AD

The tables below outline data on treatment access for people with AD, aged 15+, living in European countries in 2004.

	People with AD: women	People with AD: men	Inpatient	Outpatient & other: 1 st estimate	Outpatient & other: 2 nd estimate	% treated 1 st estimate	% treated 2 nd estimate	Source, if not WHO database (see note below)
Austria	85,000	255,000	22,400	10,577	41,608	10%	19%	
Belgium	68,200	190,500	11,866	13,065	22,041	10%	13%	
Bulgaria	39,500	197,900	10010	10,112	18,593	8%	12%	
Cyprus	4,700	14,600	68	1,015	126	6%	1%	
Czech Republic	30,000	182,800	14,522	13,158	26,974	13%	20%	
Denmark	35,200	88,600	6,549	6,664	12,165	11%	15%	
Estonia	10,500	48,000	2467	1,726	4,582	7%	12%	
Finland	32,900	123,800	17,327	6,565	32,185	15%	32%	
France	314,100	1,073,800	94,569	75,399	175,660	12%	19%	
Germany	378,900	1,558,200	55,171	118,743	118,743	9%	9%	Reference 203
Greece	59,100	188,200	10427	14,413	19,368	10%	12%	
Hungary	140,700	632,600	12,688	39,308	39,308	7%	7%	http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/phepa_final_rep_ort_annex4_hungary.pdf
Iceland	970	3,300	419	364	778	18%	28%	
Ireland	28,300	90,400	5005	4,973	9,297	8%	12%	
Italy	104,900	162,600	19,613	11,783	11,783	12%	12%	Reference 204
Latvia	13,800	63,800	11,736	2,983	21,799	19%	43%	
Lithuania	23,800	110,100	7,671	4,318	14,249	9%	16%	
Luxembourg	2,200	8,200	1,518	563	2,820	20%	42%	
Malta	1,100	4,000	225	504	418	14%	13%	
Netherlands	28,300	56,400	3,564	20,182	6,620	28%	12%	
Norway	54,600	164,600	2,869	5,952	5,329	4%	4%	
Poland	222,300	1,111,900	15,699	48,402	29,161	5%	3%	
Portugal	64,500	201,500	11216	13,446	20,833	9%	12%	
Romania	54,400	164,700	9238	27,623	17,160	17%	12%	
Slovakia	21,700	192,800	11,901	6,789	22,106	9%	16%	
Slovenia	14,500	75,500	2,527	2,600	4,694	6%	8%	
Spain	31,200	186,000	7,679	56,248	14,264	29%	10%	
Sweden	101,000	236,700	6,176	37,938	37,938	13%	13%	http://www.socialstyrelsen.se/List/s/Artikelkatalog/Attachments/10443/2004-125-3_20041253.pdf
Switzerland	42,300	206,800	13,688	9,901	25,425	9%	16%	
UK	796,400	1,994,700	42,503	74,844	78,949	4%	4%	
EU	2,707,200	9,213,300	414,335	623,944	803,442	9%	10%	



IL 12 % degli ALCOLDIPENDENTI in ITALIA AVREBBERO ACCESSO AL TRATTAMENTO (STIMA 2001-2003)

Notes: The green-shaded information is from the European Hospital Morbidity Database. Regarding sources (final column), most data are drawn from the WHO's European Hospital Morbidity Database (HMDB). Retrieved August 2, 2011, from <http://data.euro.who.int/hmdb/index.php>.

ALCOLDIPENDENZA. Prevalenze in EU.

Web Appendix 12: Prevalence of Alcohol Dependence, by Country

This table outlines the prevalence of adults (15+) with alcohol dependence in European countries. (The figures represent the best estimates for 2005.)

Country	Women	Men	Women affected	Men affected	Year
Austria	2.5	7.5	85,000	255,000	2008
Belgium	1.6	4.7	68,200	190,500	2001
Bulgaria	1.2	6.4	39,500	197,900	2004
Cyprus	1.4	4.7	4,700	14,800	2004
Czech Republic	0.7	4.5	30,000	182,800	2004
Denmark	1.6	4.3	35,200	88,600	2005
Estonia	1.7	9.9	10,500	48,000	2004
Finland	1.5	6.1	32,900	123,800	2000
France	1.3	4.7	314,100	1,073,800	2001-2002
Germany	1.1	4.7	378,900	1,558,200	1987-1999
Greece	1.3	4.2	59,100	188,200	2004
Hungary	3.2	16.5	140,700	632,600	2004
Iceland	0.9	3	970	3,300	2004
Ireland	1.8	5.8	28,300	90,400	2004
Italy	0.4	0.7	104,900	162,600	2001-2003
Latvia	1.3	7.6	13,800	63,800	2004
Lithuania	1.6	8.9	23,800	110,100	2004
Luxembourg	1.2	4.7	2,200	8,200	2000
Malta	0.7	2.5	1,100	4,000	2004
Netherlands	0.4	0.9	28,300	56,400	2007/2009
Norway	2.9	9.4	54,600	164,600	1994-1997
Poland	1.4	7.7	222,300	1,111,900	2004
Portugal	1.4	4.9	64,500	201,500	2004
Romania	0.6	2	54,400	164,700	2007
Slovakia	1.1	10.2	21,700	192,800	2000/2001
Slovenia	2	10.5	14,500	75,500	1999
Spain	0.2	1.2	31,200	186,000	2000/2001
Sweden	2.8	6.7	101,000	236,700	1998-2003
Switzerland	1.4	7.2	42,300	206,800	2007
UK	3.2	8.7	796,400	1,994,700	2007
EU	1.3	4.8	2,707,200	9,213,300	
For comparison					
Russia	3.3	16.5	2,129,200	8,701,200	2004

117

STIME ALCOLDIPENDENTI (AD) IN EU 12 milioni di alcol dipendenti in E

Le stime calcolano in

267.500 gli alcol dipendenti in ITALIA

(anni 2001-2003 con "best estimate" al 2005)

Sulla base dei dati REALI

Negli anni 2001-3 in ITALIA si sono registrati in media

43.484 ALCOLDIPENDENTI IN CARICO AI SERVIZI

Avrebbe accesso al trattamento in ITALIA

Il 16,2 % di TUTTI gli AD STIMATI

Il 21 % se si considerano

i 56.234 AD REALMENTE in carico nel 2005

(Stima Oss. Naz. Alcol ISS. E. Scafato, APD 2013)

REGIONE	2000			2001			2002			2003						
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F				
PIEMONTE	2.581	800	3.381	3,2	2.591	818	3.409	3,2	2.666	916	3.582	2,9	3.128	1.073	4.201	2,9
VALLE D'AOSTA	96	40	136	2,4	137	59	196	2,3	175	57	232	3,1	151	55	206	2,7
LOMBARDIA	4.066	1.444	5.510	2,8	4.395	1.501	5.896	2,9	5.171	1.821	6.992	2,8	6.002	3.073	9.075	2,0
PROV AUTON BOLZANO	1.638	467	2.105	3,5	1.679	426	2.105	3,9	1.781	501	2.282	3,6	1.654	503	2.157	3,3
PROV AUTON TRENTO	1.544	361	1.905	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.350	6,52
VENETO	6.023	1.861	7.884	3,2	7.400	2.358	9.758	3,1	7.271	2.455	9.726	3,0	7.898	2.633	10.531	3,0
FRILILI VENEZIA GIULIA	2.210	882	3.092	2,5	2.416	513	2.929	4,7	2.816	590	3.406	4,8	2.318	434	2.752	5,3
LIGURIA	344	93	437	3,7	332	100	432	3,3	1.301	242	1.543	5,4	1.676	324	2.000	5,2
EMILIA ROMAGNA	2.049	667	2.716	3,1	2.330	760	3.090	3,1	2.659	887	3.546	3,0	3.062	1.107	4.169	2,8
TOSCANA	2.040	755	2.795	2,7	2.040	832	2.872	2,5	2.191	932	3.123	2,4	1.875	807	2.682	2,3
UMBRIA	871	184	1.055	4,7	-	-	-	-	970	222	1.192	4,4	1.159	263	1.422	4,4
MARCHE	940	236	1.176	4,0	798	304	1.002	3,9	963	296	1.259	3,3	1.088	391	1.479	2,8
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	409	105	514	3,9	-	-	-	-	512	126	638	4,1	-	-	-	-
MOLISE	176	51	227	3,5	234	57	291	4,1	261	60	321	4,4	-	-	-	-
CAMPANIA	291	53	344	5,5	557	99	656	5,6	746	129	875	5,8	1.080	184	1.264	5,9
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	882	142	1.024	6,2	1.050	159	1.209	6,6
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	740	119	859	6,2	929	144	1.073	6,5
SICILIA	321	78	399	4,1	940	221	1.161	4,3	968	220	1.188	4,4	1.308	305	1.613	4,3
SARDEGNA	720	162	882	4,4	796	185	981	4,3	1.070	248	1.318	4,3	1.018	236	1.254	4,3
ITALIA	26.319	8.239	34.558	3,2	26.645	8.133	34.778	3,3	34.191	10.299	44.490	3,3	38.620	12.566	51.186	3,1

Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

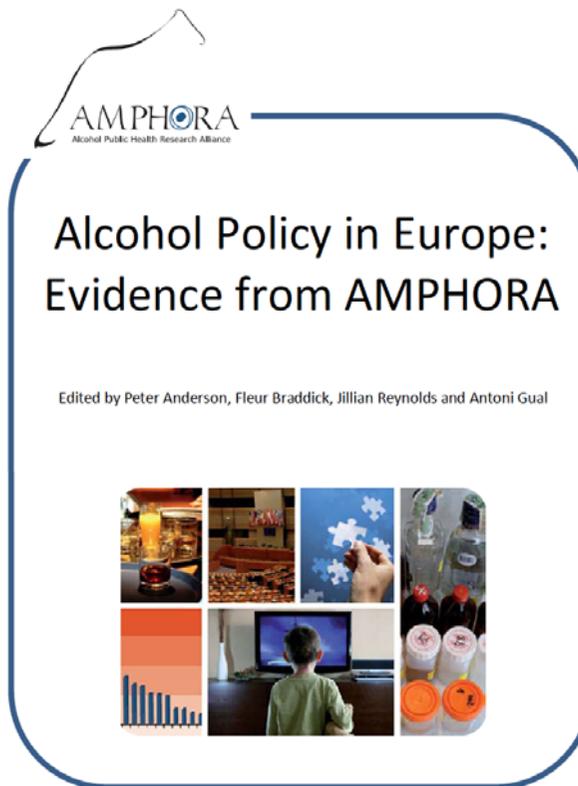
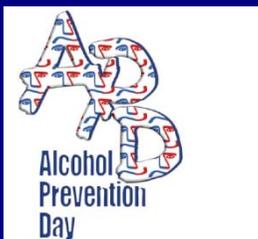
Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



ALCOLDIPENDENZA

Cap. 9 Alcol, interventi e trattamenti in Europa



CHAPTER 9. ALCOHOL INTERVENTIONS AND TREATMENTS IN EUROPE

Amy Wolstenholme, Colin Drummond, Paolo Deluca, Zoe Davey, Catherine Elzerbi, Antoni Gual, Noemí Robles, Cees Goos, Julian Strizek, Christine Godfrey, Karl Mann, Evangelos Zois, Sabine Hoffman, Gerhard Gmel, Hervé Kuendig, Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Simon Coulton & Eileen Kaner

Table 5. Gap analysis of specialist treatment for alcohol dependence

	General population (full & aged 15yrs+) T-Total M- Male F- Female	Prevalence rate (% of population aged 15yrs+): M=male, F=female, T=Total population, if figure provided	Number of adults with AD (n) (aged 15yrs+, England 16yrs+)	Access to treatment (n) (aged 15yrs+, England 18yrs+)	PSUR (% of in need population accessing treatment)
Austria *	T: 8,363,040 M: 3,431,078 F: 3,679,527 = 7,110,605 (15yrs+)	M: 7.5% F: 2.5% T: 5%	357,000	39,983	8.9 (11.2%)
England **	T: 53,012,500 43,640,400 (15yrs+)	M: 6.0% F: 2.0% T: 4%	1,745,616	111,381	14.4 (6.4%)
Germany ***	T: 81,902,000 70,770,700 (15yrs+)	T: 2.3%	1,600,000	57,259	28.0 (3.6%)
Italy ****	T: 60,045,068 M: 24,818,220 F: 26,798,140 = 51,616,360 (15yrs+)	M: 0.7% F: 0.4%	280,919	65,360	4.2 (23.3%)
Spain *****	T: 45,593,000 43,769,280 (15yrs+)	M: 1.2% F: 0.2%	271,200	49,036	5.5 (18.1%)
Switzerland *****	T: 7,593,500 6,021,646 (20yrs+)	M: 7.2% F: 1.4%	249,100	39,000 - 23,589	10.6 - 6.4 (9.4% - 15.6%)

Results (what we found)

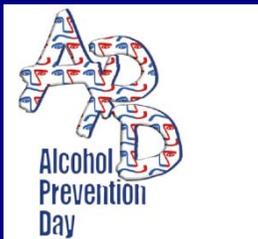
The results of the gap analysis are shown in Table 5. It can be seen that the prevalence of alcohol dependence based on the available data varied considerably across the 6 countries. Italy had the lowest male prevalence rate (0.7%) and Spain had the lowest female prevalence rate (0.2%). Switzerland had the highest male prevalence rate (7.2%) and Austria had the highest female prevalence rate (2.5%). Given the convergence of other alcohol-related indicators (e.g. per capita alcohol consumption, alcoholic liver disease mortality) between European countries over the last 20 years, this variance is surprising and probably more an indication of differences in methods of estimating prevalence of alcohol dependence than being a true reflection of real differences in alcohol dependence.

**IL 23 % degli
ALCOLDIPENDENTI
in ITALIA
AVREBBERO ACCESSO AL
TRATTAMENTO
(STIMA 2008)**

Stima Oss. Naz. Alcol ISS.
E. Scafato, APD 2013

Italy had the highest level of access with 1 in 4.2 (23.3%) people with alcohol dependence accessing treatment per year.

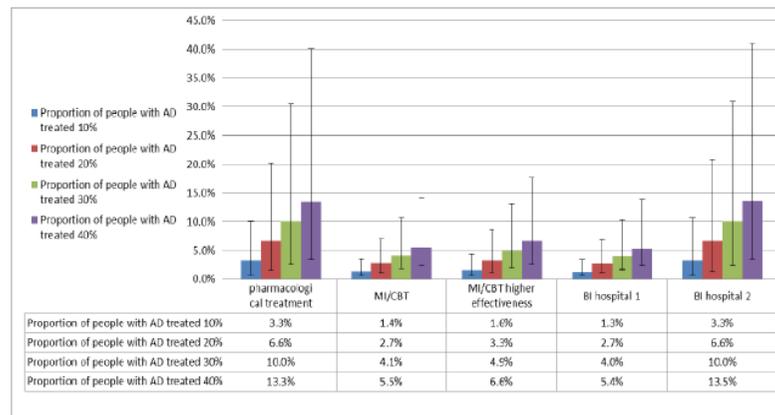




ALCOLDIPENDENZA e MORTALITA'.

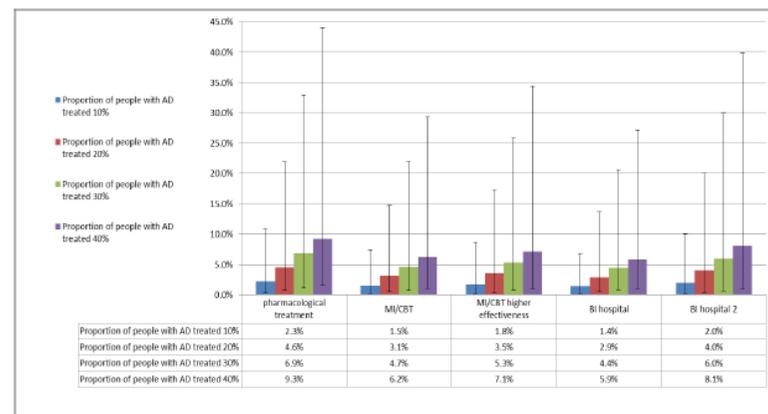
Effetto dell'ampliamento del numero di trattati

Figure 20a: Deaths avoided in men

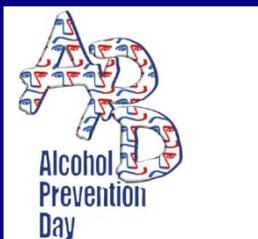


There are treatment interventions available, in the form of psychotherapies and pharmacotherapies, that could reduce the burden of alcohol-attributable mortality. The most efficacious current options would reduce the death rate by some 13% in men (more than 10,000 deaths avoided), and by some 9% in women (more than 1,700 deaths avoided). This improvement could be accomplished within 12 months. This estimate assumes a treatment coverage of 40% of all people with AD, and also assumes that the average treatment effect (derived from past randomized trials) holds true.

Figure 20b: Deaths avoided in women



Ampliando la copertura del trattamento al 40 % degli alcol dipendenti si otterrebbe una riduzione della mortalità del 13 % negli uomini e del 9 % tra le donne in un anno in Europa.

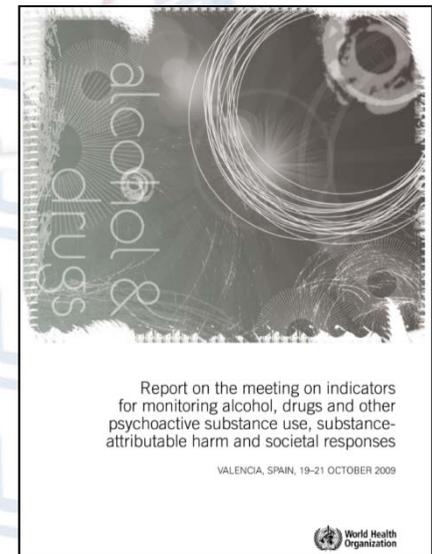
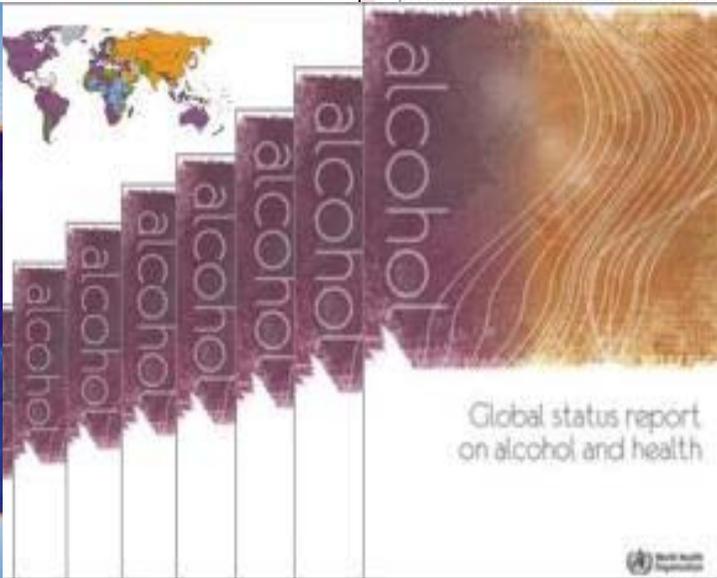
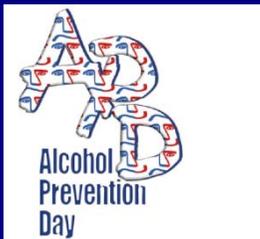


Le azioni indispensabili di Salute Pubblica

Dalle evidenze sinora riportate emerge urgente la necessità di:

- implementare un'azione cardine rivolta alla **identificazione precoce del rischio e del danno**;
- **attuare interventi brevi** nelle forme e nelle modalità attualmente validate e adottate a livello internazionale.
- **intercettare TUTTI gli INDIVIDUI** che possono giovare di interventi di **formazione, sensibilizzazione, informazione**

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





CONCLUSIONI

- E' indispensabile la **definizione e disponibilità di un sistema di monitoraggio adeguato per l'alcoldipendenza** (previsto anche dall'EAAP) che consenta anche la **valutazione dell'efficacia del trattamento. L'ISS si candida a questo ruolo.**
- **Emerge indispensabile l'esigenza di riconsiderare e rinnovare l'approccio di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC) comprensivo della necessità di ampliare il numero di alcoldipendenti da "agganciare" alle strutture del SSN con programmi capaci di ampliare l'accesso al trattamento**
- **E' indispensabile creare una RETE formalizzata di identificazione precoce del rischio alcolcorrelato che comprenda MMG, ospedali e servizi comprensiva di capacità di *case management***



CONCLUSIONI

- **Emerge la necessità di rivalutazione dell'organizzazione dei servizi e gruppi di lavoro dedicati all'alcoldipendenza da ricollegare alla rete di competenze ALCOLOGICHE funzionalmente dotate di dignità autonoma da ricomprendere nella rete MULTIPROFESSIONALE di competenze**



10 | Alcol e problemi e patologie correlate: indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamenti delle offerte¹

Viene riportata di seguito una sintesi degli indirizzi generali per l'organizzazione della rete di offerta per i problemi alcolici. La necessità di integrare da un punto di vista organizzativo le offerte alcolologiche all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze dipende anche dalla necessità di coordinare l'approccio generale alle dipendenze e, nel contempo, creare economie di scala ed ottimizzazione delle risorse. Va inoltre ricordato che molto spesso, anche se non sempre, l'utilizzo di alcol è prodromico e/o contestuale all'uso di sostanze stupefacenti. Nel contempo, è necessario mantenere per l'alcolologia una propria specificità e specializzazione di settore, anche in conseguenza del fatto che la popolazione interessata dal fenomeno è molto maggiore della popolazione tossicodipendente e presenta caratteristiche, bisogni, riferimenti molto diversi da questi ultimi. Non va infine dimenticato che molto spesso i pazienti alcolisti sono anche affetti da tabagismo e presentano gambling patologico.

Promessa

10.1 Introduzione

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" (G. U. n. 90 del 18-04-2001) ha istituito per la prima volta in Italia l'intervento sulle principali tematiche alcolcorrelate colmando, dopo oltre dieci anni di discussione parlamentare, un rilevante gap legislativo, politico, istituzionale e culturale. Unico esempio in tutta Europa, citata come best practice dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la 125/2001 ha trasformato in diritti i principi etici² e gli obiettivi della Carta Europea sull'Alcol, approvata nel 1995 a Parigi dai governi degli Stati della Comunità Europea, rendendo atto dell'impatto sociale e sanitario dell'alcol nella popolazione e ponendo in essere un'articolata serie di indirizzi indispensabili per giungere a prevenire, attraverso misure specifiche, i danni che l'alcol produce o concorre a produrre.

Dal 2001 si sono progressivamente implementate azioni a livello locale e regionale che hanno nel tempo conferito dignità autonoma all'alcolologia e alle patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC,

Dal 2011, tendenza prevalente dell'atologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze

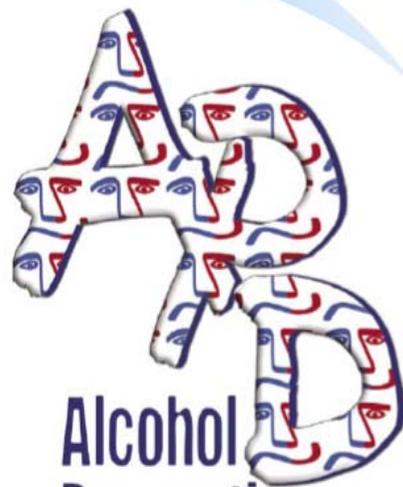
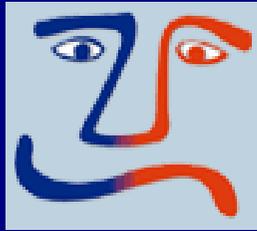
¹ Con il contributo del Dott. Emanuele Scafato dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Direttivo Nazionale della Società Italiana di Alcolologia (SIA) e in collaborazione con il Gruppo di Lavoro congiunto ISS-SIA.



CONCLUSIONI

- E' urgente e irrinunciabile **formalizzare e garantire la FORMAZIONE specifica sull'IPIB** per il settore di **Primary health Care**
- E' indispensabile favorire **l'integrazione dell'IPIB** nella pratica quotidiana assicurando anche il **monitoraggio epidemiologico**
- E' indispensabile garantire per la popolazione una **comunicazione adeguata del rischio connesso ai livelli di consumo di alcol a rischio e dei danni evitabili**

INFORMAZIONE



Alcohol
Prevention
Day



OSSERVATORIO NAZIONALE
ALCOL - CNESP[®]

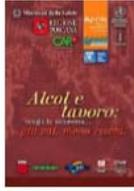


WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION ON ALCOHOL
AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

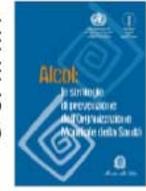
LAYOUT BY WWW.GEVAWEB.IT

LIBRETTI

ALCOL
E LAVORO
RISTAMPA
2005



ALCOL
LE STRATEGIE
DI PREVENZIONE
DELL'OMS
2006



ALCOL
LE STRATEGIE
DI PREVENZIONE
DELLA COMUNITÀ
EUROPEA
ED 2007



ALCOL
SAI COSA BEVI
PIÙ SAI MENO
RISCHI 2004
RISTAMPA 2006



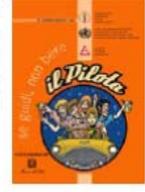
ALCOL
SAI COSA BEVI
PIÙ SAI MENO
RISCHI DECIDI DI
CAMBIARE 2004
RISTAMPA 2006



DONNA
E ALCOL
PRIMA
ED 2007



IL PILOTA
SE GUIDI, NON
BERE PRIMA
ED 2006



OPUSCOLI

ALCOL
SAI COSA BEVI
PIÙ SAI
MENO RISCHI
GUIDA UTILE
RISTAMPA 2005



LE RAGAZZE
E L'ALCOL
PRIMA ED 2007



UN DECALOGO
PER I GENITORI
2006



WWW.EPICENTRO.ISS.IT/ALCOL

PIEGHEVOLI

ALCOL
QUALCHE
DRITTA
PER I PIÙ
GIOVANI
ED 2007



TELEFONO
VERDE ALCOL



POSTER

CAMPAGNA
SE GUIDI NON
BERE COPPIA
MINISTERO
DELLA SALUTE
E ISS



CAMPAGNA
SE GUIDI NON
BERE RAGAZZA
MINISTERO
DELLA SALUTE
E ISS



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



INEBRIA

International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs

10th Annual Conference of INEBRIA Conference: "Brief interventions on alcohol and other drugs: improving health and the quality of health services provision"

19th - 20th September 2013
Roma, Italia

Pre-conference: XXIII National Scientific Meeting SIA, Società Italiana di Alcolologia

Pre-conference: Conferenza Nazionale
sull'Intervento Breve in Medicina Generale
18th September 2013



www.inebria.net

Pre-conferences:

XXIII National Scientific Meeting SIA, Società Italiana di Alcolologia

The Italian Society of Alcolology will hold its XXIII National Meeting focusing on the burning issues in alcolology in Rome. An update of the epidemiological and prevention landscape in Italy, therapeutic approaches and treatments, update of the scientific SIA Società Italiana di Alcolologia work in progress on EIBI Early Identification and Brief Intervention across the Italian Regions in primary health care settings and in workplaces will be debated. The full programme will be published on the SIA Società Italiana di Alcolologia webpage.

Conferenza Nazionale sull'Intervento Breve in Medicina Generale

Questa giornata, organizzata dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), vuole proporre l'intervento Breve (IB) come strumento di lavoro per i medici di medicina generale. L'identificazione precoce e l'intervento breve dei bevitori a rischio è stato studiato da anni a livello internazionale ed è proposto, come strumento molto efficace, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unione Europea. Dopo l'alcol, l'IB può anche essere utilizzato nel ridurre i rischi alla salute causati dagli altri stili di vita a rischio (alimentazione, tabacco, attività fisica etc). La giornata si svolgerà con sedute plenarie e lavoro di gruppo dove saranno discusse tutte le attività regionali fatte sul bere a rischio a livello di MMG.



 Società Italiana di Alcologia

Alcologia oggi

epidemiologia, policy e management del rischio alcol correlato



ROMA

18 Settembre 2012

Angelicum Congress Center
Pontificia Università San Tommaso D'Aquino

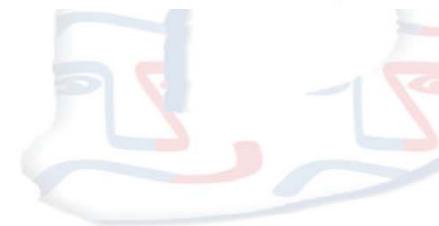
 Società Italiana di Alcologia

Alcologia oggi

epidemiologia, policy e management
del rischio alcol correlato

Roma 18 Settembre 2012

Angelicum Congress Center
Pontificia Università San Tommaso D'Aquino





**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....





Alcohol Prevention Day

Grazie per l'attenzione

18 aprile 2013 Roma Istituto Superiore di Sanità

Ministero della Salute
 Istituzione Nazionale Alcol, CRISPA
 WHO COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION ON ALCOHOL AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS
 SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA
 guadagnare salute

Alcohol Prevention Day
libretti
opuscoli
pieghevoli
poster

Alcol e lavoro: scegli la sicurezza... più sai meno rischi!
 Alcol: sai cosa bevi? più sai meno rischi!
 Donna e alcol: Alcol: sai sicura?
 Alcol: sai sicura? la ragazza e l'alcol
 Alcol e guida: NON BERE
 Alcol: qualche dritta per i più giovani
 un decalogo per i genitori
 l'alcol... può farti del male
 Alcol e anziani
 Alcol e gravidanza: sai sicura?
 Alcol: sai cosa bevi?
 Alcol: un consiglio per i genitori
 Fatti del male
 Alcol e gravidanza: sai sicura?
 Alcol e gravidanza: sai sicura?