



L' ALCOL in Italia e nelle Regioni. Analisi e proposte per la prevenzione

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
- Rapp. te Gov. CNAPA, Committee on National Alcohol Policies and Actions



9 aprile 2014

Centro Congressi "Roma Eventi - Fontana di Trevi"
Piazza della Pilotta 4 - Roma



Dal 1934, l'ISS è l'istituzione di ricerca più autorevole di Public Health in Italia



1931



1934



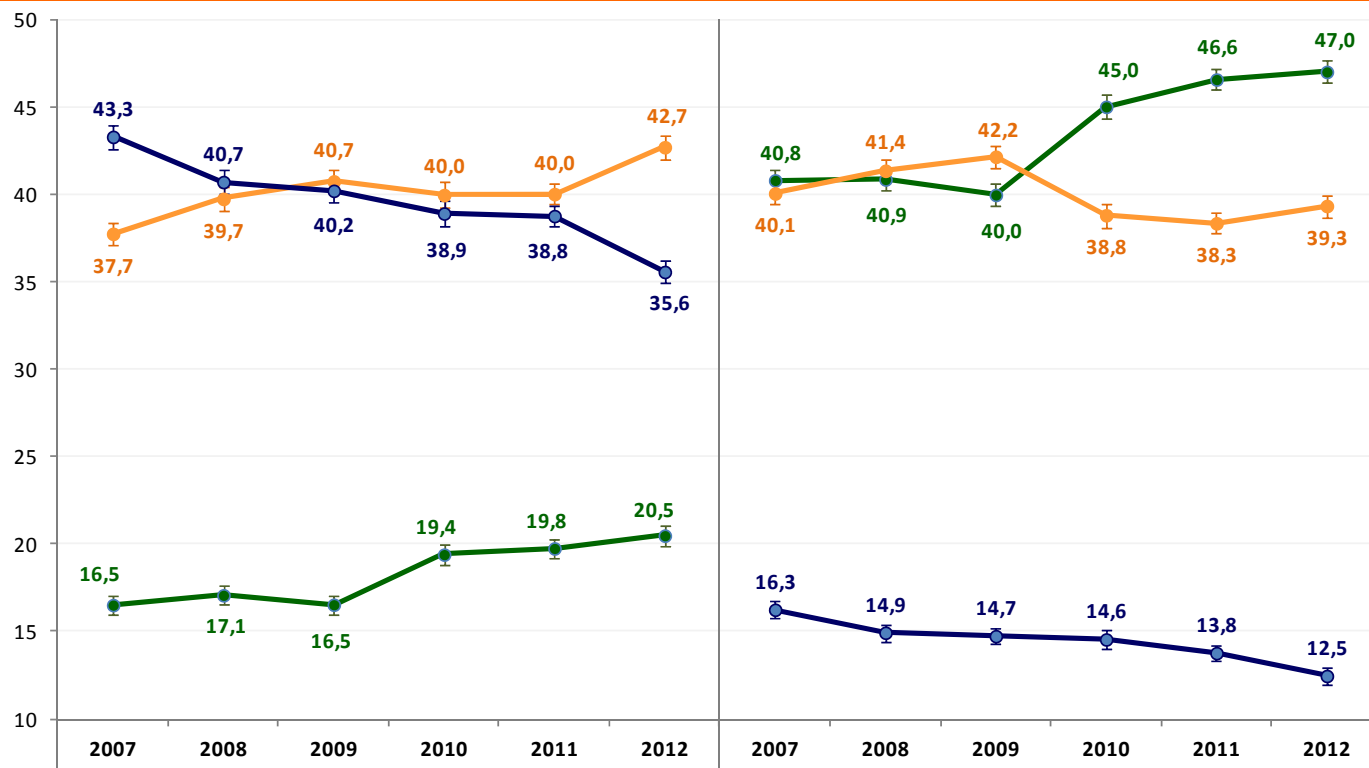
*Research
for the benefit of all
1934-2004*

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



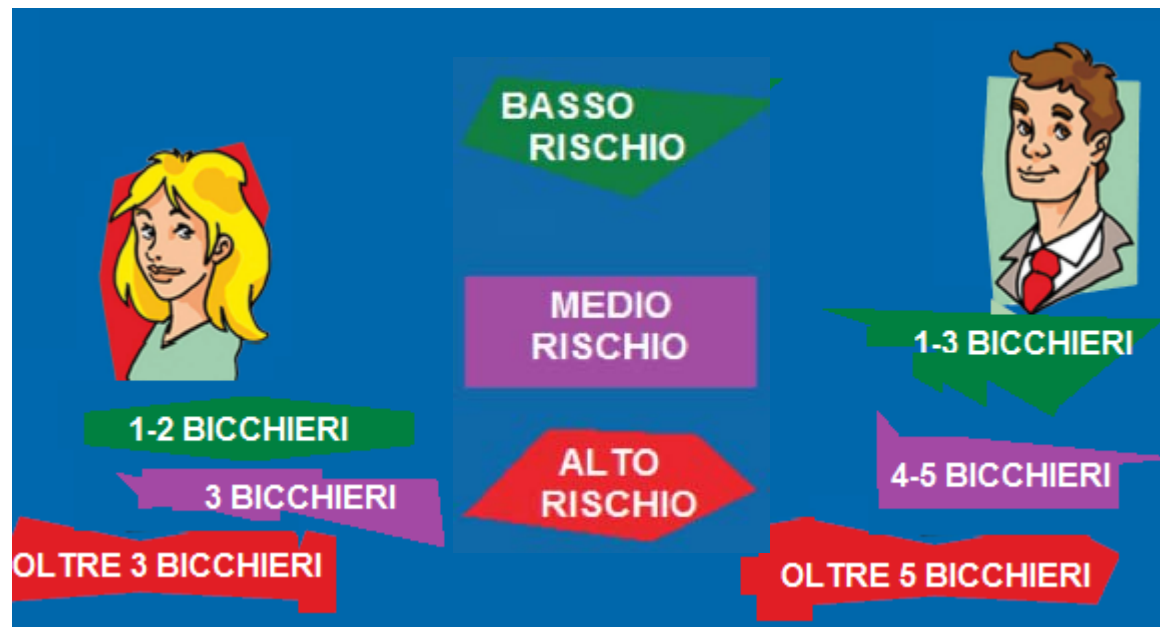


IL MODELLO DI CONSUMO IN ITALIA



	Maschi	Femmine
Astemi	↗ di oltre 3 punti % nel triennio 2007-2009 ≈ Stabili nel triennio 2010-2012	↗ di oltre 6 punti % nel triennio 2007-2009 ≈ Stabili rispetto al 2011
Consumatori occasionali	↗ + 5 punti % rispetto al 2007 ↗ + 2,7 punti % rispetto al 2011	↘ di oltre 2 punti nel biennio 2008-2009 ≈ Stabili nel triennio 2010-2012
Consumatori giornalieri	↘ -7,7 punti % rispetto al 2007 ↘ - 3,2 punti % rispetto al 2011	↘ linearmente nel periodo 2007-2012 ↘ -1,3 punti % rispetto al 2011

I LIVELLI DI RISCHIO DEL WHO



Consumo rischioso di alcol*

Per consumo rischioso alcol si intende un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini (Babor et al. 1994). L'Organizzazione Mondiale della Sanità lo descrive il **consumo a rischio** un **consumo giornaliero medio di oltre 20 g di alcol puro per le donne e di oltre 40 g per gli uomini** (Rehm et al. 2004).

Consumo dannoso o ad alto rischio

Il consumo dannoso viene definito come "una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico (come la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol)" (World Health Organization 1992). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato come definizione del **consumo dannoso di alcol un'assunzione media giornaliera di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini** (Rehm et al. 2004).

*L'ONA-Alcol in collaborazione con l'ISTAT ha dal 2003 utilizzato per l'identificazione dei consumatori a rischio le indicazioni delle Linee Guida nazionali per una sana alimentazione INRAN, che recepiscono a loro volta le indicazioni dell'OMS; Tali raccomandazioni suggerivano come consumo a rischio: un consumo quotidiano superiore a 40 g di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 UA standard) per gli uomini, un consumo quotidiano superiore a 20 g (1-2 UA standard) per le donne, un consumo superiore ad 1 UA al giorno per gli anziani e i giovani 16-18enni, qualsiasi tipo di consumo per gli adolescenti al di sotto dei 16 anni, il consumo di grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*). In base alle nuove indicazioni sui Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN) l'indicatore che da anni viene utilizzato per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana verrà prossimamente modificato ed adattato alle nuove raccomandazioni e alle nuove norme legislative.



Alcol

Corretta alimentazione

Corretta alimentazione in bambini e adolescenti

Corretta alimentazione in gravidanza

Droghe

Fertilità

Fumo

Allattamento

Buone norme igienico-sanitarie

Sport e attività fisica

Calcola l'indice di massa corporea - IMC



Sei in: Home > La nostra salute > Vivere in salute > Vivi sano > Alcol

Alcol

Descrizione Istruzioni per l'uso Prevenzione su misura

La giusta misura

Non esiste un consumo di alcol sicuro per salute. Tuttavia, se si decide di bere è necessario attenersi a delle semplici regole. È sempre consigliabile bere solo durante i pasti principali e mai a digiuno. Meglio scegliere bevande a bassa gradazione alcolica e consumare gradualmente piccole quantità sempre in un arco temporale prolungato rallentando così l'assorbimento di quantità di alcol che possono portare pregiudizio alla salute.

Infine, non si devono superare le quantità considerate a basso rischio:

- > 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini
- > 1 unità alcolica al giorno per le donne
- > 1 unità alcolica al giorno per le persone con più di 65 anni
- > zero unità di alcol sotto i 18 anni

Un'unità alcolica corrisponde a 12 grammi di alcol puro ed equivale a un bicchiere di vino (125 ml 40°).

No al "bere per ubriacarsi"

Negli ultimi anni dieci si è diffuso in particolare tra i giovani nel nostro Paese un modello di consumo e in quantità moderate consumate nel controllo formale ed informale della famiglia o della collettività.

La nuova abitudine, particolarmente diffusa tra le fasce giovanili, si caratterizza per un consumo temporale di solito ristretto a 2-3 ore. Questo modello di consumo, importato dai contesti nordici, porta all'intossicazione alcolica e può spingersi sino al coma etilico. Il binge drinking e qualunque consumo assolutamente da evitare.

Mai alla guida

Non esistono quantità di alcol sicure alla guida. Il livello di concentrazione di alcol nel sangue (per i minori di 21 anni, per i neopatentati e per i professionisti del volante. Guidare dopo aver bevuto quanto l'alcol altera la capacità di rispondere prontamente agli stimoli acustici, luminosi e spaziali non si è digiuni il tempo può anche ridursi a 1-2 ore.



LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013 PER LE MIGLIORI SCELTE ALLA GUIDA DI ALCOLO

Unità Alcoliche equivalenti (contenenti 12 g di alcol)

birra bicchiere 330 ml oppure

vino bicchiere 125 ml oppure

aperitivo bicchiere 90 ml oppure

cocktail alcolico bicchiere 40 ml

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità fino ai 16 anni

1 Unità Tra i 16 e 20 anni ed oltre i 65 anni

1-2 Unità per le donne

2-3 Unità per gli uomini

0 Unità 1 Unità 1 Unità 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

EC/WHO Low Risk Guidelines Survey 2012



European
Commission

Member States=23

MS Issued by	Latest revision	Men Day g	Women Day g	Men single occasion g	Women single occasion g
BG		20	10	100	50
DE DHS	2010	24	12	50	50
EE NIH	2009	40	20		
ES					40
IE DoH					
IT NIFN					
MT sedqa					36
NL NHC					10
AT MoH					
PL PARPA	2007	40	20	60	40
PT NAP	2010	24	16	60	48
RO RFRD	n/a	39	26		
SI FoM	2006	20	10	50	30
FI NAP	2003			84	60
SE NBoH	2011			60	48
UK CMO	1995	24-32	16-24		



Health and
Consumers

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

UA	8-10 g	>10
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”)



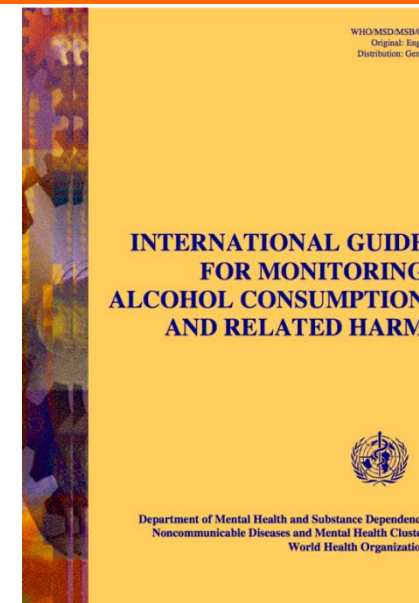
Società Italiana di Alcolgia
XXXI Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolgia
Alcolgia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



Definizioni adottate a livello SCIENTIFICO dalla RICERCA 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

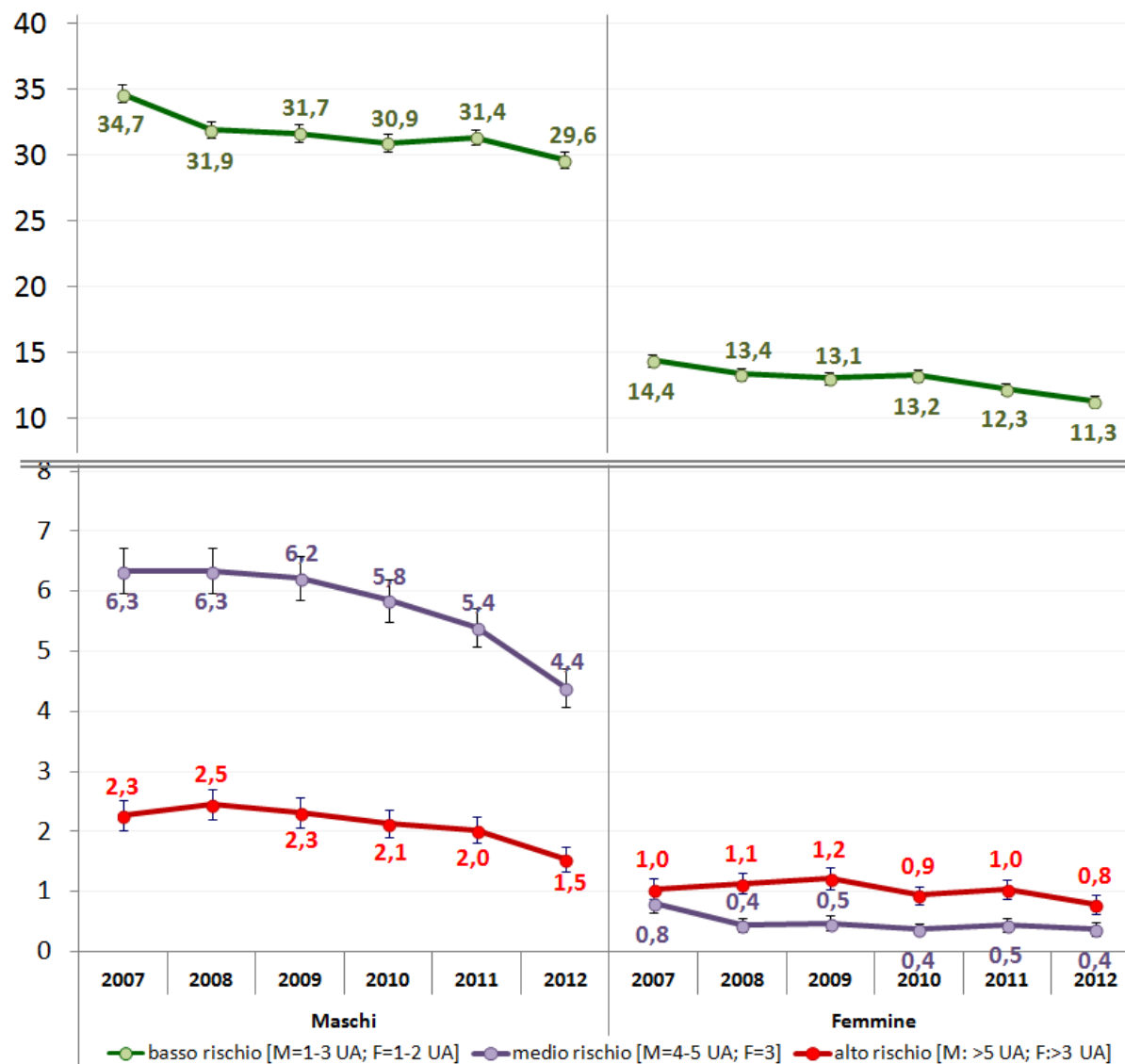


Criteria for risk of consumption on a single drinking day – for comparative research purposes only

	<u>Males</u>	<u>Females</u>
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



I CONSUMATORI GIORNALIERI «A RISCHIO» (%) ITALIA. 2007-2012



Consumatori a basso rischio:

≈ tra 2008 e 2011

↘ nell'ultimo anno

per entrambe i sessi

Consumatori a medio rischio

uomini:

≈ tra 2007 e 2009

↘ negli ultimi anni;

donne:

↘ rispetto al 2007

stabili tra 2008-2012

Consumatori a alto rischio:

tra 2007 e 2012

↘ solo tra gli uomini



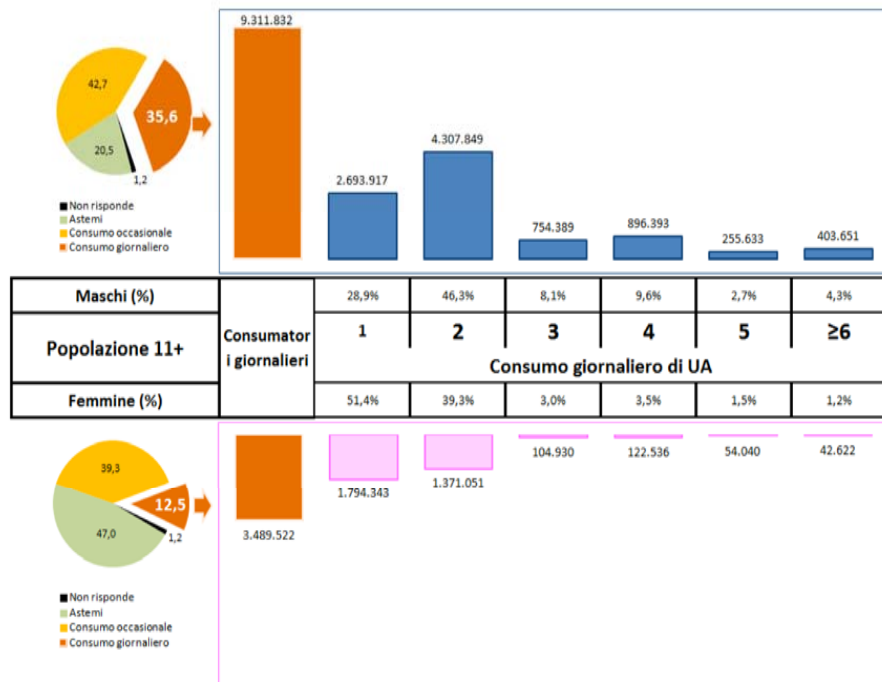
IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL e L'ALCOLDIPENDENZA IN ITALIA

La necessità di adeguamento dei sistemi di identificazione, di monitoraggio epidemiologico, di prevenzione e di assistenza volti a garantire ampliamento dell'accessibilità ai trattamenti disponibili e continuità alle cure adeguate e idonee alla persona

Roma 09 Aprile 2014



Figura 1. Distribuzione (%) delle abitudini di consumo della popolazione di oltre 11 anni e caratterizzazione dei consumi giornalieri per sesso – Anno 2012



Dei circa 7- 8 milioni di consumatori a rischio di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile stimare in circa **400.000** i consumatori "dannosi" di oltre 5 bicchieri di bevande alcoliche al giorno (1 bicchiere equivale in media a 12 grammi di alcol) e oltre **220.000** le consumatrici giornaliere "dannose" di oltre tre bicchieri di bevande alcoliche (324.00 se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT - Indagine multiscopo sulle famiglie 2012

E' possibile stimare in almeno **620.000 – 720.000** gli individui di età superiore a 11 anni che, in funzione dei danni registrabili clinicamente, si pongono in stretta contiguità con un profilo suggestivo di dipendenza da alcol in atto e comunque di verosimile pertinenza dei servizi di alcolologia idonei a valutare l'opportunità di inserimento in un percorso di verifica specialistica delle **PPAC incidenti (Patologie e Problematiche Alcol Correlate)** note a livello internazionale come **AUD, Alcohol Use Disorders**) e di avvio in un possibile percorso terapeutico e riabilitazione .

E', a tale riguardo, da ricordare che **il DSM V assimila in termini diagnostici l'uso dannoso di alcol e la dipendenza supportando nei fatti la valutazione posta in essere dal'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS di una più vasta platea da ricomprendere nelle attività dei servizi.**



Scienze Talenti e Alcolige
 XXXI Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia
Alcologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



DSM-5 la raccomandazione di combinare i criteri di consumo dannoso e dipendenza

Reviews and Overviews

Mechanisms of Psychiatric Illness

DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.

Marc Auriacombe, M.D.

Guilherme Borges, Sc.D.

Kathleen Bucholz, Ph.D.

Alan Budney, Ph.D.

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.

Thomas Crowley, M.D.

Walter Ling, M.D.

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc Schuckit, M.D.

Bridget F. Grant, Ph.D.

Since DSM-IV was published in 1994, its approach to substance use disorders has come under scrutiny. Strengths were identified (notably, reliability and validity of dependence), but concerns have also arisen. The DSM-5 Substance-Related Disorders Work Group considered these issues and recommended revisions for DSM-5. General concerns included whether to retain the division into two main disorders (dependence and abuse), whether substance use disorder criteria should be added or removed, and whether an appropriate substance use disorder severity indicator could be identified. Specific issues included possible addition of withdrawal syndromes for several substances, alignment of nicotine criteria with those for

other substances, addition of biomarkers, and inclusion of nonsubstance, behavioral addictions.

This article presents the major issues and evidence considered by the work group, which included literature reviews and extensive new data analyses. The work group recommendations for DSM-5 revisions included combining abuse and dependence criteria into a single substance use disorder based on consistent findings from over 200,000 study participants, dropping legal problems and adding craving as criteria, adding cannabis and caffeine withdrawal syndromes, aligning tobacco use disorder criteria with other substance use disorders, and moving gambling disorders to the chapter formerly reserved for substance-related disorders. The proposed changes overcome many problems, while further studies will be needed to address issues for which less data were available.

(Am J Psychiatry 2013; 170:834–851)



Le DEFINIZIONI e i LIMITI – Substance Use Disorders Il dibattito nella Comunità Scientifica

Alcohol and Alcoholism Vol. 48, No. 6, pp. 633–640, 2013
Advance Access Publication 7 August 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt127

FOR DEBATE

Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use?

J. Rehm^{1,2,3,4,5,*}, S. Marmet⁶, P. Anderson^{7,8}, A. Gual⁹, L. Kraus^{10,11}, D.J. Nutt¹², R. Room^{11,13,14}, A.V. Samokhvalov^{2,5},
E. Scafato¹⁵, M. Trapencieris¹⁶, R.W. Wiers¹⁷ and G. Gmel^{2,6,18,19}

¹Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Dresden Germany, ²Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada, ³Institute of Medical Science, University of Toronto, Toronto, Canada, ⁴Dalla Lana School of Public Health (DLSPH), University of Toronto, Toronto, Canada, ⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada, ⁶Addiction Switzerland, Lausanne, Switzerland, ⁷Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, UK, ⁸Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Netherlands, ⁹Addictions Unit, Psychiatry Department, Neurosciences institute, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, Spain, ¹⁰IFT Institut für Therapieforschung, Munich, Germany, ¹¹Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Stockholm, Sweden, ¹²Centre for Neuropsychopharmacology, Imperial College London, London, UK, ¹³Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Parkville, Australia, ¹⁴Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol & Drug Centre, Fitzroy, VIC, Australia, ¹⁵Population's Health and Health Determinants Units, National Observatory on Alcohol – CNESPS, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanita, Rome, Italy, ¹⁶Institute of Philosophy and Sociology, University of Latvia, Riga, Latvia, ¹⁷Addiction, Development and Psychopathology (ADAPT) Lab, Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, ¹⁸University of the West of England, Frenchay Campus, Coldharbour Lane, Bristol BS16 1QY, UK and ¹⁹Alcohol Treatment Center, Lausanne University Hospital, CH-1011 Lausanne, Switzerland

*Corresponding author: E-mail: jtrehm@gmail.com

(Received 27 April 2013; first review notified 3 June 2013; in revised form 16 June 2013; accepted 10 July 2013)

Abstract — Aims: The aim of the study was to explore whether the concept of heavy substance use over time can be used as definition of substance use disorder. **Methods:** Narrative review. **Results:** Heavy use over time clearly underlies the neurobiological changes associated with current thinking of substance use disorders. In addition, there is evidence that heavy use over time can explain the majority of social problems and of burden of disease (morbidity and mortality). A definition of substance use disorders via heavy use over time would avoid some of the problems of current conceptualizations, for instance the cultural specificity of concepts such as loss of control. Finally, stressing the continuum of use may avoid the high level of stigmatization currently associated with substance use disorders. **Conclusion:** 'Heavy substance use over time' seems to be a definition of substance use disorders in line with results of basic research and epidemiology. Additionally, it reduces stigmatization. This approach should thus be further explored.

Conclusion: 'Heavy substance use over time' seems to be a definition of substance use disorders in line with results of basic research and epidemiology. Additionally, it reduces stigmatization. This approach should thus be further explored.





Le DEFINIZIONI e i LIMITI – Substance Use Disorders “Heavy use over time” : semplice, sottostima/disistima pari a quelle attuali , fortemente correlato al DSM-5, destigmatizzante

Alcohol and Alcoholism Advance Access published November 12, 2013

Alcohol and Alcoholism pp. 1–4, 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt171

LETTER TO THE EDITOR

The Tangible Common Denominator of Substance Use Disorders: A Reply to Commentaries to Rehm *et al.* (2013a)

J. Rehm^{1,2,3,4,5,*}, P. Anderson^{6,7}, A. Gual⁸, L. Kraus^{9,10}, S. Marmet¹¹, D.J. Nutt¹², R. Room^{10,13,14}, A.V. Samokhvalov^{2,5},
E. Scafato¹⁵, K.D. Shield^{2,3}, M. Trapencieris¹⁶, R.W. Wiers¹⁷ and G. Gmel^{2,11,18,19}

¹Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Dresden, Germany, ²Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada, ³Institute of Medical Science, University of Toronto, Toronto, Canada, ⁴Dalla Lana School of Public Health (DLSPH), University of Toronto, Toronto, Canada, ⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada, ⁶Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK, ⁷Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Netherlands, ⁸Addictions Unit, Psychiatry Department, Neurosciences Institute, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, Spain, ⁹IFT Institut für Therapieforschung, Munich, Germany, ¹⁰Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Stockholm, Sweden, ¹¹Addiction Switzerland, Lausanne, Switzerland, ¹²Centre for Neuropsychopharmacology, Imperial College, London, UK, ¹³Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia, ¹⁴Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol & Drug Centre, Fitzroy, VIC, Australia, ¹⁵Population's Health and Health Determinants Units, National Observatory on Alcohol – CNESPS, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy, ¹⁶Institute of Philosophy and Sociology, University of Latvia, Riga, Latvia, ¹⁷Addiction, Development and Psychopathology (ADAPT) Lab, Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, ¹⁸University of the West of England, Frenchay Campus, Coldharbour Lane, Bristol BS16 1QY, UK, ¹⁹Alcohol Treatment Center, Lausanne University Hospital, CH-1011 Lausanne, Switzerland

*Corresponding author: E-mail: jtrehm@gmail.com

(Received 16 October 2013; first review notified 17 October 2013; in revised form 21 October 2013; accepted 21 October 2013)

Abstract — In response to our suggestion to define substance use disorders via ‘heavy use over time’, theoretical and conceptual issues, measurement problems and implications for stigma and clinical practice were raised. With respect to theoretical and conceptual issues, no other criterion has been shown, which would improve the definition. Moreover, heavy use over time is shown to be highly correlated with number of criteria in current DSM-5. Measurement of heavy use over time is simple and while there will be some under-estimation or misrepresentation of actual levels in clinical practice, this is not different from the *status quo* and measurement of current criteria. As regards to stigma, research has shown that a truly dimensional concept can help reduce stigma. In conclusion, ‘heavy use over time’ as a tangible common denominator should be seriously considered as definition for substance use disorder.

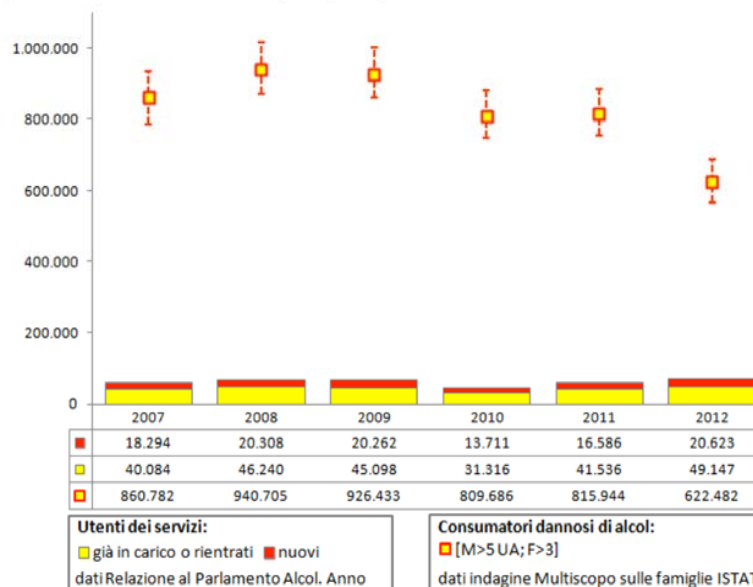


IMPLICAZIONI

COLMARE IL GAP TRA ATTESI E OSSERVATI

Nel 2012 le **persone che si sono rivolte ai servizi di alcologia** sono state **69.770**; Nel 2012 le **persone che avrebbero potuto rivolgersi per ricevere un'assistenza e/o trattamento a causa dei danni causati da un consumo dannoso di alcol suggestivo per alcoldipendenza o comunque per arrestare la progressione del danno e prevenire le complicanze** sono stati oltre **620.000**.

Figura. 2 Alcoldipendenti in carico ai servizi per tipologia di accesso e consumatori dannosi di alcol - Anno 2012

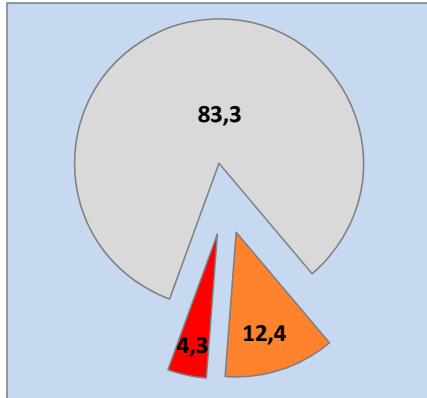


Ogni anno una quota non inferiore a 5.000 nuovi utenti incrementa costantemente il numero di alcoldipendenti che dai 21.409 del 1996 ha visto più che triplicato a 69.770 (+ 48.361 dal 1996) gli utenti con problemi legati all'alcol che fa ricorso alle strutture del SSN che sono passate, nello stesso periodo, da 280 a 454 (+62 % circa). E' da segnalare che nel corso degli ultimi anni il personale impiegato per servizio di alcologia ha seguito una dinamica più lenta rispetto all'aumento considerevole degli utenti con conseguente aumentato numero di utenti per personale sanitario presente nei servizi stessi. Ogni unità di personale aveva nel 1996 in carico 10 alcoldipendenti, nel 2012 oltre 16. Solo il 30 % del personale attivo nei servizi risulta oggi esclusivamente dedicato alla cura e alla riabilitazione dell'alcoldipendenza

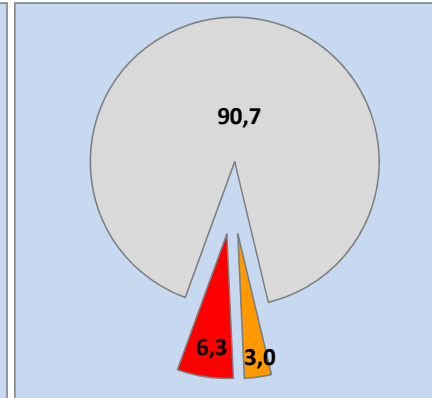
CONSUMATORI DANNOSI E ALCOLDIPENDENZA DALL'INTERCETTAZIONE L'EMERSIONE DELL'ICEBERG



Uomini
9.311.832
(35,6%)



Donne
3.489.521
(12,5%)



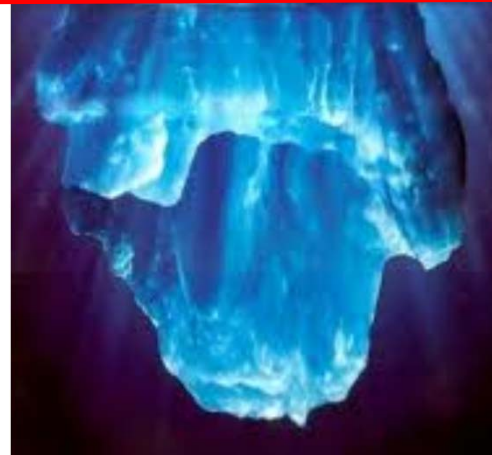
■ basso rischio [M=1-3 UA; F=1-2 UA] ■ medio rischio [M=4-5 UA; F=3] ■ alto rischio [M: >5 UA; F:>3 UA]

**ALCOLDIPENDENTI
IN CARICO
AI SERVIZI**



Nuovi utenti
20.623
Utenti già in carico
49.147

**Consumatori
dannosi di alcol
(ad alto rischio)**



**Consumatori
Dannosi**
622.848
(M=403.651-F=219.197)

ALCOLDIPENDENTI

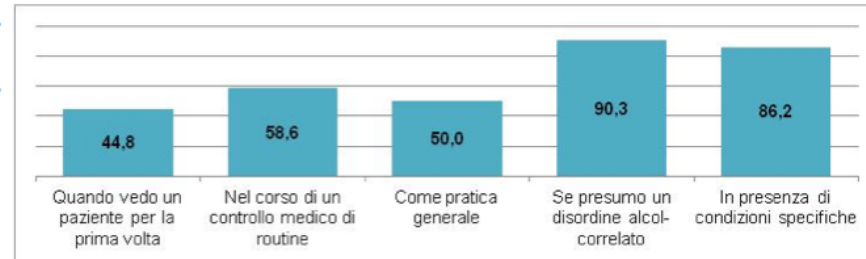
FORMAZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE (IN RETE CON I SERVIZI)



2. IDENTIFICAZIONE PRECOCE

✓Solo il 31.9% dichiara di conoscere gli strumenti per lo screening del consumo rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza (AUDIT, l'AUDIT C, il CAGE, FAST, altri) e di questi, soltanto circa la metà (51%) li utilizza nella propria pratica clinica

“Nel caso in cui utilizza test di screening per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza, quanto spesso li utilizza in ciascuna delle seguenti condizioni?”



Percentuale di partecipanti che hanno risposto "spesso" e/o "sempre"

✓Tra coloro che dichiarano di conoscere ed utilizzare uno strumento per lo screening del consumo rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza, il 73.9% utilizza l'AUDIT (il 60.9% l'AUDIT a 10 domande, ed il 13.0% la forma breve, l'AUDIT C), lo strumento studiato appositamente per l'individuazione dei consumatori a rischio

✓La quasi totalità dei partecipanti all'indagine ritiene utile effettuare uno screening sistematico sul consumo di alcol nella pratica clinica nell'ambito della medicina generale

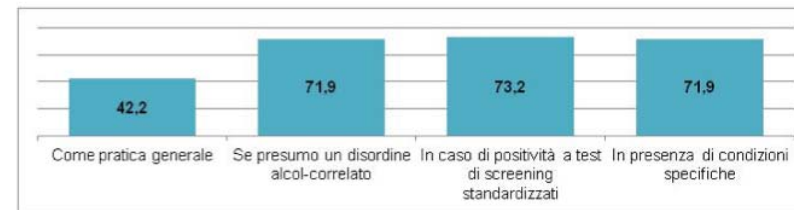
FORMAZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE (IN RETE CON I SERVIZI)



3. INTERVENTO BREVE

✓ **Solo il 37.5% dichiara di avere familiarità con il concetto di intervento breve nel consumo rischioso e dannoso di alcol e, per chi lo conosce, la quasi totalità lo utilizza nella propria pratica clinica**

"Nel caso in cui utilizza l'intervento breve, quanto spesso lo utilizza in ciascuna delle seguenti condizioni?"



Percentuale di partecipanti che hanno risposto "spesso" e/o "sempre"

✓ **Tra coloro che dichiarano di avere familiarità e di utilizzare l'intervento breve nel consumo di alcol nella propria pratica clinica, il 48.4% utilizza l'approccio cognitivo comportamentale del colloquio motivazionale, il 17.2% dichiara di utilizzare un proprio stile personale di comunicazione**

✓ **La quasi totalità dei partecipanti all'indagine ritiene utile effettuare uno screening sistematico sul consumo di alcol nella pratica clinica del medico di medicina generale (il 37,9% dichiara che è molto utile)**



Il consumo di ALCOL in Italia: i dati 2013 del sistema di sorveglianza Passi

L'atteggiamento degli operatori sanitari

Solo una piccola parte degli intervistati (14%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

La percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario è del 6%.

Tra i fattori di rischio comportamentali il consumo di alcol rappresenta l'abitudine di cui si ha meno consapevolezza.



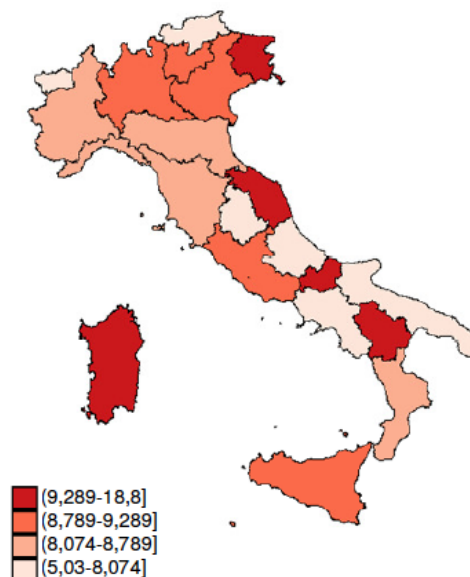


Alcol e guida

Secondo i dati di pool 2013 del sistema di sorveglianza PASSI, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 9% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (11%) che dalle donne (3%) e dagli Italiani (9%) rispetto agli stranieri (4%), senza differenze statisticamente significative per età, livello di istruzione o reddito.

Il range per questo indicatore varia dal 5% della P.A. di Bolzano al 19% della Regione Molise.



Guida sotto l'effetto dell'alcol tra i bevitori 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi
Pool di Asl, PASSI 2013 (%)



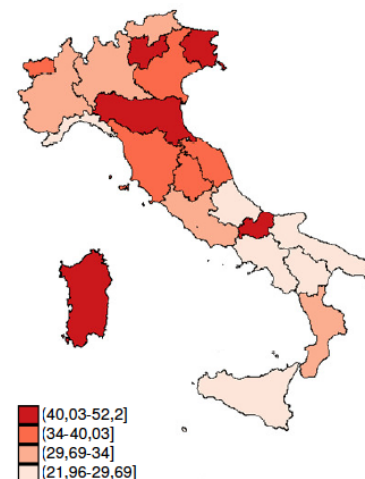
Il consumo di ALCOL in Italia:
i dati 2013 del sistema di sorveglianza Passi



Controlli delle Forze dell'Ordine e ricorso all'etilotest

Il 34% degli intervistati riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine ed in media 2 volte.

Il range per questo indicatore varia dal 22% della Regione Basilicata al 52% della Regione Molise.



Controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi
Pool di Asl, PASSI 2013 (%)

Tra chi è stato fermato, il 11% riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Questa percentuale è più alta nelle fasce di età più giovani: si passa dal 21% dei 18-24enni al 5% dei 50-69enni.

Scafato et al. *Addiction Science & Clinical Practice* 2013, **8**(Suppl 1):A66
<http://www.ascpjournal.org/content/8/S1/A66>



MEETING ABSTRACT

Open Access

A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in primary health care: the European Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA) project

Emanuele Scafato¹, Claudia Gandin^{1*}, Silvia Ghirini¹, Lucia Galuzzo¹, Sonia Martire¹, Lucilla Di Pasquale¹, Alfredo Cuffari²

From International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs (INEBRIA) Meeting 2013 Rome, Italy. 18-20 September 2013

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

Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA

Edited by Peter Anderson, Fleur Braddick, Jillian Reynolds and Antoni Gual

Report on the mapping of European need and service provision for early diagnosis and treatment of alcohol use disorders

Deliverable 2.5, Work Package 6

The public health impact of individually directed brief interventions and treatment for alcohol use disorders in European countries

Amy Wolstenholme, Colin Drummond, Paolo Deluca, Zoe Davey, Catherine Elzerbi, Antoni Gual, Noemi Robles, Jillian Reynolds, Cees Goos, Julian Strizek, Christine Godfrey, Karl Mann, Evangelos Zois, Sabine Hoffman, Gerhard Gmel, Hervé Kuendig, Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Simon Coulton, Joan Colom, Lidia Segura, and Begoña Baena

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.....65



Figure 1. Are GPs familiar with standardised alcohol screening tools?

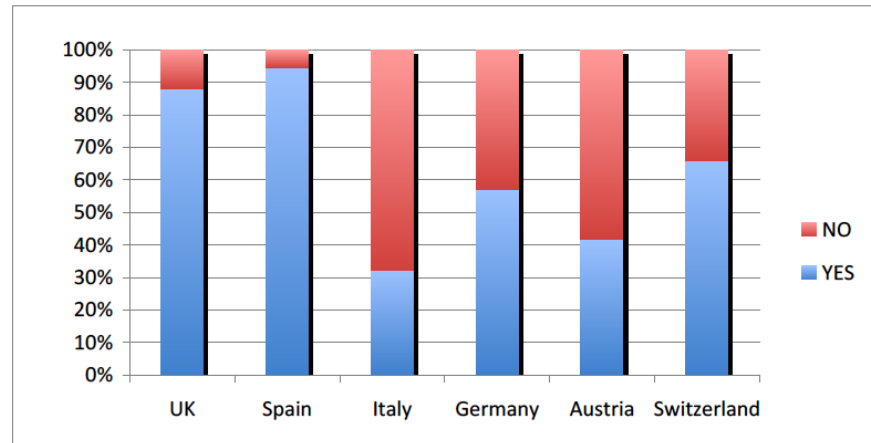
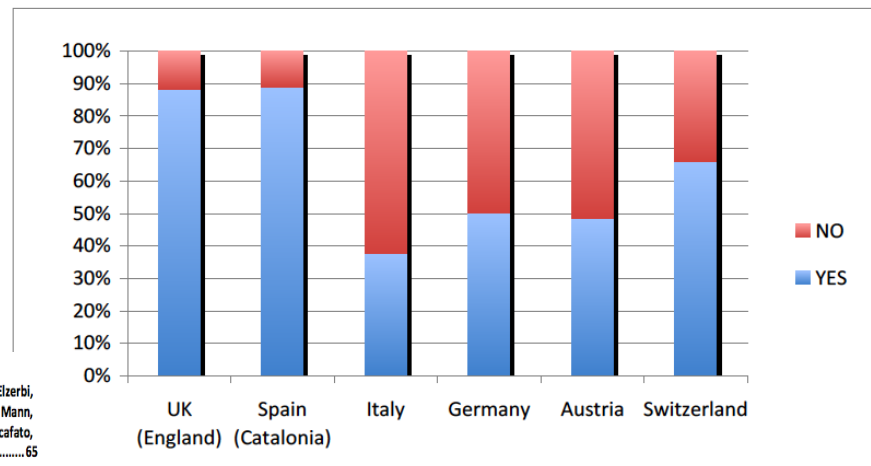


Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?



CONCLUSIONS

Emerging needs in ITALY:

- To ensure the formal integration of training on alcoholology into university graduate and postgraduated courses, as provided by Law 125/2001 (so far not done)
- To activate training courses at local level meeting the dynamic changes in demand, currently growing steadily, with respect to different priorities of the PHC
- To ensure financial supports for the implementation of the training courses



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

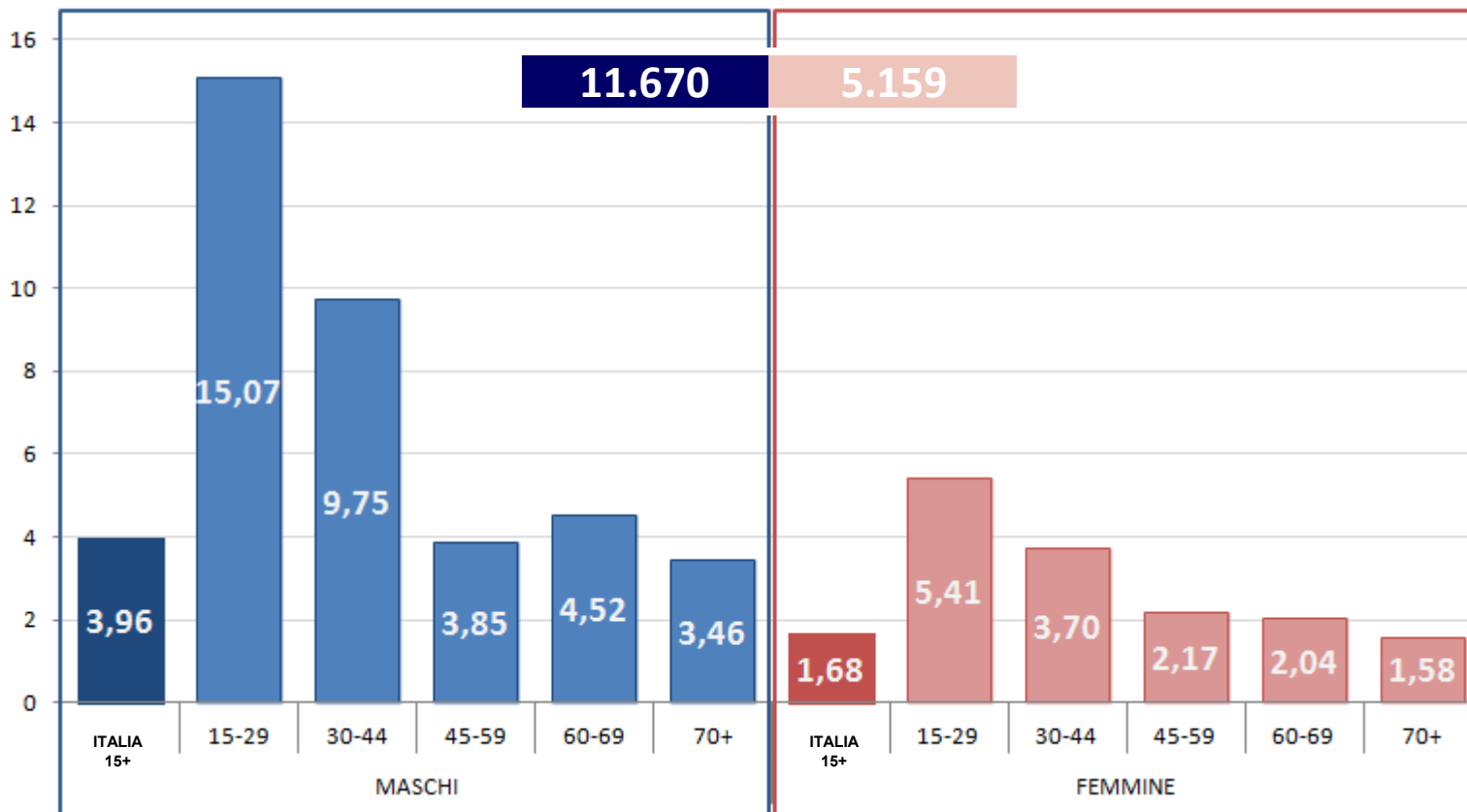
Acknowledgements

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.



ISS- Mortalità alcol-attribuibile per classi di età e sesso 17.000 morti /anno (ITALIA 2010)





ISS. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte CANCRO e INCIDENTI principali cause di decesso

La mortalità alcol-attribuibile in Italia e nelle Regioni

Analisi delle cause di morte nei contesti territoriali e nelle differenti generazioni



Roma 09 Aprile 2014



ANNO 2010	Decessi alcol-attribuibili		Frazioni alcol-attribuibili (%) ^a	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
<i>MALATTIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI</i>	1.185	377	0,40	0,12
Neoplasie maligne	4.066	1.564	1,38	0,51
Altre neoplasie	373	137	0,13	0,04
Diabete mellito	-566	-616	-0,19	-0,20
Condizioni neuropsichiatriche (Epilessia)	161	84	0,05	0,03
Malattie del sistema circolatorio	710	824	0,24	0,27
Malattie del sistema digestivo	2.096	693	0,71	0,23
Malattie della pelle e del sottocutaneo	5	3	0,00	0,00
<i>MALATTIE PARZIALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI</i>	6.845	2.689	2,32	0,88
Incidenti non intenzionali	3.082	1.956	1,05	0,64
Incidenti intenzionali	558	137	0,19	0,04
<i>CADUTE, OMICIDI, SUICIDI E ALTRI INCIDENTI</i>	3.640	2.093	1,24	0,68
TOTALE DECESSI ALCOL-ATTRIBUIBILI	11.670	5.159	3,96	1,68

^a La stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol attribuibili al totale dei decessi nella popolazione

I decessi per CANCRO causato da alcol (oltre 5000/anno) incidono per il 33 % sul totale del totale dei decessi alcolcorrelati; sommati ai decessi per incidenti attribuibili all'alcol (oltre 5000) che incidono per il 30 % su tutti i decessi causati queste due cause di morte coprono oltre il 60 % della mortalità legata al consumo di alcol in Italia.



EPIC (2008) . ITALY

17.810 Decessi alcolattribuibili (M=14.556 F= 3.254)

BMJ

RESEARCH

Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study

Table 5 | Total number* of alcohol attributable cancer cases for general population in 2008 in selected countries

Cancer site	Denmark	France	Germany	Greece	Italy	Netherlands	Spain	UK	Total
Men									
Total	1313	NA	22 388	1968	14 556	NA	18 173	12 564	71 519
Alcohol related	996	NA	17 967	1107	12 332	NA	14 295	9299	57 596
Upper aerodigestive tract	445	NA	7864	351	7045	NA	4236	5133	22 022
Colorectum	348	NA	6053	318	4206	NA	4602	2936	18 836
Liver	64	NA	1797	178	2414	NA	1170	700	6465
Women									
Total	503	4415	6561	524	3254	1282	2996	3791	23 307
Alcohol related	459	4 717	7240	293	2076	939	1376	4058	21 520
Upper aerodigestive tract	146	1 359	1698	39	528	217	395	1589	5499
Colorectal	116	923	1771	59	744	221	411	787	4919
Liver	13	269	376	78	529	29	442	169	2020
Breast	259	2 956	4193	177	1734	550	680	2498	12 589

NA=not applicable.

*Numbers refer to total burden of incident cancer cases associated with current and former alcohol consumption in population. Sum of cases for single countries might not exactly add to total number of cases because of country specific estimation of numbers and separate estimation for all countries combined.



ISS - Cause di morte (ITALIA 2010)

17.000 decessi alcol-attribuibili "NETTI"

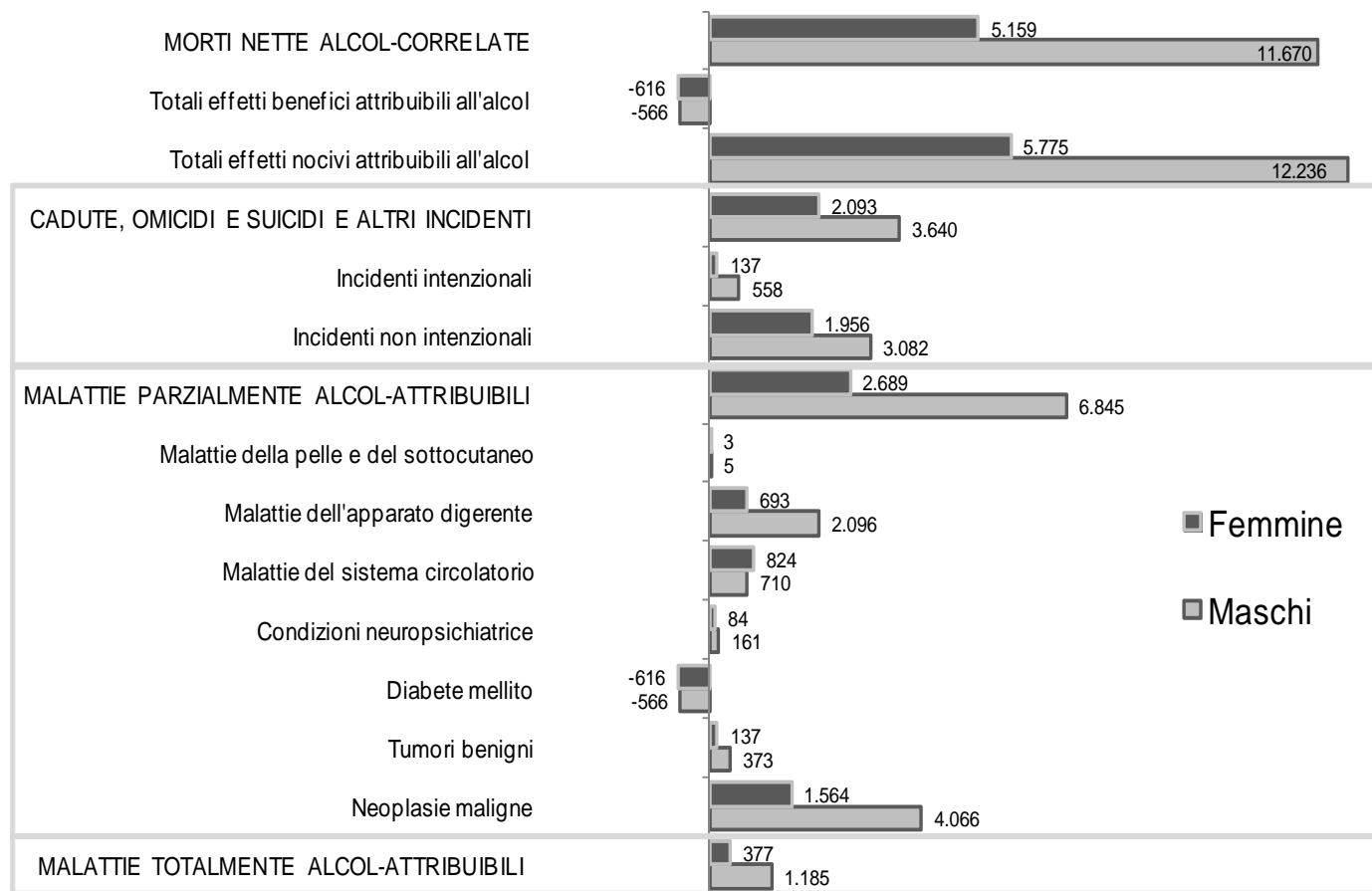
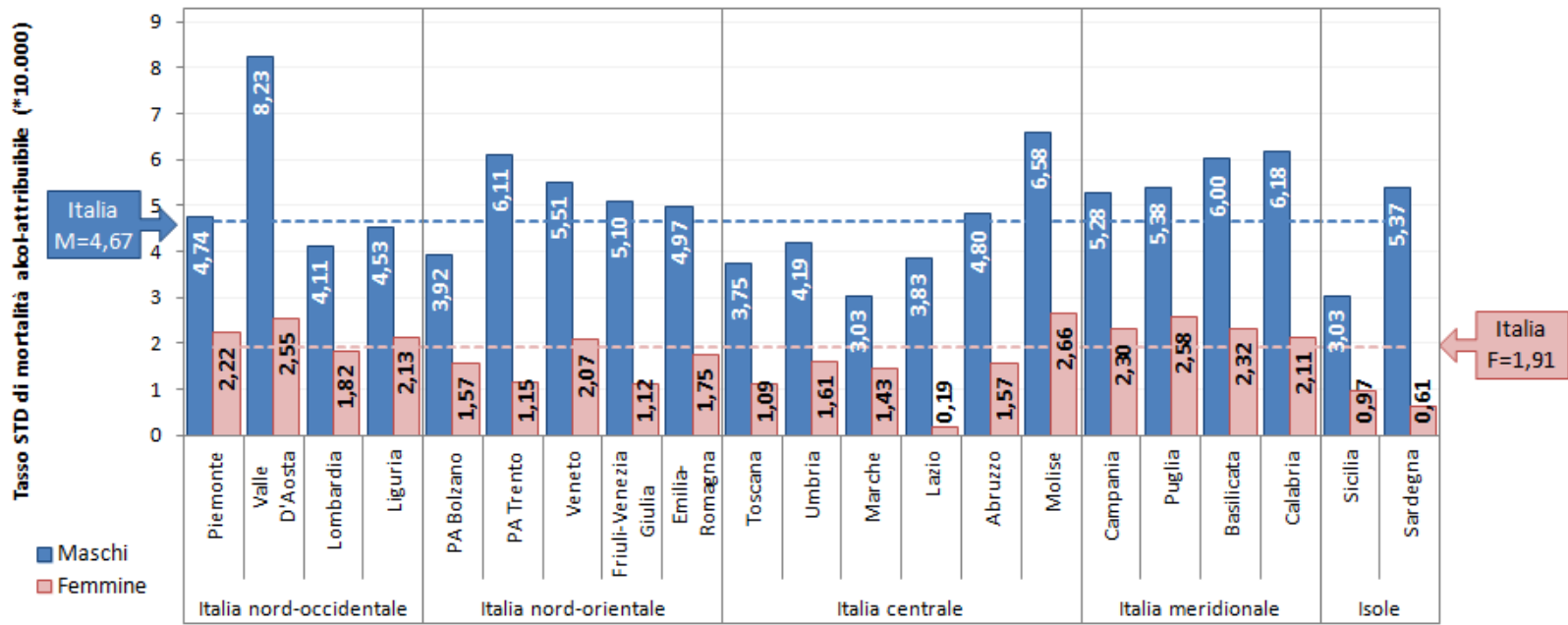


Figura 32. Numero di morti alcol correlate per categoria di patologia e sesso – Anni 2010

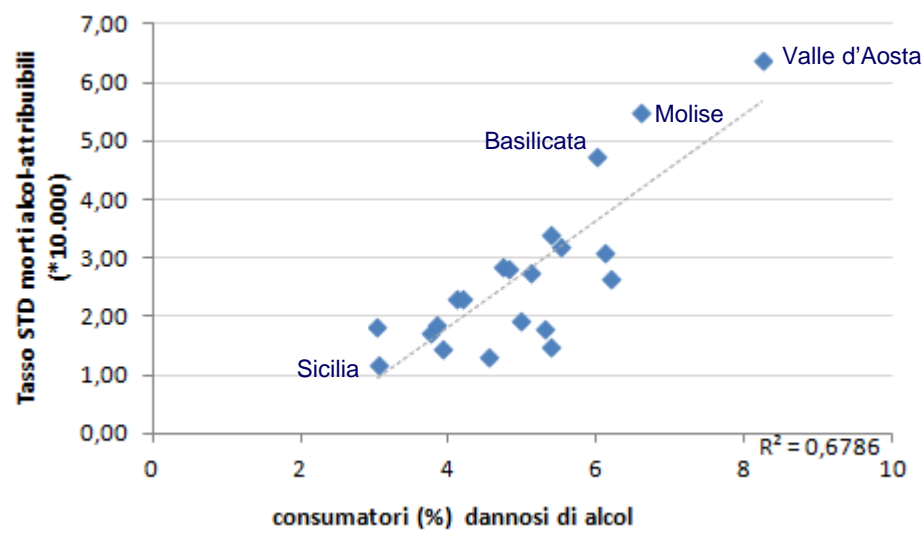
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2010 e Indagine multiscopeo sulle famiglie anno 2010



ISS- MORTALITA' ALCOL-ATTRIBUIBILE nelle REGIONI (2010) (TASSI STD *10.000)



Nelle Regioni in cui la prevalenza di consumatori dannosi di alcol tra gli uomini è più elevata si rileva un tasso STD di mortalità alcol-attriuibibile più alto.



ISS - Mortalità (%) alcol-attribuibile nelle REGIONI (2010)

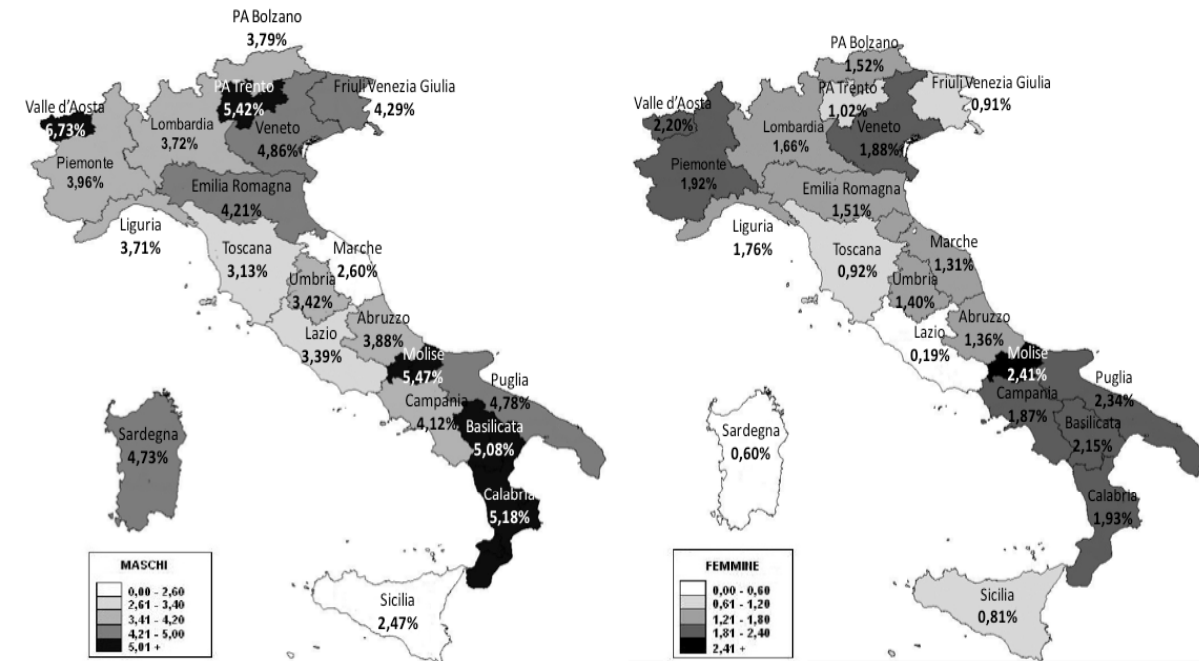
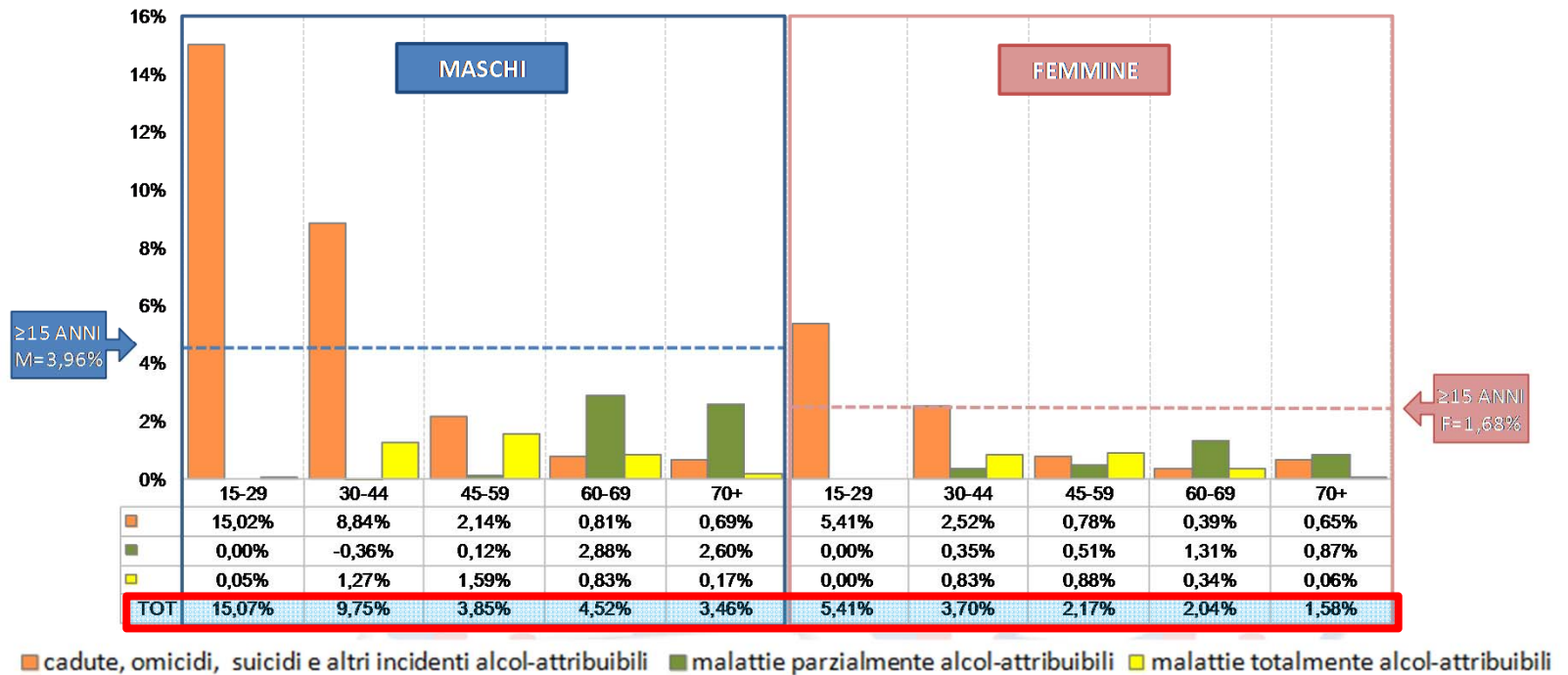


Figura 34. Percentuale dei decessi alcol-attribuibili rispetto al totale dei decessi per tutte le cause per sesso e regione di appartenenza – Anno 2010

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2010 e Indagine multiscopo sulle famiglie 2010

ISS- Caratterizzazione delle componenti della mortalità alcol-attribuibile , per classi di età e sesso. ITALIA (2010)



La percentuale di decessi registrati nella classe di età 15-29 attribuibile al consumo di alcol (M=15,07%; F=5,41%) è molto più alta rispetto a quella registrata nelle altre classi di età

Causa principale: incidenti stradali



Dopo l'età adulta la percentuale dei decessi attribuibile al consumo di alcol aumenta nuovamente ed tra gli anziani per cause di morte parzialmente attribuibili.

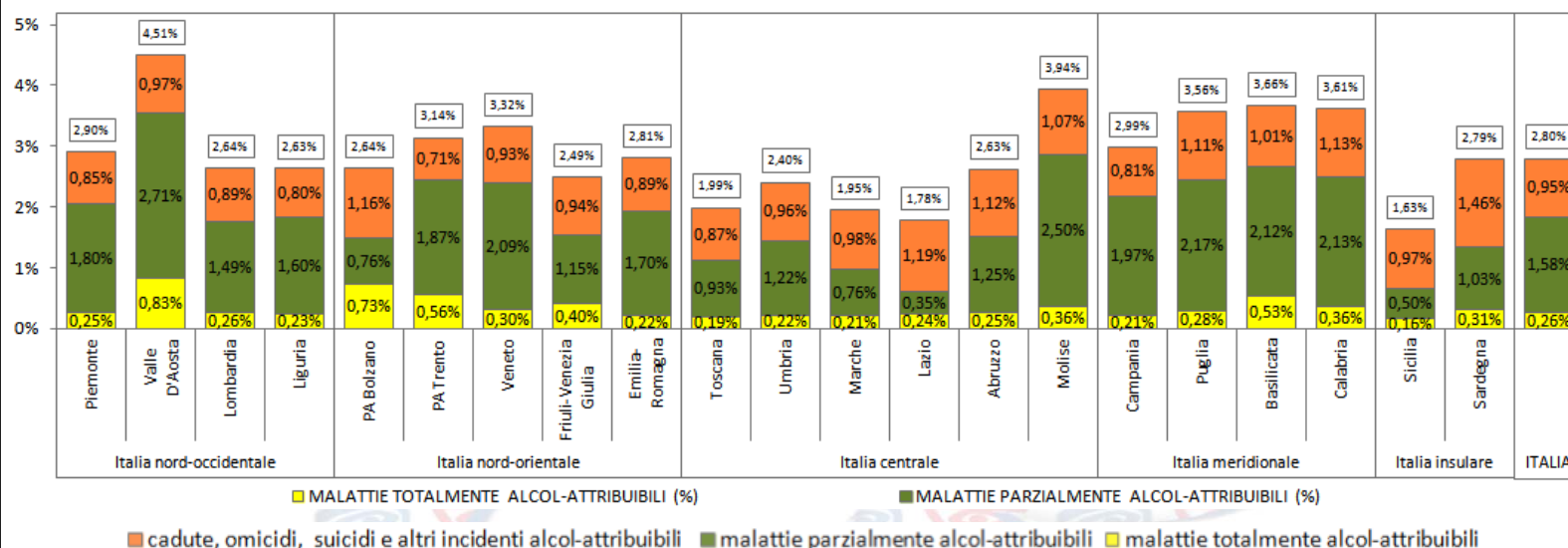
Cause principali: Neoplasie maligne Incidenti/ cadute

I giovani, che muoiono a causa di incidenti alcolcorrelati, e gli ANZIANI , con una forte componente di mortalità per CANCRO e INCIDENTI sono TARGET VULNERABILI.

Mortalità CRONICA e ACUTA sono da contrastare attraverso azioni evidentemente differenti non ESCLUSIVAMENTE d COMPETENZA SANITARIA



ISS- Caratterizzazione delle componenti della mortalità alcol-attribuibile , per classi di età e sesso. REGIONI (2010)



- A. la percentuale di **decessi per malattie totalmente alcol-attribuibili** è più elevata in **Valle d'Aosta** e nelle **PA di Bolzano e Trento**, in **Basilicata** ed in **Friuli Venezia Giulia**
- B. la percentuale di **decessi malattie parzialmente alcol-attribuibili** è più elevata in **Molise**, in **Valle d'Aosta**, in **Basilicata**, in **Calabria**, in **Puglia** ed in **Veneto**
- C. la percentuale di **cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol attribuibili** è più elevata nella **PA di Bolzano**, nel **Lazio** ed in **Sardegna**.

La componente di decessi che maggiormente contribuisce alla mortalità alcol-correlata in tutte le regioni è quella dei decessi parzialmente attribuibili ad eccezione di Lazio, Sardegna, PA di Bolzano, Marche e Sicilia, dove la componente dei decessi per cadute, omicidi suicidi o altri incidenti è maggiore rispetto alle altre due categorie.



Malattie **parzialmente** alcol-attribuibili. **FRAZIONI** di mortalità (%) **ATTRIBUIBILI** all'ALCOL **CANCRO** **COME CAUSA PRINCIPALE**

B) AAF PER PATOLOGIE PARZIALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI	ICD 10-cm			
Condizioni materne e perinatali				
Aborto spontaneo	O03			
Basso peso alla nascita	P05-P07			
Totale				
Neoplasie maligne				
Tumore dell'orofaringe	C01-C06, C09-C10,		33,52%	20,59%
Tumore dell'esofago	C15		43,29%	28,78%
Tumore al colon retto	C18-C21		0,95%	-0,98%
Tumore alla laringe	C32		48,13%	30,63%
Tumore al fegato	C22		35,39%	18,83%
Tumore alla mammella	C50			5,94%
Totale			19,77%	6,19%
Tumori benigni	D00-D48		8,00%	3,80%
Diabete mellito	E10-E14		-6,44%	-5,24%
Condizioni neuropsichiatriche				
Epilessia	G40-G41		45,66%	20,23%
Malattie del sistema circolatorio				
Iperensione arteriosa	I10-I15		29,97%	15,06%
Malattie ischemiche del cuore	I20-I25		-10,60%	-3,84%
Aritmia cardiaca	I47-I49		31,91%	18,68%
Varici esofagee	I85		51,52%	20,03%
Emorragia cerebrale	I60-I62		23,65%	-14,07%
Ictus ischemico	I63		-1,13%	-29,63%
Totale			1,31%	1,30%
Malattie dell'apparato digerente				
Cirrosi del fegato	K74		55,72%	23,75%
Colelitiasi	K80		-21,97%	-11,35%
Pancreatite acuta e cronica	K85, K86.1		24,34%	11,74%
Totale			47,57%	18,23%
Malattie della pelle e del sottocutaneo				
Psoriasi	L40 excl. L40.5		32,23%	21,46%

In Italia, su tutti i decessi per CANCRO, il 20 % della categoria neoplasie maligne per i maschi e il 6 % per le donne è attribuibile all'alcol; i conseguenti decessi per CANCRO causato da alcol (oltre 4000/anno) incidono per il 30 % sul totale del numero di decessi maschili alcolcorrelati ponendosi come prima causa di morte parzialmente attribuibile tra i maschi.

Il 56 % delle cirrosi epatiche tra i maschi e il 24 % di quelle femminili è attribuibile all'alcol.

Alcol e cancro: eccedenza delle quantità «moderate»



Alcol dipendenza
un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società



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. I dati si riferiscono agli anni 2002-2005 (ultimo f.u.).

Il 32% dei cancri 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 l'eccedenza delle linee guida più recenti

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

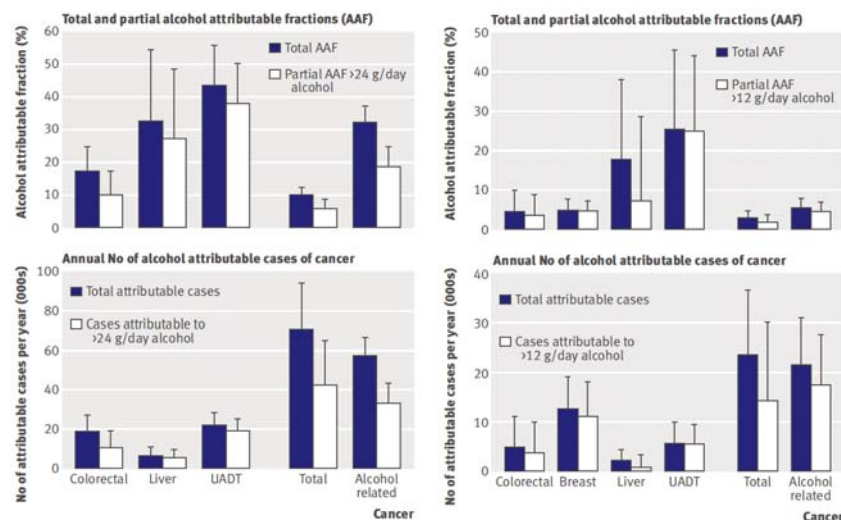


Fig 2 | Total and partial alcohol attributable fractions with 95% confidence intervals and corresponding number of cases of cancer with 95% confidence intervals in men in selected EPIC countries (Italy, Spain, UK, Greece, Germany, Denmark) in 2008. UADT=upper aerodigestive tract

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

MANIFESTO AMPHORA

30 grammi di alcol al giorno, la media attuale del consumo tra i consumatori europei, è la soglia al di sopra della quale si verificano 136.000 nuovi tumori ogni anno in Europa.

Il 20 -25 % di tutti i decessi causati dall'alcol nella classe di età 15-64, è rappresentato da decessi per CANCRO.



Alcoldipendenza
un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società



AMPHORA scientists find that the average European drinks alcohol at the toxic level for causing cancer

- European scientists uncover a major mismatch between alcohol's role in causing cancer and the regulations that are put in place to protect our health.
- With about 136,000 new alcohol-caused cancers a year in the European Union, between one fifth and one quarter of all alcohol-related deaths amongst 15-64 year olds are from cancer.
- The AMPHORA Project manifesto calls for cancer warning labels on all alcoholic beverages and states that it is now time to ban alcohol advertising.

Stockholm, Thursday 18th October, 2012. Three drinks a day, the average amount drunk by Europeans, is the same as the toxic level that causes cancer. This level of consumption leads to about 136,000 new cancers a year in the European Union and puts Europeans at a lifetime risk for cancer more than twice that of daily exposure to second-hand smoke. These are some of the findings of the Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA) a 4-year European Research project, lead by the Hospital Clínic de Barcelona (HCPB), organising its final conference with the Swedish Medical Society in Stockholm, 17th-19th October.

ALCOL e CANCRO

Mortalità alcol-attribuibile



Alcoldipendenza
un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società



International Agency for Research on Cancer | IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans

World Health Organization

English | Français | RSS

NEWS MEETINGS CLASSIFICATIONS PUBLICATIONS PREAMBLE STAFF

You are here: Home / Publications / Monographs in PDF / Volume 96

PUBLICATIONS

Monographs in PDF

- ▶ Volume 106
- ▶ Volume 105
- ▶ Volume 104
- ▶ Volume 103
- ▶ Volume 102
- ▶ Volume 101
- ▶ Volume 100F
- ▶ Volume 100E
- ▶ Volume 100D
- ▶ Volume 100C

IARC MONOGRAPHS ON THE EVALUATION OF CARCINOGENIC RISKS TO HUMANS

Volume 96 (2010)

6. Evaluation and Rationale

6.1 Carcinogenicity in humans

There is *sufficient evidence* in humans for the carcinogenicity of alcoholic beverages. The occurrence of malignant tumours of the oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus, liver, colorectum and female breast is causally related to the consumption of alcoholic beverages.

There is *evidence suggesting lack of carcinogenicity* in humans for alcoholic beverages and cancer of the kidney and non-Hodgkin lymphoma.

There is substantial mechanistic evidence in humans who are deficient in aldehyde dehydrogenase that acetaldehyde derived from the metabolism of ethanol in alcoholic beverages contributes to the causation of malignant oesophageal tumours.

6.2 Carcinogenicity in experimental animals

There is *sufficient evidence* in experimental animals for the carcinogenicity of ethanol.

There is *sufficient evidence* in experimental animals for the carcinogenicity of acetaldehyde.

Overall evaluation

Alcoholic beverages are *carcinogenic to humans (Group 1)*.
Ethanol in alcoholic beverages is *carcinogenic to humans (Group 1)*.



MALATTIE parzialmente alcol-attribuibili. FRAZIONI di mortalità ATTRIBUIBILI all'ALCOL

C) AAF PER CADUTE, OMICIDI E SUICIDI E ALTRI INCIDENTI	ICD 10-cm			
Incidenti non intenzionali				
Incidenti stradali	V01-V04, V06, V09- V80, V87, V89, V99			36,13% 18,18%
Cadute	W00-W19			20,40% 7,09%
Annegamento e sommersione accidentali	W65-W74			36,23% 34,23%
Esposizione a fumo, fuoco e fiamme	X00-X09			0,00% 0,00%
Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive	X40-X49			22,93% 15,52%
Altri incidenti non intenzionali	V05, V07, V08, V81- V86, V88, V90-V98, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40- Y86, Y88, Y80			32,51% 26,06%
Totale				31,14% 21,92%
Incidenti intenzionali				
Suicidio	X60-X84, Y87.0			15,11% 11,09%
Omicidio	X85-Y09, Y87.1			35,80% 35,80%
Altri incidenti intenzionali	Y35			
Totale				16,87% 14,23%

La frazione alcolattribuibile dei decessi per incidenti stradali è del 37 % per i maschi e del 18 % per le donne ; 1 decesso su 3 per i maschi e 1 su 5 per le donne potrebbe essere evitato NON ponendosi alla guida dopo aver bevuto. La netta prevalenza nel sesso maschile di un elevato numero di decessi per neoplasie maligne e incidenti sollecita l'urgente necessità di attivare iniziative di sensibilizzazione di prevenzione oncologica mirata e di rafforzamento della sicurezza stradale.

ACTION PLAN COMUNITARIO SCOPING PAPER



L'impatto misurabile sui giovani, minori e adolescenti, ma anche sui giovani adulti non è un fenomeno isolato italiano ma un elemento comune a tutti gli Stati Membri della EU.

Non a caso l'identificazione di target specifici, di misure e di azioni è attualmente l'oggetto di uno *scoping paper* da utilizzare per l'adozione, verosimilmente nel semestre europeo di Presidenza o nel 2015, del prossimo ACTION PLAN Comunitario in via di definizione attraverso le indicazioni dei rappresentanti governativi nel CNAPA , Committee on Alcohol Policy and Action in sede di DG SANCO in Lussemburgo.



I COSTI DELLA PREVENZIONE IDENTIFICAZIONE & INTERVENTO BREVE

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

L'Osservatorio Nazionale Alcol ha svolto in Istituto Superiore di Sanità e sollecitato nel corso degli anni l'attuazione di corsi IPiB di cui oggi più che mai è indispensabile garantire attuazione quali azioni centrali per il SSN. L'evidenza scientifica prodotta sollecita come indispensabile e urgente in ITALIA l'adozione programmata di prassi di IPiB che comportano un vantaggio tangibile e consistente rispetto allo *status quo*; identificazione precoce, intervento breve e l'uso dell'AUDIT C rappresentano gli strumenti e le pratiche da integrare nella pratica quotidiana nei contesti di medicina generale e di assistenza sanitaria primaria per i quali è da assicurare informazione e formazione specifica oggi reperibile in meno di un terzo dei MMG.



Angus et al. *BMC Family Practice* 2014, 15:26
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/26>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy

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

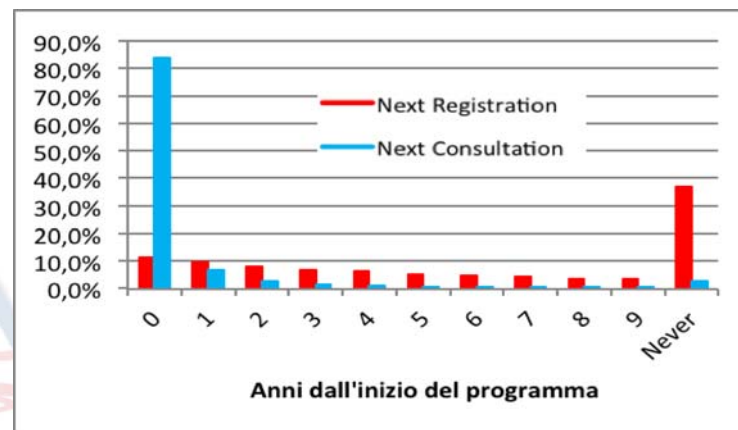


IDENTIFICAZIONE & INTERVENTO BREVE - ITALIA L'INCREMENTO DEI BENEFICI NETTI RISPETTO AL "DO NOTHING"

Lo Scenario A (in rosso) ipotizza che lo screening sia effettuato alla **prima registrazione** di un nuovo paziente con un medico. Tale approccio dimostra di realizzare una distribuzione d'intervento piuttosto uniforme sui 10 anni, con un picco dell'11% della popolazione screenata il primo anno. Alla fine del decimo anno si stima che il 63% della popolazione sia stato screenato. Il 37% non risulterà ancora sottoposta a screening.

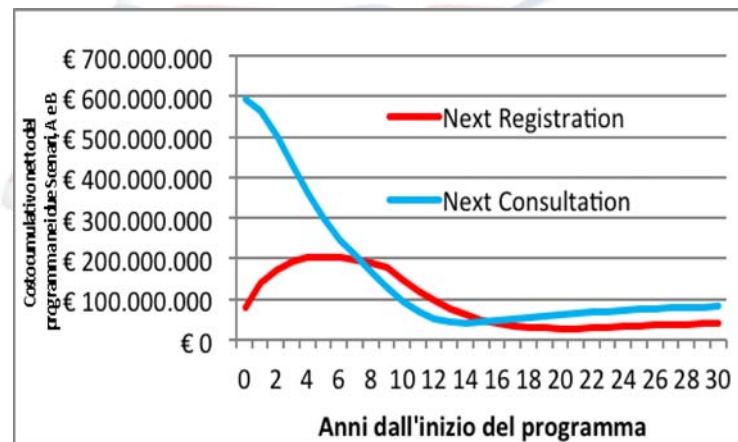
Secondo tale ipotizzata prassi, **il 58% dei consumatori a rischio sarà adeguatamente identificato** e sottoposto a intervento breve da parte del Medico di Medicina Generale (MMG).

Lo scenario B (in celeste) ipotizza invece che lo screening sia stato effettuato dal MMG alla **visita successiva** di un suo paziente. Il programma dimostra di conseguire una copertura maggiore, con l'84% della popolazione screenata il primo anno; solo il 3% non risulta esaminata entro il decimo anno. Seguendo quest'approccio preventivo, **il 96% dei bevitori a rischio sarà correttamente identificato e riceve l'intervento**.



Modelling e STIMA dei Costi netti cumulativi nei due programmi di screening

	REGISTRAZIONE	VISITA SUCC.
PAZIENTI SCREENATI entro il 10° ANNO	63 %	96 %
COSTO (milioni €)	411	687
RISPARMI SSN (milioni €)	370	605
RIDUZ. RICOVERI	91.737	153.676
RIDUZ. DECESSI	7.193	12.432
Guadagno QALY	75.200	139.200
RICE (€/QALY)	500	590





INTEGRARE IPIB nel SSN

AUDIT C, AUDIT e INTERVENTO BREVE

L'Osservatorio Nazionale Alcol ha svolto in Istituto Superiore di Sanità e sollecitato nel corso degli anni l'attuazione di corsi IPIB di cui oggi più che mai è indispensabile garantire attuazione quali azioni centrali per il SSN.

L'evidenza scientifica prodotta sollecita come indispensabile e urgente in ITALIA l'adozione programmata di prassi di IPIB che comportano un vantaggio tangibile e consistente rispetto allo *status quo*; identificazione precoce, intervento breve e l'uso dell'AUDIT C rappresentano gli strumenti e le pratiche da integrare nella pratica quotidiana nei contesti di medicina generale e di assistenza sanitaria primaria per i quali è da assicurare informazione e formazione specifica oggi reperibile in meno di un terzo dei MMG.



COSTI PREVENZIONE vs COSTI ALCOL

MILIONI vs MILIARDI : INVESTIMENTI non PERDITE

I costi sostenuti dalla PREVENZIONE valutati rispetto ai risparmi conseguiti per il SSN delineano un profilo di costo-efficacia di riguardo e oggettivamente ineludibili in termini di policy da perseguire .

Tali considerazioni diventano ancora più rilevanti e sensibili se affrontate alla luce dell'osservazione dei costi complessivi che l'alcol causa in Italia, che si esprimono su una scala di miliardi di euro (1,3 % del PIL secondo le stime OMS) e non di milioni di euro come un investimento di integrazione di IPIB e di prevenzione comporterebbe.

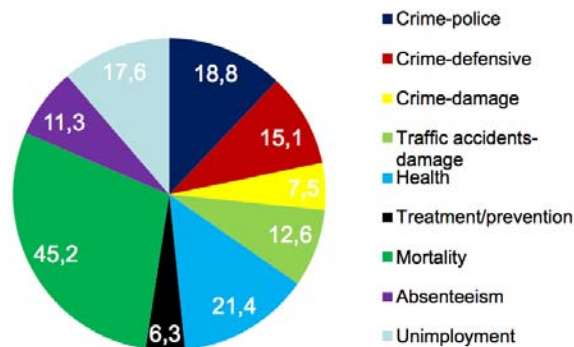
Alcohol consumption, harm and policy responses in Europe



Dr Lars Møller
Programme Manager
World Health Organization
Regional Office for Europe



Social costs of alcohol – 1.3% of GDP (EU)
EUR 155.8 billion in 2010 (EUR 22 billion in Italy)





L'1 % dei nuovi alcolodipendenti in carico ai servizi ha meno di 19 anni

Il 14 % circa ha meno di 30 anni

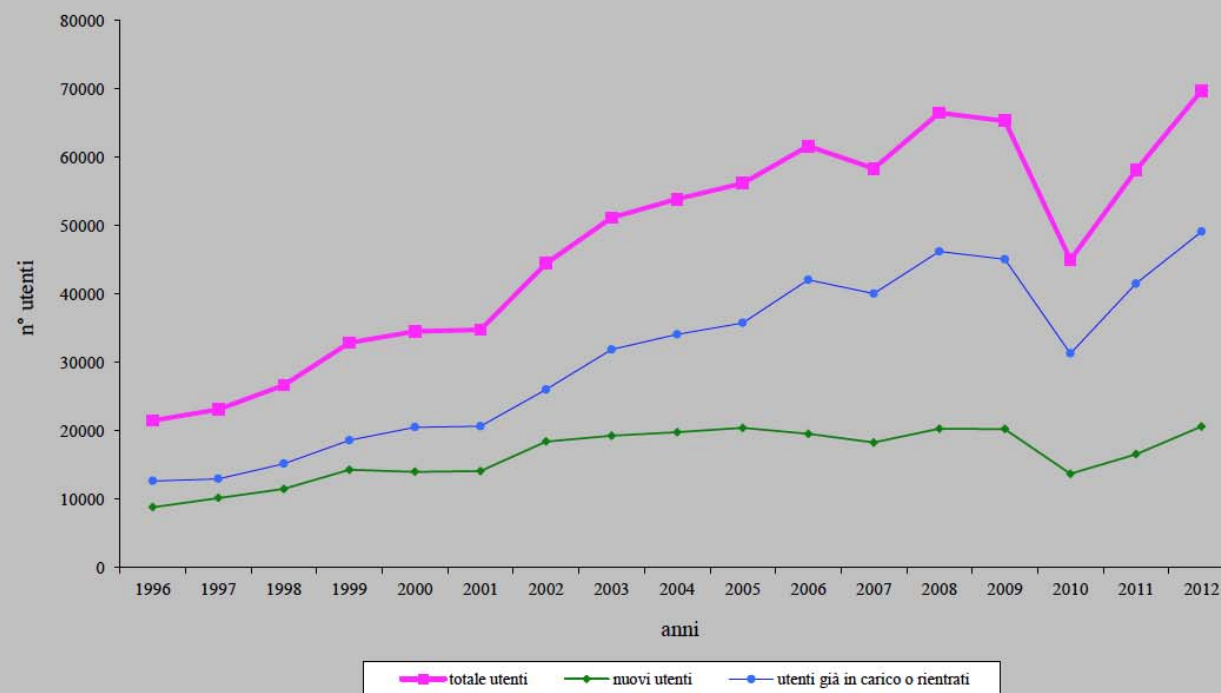
La spesa farmacologica per l'alcolodipendenza è di 7,8 milioni di euro

Fra gli alcolodipendenti in trattamento nei servizi alcolologici territoriali la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta nel 2012 il 9,1 % dell'utenza totale e tra i nuovi utenti tale percentuale sale al 13,7%. Inoltre nei servizi alcolologici si conferma una stabile percentuale di giovani utenti di età inferiore ai 20 anni, la cui entità oscilla nel tempo, a partire dal 1996, tra lo 0,5 % e lo 0,7% e che nel 2012 è stata pari allo 0,5%.

ALCOLISTI (numerosità)



Graf.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

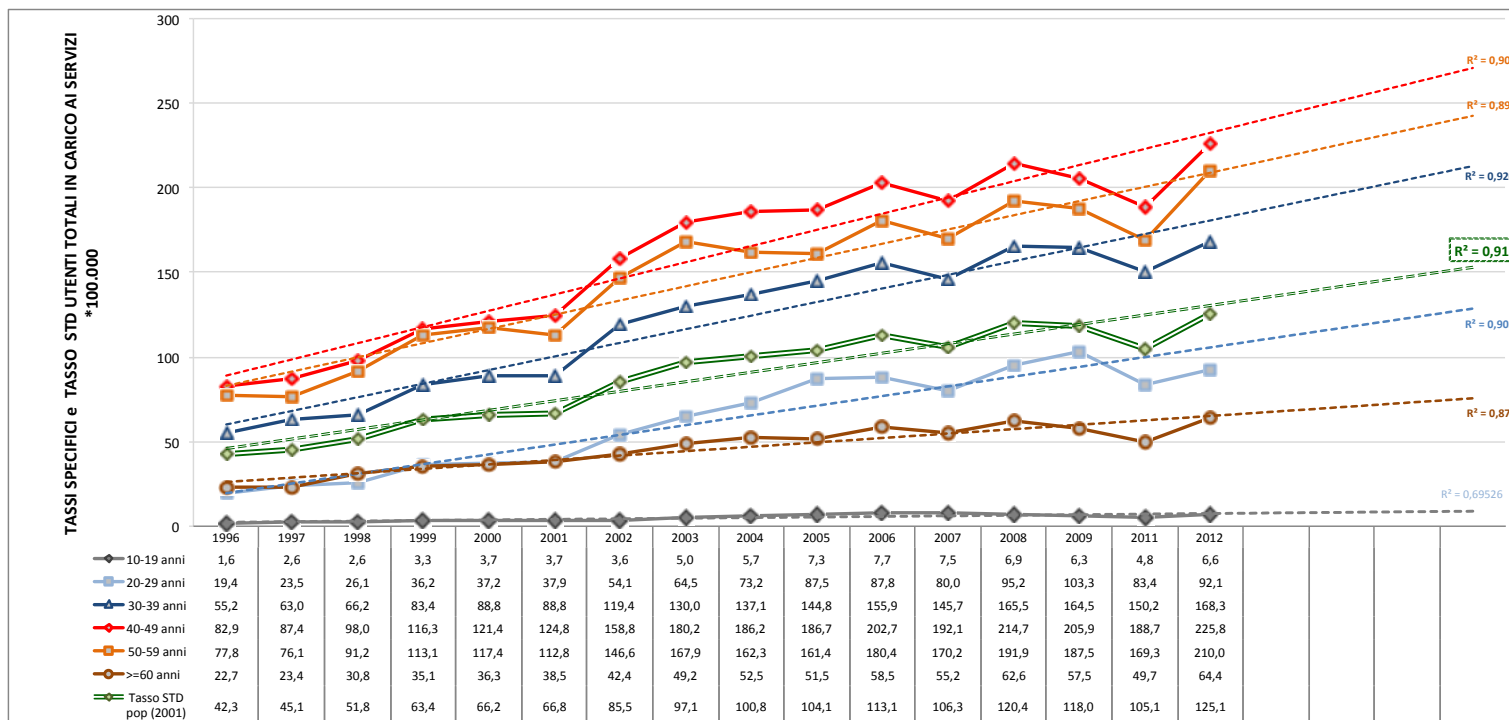


Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII



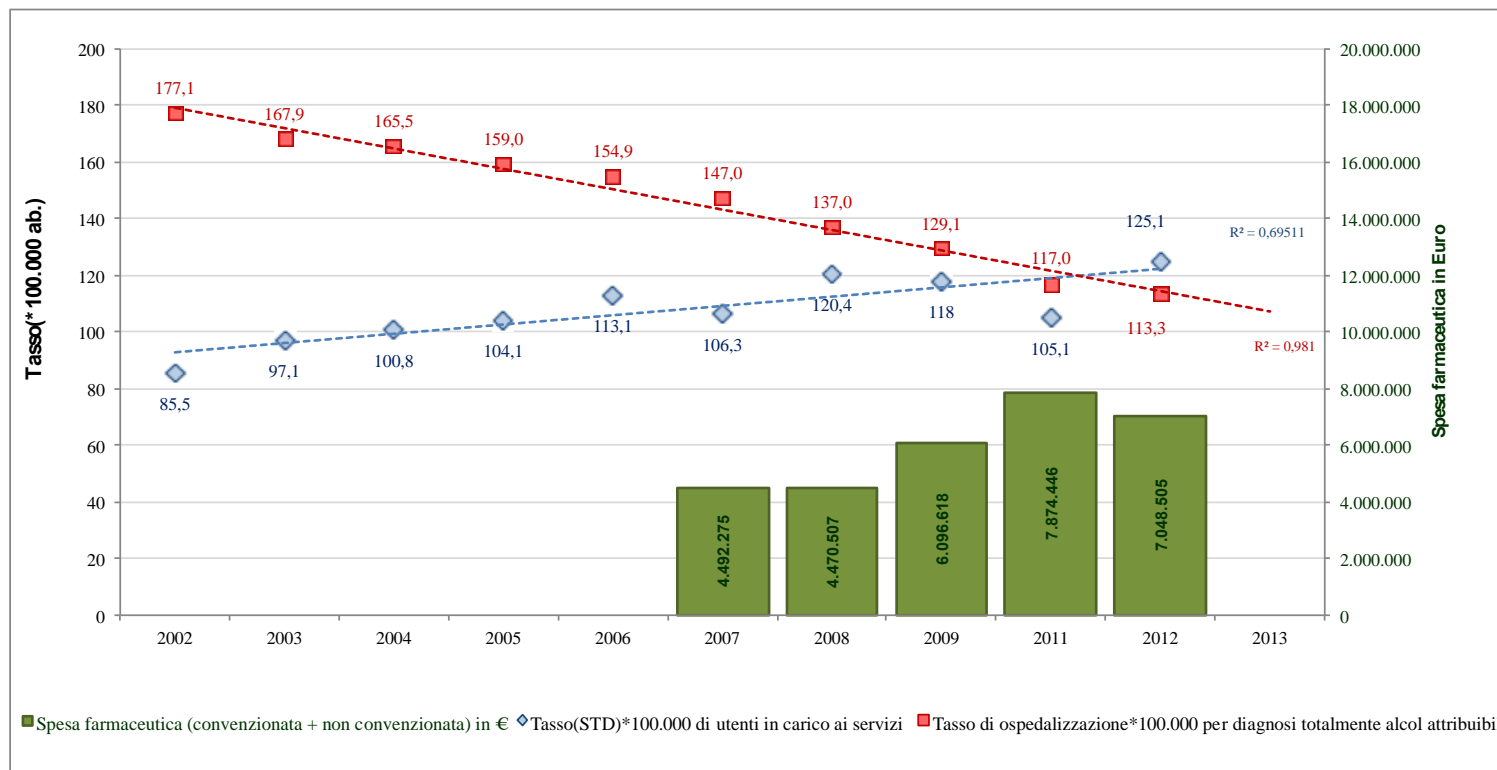
ISS - ALCOLDIPENDENTI (TASSI*100.000)

Classi di età e proiezioni





ISS - ALCOLDIPENDENTI (TASSI*100.000) Spesa farmaceutica e tassi ospedalizzazione



SERVIZI per l'ALCOLDIPENDENZA

Considerazioni



- 1) Incremento Alcoldependenti
- 2) Elevata quota di sommerso
- 3) Domanda/Offerta reale da rivalutare
- 4) Numero di strutture e distribuzione
- 5) Personale sanitario
- 6) Proporzione trattamento
- 7) Valutazione EFFICACIA del trattamento
- 8) Approcci di cura e impiego esclusivo di risorse
- 9) Rete
- 10) Management e coordinamento

PROFILO di SOSTENIBILITA' del SISTEMA

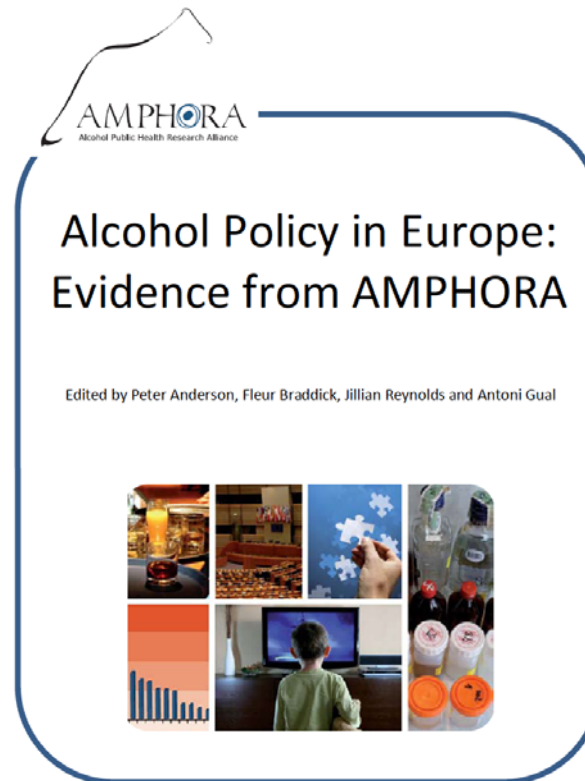
ALCOLDIPENDENZA

Cap. 9 Alcol, interventi e trattamenti in Europa



Scienze Italiane & Europee

XXXI Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia
Alcolologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



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

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.

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%)

**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.

SERVIZI per l'ALCOLDIPENDENZA INDAGINE SIA in progress...



Indagine nazionale sui servizi di alcolologia

▼ Presentazione dell'iniziativa

- Il questionario
- Mapa del sito

Presentazione dell'iniziativa

Emanuele SCAFATO - Presidente Società Italiana di Alcolologia - Direttore Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, ISS

Le Patologie e Problematiche Alcorrelate (PPAC) rappresentano oggi una frequente causa di ricorso ai servizi e prestazioni sanitari.

I dati a disposizione, i sistemi formali e informali di rilevazione, di raccolta dati, di monitoraggio e di reporting possono avere varie finalità ma raramente consentono di poter valutare nella sua integrità la dimensione legata alle condizioni in cui tali prestazioni vengono erogate, giorno dopo giorno, dai professionisti della salute, gli operatori dei servizi e da quanti contribuiscono a garantire un'offerta sanitaria che possa soddisfare i criteri di efficacia ed efficienza propri del complesso sistema di proposte di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione del Servizio Sanitario.

percezioni e delle attitudini relative ai modelli e agli approcci di intervento (cliccando sulla voce "Il questionario", nella colonna a fianco a sinistra, si accede al questionario informatico).

L'acquisizione di informazioni sulle conoscenze, attitudini e percezione di chi lavora in questi delicati contesti è una preziosa risorsa per la valutazione delle iniziative di salute pubblica che spaziano dalla formazione medica alla prevenzione e all'intervento. L'iniziativa è resa tanto più indispensabile sia in funzione del fattore di rischio considerato, l'alcol, che del target estremamente sensibile di popolazione specificatamente identificato nel bacino di utenza delle attività di pratica clinica in cui i professionisti e gli operatori dell'assistenza sanitaria operano con

ALCOLDIPENDENZA e MORTALITA'.

Effetto dell'ampliamento del numero di trattati



Scienze Italiane & Europee
 XXXI Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia
Alcolologia oggi
 dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



Figure 20a: Deaths avoided in men

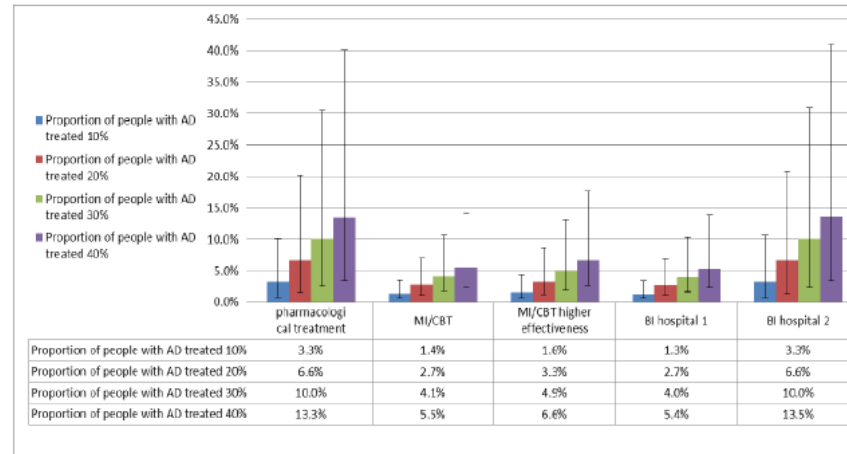
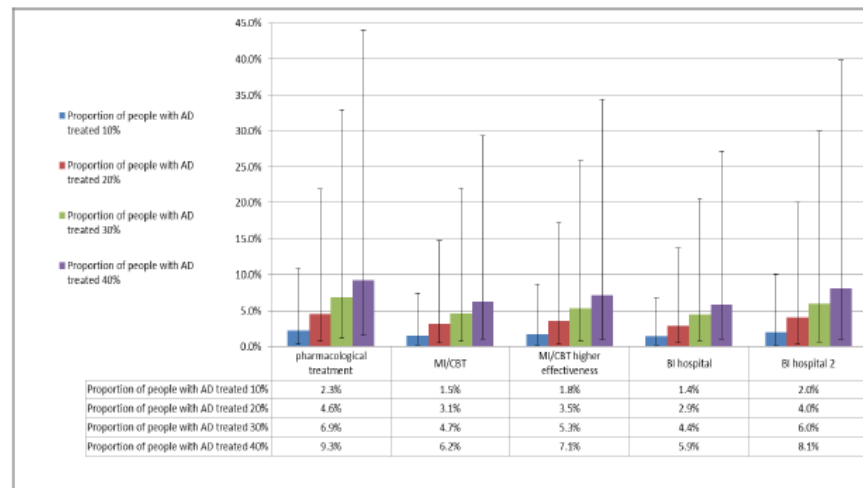


Figure 20b: Deaths avoided in women



Qualunque ampliamento nella copertura di una forma di trattamento degli alcolodipendenti garantirebbe una riduzione della mortalità. SE fosse esteso al 40 % si registrerebbe una riduzione della mortalità del 13 % negli uomini e del 9 % tra le donne in un anno in Europa.



L'alcol e un problema per il mondo

Alcolismo sottovalutato



Vaticano, alcol è problema per il mondo

14 Gennaio 2014 13:31 | [CRONACHE E POLITICA](#) |

(ANSA) - ROMA - "Il consumo pericoloso di alcol e la dipendenza da alcol rappresentano un importante problema di salute pubblica e sociale che sta sconvolgendo il mondo". Lo ha detto mons. Marcelo Sánchez Sorondo, cancelliere della Pontificia Accademia delle Scienze, che ha organizzato una conferenza sul tema in Vaticano: "E' un problema sottovalutato che non interessa solo il singolo, ma l'intero sistema con il quale l'individuo è in relazione, la famiglia, la rete lavorativa e sociale".

Salute: Pontificia Accademia Scienze, alcolismo problema sottovalutato

asca *Decisioni in tempo reale* Asca.it - mar 14 gen 2014

[Mail](#) [Condividi](#) [Tweet](#) [+1](#) [Pin it](#) [Stampa](#)

(ASCA) - Città' del Vaticano, 14 gen 2014 - Il consumo pericoloso di alcol e l'alcoldipendenza rappresentano "un importante problema di salute pubblica e sociale". Un "problema sottovalutato", per mons. Marchelo Sanchez Sorondo, cancelliere della Pontificia Accademia delle Scienze, intervenuto alla Conferenza sul consumo dannoso di alcol, organizzata in Vaticano. "E' una delle piu' importanti patologie nel settore delle dipendenze, e oggi e' stata identificata come prioritaria in termini di discussioni e soprattutto per l'individuazione di possibili soluzioni", ha ricordato a Radio Vaticana Emanuele Scafato, presidente della Società' italiana di alcolologia, sottolineando "l'urgenza di rimuovere lo stigma sociale che etichetta l'alcol come un vizio e non come una malattia", tanto piu' grave perche' "espone la persona al particolare rischio di non essere interessata a una riabilitazione, a una vita normale".



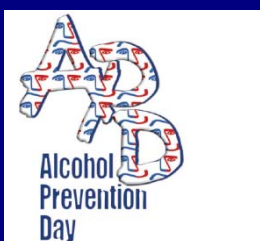
RETE , CASE MANAGEMENT E ADEGUAMENTO DEL SISTEMA DI ASSISTENZA



E' da colmare il divario esistente nell'accesso e nel ricorso alle prestazioni destinate **al recupero dell'alcoldipendenza** prevedendo **l'adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento** attuali erogabili dai servizi di alcologia.

Parallelamente è indispensabile la sollecitazione di **iniziative e di programmi volti a identificare e attirare gli alcolisti non ancora intercettati** da sistemi formalizzati e coordinati di identificazione del rischio alcolcorrelato nella popolazione.

E', in tal senso, da privilegiare un **coordinamento delle risorse disponibili sul territorio e la costituzione e attivazione di una rete atta** a garantire la verifica dell'esigenza di intervento per **Patologie e Problematiche Alcol Correlate** in atto e richiedenti **trattamento di riabilitazione alcologia e, comunque, di arresto della progressione del danno e prevenzione delle complicanze.**



ROAD – MAP PER LA PREVENZIONE ALCOLCORRELATA

Tracciare una **road map** appare logico, politicamente corretto e sostenibile.

Misure ed interventi di base possono contribuire a contrastare l'impatto alcolcorrelato

- Il primo è sicuramente quello connesso all'adozione da **condividere con le Regioni di un nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute**, scaduto da due anni e non ancora rinnovato come attività da ricomprendere nelle **azioni finanziate del Piano Nazionale di Prevenzione**.

- Un **Piano Nazionale Alcol e Salute, finanziato nella sua attività** attraverso qualunque forma contributiva cui sia possibile ricorrere a tutela della sicurezza e della salute, contribuirebbe ad attivare un volano virtuoso di azioni alle quali sarebbero chiamati a contribuire tanto la **società civile**, quanto il terzo settore, un'esigenza indispensabile per riuscire a raggiungere obiettivi ambiziosi ma possibile come più volte richiamato negli orientamenti già espressi nel corso degli anni **dalla Consulta Nazionale Alcol di cui è auspicabile la riattivazione a supporto della Legge 125/2001, caposaldo della prevenzione dell'alcoldipendenza**.

FAR EMERGERE GLI ALCOHOL USE DISORDERS



E' da colmare, alla luce dei dati, il divario esistente tra alcolisti attesi e alcolisti in carico ai servizi e da ampliare l'identificazione del sommerso e l'emersione degli Alcohol Use Disorders come categoria univoca di riferimento per il trattamento multidisciplinare delle PPAC rilevabili a carico di un'elevata quota di persone di cui è nota ma non ancora intercettata dal SSN la necessità di accesso e di ricorso alle prestazioni destinate al recupero dell'alcoldipendenza e , comunque, da seguire per consentire l'arresto della progressione del danno e la prevenzione delle complicanze.

E' verosimile che da ciò possa porsi la necessità di **adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento attualmente erogabili dai servizi di alcologia**. Ciò sarà possibile solo a fronte di una forte **attività di sensibilizzazione** volta a rimuovere da un lato lo **stigma sociale e sanitario** e contemporaneamente ad attirare gli alcolisti non ancora intercettati da sistemi d'identificazione del rischio alcolcorrelato nella popolazione che necessitano migliore **formalizzazione d'intervento e coordinamento** che prevedano delle adeguate **case management** piuttosto che un **disease management** al fine di un'allocazione congrua delle risorse.



FINANZIARE LA PREVENZIONE ALCOLCORRELATA

- Esiste un **fondo nazionale per gli incidenti stradali** il cui utilizzo potrebbe giovare nel contrasto all'incidentalità alcolcorrelata. Esiste un **piano pluriennale per la lotta alle dipendenze di cui è ipotizzabile uso di risorse finalizzato ad attività condivise i prevenzione specifiche sull'alcol**. Esiste un **fondo nazionale fumo ma non quello sull'alcol**.
- Numerose risorse erano state già identificate e proposte negli anni scorsi dalla **soppressa Consulta Nazionale Alcol** con riferimento alle buone pratiche prodotte e condivise al livello europeo e puntualmente **inserite nelle passate Relazioni al Parlamento** che richiamavano azioni cui non è ancora stato dato corso. **Si tratta di azioni che sono un investimento in salute e contribuiscono da volano per l'abbattimento dei costi**.

ABBATTERE I COSTI SANITARI INVESTENDO IN IPIB INTEGRARE L'IPIB NEI CONTESTI DI PRIMARY HEALTH CARE



E' urgente integrare nella pratica quotidiana dei contesti di assistenza primaria attività routinarie di intercettazione precoce e di intervento breve (IPIB) da parte dei medici o del personale sanitario cui assicurare risorse per una formazione specifica su strumenti di semplice **utilizzo come l'**AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**.**

I costi sostenuti confrontati con i risparmi conseguiti per il SSN dimostrano un impatto oggettivamente ragguardevole, soprattutto se osservato alla luce dell'analisi dei **costi complessivi che l'alcol causa in Italia e che **si esprimono su una scala di miliardi di euro (1,3 % del PIL secondo le stime OMS) e non di milioni di euro come l'investimento in prevenzione proposto comporterebbe.****

	REGISTRAZIONE	VISITA SUCC.
PAZIENTI SCREENATI entro il 10° ANNO	63 %	96 %
COSTO (milioni €)	411	687
RISPARMI SSN (milioni €)	370	605
RIDUZ. RICOVERI	91.737	153.676
RIDUZ. DECESSI	7.193	12.432
Guadagno QALY	75.200	139.200
RICE (€/QALY)	500	590

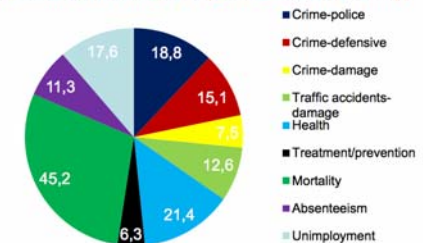
ABBATTERE I COSTI NON SANITARI TRAMITE I “BEST BUYS”



Sia l'OMS ma anche importanti comitati tecnici ed economici, tra cui quello delle Nazioni Unite, hanno sottolineato ai Governi di tutto il mondo che il maggior ed immediato vantaggio nel contrasto al rischio alcolcorrelato nella popolazione è legato ai “best buys”, i migliori “acquisti”, rappresentati **dall'adeguamento della tassazione degli alcolici**, e dalla **riduzione della disponibilità sia fisica che economica**, rendendo meno agevole la reperibilità ubiquitaria degli alcolici e la loro convenienza oggi resa emblematica dalla promozione, ad esempio, delle **happy hours**. Infine e non ultimo, tra i migliori “acquisti” rientra **l'adozione e applicazione di una stretta e rigorosa regolamentazione** della pubblicità, del marketing e delle modalità di commercializzazione, in particolare quelle rivolte impropriamente ai **minori**, argomento su cui si era espressa molti anni fa anche la Consulta Nazionale Alcol, organismo prevista dalla Legge 125/2001.

Costi legati alla violenza, alla criminalità, al traffico, all'assenteismo in cui il settore di Salute Pubblica può ben poco.

Social costs of alcohol – 1.3% of GDP (EU)
EUR 155.8 billion in 2010 (EUR 22 billion in Italy)





INFORMARE, COMUNICARE, SENSIBILIZZARE

ALCOLDIPENDENZA : UN FINALE MIGLIORE



Guardami. Guardami bene,
perché io potrei essere te,
tuo fratello, tuo marito,
il tuo amico.
Non sono un parassita, un criminale.
Bevevo per rilassarmi, poi per non
pensare. Ora non so più perché
bevo, non riesco a farne a meno,
non riesco a controllarmi.
Sono un alcolista.
Ieri uno schiaffo a mia moglie,
oggi a lavoro ho perso il mio
cliente più importante.
Mia figlia mi evita.
Come finirà la mia storia?
Finale scontato.
No. Devo trovare, posso trovare.

un finale
migliore

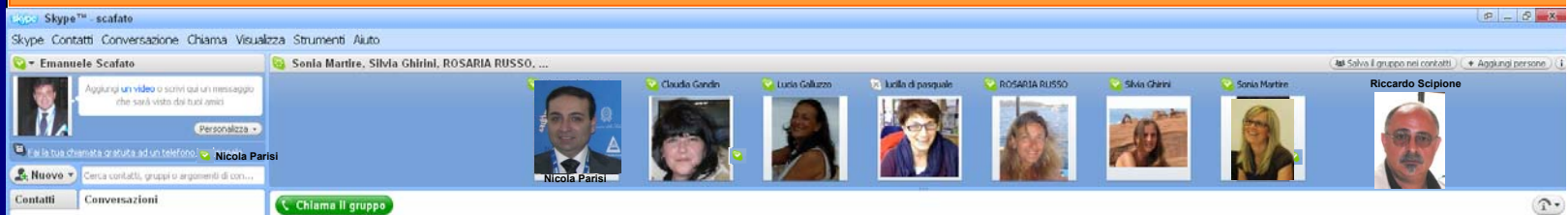
La dipendenza da alcol è una malattia
e può essere curata.
Trova il tuo finale migliore.
Visita il sito www.unfinalemigliore.it





QUELLI CHE ... L'ALCOHOL PREVENTION DAY

Salute della Popolazione / Oss. Naz. Alcol



Lucilla DI PASQUALE

Claudia GANDIN

Lucia GALLUZZO

Silvia GHIRINI

Sonia MARTIRE

Nicola PARISI

Rosaria RUSSO

Riccardo SCIPIONE

GRAZIE !!!



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

GRAZIE !!!

UFFICIO STAMPA ISS

Mirella Taranto
Gerolimina Ciancio
Franca Romani

Redazione di EPICENTRO

Stefania Salmaso
PierFrancesco Barbariol
Margherita Martini
Debora Serra
Eva Benelli

GRUPPO CONGIUNTO SIA-ISS

URE e Attività Editoriali

MINISTERO della SALUTE
....





Alcohol Prevention Day

Grazie a VOI !!!

9 aprile 2014 Roma Istituto Superiore di Sanità

Alcohol Prevention Day

libretti

opuscoli

pieghevoli

poster