



## Consumi di alcol e impatto alcolcorrelato



Emanuele Scafato, *ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'*

Direttore Centro Coll. OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol correlati

Direttore Osservatorio Nazionale Alcol

Direttore Reparto Salute Popolazione e suoi determinanti

Centro Nazionale di Epidemiologia-CNESPS

Presidente Società Italiana di Alcologia

Rappresentante governativo

- Working Group Alcohol and Health

- Committee on National Alcohol Policy and Action

- Forum Alcohol and Health

- DG Sanco, Commissione Europea, Luxembourg e Bruxelles

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

## Il ruolo della Comunità Scientifica

**“I ricercatori, oltre al loro dovere nei confronti dell’etica scientifica, hanno la responsabilità pubblica di portare nella discussione pubblica e nel dibattito sulle politiche i più recenti risultati della letteratura scientifica sui temi dell’alcol e della salute pubblica.**

**Tale ruolo impone una forte necessità di indipendenza della comunità dei ricercatori dagli interessi commerciali e da altri interessi di parte.”**

World Health Organization Framework on Alcohol Policies 2005

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



# ALCOL. ISS. Principali progetti 2002-2008

EU - INTERNAZIONALI	NAZIONALI
ALC. POL. NETW. BTG	PRISMA
ELSA	PROGETTO INTEGRATO
BUILDING CAPACITY	ALCOLDIPENZA
PHEPA I & PHEPA II	MONITORAGGIO TV
MEGAPOLE	OSS. NAZ. ALCOL
ECAT	TVA
ECHI I & II	NIH/ISS agreement
ECHIM	CENTRO OMS RIC. ALCOL
BUILDING CAPACITY	CENTRO SERVIZI DOCUM. Alc.
PATHWAYS FOR HEALTH	IL PILOTA
WHO PHASE IV - EIBI	CAMPAGNE NAZIONALI MINSal
AMPHORA	REPORT EPIDEM. CCM
VINTAGE	CORSI EIBI

**Budget / fund raising ATTIVO: 7 milioni €**

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



nature

Vol 455/16 October 2008

## New law threatens Italian research jobs



Renato Brunetta has lambasted the civil service.

840

Nearly 2,000 Italian researchers will lose promised permanent positions under a law that is expected to come into force by the end of the year. They may have to leave public research altogether.

Last week, the chamber of deputies in Silvio Berlusconi's new centre-right government considered the bill, which is intended to reduce public spending by streamlining the civil service. Several researchers have put themselves up for sale on eBay, as part of a campaign that has also involved tens of thousands of protesters marching through the streets of Rome and other cities.

The proposed law explicitly reverses another law passed by the previous, centre-left government, whereby long-term no new recruitment, and the number of temporary research staff has consequently rocketed. There are at least 4,500 long-term temporary staff — known as *precari*, in reference to their precarious positions — who stumble from one short-term contract to another.

The scientists say that their protest is not directed against the conventional postdoc system, but against the unhealthy ratio of temporary to permanent staff. "We have pathological numbers because new long-term positions have been blocked," says Luciano Maiani, president of the CNR, Italy's national research council.

As a result of the protests, Brunetta says that researchers will be given until 1 July 2009 while he investigates their claims. But presidents of the various Italian research agencies believe that the only way out of the situation is for the agencies to have more autonomy from the civil service.

temporary research employees could be taken on permanently if they were suitably qualified. As it also prevents scientists from being employed on sequential short-term contracts, those already selected for permanency who have had more than three years of contract in the past five years will now be let go.

Renato Brunetta, the minister for public administration and innovation who designed the new law, has enraged scientists further by referring to many civil servants as *fannulloni*, or 'idlers'.

Researchers in Italy are civil servants, and the number of positions available is determined by the central government rather than by individual research agencies. The past decade has seen almost

"The government should recognize the highly specific professionalism of the research personnel — it is not appropriate for them to fall under civil-service rules," says Enzo Boschi, president of Italy's National Institute of Geophysics and Volcanology.

Claudio Gatti is a particle physicist at the National Institute of Nuclear Physics in Frascati who stands to lose a promised permanent job under the proposed law. He says that "in the Italian research system there's no planning, no mobility, no future — but we are ready to fight for our rights with every legal means available to us".

Research and education minister Mariastella Gelmini has not commented publicly on the situation, and did not respond to requests from *Nature* for comments.

Emiliano Feresin and Alison Abbott See Editorial, page 835.

A. CASASOLI/CONTRASTO/REX/NE



## Dignità, professionalità e lavoro dei ricercatori minacciate dall'approvazione da parte della Camera dei Deputati dell'art.37-bis del ddl n.1441-quater

In ISS attualmente operano circa 1800 unità di personale con contratto a tempo indeterminato e oltre 700 unità con contratto a tempo determinato o di collaborazione. Il 60 % del Personale dell'Osservatorio Nazionale Alcol e del Centro OMS di Ricerca sull' Alcol ha questo inquadramento frutto non di una scelta ma dell'applicazione di norme vigenti.

Buona parte del lavoro svolto dall'Istituto Superiore di Sanità è attribuibile a colleghi ai quale male si addice l'etichetta di "precari" dato che molti di loro hanno maturato un'estesa e competente permanenza in ISS; molti di essi sono anche Responsabili Scientifici di progetti finanziati con risorse frutto della capacità di attrazione degli stessi Ricercatori; spesso tali risorse si AGGIUNGONO alle risorse ordinarie generando ricchezza e sviluppo e non rappresentano un COSTO per lo Stato.

**Il personale dell'ISS** ritiene che l'approvazione dei provvedimenti che **sopprimono** la possibilità di mantenere contratti a tempo determinato e collaborazioni continuative arrecherebbe un danno insanabile alla Ricerca pubblica, minando l'autonomia e indipendenza e l'importante funzione che l'Istituto svolge.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Alcol: un impatto globale

“Ogni anno almeno 2,3 milioni di persone muoiono per una causa alcolcorrelata.”

Dr Ala Alwan, Assistant Director-General of WHO's Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.

- 55 milioni di persone sono consumatori a rischio in Europa, 23 milioni gli alcol dipendenti .
- 195.000 persone muoiono in EU per una delle 60 cause di morte alcolcorrelate; il 25 % dei decessi tra i maschi di età 15-29 e il 10 % dei decessi registrati tra le giovani donne è causato dal consumo rischioso di alcol.

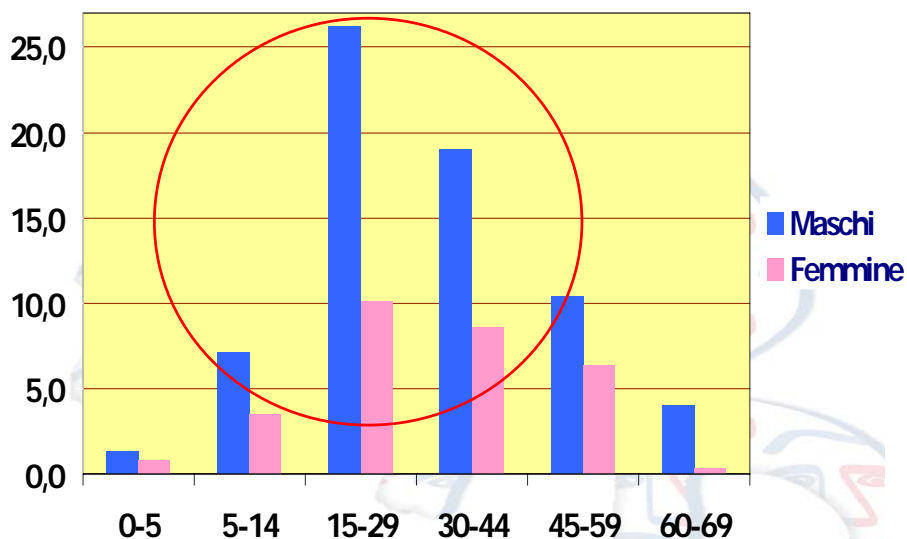
European Commission DGSANCO Fact sheet 2007.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS





## Mortalità alcol-attribuibile. Distribuzione per sesso e classi età Regione EUR A/WHO



Rehm J. ; Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region in 2002 – Implication for alcohol policy. 10th meeting National Counterpart EAAP, April 2004 (WHO)

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Alcol: un impatto globale

- 266 milioni di adulti bevono alcol fino a 20 gr (le donne) o 40 gr (gli uomini) al giorno
- 20 milioni di persone bevono più di 40 gr (donne) o più di 60 gr (uomini) al giorno

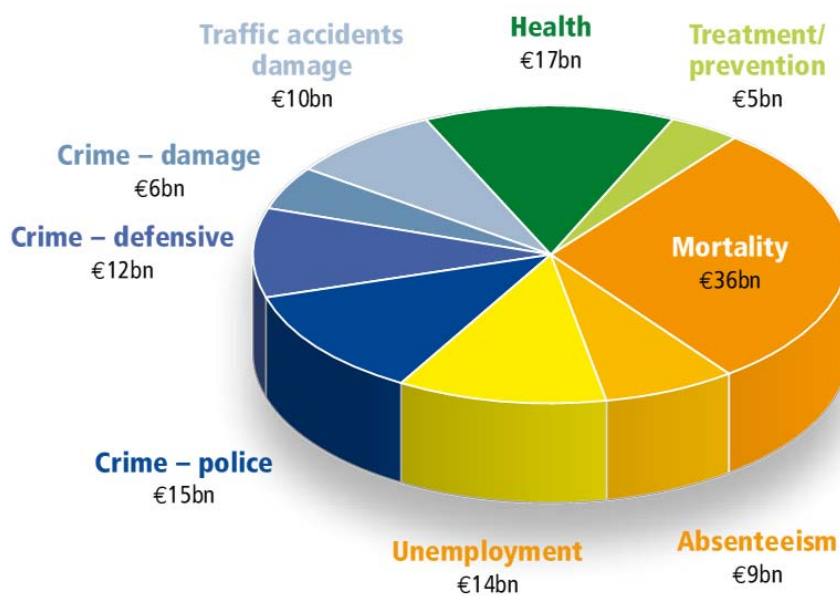
European Commission DG SANCO Fact sheet 2007.



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## I costi tangibili dell'alcol in Europa : 125 miliardi di euro



Source: Report on Alcohol in Europe (Anderson and Baumberg), June 2006

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



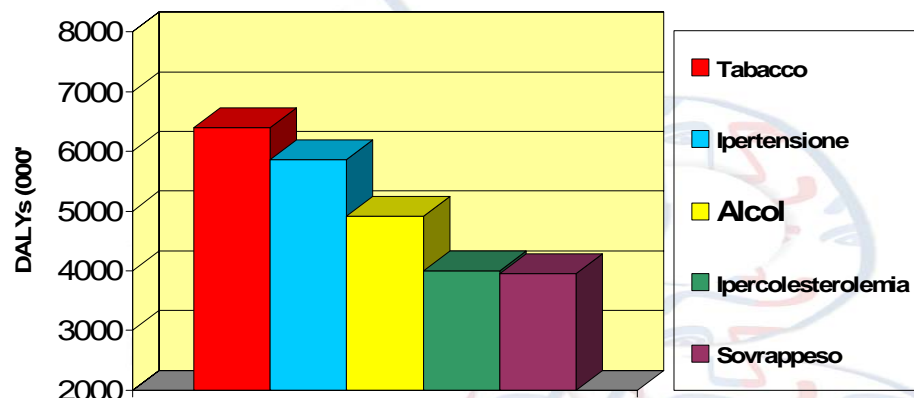
## Alcol: i costi intangibili

I costi non tangibili che si riferiscono al dolore, alla sofferenza e alla perdita della vita a causa dei danni sociali, sanitari e quelli legati ad atti criminosi dovuti all'alcol sono stimati per il 2003 in **270 miliardi di euro**

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## I 5 principali fattori di rischio di malattia e morte prematura in Europa



Fonte: World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization.

\*Un DALY (Disability Adjusted Life Year-Anni di vita al netto di disabilità) è l'unità di misurazione di un anno di morte prematura o malattia, aggiustata per la gravità della malattia



## La mortalità alcol-attribuibile

La mortalità alcol-attribuibile nella Regione EUROPEA del WHO (51 Stati Membri) è pari a circa il **6.3 %** di tutti i decessi registrati nel 2002\* e **doppia rispetto alla media Mondiale (3.1 %)**.

Tali proporzioni sono al netto del vantaggio derivante dal guadagno in mortalità relativo alle patologie cardiovascolari (CHD) registrabile nelle Nazioni a più bassa proporzione di consumatori "heavy" (>20 gr/die femmine; >40 gr/die maschi) e tra questi **l'Italia**, la Francia, la Spagna e la Grecia in cui si registrano minori livelli di mortalità alcolcorrelata.

\* (Rehm J, Room R. ref.:Alcohol as a risk factor for GBD, Eur. Add. Res. 2003)





## Mortalità TOTALE alcolcorrelata in ITALIA al netto della riduzione del rischio cardiovascolare (età > 20 anni) : **25.000 morti evitabili**

Maschi	20-44	45-64	20-64	65+	Totale 20+
Morti alcol-correlate	2408	3746	6154	11060	<b>17215</b>
Totale morti per tutte le cause	11970	43044	55014	221376	276390
Percentuale	20,12%	8,70%	11,19%	5,00%	6,23%

Femmine	20-44	45-64	20-64	65+	Totale 20+
Morti alcol-correlate	364	1125	1489	5357	<b>6846</b>
Totale morti per tutte le cause	5196	23291	28487	250824	279311
Percentuale	7,00%	4,83%	5,23%	2,14%	2,45%

Estimating alcohol-attributable mortality and burden of disease for Italy – what is avoidable?  
Jürgen Rehm, Emanuele Scafato. Alcohol Prevention day 2007, Rome  
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Rehm.pdf>



## Mortalità cardiovascolare alcolcorrelata in ITALIA. Frazioni di rischio (%) per patologia cardiovascolare specifica

	Frazioni di Rischio Alcolattribuibili (AAF)	
	M	F
<b>Ipertensione</b>	<b>42.7%</b>	<b>20.8%</b>
<b>Cardiopatia ischemica</b>	-8.5%	-8.0%
<b>Aritmie</b>	<b>45.2%</b>	<b>32.3%</b>
<b>Stroke</b>	<b>15.2%</b>	<b>0.9%</b>
<b>Stroke ischemico</b>	1.0%	-8.2%
<b>Stroke NOS (non specificato)</b>	<b>11.5%</b>	-2.6%

Estimating alcohol-attributable mortality and burden of disease for Italy – what is avoidable?  
Jürgen Rehm, Emanuele Scafato. Alcohol Prevention day 2007, Rome  
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Rehm.pdf>





## Mortalità cardiovascolare alcolcorrelata in ITALIA: **9000 morti evitabili**

Maschi	20-44	45-64	20-64	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per malattie cardiovascolari	128	609	737	5319	<b>6057</b>
(b) Totale morti per malattie cardiovascolari	1726	11821	13547	92052	105599
<b>Percentuale (a)/(b)</b>	<b>7,44%</b>	<b>5,15%</b>	<b>5,44%</b>	<b>5,78%</b>	<b>5,74%</b>
(c) Totale morti per tutte le cause	11970	43044	55014	221376	276390
<b>Percentuale (a)/(c)</b>	<b>1,07%</b>	<b>1,42%</b>	<b>1,34%</b>	<b>2,40%</b>	<b>2,19%</b>

Femmine	20-44	45-64	20-64	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per malattie cardiovascolari	27	111	138	2705	<b>2843</b>
(b) Totale morti per malattie cardiovascolari	659	4429	5088	126305	131393
<b>Percentuale (a)/(b)</b>	<b>4,13%</b>	<b>2,50%</b>	<b>2,71%</b>	<b>2,14%</b>	<b>2,16%</b>
(c) Totale morti per tutte le cause	5196	23291	28487	250824	279311
<b>Percentuale (a)/(c)</b>	<b>0,52%</b>	<b>0,48%</b>	<b>0,48%</b>	<b>1,08%</b>	<b>1,02%</b>

Fonte: Stima della mortalità alcol-correlata in Italia . Emanuele Scafato, Jurgen Rehm, Silvia Ghirini  
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/scafato08.asp>

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Appropriatezza e cautela per i messaggi e le raccomandazioni di salute

“In buona sostanza, se un bicchiere di vino o di qualunque altra bevanda alcolica può giovare alla riduzione del rischio per una specifica condizione patologica, allo stesso tempo incrementa significativamente il rischio per altre patologie: il cancro, la cirrosi epatica, gli incidenti e la maggior parte delle patologie vascolari, solo per citare le più importanti.

Questo è motivo di riflessione in merito alle opportunità di diffusione di una **corretta comunicazione sui rischi che comporta anche la moderazione** e sull’impatto individuale delle scelte personali. È inoltre motivo di riflessione sulla **necessità, da parte dei media, di garantire un’informazione completa e oggettiva e, nel caso della televisione pubblica, lontana da interessi commerciali.**”

Fonte: La necessità di appropriatezza e di cautela per i messaggi e le raccomandazioni sull’effetto protettivo di consumi moderati di alcol. Emanuele Scafato . Epicentro 2008..  
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/scafato08.asp>

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS





# Morbilità.

## Rischi relativi per patologia, sesso e livelli di consumo in grammi di alcol/die :

### non solo cirrosi epatica....



#### 4. Alcohol and health

Table 4.1. Relative risks for selected conditions where alcohol is a risk factor

	Women			Men		
	Alcohol consumption, g/day					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
<b>Neuro-psychiatric conditions</b>						
Epilepsy	1.3	7.2	7.5	1.2	7.5	6.8
<b>Gastrointestinal conditions</b>						
Cirrhosis of the liver	1.3	9.5	13.0	1.3	9.1	13.0
Oesophageal varices	1.3	9.5	9.5	1.3	9.5	9.5
Acute and chronic pancreatitis	1.3	1.8	1.8	1.3	1.8	3.2
<b>Metabolic and endocrine conditions</b>						
Diabetes mellitus	0.9	0.9	1.1	1.0	0.6	0.7
<b>Malignant neoplasms</b>						
Mouth and oropharynx cancers	1.5	2.0	5.4	1.5	1.9	5.4
Oesophageal cancer	1.8	2.4	4.4	1.8	2.4	4.4
Laryngeal cancer	1.8	3.9	4.9	1.8	3.9	4.9
Liver cancer	1.5	3.0	3.6	1.5	3.0	3.6
Breast cancer	1.1	1.4	1.6			
Other neoplasms	1.1	1.3	1.7	1.1	1.3	1.7
<b>Cardiovascular (CVD) diseases</b>						
Hypertensive disease	1.4	2.0	2.0	1.4	2.0	4.1
Coronary heart disease	0.8	0.8	1.1	0.8	0.8	1.0
Ischaemic stroke	0.5	0.6	1.1	0.9	1.3	1.7
Haemorrhagic stroke	0.6	0.7	8.0	1.3	2.2	2.4
Cardiac arrhythmias	1.5	2.2	2.2	1.5	2.2	2.2
<b>Conditions arising during the perinatal period</b>						
Spontaneous abortion	1.2	1.8	1.8	1.0	1.4	1.4
Low birth weight <sup>1</sup>	1.0	1.4	1.4	0.9	1.4	1.4
Prematurity <sup>1</sup>	0.9	1.4	1.4	1.0	1.7	1.7
Intrauterine growth retardation <sup>1</sup>	1.0	1.7	1.7			

<sup>1</sup>Relative risk refers to drinking of mother  
Source: Rehm et al. (2004)

HEPATOLOGY Vol. 27, No. 6, 1998

## Diet and Gallstones in Italy: The Cross-Sectional MICOL Results

ADOLFO FRANCESCO ATTILI,<sup>1</sup> EMANUELE SCAFATO,<sup>1</sup> ROBERTO MARCHIOLI,<sup>2</sup> ROSA MARIA MARFISI,<sup>2</sup> DAVIDE FESTI,<sup>3</sup> AND THE MICOL GROUP\*

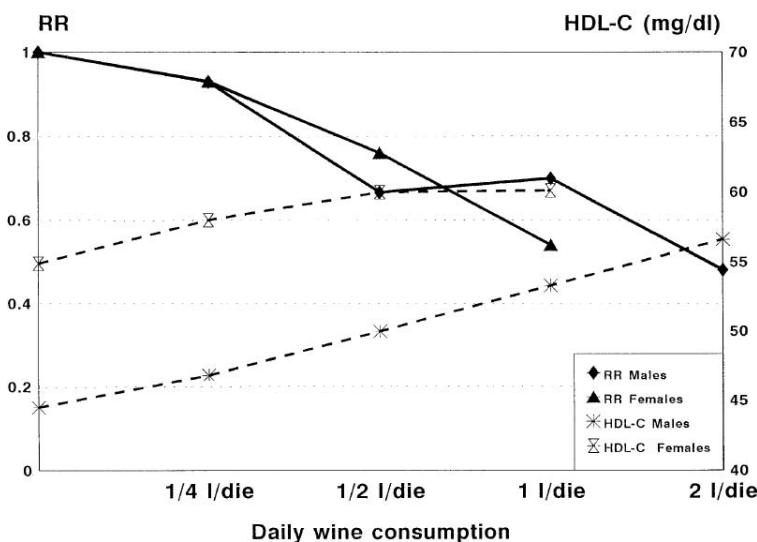


FIG. 1. RR of undiagnosed GS and serum HDL cholesterol levels by daily wine consumption.

Although the association of GS with HDL cholesterol levels reported in some articles<sup>73-75</sup> does not seem to be independent,<sup>37,52,57</sup> our observations support the hypothesis that alcohol protects against GS formation by increasing serum HDL cholesterol levels. Other mechanisms cannot be excluded.





# Alcohol consumption, mild cognitive impairment, and progression to dementia

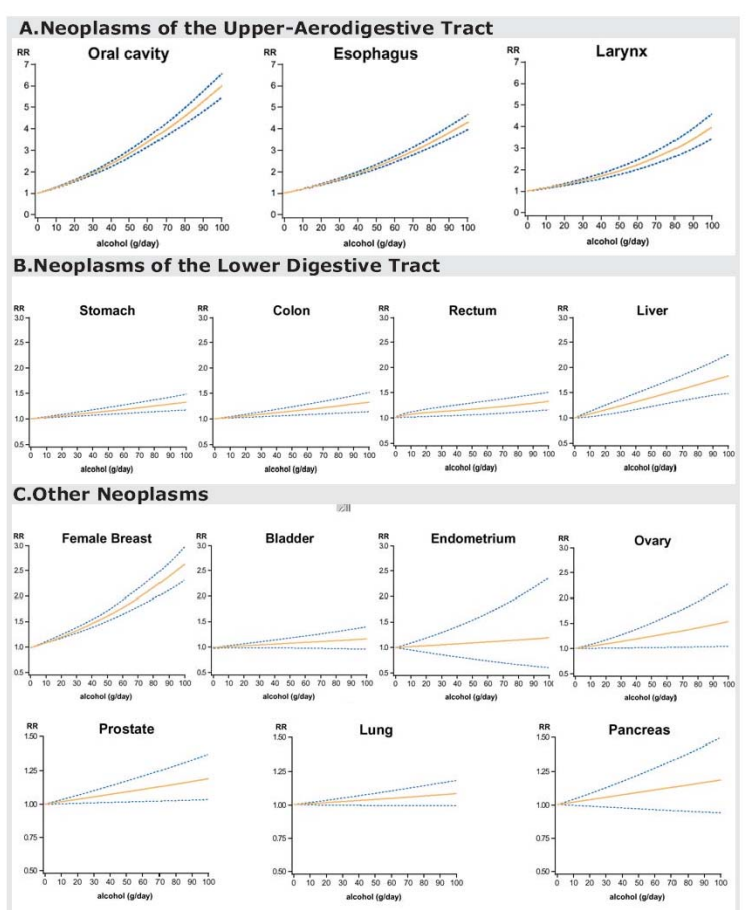
V. Solfrizzi, MD  
 A. D'Introno, PhD  
 A.M. Colacicco, PhD  
 C. Capurso, MD  
 A. Del Parigi, MD  
 G. Baldassarre, MD  
 P. Scapicchio, MD  
**E. Scafato, MD**  
 M. Amodio, MD  
 A. Capurso, MD  
 F. Panza, MD  
 For the Italian Longitudinal Study on Aging Working Group\*

Patients with mild cognitive impairment who were moderate drinkers, i.e., those who consumed **less than 1 drink/day**, had a lower rate of progression to dementia than abstainers (hazard ratio [HR] 0.15; 95% CI 0.03 to 0.78). Furthermore, moderate drinkers with mild cognitive impairment who consumed **less than 1 drink/day of wine** showed a significantly lower rate of progression to dementia than abstainers (HR 0.15; 95% CI 0.03 to 0.77).

Neurology 68 May 22, 2007



## Relazione tra RR di differenti tipi di CANCRO e quantità crescenti di consumo giornaliero di alcol



Source: Bagnardi et al. 2001.





## 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"

Tab.15a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI ATTRIBIBILI ALL'ALCOL SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2004

Cause di dimissione (*)	Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	4.325	1.026	5.351	80,8%	19,2%	5,0%
303	25.422	7.859	33.281	76,4%	23,6%	30,8%
305.0	8.038	2.973	11.011	73,0%	27,0%	10,2%
357.5	1.848	472	2.320	79,7%	20,3%	2,1%
425.5	586	80	666	88,0%	12,0%	0,6%
535.3	600	274	874	68,6%	31,4%	0,8%
571.0	7.586	2.398	9.984	76,0%	24,0%	9,2%
571.1	3.590	745	4.335	82,8%	17,2%	4,0%
571.2	26.333	7.073	33.406	78,8%	21,2%	30,9%
571.3	5.268	1.143	6.411	82,2%	17,8%	5,9%
977.3	18	7	25	72,0%	28,0%	0,0%
980	227	97	324	70,1%	29,9%	0,3%
<b>Totale</b>	<b>83.841</b>	<b>24.147</b>	<b>107.988</b>	<b>77,6%</b>	<b>22,4%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(\*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Sulla base dei 108.000 ricoveri del 2004 i dati disponibili indicano che la CIRROSI permane la condizione per la quale si registra il maggior ricorso al ricovero affiancata dai circa 33.000 ricoveri richiesti da ALCOLDIPENDENTI.

Rilevanti i ricoveri da ABUSO di ALCOL e per STEATOSI EPATICA, DANNO da ALCOL e EPATITE ACUTA (chiari indicatori di consumo dannoso di alcol).

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## 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"

Tab. 15 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL (cod. ICD 9-CM: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) - ANNO 2004 (Dimessi per 100.000 abitanti)

Regione di dimissione	<= 14 anni		15 - 35 anni		36 - 55 anni		> 55 anni		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Piemonte	3,7	2,4	92,6	40,4	362,3	139,4	410,9	96,3	169,5
Valle d'Aosta	12,1	25,9	217,4	91,6	895,6	422,8	1.583,2	310,2	514,6
Lombardia	4,2	4,2	138,4	44,3	370,0	127,6	565,8	114,3	193,4
Prov. Auton. Bolzano	31,5	30,5	373,2	137,8	953,6	334,2	1.626,5	398,4	510,8
Prov. Auton. Trento	2,6	8,3	136,8	33,6	630,7	181,6	1.191,3	224,1	331,9
Veneto	3,7	0,3	99,1	32,7	393,2	162,7	755,0	195,2	232,2
Friuli Venezia Giulia	2,8	0,0	65,4	19,8	394,6	164,8	827,3	205,6	255,6
Liguria	3,4	7,2	207,6	82,9	561,8	202,6	472,9	102,8	241,7
Emilia Romagna	2,4	1,7	123,1	38,4	390,9	143,8	423,2	90,4	179,5
Toscana	4,1	2,4	128,8	50,7	306,4	120,9	276,4	70,3	139,7
Umbria	3,7	7,9	97,5	30,5	231,8	55,0	324,0	50,4	115,9
Marche	3,0	3,2	174,8	66,4	473,4	167,3	370,0	71,3	189,5
Lazio	1,9	2,6	120,4	38,1	361,9	83,8	347,5	69,0	142,7
Abruzzo	5,5	7,0	258,1	63,8	583,0	135,7	637,2	98,6	250,7
Molise	8,8	0,0	191,9	20,8	667,9	144,9	556,2	130,0	242,5
Campania	3,4	1,4	80,9	16,3	246,0	52,1	218,8	60,9	86,9
Puglia	3,9	2,8	102,0	21,0	292,4	61,7	297,9	63,9	111,1
Basilicata	0,0	0,0	115,7	20,1	428,3	73,4	459,7	70,5	159,0
Calabria	5,5	1,9	90,8	22,0	345,8	67,0	443,2	76,7	138,5
Sicilia	6,1	2,2	80,7	14,7	259,9	51,0	201,0	39,4	86,0
Sardegna	5,3	4,7	155,1	30,1	502,9	100,5	557,3	78,6	198,0
<b>Italia</b>	<b>4,2</b>	<b>3,0</b>	<b>118,6</b>	<b>35,0</b>	<b>367,6</b>	<b>112,3</b>	<b>447,9</b>	<b>97,3</b>	<b>165,5</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

### LE DIMISSIONI OSPEDALIERE TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL

Alcoldipendenza  
Psicosi alcolica  
Intossicazione alcolica  
Abuso alcolico  
Cardiomiopatia alcolica  
Gastrite alcolica  
Polineuropatia alcolica

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS







## 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"



Tab.15 c - **DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL** (cod. ICD 9-CM: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) **SECONDO LA CLASSE DI ETÀ' DEL DIMESSO - ANNO 2004**

Cause di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	0,1	12,9	49,2	37,7	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,2	19,5	53,7	26,7	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,4	32,3	46,7	19,6	100,0
357.5	Polineuropatia alcoolica	0,0	4,1	45,7	50,1	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	0,2	4,1	36,9	58,9	100,0
535.3	Gastrite alcoolica	0,5	12,0	37,0	50,6	100,0
571.0	Steatosi epatica alcoolica	0,1	8,0	40,2	51,7	100,0
571.1	Epatite acuta alcoolica	0,0	10,7	46,0	43,3	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	0,0	1,8	31,5	66,7	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,0	7,7	42,4	49,9	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	36,0	56,0	8,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	16,7	31,2	31,2	21,0	100,0
<b>Totale</b>		<b>0,3</b>	<b>12,4</b>	<b>43,2</b>	<b>44,1</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(\*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

**NOTA: Ogni 100 ricoveri per INTOSSICAZIONE DA ALCOL , 17 sono a carico di GIOVANI AL DI SOTTO DEI 14 anni di età.**



## Pattern di consumo di alcol



\*6 in Italia





## L'astensione o sobrietà

La sobrietà è l'attuazione, secondo le proprie convinzioni e capacità, di un comportamento dettato dall'analisi e autovalutazione delle circostanze che potenzialmente espongono a rischio nella piena consapevolezza dei propri limiti e nel rispetto dell'esigenza individuale e collettiva di tutela di salute e sicurezza; la sobrietà, al pari della scelta del bere, è una libera scelta e non è attuata come rassegnazione di una moderazione e/o astinenza forzata.



## Consumo a basso rischio

**Non esistono livelli di consumo privi di rischi.**

La quantificazione dei consumatori a basso rischio (moderati) di alcol si basa, intuitivamente, sull'identificazione dei consumatori che NON eccedono le quantità che gli Organismi di tutela della salute indicano come **"limite massimo"** da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte di **bassi consumi** o, per contesti o condizioni definiti (*alcohol free*) **dell'astensione** nel consumo (guida, gravidanza, luoghi di lavoro, infanzia e adolescenza, assunzione di farmaci).



## WHO Framework Policy on Alcohol 2005-2010

La FAP WHO 2005 dedica un intero paragrafo alle “**alcohol free situations**”, alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l’uso di alcol.

Tra le situazioni elencate quelle relative:

- alla sicurezza stradale
- alla sicurezza nei luoghi di lavoro
- alla gravidanza
- all’età infantile ed adolescenziale
- ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile

sono quelli per cui esistono evidenze di priorità di intervento ai fini della sicurezza e della salute.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Classificazione WHO delle tipologie dei LIVELLI DI RISCHIO alcolcorrelato: terminologia ICD 10

- **CONSUMO RISCHIOSO (“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 l'uso 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.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS







## Livelli di rischio e criteri di intervento

	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
<b>Basso</b>	<280g/settimana uomini <140g/settimana donne*	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
<b>Rischioso "hazardous"</b>	280-349 g/settimana uomini 140-209 g/settimana donne	Consigli in forma breve	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve
<b>Dannoso "harmful"</b>	>=350g/settimana uomini >=210 g/settimana donne <u>Presenza di danno alla salute</u>	Consigli accompagnati da breve consulenza psicologica e monitoraggio continuo	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve, follow-up clinico
<b>Alto (alcol-dipendenza)</b>	Criteri ICD-10	Intervento specialistico	Identificazione, valutazione, consulenza specialistica, follow-up

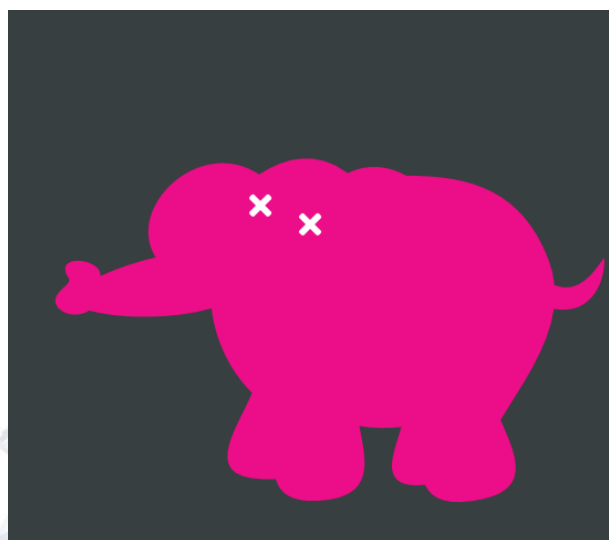
**\*INOLTRE: Qualsiasi consumo in donne in gravidanza, soggetti di età inferiore ai 16 anni o con patologie o trattamenti controindicazioni per il consumo di alcol**

Fonte: Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Una classificazione alternativa ...



*There are, broadly speaking, two types of drinkers. There is the man whom we all know, stupid, unimaginative, whose brain is bitten numbly by numb maggots; who walks generously with wide-spread, tentative legs, falls frequently in the gutter, and who sees, in the extremity of his ecstasy, blue mice and pink elephants.*

*"Ci sono due tipi di bevitori. (...)*

*Tra questi c'è quello che cammina a passi larghi, con gambe incerte, cade frequentemente per la strada e vede, al culmine della sua estasi, gatti blu e elefanti rosa."* Jack London in "John Barleycorn", Chapter II, 1913

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## 'ECAT: Empower the Community in response to **Alcohol** Threats'

L'elefante rosa è un **espressione (e un immagine) eufemistica** scelta e utilizzata dal Progetto Europeo ECAT come **metafora** delle allucinazioni causate dall'alcol. Il termine, coniato originariamente in lingua inglese, è stato acquisito e tradotto nel corso degli anni in diverse lingue e culture.

Un "elefante nella stanza" è una espressione idiomatica spesso utilizzata nel settore del trattamento delle dipendenze per descrivere la riluttanza di un amico o dei parenti ad ammettere i problemi della persona alcolizzata o tossicodipendente rinforzando così il suo diniego del problema

(Typpo, M.H., Hastings, J.M. (1984). *An Elephant in the Living room. A Leaders' Guide for Helping Children of Alcoholics. Centre City, Minnesota: Hazelden.*)

In senso più generale l'elefante può essere percepito come un animale goffo, lento, talvolta infuriato e per questo potenzialmente pericoloso o dannoso in un contesto fragile (è comune l'espressione "muoversi come un elefante tra i vasi di cristallo").

**Pericoloso e dannoso come potenzialmente può risultare l'alcol.**



([www.vad.be/ecat](http://www.vad.be/ecat))



## Le PPAC

Volendo riassumere l'estesa gamma di effetti negativi, sanitari e sociali, che può produrre l'alcol in funzione del consumo non moderato ci si riferisce alle **Patologie e ai Problemi Alcol Correlati (PPAC)** e a una modalità che convenzionalmente identifica la dimensione del cosiddetto **bere problematico**.



# Consumatori a rischio

Si definiscono a rischio i consumi quantitativi oltre i quali gli effetti dell'alcol influiscono negativamente sull'individuo. Secondo le linee guida italiane per una sana alimentazione un individuo è da considerarsi a maggior rischio:

se il consumo giornaliero è superiore a :

<b>0 Unità</b> fino ai 16 anni		<b>1 Unità</b> tra i 18 e i 20 anni ed oltre i 65 anni		<b>1-2 Unità</b> per le donne		<b>2-3 Unità</b> per gli uomini
-----------------------------------	---	--	---	----------------------------------	---	------------------------------------

E' inoltre a maggior rischio il consumo in un'unica occasione di 5 o più bevande alcoliche (*Binge drinking*)

<b>Birra</b> 330 ml	<b>Vino</b> 125 ml	<b>Aperitivo</b> 80 ml	<b>Cocktail alcolico</b> 40 ml
	<i>oppure</i>		<i>oppure</i>
<b>4,5°</b>		<b>12°</b>	<b>18°</b>
			<i>oppure</i>
			<b>36°</b>

1 bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol



# I consumi a rischio: le dimensioni da esaminare

**QUANTITA'  
QUOTIDIANE  
CONSUMATE**

**CONCENTRAZIONE  
DEI CONSUMI  
"BINGE DRINKING"**





## Consumatori a rischio

### La corretta valutazione delle dimensioni reali del fenomeno

L'elaborazione ed analisi statistica delle variabili della Multiscopo ISTAT quantificano gli individui a rischio riportando SEPARATAMENTE le stime per:

- **eccedenza dei limiti quotidiani**
- **binge drinking.**

Nella definizione "a rischio" (attualmente esclusivamente riferita a coloro che eccedono i limiti) non trova adeguata stima e rappresentazione la quantificazione puntuale del **numero reale di individui che evidentemente occorre identificare come "a rischio" ANCHE sulla base del binge drinking.**

Ciò condurrebbe ad una stima più utile in termini di valutazione ed intervento.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Consumatori a rischio

### Il criterio dell'ISS

L'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) identifica i "consumatori a rischio" come quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (superamento quotidiano dei limiti ma anche binge drinking) e, in coerenza con l'esigenza di identificare esaustivamente la platea degli individui a rischio ha elaborato su tali basi le stime utili per il livello nazionale e regionale **ad integrazione di quelle ISTAT.**

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1°Conf. Naz. Alcol Roma 2008



## Consumatori a rischio Il criterio dell'ISS

- a) le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA);
- b) gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA);
- c) tutti i giovani di età inferiore ai 15 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche;
- d) i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno;
- e) gli ultra 65enni, che eccedono il consumo di 1 UA al giorno.
- g) TUTTI gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*).

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1°Conf. Naz. Alcol Roma 2008



## L'identificazione dei consumatori a rischio in una prospettiva di salute pubblica: l'esigenza di un indicatore di "sintesi"



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1°Conf. Naz. Alcol Roma 2008



## Pattern di consumo (prevalenze %) per sesso e classi di età. NON CONSUMATORI. CRITERIO ISS, ITALIA 2007

Sesso	Classi di età	NON consumatori
MASCHI	11-15 (al di sotto età legale)	77,2
	16-17 (giovani minorenni)	36,7
	18-24 (giovani)	19,8
	25-44 (giovani adulti)	13,3
	45-64 (adulti)	12,2
	65-74 (giovani anziani)	15,1
	>75 (anziani)	24,7
	<b>Totale</b>	<b>19,0</b>
FEMMINE	11-15 (al di sotto età legale)	83,2
	16-17 (giovani minorenni)	54,5
	18-24 (giovani)	37,5
	25-44 (giovani adulti)	37,3
	45-64 (adulti)	37,7
	65-74 (giovani anziani)	47,9
	>75 (anziani)	55,9
	<b>Totale</b>	<b>43,7</b>

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1<sup>o</sup>Conf. Naz. Alcol Roma 2008



## Pattern di consumo (prevalenze %) per sesso e classi di età. CONSUMATORI A BASSO RISCHIO, CRITERIO ISS, ITALIA 2007

Sesso	Classi di età	Consumatori A BASSO RISCHIO
MASCHI	11-15 (al di sotto età legale)	-
	16-17 (giovani minorenni)	42,4
	18-24 (giovani)	55,1
	25-44 (giovani adulti)	65,7
	45-64 (adulti)	67,5
	65-74 (giovani anziani)	33,5
	>75 (anziani)	31,6
	<b>Totale</b>	<b>54,6</b>
FEMMINE	11-15 (al di sotto età legale)	-
	16-17 (giovani minorenni)	39,3
	18-24 (giovani)	52,3
	25-44 (giovani adulti)	57,2
	45-64 (adulti)	57,5
	65-74 (giovani anziani)	39,1
	>75 (anziani)	33,8
	<b>Totale</b>	<b>48,5</b>

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1<sup>o</sup>Conf. Naz. Alcol Roma 2008



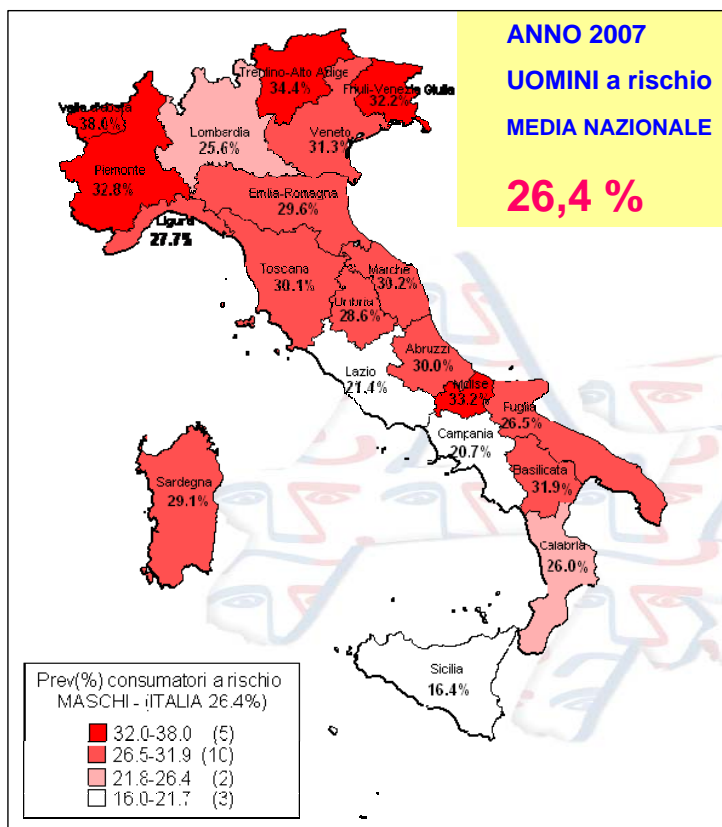


# Consumatori a rischio per sesso e classi di età. 9 milioni di bevitori problematici .ITALIA 2007

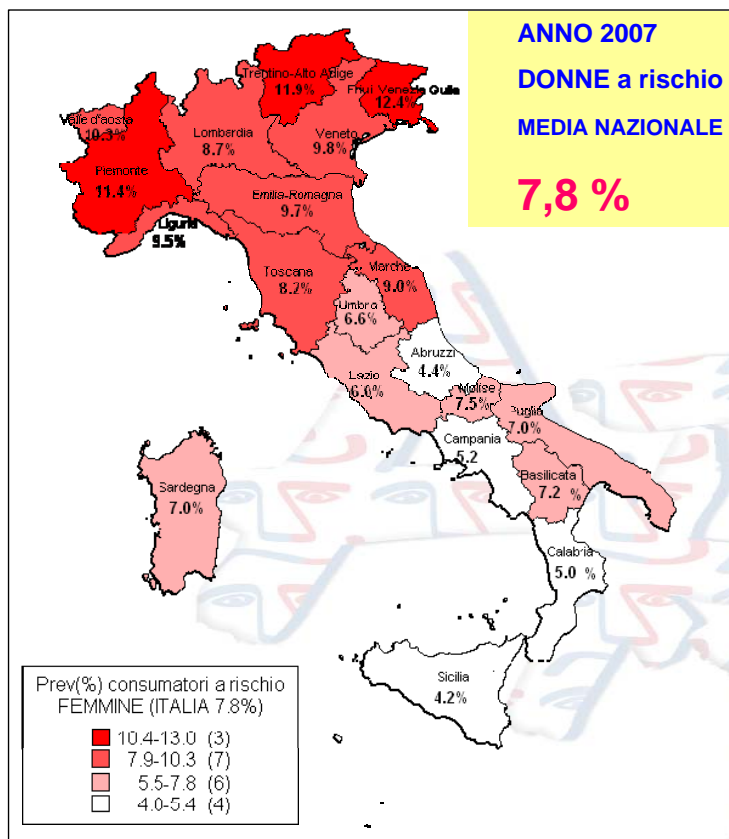


Sesso	Classi di età	Consumatori A RISCHIO (Criterio ISS)	Consumatori A RISCHIO (Numerosità)
MASCHI	11-15 (al di sotto età legale)	22,8	342.398
	16-17 (giovani minorenni)	20,9	129.991
	18-24 (giovani)	25,1	523.351
	25-44 (giovani adulti)	21,0	1.882.104
	45-64 (adulti)	20,3	1.496.607
	65-74 (giovani anziani)	51,4	1.478.083
	>75 (anziani)	43,6	867.131
	<b>Popolazione 11+</b>	<b>26,4</b>	<b>6.719.665</b>
FEMMINE	11-15 (al di sotto età legale)	16,8	233.377
	16-17 (giovani minorenni)	6,3	36.795
	18-24 (giovani)	10,2	214.087
	25-44 (giovani adulti)	5,5	483.177
	45-64 (adulti)	4,8	368.262
	65-74 (giovani anziani)	13,0	451.056
	>75 (anziani)	10,3	330.428
	<b>Popolazione 11+</b>	<b>7,8</b>	<b>2.117.182</b>

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1°Conf. Naz. Alcol Roma 2008



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2006



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2006

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Le criticità relative alla diffusione dei comportamenti a rischio tra minori e giovani

Oltre 740 mila MINORI a RISCHIO

- Tra i 11-15 anni, al di sotto dell'età minima legale **1 ragazzo su 5 è un consumatore a rischio**
- Tra i 16-17 anni su 100 ragazzi circa **14 sono a rischio**
- La quota delle ragazzine a rischio 11-15enni (**16,8 %**) supera il valore della media nazionale delle consumatrici a rischio (**7,8 %**)

oltre 700.000 18-24enni a RISCHIO

- Tutti i comportamenti a rischio considerati sono più diffusi tra i maschi.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

# Le criticità relative alla diffusione dei comportamenti a rischio tra gli ANZIANI



Oltre 3.120.000 ultra65enni a RISCHIO

- Tra gli anziani si registrano in assoluto le più elevate quote di consumatori a rischio.
- Tra i maschi ultra65enni, 1 anziano su 2 è a rischio, tra le donne la proporzione è circa di 1 su 10.



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

## I dati epidemiologici Progetto IPREA. Italian Project Epidemiology on Alzheimer Disease Consumatori a rischio 65-84 anni

(Dati standardizzati sul campione alla popolazione italiana)

Tipologia di consumo	Maschio				Femmina			
	n.	%	IC (95%)		n.	%	IC (95%)	
			inf.	sup.			inf.	sup.
Consumatori attuali di bevande alcoliche	3.106.781	75,1	72,9	77,2	2.488.162	44,7	42,1	47,3
Consumatori attuali di vino	3.083.378	74,6	72,4	76,7	2.461.869	44,2	41,7	46,8
Consumatori di alcol a Rischio (criterio ISS-INRAN)	2.181.992	52,8	50,3	55,2	977.222	17,6	15,6	19,6

■ 3.159.214 anziani (52,8 % M e 17,6 % F) sono a rischio alcolcorrelato (prev. vino)

Fonte; Epidemiology of Alzheimer disease in Italy. E.Scafato and the IPREA group (in press)

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS





## Il cambiamento della cultura e dei modelli del bere in Italia : “wine eaters”?

L'Italia è la Nazione in cui lo stile mediterraneo dell'alimentazione nasce e si sviluppa sin dagli anni '60. Il vino rappresenta un elemento caratterizzante della dieta mediterranea e, tradizionalmente, si parla di consumo mediterraneo riferendosi ad un consumo:

- Quotidiano
- Moderato (1-2 bicch. F; 2-3 bicch. M)
- Ai pasti



## Il declino del bere mediterraneo in Italia. Elaborazione ISS-WHO-RPA su dati ISTAT 2005 (>11 anni)

### Consumatori di vino

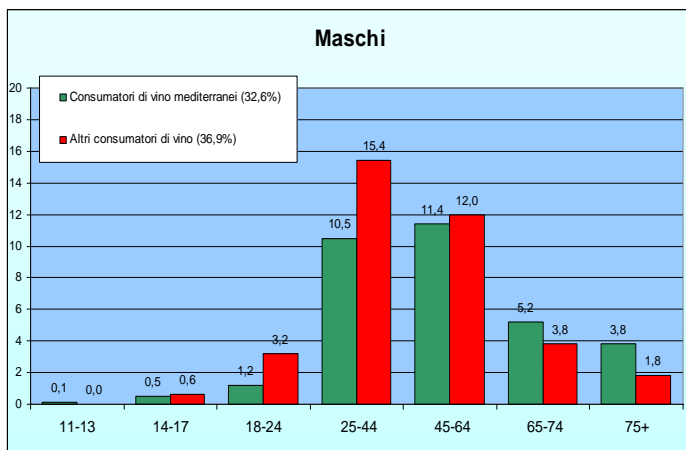
Maschio		Femmina	
N.	%	N.	%
17.446.058	69,5	11.610.828	43,1

**LA META' DEI CONSUMATORI DI VINO NON  
SEGUE IL MODELLO MEDITERRANEO E**

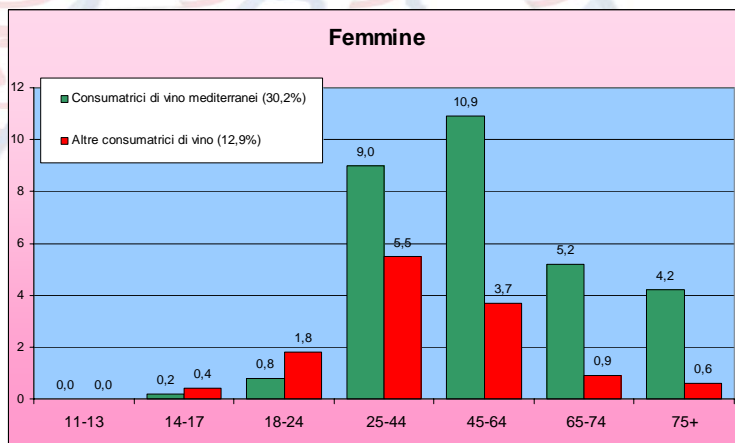
- NON CONSUMA MODERATAMENTE IL VINO
- NON LO CONSUMA AI PASTI

	Sesso				Totale	
	Maschio		Femmina		N.	%
	N.	%	N.	%	N.	%
Consumatori mediterranei*	8.185.128	46,9	8.140.326	70,1	16.325.454	56,2
Altri consumatori di vino**	9.260.930	53,1	3.470.503	29,9	12.731.433	43,8

E. SCAFATO et Al. Epicentro 2007



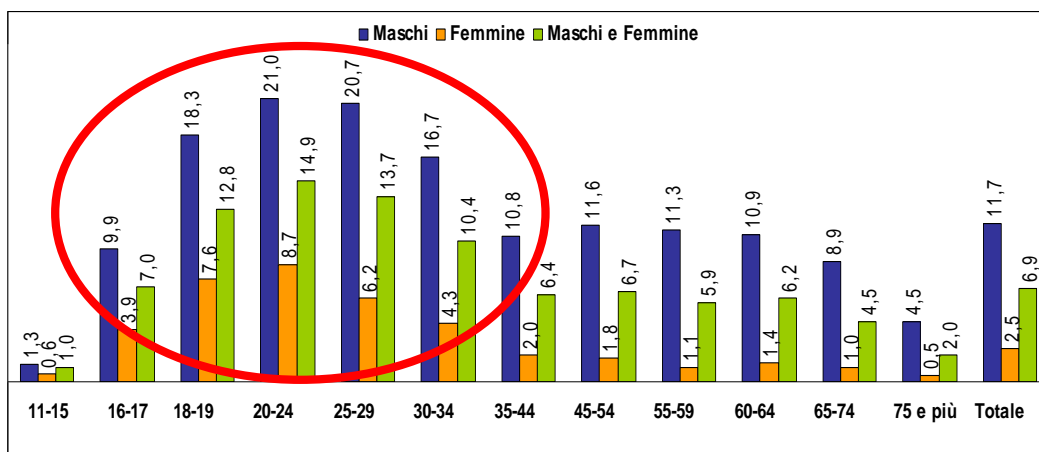
## Tipologia dei consumatori di vino



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Consumo di alcolici fuori pasto



- ✓ Il **6,9%** della popolazione di 11 anni e più ha dichiarato di bere alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana
- ✓ Sono più gli uomini delle donne a farlo: **11,7%** contro **2,5%**
- ✓ In particolare i giovani:
  - tra 18-19 anni: **18,3%** dei **maschi** e **7,6%** delle **femmine**
  - tra 20-24 anni: **21%** dei **maschi** e **8,7%** delle **femmine**

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

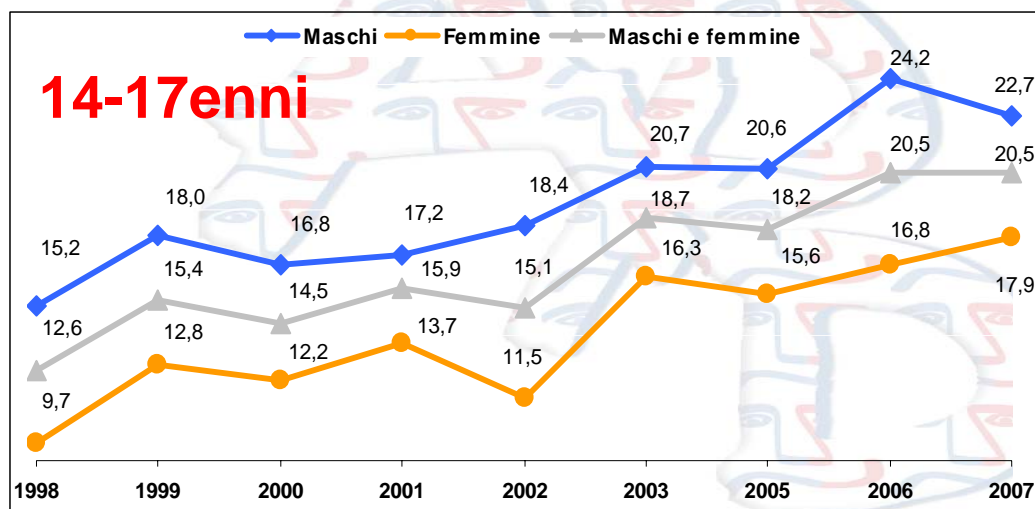




## Trend Consumo di alcolici fuori pasto

Tra 1998 e 2007:

- ✓ Crescita del consumo almeno una volta la settimana dal **5,1%** al **7%** per la popolazione di 14 anni e più
- ✓ Forte crescita del consumo di alcolici fuori pasto tra i ragazzi di **14-17 anni**: dal **12,6%** al **20,5%**
- ✓ Crescita maggiore tra le ragazze: dal **9,7%** al **17,9%**



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Considerazioni

Meno della metà degli uomini che dichiarano di consumare vino possono essere considerati consumatori "mediterranei".

Le donne presentano più degli uomini una tendenza al consumo ispirate al modello culturale tradizionale.

L'influenza dei modelli familiari del bere è determinante nell'adozione di consumi a maggior rischio.

E' verosimile che tutti questi aspetti possano aver influenzato nel recente trascorso il bere a rischio in Italia e in particolare contribuito a determinare la perdita della cultura ispirata alla moderazione e per la mancata trasmissione transgenerazionale del modello di consumo tradizionale.



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

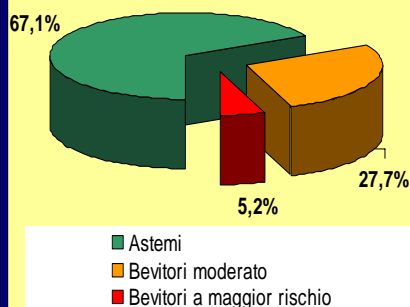


## INFLUENZA FAMILIARE SUI CONSUMI DI ALCOL.

Distribuzione dei **coniugi e conviventi** consumatori di bevande alcoliche in base alla categoria di consumo e alla modalità di consumo del capofamiglia

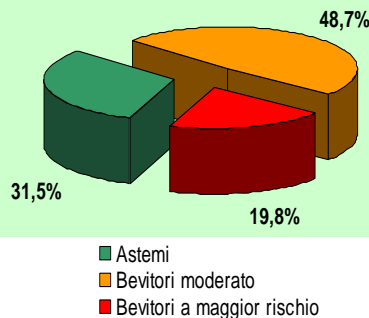
### ASTEMIO

GRAF.5 CONIUGI E CONVIVENTI CON CAPOFAMIGLIA ASTEMIO (13,5%)



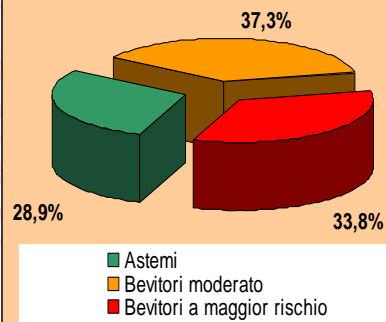
### MODERATO

GRAF.6 CONIUGI E CONVIVENTI CON CAPOFAMIGLIA BEVITORE MODERATI (74,4%)



### ECESSIVO

GRAF.7 CONIUGI E CONVIVENTI CON CAPOFAMIGLIA BEVITORE A MAGGIOR RISCHIO (12,1%)



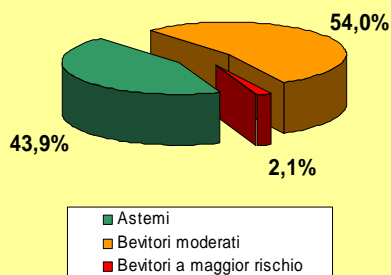
Fonte: L'INFLUENZA DEI COMPORTAMENTI FAMILIARI SUL CONSUMO DI ALCOL  
E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo. Istituto Superiore di Sanità. 2006.Roma  
Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su  
Alcol e Problematiche Alcolcorrelate

## INFLUENZA FAMILIARE SUI CONSUMI DI ALCOL.

Distribuzione dei **FIGLI** consumatori di bevande alcoliche in base alla categoria di consumo e alla modalità di consumo del capofamiglia

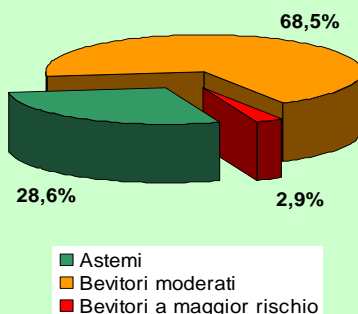
### ASTEMIO

GRAF.8 FIGLI CON CAPOFAMIGLIA ASTEMIO (13,5%)



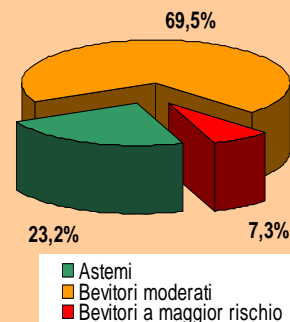
### MODERATO

GRAF. 9 FIGLI CON CAPOFAMIGLIA BEVITORE MODERATO (74,4%)



### ECESSIVO

GRAF.10 FIGLI CON CAPOFAMIGLIA BEVITORE A MAGGIOR RISCHIO (12,1%)



Fonte: L'INFLUENZA DEI COMPORTAMENTI FAMILIARI SUL CONSUMO DI ALCOL  
E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo. Istituto Superiore di Sanità. 2006.Roma  
Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su  
Alcol e Problematiche Alcolcorrelate



## Europa: l'alcol alla guida è la prima causa (evitabile) di morte tra i giovani

I decessi da incidente stradale rappresentano la causa più frequente di morte per i giovani in Europa; le statistiche rilevano come i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni siano quelli per i quali è più elevato il rischio di determinare o subire un incidente.

L'alcol alla guida rappresenta la prima causa di decesso tra i giovani in Italia (circa 2800/anno).

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## La differenziazione del BAC alla guida: la Germania (luglio 2007)

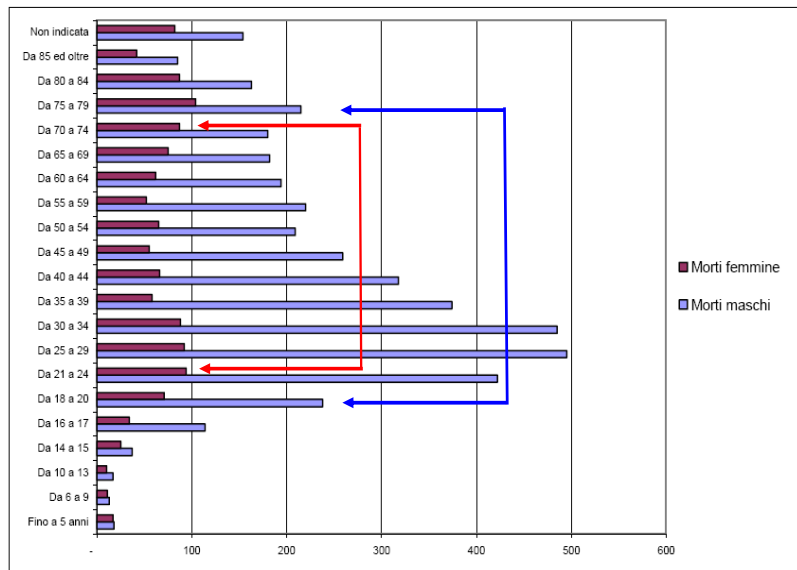
### Divieto totale di bere alla guida

Per i giovani al di sotto dei 21 anni e per tutti coloro che abbiano conseguito il titolo alla guida da meno di 24 mesi il livello di alcolemia alla guida è per legge pari a ZERO

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

## Gli esiti sulla salute. Gli incidenti

Grafico 11 - Morti per sesso e classe di età – Anno 2006 (valori assoluti)



## ALCOL. Gli esiti sulla salute. Gli incidenti

- Un tratto che pare accomunare tra di loro le due “opposte” generazioni è quello registrabile per gli incidenti stradali.
- In particolare per il sesso femminile si evidenzia una sostanziale parità nel numero delle decedute 21-24enni, 70-74enni e 80-84enni con massima prevalenza registrata tra le 75-79enni
- Discorso simile, con proporzioni triplicate, per gli uomini per i quali si registra una sostanziale parità nel numero dei decessi tra i 18-20enni ed i 75-79enni con massima prevalenza registrata tra i 25-29enni.





# Alcol e guida: nessun limite di consumo è sicuro

L'alcol influisce sempre negativamente sulle prestazioni psicomotorie e sul giudizio alla guida.

**Non esistono limiti di basso consumo da considerarsi più sicuri:** le abilità alla guida risultano compromesse anche a livelli di consumo molto bassi.

La ricerca mondiale ha dimostrato una forte riduzione negli incidenti stradali anche mortali quando i livelli di alcolemia consentiti sono stati abbassati.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## SE GUIDI, NON BERE

SE DEVI GUIDARE LASCIA CHE L'UNICO A BERE SIA IL TUO MOTORINO.

SE GUIDI, NON BERE.

Ministero della Salute

ALCOHOL PREVENTION DAY  
MESE DI PREVENZIONE ALCOLOGICA  
20 APRILE 2006

SE DEVI GUIDARE NON FARE IL PIENO.

SE GUIDI, NON BERE.

Ministero della Salute

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Le conoscenze dei giovani sull'alcoemia.

### Il Progetto dell'ISS "Il Pilota"



**Il 58,7 %** dei ragazzi **indica correttamente** in **0,5** il **limite di alcoemia** previsto dalle normativa per il consumo di alcol da non superare alla guida.



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Ma quant'è 0,5 ??? Il Progetto "Il Pilota"



Tra tutti i ragazzi che hanno identificato correttamente il limite di 0,5 grammi/litro di alcoemia come limite vietato alla guida, il **19,2 % ammette di non conoscere il numero di bicchieri** che corrispondono alle quantità sanzionabili dal codice della strada



solo uno su tre ragazzi (il **29,9 %**) **identifica correttamente in 2-3 bicchieri** il numero dei drinks che determinano 0,5 grammi di alcoemia.



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Centro Coll. Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca sull'Alcol e le Problematiche Alcolcorrelate

## TABELLA PER LA STIMA DELLE QUANTITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE CHE DETERMINANO IL SUPERAMENTO DEL TASSO ALCOLEMICO LEGALE PER LA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA, PARI A 0,5 GRAMMI PER LITRO

(Art.6 del decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007 n. 160)

La Tabella contiene I LIVELLI TEORICI DI ALCOLEMIA RAGGIUNGIBILI DOPO L'ASSUNZIONE DI UNA UNITÀ ALCOLICA

UNITÀ ALCOLICA DI RIFERIMENTO (in cc) (Bicchiere, lattina o bottiglia serviti usualmente nei locali)

Birra	330 cc	Superalcolici	40 cc
Vino	125 cc	Champagne/spumante	100 cc
Vini liquorosi-aperitivi	80 cc	Ready to drink	150 cc
Digestivi	40 cc	MIX	sommare i componenti

I valori di ALCOLEMIA, calcolati in base al sesso, al peso corporeo e all'essere a stomaco vuoto o pieno, sono solo indicativi e si riferiscono ad una assunzione entro i 60-100 minuti precedenti

Se si assumono più unità alcoliche, per conoscere il valore di alcolemia raggiunto è necessario sommare i valori indicati per ciascuna unità alcolica consumata \*\*

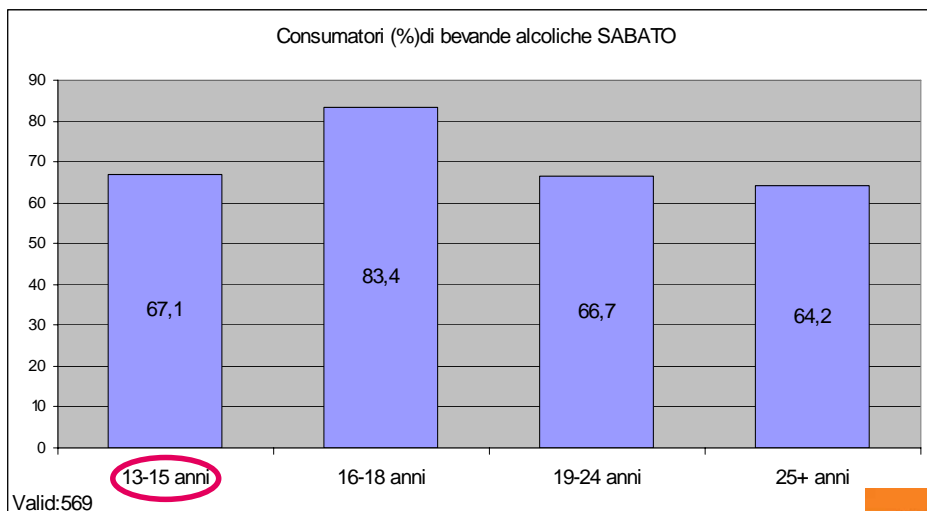
		DONNE								DONNE					
		STOMACO VUOTO								STOMACO PIENO					
BEVANDA	(% 100) alcolici assunti	Peso corporeo (Kg)						BEVANDA	(% 100) alcolici assunti	Peso corporeo (Kg)					
		45	55	60	65	75	80			45	55	60	65	75	80
Livelli teorici di alcolemia															
birra analcolica	0,5	0,06	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	birra analcolica	0,5	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
birra leggera	3,5	0,39	0,32	0,29	0,27	0,24	0,22	birra leggera	3,5	0,23	0,19	0,17	0,16	0,14	0,13
birra normale	5	0,56	0,46	0,42	0,39	0,34	0,32	birra normale	5	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18
birra speciale	8	0,90	0,73	0,67	0,62	0,54	0,50	birra speciale	8	0,52	0,42	0,39	0,36	0,31	0,29
birra doppio malto	10	1,12	0,92	0,84	0,78	0,67	0,63	birra doppio malto	10	0,65	0,53	0,48	0,45	0,39	0,36
vino	12	0,51	0,42	0,38	0,35	0,31	0,29	vino	12	0,29	0,24	0,22	0,20	0,18	0,17
vini liquorosi-aperitivi	18	0,49	0,40	0,37	0,34	0,29	0,28	vini liquorosi-aperitivi	18	0,28	0,23	0,21	0,20	0,17	0,16
digestivi	25	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18	digestivi	25	0,20	0,16	0,15	0,14	0,12	0,11
digestivi	30	0,39	0,32	0,29	0,27	0,23	0,22	digestivi	30	0,24	0,19	0,18	0,16	0,14	0,13
superalcolici	35	0,45	0,37	0,34	0,31	0,27	0,25	superalcolici	35	0,27	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15
superalcolici	45	0,58	0,47	0,43	0,40	0,35	0,33	superalcolici	45	0,35	0,29	0,26	0,24	0,21	0,20
superalcolici	60	0,77	0,63	0,58	0,53	0,46	0,43	superalcolici	60	0,47	0,38	0,35	0,33	0,28	0,26
champagne/spumante	11	0,37	0,31	0,28	0,26	0,22	0,21	champagne/spumante	11	0,22	0,18	0,16	0,15	0,13	0,12
ready to drink	2,8	0,12	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07	ready to drink	2,8	0,07	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04
ready to drink	5	0,24	0,20	0,18	0,17	0,17	0,14	ready to drink	5	0,15	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08

\*\* Esempi: donna, peso 45 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra leggera ed 1 aperitivo alcolico. Alcolemia attesa:  $0,39+0,49 = 0,88$  grammi/litro; donna, peso 60 Kg, ha assunto a stomaco pieno 2 superalcolici (60"). Alcolemia attesa:  $0,35+0,35 = 0,70$ .

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Le abitudini di consumo Il sabato dei giovani



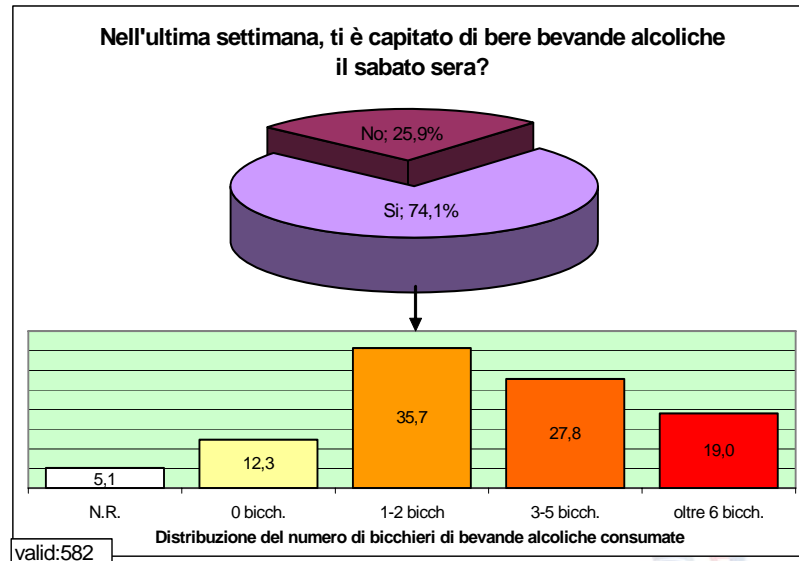
**il 67 % di giovani al di sotto dell'età legale riceve e consuma in una serata tipica bevande alcoliche**



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Le abitudini di “consumo” Il sabato dei giovani tra discoteca ed happy hours ...



## Le abitudini di “consumo” Il sabato dei giovani tra discoteca ed happy hours ...

- In media ogni ragazzo consuma in una serata tipica **4** bicchieri di cui 1,5 di breezer o aperitivo alcolico, 1,5 di birra e 1 di superalcolico
- In media ogni ragazza consuma **3** bicchieri di cui 1,2 di breezer o aperitivo alcolico, 1,1 di birra e 0,7 di superalcolico.



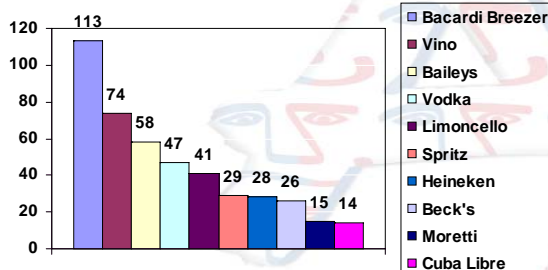




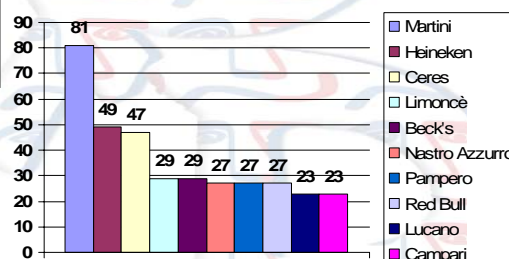
## Le influenze sul bere dei minorenni Preferenze e Percezione della Pubblicità

Nell'ambito di ELSA sono stati svolte in Italia due indagini, utilizzando metodi e strumenti comuni definiti dal gruppo internazionale. Il primo studio, volto a rilevare gli alcolici e le pubblicità di alcolici preferiti, ha coinvolto 222 ragazzi di Torino e Padova. Il campione è costituito dagli studenti di 6 classi III di Licei e Istituti Tecnici, prevalentemente di età compresa tra i 16 e i 17 anni, e dagli studenti di 6 classi III di scuole medie inferiori, di età compresa tra i 13 e i 14 anni.

Bevande alcoliche preferite o considerate attraenti



Pubblicità preferite



La pubblicità delle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto Europeo ELSA<sup>(1)</sup>

Franca Beccaria, Federica Costamagna, Sara Rolando, Vera Blasutti, Loredana Cau, Tiziana Codenotti e Emanuele SCAFATO  
Alcologia, numero 2, 2008

<sup>(1)</sup> Questo articolo è una sintesi della parte italiana della ricerca internazionale ELSA (Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol) [www.elsa-europe.org](http://www.elsa-europe.org), finanziato dalla Commissione Europea,



## ALCOL e GIOVANI: le evidenze

- L'alcol è la prima causa di morte tra i giovani in tutta Europa; l'Italia, purtroppo, non fa eccezione.
- La modalità del "binge drinking" è quella seguita da un crescente numero di giovani insieme a quella del consumo/uso al di fuori dai pasti.
- La birra, insieme ai superalcolici e ai breezer rappresentano le bevande che sostituiscono in età adolescenziale il vino, bevanda tipica dell'età adulta, quali bevande a cui è possibile attribuire il rischio alcolcorrelato tra i giovani sino a circa 24 anni di età. Il modello e la cultura del bere legati alle modalità di consumo/uso di tali bevande da parte dei giovani è fortemente influenzata e condizionata dal marketing e dalla pubblicità (ELSA) e dalle tendenze o "mode" sostenute da una elevata pressione mediatica e, spesso, familiare e sociale.



## 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"



Tab.7 b - USO DI BEVANDE ALCOLICHE E UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bevande alcoliche	78,5%	82,2%	85,1%	85,6%	84,9%	86,2%	85,4%
Ubriacarsi	38,9%	40,4%	41,9%	42,3%	40,7%	42,8%	41,4%

Fonte: ESPAD@Italia2005



Tab. 9 - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	74,0%	79,0%	76,0%	77,0%	76,6%	75,8%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	20,0%	23,0%	25,0%	26,5%	25,6%	24,3%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	4,0%	4,0%	2,3%	2,1%	3,0%

Fonte: ESPAD@Italia2005



Tab. 12 b - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E STATO SOCIO-ECONOMICO DELLA FAMIGLIA (percepito dagli studenti)

Ubriacarsi	Basso*	Medio-Alto**
non uso	7,4%	92,6%
uso	9,1%	90,9%

Fonte: ESPAD@Italia2005

\* Basso: situazione economica familiare "al di sotto" rispetto alle altre famiglie italiane

\*\* Medio-Alto: situazione economica familiare "pari o al di sopra" rispetto alle altre famiglie italiane

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Le abitudini di "consumo" Il sabato dei giovani tra discoteca ed happy hours ...

I **giovani** vengono spesso ingiustificatamente indicati come i perpetratori di danni, di violenza o di atti contrari alla civile convivenza dimenticando o sorvolando sulla circostanza che essi stessi **sono** invece **le prime vittime dell'alcol e delle pressioni al bere** che hanno raggiunto in Italia e ovunque livelli di esposizione mai verificati in passato.

Negli ambienti frequentati dai giovani **le pressioni al bere sui giovani sono aumentate** mentre, contemporaneamente, **i fattori protettivi sono diventati più deboli** con una forte carenza di un controllo formale o informale sui comportamenti a rischio frequentissimi, ad esempio, nelle discoteche.

**Gli ambienti sportivi e di divertimento, che costituiscono le parti centrali dello spazio sociale dei giovani, sono fortemente legati al bere attraverso massicce strategie di marketing** che sicuramente non contribuiscono, attraverso promozioni, sconti e happy hours a ridurre le pressioni al bere e fornire un ambiente sociale più sicuro per i giovani.



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



# Qualche dritta per i più giovani

**ALCOL:**  
**qualche "dritta" per i più giovani**  
**Quello che devi sapere per non rischiare**







OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL CHESIP  
 WHO COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION ON ALCOHOL AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS  
 SOCIETÀ ITALIANA ALCOLOGIA  
 Ministero della Salute

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



# IL MONITORAGGIO PERIODICO GLI ALCOLDIPENDENTI

L'esito estremo del consumo a rischio è rappresentato dall'alcoldipendenza.

L'elaborazione di dati derivati dal monitoraggio periodico stabilito per legge per le attività dei servizi dedicati agli alcoldipendenti . I dati sono utilizzati anche per la Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sull'implementazione della Legge 125/2001.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS





# Alcoldependenti in carico ai Servizi

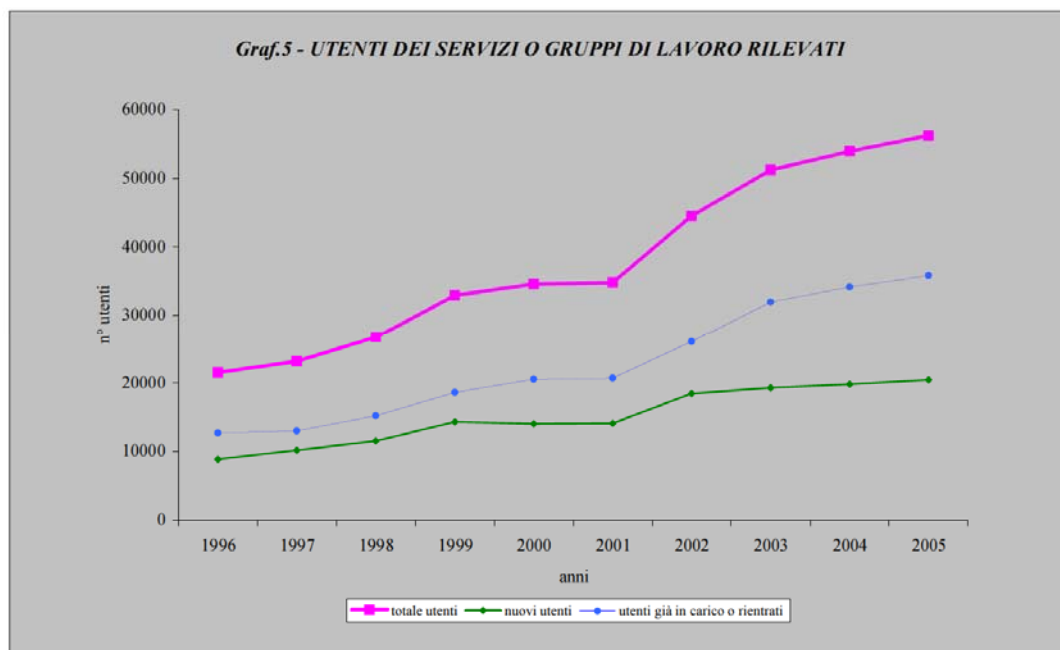
**+187 % in dieci anni,; + 9,6 % tra 2005 e 2006**  
**solo il 23 % del personale è completamente addetto ai servizi**

Anno	Maschi	Femmine	TOTALI	N. SERVIZI	Addetti
2006	48.324	13.332	61.656		
2005	43.772	12.462	56.234	412	3.401
2004	41.829	12.085	53.914	441	3.680
2003	38.620	12.566	51.186	437	3.665
2002	34.191	10.299	44.490	423	3.401
2001	34.778	8.133	34.778	324	2.795
2000	26.319	8.239	34.558	315	2.450
1999	25.536	7.371	32.907	344	2.503
1998	20.547	6.141	26.708	268	1.993
1997	17.531	5.615	23.146	289	1.754
1996	16.361	5.148	21.509	280	2.064

Periodo 1996- 2006  
 Utenti: **+ 187 % in 10 anni** (+196 % M , + 159 % F) Servizi: +47 %  
 Incremento alcoldependenti in carico: +19 % in media per anno  
 Media Servizi per Utente 1:77 nel 1996, 1:136 nel 2005  
 Media Utenti per Addetto **1:10** nel 1996, **1: 16** nel 2005  
 Media Addetti per servizio **7,37** nel 1996 , **8,25** nel 2005



## 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"







# I giovani alcolodipendenti in Italia

- Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcolodipendenza, che continuano ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza.
- Nel 2005 i **minori di 20 anni** rappresentano lo **0,7%** dell'utenza dei servizi (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani **fra i 20 e i 29 anni** ne rappresentano l' **11 %**, contro il 9,1% del 2003.



# I giovani alcolodipendenti in Italia

Tab.7 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2005

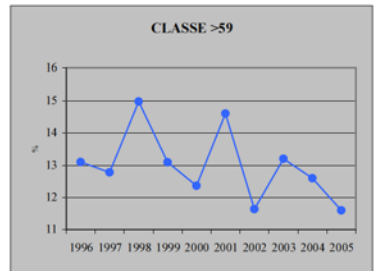
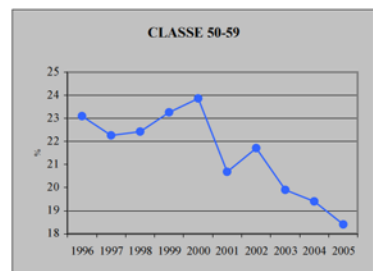
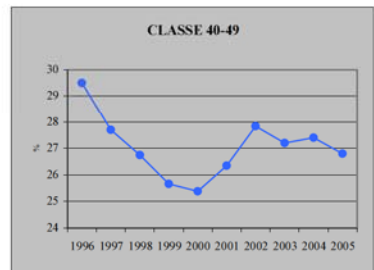
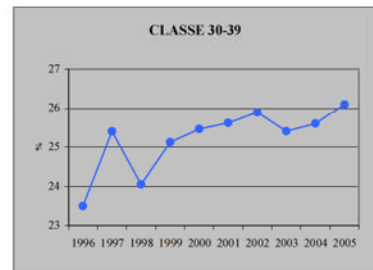
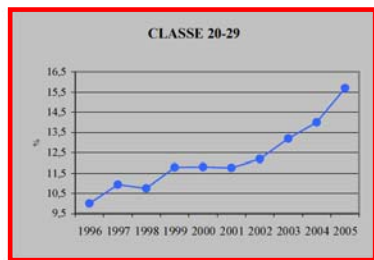
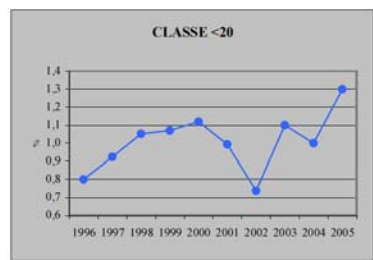
CLASSI DI ETÀ	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	219	1,3	54	1,3	273	1,3	116	0,4	27	0,3	143	0,4	335	0,8	81	0,6	416	0,7
20-29	2.750	16,9	464	11,1	3.214	15,7	2.491	9,1	465	5,6	2.956	8,3	5.241	12,0	929	7,5	6.170	11,0
30-39	4.371	26,9	974	23,4	5.345	26,1	6.563	23,9	1.756	21,2	8.319	23,2	10.934	25,0	2.730	21,9	13.664	24,3
40-49	4.216	25,9	1.260	30,2	5.476	26,8	8.064	29,3	2.694	32,5	10.758	30,1	12.280	28,1	3.954	31,7	16.234	28,9
50-59	2.912	17,9	845	20,3	3.757	18,4	6.353	23,1	2.064	24,9	8.417	23,5	9.265	21,2	2.909	23,3	12.174	21,6
>=60	1.805	11,1	570	13,7	2.375	11,6	3.912	14,2	1.289	15,5	5.201	14,5	5.717	13,1	1.859	14,9	7.576	13,5
<b>TOTALE</b>	<b>16.273</b>	<b>100,0</b>	<b>4.167</b>	<b>100,0</b>	<b>20.440</b>	<b>100,0</b>	<b>27.499</b>	<b>100,0</b>	<b>8.295</b>	<b>100,0</b>	<b>35.794</b>	<b>100,0</b>	<b>43.772</b>	<b>100,0</b>	<b>12.462</b>	<b>100,0</b>	<b>56.234</b>	<b>100,0</b>

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

- La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai **soli nuovi utenti di 20-29 anni**, che passano dal 10,7% del 1998 al **15.7%** del 2005.
- In questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996

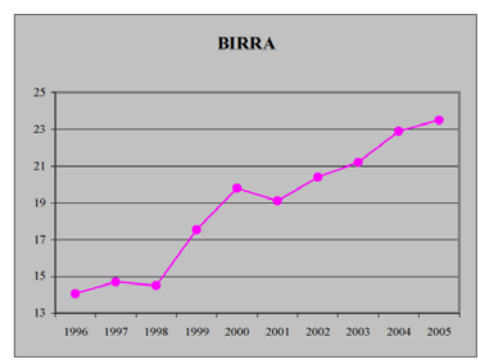
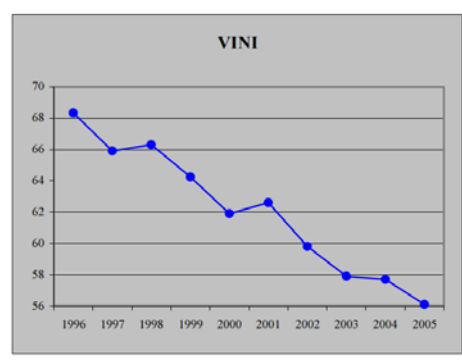
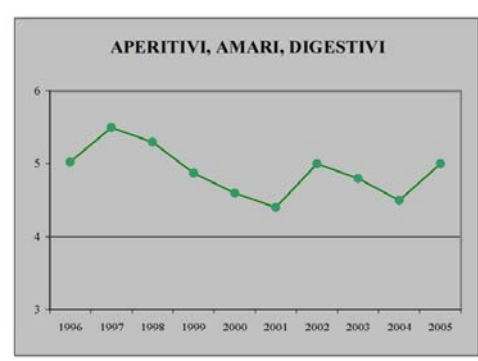
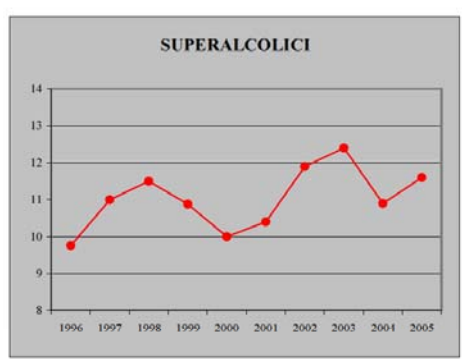


Graf. 8b - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEI NUOVI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



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"

Graf. 12 - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI





## Priorità: integrazione ottimale delle risorse e valorizzazione delle competenze specifiche

In funzione dei trend registrati:

- non potrà risultare efficiente un'azione di prevenzione basata sulla competenza esclusiva del settore di cura dell'alcoldipendenza, principalmente dei SERT, evidentemente in sofferenza e impossibilitati a rispondere adeguatamente ad una domanda che cresce esponenzialmente in assenza di paralleli adeguamenti delle risorse di personale addetto.
- è indispensabile nei modelli organizzativi regionali e aziendali valorizzare, integrandola, l'attività e le specifiche competenze dei gruppi/equipe di lavoro esperti già attivi nella prevenzione e nella capacità di intercettazione precoce delle PPAC nella loro più ampia accezione specializzandoli sui target più vulnerabili: i GIOVANI e gli ANZIANI.

Capacità che deve poter consentire l'accesso alla diagnosi precoce e all'intervento specifico ai circa 9 milioni di individui stimati a rischio dall'ISS che **non sono dipendenti, che non appare razionale o opportuno curare in un contesto, anche logistico, come attualmente il SERT, destinato o dedicato all'alcoldipendente e da cui dovrebbe essere sempre distinto.**



## Livelli di rischio, criteri di intervento

	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
<b>Basso</b>	<280g/settimana uomini <140g/settimana donne*	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
<b>Rischioso "hazardous"</b>	280-349 g/settimana uomini 140-209 g/settimana donne	Consigli in forma breve ■ MEDICI MG ■ SERVIZI DI PREVENZIONE ■ SERVIZI ALCOLOGIA ■ EQUIPE ALCOLOGICHE ■ DIP. PROMOZIONE SALUTE	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve
<b>Dannoso "harmful"</b>	>=350g/settimana uomini >=210 g/settimana donne Presenza di danno alla salute	Consigli accompagnati da breve consulenza psicologica e monitoraggio continuo ■ MEDICI MG ■ SERVIZI DI PREVENZIONE ■ SERVIZI ALCOLOGIA ■ EQUIPE ALCOLOGICHE ■ DIP. PROMOZIONE SALUTE	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve, follow-up clinico
<b>Alto (alcol-dipendenza)</b>	Criteri ICD-10	Intervento specialistico ■ SERT ■ DIP. DIPENDENZE	Identificazione, valutazione, consulenza specialistica, follow-up

\*INOLTRE: Qualsiasi consumo in donne in gravidanza, soggetti di età inferiore ai 16 anni o con patologie o trattamenti controindicazioni per il consumo di alcol

Fonte: Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996





# L'indispensabilità della IDENTIFICAZIONE PRECOCE

A fronte delle tendenze sin qui tracciate e la sempre più vasta diffusione di pratiche, modelli e stili di consumo ispirate all'abuso da parte di un'ampia fascia di popolazione è indispensabile e urgente integrare nelle attività quotidiane di prevenzione l'identificazione precoce della persona a rischio.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



# L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)

## 1. Con quale frequenza consuma 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 consuma 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 le 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)

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS





# Validazione Italiana AUDIT-C Progetto PRISMA

BOLLETTINO PER LE FARMACODIPENDENZE E L'ALCOOLISMO

XXIX - N. 1-2/2006



**Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale**

*Early detection of subjects at risk of alcohol abuse in a setting of primary health care in Italy: adaptation of a shorter version of the AUDIT Questionnaire and evaluation of its efficacy in the Italian context*

PIERLUIGI STRUZZO<sup>1</sup>, SARA DE FACCIO<sup>2</sup>, ERMANNO MOSCATELLI<sup>3</sup>, EMANUELE SCAFATO<sup>4</sup> PER IL GRUPPO DI RICERCA PRISMA<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Centro di ricerca di Comunità, Martignacco, Primo Ricercatore del progetto PRISMA, Friuli-Venezia Giulia.

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Udine.

<sup>3</sup> Psicologo, Dip. Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Udine.

<sup>4</sup> Istituto Superiore della Sanità, Roma. Responsabile scientifico del Progetto PRISMA.

<sup>5</sup> Gruppo di Ricerca PRISMA: Emanuele Scafato, Allaman Allamani, Tiziana Codenotti, Franco Marcomini, Valentino Pattusi, Alessandro Rossi, Rosaria Russo, Pierluigi Struzzo.



**“... possiamo considerare l’AUDIT in forma ridotta valido ai fini della discriminazione dei bevitori a rischio rispetto a quelli non a rischio ma non dei bevitori a rischio con danno organico o con dipendenza alcolica.”**



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## STIMA WHO –RPA dei consumatori a rischio in Italia in base alla positività all’AUDIT



AUDIT C	Sesso				Totale	
	Maschio		Femmina		N.	%
	N.	%	N.	%		
M <sub>≥5</sub>	4.811.017	19,2	4.859.185	18,0	9.670.202	18,6
F <sub>≥4</sub>						

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. I

<sup>a</sup>Conf. Naz. Alcol Roma 2008



Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



Gratuita  
075C - Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico

18 - 19 Scadenza iscrizione: Ottobre 28 Settembre 2007  
2007 Crediti ECM: (11 per medici) (in fase di accreditamento per psicologi)  
Contattaci: Sonia Martire

PDF [33.52Kb]	PDF [48.91Kb]	PDF [49.80Kb]
---------------	---------------	---------------

Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena 299  
00161 - Roma (I)  
Telefono: 06 4990 1  
Fax: 06 49 90 41 10  
direzione.cnesps@iss.it

**Corsi 2007**



"Scheda descrittiva di corso dipartimentale" Rev. 0, 20/03/07 Pagina 1 di 2

**PIANO FORMATIVO ANNO 2007**

TIPOLOGIA:  Residenziale  FAD (Formazione a distanza)  Mista (FAD & Residenziale)

TITOLO  
Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico

Organizzato dal Dipartimento/Centro/Servizio:  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti - Osservatorio Nazionale Alcol WHO CC for Research on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems

**OBIETTIVI GENERALI**

Il programma di formazione è il risultato di uno sforzo congiunto dei ricercatori e dei professionisti che hanno partecipato al progetto europeo PHEPA (Primary Health care Project on Alcohol, www.phepa.net). L'alcol è un determinante principale di salute a livello internazionale e il settore di Primary Health Care (PHC) intesa come settore comprendente i setting deputati all'Assistenza Primaria è in posizione cardine per prevenire o minimizzare gran parte dei problemi correlati all'alcol. Solitamente i medici coinvolti nell'assistenza primaria tendono a concentrare la propria attenzione sulle problematiche alcolcorrelate più evidenti e severe mentre gran parte delle attività di prevenzione che potrebbero trovare idonea collocazione e adeguato svolgimento nelle attività di routine spesso non sono oggetto di adeguata attenzione. Sulla base di tali evidenze il programma di formazione provvede a fornire uno standard i cui contenuti mirano ad individuare le problematiche alcolcorrelate dal bere dannoso, problematico, alla dipendenza. Il programma fornisce prioritariamente i contributi formativi specifici rivolti a favorire ed implementare le tecniche di identificazione precoce e all'intervento breve per le quali siano esistenti e disponibili le evidenze

http://www.iss.it

# ISS. Corsi 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/Lucidari**

**Indicazioni per lo svolgimento**

**Documentazioni di lavoro**

**Numeri 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



## Risoluzione Parlamento Europeo

Il 5 settembre il Parlamento Europeo ha adottato una Risoluzione sulla strategia comunitaria per contrastare l'abuso di alcol (P6\_TA-PROV(2007)0377 ).

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Risoluzione Parlamento Europeo 2007

- *Il Parlamento Europeo chiede agli Stati membri di prestare particolare attenzione alle categorie sociali che richiedono protezione, come i bambini, i giovani e le donne in gravidanza, e di contrastare il problema del consumo nocivo e pericoloso di alcol da parte dei giovani, dei lavoratori e di chi guida, mediante campagne d'informazione e di sensibilizzazione ed eventualmente attraverso un attento controllo del contenuto delle legislazioni nazionali in vigore;*

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



# CONSIDERAZIONI

In Italia è oggettivamente incrementata l'attenzione delle politiche sanitarie e sociali riguardanti l'alcol.

Ciò non significa, tuttavia, che tali politiche siano adeguatamente rigorose.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

## Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries

Donald A. Brand<sup>1,2,3\*</sup>, Michaela Saisana<sup>4</sup>, Lisa A. Rynn<sup>5</sup>, Fulvia Pennoni<sup>6</sup>, Albert B. Lowenfels<sup>7,8\*</sup>

Alcohol Control Policies

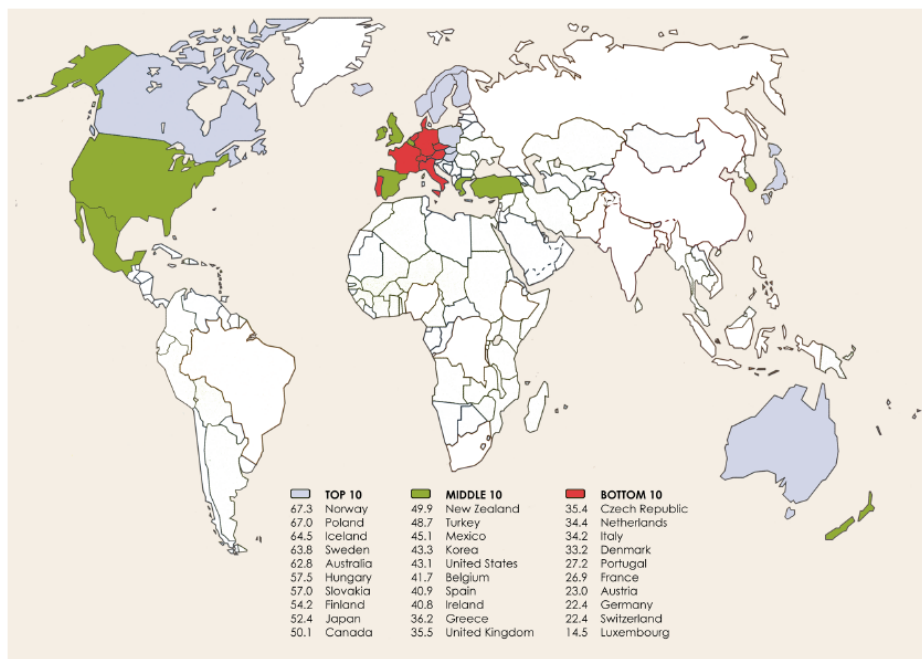
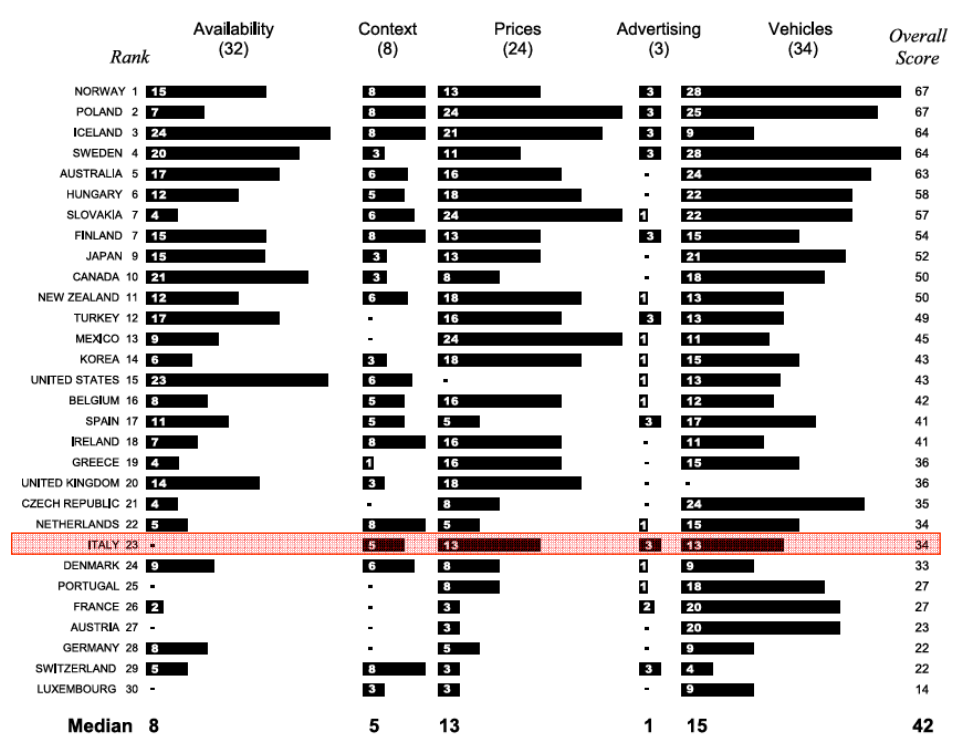


Figure 1. Alcohol Policy Scores of the 30 Countries Included in the Organization for Economic Cooperation and Development  
doi:10.1371/journal.pmed.0040151.g001

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS





**Figure 2.** Point Breakdown of Alcohol Policy Scores by Regulatory Domain  
 Bar lengths indicate points credited to countries for alcohol control policies in each of five regulatory domains (physical availability of alcohol, drinking context, alcohol prices, alcohol advertising, and motor vehicles). -, zero points in a given domain. Points do not always add up to overall scores due to rounding errors. Numbers in parentheses indicate the full point value of each domain. Median scores within each domain and the overall median appear beneath the bars.  
 doi:10.1371/journal.pmed.0040151.g002



## ECAS Scale

In the European Comparative Alcohol Study (ECAS) a scale to measure the comprehensiveness and strictness of alcohol policies was constructed .

- It consisted of the following subgroups:

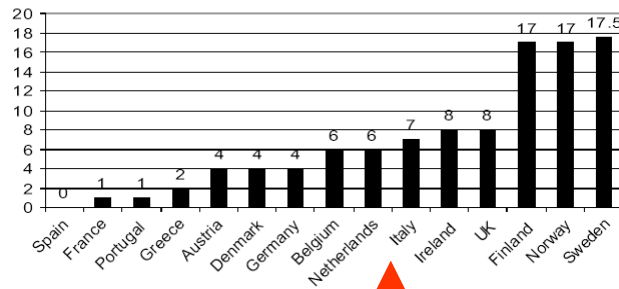
  1. Control of production and wholesale
  2. Control of distribution
  3. Personal control (legal age limits)
  4. Control of marketing
  5. Social and environmental controls (BAC limit)
  6. Public policy



2.

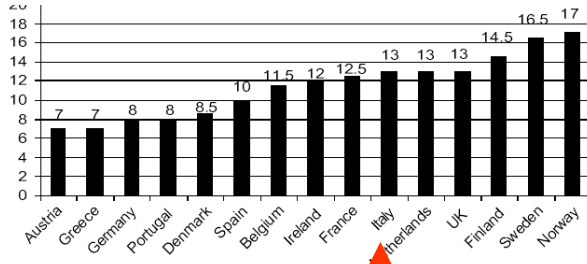
## Alcohol policies in the ECAS countries, 1950-2000

by Essi Österberg & Thomas Karlsson



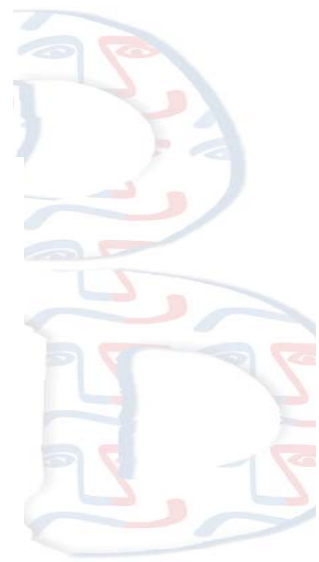
Source: Karlsson & Österberg 2001.

Figure 2.1. The comprehensiveness and strictness of alcohol policies in the ECAS countries, 1950 (maximum 20 points).

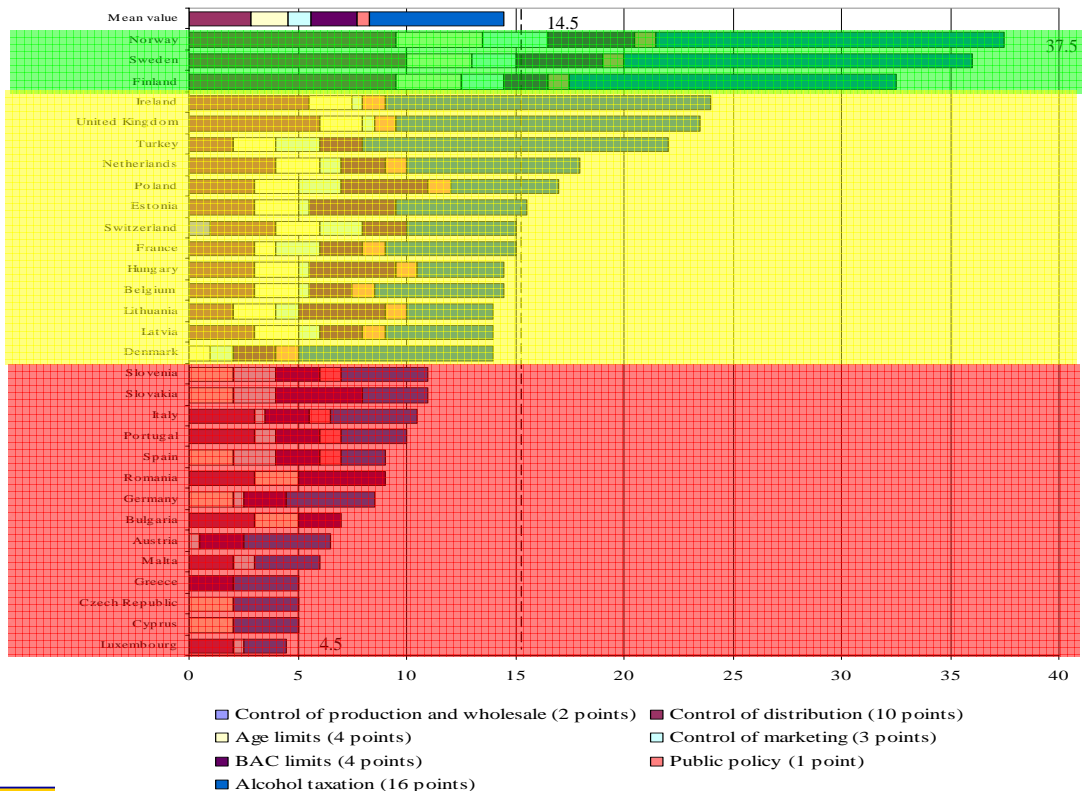


Source: Karlsson & Österberg 2001.

Figure 2.2. The comprehensiveness and strictness of alcohol policies in the ECAS countries, 2000 (maximum 20 points).

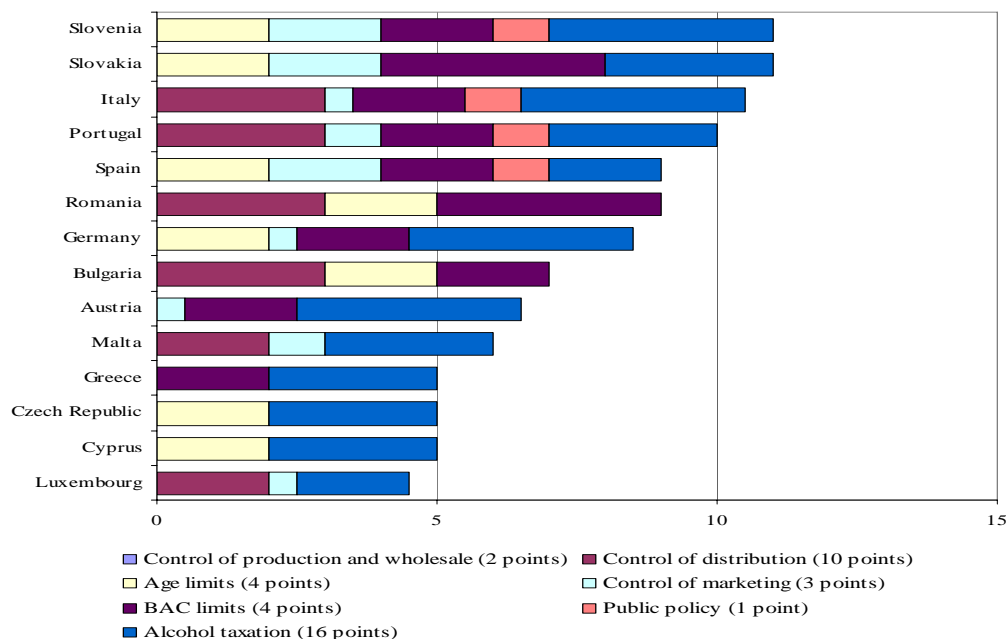


## Strictness of alcohol policies in the BtG countries in 2005 according to subgroups of alcohol control





## Strictness of alcohol policies in the BtG countries in 2005 according to subgroups of alcohol control. **Low alcohol control countries.**



## CONCLUSIONI

E' quindi, in conclusione, da rilevare che, almeno nella esperienza pregressa, esiste una differenza sostanziale da quanto delineato a livello legislativo dalle misure adottate a livello governativo e la reale attuazione ed implementazione di quanto disposto che, in alcuni casi, richiede anni in altri resta ancora oggi una chimera



## Conclusioni

Le evidenze disponibili mostrano che la frequenza del bere a rischio in Italia è un fenomeno **SOTTOVALUTATO**.

Esiste oggi in Italia una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti attraverso adeguate strategie GLOBALI



## Le priorità da perseguire

1. Riconsiderare i livelli attuali di alcolemia consentiti alla guida (Bac) e valutare l'opportunità di introdurre livelli più bassi (introduzione di livelli progressivamente decrescenti in maniera progressiva nel tempo)
2. Valutare l'opportunità di introdurre livelli di alcolemia consentiti alla guida pari a zero per i più giovani guidatori (sino a 20 anni per esempio) e per quelli con meno di 5 anni di patente





## Le priorità da perseguire

3. Aumentare l'età minima legale dai 16 ai 18 anni
4. Introdurre il divieto di vendita accanto a quello di somministrazione ai minori di anni 18
5. Regolamentare ulteriormente la pubblicità sui media (sull'esempio della Loi Evin in Francia)
6. Favorire l'attuazione di campagne di sensibilizzazione che incrementino la consapevolezza coinvolgendo l'ambito scolastico in stretta connessione con quello familiare

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## OBIETTIVO ORFANO

7. Finanziare la ricerca sui fattori che possono contribuire a diminuire l'impatto sulla salute e sulla sicurezza di comportamenti di abuso alcolico.

**Allo stato attuale l'Italia non spende praticamente nulla nella ricerca sull'alcol**

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Occorre finanziare la ricerca **INDIPENDENTE** sull'alcol

Allo stato attuale, molto viene richiesto in termini di incremento delle evidenze scientifiche che possano contribuire a dare solide basi alle scelte cui è opportuno ispirare le strategie e le misure specifiche di tutela di sicurezza e della salute individuali e collettive;

**poco o praticamente nulla viene oggi garantito in termini di finanziamento alla ricerca sull'alcol.**

**E' indispensabile e urgente che finanziamenti costanti e continui possano essere garantiti all'Istituto Superiore di Sanità** al fine di garantire quell'investimento in salute che tutte le strategie e le politiche di tutela si propongono con lo scopo di controllare, mantenere, migliorare lo stato di benessere degli individui ed in particolare dei target più vulnerabili della popolazione: i bambini, gli adolescenti, le donne, gli anziani.



## Guadagnare Salute

*Ministero della Salute*

**Guadagnare salute**

Rendere facili le scelte salutari

- Ministero della Salute
- Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali - INRAN
- Ministero della Famiglia
- Ministero Pubblica Istruzione
- Ministero Economia e Finanze
- Ministero Interno
- Ministero dei Trasporti
- Ministero Sviluppo Economico
- Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive
- Ministero Università e Ricerca
- Governo
- Produttori e Gestori dei pubblici servizi
- Regioni
- ASL
- Enti locali
- Responsabili personale settore privato e pubblico

- A** Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)
- B** Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)
- C** Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)
- D** Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol)





# Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol

## STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO

1. **RIDURRE LA DISPONIBILITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO E LUNGO LE PRINCIPALI ARTERIE STRADALI**
2. **FAVORIRE IL CONTENIMENTO DELLA QUANTITÀ DI ALCOL NELLE BEVANDE ALCOLICHE**
3. **INFORMARE CORRETTAMENTE I CONSUMATORI**
4. **EVITARE GLI INCIDENTI STRADALI ALCOLCORRELATI**
5. **RAFFORZARE GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA NELLA MEDICINA DI BASE**
6. **TROVARE ALLEANZE CON IL MONDO DEL LAVORO**
7. **PROTEGGERE I MINORI DAL DANNO ALCOLCORRELATO**
8. **FORMARE GLI OPERATORI**



**Ministero della Salute**

Cerca | Guida | Contatti

Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Home | Cittadini | Operatori | Sala Stampa

Ti trovi in: [Home](#) > [Il portale informa](#) > [Primo piano - 2007](#) > [Al via il primo "Piano nazionale alcol e salute"](#) > [Le 8 aree strategiche](#)

### Il portale informa

#### Primo Piano

#### Le 8 aree strategiche

Per raggiungere gli obiettivi e i sub obiettivi indicati, si propongono le seguenti aree strategiche di intervento prioritario, con l'indicazione dei risultati attesi per ciascuna di esse nonché delle azioni da implementare:

1. Informazione /educazione
2. Bere e guida
3. Ambienti e luoghi di lavoro
4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza
5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione
6. Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol
7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e mutuo aiuto e delle organizzazioni non governative
8. Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.



# ITALIA. Statistiche Alcol. ANNO 2007



**Consumatori: 36.000.000 circa (68 %) →**

**Maschi: 21.000.000 (81 %) Femmine: 16.000.000 (56 %)**

**A maggior rischio (Linee Guida Nutr.): 9.000.000 circa ↗**

**Maschi > 40 g/day ; Femmine > 20 g/day : 17 % (in media)**

**Alcolodipendenti in carico ai servizi: 61.656.234 (21.509 nel 1997) ↑↑**

Sino a 19 anni 0.7 %; tra 19 e 29 anni 10 % **Maschi : 48.324 Femmine: 13.332**

**Ricoveri totalmente attribuibili all'alcol : 108.000 ↗**

**Maschi : 84.963 Femmine: 23.331**

**Morti alcolcorrelati: da 28.000 (ISS-WHO) a 35.000 (SIA) →**

Scafato et al. [http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/ConsumiAlcolici\\_reportAPD06.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/ConsumiAlcolici_reportAPD06.pdf)

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Conclusione

E' un obiettivo di civiltà, sociale ed etico, impedire che nuovi individui cadano vittima di rischi per definizione evitabili.

Occorre un impegno collettivo per favorire livelli più elevati di salute e sicurezza e di protezione rispetto agli effetti negativi dell'alcol.

La mera logica delle convenienze, economiche e di mercato, che spesso influenza la mancata adozione di misure e di politiche di controllo e di prevenzione deve essere affiancata da una più adeguata cultura individuale, collettiva, istituzionale supportata da una maggiore consapevolezza del rispetto del valore del benessere dell'individuo come risorsa per una società più sana e più tutelata dai danni e dai rischi alla salute causati dall'alcol.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS







Alcohol  
Prevention  
Day



Ministero della Salute



OSSEVATORIO NAZIONALE  
ALCOL - CNESPS



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

14/06/2016 BY WWW.GPIMER.IT

### 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

# GRAZIE A TUTTI !

LIBRETTI <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol.asp>

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



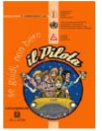
ALCOL  
SAI COSA BEVI  
PIÙ SAI MENO  
RISCHI DECIDI DI  
CAMBIARE 2004  
RISTAMPA 2006



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

