







I giovani, gli anziani, la famiglia: i target sensibili della prevenzione alcologica.



Emanuele Scafato

Direttore Centro Coll. OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol correlati Direttore Osservatorio Nazionale Alcol Direttore Rep. Salute della Popolazione e suoi Determinanti Centro Nazionale di Epidemiologia-CNESPS, Ist.ituto Superiore di Sanità

PRESIDENTE SIA, Società Italiana di ALCOLOGIA

ROMA, 29 Aprile 2010 APD - Alcohol Prevention Day

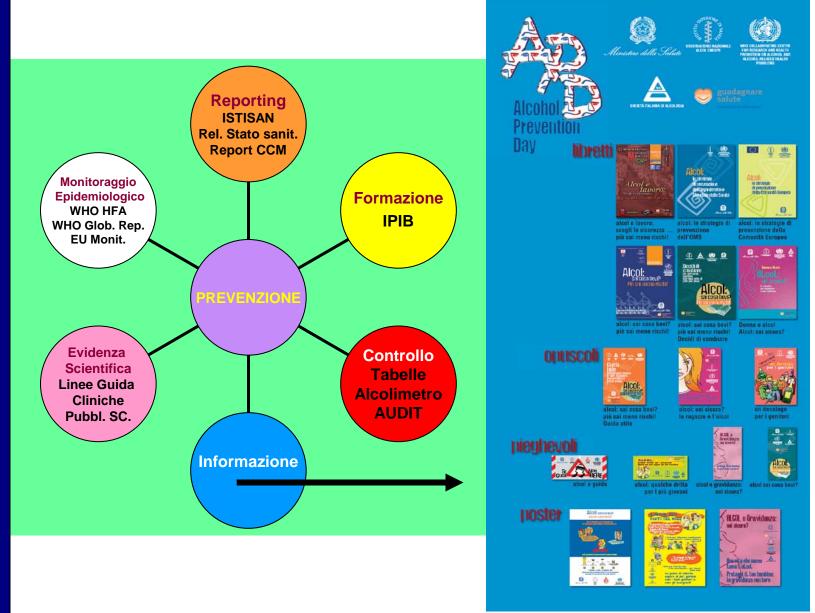








Quello che facciamo per l'APD 2010



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





Lucilla DI PASQUALE

Claudia GANDIN

Lucia GALLUZZO

Silvia GHIRINI

Sonia MARTIRE

Sergio Mariotti

Nicola PARISI

Alessandra ROSSI

Rosaria RUSSO

Riccardo SCIPIONE

Gino Farchi

GRAZIE !!!

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

Redazione di EPICENTRO

Stefano Menna
PierFrancesco Barbariol
Antonino Michienzi



UFFICIO STAMPA ISS

Mirella Taranto Gerolimina Ciancio Franca Romani Cinzia Bisegni

URE e Attività Editoriali

MINISTERO della SALUTE

GRAZIE !!!

GRAZIE ALLO STUDIO PASSI e a Valentina Minardi

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



CHI SI RICORDA DEL

TARGET 12

della strategia WHO

Health for All?

(1999, Undici anni fa.....)









WHO HEALTH 21 Target 12

- Ridurre a 6 litri procapite il consumo medio di alcol
 - Ridurre a zero litri il consumo dei giovani al di sotto dei 15 anni (indirettamente ridurre a ZERO la prevalenza dei consumatori)



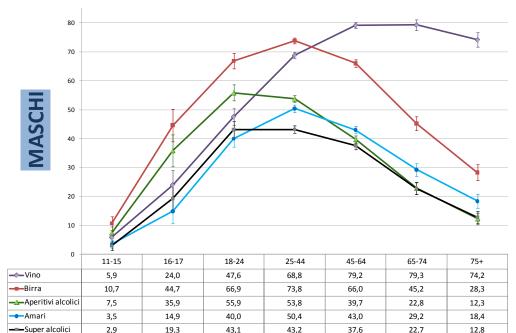
49° WHO Reg. Comm. Eur. - Florence 13-17 september 1999











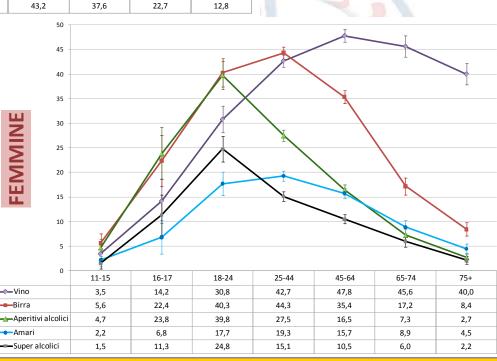
FEMMINE

→-Vino

Distribuzione(%) consumatori di bevande alcoliche per classi di età.



Anno 2008







WHO 2010 COUNTRY PROFILES

Based on key indicators.

- Socioeconomic context
- Types of alcoholic beverages
- Consumption
- Patterns of drinking
- Health and social consequences
- Resources (ATLAS)
- Policy, including EU questions for EU countries
- and additional descriptive contextual information

Establishing a European Information System on Alcohol and Health 6th Meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action, Luxembourg 27-28 January 2010

Dr Lars Moller, PhD World Health Organization. Regional Office for Europe http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20100127_co03_en.pdf



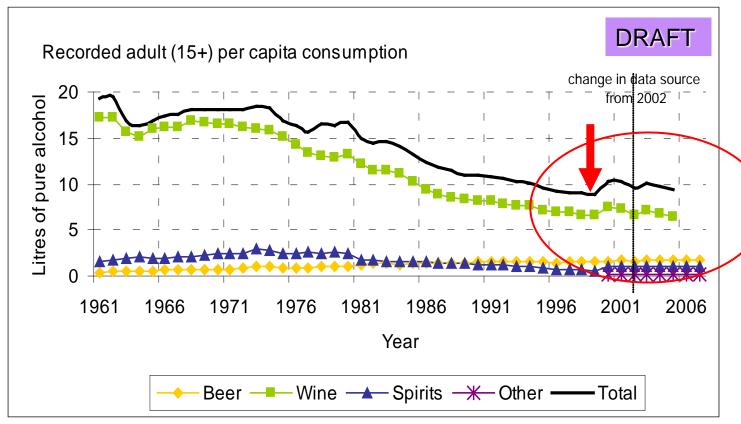






Trend Italiano dei consumi medi procapite

Alcol puro consumato e per tipologia di bevanda, litri pro capite (WHO-HFA Database).



- Si registra un rallentamento del trend decrescente con un incremento nei consumi pro-capite di alcol puro negli ultimi anni.
- > Massimo contributo da consumo di vino (pur dimezzato) e consumo costante di alcol attraverso bevande quali superalcolici e birra per la quale si registra un lieve aumento.



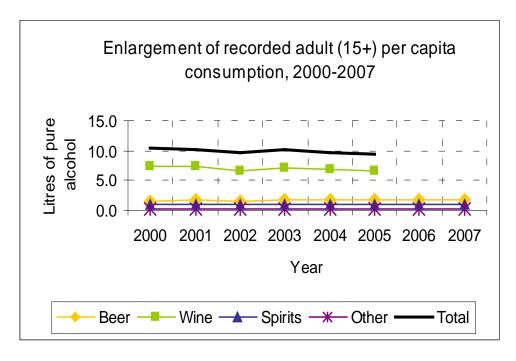






Trend Italiano dei consumi medi procapite FOCUS anni 2000-2007

Alcol puro consumato e per tipologia di bevanda, litri pro capite (WHO-HFA Database).



DRAFT

- Consumi ben oltre i 6 litri pro/capite /anno
- ➤ Non sono visibili effetti di decremento nei consumi pro-capite di alcol puro negli ultimi anni nonostante le strategie di prevenzione.
- ➢II trend decrescente ha raggiunto un PLATEAU.

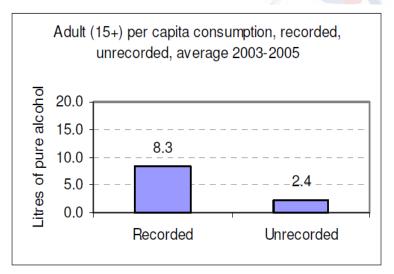


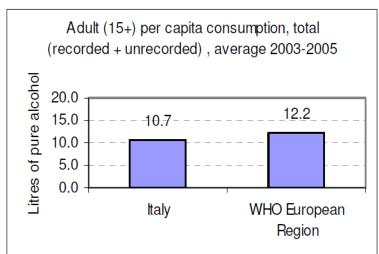






Trend Italiano dei consumi medi procapite La realtà dei consumi "recorded" e "unrecorded" Media anni 2003-2005





GISAH - WHO HFA Database





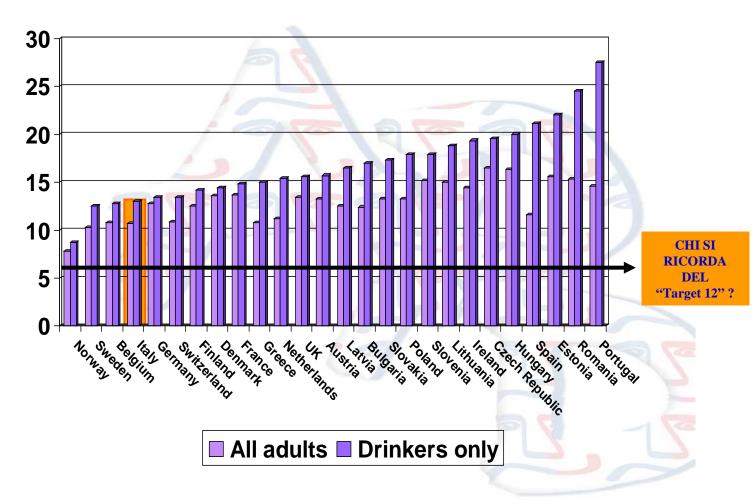




Consumo (It) di alcol pro-capite (età 15+)

(Recorded + Unrecorded)

(media 2002-2005 riferita ai soli consumatori e a tutti gli adulti)









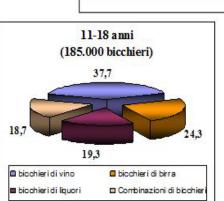


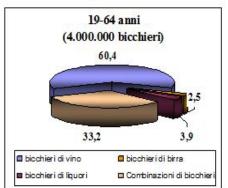
Il contributo delle diverse bevande alcoliche al consumo complessivo ed alle eccedenze quotidiane COSA e QUANTO RIDURRE – MASCHI

Per rientrare nei parametri stabiliti dalle Linee Guida Nutrizionali Italiane occorrerebbe, per i consumatori che usano quotidianamente alcolici RIDURRE:

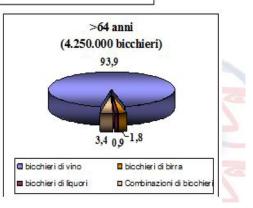
- 11-18 anni 185.000 bicchieri/die (38 % vino; 24.3 % birra; 19.3 liquori)
- 19-64 anni 4.000.000 bicchieri/die (60 % vino; 33% altre)
- >64 anni 4.250.000 bicchieri/die (94% vino....)

Ovviamente andrebbero ridotti anche i bicchieri in eccesso di quanti non bevono quotidianamente e di cui è ardua la stima





Contributo del tipo di bevanda all'eccedenza



Bicchieri di alcol consumati al giorno dai soli consumatori quotidiani di alcolici e stima del contributo (%) delle differenti bevande sull'intake e sull'eccedenza. Uomini 11+ per classi di età. Anno 2007





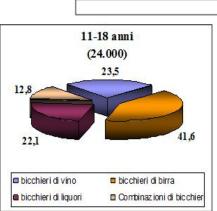


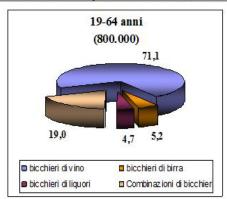


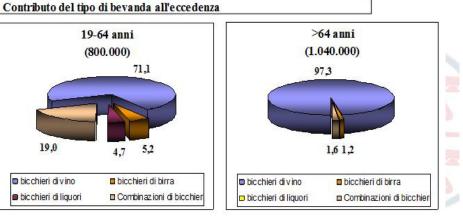
Il contributo delle diverse bevande alcoliche al consumo complessivo ed alle eccedenze quotidiane COSA e QUANTO RIDURRE – FEMMINE

Per rientrare nei parametri stabiliti dalle Linee Guida Nutrizionali Italiane occorrerebbe, per le consumatrici che usano quotidianamente alcolici RIDURRE:

- 11-18 anni 24.000 bicchieri/die (23 % vino; 42 % birra; 22 % liquori)
- 19-64 anni 800.000 bicchieri/die (71 % vino; 19% altre; 5 % birra)
- >64 anni 1.040.000 bicchieri/die (97% vino...) Ovviamente andrebbero ridotti anche i bicchieri in eccesso di quante non bevono quotidianamente e di cui è ardua la stima







Bicchieri di alcol consumati al giorno dai soli consumatori quotidiani di alcolici e stima del contributo (%) delle differenti bevande sull'intake e sull'eccedenza. Donne 11+ per classi di età. Anno 2007









GLOBAL HEALTH RISKSMortality and burden of disease attributable to selected major risks

THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE **2004 UPDATE**



http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/









WHO. Principali cause di mortalità, morbilità e disabilità nel Mondo in frazioni di mortalità attribuibile e DALY's. 2004

Attributable Mortality

Attributable DALYs

	%	%
1.	High blood pressure 12.8	1. Childhood underweight 5.9
2.	Tobacco use 8.7	2. Unsafe sex 4.6
3.	High blood glucose 5.8	3. Alcohol use 4.5
4.	Physical inactivity 5.5	4. Unsafe water, sanitation, hygiene 4.2
5.	Overweight and obesity 4.8	5. High blood pressure 3.7
6.	High cholesterol 4.5	6. Tobacco use 3.7
7.	Unsafe sex 4.0	7. Suboptimal breastfeeding 2.9
8.	Alcohol use 3.8	8. High blood glucose 2.7
9.	Childhood underweight 3.8	9. Indoor smoke from solid fuels 2.7
10	o. Indoor smoke from solid fuels 3.3	10. Overweight and obesity 2.3
•	59 million total global deaths in 2004	 1.5 billion total global DALYs in 2004

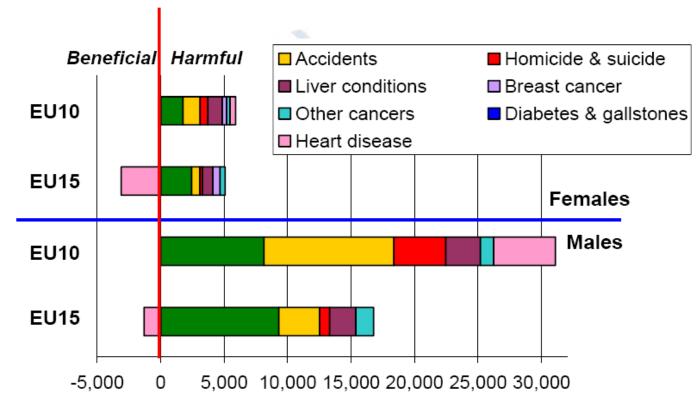








ALCOL: effetti sulla salute al netto dei benefici legati a bassi consumi di alcol



Burden of death and ill-health (DALYs per million people)









Mortalità Alcol-attribuibile

300.000 morti negli ultimi dieci anni

In Italia le stime della mortalità alcolcorrelata si differenziano a seconda delle fonti e delle metodologie adottate e negli ultimi anni si sono collocate in un intervallo compreso fra 17.000 e 42.000 morti.

Una recente stima condotta per l'Italia con metodologie adottate dall'O.M.S. * indica in 24.061 il numero delle morti per cause alcolcorrelate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni (17.215 tra i maschi e 6.846 tra le femmine). ¹ Secondo tale stima la mortalità alcolcorrelata rappresenta in Italia il 6,23 % del totale di tutte le morti maschili e il 2,45% del totale di tutte le morti femminili nella popolazione superiore ai 20 anni.

A questa mortalità va aggiunta quella relativa ai minori di 20 anni, che non sono inseriti nel citato modello di valutazione per motivi di comparabilità internazionale.

Una valutazione complessiva porta pertanto a stimare in almeno 30.000 le morti causate dal consumo dannoso di alcol in tutta la popolazione.

Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti stradali.





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"











L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute ed il benessere degli individui.

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e, analogamente ad altre sostanze illegali, può indurre dipendenza; i giovani (al di sotto dei 16 anni di età), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche dell'uomo adulto, a causa di una ridotta capacità del loro organismo di metabolizzare l'alcol.











Il "primato" dell'alcol tra le sostanze nella scala del DANNO

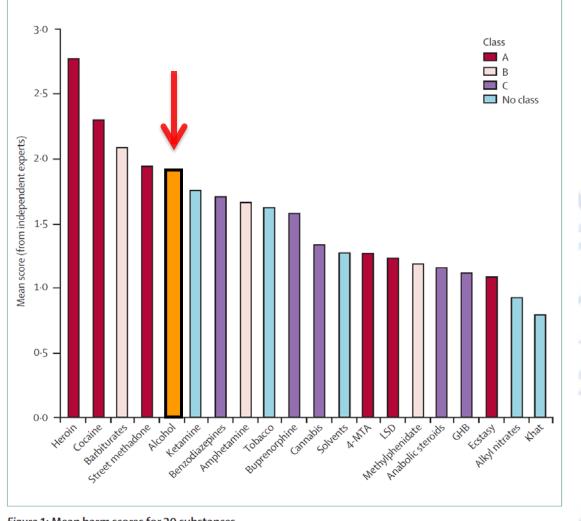


Figure 1: Mean harm scores for 20 substances

Classification under the Misuse of Drugs Act, where appropriate, is shown by the colour of each bar.

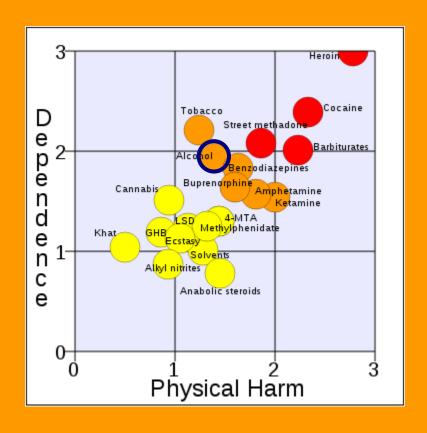








Dipendenza e Danno











ISS - PHEPA – SIA L'evidenza scientifica





Quadro 4.2 Il danno prodotto dall'alcol sul bevitore







Il danno prodotto dall'alcol sul bevitore

C	anno prodotto	dan alcor sar bev				uaii a		Sui peviluie			
	PROBLEMA	Riepilogo dei da	ti rilevati								
Benessere sociale	Conseguenze sociali negative		Danni cerebrali	cerebrale d	n elevato consumo di alcol accelera l'atrofia rebrale, che conduce successivamente a un terioramento cognitivo. Negli individui con coldipendenza di lunga data è stata evidenzia- una progressione dei danni cerebrali.			L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria			
	Diminuzione del rendimento professionale		Deficit cognitivo e demenza			di alcol aumenta il risch sura proporzionale alla		Linee guida cliniche per			
e involontari assuefazione strettamente connesse				e di tabacco sono abit se tra loro e il fumo ecc cessivo consumo di alco	essi-	l'identificazione e l'intervento breve					
	Guida in stato di ebbrezza		Schizofrenia	persone cor anche bassi	n diagn di consu	o di alcol è più comun osi di schizofrenia. L imo di alcol possono pe ferire con l'efficacia dei	livelli ggio-				
Lesioni Patologie gastro intestinali Cirrosi epatica L'alcol aumenta il rischio di cirrosi misura proporzionale alla dose ingeri livello di consumo alcolico, le donne probabilità più alta di sviluppare la ci ca rispetto agli uomini.				e alla dose ingerita. Ad Icolico, le donne hanno Il sviluppare la cirrosi e	ogni una						
			Pancreatite	L'alcol aume cronica in mi	enta il ris ilsura pro	schio di pancreatite aci porzionale alla dose ing	uta e erita.				
	Suicidio		Diabete tipo II		ninuiscan	o con soggetti astemi pi o il rischio, quantità più		GS (Obs)			
Problemi neuropsichiatrici	Ansia e disturbi del sonno	Tumori	Tratto gastro- intestinale	L'alcol aume all'esofago e allo stomaco	e alla la		Aritmie cardiache	Summaries Control Calculation and Calc			
	Depressione		Fegato	L'alcol incren maniera esp				funzioni cardiache preesistenti.			
			Seno	Esistono prot tumori alla n	ve dirett mammel		Cardiopatia coronarica (CHD)	Sebbene un leggero consumo di alcol riduca rischio di problemi alle coronarie, superati i 2i di alcol al giorno il rischio di problemi cardi			
	Alcoldipendenza	Patologie cardiovascolari	Ipertensione	L'alcol aume parte in mis	sura prop		(CHD)	di alcol al giorno il rischio di problemi cardiaci aumenta e oltre gli 80 g al giorno il rischio supera quello di un astemio.			
	Danni al sistema nervoso L'alcol può aument schemico che emor elevata per quanto Nonostante singoli s consumo di alcol ri dalla revisione siste			L'alcol può interferire con le normali funzioni del sistema immunitario, provocando un'aumentata vulnerabilità ad alcune infezioni, tra cui la pol- monite, la tubercolosi e l'HIV.							
				ato di alcol ischemico o alcol è un im ischemico e	ettivo de I nei co I di altra nportant ed emorr	Problemi ossei		Sembra esistere una relazione, proporzionale alla dose ingerita, tra consumo di alcol e rischio di fratture sia nell'uomo che nella donna, più elevato nell'uomo che nella donna.			
				importante d ti e nei giova	ani.	Fertilità		L'alcol può diminuire la fertilità sia nell'uomo che nella donna.			
, ,	L E SALU	TE entro.iss.it/te	emi/alcol/lir	nee/fas	cicolo	Mortalità		Tra i giovani (le donne sotto i 45 anni e gli uomi- ni sotto i 35 anni) ogni livello di consumo di akol aumenta il rischio generale di morte in misura proporzionale alla dose ingerita.			

Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di:Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.









ALCOL: il danno arrecato a terzi

Quadro 4.1 Il danno alcol-correlato arrecato a terzi						
PROBLEMA	Riepilogo dei dati rilevati					
Conseguenze sociali negative	Il danno sociale alcol-correlato nei confronti di terzi è più comune per quanto riguarda le conseguenze meno gravi (come i rumori molesti di notte) che per quelle più gravi (come il timore di fronte a persone ubriache nei luoghi pubblici). Le conseguenze sociali negative a danno di terzi presentano un'incidenza sulla popolazione più alta rispetto alle conseguenze sociali a danno del bevitore stesso.					
Violenza e crimini	Esiste una relazione tra il consumo di alcol e il rischio di coinvolgimento in episodi di violenza (compreso l'omicidio) maggiore per l'intossicazione rispetto ad altre modalità di consumo. Esistono inoltre relazioni tra un elevato consumo di alcol e violenza sessuale (particolarmente quella rivolta a estranei) e domestica (sebbene questa relazione si attenui se si prendono in considerazione altri fattori). In generale la violenza è tanto più grave, quanto maggiore è il consumo di alcol.					
Dissidi coniugali	Esiste un'associazione significativa tra il forte consumo di alcol e le separazioni coniugali; alcune ricerche hanno dimostrato un rischio di separazione o divorzio notevolmente più alto tra i coniugi con problemi legati a forte consumo di alcol.					
Abuso sui minori	Un gran numero di ricerche, non sempre metodologicamente corrette, rilevano una maggiore prevalenza di tutta una serie di problemi infantili tra i bambini di forti bevitori rispetto ad altri.					
Danni sul lavoro	Un elevato consumo di alcol si riflette in una diminuzione della produttività e nell'aumento dell'incidenza di danni a terzi.					
Guida in stato di ebbrezza	Il rischio alcol-correlato di incidenti e di danni a terzi aumenta all'aumentare delle occasioni di forte consumo di alcol.					
Problemi prenatali	L'alcol influisce negativamente sulla funzione riproduttiva. L'esposizione prenatale all'alcol può essere associata a deficit intellettivi che si manifesteranno successivamente nell'infanzia. Sebbene possa verificarsi anche per assunzioni di piccole quantità di alcol, il consumo di più unità in un'unica occasione durante la gravidanza può aumentare il rischio di aborto spontaneo, di basso peso corporeo alla nascita, di nascita prematura e di un ritardo nella crescita intrauterina, e può ridurre la produzione di latte nelle madri che allattano al seno.					

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve ww.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf

Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria.

Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di:Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.









ALCOL: le quantità, i rischi, le differenze di genere

Tabella 4.1. Rischio relativo per una selezione di malattie per cui l'alcol è un fattore di rischio

	Donne Uomini						
	Consumo di alcol espresso in g/giorno						
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+	
Patologie neuropsichiatriche							
Epilessia	1.3	7.2	7.5	1.2	7.5	6.8	
Patologie gastrointestinali							
Cirrosi epatica	1.3	9.5	13.0	1.3	9.1	13.0	
	1.3	9.5 9.5	9.5	1.3	9.1	9.5	

Patologie metaboliche ed endocrine

Γ	Diabete mellito	0.9	0.9	1.1	1.0	0.6	0.7

Neoplasie maligne

Tumore del cavo orale e orofaringeo	1.5	2.0	5.4	1.5	1.9	5.4
Tumore esofageo	1.8	2.4	4.4	1.8	2.4	4.4
Tumore laringeo	1.8	3.9	4.9	1.8	3.9	4.9
Tumore epatico	1.5	3.0	3.6	1.5	3.0	3.6
Tumore mammario	1.1	1.4	1.6			
Altre neoplasie	1.1	1.3	1.7	1.1	1.3	1.7

Patologie cardiovascolari (CVD)

Ipertensione	1.4	2.0	2.0	1.4	2.0	4.1
Cardiopatia coronarica	0.8	0.8	1.1	0.8	0.8	1.0
Ictus ischemico	0.5	0.6	1.1	0.9	1.3	1.7
Ictus emorragico	0.6	0.7	8.0	1.3	2.2	2.4
Aritmie cardiache	1.5	2.2	2.2	1.5	2.2	2.2

Problemi perinatali

•						
Aborto spontaneo	1.2	1.8	1.8	1.0	1.4	1.4
Basso peso corporeo ¹	1.0	1.4	1.4	0.9	1.4	1.4
Nascita prematura ¹	0.9	1.4	1.4	1.0	1.7	1.7
Ritardo della crescita intrauterina ¹	1.0	1.7	1.7			

1 Rischio relativo riferito al consumo di alcol da parte della madre. Fonte: Rehm et al. (2004).

Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di:Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.



www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf









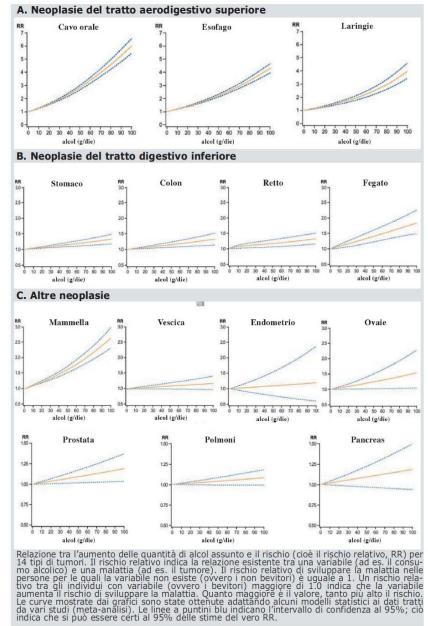


Figura 4.4. Relazione tra i livelli di consumo d'alcol ed il rischio per 14 tipi di cancro. Fonte: Bagnardi et al. 2001.

RISCHI RELATIVI per **CANCRO** in funzione patologie livelli di consumo: non solo fegato....







ALCOHOL & HYPERTENSION

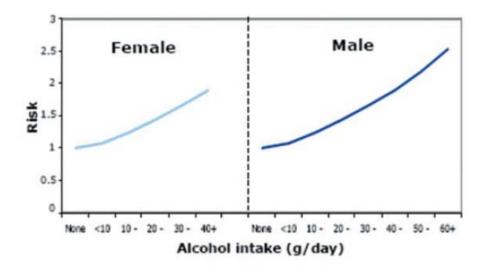
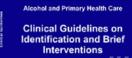


Figure 4.5 Relative risks of hypertension by alcohol intake. Source: Strategy Unit (2003).

http://www.phepa.net















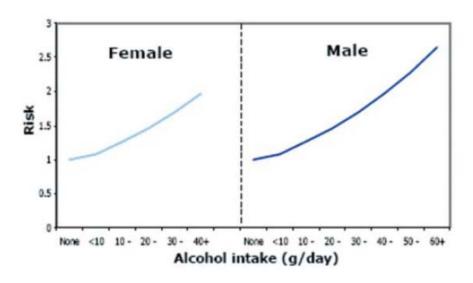


Figure 4.6 Relative risks of haemorrhagic stroke by alcohol intake. Source: Strategy Unit (2003).

http://www.phepa.net

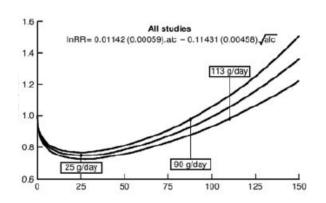


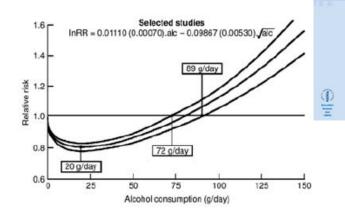






ALCOL & CARDIOPATIE





L'akol e l'assistenza sanitaria primaria

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

L'alcol riduce il rischio di cardiopatie?

Un consumo di modeste quantità di alcol riduce il rischio di malattie cardiache, sebbene l'esatta entità della riduzione del rischio e il livello di consumo di alcol al quale si ha la maggiore riduzione siano ancora controversi. Da importanti studi sull'argomento che tengono conto di possibili fattori confondenti risulta che il rischio diminuisce a un livello piuttosto basso di consumo di alcol. La maggiore riduzione del rischio viene osservata per un consumo medio di 10 g di alcol al giorno. Oltre i 20 g di alcol al giorno il rischio di patologie coronariche e cardiache aumenta. Sembra essere proprio l'alcol a ridurre il rischio di problemi cardiaci, piuttosto che uno specifico tipo di bevanda. Il consumo eccessivo episodico aumenta il rischio di aritmie cadiache e di morte coronarica improvvisa.

Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria.

Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di:Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.









La riduzione del rischio di cardiopatia ischemica. Considerazioni

DISCUTIBILE l'effetto di una bevanda rispetto ad un altra



MAI DIMOSTRATO in vivo l'effetto del Resveratrol

MAI DIMOSTRATA O IDENTIFICATA la quantità di Resveratrol capace di DETERMINARE l'effetto di riduzione del rischio

IMPLAUSIBILI BIOLOGICAMENTE LE QUANTITA' di resveratrol che dovrebbero essere veicolate attraverso le bevande alcoliche (vino) per produrre la riduzione del rischio

LA BIODISPONIBILITA' del Resveratrol VEICOILATO attraverso l'alcol, il vino o altri alcolici è IRRILEVANTE

Le modificazioni biochimiche che possono ridurre il rischio di infarto derivano in pari misura dalla birra, dal vino o dai superalcolici (der Graag et al. 2000) e sono dovute sia ai polifenoli che all'etanolo (Gorinstein & TRakhtenberg 2003); sebbene il vino rosso presenti il più alto contenuto di polifenoli, le stesse modificazioni biochimiche non si hanno con l'uva o con il vino da cui sia stato estratto l'alcol (Sierksma 2003). Per contro esistono dati certi sul fatto che il consumo di alcol, in modo proporzionale alla dose assunta, e il consumo episodico eccessivo aumentino il rischio di calcificazioni delle arterie coronariche nei giovani adulti (Pletcher et al. 2005), un segnale di aterosclerosi che preannuncia future cardiopatie (Pletcher et al. 2004).

www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf



VINTAGEGood Health into Older Age

Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2009) xx, 1-9



Alcohol consumption and cardiovascular risk factors in older lifelong wine drinkers: The Italian Longitudinal Study on Aging

E. Perissinotto a,*, A. Buja a, S. Maggi b, G. Enzi c, E. Manzato c, E. Scafato d, G. Mastrangelo a, A.C. Frigo a, A. Coin c, G. Crepaldi b, G. Sergi c, for the ILSA Working Group 1

Elderly moderate drinkers tend to have lower levels of systemic inflammatory markers and insulin resistance, and higher levels of HDL cholesterol. These findings nonetheless need to be seen in the context of the known adverse effects of heavy drinking. As elderly people are particularly vulnerable to the adverse effects of alcohol, its misuse in later life warrants special attention, and the recommendation that older adults control their alcohol intake must also take other social and health outcomes into account, such as the risk of falls or the adverse effects of interactions between medication and alcohol





Abstract

VINTAGE Good Health into Older Age

Eur J Clin Nutr. 2010 Mar; 64(3): 297-307. Epub 2009 Nov 25.

Alcohol consumption and metabolic syndrome in the elderly: results from the Italian longitudinal study on aging.

Buja A,SCAFATO E, Sergi G, Maggi S, Suhad MA, Rausa G, Coin A, Baldi I, Manzato E, Galluzzo L, Enzi G, Perissinotto E; ILSA Working Group.

Three of five components (systolic pressure, glycemia and waist circumference) proved to be significantly and harmfully affected by alcohol consumption in males, whereas no such significant association emerged in females.

CONCLUSIONS: These results suggest that **alcohol can modify an individual's metabolic condition** and that, even among the elderly, men might be more sensitive to the effects of alcohol than women.





VINTAGE Good Health into Older Age

Alzheimers Dis. 2009 May; 17(1): 7-31.

Alcohol drinking, cognitive functions in older age, predementia, and dementia syndromes.

<u>Panza F, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Frisardi V, Lorusso M, Santamato A, Seripa D, Pilotto A, SCAFATO E, Vendemiale G, Capurso A, Solfrizzi V.</u>

Abstract

Among lifestyle-related factors, low to moderate alcohol drinking has been proposed as a protective factor against the development of agerelated changes in cognitive function, predementia syndromes, and cognitive decline of degenerative (Alzheimer's disease, AD) or vascular origin (vascular dementia, VaD) in several longitudinal studies, but at present, there is no indication that light to moderate alcohol drinking would be harmful to cognition and dementia, and it is not possible to define a specific beneficial level of alcohol intake.











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

Priorità: INFORMAZIONE COMPLETA (e sfatare le leggende.....)

"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









ALCOL: i benefici sulla salute

Quadro 4.3 Benefici per il singolo bevitore in termini di salute					
	PROBLEMA	Riepilogo dei dati rilevati			
Benessere sociale	Sensazioni ed esperienze positive	Si riscontrano in ricerche demoscopiche generali. Sono influenzate dalla cultura, dall'ambiente in cui avviene il consumo di alcol e dalle aspettative per- sonali rispetto agli effetti dell'alcol.			
	Salute soggettiva	Un moderato consumo è associato ad una perce- zione individuale di buona salute, al confronto con astemi e forti bevitori. Non è chiaro quanta parte di ciò sia dovuta a fattori diversi dall'alcol.			
Problemi neuro- psichiatrici	Funzioni cognitive e demenza	Un consumo moderato di alcol può ridurre il rischio di demenza di origine vascolare, sebbene gli effetti sull'Alzheimer e sulle capacità cognitive rimangano incerti, poiché alcune ricerche rilevano effetti benefici ed altre no.			
Problemi gastrointestinali, endocrinologici e	Calcoli biliari	Esistono evidenze sulla possibilità che l'alcol riduca il rischio di calcolosi.			
del metabolísmo	Diabete tipo II	La relazione grafica con il diabete di tipo II assume la forma di U; dosi basse diminuirebbero il rischio rispetto agli astemi e dosi alte lo aumenterebbero. Non tutti gli studi rilevano una diminuzione del rischio ad un più basso consumo di alcol.			
Disfunzioni cardiovascolari	Ictus ischemico	Alcuni studi rilevano che un basso consumo di alcol diminuisce il rischio di ischemia, sebbene a un'indagine sistematica di tutti gli studi condotti non emerga alcuna prova chiara di un effetto protettivo.			
	Cardiopatia coronarica (CHD)	Una meta-analisi di 51 studi e di 28 studi di alta qualità ha rilevato una diminuzione del rischio di CHD del 20% al livello di consumo di alcol di 20 g al giorno. Tale riduzione di rischio di CHD è invece minore e avviene a livelli più bassi di consumo alcolico secondo studi di qualità più alta. Nonostante la relazione tra consumo di alcol e rischio di CHD sia biologicamente plausibile, resta il fatto che l'effetto o almeno una parte di esso potrebbe essere spiegato da problemi e irregolarità nella misurazione dell'alcol non adeguatamente controllati in tutti gli studi.			
Problemi ossei		Esistono prove secondo cui le donne che consu- mano alcol in piccole quantità avrebbero gene- ralmente una densità ossea più alta rispetto alle donne astemie.			
Mortalità		Tra gli anziani, al confronto con gli astemi, picco- le quantità di alcol riducono il rischio generale di morte. Il livello di consumo di alcol con il rischio più basso di mortalità (nadir) è di 4 g al giorno per le donne dai 65 anni in su, e di 11 g al gior- no per gli uomini dai 65 anni in su.			

Benefici
del bere
MODERATO
circoscritti a ben
identificate (poche)
condizioni.

Il beneficio è riportato SEMPRE per valori molto bassi di consumo corrispondenti in media a 10-15 gr/die con sostanziali differenze di genere e età e

www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf

Le quantità che riducono la mortalità sono di :

- ZERO grammi al di sotto dei 35 anni;
- di 4 grammi (femmine) e
 11 grammi (maschi) <u>al</u>
 giorno per gli ANZIANI

Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria.

Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di:Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.









Consumatori a rischio

Si definiscono a rischio i consumi quantitativi oltre i quali gli effetti dell'alcol influiscono negativamente sull'individuo.

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :



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



1-2 Unità per le donne



2-3 Unità per gli uomini

E' inoltre a maggior rischio il consumo in un'unica occasione di 5 o più bevande alcoliche

(Binge drinking)



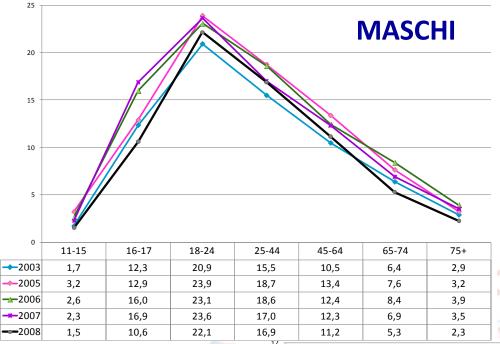
l bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol





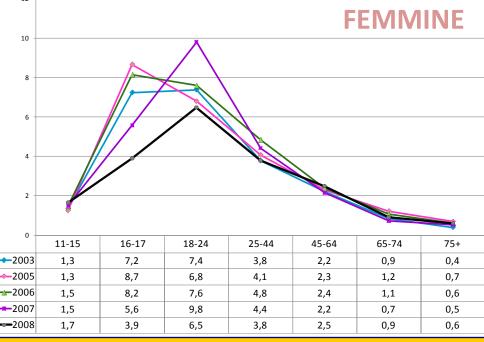






Frequenza(%)
binge drinkers
per classi di età.

Trend
2003-2008
Consolidato
nei maschi
"Traslato"
nelle femmine



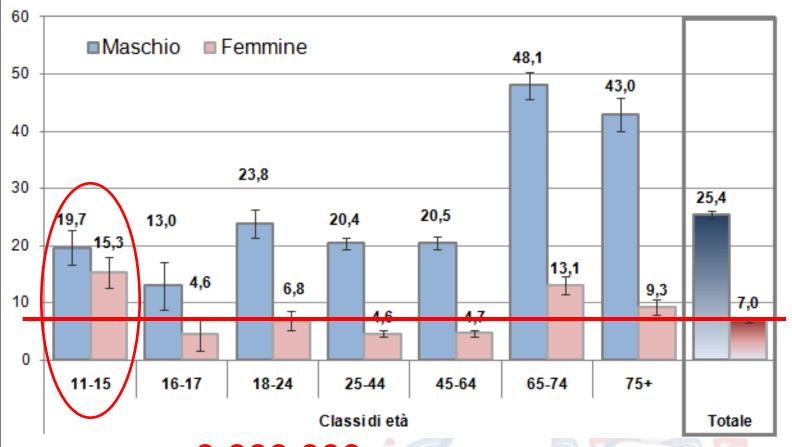








Consumatori a rischio (%) per sesso e classi di età.



Circa 9.000.000 di CONSUMATORI A RISCHIO

(Circa 7 milioni maschi e 2 milioni femmine)

La prevalenza di consumatori di alcol a rischio è più alta tra i maschi rispetto alle femmine ad eccezione delle classe al di sotto dell'età legale

E. SCAFATO, S. GHIRINI. Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2009









CRITICITA' nelle politiche sanitarie : i GIOVANI

- Cosa ha da offrire il SSN a questi individui a rischio ?
- CHE COSA OFFRE OGGI, nell'immediato, a un ragazzo o una ragazza che giunge all'osservazione di un Pronto Soccorso per stato di ebbrezza?
- Quali percorsi sono garantiti <u>a chi non è</u> <u>alcoldipendente</u> ma ha problemi con l'alcol?

E con quali modelli, contesti, culture o BEVANDE ci confrontiamo?

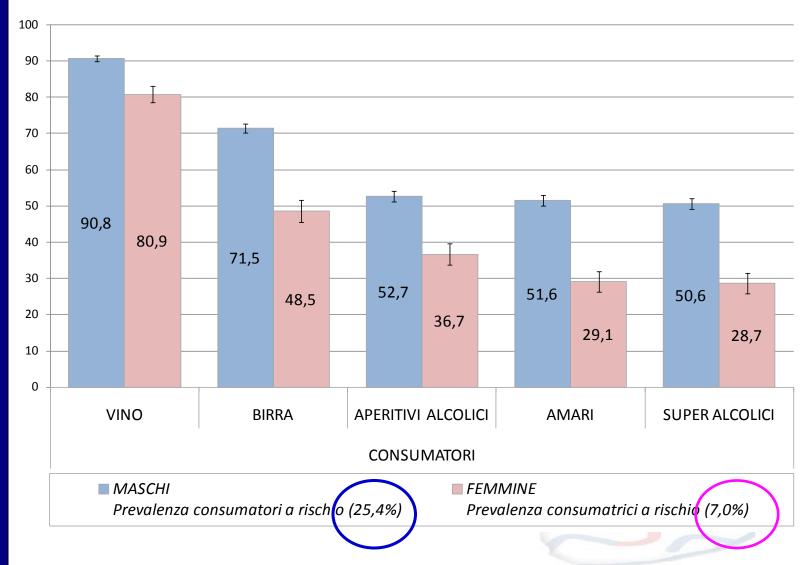








Consumatori a rischio (%) e bevande consumate ITALIA 2008 (età 11+)



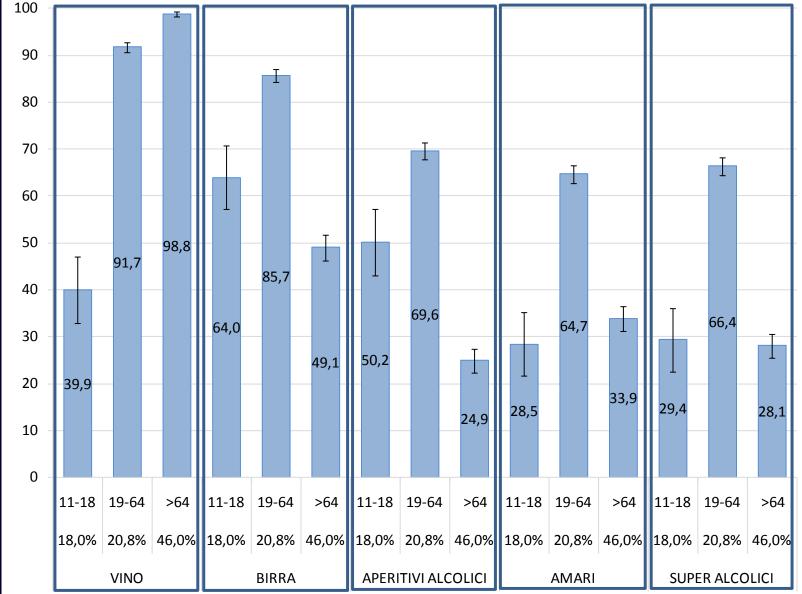








Consumatori a rischio (%) e bevande consumate Maschi per classi di età . ITALIA 2008



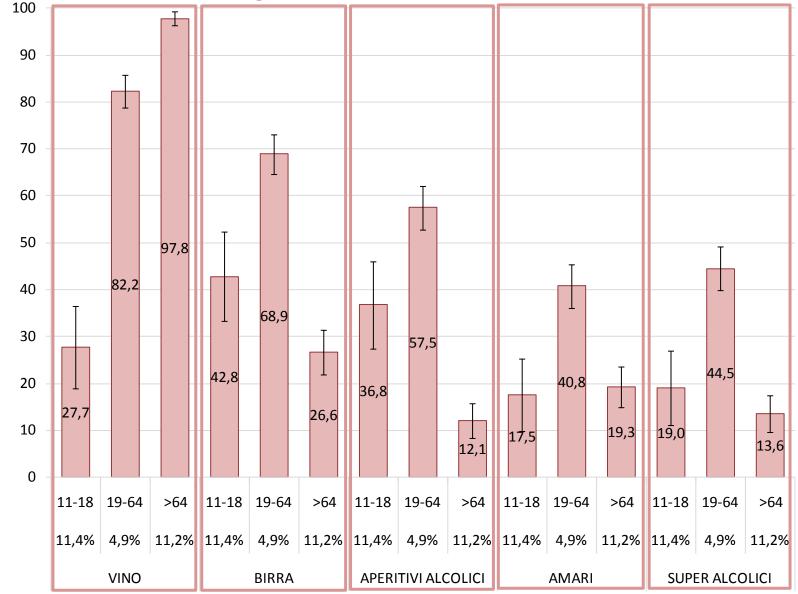








Consumatori a rischio (%) e bevande consumate FEMMINE per classi di età. ITALIA 2008











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

Oltre 600 mila MINORI a RISCHIO in Italia

> Tra i 11-15 anni, al di sotto dell'età minima legale

il 17 % circa è un consumatore a rischio

La quota delle ragazzine a rischio 11-15enni supera il valore della media nazionale delle consumatrici a rischio

oltre 800.000 <u>18-24ENNI</u> a RISCHIO

- > Tutti i comportamenti a rischio considerati sono più diffusi tra i maschi.
- ➢ il 22,1% dei ragazzi ed il 6,5% delle ragazzine ha praticato il binge drinking e sono le massime frequenze registrate in Italia

E. SCAFATO, S. GHIRINI. Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2009





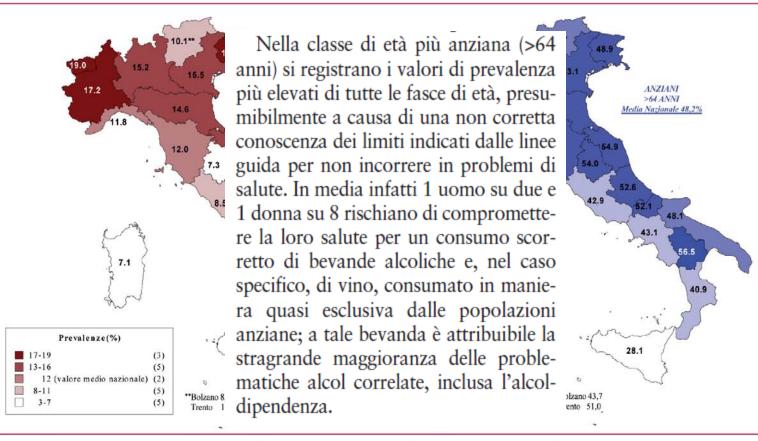




I consumatori a rischio (criteri ISS):

3 milioni di ULTRA65ENNI (dalla Relaz. Stato Sanit. Paese 2009)

Figura 3 – Prevalenza (%) consumatori a rischio (criterio ISS) >64 anni per sesso e regione di residenza - Anno 2007



FONTE: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo Istat 2007.

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. IaConf. Naz.









CRITICITA' nelle politiche sanitarie: gli ANZIANI

- Chi identifica questi individui ?
- Chi prende in carico un bevitore problematico anziano e in che modo?
- Come garantire un accesso e un trattamento ADEGUATO e coerente con il livello di rischio rilevato?









ANZIANI come priorità oggi NEGLETTA in TUTTA Europa (Conclusione del Consilium EU 2/12/2009)

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



Health effects, consumption trends and related issues

Mats Hallgren Pi Högberg Svon Andriasson





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













Conclusione del Consilium EU 2/12/2009

Il Consiglio richiama gli Stati Membri a "trattare la questione del benessere della popolazione anziana dell'UE, inclusi gli effetti di un consumo nocivo di alcol su un invecchiamento sano e dignitoso a livello dell'UE, e contribuire a sensibilizzare i professionisti della salute, coloro che forniscono un'assistenza informale e i cittadini anziani sulle potenziali interazioni tra medicinali e alcol" sollecitando la Commissione Europea e gli Stati Membri a : "inserire negli attuali sistemi di informazione i dati sul consumo di alcol e sui danni causati dal consumo nocivo di alcol nella fascia di età dai 60 anni in poi" e "elaborare e applicare procedure di identificazione precoce di intervento breve in materia di assistenza sanitaria primaria e per gli anziani nonché negli ambiti sanitari scolastici".

Nel mese di settembre <u>l'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS</u> riferirà rispetto al Progetto VINTAGE in Commissione, nel Committee of National Alcohol Policy and Action on Alcohol i risultati e le proposte da incorporare nelle direttive europee future

http://register.consilium.europa.eu/pdf/it/09/st16/st16010.it09.pdf



VINTAGEGood Health into Older Age

VINTAGE project: best practices for prevention of alcohol-related harm in the elderly in the EU

Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanità, Rome, ITALY

Director
WHO CC for Health Promotion and Research on Alcohol
Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

President
Italian Society of Alcohology - SIA



OTVTITS OT SAVA

VINTAGE

Evaluation report referees conclusion

This project is of high relevance to the implementation EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm, to the Work plan and to Community health programme. Scientific reviews on health and alcohol consumption in elderly and on effective practices will contribute to the knowledge and good practice exchange at EU and country level.

The project could also have potential impact on the health of citizens, health services utilization, sustainability of health systems and consequently on reduction of health inequalities







VINTAGE Evaluation report referees conclusion

Questo progetto è di alta rilevanza per l'implementazione della strategia europea di supporto agli Stati Membri nella riduzione del danno alcol-correlato, per il work plan e per lo sviluppo del Community health programme. Le pubblicazioni scientifiche sulla salute, il consumo di alcol tra gli anziani e abitudini di consumo, favoriranno uno scambio di conoscenze e buone pratiche a livello europeo e di singolo stato.

Il progetto può anche produrre un effetto sulla salute dei cittadini, sull'utilizzo dei servizi sanitari, sulla sostenibilità del sistema sanitario e di conseguenza sulla riduzione delle disuguaglianze in Sanità







VINTAGE Good Health into Older Age



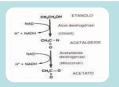
Gli anziani sono più sensibili all'alcol a causa delle modificazioni fisiologiche



Calo rapporto liquidi/grassi corporei Meno acqua, minore diluizione dell'alcol



Calo flusso sanguigno epatico Incremento di rischio di danni al fegato



Calo efficienza enzimi epatici <6gr ETOH/hr Alterazione del metabolismo dell'alcol



Calo reattività cerebrale Più rapido effetto su cervello, alteraz. Cognitiva





VINTAGEGood Health into Older Age

Journal of Alzheimer's Disease 17 (2009) 7-31 DOI 10.3233/JAD-2009-1009 IOS Press 7

Review Article

Alcohol Drinking, Cognitive Functions in Older Age, Predementia, and Dementia Syndromes

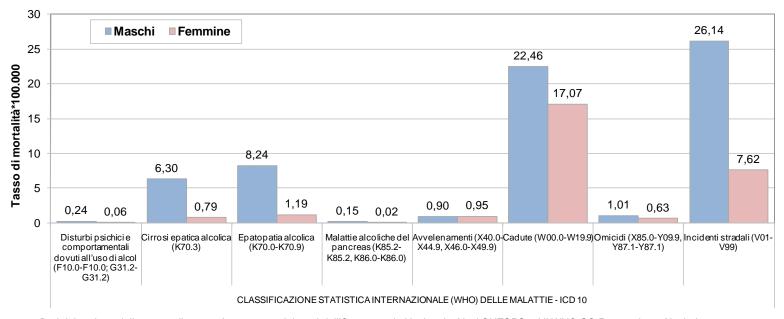
Francesco Panza^a, Cristiano Capurso^b, Alessia D'Introno^a, Anna M Colacicco^a, Vincenza Frisardi^a, Maria Lorusso^a, Andrea Santamato^c, Davide Seripa^d, Alberto Pilotto^e, Emanuele Scafato^f, Gianluigi Vendemiale^{b,g}, Antonio Capurso^a and Vincenzo Solfrizzi^{a,*}

At present, there is no indication that light to moderate alcohol drinking would be harmful to cognition and dementia, and it is not possible to define a specific beneficial level of alcohol intake.





Tassi di mortalità (*100.000) - Popolazione 65+ Italia - 2003



Dati del registro della cause di morte Anno 2003, elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS ed il WHO CC Research on Alcohol

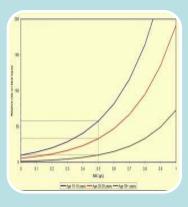
Analizzando i tassi di mortalità **una relazione** è stata individuata tra consumo di alcol e rischio di rimanere coinvolto in **cadute accidentali** (Tasso di mortalità in Italia (2003): M=22,46; F=17,07), rischio di **omicidio** (Tasso di mortalità in Italia (2003): M=1,01; F=0,63), and **incidente stradale** (Tasso di mortalità in Italia (2003): M=26,14; F=7,62).





Incidenti stradali in età avanzata

La prossima priorità?



Stesse quantità di alcol possono determinare tra gli anziani livelli più elevati di concentrazione di alcol nel sangue (BAC) rispetto alle persone più giovani



Il rischio tra gli automobilisti anziani di rimanere coinvolti in incidenti stradali è 3 volte più elevato tra chi ha consumato anche piccole quantità di alcol rispetto a chi non ne ha consumato





SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2009 pool di ASL di 21 Regioni (n=39.240)

Alcol e sicurezza stradale

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

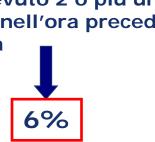
Bevuti 2 o più unità alcoliche nell'ora precedente alla guida

18-64 anni: 11%

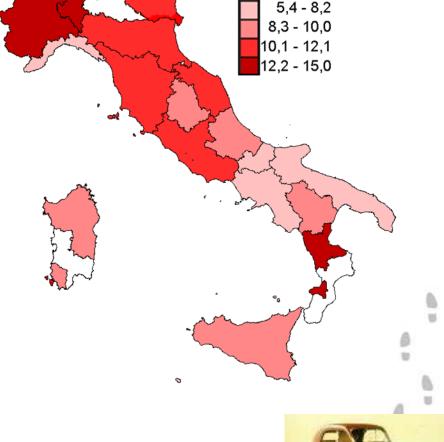
65-69 anni: 6%

Passeggero con guidatore

che ha bevuto 2 o più unità
alcoliche nell'ora precedente
alla guida



Dati invariati rispetto al 2008





SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2009 7 Regioni con modulo aggiuntivo (n=13.438)

Controlli delle Forze dell'ordine e etilotest

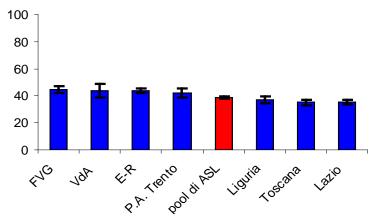
subìto un controllo -da guidatore o da passeggero- nel corso dell'ultimo anno

39%

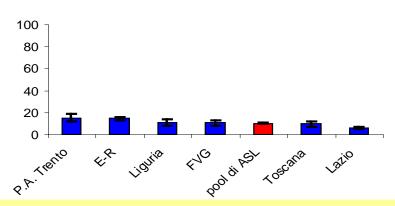
tra coloro che sono stati fermati, riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest

10%

Fermi per controlli dalle Forze dell'ordine Pool di Asl, Passi 2009 (%)



Persone che riferiscono che il guidatore ha effettuato l'etilotest Pool di Asl, PASSI 2009 (%)





Rispetto al 2008, i controlli effettuati nella P.A. di Trento sono aumentati dal 7% al 15%, mentre nelle altre Regioni non si registrano differenze rilevanti









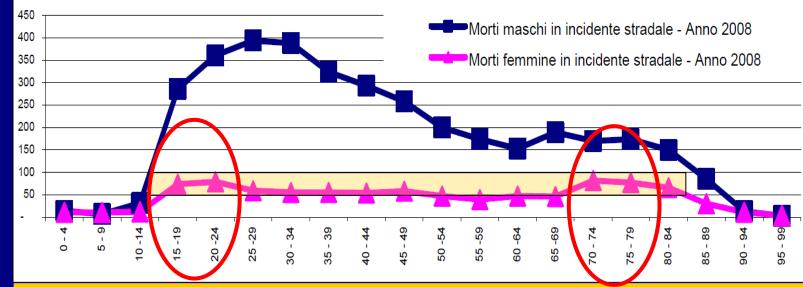


DATI ACI-ISTAT. Incidenti stradali MORTI 2008

Prospetto 19 - Morti e feriti per sesso e classe di età - Anno 2008 (valori assoluti)

CLASSI DI ETA		Morti			Feriti		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 - 4		14	11	25	1.342	1.227	2.569
5 - 9		7	11	18	2.098	1.661	3.759
10 -14		31	12	43	3.622	2.473	6.095
15 -19		286	74	360	21.138	10.446	31.584
20 -24	1253	361	79	440	23.993	13.589	37.582
25 -29		394	59	453	21.958	12.632	34.590
30 - 34		388	55	443	21.813	12.269	34.082
35 - 39		324	55	379	19.306	11.103	30.409
40 - 44		293	54	347	16.863	9.888	26.751
45 - 49		258	58	316	13.280	8.116	21.396
50 -54		200	47	247	10.396	6.274	16.670
55 -59		174	39	213	7.584	5.146	12.730
60 -64		153	47	200	6.133	4.121	10.254
65 -69		189	46	235	5.202	3.475	8.677
70 - 74		170	82	252	4.553	3.114	7.667
75 - 79		174	77	251	3.620	2.306	5.926
80 - 84	1100	150	66	216	2.283	1.488	3.771
85 - 89	1100	85	30	115	898	590	1.488
90 - 94		13	11	24	108	78	186
95 - 99		3	4	7	23	27	50
Imprecisata		99	48	147	7.666	6.837	14.503
Totale		3.766	965	4.731	193.879	116.860	310.739













BAC ridotto: il razionale applicativo basato sull'evidenza

ocietă Italiana di Alcologia



Consiglio Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcologia

Presidente E. Scafato

Vice Presidente G. Greco C. Loquercio

Segretario

Cancialiani

Consiglieri P. Allosio L. Bondi V. Campanile P. Cimarosti

P. Cimarosti D. Mioni

Consiglieri aggiunti M. F. Amendola

V. Cerrato G. Bardazzi

A. Noventa V. Patussi R. Rossin

Web: http://sia.dfc.unifi.i e-mail: sia@dfc.unifi.it

Segreteria e

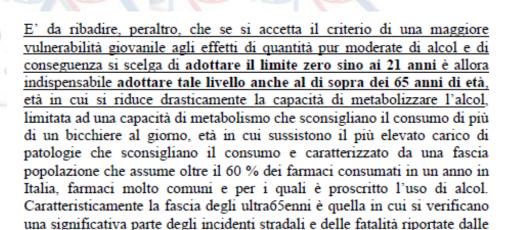
Via Santo Stefano 57 40125 Bologna tel. 051.263703 fax 051.238564 info@mccstudio.org OGGETTO: Audizione SIA relativa all'esame dei disegni di legge nn. 1720 e connessi sulla sicurezza stradale, Roma 6 ottobre 2009, Commissione Lavori Pubblici, Senato della Repubblica, ROMA

L'alcol alla guida è, in Italia e in Europa, la prima causa di morte dei giovani de di compress na i i de i 25 ami. Come dimostrato dai greeni dai (pubblicati dall'Osservatorio nazionale alcol del CNESPS e de Centro OMS per la Ricera Sall'Alcol dell'Italiano Superarore di Santis, sono l'milione e mezzo i giovani che consumano alcol secondo modalità rischiose o dimonse e il fenomeno del bere giovannie e, in particolare, del bere alla guida è un emergenza nazionale da affrontare con estrema ungrenza.

Alcune tendenze registrate nel corso degli ultimi mesi relative ad imizziative ed chianazioni, anche istimuzionali, volto a contrastare l'evidenza scientifica disponsible e a femine di normalizzare il rischio alcoli eccretato alla giudi non sono da stottovalturate in finzione dell'esigenza di cautela e della possoli di damie e rischi che possono comunque derivare dalla diffissione e che comunque non formiscono gli indispensibili elementi unità a manternere elevati livelli di salute e sicurezza. Il riferimento allo stato di ubrizchezza o ebbrezza che è orgi al centro del dibattio appare un fintro de risel confondimento e di vinimento rispetto alla valutazione delle conseguenze, dell'impatto reale che l'alcol può determinare estili individuo, ciagnia individuo, in finzione di quantita crescenti alcoli imperito, condizione, che, a partià di quantità consumate, pur minime, può determinare elitri differenti, mas generalizzabili e che possono manifestarsi in episodi o comunque con effetti intossicanti condizionanti la piena integrità o dosoneti fisica e puchica alla giudi.

La Società Italiana di Alcologia, in funzione della valutazione di unute evidenze disponibili e delle esperienze internazionali di cui si atta verificata efficacia ed efficienza, sottolinea che non estistono livulli riteuatti ragionevoli o sicuri di alcohemia alla guida in funzione di esauctive esignaze di prevenzione e sicurezza non appare sodifisfare la necessità di deva assicurare fornire alla popolazione sistemi e politiche di controllo bossiti olli impergo niegnato e contestuale di tutti gli elementi che posono giovare al raggiungimento degli obiettivi proposti dalle misure in discussione Sistemi che comperendono:

- a) le norme (tassi alcolemici differenziati).
- b) i target di riferimento (giovani e/o popolazione generale).
 c) i controlli (numero di test etilometrici, numero di addetti delle forze
- dell'ordine impiegati, numero di etilometri ecc.),
 d) le modalità di attuazione dei controlli (random o prefissati),
- d) le modalità di attuazione dei controlli (random o prefissati) deterrenza (certezza del controllo, di ammende e sanzioni).
- e) gli investimenti finanziari in sistemi di sicurezza, prevenzione e educazione stradale dei giudatori e, osparaturo dei trasgressori (corsi di riammissione alla guida, impiego in lavori socialmente utili) che postano consentire il raggiungimento di un più elevato livello di sicurezza sulle strade non gravato da tutto ciò che è viziabile a fotonet di un comportamento responsabile e consaperele eviziabile a fotonet di un comportamento responsabile e consaperele.





statistiche correnti





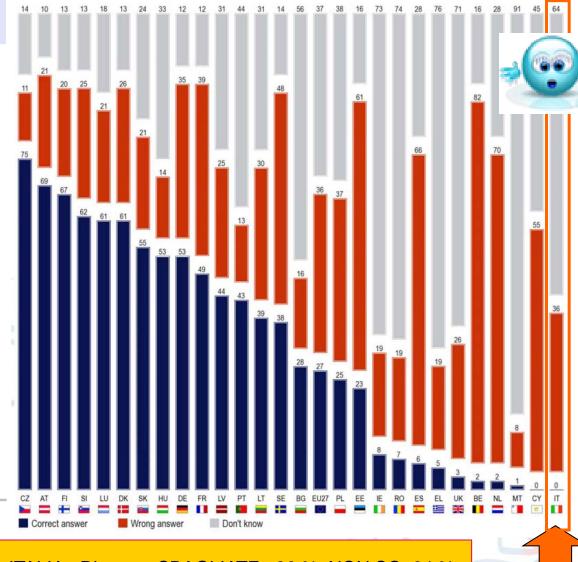




BAC levels beyond which drink driving is punishable by law

		BAC Limit (g/l)
	BE	0.5
	BG	0.5
	CZ	0
	DK	0.5
	DE	0.5
	EE	0.2
	IE	0.8
	EL	0.5
在	ES	0.5
	FR	0.5
	IT	0.5
€	CY	0.5
	LV	0.5
	LT	0.4
	LU	0.5
	HU	0
*	MT	0.8
	NL	0.5
	AT	0.5
	PL	0.2
(6)	PT	0.5
	RO	0
-	SI	0.5
	SK	0
+	FI	0.5
	SE	0.2

Proporzione (%) di risposte esatte, sbagliate e "NON SO" alla domanda: Qual è il BAC consentito alla GUIDA nella tua Nazione?



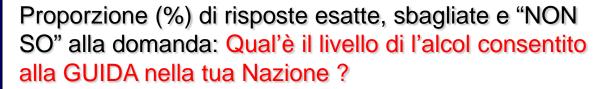


0.8

ITALIA. Risposte SBAGLIATE: 36 % NON SO: 64 %

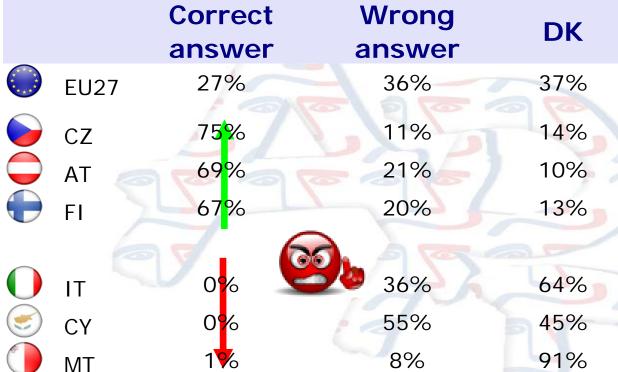
Risposte ESATTE: ZERO !!!!















- Low awareness of the legal blood alcohol concentration (BAC) levels beyond which drink driving is punishable by law
- High differences between countries

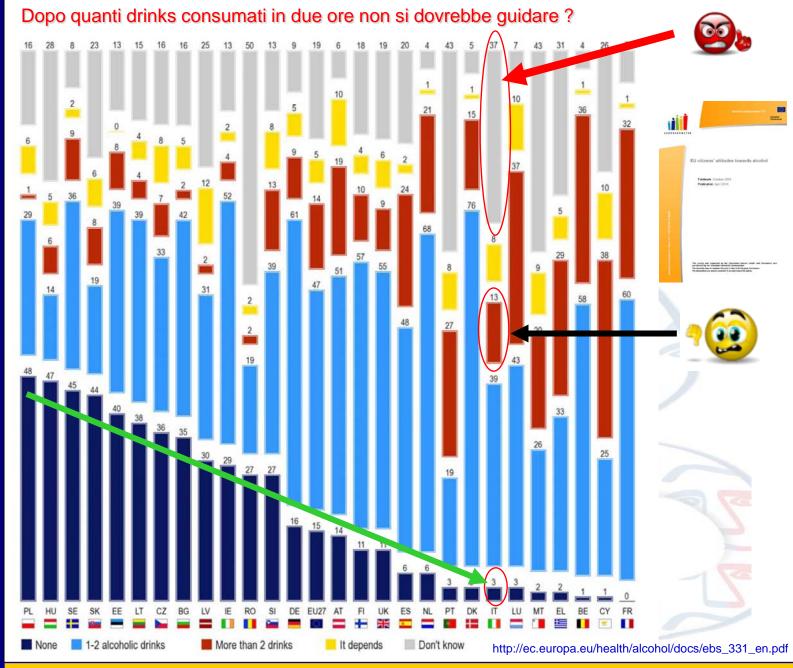
http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf



















Conclusioni

Le evidenze disponibili mostrano che la frequenza del bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare.

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 agendo sui fattori noti che possono influenzare il rischio e che sono stati anche verificati in termini di preferenza dei cittadini europei attraverso il sondaggio EUROBAROMETER.



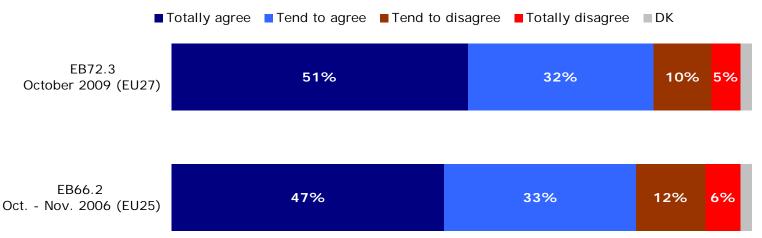




QC9.1I controlli delle forze dell'ordine ridurrebbero il numero di persone che bevono e si mettono alla guida in EU?



CONCORDA l'83 % degli intervistati





 83% of Europeans acknowledge the impact of random police checks for drink-driving







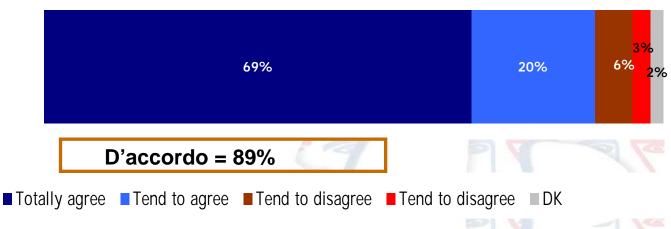


QC9.2 Divieto di pubblicità di alcolici rivolta al target giovanile



QC9.3 Divieto di VENDITA e somministrazione ai minori di anni 18





• EU citizens support a minimum age of 18 years for selling and serving alcoholic beverages and think that alcohol advertising targeting young people should be banned





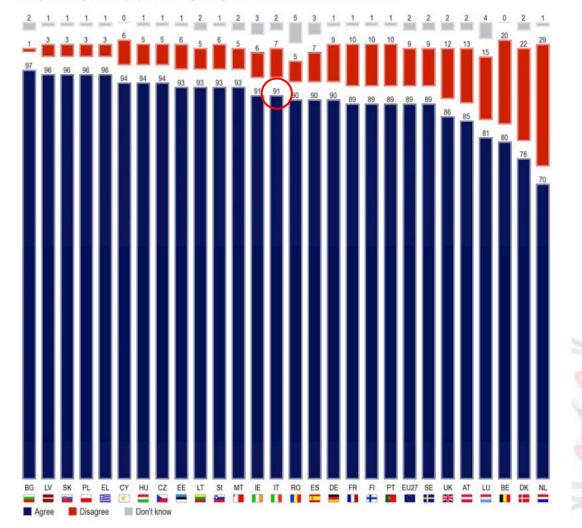




QC9.3 Divieto di VENDITA e somministrazione ai minori di anni 18

QC9.3. To what extent do you agree or disagree with the following?

Selling and serving alcohol to people under the age of 18 years should be banned in all EU Member States







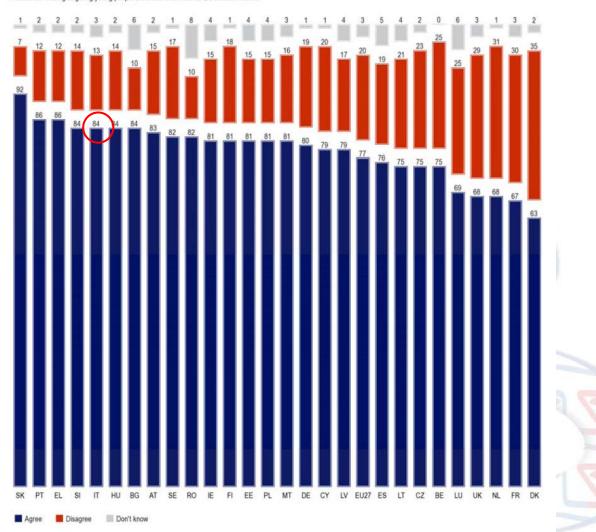




QC9.2 Divieto di pubblicità di alcolici rivolta al target giovanile

QC9.2. To what extent do you agree or disagree with the following?

Alcohol advertising targeting young people should be banned in all EU Member States





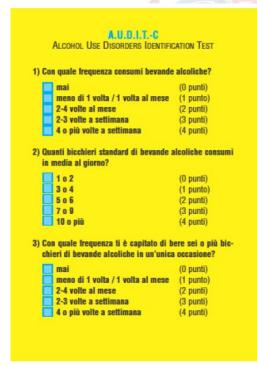






E' indispensabile attivare percorsi efficaci e efficienti, FINANZIATI, di formazione, prevenzione utili ad incrementare la capacità di <u>intercettazione precoce delle Problematiche e Patologie Alcol Correlate – PPAC specializzando tali attività sui target più vulnerabili:</u>

i GIOVANI e gli ANZIANI













E' indispensabile attivare iniziative e misure legislative atte a preservare i GIOVANI e gli ANZIANI dal rischio

ALCOL & GUIDA

con intense campagne di sensibilizzazione da centrare sul messaggio

SE GUIDI NON BERE











E' indispensabile INFORMARE CORRETTAMENTE e DISSUADERE dal CONSUMO DI ALCOL ALLA GUIDA EVITANDO MESSAGGI CONTRADDITTORI e fornendo gli elementi e gli strumenti di AUTOVALUTAZIONE del RISCHIO per il contesto

ALCOL & GUIDA

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; Champagne/spumante 100 cc 80 cc Vini liquorosi-aperitivi Ready to drink 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 STOMACO VUOTO STOMACO PIENO Peso corporeo (Kg) Peso corporeo (Kg) **BEVANDA** 75 birra analcolica birra leggera 0,29 0,27 0,39 0.35 vini liquorosi-aperitivi 0.24 0.22 0.12

** 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.

0,31

0,40

0,53

0,26

superalcolici

superalcolici

ready to drink

0,27

0,35 0,33

0.16 0.15

0,21 0,20

0,28

0.13 0.12

0.04









FINANZIARE

PREVENZIONE

RICERCA

MARKETING SOCIALE

Anche tramite la creazione di un FONDO da creare sulla base di tasse di scopo sul prodotto e/o sulla PUBBLICITA'

Come richiesto dalla
CONSULTA NAZIONALE ALCOL









FAVORIRE

PROGRAMMI DI PREVENZIONE SOCIOSANITARI

8

SCOLASTICI COINVOLGENDO LA

FAMIGLIA

Come richiesto dalla
CONSULTA NAZIONALE ALCOL





VIVIAMO!

Dal decalogo per i genitori...

...attraverso qualche "dritta" per i più

giovani...



Un progetto educativo per una FAMILY EDUCATION inter-generazionale su Quello che c'è da sapere per non rischiare

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre

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



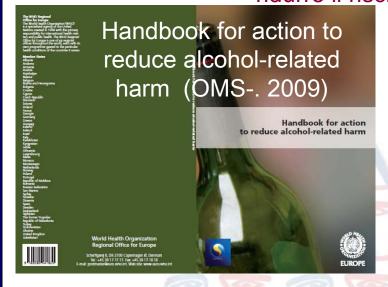






ADOTTARE le AZIONI dotate di efficacia

Manuale OMS per le azioni dirette a ridurre il rischio alcolcorrelato



The Regional Office for Europe would like to thank Dr Peter Anderson, Consultant in Public Health and Honorary Senior Lecturer in Public Health, Maastricht University, Netherlands, for writing this report and the following experts for their valuable contributions to this publication.

Dr Joan Colom Farran, Director, Department of Health, Substance Abuse Programme, Government of Catalonia, Barcelona, Spain

Mrs Sandra B. van Ginneken, Senior Policy Officer Alcohol, Nutrition, Health Protection and Protection Department, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Netherlands

Dr Antoni Gual, Alcohol Unit, Government of Catalonia, Barcelona, Spain Ms Karin Nilsson Kelly, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, Sweden

Dr Jacek Moskalewicz, Department of Studies on Alcoholism and Drug Dependence, Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland

Mr Esa Österberg, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Alcohol and Drug Research Group, Helsinki, Finland

Professor Valentino Patussi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Centro Alcologico Regionale (CAR), Florence, Italy

Ms Maria Renström, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Public Health Division, Stockholm Sweden

Ms Lidia Segura, Directorate General of Substance Abuse and Aids, Department of Health and Social Security, Government of Catalonia, Barcelona, Spain

Professor Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanitá, Centro Nazionale di Epidemiologia, Rome, Italy

Dr Hana Sovinova, National Institute of Public Health, Praque, Czech Republic.

The Regional Office is grateful to the European Commission and to the Swedish Ministry of Health and Social Affairs for their financial assistance with the production of this report. The launch of this publication was timed to coincide with the Swedish Presidency of the European Union Expert Meeting on Alcohol and Health 21 September 2009. A special thank to Istituto Superiore di Sanitá, Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Rome, Italy for hosting an editorial meeting.









ADOTTARE UN APPROCCIO INTEGRATO

Le 10 aree di azione/intervento sull'alcol

- 1.prezzi di vendita
- 2.accessibilità degli alcolici
- 3.commercializzazione delle bevande alcoliche
- 4. produzione illegale e informale di alcolici
- 5.alcol e guida
- 6.caratteristiche di consumo
- 7. interventi socio-sanitari
- 8. sensibilizzazione pubblica
- 9.interventi sulla popolazione e in ambito lavorativo
- 10.monitoraggio e valutazione.











WHO GLOBAL STRATEGY



EXECUTIVE BOARD 126th Session Provisional agenda item 4.10 EB126/13 3 December 2009

Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy

Report by the Secretariat

- 1. In resolution WHA61.4 (Strategies to reduce the harmful use of alcohol) the Health Assembly requested the Director-General to submit to the Sixty-third World Health Assembly, through the Executive Board, a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol. The Health Assembly urged Member States to collaborate with the Secretariat in developing a draft global strategy, and further requested the Director-General to collaborate and consult with Member States, as well as to consult with intergovernmental organizations, health professionals, nongovernmental organizations and economic operators on ways they could contribute to reducing harmful use of alcohol.
- 2. The Secretariat has drafted a strategy (Annex 1) through an inclusive and broad collaborative process with Member States. In doing so, the Secretariat took into consideration the outcomes of consultations with other stakeholders on ways in which they can contribute to reducing the harmful use of alcohol. The draft strategy is based on existing best practices and available evidence of effectiveness and cost-effectiveness of strategies and interventions to reduce the harmful use of alcohol; this evidence is summarized in Annex 2.
- 3. The consultative process started with a public, web-based hearing from 3 October to 15 November 2008, giving Member States and other stakeholders an opportunity to submit proposals on ways to reduce harmful use of alcohol. Two separate round-table discussions, one with nongovernmental organizations and health professionals and the other with economic operators, were organized in Geneva in November 2008 in order to collect views on ways these stakeholders could contribute to reducing harmful use of alcohol. Subsequently, a consultation with selected intergovernmental organizations was held (Geneva, 8 September 2009).¹
- 4. The Secretariat began work on a draft strategy by preparing a discussion paper for further consultations with Member States. That paper was formulated on the basis of the deliberations of WHO's governing bodies and several regional committee sessions as well as the similar outcomes of those bodies pertaining to other related areas such as noncommunicable diseases, mental health, violence and injury prevention, cancer, family and community health, social determinants of health, HIV/AIDS, and trade and health. The discussion paper was also influenced by the outcomes of the Secretariat's technical activities on alcohol and health, including the relevant meetings of technical experts. The discussion paper was sent to the Member States and posted on the WHO web site.

¹ See the WHO web site for further information about the process of implementing resolution WHA61.4 and links to the various documents referred to in this report: http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.



Outcomes for the Third Millennium INVESTING FOR HEALTH

Intermediate Health Outcomes



Healthy Lifestyles

Healthy Cultures

Healthy environments and settings

- H. EDUCATION
- H. PREVENTION
- H. PROTECTION
- SOCIAL INFLUENCE
- FACILITATION
- ADVOCACY







Quality of life

Indipendance

Equity



UN CONSIGLIO ...VINTAGE ... D'ANNATA NON PER GLI ANZIANI.....

I prepare three cups of wine for my guest.

The first is for friendship, the 2nd for the pleasure, the 3rd for love.

After these three cups the wise guest departs.

EUBULUS, Athen, many years BC





La necessità OGGI nel 2010 di RINNOVARE la sfida lanciata per il Terzo Millennio: INVESTIRE in SALUTE





Ŕome ISS 1999









GRAZIE A TUTTI!

http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol.asp

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Emanuele Scafato
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
NATIONAL HEALTH INSTITUTE
Via Giano della Bella, 34
00161 Rome, Italy

Tel: (+39) 06 4990 4028 o 4029 (segr.) Fax: (+39) 06 4990 4193 Mob. (+39) 346 6959152

E-mail: emanuele.scafato@iss.it

