

IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL e L'ALCOLDIPENDENZA IN ITALIA

Rimuovere lo stigma favorendo l'intercettazione delle condizioni alcolcorrelate adeguando i sistemi d'identificazione, di monitoraggio epidemiologico, di prevenzione, di assistenza e di cura alla persona mirando all'ampliamento dell'accessibilità ai trattamenti disponibili e ad una rete sociale e sanitaria di competenze dedicate all'alcoldipendenza.

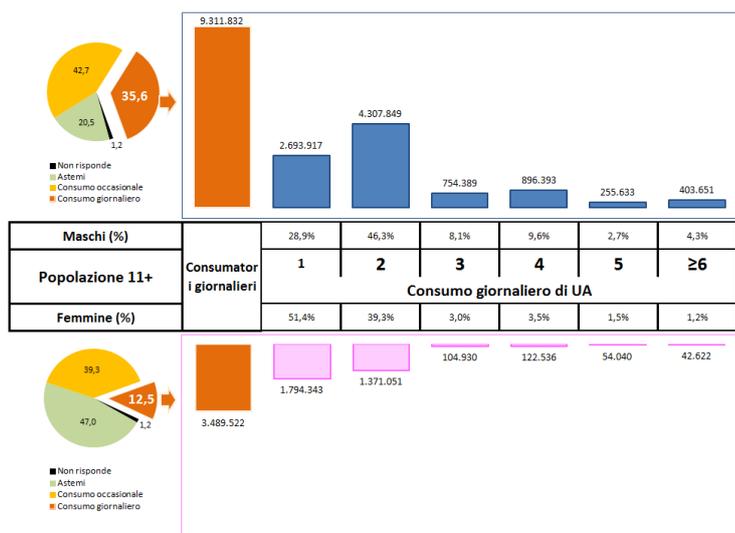


Roma 09 Aprile 2014

Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6 % degli anni di vita persi a causa di disabilità (DALYs) attribuibili all'alcol. Negli ultimi 40 anni le quantità consentite per non incorrere in rischi per la salute sono continuamente diminuite ed ormai da molti anni l'OMS ha evidenziato che non è possibile identificare quantità di consumo alcolico raccomandabili per la salute perché sono molteplici i parametri da considerare: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo di alcol con i pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche. L'Unione Europea continua a essere l'area geografica con il consumo alcolico più elevato al mondo con 11 litri di alcol puro per adulto consumati ogni anno.

Sebbene l'Italia abbia ridotto significativamente i consumi, attestandosi a **6,10 litri di alcol puro annuali pro/capite**, tale riduzione non appare essere stata conseguita dai consumatori definibili "heavy drinkers", bevitori pesanti, quelli in pratica che interpretano il bere secondo una modalità di consumo dannoso di alcol definito dall'OMS come una modalità di consumo che causa un danno alla salute attribuibile a seguito di consumo giornaliero e persistente di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini. Dei circa **8 milioni di consumatori a rischio** di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile ricostruire i livelli crescenti di consumo che in un continuum di esposizione che parte da zero giungono a determinare livelli crescenti di rischio e in caso di persistenza di esposizione al danno agli organi.

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



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

In Italia nel 2012 i consumatori giornalieri di sesso maschile superiori a 5 bicchieri di bevande alcoliche (1 bicchiere equivale in media a 12 grammi di alcol) sono stati circa 400.000. Oltre 220.000 sono le consumatrici giornalieri "dannose" di oltre 3 bicchieri di bevande alcoliche (324.000 se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa).

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

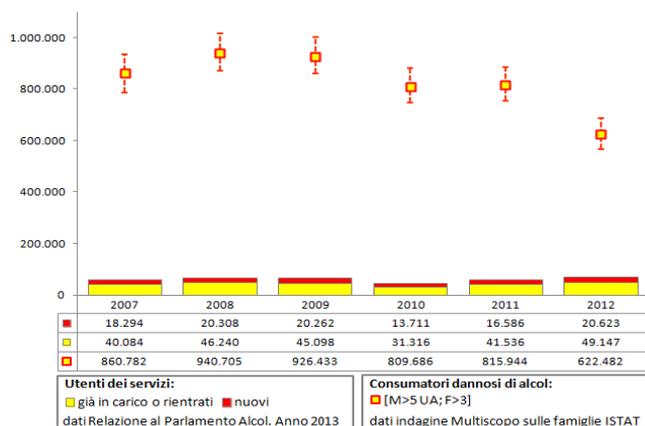
E', a tale riguardo, da ricordare che il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali - DSM V assimila in termini diagnostici l'uso dannoso di alcol e la dipendenza supportando nei fatti la valutazione posta in essere dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS di una più vasta platea da ricomprendere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

Nel 2012 le **persone che si sono rivolte ai servizi di alcologia** sono state **69.770**; nel corso degli ultimi 6 anni non si sono registrati (ad eccezione del 2010) cambiamenti sostanziali rispetto alla tipologia di accesso degli utenti (nuovo utente o utente già in carico o rientrato).

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

Il confronto tra questo bacino da cui è lecito attendersi provenire gli alcolisti che dovrebbero giungere in carico ai servizi e la rilevazione del numero di pazienti di cui si registra la presa in carico presso le **454 strutture di cura e riabilitazione del SSN** sollecita una riflessione sull'esigenza di far emergere la punta di un iceberg di cui è nota l'estensione mirando alla rimozione delle criticità che ne ostacolano identificazione e accoglienza.

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



Ogni anno una quota non inferiore a 5.000 nuovi utenti incrementa costantemente il numero di alcoldipendenti che dai 21.409 del 1996 ha visto più che triplicato a 69.770 (+ 48.361 dal 1996) gli utenti con problemi legati all'alcol che fa ricorso alle strutture del SSN che sono passate, nello stesso periodo, da 280 a 454 (+62 % circa). E' da segnalare che nel corso degli ultimi anni il personale impiegato per servizio di alcologia ha seguito una dinamica più lenta rispetto all'aumento considerevole degli utenti con conseguente aumentato numero di utenti per personale sanitario presente nei servizi stessi.

Ogni unità di personale aveva nel 1996 in carico 10 alcoldipendenti, nel 2012 oltre 16. Solo il 30 % del personale attivo nei servizi è oggi esclusivamente dedicato alla cura e alla riabilitazione dell'alcoldipendenza in contesti di cura tendenzialmente orientati alla cura delle tossicodipendenze; contesti ai quali l'alcoldipendente potrebbe avere difficoltà a riferirsi percependo l'esigenza di un contesto di trattamento sostanzialmente differente, integrato e multidimensionale, la cui erogazione e gestione potrebbe agire da barriera all'accoglienza e al recupero stesso per emergenti limitazioni o difficoltà organizzative e gestionali del servizio.

E' da colmare, quindi, il divario esistente tra alcolisti attesi e alcolisti in carico ai servizi; da ampliare l'identificazione del sommerso e l'emersione degli Alcohol Use Disorders come categoria univoca di riferimento per il trattamento multidisciplinare delle PPAC rilevabile a carico di un'elevata quota di persone di cui è nota (ma non ancora intercettata dal SSN) la necessità di accesso e di ricorso alle prestazioni destinate al recupero dell'alcoldipendenza, e comunque, di arresto della progressione del danno e prevenzione delle complicanze, prevedendo l'adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento attuali erogabili dai servizi di alcologia.

Parallelamente è indispensabile sollecitare iniziative e programmi volti a rimuovere da un lato lo stigma sociale e sanitario e ad attirare gli alcolisti non ancora intercettati da sistemi formalizzati e coordinati di identificazione del rischio alcolcorrelato nella popolazione. Tra queste, iniziative di comunicazione come ad esempio la campagna sostenuta dalle cinque principali società scientifiche di settore tra cui la SIA, Società Italiana di Alcologia, che ha attivato l'iniziativa www.unfinalemigliore.it.

A livello sociosanitario è da privilegiare l'attivazione di un coordinamento delle risorse disponibili sul territorio e la costituzione e attivazione di una rete atta a garantire la verifica dell'esigenza di intervento attraverso un adeguato case-management per PPAC in atto e richiedenti trattamento di riabilitazione alcologica e, comunque, di arresto della progressione del danno e prevenzione delle complicanze.

Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcolcorrelato come espressione di esposizione ad un *continuum* di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni subiti, **diventa centrale ed urgente garantire ed integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (AUDIT) nei setting di assistenza sanitaria primaria e l'erogazione di tecniche di counseling e motivazionali tra le quali quella di intervento breve (IPIB) che garantisce i più elevati livelli di efficacia e più vantaggiosi profili di costo e di beneficio.**