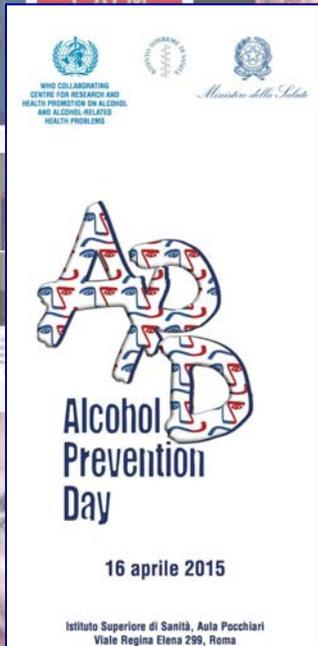




# Alcol: le contraddizioni della prevenzione e le nuove prospettive di intervento



**Emanuele Scafato**

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Direttore, WHO CC for Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Problems

Direttore, Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

Direttore, Salute della Popolazione e suoi Determinanti

Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute- CNESPS

Presidente Società Italiana di Alcolologia- SIA

Vice Presidente EUFAS – Federazione Europea Società Scientifiche sulle DIPENDENZE



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

**UFFICIO STAMPA ISS**

Mirella Taranto  
Gerolimina Ciancio  
Franca Romani  
Cinzia Bisegni



**Redazione di EPICENTRO**

PierFrancesco Barbariol  
Margherita Martini  
Debora Serra  
Eva Benelli



**URE e Attività Editoriali**

**MINISTERO della SALUTE**

**GRAZIE !!!**

# BENVENUTI



## Reparto Salute della popolazione e suoi determinanti

Reti Europee ed internazionali formali ALCOL	Prevenzione, formazione, comunicazione e management sanitario	Reti europee ed internazionali Coorti longitudinali INVECCHIAMENTO Alzheimer-demenze	Monitoraggio, ricerca e sviluppo	Gruppi Tecnico- scientifici formali Valutazioni documentazioni
WHO Collaborating Centre on Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems (ITA-79)	Campagne annuali Ministero Salute per contrasto uso rischioso dannoso e rischioso di alcol (Legge 125/2001)	Nodo certificato GARN Global Ageing Research IAGG International Association of Gerontology and Geriatrics Network partnership	Osservatorio Nazionale ALCOL	WHO EXPERT GROUP (EG) for Monitoring and Guidance of the Implementation of the European Alcohol Action Plan 2012-2020
Governmental Member – CNAPA – Committee on National Alcohol Policy and Action – European Commission – DGSANTE - Luxembourg	Campagne annuali Ministero «Non perderti in un bicchiere» sui giovani e adolescenti nelle scuole medie e superiori (Legge 125/2001)	ERA-NET on AGEING ERA AGE – FUTURAGE – INNOVAGE European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing	SISMA – Sistema Monitoraggio Alcol Azioni Centrali Ministero Salute (Legge 125/2001)	WHO Expert Group EAAP Alcohol summary indicators
EU JOINT ACTION RARHA Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)	Campagna 2015-2016 Alcol e Giovani DIREGIOVANI (Ministero Salute – Legge 125/2001)	Coordinamento ILSA Italian Longitudinal Study on Ageing	MIA- PNAS Monitoraggio Italiano Alcol Piano Nazionale Alcol e Salute	WHO Expert Group EAAP Indicators Code Book
EU JOINT ACTION ECHIM Joint Action on European Community Health Indicators and Monitoring	CSDA – Centro Servizi Documentazione Alcol (Legge 125/2001)	Coordinamento IPREA Italian Project on Epidemiology of Alzheimer disease	Sito WEB Monitoraggio Alcol <a href="http://www.epicentro.iss.it/alcol/dati.asp">http://www.epicentro.iss.it/alcol/dati.asp</a>	Formal Advice and Review <ul style="list-style-type: none"> <li>• WHO EAAP 2012-2020</li> <li>• Global Strategy Alcohol</li> <li>• European Status report on Alcohol</li> </ul>
I.CO.NA. Italian Collaborating Network on Alcohol (Centro Alcolologico Regionale Regione Toscana; Centro Alcolologico Regionale Regione Liguria; Regione Friuli Venezia Giulia)	Sito WEB Osservatorio Nazionale Alcol <a href="http://www.epicentro.iss.it/alcol">http://www.epicentro.iss.it/alcol</a>	IALSA-Maelstron Network Integrative Analysis of Longitudinal Studies of Aging	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sito WEB Siveas <a href="http://siveas.cnesps.it/">http://siveas.cnesps.it/</a></li> <li>• Sistema valutazione Assistenza Sanitaria – LEA</li> <li>• Validazione europea Indicatori SIVEAS</li> </ul>	WHO Global Coordination Mechanism on NCDs (WHO GCM/NNCD) and the United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs
INEBRIA – International Network on Brief Intervention on Alcohol and Drugs	Alcohol Prevention Day <a href="http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd.asp">http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd.asp</a>	P3G Public Population Project in Genomics and Society – Network partnership for joint proposals	Studi follow-up coorti ILSA e IPREA valutazione impatto sull'invecchiamento neurologico e sulla mortalità	WHO GCM/NCD - Dialogue on how to encourage the continued inclusion of NCDs in development cooperation agendas and initiatives
APN - Alcohol Policy Network	Alcohol Prevention Race	Nodo italiano BBMRI Bibanking and Biomolecular Resources Research infrastructure	VINTAGE – EU project Good Health in Older Age	GISAH – Global Indicators System on Alcohol and Health
ALICE RAP – EU Network Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project	Formazione Monitoraggio alcol sistema Regionale e Formazione IPIB Regione Calabria	Biobanche e banca Neuroimaging IPREA	EU Clinical Guidelines on Brief Intervention RARHA	EUSAH – European Union System Alcohol and Health
EUFAS- European Federation Addiction Societies - Network partnership	Corsi IPIB - Identificazione Precoce e Intervento Breve	DESCRIPA Study Development of screening guidelines and criteria for predementia Alzheimer's disease	EU low-risk drinking guidelines RARHA Joint Action Evaluation and Assessment of the Joint Action - RARHA	EISAH – European Indicators System Alcohol and Health
UNICRI United Nations Interregional Crime and Justice Research Expert and advisor on alcohol and addictions	Gruppo congiunto ISS-SIA (Società Italiana di Alcolologia) Linee Guida per l'identificazione e l'intervento precoce	JNPD Longitudinal Cohort studies research proposals network setting	ODHIN – EU Project Optimizing delivery of health care BISTAIRS - EU Project Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders	Gruppo Tecnico Stato-Regioni SIND –Alcol (Monitoraggio Servizi Alcoldipendenza)

# 20 anni della CHARTER EUROPEA SULL'ALCOL



Conferenza Europea sulla Salute, la Società e l'Alcool

CARTA EUROPEA SULL'ALCOL  
PARIGI, 12 - 14 DICEMBRE 1995

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΣΗ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΥΓΕΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ  
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΣΗ»  
ΠΑΡΙΣ, 12-14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1995

Carta Europea Sobre o Álcool

ADAPTADA DA  
CONFERÊNCIA EUROPEIA SOBRE A SAÚDE, A SOCIEDADE E O ALCOOL  
PARIS, 12-14 DEZEMBRO 1995

Carta Europea Sobre el Alcohol

CONFERENCIA EUROPEA SOBRE SALUD, SOCIEDAD Y ALCOHOL  
PARIS 12-14 DICIEMBRE 1995



## Carta Europea sull'Alcol

A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati Membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali.

**T**utti hanno diritto a una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche.

**T**utti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione e un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società.

**T**utti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.

**T**utti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili.

**T**utti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno il diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.

## Dieci strategie per una azione sull'Alcol

Le ricerche ed il successo degli interventi in diversi paesi hanno dimostrato che si possono ottenere benefici a livello sanitario ed economico in tutta la Regione Europea qualora vengano implementate le seguenti 10 strategie per la promozione della salute nell'ambito di un'azione sull'alcol, al fine di rendere effettivi i principi e gli obiettivi sopra elencati, nel rispetto delle differenze culturali e dei diversi contesti giuridici e socio-economici di ciascuno Stato Membro:

### INFORMAZIONE

**1** Informare le persone degli effetti che il consumo di bevande alcoliche può avere sulla famiglia e la società e delle misure efficaci che si possono prendere per prevenirne o ridurre i possibili danni, realizzando, a partire dalla prima infanzia, programmi educativi di vasta portata.

**2** Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche.

**3** Emanare ed applicare leggi che scoraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche.

**4** Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - ed attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche - ad esempio tramite la tassazione.

### CONTROLLO DISPONIBILITA'

### PUBBLICITA' Marketing

**5** Attuare severe misure di controllo, tenendo conto dei limiti o dei divieti esistenti in alcuni Paesi sulla pubblicità, diretta e indiretta, di bevande alcoliche e assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente diretta ai giovani, ad esempio collegando alcol ed eventi sportivi.

**6** Assicurare l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di trattamento e riabilitazione, con personale opportunamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi ed alle loro famiglie.

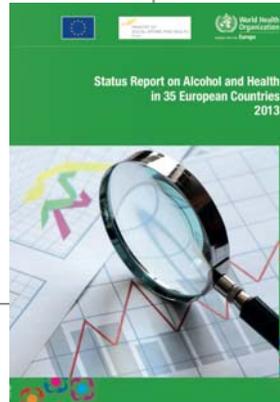
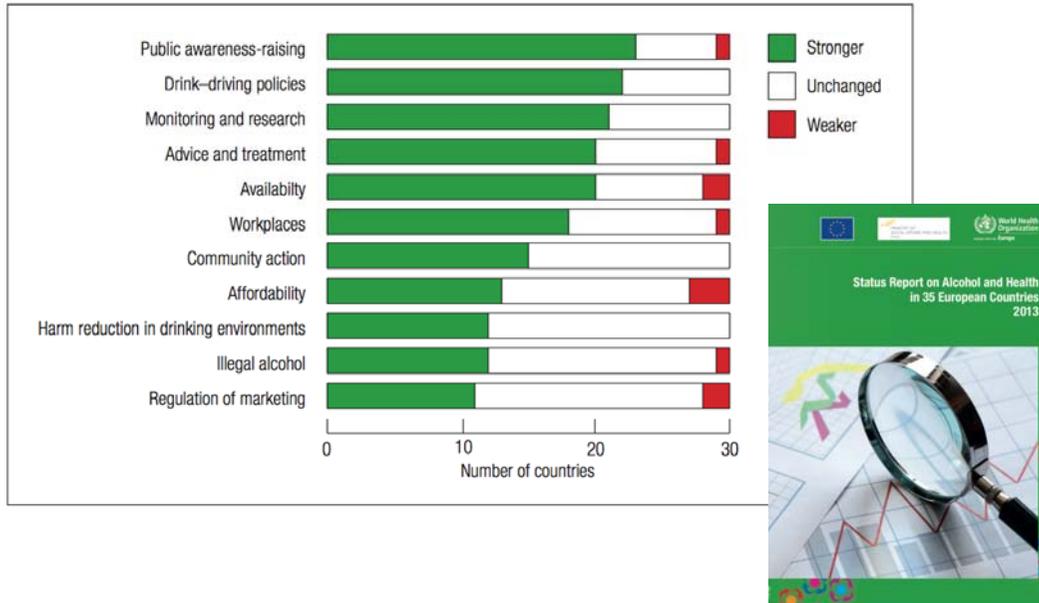
**7** Incoraggiare un maggiore senso di responsabilità etica e giuridica tra coloro che operano nei settori del marketing o del commercio di bevande alcoliche e incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto ed attuare norme appropriate contro la produzione e la vendita illegali.

**8** Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità.

**9** Sostenere le organizzazioni non-governative e i gruppi di auto-aiuto che promuovono stili di vita sani, in particolare coloro che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcol-correlati

**10** Formulare programmi di ampia portata negli Stati membri, tenendo conto di questa Carta Europea sull'Alcol: definire chiaramente obiettivi e indicatori di risultato; monitorare i progressi e assicurare l'aggiornamento periodico dei programmi basato sulla valutazione.

Fig. 8. Alcohol policy changes 2006–2011 in 30 countries



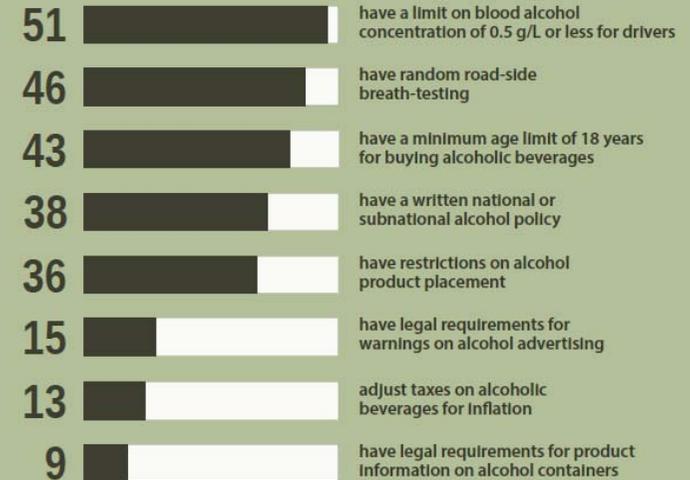
- **Requisiti legali per i Warnings relativi alla pubblicità**
  - **DISPONIBILITA' / Tassazione**
  - **PUBBLICITA' / Marketing**
  - **Regolamentazione del mercato**

**Risultano le aree più neglette dalle policy in Europa**

## EUROPEAN ACTION PLAN TO REDUCE THE HARMFUL USE OF ALCOHOL 2012–2020

Endorsed by all 53 Member States in the WHO European Region in 2011.

### What have the 53 countries in the WHO European Region done?



### Policies are effective but more can be done

Alcohol consumption in the Region is declining by about 2% annually.

The Region still has the highest levels of alcohol consumption worldwide.

- NON è possibile indicare quantità “SAFE” di consumo di alcol
- L'alcol non può essere “raccomandato” come preventivo
- NON è etico o responsabile generalizzare i messaggi



**E' indispensabile non incoraggiare il consumo poiché l'evidenza dimostra che minore è il consumo e minore il rischio e gli effetti negativi registrabili anche per consumi moderati**

# TERZA CONFERENZA SULLE TOSSICODIPENDENZE e l'ALCOL. GENOVA 28-30/11/ 2000.

Istituto Superiore di Sanità'

## Alcol e Giovani: le iniziative europee, le prospettive italiane

*Emanuele SCAFATO, MD*  
*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*



Istituto Superiore  
di Sanità

## WHO HEALTH 21 Target 12



- ⌘ Ridurre il consumo medio pro-capite a 6 litri
- ⌘ Ridurre il consumo dei giovani al di sotto dei 15 anni a zero litri



Istituto Superiore di Sanità

### WHO HEALTH 21 TARGET 12

**“By the year 2015 in all countries per capita alcohol consumption should not increase or exceed 6 litres per annum, and should be close to zero under 15-year-old”.**

# Conferenza nazionale Droghe e Alcol – Genova Anno 2000

Istituto Superiore di Sanità

## ALCOL e GIOVANI ALCOPOPS



Bevande alcoliche aromatizzate e lanciate sul mercato attraverso modalità di confezionamento e tecniche particolarmente attraenti per la cultura giovanile (caratteri, colori, forme ecc.)

Istituto Superiore di Sanità

## ALCOL e GIOVANI THE CHRISTMAS BEER (7.5 % vol.)

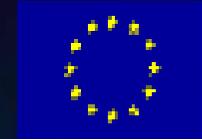
Ved du, hvad det bedste er??  
Nej, men nu har du fundet det!  
Det allermost nødvendige udstyr  
til en festlig jul med en af  
dine mest trofaste venner,  
Tuborg Julebryg.  
Glædelig jul og godt Tub'år.

til Produkter





# Giovani e Alcol: i "richiami" europei



PARIGI Dic. 1995

LUSSEMBURGO Giu. 2001

STOCCOLMA Febb. 2001



Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dalle conseguenze negative del consumo di alcol e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.

- Incrementare il grado di consapevolezza
- Ridurre il rischio legato al consumo di alcol tra i giovani
- Sollecitare il mondo della produzione ad incrementare il livello di attenzione e la responsabilità sulle modalità di confezionamento e di marketing dei prodotti alcolici ribadendo l' inopportunità di utilizzare tecniche indirizzate al target e alla cultura giovanile
- COINVOLGERE I GIOVANI nelle attività di prevenzione

- Entro l'anno 2006:
- 1) ridurre in maniera rilevante il numero dei giovani che iniziano a consumare alcol;
  - 2) ritardare l'età in cui i giovani cominciano a consumare alcol;
  - 3) **incrementare il livello di coinvolgimento dei Giovani** nella definizione delle politiche giovanili legate alla salute, in particolare per le questioni che riguardano l'alcol;
  - 4) aumentare l'educazione dei giovani sull'alcol;
  - 5) **ridurre al minimo le pressioni esercitate sui giovani per incitarli al consumo, specialmente quelle derivanti dalle promozioni**, distribuzioni gratuite, pubblicità, sponsorizzazioni e disponibilità relativi all' alcol, con particolare attenzione alle manifestazioni (sportive, musicali ecc)

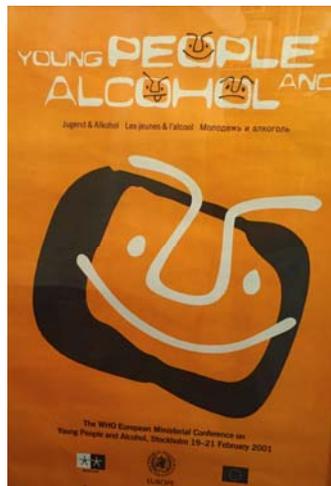
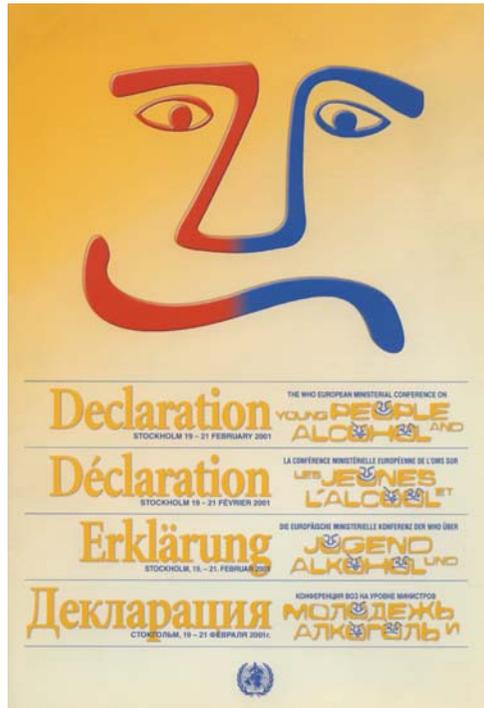


Entro il 2015 il consumo di alcol al di sotto dei 15 anni deve essere ZERO litri.



Il 25 % dei decessi registrati tra i maschi di età 15-29 sono legati all' alcol. 55 000 giovani nella Reg. Eur. WHO sono morti nel 1999 per cause legate all' uso di alcol

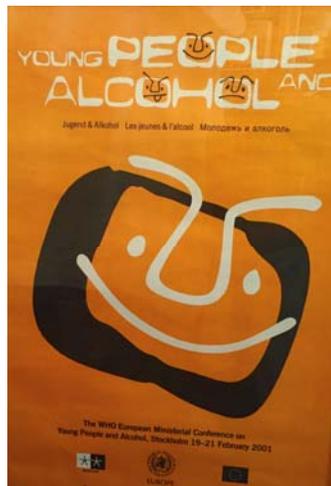
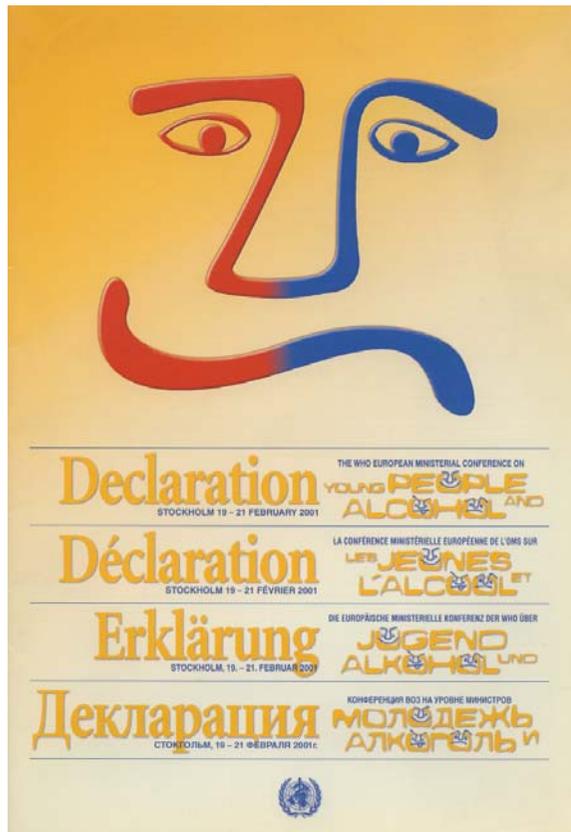
# ALCOL E GIOVANI



## 1. Stabilire i seguenti obiettivi che dovrebbero essere raggiunti entro l'anno 2006:

- a) ridurre in maniera rilevante il numero dei giovani che iniziano a consumare alcol;
- b) ritardare l'età in cui i giovani cominciano a consumare alcol;
- c) ridurre in maniera rilevante le occasioni e la frequenza del consumo ad alto rischio da parte dei giovani, specialmente degli adolescenti e dei giovani adulti
- d) proporre e/o sviluppare delle alternative significative al consumo di alcol e di altre sostanze, e migliorare la formazione teorica e pratica di quanti lavorano a contatto con i giovani;
- e) incrementare il livello di coinvolgimento dei giovani nella definizione delle politiche giovanili legate alla salute, in particolare per le questioni che riguardano l'alcol;
- f) aumentare l'educazione dei giovani sull'alcol;
- g) ridurre al minimo le pressioni esercitate sui giovani per incitarli al consumo, specialmente quelle derivanti dalle promozioni, distribuzioni gratuite, pubblicità, sponsorizzazioni e disponibilità relativi all'alcol, con particolare attenzione alle manifestazioni (*di grande richiamo sociale, ndt*);
- h) sostenere le azioni contro la vendita illegale di alcol;
- i) garantire e/o migliorare l'accesso ai servizi sanitari e di counselling, specialmente per i giovani con problemi alcol correlati e/o i genitori o i membri della famiglia alcol dipendenti;
- j) ridurre in modo significativo i danni alcol correlati, in particolar modo gli incidenti, le aggressioni e gli atti di violenza, soprattutto quelli che riguardano i giovani.

# ALCOL E GIOVANI



- **Fornire protezione:** Rafforzare le misure rivolte a proteggere i bambini e gli adolescenti dalla promozione di alcol e dalle sponsorizzazioni. Garantire che i produttori non rivolgano ai bambini e agli adolescenti attività di commercializzazione di prodotti alcolici. Controllare la disponibilità delle bevande alcoliche attraverso provvedimenti che riguardino l'accesso, l'età minima legale e misure economiche, compreso il prezzo che influenza il consumo da parte dei minori. Offrire protezione e sostegno ai bambini e agli adolescenti i cui genitori o membri della famiglia siano alcol dipendenti, o abbiano problemi alcol correlati.
- **Promuovere l'educazione:** incrementare il livello di consapevolezza degli effetti dell'alcol, in particolare tra i giovani. Sviluppare programmi di promozione della salute che comprendano i temi dell'alcol in ambienti quali istituzioni educative, luoghi di lavoro, organizzazioni giovanili e comunità locali. Questi programmi dovrebbero consentire ai genitori, agli insegnanti, ai leader giovanili e coetanei di poter aiutare i giovani ad apprendere e mettere in pratica le capacità utili nella vita per affrontare i problemi della pressione sociale e della gestione del rischio. Inoltre, i giovani dovrebbero essere messi in condizione di assumersi attivamente le proprie responsabilità in qualità di membri importanti della società.
- **Supportare gli ambienti di vita:** Creare opportunità in cui siano incoraggiate e favorite alternative alla cultura del bere. Sviluppare e incoraggiare il ruolo della famiglia nella promozione della salute e del benessere dei giovani. Garantire che le scuole e, ove possibile, altre istituzioni educative siano ambienti in cui l'alcol non sia disponibile.
- **Ridurre il danno:** Promuovere una maggiore comprensione riguardo le conseguenze negative del bere sull'individuo, la famiglia e la società. Garantire che negli ambienti in cui si consuma alcol (bar, ristoranti, ...) sia attuata la formazione del personale responsabile del servizio, e mettere in atto o rinforzare le regole che proibiscono la vendita di alcol ai minori e alle persone in stato di etilismo acuto. Rafforzare le misure e le sanzioni relative alla guida in stato di ebbrezza. Offrire servizi sanitari e sociali appropriati per i giovani che vivono un'esperienza personale o di terzi legata al bere.



# Le “norme” della COMMUNITY , della piazza virtuale non sono quelle della piazza reale



Cerca persone, luoghi e oggetti  Emanuele Scafato Home

### Riepilogo segnalazioni ✔ Notifiche ▾

Ecco lo stato più recente dei tuoi report e delle tue richieste. Se dovessimo avere bisogno di altre informazioni, ti informeremo qui.

#### Cronologia

Hai segnalato la foto di Best Nek Nominations perché incita all'odio. Chiudi

Stato	<b>Questa foto non è stata rimossa</b>	Data della segnalazione	1 marzo
Dettagli	<p>Grazie per il tempo dedicato alla segnalazione di un contenuto che secondo te potrebbe violare i nostri Standard della comunità. Le segnalazioni come la tua sono fondamentali per rendere Facebook sicuro e accogliente. Abbiamo analizzato la foto che hai segnalato per la presenza di discorsi o simboli inneggianti all'odio e abbiamo stabilito che non viola i nostri Standard della comunità.</p> <p>Comprendiamo che potresti continuare a non voler vedere questa foto. Ecco alcune cose che puoi fare:</p>	Proprietario	<b>Best Nek Nominations</b>
		Motivo	Contenuto che incita all'odio e/o alla violenza

Vai al questionario

Hai segnalato Best Nek Nominations perché fa riferimento all'autolesionismo. Chiudi

Stato	<b>Questa Pagina non è stata rimossa</b>	Data della segnalazione	1 marzo
Dettagli	<p>Grazie per il tempo dedicato alla segnalazione di un contenuto che secondo te potrebbe violare i nostri Standard della comunità. Le segnalazioni come la tua sono fondamentali per rendere Facebook sicuro e accogliente. Abbiamo analizzato la Pagina che hai segnalato per la presenza di riferimenti all'autolesionismo e abbiamo stabilito che non viola i nostri Standard della comunità.</p> <p>Nota: se riscontrai un problema con qualcosa che si trova sulla Pagina, segnala il contenuto in questione (ad esempio una foto), non tutta la Pagina. In questo modo, la tua segnalazione potrà essere rivista in modo più accurato.</p> <p>Comprendiamo che potresti continuare a non voler vedere questa Pagina. Ecco alcune cose che puoi fare:</p>	Proprietario	<b>Best Nek Nominations</b>
		Motivo	Autolesionismo

Vai al questionario



**ALCOL come stile di vita...  
come “gateway drug”,  
la droga ponte  
a più basso costo,  
legalizzata e normalizzata,  
disponibile e “promossa”  
dagli adulti,  
la sostanza psicoattiva che  
disinibisce  
abbassa la percezione del rischio e  
espone al rischio di consumo di  
droghe illegali  
in particolare  
**NEI CONTESTI GIOVANILI****



# ELABORAZIONE CULTURALE DEL RISCHIO



## HAPPY HOURS

## OPEN BAR



## DRINK AS MUCH AS YOU CAN



## ALL YOU CAN DRINK



# RELAZIONE ALCOL-PERSONA

Modalita' di interpretazione problematica del bere

NON BERE, NON CONSUMO MA  
**USO DELL' ALCOL**

**ALCOL COME SOSTANZA**  
Valore d'uso legato a effetti desiderati  
di intossicazione



# Resilience in young people

The situation of young people deserves particular attention:

- **risk taking and experimentation** a natural part of adolescent development,
- **The young, developing brain is particularly susceptible** to neurological harm from psychoactive substances.
- No clear picture of the best measures to enhance resilience in young people (and thereafter) through effective policy /programmes.

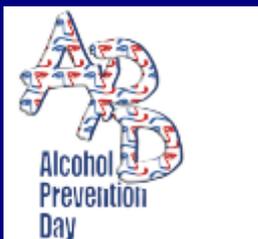
AR Refs:

D16.1 – Adolescents as Customers of Addiction review

[http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc\\_download/154-deliverable-16-1-adolescents-as-customers-of-addictions.html](http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc_download/154-deliverable-16-1-adolescents-as-customers-of-addictions.html)

D16.2 – Adolescents as Customers: Policy database <http://alice-rap.prevention-standards.eu/>





**SPERIMENTAZIONE** del limite legato al bisogno di sperimentare il proprio corpo e le sue reazioni ed identificabile dalla presenza di mal di stomaco, mal di testa, vomito, ecc.



**PROTAGONISMO** (starring) il vero *macho* che sa “reggere” grandi quantità di alcol senza star male per colpire l’attenzione delle ragazze.



**STILE TRASGRESSIVO** utilizzo di alcol determinata da ritualità superando i limiti e le norme socialmente condivise e trasmesse a scopo dimostrativo o provocatorio





**MODALITA' ANESTETIZZANTE** bisogno di "automedicazione"  
anestetizzando il "mal-essere" esistenziale giovanile.



**MODALITA' ANTI-VUOTO** riempitivo per il tempo vuoto, per  
combattere la noia da soli o in compagnia

# LA CARRIERA ALCOLICA

## Lo sballo di Halloween: 30 minorenni in coma etilico

Ambulanze impegnate per tutta la notte: un ragazzino di Castelfranco si è scolorato una bottiglia di grappi

halloween alcol minorenni

+1 2

Tweet 10

Consiglia 466

Email



TREVISO. Volevano una notte horror, e così è stato. O quasi. Dalla paura scherzosa a quella reale, in ospedale, il passo è stato breve per una trentina di minorenni della Marca, che hanno deciso di esagerare con l'alcol proprio nella notte di Ognissanti, per festeggiare in modo esagerato la ricorrenza gotica.

Così c'è stato lavoro extra per il Suem, impegnato decine e decine di interventi: a chiamare il pronto soccorso sono stati spesso e volentieri gli amici, che si stavano davvero spaventando per il troppo alcol, o i gestori dei locali che non sopportavano più le scorbante dei più giovani, da Vittorio Veneto a Montebelluna, fino ad Oderzo.

LE FESTE / le foto a cronaca@tribunatreviso.it

## Notte di Halloween... notte da ubriachi

1 novembre 2014, 11:13

Consiglia

Tweet 0

+1 1

Pin.it

Like 1



NOVARA. Notte di Halloween molto impegnativa per le forze dell'ordine e per i sanitari. Infatti, il 118 ha dovuto effettuare decine di interventi per soccorrere giovani ubriachi, spesso al limite del coma etilico. In viale Giulio Cesare, a Novara, una moto è sconvolata a terra. Il conducente se l'è svignata, probabilmente per evitare di essere sottoposto all'alcool-test: il passeggero è rimasto ferito in maniera non grave: era visibilmente ubriaco.

## DAL QUOTIDIANO IN EDICOLA



Domenica 2 Novembre 2014

## Coma etilico, soccorsi in borgo Sant'Antonio due giovani studenti

PORDENONE - (su. sal.) Una ragazza e un ragazzo di 16 e 17 anni, studenti pordenonesi, sono stati soccorsi intorno alla mezzanotte di venerdì dagli operatori del 118 perché, a causa dell'alcol, avevano perso i sensi e manifestavano tutti i sintomi del coma etilico. A segnalare quanto stava accadendo ai due minorenni sono state delle persone che transitavano in borgo Sant'Antonio durante la notte di

CONDIVIDI LA NOTIZIA

Like 0

0

0

Consiglia

Tweet

+1

PORDENONE

## Halloween, due studenti finiscono in coma etilico

Abbandonati dagli amici e soccorsi dai passanti, che hanno chiamato il 118. Giovane trovato all'alba sotto choc vestito da scheletro dopo un incidente

FIRENZE

LA NAZIONE

CRONACA / POLITICA / SP

## Halloween, sballo per settecento ragazzi: l'alcol tour delle polemiche, c'è l'inchiesta

Il 'massimo dello sballo' in una iniziativa che era stata ampiamente pubblicizzata tra i giovani Usa



Like 47

47

3

1

Like

Share

Tweet

+1

ROSSELLA CONTE

Firenze, 2 novembre 2014 - **Alcune** ragazze sono stese a terra in via del Corso. Sono svestite, nonostante il freddo, e al polso hanno una braccialetto arancione con la scritta Halloween 2014. E' l'ultimo scatto dell'alcol tour, il biglietto per comitive di giovani che girano diversi locali ubriacandosi fino a strisciare, ormai più noto come l'«ultimate party» o il «massimo dello sballo». Una specie di surf etilico che ha coinvolto 700 ragazzi, l'ennesima maratona ad alta gradazione, organizzata a Firenze proprio nel momento in cui l'amministrazione sigla protocolli per vietare la somministrazione e la vendita di alcolici.

## Il bilancio da incubo di Halloween: ragazzini in coma etilico, giovane ustionato al volto

Commenti

I pronto soccorso di tutta la Toscana tirano le somme. Polemiche e un'inchiesta a Firenze per un mega-alcol tour



Maschere di Halloween

Like 37

37

0

0

Like

Share

Tweet

+1

Firenze, 2 novembre 2014 - Tanti ubriachi che hanno sfiorato il coma etilico e una persona gravemente ustionata al volto: non è buono il bilancio **del dopo Halloween**. Dopo la festa della notte tra il 31 ottobre e il 1 novembre i pronto soccorso della **Toscana** fanno un bilancio definitivo. Non propriamente

lusinghiero per i giovanissimi che hanno alzato il gomito molto più del lecito. E così **Arezzo conta almeno dieci ragazzini che hanno sfiorato il coma etilico** dopo un abuso smodato di alcol per festeggiare la notte

## Il vero spettro di Halloween è l'alcol: nela notte della festa 15 ragazzini soccorsi in ambulanza sull'orlo del coma etilico

novembre 2, 2014 - Arezzo - Tagged: Amici, che, michele, settimana, sotto, test, UE - no comments

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

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



# TUTELA DEI MINORI

## **LEGGE 125/2001**

***Tutti i bambini e gli adolescenti hanno  
il DIRITTO***

***di crescere in un ambiente protetto dalle  
conseguenze negative dell'alcol e, per  
quanto possibile, dalla promozione  
delle bevande alcoliche***

**In ITALIA è vietata la vendita e  
somministrazione delle bevande  
alcoliche ai minori di 18 anni.**

**TUTTE LE BEVANDE ALCOLICHE**



# UN PROBLEMA DI **LEGALITA'** NON PIU' SOLO DI SALUTE

L' applicazione delle norme e del diritto di tutela  
Art. 689 Codice Penale

*L'esercente un'osteria o un altro pubblico spaccio di cibi o di bevande, il quale somministra, in un luogo pubblico o aperto al pubblico, bevande alcoliche a un minore degli anni sedici, o a persona che appaia affetta da malattia di mente, o che si trovi in manifeste condizioni di deficienza psichica a causa di un'altra infermità, è punito con l'arresto fino a un anno.*

*Se dal fatto deriva l'ubriachezza, la pena è aumentata.*

*La condanna importa la sospensione dall'esercizio.*

**Un attività di rigoroso controllo deve poter consentire la valutazione :**

- dell' età minima legale
- dello stato di ubriachezza
- dello stato mentale
- della deficienza psichica o altra infermità

**e il rispetto degli orari di DIVIETO di vendita**



## **PRIORITA' : tutelare un sano sviluppo mentale**

**I rischi ACUTI del consumo di alcol sono tanti.**

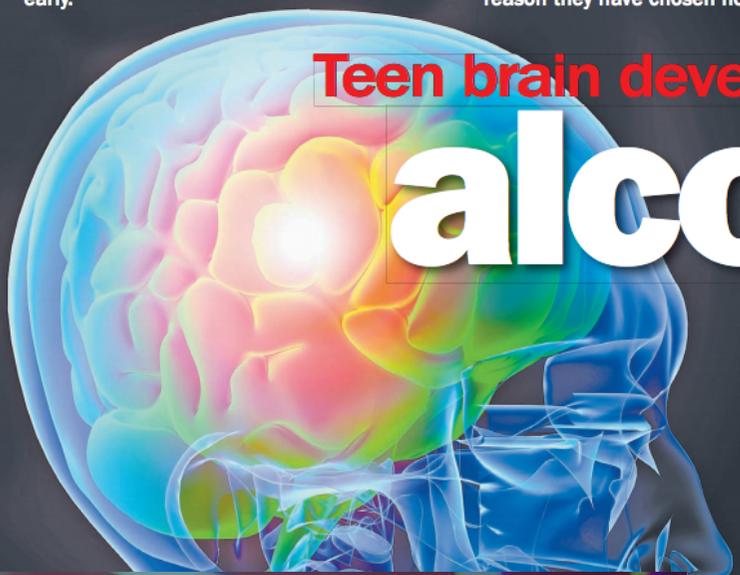
### **L' alcol NUOCE al cervello.**

Bere alcolici **sotto i 18 anni** produce in maniera più rapida rispetto ad un adulto

- fenomeni di intossicazione
- la perdita di coordinamento
- la riduzione della lucidità
- il rallentamento dei riflessi
- visione alterata degli stimoli luminosi, -
- diminuzione della memoria
- perdita di coscienza.

Lo sviluppo del cervello nei giovani: verso il pruning e oltre ...non lo uso, non mi serve, lo sopprimo

- Most parents talk to their kids about drinking two years too late. Age 8 is not too early.
- What parents may not realize is that children say parental disapproval of underage drinking is the key reason they have chosen not to drink.

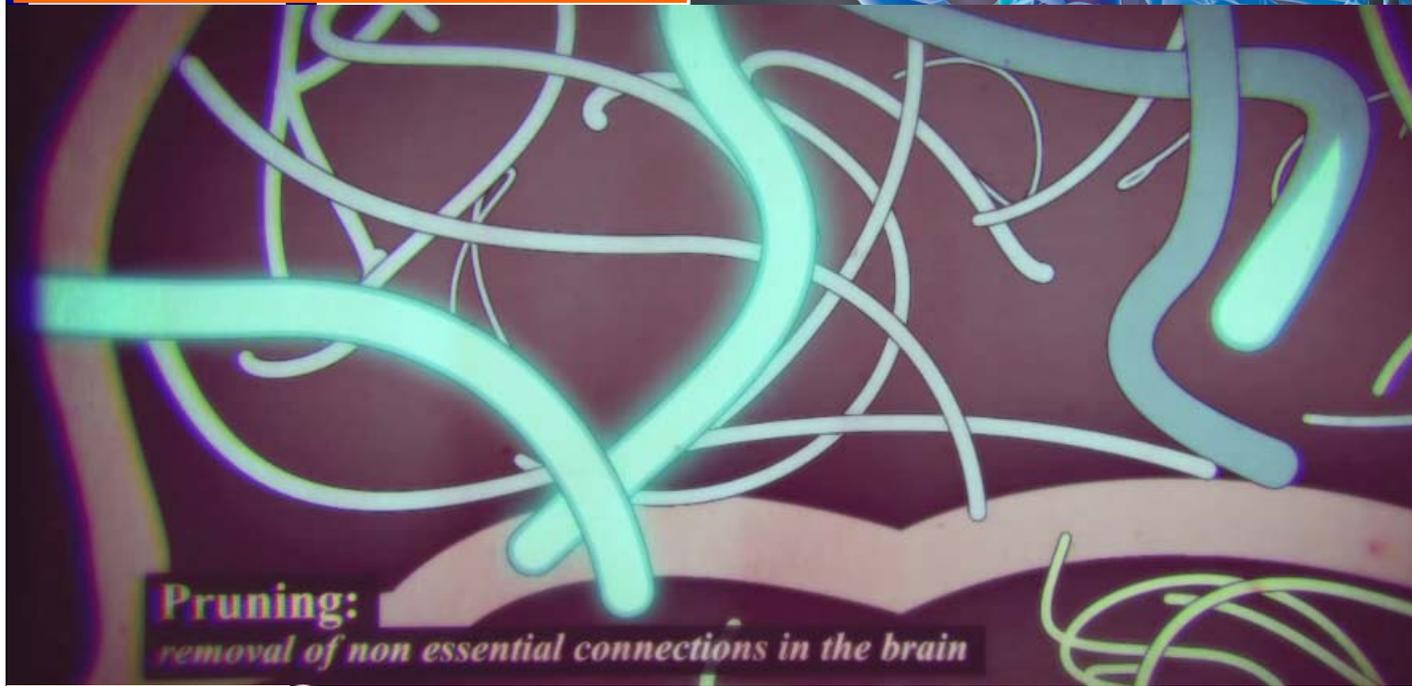


## Teen brain development and alcohol

**N**EW RESEARCH SHOWS that alcohol affects a developing teen brain differently from an adult brain. "The brain goes through dynamic changes during adolescence, and alcohol can seriously damage long- and short-term growth processes" (American Medical Association, 2003).

Alcohol use may impair memory, learning, decision-making and impulse control; and it greatly increases the risk of addiction. In addition, alcohol use can cause young people to develop social problems, have poor judgment, get into trouble, do poorly in school and experience failure in achieving lifelong goals.

To compound this problem, research shows that parents generally underestimate the extent of teen drinking and its negative consequences. Thirty-one percent of youths who said they had been drunk in the past year were said by their parents to be non-drinkers. Others may view underage drinking as inevitable, but it isn't. To be alcohol-free, a teen needs the active involvement and help of a parent. All children need help from their parents to guide them through their teenage years. Staying bonded to parents is critical to the process of teenagers emerging healthy, safe and alcohol-free.



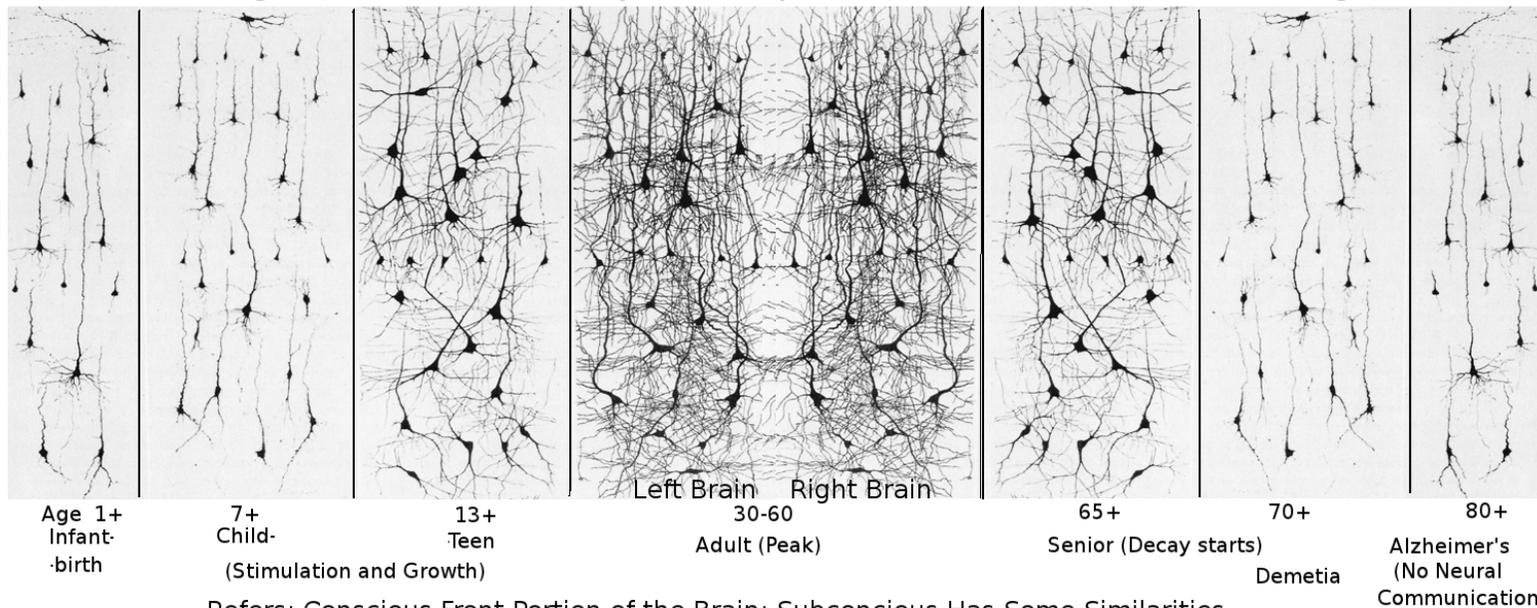
**Pruning:**  
*removal of non essential connections in the brain*





# Neuroni e Sinapsi alle varie ETA'

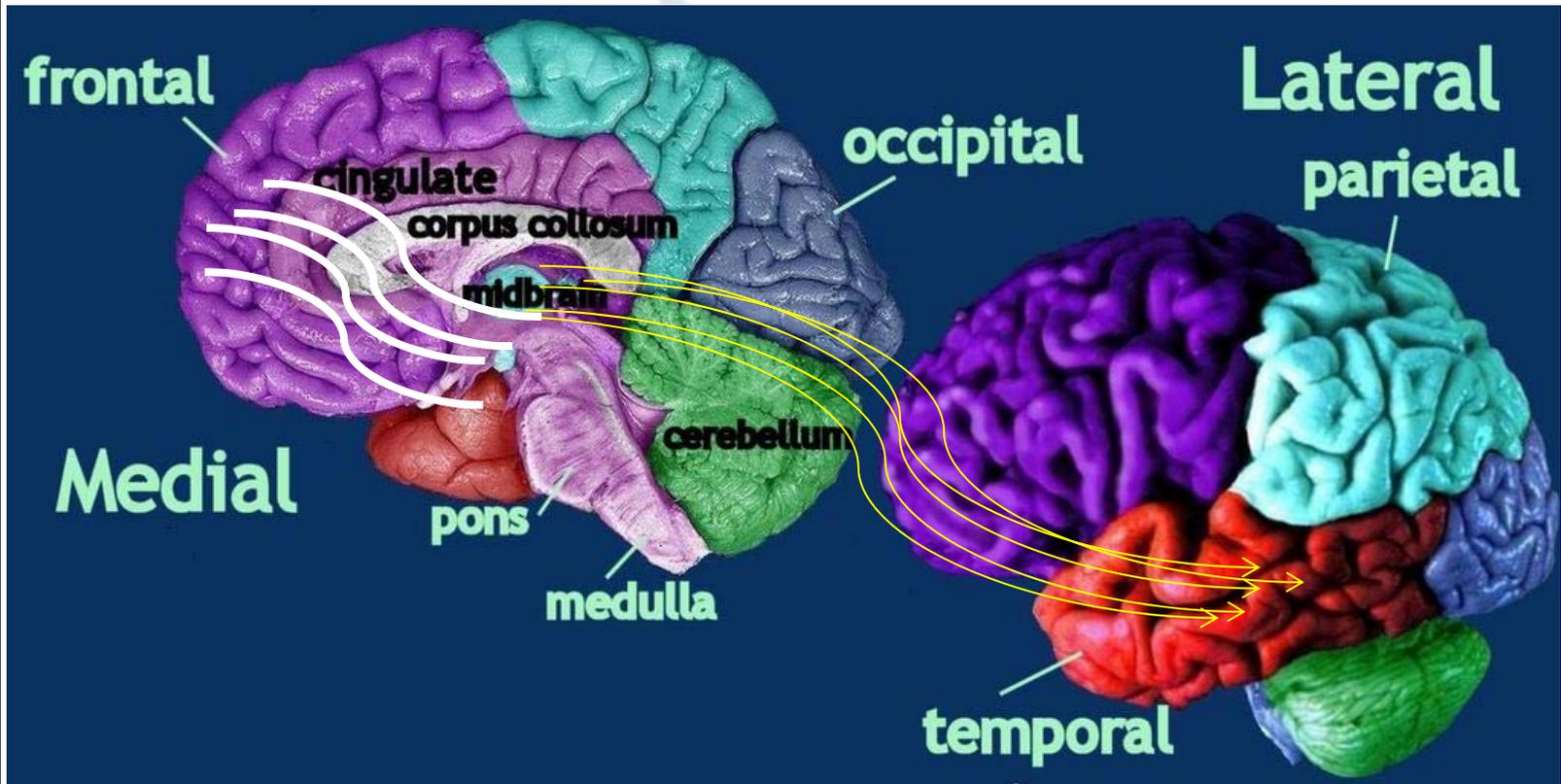
## The 7 Stages of Neuron Growth Cycle: An Open Secret to Smarter Healthier Longer Life





# PRUNING : RIMODULAZIONE CEREBRALE

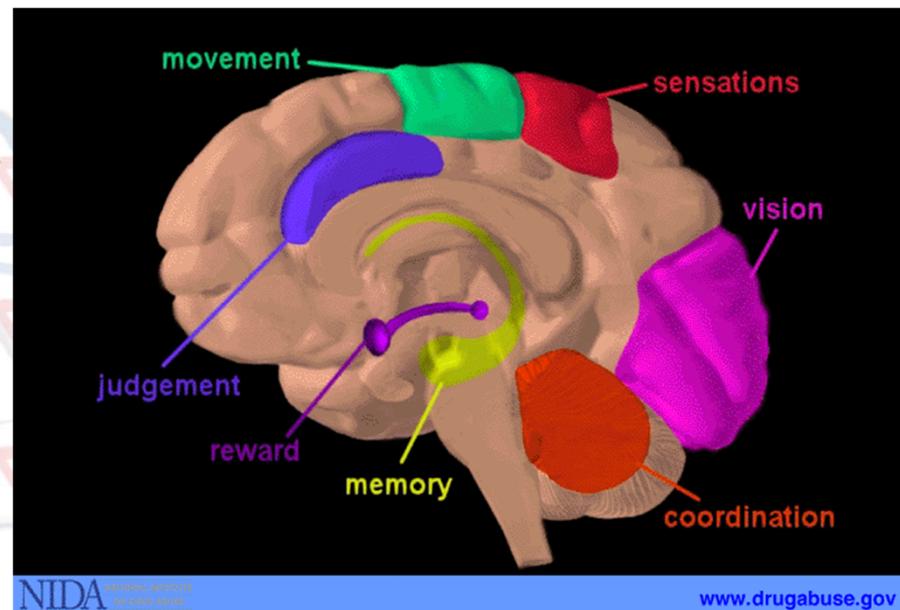
Da **EMOTIVI** a **RAZIONALI**





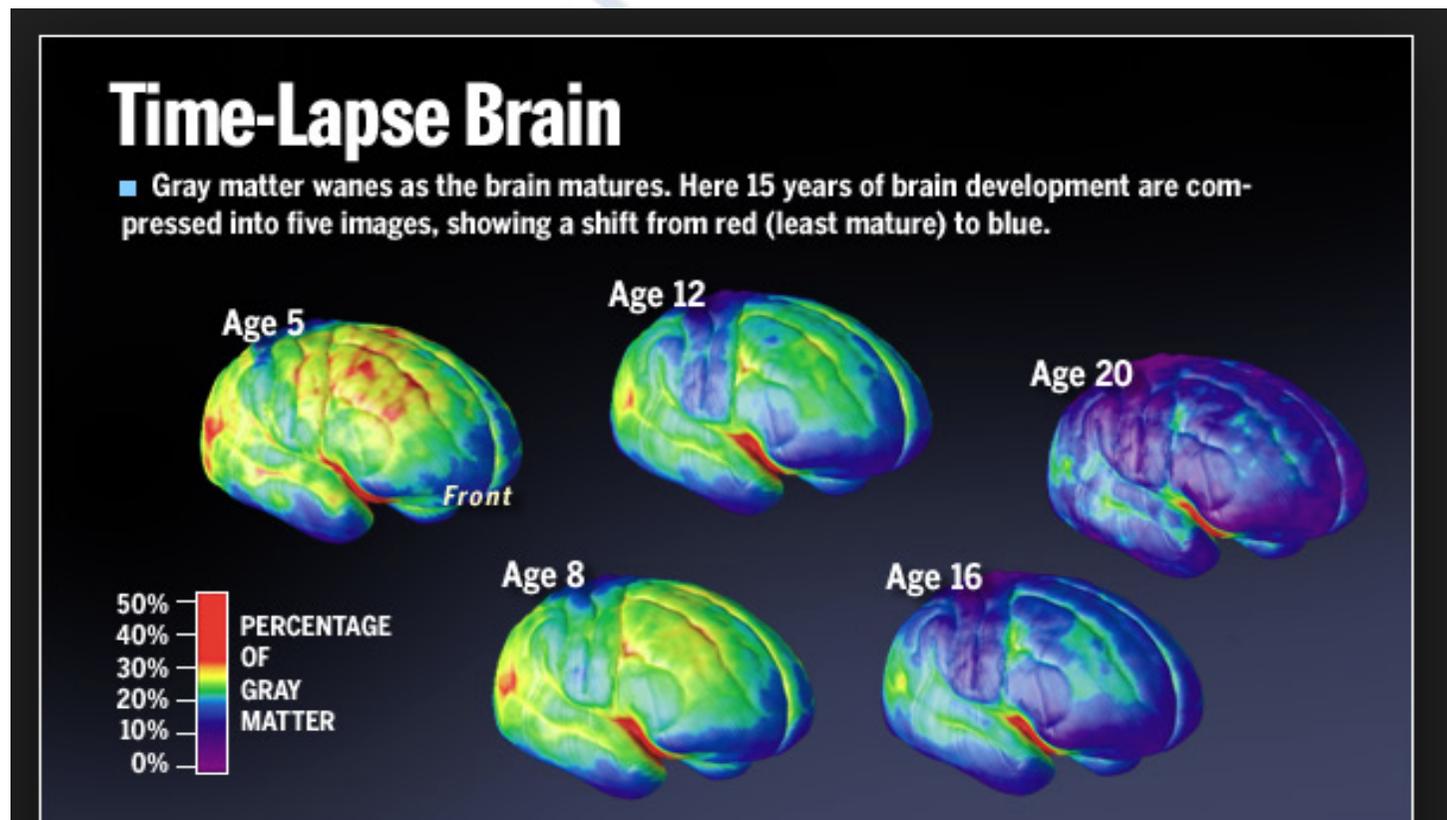
# ALCOL E CERVELLO

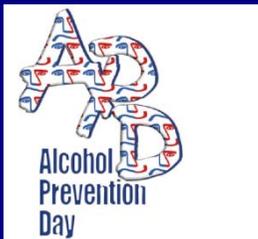
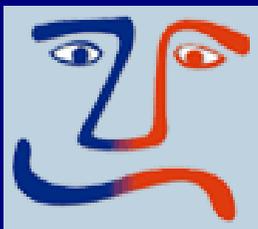
- L'alcol è tossico per le cellule nervose soprattutto a livello di:
  - -corteccia orbito frontale: **processi decisionali, emozionali e motivazionali**
  - Ippocampo: **regione dell'apprendimento e della memoria**





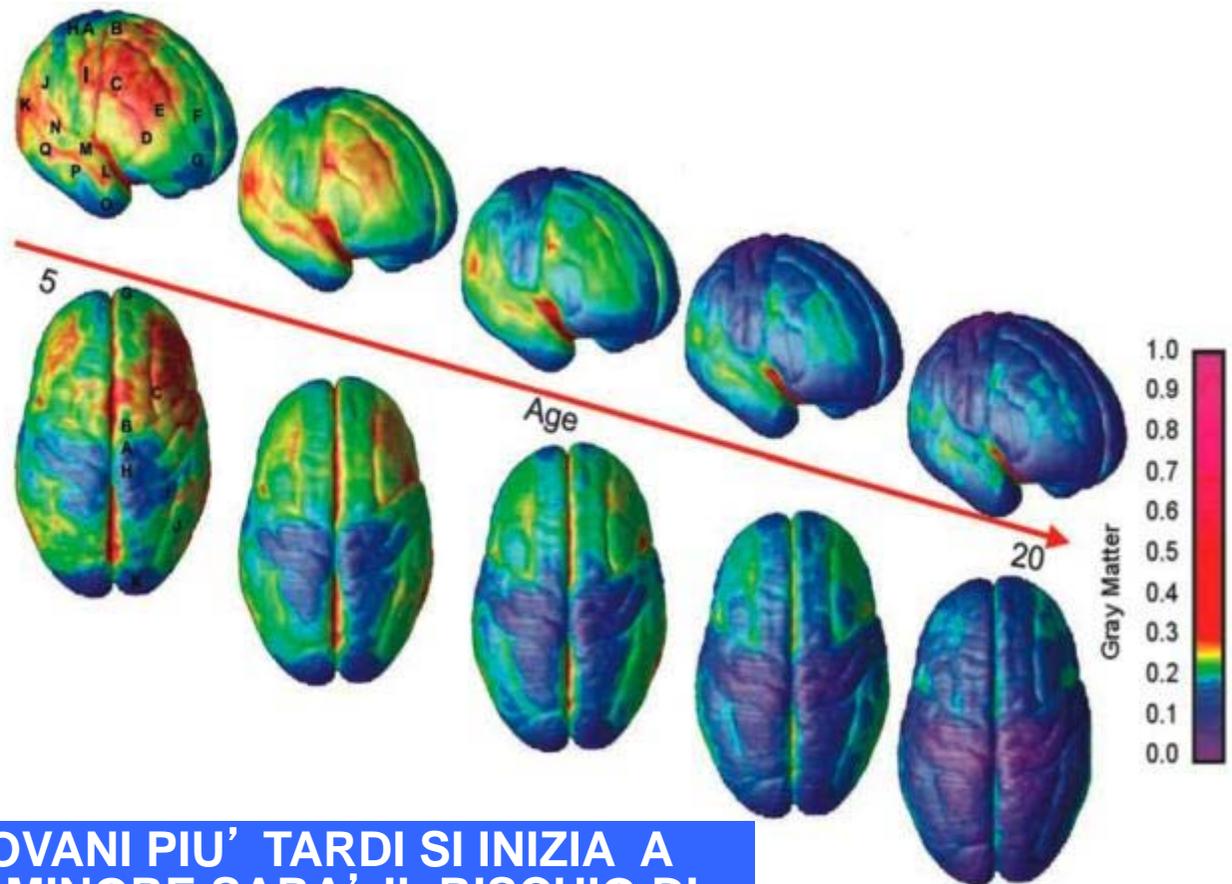
**MATURITA'** .... Per il cervello ha un senso e un significato ( **cellule grigie** )





# MATURI DOPO I 21 ANNI

(anche per l'ADH epatico)

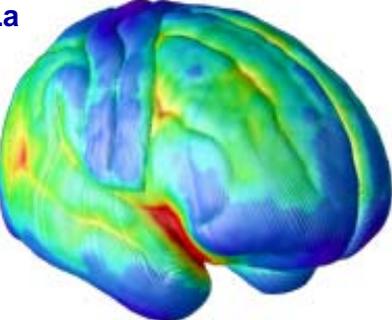


**NEI GIOVANI PIU' TARDI SI INIZIA A BERE E MINORE SARA' IL RISCHIO DI COMPROMISSIONE DEL NORMALE PROCESSO DI SVILUPPO PSICOFISICO**

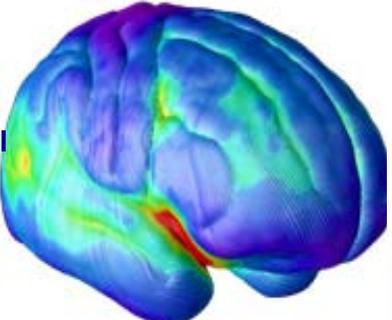


# Perché l'ALCOL danneggia lo sviluppo del CERVELLO degli adolescenti

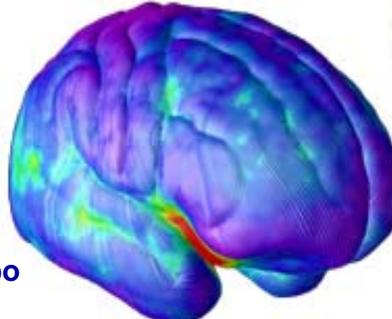
**12 ANNI**  
Durante l'adolescenza il cervello si trasforma. La materia grigia diminuisce e le connessioni sono rimodellate.



**16 ANNI**  
Il cervello è in fase di pieno sviluppo e si rimodellano le connessioni a prevalenza prefrontale (razionalità). In questa fase l'alcol impedisce il rimodellamento



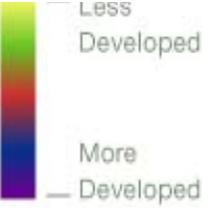
**20 ANNI**  
Lo sviluppo è completato. Le connessioni sono rimodellate irreversibilmente. Il risultato finale conferisce all'adulto le sue caratteristiche di razionalità grazie alla prevalenza prefrontale SE l'alcol non ha danneggiato lo sviluppo cerebrale.



Dai 12 ai 21 anni un ampio rimodellamento (*pruning*) conduce il cervello da una modalità di ragionamento impulsiva, emozionale ad una razionale.

**BERE ALCOL interferisce con questi processi e BLOCCA lo sviluppo nazionale verso lo stato cognitivo dell'adulto.**

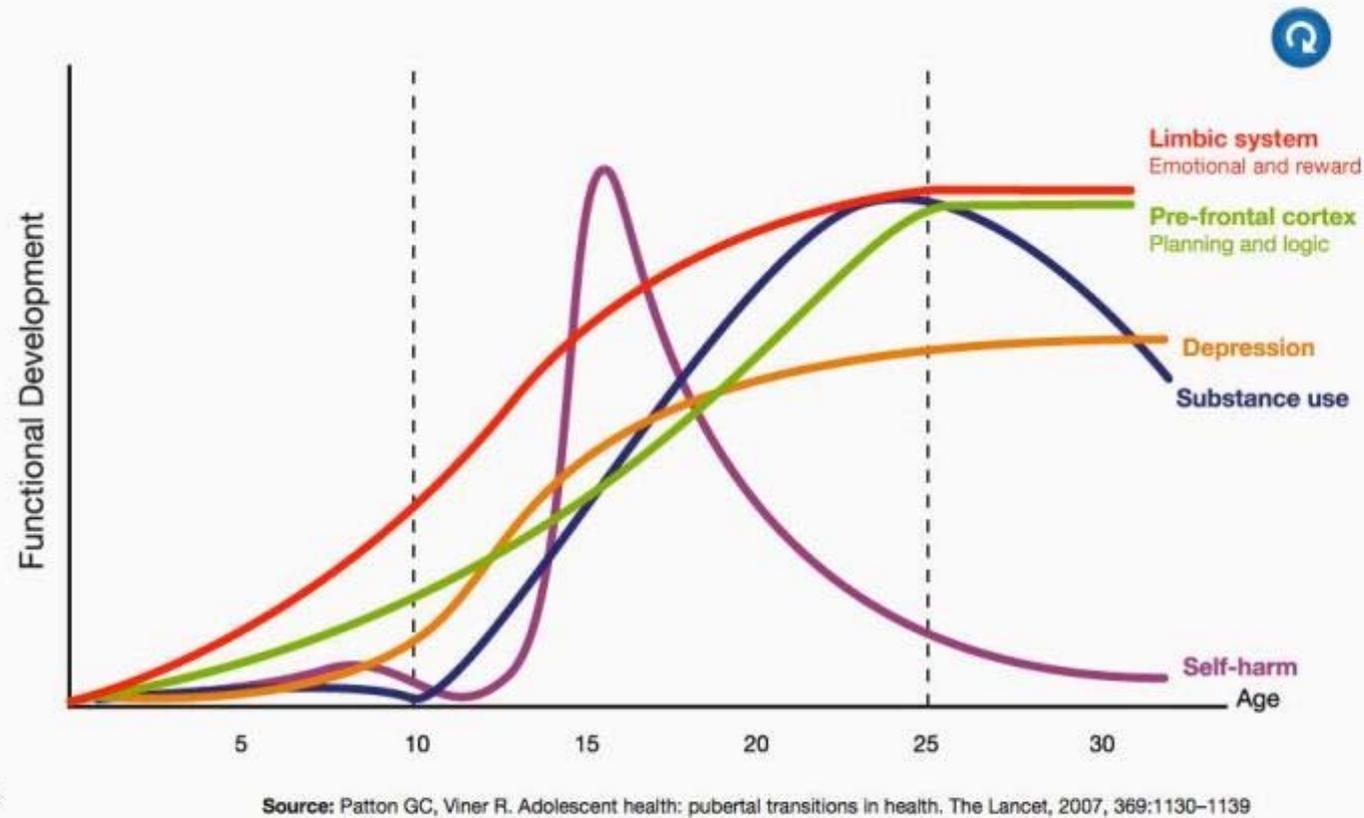
La corteccia PREFRONTALE deputata alla RAZIONALITA' si sviluppa nel corso della PRE-adolescenza. MA può INVOLVERSI a causa dell'uso di ALCOL cristallizzando la persona in una modalità di comportamento IMPULSIVO, AGGRESSIVO, orientato al comportamento A RISCHIO tipico dei giovanissimi



Source : modified from <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/factors/>  
Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

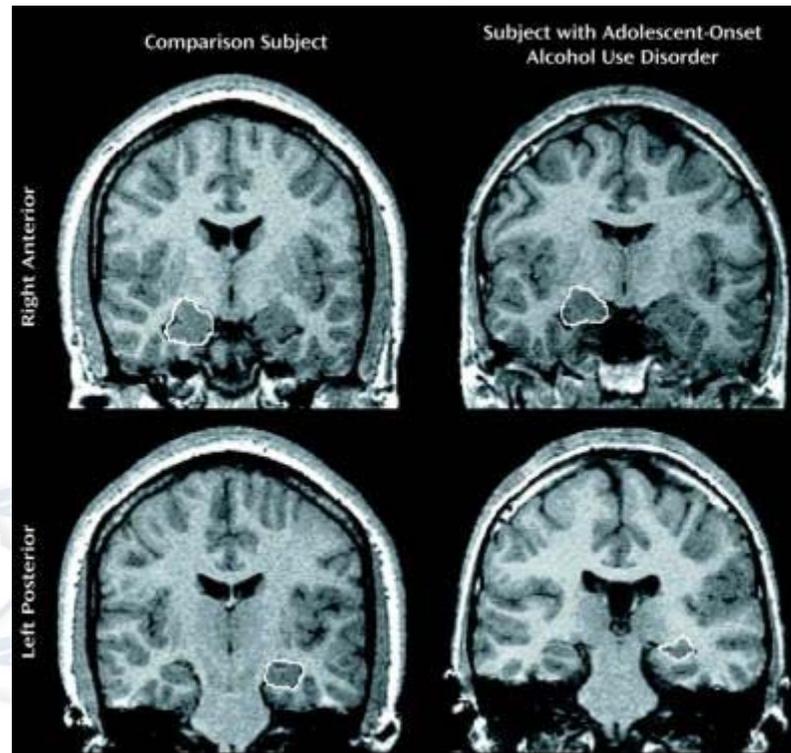


## La «finestra» di VULNERABILITA' cerebrale nel periodo di transizione puberale





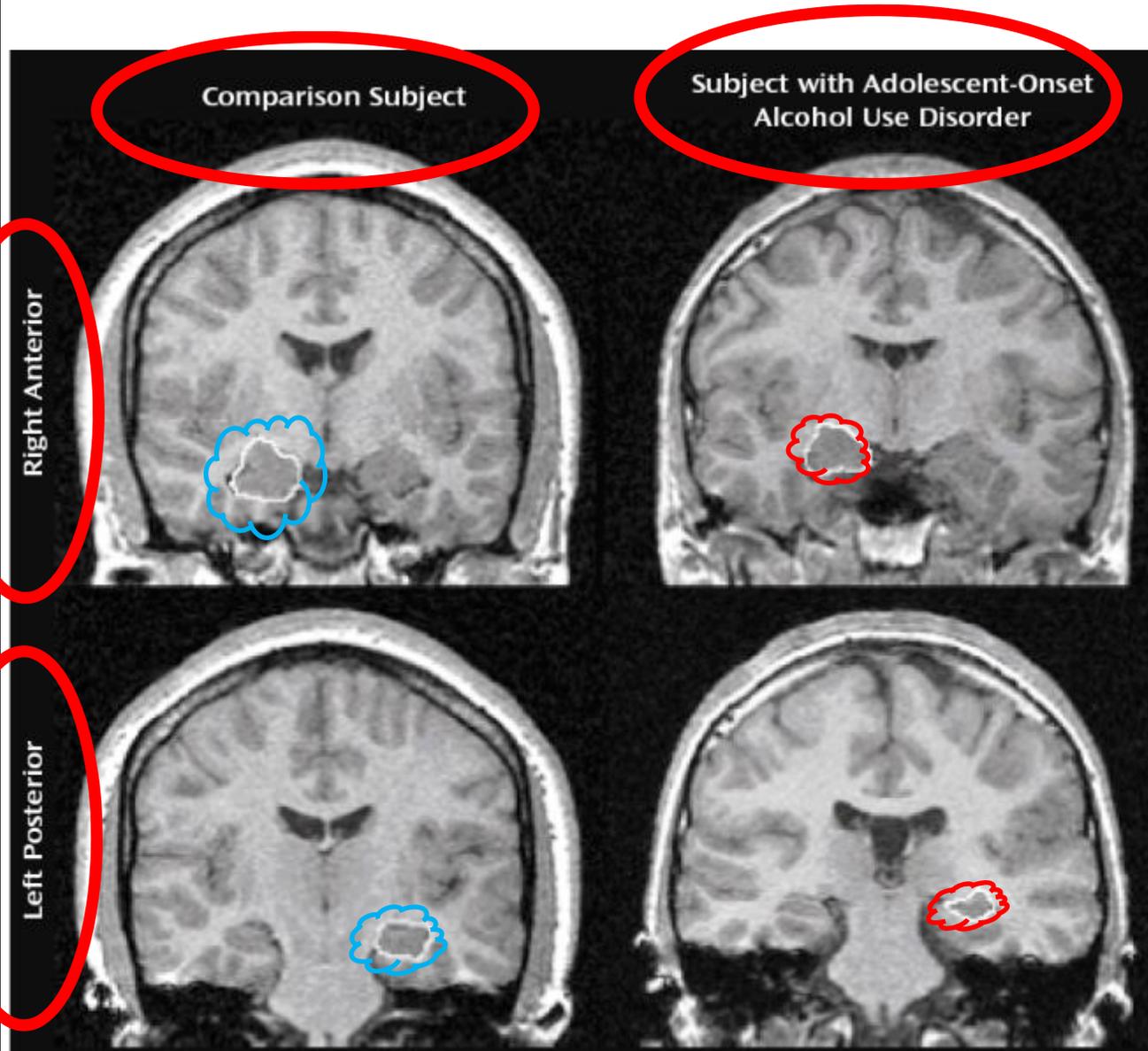
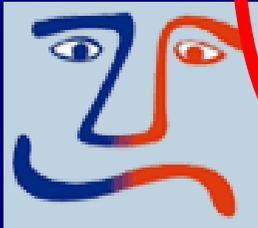
# Neurotoxic effects of alcohol on the adolescent and young adult brain

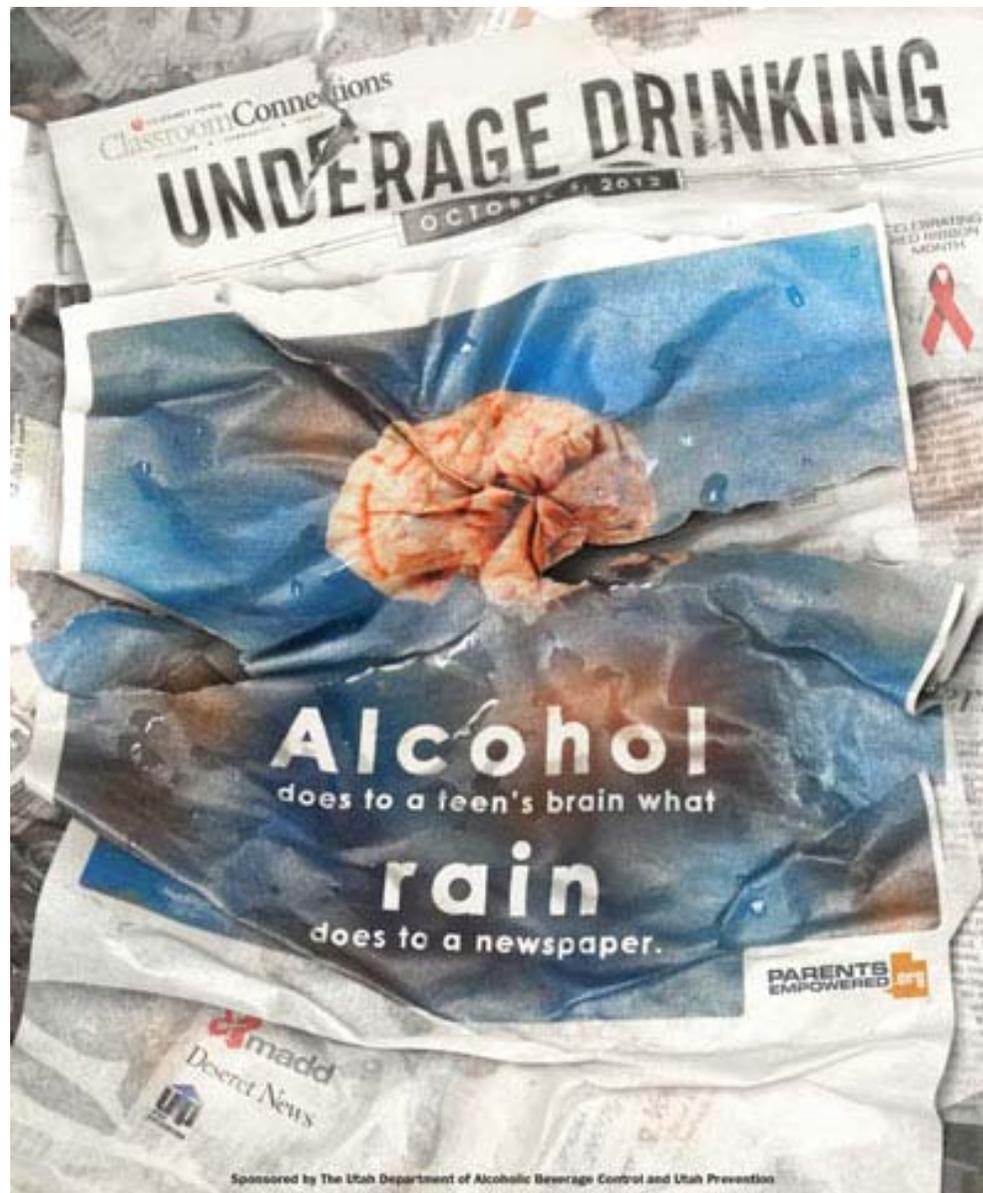


## References

- De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, Soloff PH, Boring AM, Hall J, Kersh A, Keshavan MS. [Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders](#). Am J Psychiatry. 2000 May;157(5):737-44.
- Domingues SC, Mendonça JB, Laranjeira R, Nakamura-Palacios EM. [Drinking and driving: a decrease in executive frontal functions in young drivers with high blood alcohol concentration](#). Alcohol. 2009 Dec;43(8):657-64.
- Ehlers CL, Criado JR. [Adolescent ethanol exposure: does it produce long-lasting electrophysiological effects?](#) Alcohol. 2010 Feb;44(1):27-37.
- Guerra C, Pascual M. [Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence](#). Alcohol. 2010 Feb;44(1):15-26.
- R Hingson, T Heeren, and M Winter. [Lower legal blood alcohol limits for young drivers](#). Public Health Rep. 1994 Nov-Dec; 109(6): 738-744.
- Johnston MV. [Neurotransmitters and vulnerability of the developing brain](#). Brain Dev. 1995 Sep-Oct;17(5):301-6.

# Abitudini giovanili per esiti da anziani...







## Il consumo *binge drinking* “spegne” la memoria dei giovani... esattamente come la cannabis

The brain images below show how alcohol may harm teen mental function. Compared with a young non-drinker, a 15-year-old with an alcohol problem showed poor brain activity during a memory task. This finding is noted by the lack of pink and red coloring.

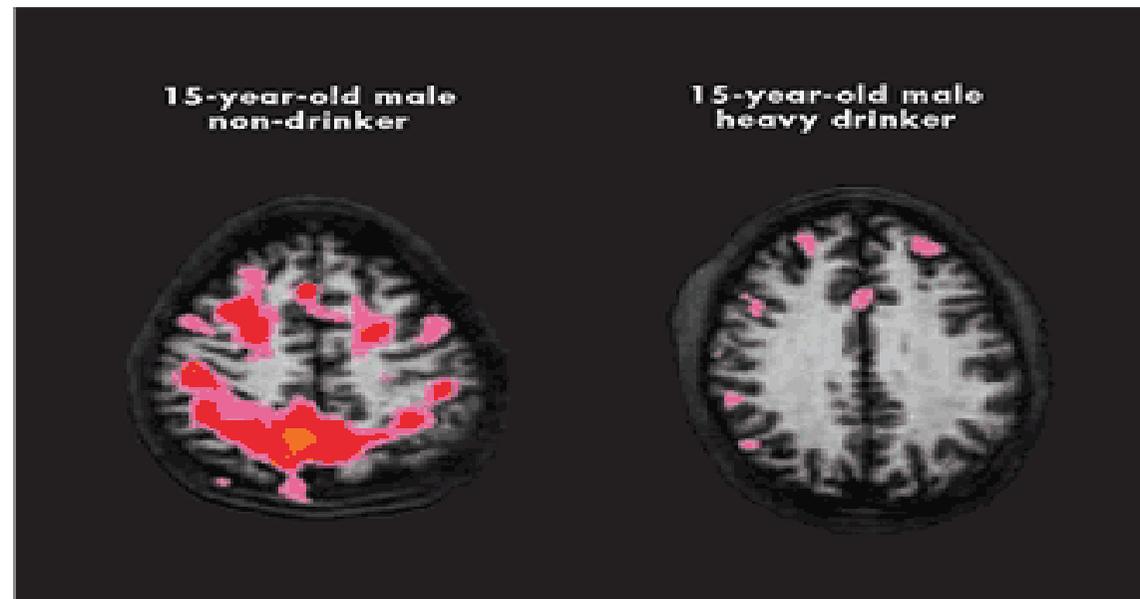
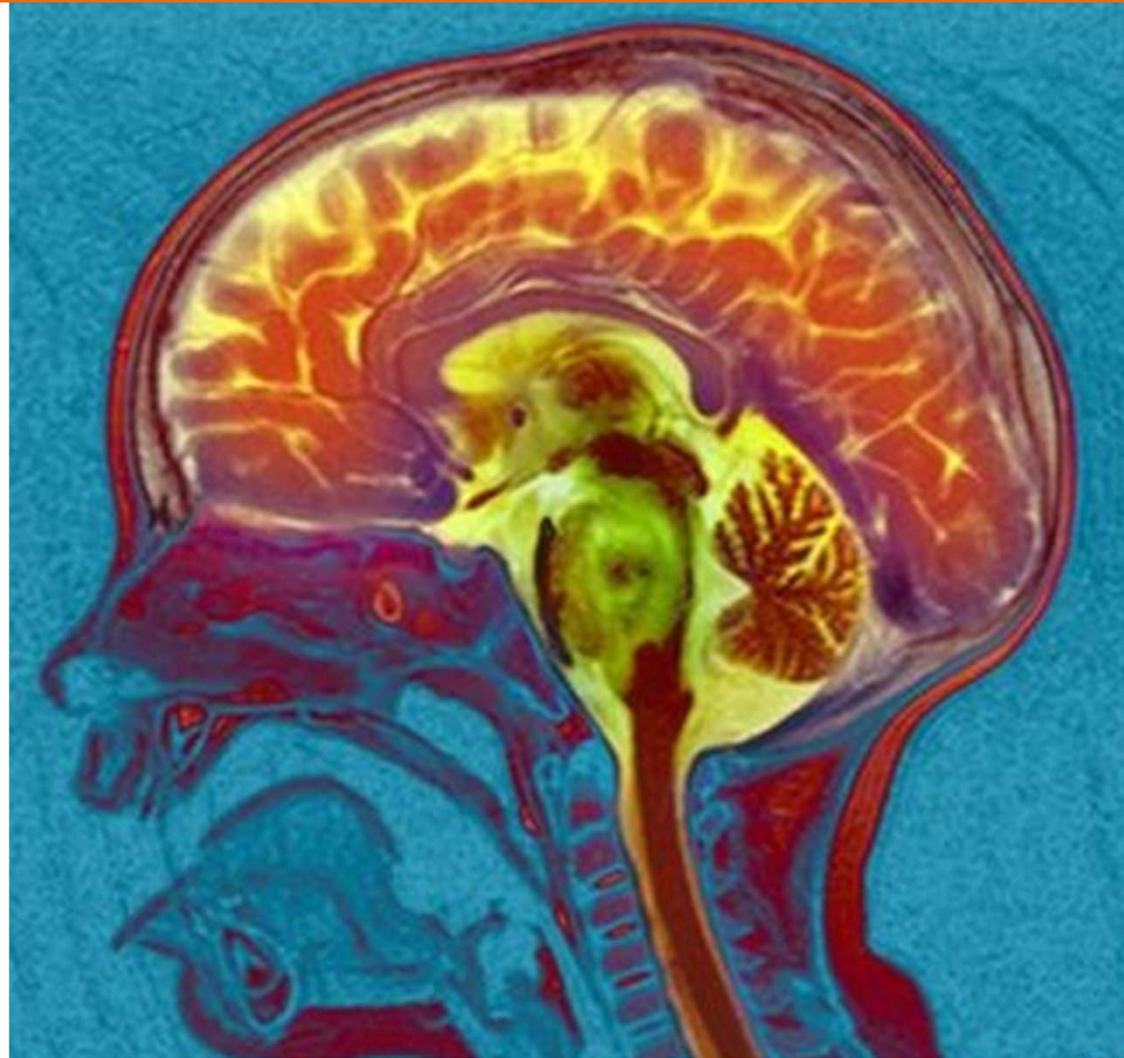


Image from Susan Tapert, PhD, University of California, San Diego.

# - ALCOL + CERVELLO



ADDICTIONS AND LIFESTYLES IN CONTEMPORARY EUROPE  
Alice Rap  
WICG 1910  
REFRAMING ADDICTIONS PROJECT

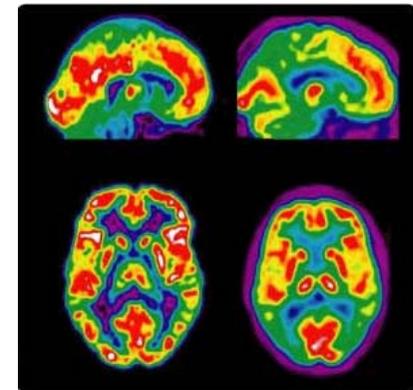




# Understanding drivers of harm

**With better understanding**, policies can be tailored to act on many drivers on different levels, whilst policy makers should still not lose sight of the effect of large and less readily modifiable socio-demographic changes which impact on harm.

**Output:** new neuroimaging research on effects of marketing exposure on brain activity and drug-related cognitive processing in users of alcohol and cannabis and in controls supports policy recommendations around regulation of marketing of addictive products.



Area 2 - D5.1 Report: Prevalence of substance use, dependence and problematic gambling in Europe  
[http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc\\_download/158-deliverable-5-1-prevalence-of-substance-use-dependence-and-problematic-gambling-in-europe.html](http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc_download/158-deliverable-5-1-prevalence-of-substance-use-dependence-and-problematic-gambling-in-europe.html)

D11.3 – Marketing and Brain Activity (public April 2015)



# Resilience in young people

Overall policies and measures to reduce the harm done by addictive substances and behaviours ***should not have an exclusive focus on youth***, because

- **Harm from addictive behaviour is spread across age groups**
- **Policies or interventions directed exclusively at young people do not adequately address the many determinants which can influence behaviour in youth and throughout the rest of the life span (e.g. parents).**



# Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016)

the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA)

on 16 September 2014

At



The screenshot shows a webpage from the European Commission. At the top, there is a navigation bar with the European Commission logo and the text "PUBLIC HEALTH". Below this is a breadcrumb trail: "European Commission > DG Health & Consumers > Public health > Alcohol > Key documents". The main heading is "ALCOHOL". A horizontal menu contains several tabs: "All topics", "Policy", "EU Alcohol and Health Forum", "Committee (CNAPA)", "Indicators", "Projects", and "Portal" (which is highlighted in yellow). Below the menu, there is a link "Go back to Alcohol > Key documents". The section is titled "Key documents" and features a date "16 September 2014". The main content is the title of the action plan: "Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) of the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA)". A short description follows: "The Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) focuses on prevention of alcohol related harm in the fields of youth drinking and heavy episodic drinking. It has a duration of two years and will contribute to achieving the objectives of the EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm." Social media icons for email, Facebook, Twitter, Google+, and LinkedIn are visible on the right side of the document section.

# EU Action Plan on Youth Drinking and on Binge Drinking (2014-2016)

## 2.1.1 Youth Drinking

The age group considered as youth in this Action Plan includes the unborn child, children, adolescents and young adults up to the age of 25. This is to ensure targeted actions protecting children, embracing the various legal age limits throughout the EU and harmful and hazardous use among youth that are above the legal age limit. This consideration is also in line with research showing that the brain is not fully developed until the mid-twenties, and thus is more vulnerable to alcohol. It is highly important to protect youth from the harm caused by alcohol and this requires a broad range of actions targeting different age groups among the youth.

**L'alcol è nocivo  
per lo sviluppo  
cerebrale sino  
ai 25 anni**



ALCOHOL

European Commission

European Commission > DG Health & Consumers > Public health > Alcohol > Key documents

ALCOHOL

All topics Policy EU Alcohol and Health Forum Committee (CNAPA) Indicators Projects Portal

Go back to Alcohol > Key documents

Key documents

16 September 2014

Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) of the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA)

The Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) focuses on prevention of alcohol related harm in the fields of youth drinking and heavy episodic drinking. It has a duration of two years and will contribute to achieving the objectives of the EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm.

# EU Action Plan on Youth Drinking and on Binge Drinking (2014-2016)



OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL  
REPARTO SALUTE DELLA POPOLAZIONE  
E SUOI DETERMINANTI  
C.N.E.S.P.S.

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



Direttore: EMANUELE SCAFATO

## Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) Il Piano di Azione 2014-2016 sul bere dei giovani e sul binge drinking

Emanuele Scafato, Direttore Osservatorio nazionale alcol (Cnesps-Iss)



Il Piano d'Azione approvato da tutti gli Stati Membri EU richiama tutti i Governi a considerare sei aree di azioni prioritarie:

- **ridurre il binge drinking (inteso come consumo eccessivo episodico)**
- **ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani**
- **ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al marketing delle bevande alcoliche**
- **ridurre il danno da alcol in gravidanza**
- **assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani**
- **supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.**

Il [Piano d'azione sul bere dei giovani e sul binge drinking](#) non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull'evidenza che sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l'alcol è nocivo per lo sviluppo cerebrale sino **ai 25 anni** (aggiornate le evidenze che ponevano questa "soglia" ai 21-24 anni) e questo è il motivo per cui il Piano d'azione si focalizza sui diversi target dei giovani a partire dai bambini, passando attraverso gli adolescenti, i maggiorenni (secondo le differenti età legali correnti nelle diverse Nazioni della Unione europea) e, non ultimi, i giovani adulti.

# POLICY GOALS

Sotto l'età minima legale:

- **RITARDARE** l'avvio al bere
- **RIDURRE e MINIMIZZARE** le quantità di alcol consumate dagli adolescenti
- **RIDURRE** il danno nei bambini che vivono in famiglie con problemi legati all'alcol



Policy goals for children and adolescents below the legal age limit for purchase of alcohol include:

- Delaying the age of first use of alcohol
- Reducing and minimising amounts of alcohol consumed among adolescents who may drink
- Reducing harm suffered by children in families with alcohol problems

# RUOLO DELL'INDUSTRIA :

## i messaggi e le azioni devono essere indipendenti e definiti dalle autorità competenti

The role of the alcohol beverage industry, including the hospitality sector and advertising industry, can be helpful in prevention activities in particular through initiatives that reduce the negative consequences of drinking and intoxication, such as management policies relating to responsible serving, training of hospitality sector staff, to preventing and managing intoxicated drinkers, and to ensuring that alcohol is not available to those under the legal age of purchase.<sup>23</sup>

Consistent with the evidence on where the alcohol industry, including the hospitality sector and the advertising industry, can play a helpful role in prevention activities, as already described. CNAPA would wish to see industry (in particular from the European Alcohol and Health Forum) contributing to this Action Plan at EU level in areas including:

- the reduction of alcohol content (in accordance with specific EU or national legislation)
- supporting independent monitoring to strengthen the protection of young people from exposure to alcohol advertising, including from new media,
- providing consumer information, including voluntary labelling, and at national and local level
- through initiatives on staff training to prevent serving to intoxicated drinkers and to people below the legal age of purchase
- through consumer information where information messages and campaigns are defined and supported by public authorities or independent bodies
- through supporting multi-stakeholders programmes to ensure better enforcement of age limits.

# REGOLAMENTARE E LIMITARE VENDITA e MARKETING AI MINORI (25 anni) COREGOLAMENTAZIONE oltre l'AUTOREGOLAMENTAZIONE

AREA FOR ACTION 2: REDUCE ACCESSIBILITY AND AVAILABILITY OF ALCOHOLIC BEVERAGES FOR YOUTH				
Main priority: to prevent consumption among under age and harmful and hazardous use among young people				
Operational objective	Options for Action	Responsible parties	Indicator(s)	Data collection and assessment mechanisms
<b>Promote, ensure and enforce adequate level of controls in on- and off-premises particularly for legal age check</b>	Use effective enforcement measures to reduce availability of alcoholic beverages to underage people	MS	No. of (legal and other administrative) interventions adopted or	CNAPA members' reports to EC  ESPAD
<b>Limit the exposure of youth to alcohol marketing through the internet and new media, including sponsoring</b>	Discussion on and exchange of best practices in CNAPA on addressing alcoholic product placement and sponsorship on various media (TV, cinema internet) taking account of young people's exposure	MS, EC		
	Discussion on and exchange of views in CNAPA on alcohol marketing via new media and its impact on young people	MS, EC		
	Use existing legislation and co-regulation to reduce the exposure to advertising to which young people are exposed to through media	EC, MS		
	Introduce on voluntary basis 25 years' or higher reference age for age controls	MS	No. of MSs with 25 or higher age as reference age for age controls	CNAPA members' reports to EC

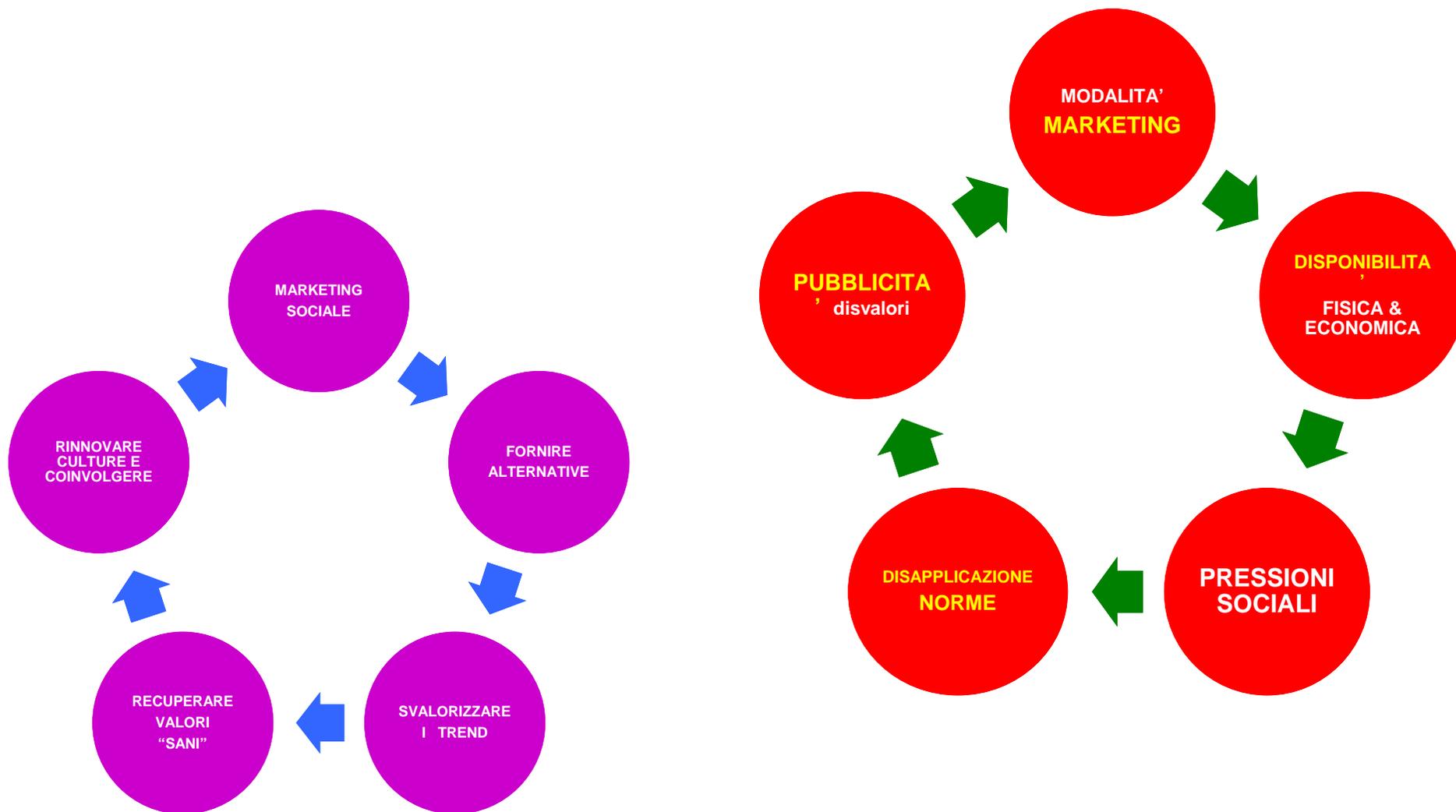
# Garantire il CONTROLLO del marketing e della pubblicità su TUTTI I MEDIA

Internet - nuovi media (smartphones) –sponsorizzazioni

## RAFFORZARE le misure LEGISLATIVE SPECIFICHE e la COREGOLAMENTAZIONE

Main priority: to protect the most vulnerable age groups from exposure of alcohol marketing and advertising				
Operational objective	Options for Actions	Responsible parties	Indicator(s)	Data collection and assessment mechanisms
Ensure that all marketing and advertising is in compliance with the Audio-visual Media	Study on exposure of minors to alcohol advertising on linear and non-linear audio-visual media services and other online services based on the Audio-visual Media	EC	EC report	not applicable
Services Directive and with national regulations and voluntary codes	Services Directive's restrictions (2010/13/EU)			
Limit the exposure of youth to alcohol marketing through the internet and new media, including sponsoring	Discussion on and exchange of best practices in CNAPA on addressing alcoholic product placement and sponsorship on various media (TV, cinema internet) taking account of young people's exposure	MS, EC	Quantity and quality of relevant topics discussed	CNAPA meeting reports
	Discussion on and exchange of views in CNAPA on alcohol marketing via new media and its impact on young people	MS,EC	Quantity and quality of relevant topics discussed	CNAPA meeting reports
	Use existing legislation and co-regulation to reduce the exposure to advertising to which young people are exposed to through media	EC, MS	The number of countries that has strengthened their existing legislation or co-regulation to reduce exposure of young people to alcohol	CNAPA members' reports to EC

# Le dimensioni della prevenzione. Fattori di protezione e fattori antagonisti



## Alcol e pubblicità : 310 milioni euro di investimenti nel 2010

+ 83 % in 3 anni e differenziazione

(OUT outdoor, radio e cinema ... rafforzamento riviste e giornali, conferma TV e.. new entry sul web)

### Alcoholic Drinks

**2010**

Million euros

Country	Magazines	Internet	Newspapers	Television	Total
Austria	0.684	0.151	1.085	2.545	4.465
Belgium	2.415	0.508	3.525	11.419	17.867
Denmark	0.971	5.079	0.994	14.698	21.742
Finland	1.937	0.758	1.31	2.202	6.207
France	38.216	2.087	40.964	1.665	82.932
Germany	18.986	74.667	18.035	201.267	312.955
Ireland	1.741	3.345	3.222	6.02	14.328
Italy	54.489	63.998	64.527	126.21	309.224
Netherlands	1.231	15.278	2.395	28.514	47.418
Norway	0.036	0.001	0.00	0.171	0.208
Pan-Europe	1.197	0.353	0.723	0.623	2.896
Spain	17.701	58.725	20.365	136.538	233.329
Sweden	8.824	15.425	14.018	24.30	62.567
Switzerland	2.29	0.733	2.455	2.408	7.886
UK	19.627	16.387	19.657	40.61	96.281
Grand Total	170.345	257.495	193.275	599.19	1220.305

**2007**

Million euros

Country	Television	Newspapers	Magazines	Outdoor	Radio	Cinema	Total
Belgium	25.87	4.33	4.67	11.63	3.10	4.67	54.27
France	0.34	3.62	5.55	18.62	4.98	0.00	33.11
Germany	361.83	19.99	59.84	62.97	42.99	3.65	551.27
Italy	134.86	9.04	12.09	5.30	7.24	0.88	169.41

# Publicità e Marketing sui giovani

**Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? - a review of longitudinal studies**

Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum

Based on the consistency of findings across the studies, the confounders controlled for, the dose-response relationships, as well as the theoretical plausibility and experimental findings regarding the impact of media exposure and commercial communications, it can be concluded from the studies reviewed that alcohol marketing increases the likelihood that adolescents will start to use alcohol, and to drink more if they are already using alcohol.

**Il marketing delle bevande alcoliche  
aumenta la probabilità che gli  
adolescenti incomincino a bere e  
che bevano di più quando hanno già  
iniziato a farlo**

TECHNICAL  
REPORT

## The affordability of alcoholic beverages in the European Union

Understanding the link  
between alcohol affordability,  
consumption and harms

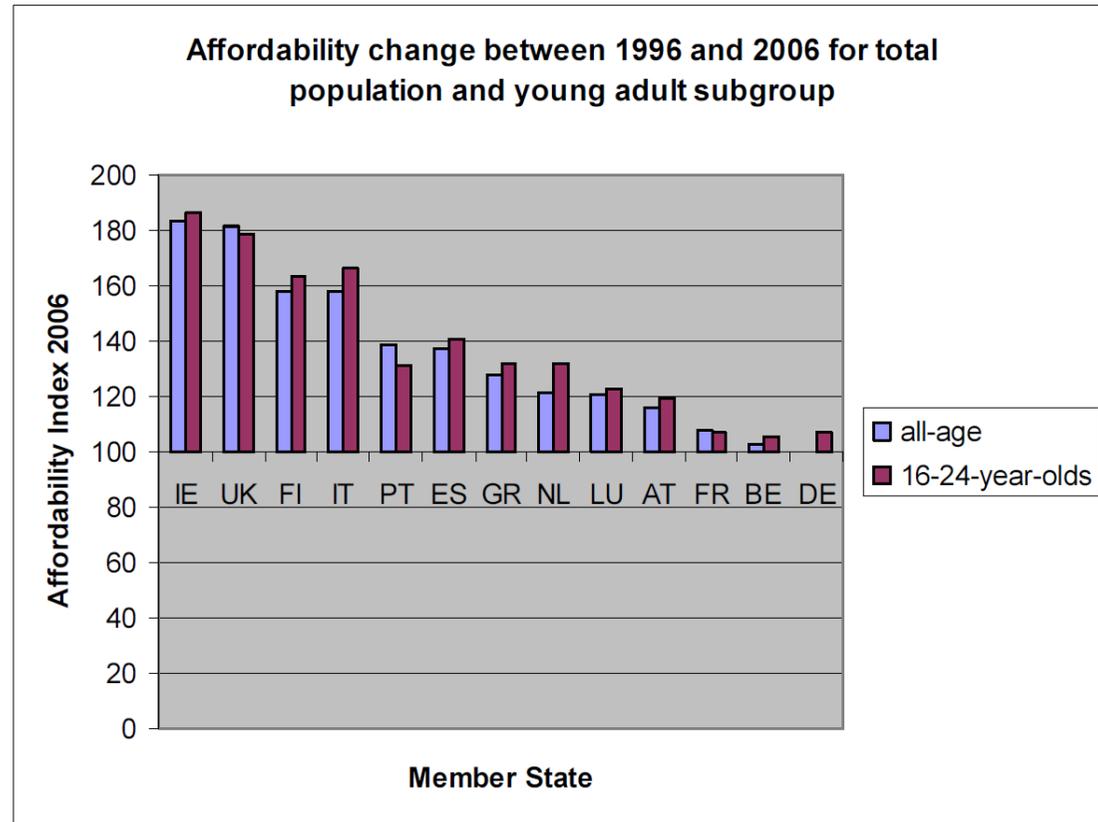
Lila Rabinovich, Philipp-Bastian Brutscher,  
Han de Vries, Jan Tiessen,  
Jack Clift, Anais Reding



## Assessment of young people's exposure to alcohol marketing in audiovisual and online media

Eleanor Winpenny, Sunil Patil, Marc Elliott, Lidia Villalba van Dijk, Saba Hinrichs, Theresa Marteau, Ellen Nolte

September 2012



Source: Eurostat, author calculations

**Figure 3-3: Changes in the affordability of alcohol between 1996 and 2006 for total population and young adult sub-group (16-24), selected EU countries**

Assuming that *all* consumers face the same prices, this difference in affordability change reflects purely the difference in income change. What the above figure captures is that the *income* of young people has increased by a greater percentage than that of the general population. What is not captured are changes in the price of drinks that young people particularly like, changes in the price of drinks – in, for example, university bars – or changes in price promotions which, with young people being more price sensitive, are more likely to be taken up by young people.

DISPONIBILITA' delle  
bevande alcoliche  
percepita dai giovani in  
Europa: FACILE O  
MOLTO FACILE  
AQUISTARLE

An overview of the market for  
alcoholic beverages of potentially  
particular appeal to minors

Specific Services No EAHC/2010/Health/14  
Specific Contract No 2010 62 91

Edited by: Peter Anderson, Marc Suhrcke, and  
Chris Brookes



**Table B1: Perceived availability of various alcoholic beverages by gender: percentages responding "fairly easy" or "very easy"**

Country	Beer			Cider			Alcopops			Wine			Spirits		
	Boys	Girls	All	Boys	Girls	All	Boys	Girls	All	Boys	Girls	All	Boys	Girls	All
Austria	91	89	90	.	.	.	77	77	77	80	82	81	58	55	57
Belgium (Flanders)	84	77	81	.	.	.	75	71	73	73	74	73	52	45	48
Bulgaria	84	81	83	.	.	.	62	60	61	74	74	74	64	61	62
Croatia	85	86	85	.	.	.	64	67	66	85	84	85	71	75	73
Cyprus	87	80	83	29	21	25	79	76	78	77	76	76	71	68	70
Czech Republic	85	86	85	0	.	.	63	60	61	75	77	76	57	54	55
Estonia	77	73	75	79	81	80	76	80	78	60	56	58	56	49	52
Finland	73	73	73	75	78	76	66	68	67	51	54	53	42	43	42
France	75	71	73	70	66	68	61	55	58	66	61	64	57	53	55
Germany (7 Bundesl.)	92	90	91	.	.	.	72	72	72	77	81	79	54	51	52
Greece	85	79	82	.	.	.	75	72	73	81	82	82	65	61	63
Hungary	81	79	80	.	.	.	73	74	74	80	78	79	63	59	61
Ireland	82	75	78	79	73	75	69	71	70	73	76	75	74	76	75
<b>Italy</b>	<b>82</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	.	.	.	<b>75</b>	<b>71</b>	<b>73</b>	<b>77</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>60</b>
Latvia	80	78	79	81	84	82	74	74	74	68	67	67	59	52	55
Lithuania	75	72	73	79	82	80	73	70	71	58	58	58	53	48	50
Malta	82	75	78	55	49	52	56	53	54	83	81	82	72	74	73
Netherlands	89	81	85	.	.	.	82	80	81	66	71	69	55	54	55
Norway	80	81	80	79	80	79	77	79	78	60	62	61	50	52	51
Poland	81	82	82	.	.	.	.	.	.	66	65	65	57	52	55
Portugal	82	79	80	.	.	.	68	63	65	73	72	73	64	66	65
Romania	72	55	63	.	.	.	46	33	39	73	57	65	47	37	42
Slovak Republic	88	84	86	62	56	59	59	55	57	83	85	84	68	63	65
Slovenia	81	79	80	.	.	.	83	84	84	77	75	76	58	59	59
Sweden	80	81	81	81	83	82	69	73	71	60	65	62	65	69	67
Switzerland	88	86	87	.	.	.	61	61	61	76	74	75	53	50	52
UK	73	67	70	70	66	68	69	75	72	65	68	67	57	61	59
Average (unw.)	80	76	78	65	68	68	68	67	68	70	69	70	58	55	56
Denmark	97	94	95	.	.	.	95	95	95	86	81	83	87	81	84

In Italia birra e alcopops sono le bevande acquistate con maggior facilità dai giovani al di sotto dell'età minima legale.

1 giovane su 2 le ha consumate in un esercizio e 2 su 3 le ha acquistate nei negozi nonostante i divieti

È stato chiesto agli studenti con che facilità potevano entrare in possesso di alcune bevande alcoliche, se volevano. In Italia quasi tre su quattro studenti (77%) hanno dichiarato che è "abbastanza facile" o "molto facile" entrare in possesso di birra o di *alcopops* e i valori registrati nel nostro Paese sono superiori a quelli medi europei che hanno partecipato all'indagine (73% e 63% rispettivamente). Le percentuali registrate per le altre bevande sono il 68% per il vino, e il 55% per i superalcolici senza differenze sostanziali rispetto alla media degli altri Paesi europei. Complessivamente, in Italia sei studenti su sette (86%) hanno dichiarato che è "abbastanza facile" o "molto facile" procurarsi bevande alcoliche se vogliono (Figura 5).

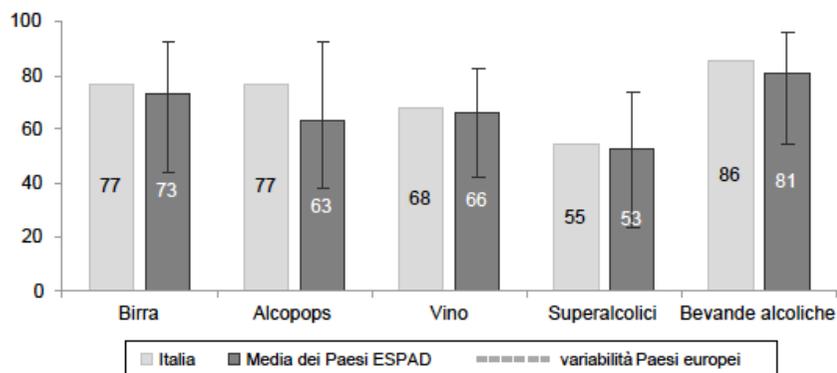


Figura 5. Studenti (%) che dichiarano che è "abbastanza" o "molto facile" procurarsi le bevande alcoliche

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ESPAD 2011

Oltre alla facilità percepita dai ragazzi nel procurarsi bevande alcoliche, i dati dell'indagine ESPAD mostrano che nonostante esistano nei Paesi leggi che limitano l'accesso dei giovani alla somministrazione e vendita di bevande per restrizioni legate all'età, nel corso del mese precedente all'intervista, in Italia quasi uno studente su due ha consumato bevande alcoliche in esercizi commerciali come bar, ristoranti, discoteche e pub (con percentuali più elevate per la

somministrazione di birra e *alcopops*) e quasi due su tre le hanno acquistate nei negozi nonostante i divieti (Figura 6); le percentuali risultano più elevate in Italia rispetto alla media dei Paesi europei, ad eccezione del vino dove i valori risultano simili. Birra e *alcopops* sono le bevande più acquistate nel mese precedente all'intervista in Italia, seguiti da superalcolici e vino.

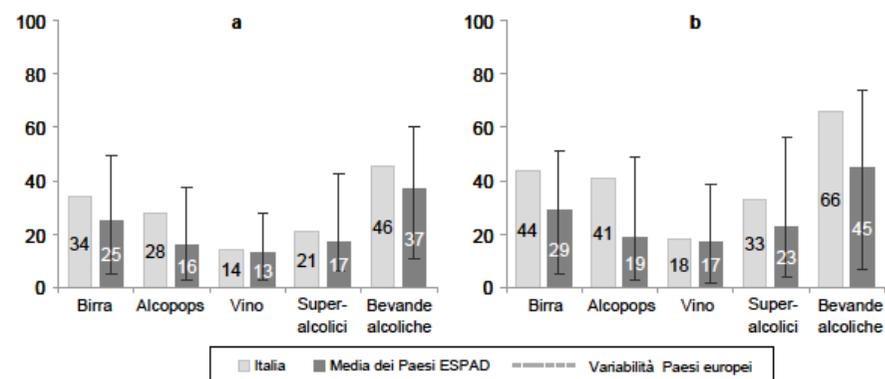


Figura 6. Studenti (%) che durante gli ultimi 30 giorni hanno acquistato bevande alcoliche nei luoghi in cui vengono somministrate (bar, ristoranti, pub, ecc.) (a) e nei negozi (b)  
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ESPAD 2011





Report on trends and innovations in alcohol marketing

## Trends in alcohol marketing

Results of monitoring alcohol marketing in Italy in 2010

# I trend del marketing in ITALIA



## Commercial promotion of drinking in Europe



Key findings of independent monitoring of alcohol marketing in five European countries



### 1.2 Marketing mix

It is important, while reading the report, to keep in mind the basic, tactical components of a marketing plan, called the "marketing mix". The marketing mix is also known as the four P's, referring to the four marketing mix elements important in the marketing of any product (see Figure 1):

Price: there are numerous ways to price a product.

Place: Place is also known as **channel, distribution, or**



Figure 1. The marketing mix.

# 2001-2015: Luci ed ombre della legge 125/2001 della prevenzione alcolcorrelata in Italia

## Capo III

### DISPOSIZIONI SULLA PUBBLICITA' E SUL CONSUMO DELLE BEVANDE ALCOLICHE E IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO

#### Art. 13.

(Disposizioni in materia di pubblicita')

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le emittenti radiotelevisive pubbliche e private e le agenzie pubblicitarie, unitariamente ai rappresentanti della produzione, tenuto conto anche dell'esigenza di valorizzare le produzioni tipiche ed a denominazione di origine controllata, **adottano un codice di autoregolamentazione sulle modalita' e sui contenuti dei messaggi pubblicitari relativi alle bevande alcoliche e superalcoliche.**
2. **E' vietata la pubblicita' di bevande alcoliche e superalcoliche che:**
  - a) **sia trasmessa all'interno di programmi rivolti ai minori** e nei quindici minuti precedenti e successivi alla trasmissione degli stessi;
  - b) **attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche** che non siano espressamente riconosciute dal Ministero della sanita';
  - c) **rappresenti minori intenti al consumo di alcol ovvero rappresenti in modo positivo l'assunzione di bevande alcoliche o superalcoliche.**
3. **E' vietata la pubblicita' diretta o indiretta delle bevande alcoliche e superalcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di 18 anni di eta'.**
4. **E' vietata la pubblicita' radiotelevisiva di bevande superalcoliche nella fascia oraria dalle 16 alle 19.**

# 2001-2015: Luci ed ombre della legge 125/2001 della prevenzione alcolcorrelata in Italia

Art. 13.

(Disposizioni in materia di pubblicita')

5. E' inoltre vietata in qualsiasi forma la pubblicita' di bevande superalcoliche:
  - a) sulla stampa giornaliera e periodica destinata ai minori;
  - b) nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati prevalentemente alla visione dei minori.
6. La violazione delle disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4 e' punita con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 5 milioni a lire 20 milioni.  
La sanzione e' raddoppiata per ogni ulteriore trasgressione.
7. La sanzione di cui al comma 6 si applica altresì alle industrie produttrici ed ai responsabili delle emittenti radiotelevisive e degli organi di stampa nonche' ai proprietari delle sale cinematografiche.



# Publicità: che cosa dovrebbe essere garantito dall'autoregolamentazione ? Bambini e adolescenti...

## 32001H0458

**Raccomandazione del Consiglio, del 5 giugno 2001, sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti**

*Gazzetta ufficiale n. L 161 del 16/06/2001 pag. 0038 - 0041*

a) assicurare che i produttori non elaborino prodotti alcolici specificatamente destinati a bambini e ad adolescenti;

b) garantire che le bevande alcoliche non siano concepite o promosse in modo da costituire un richiamo per i bambini e per gli adolescenti, prestando particolare attenzione, tra l'altro ai seguenti elementi:

- l'impiego di stili (quali grafici, motivi o colori) associati alla cultura giovanile,

- rappresentazione nelle campagne promozionali di bambini, adolescenti, o altri modelli, di aspetto giovanile,

- allusioni al consumatore di droga e di altre sostanze nocive quali il tabacco, o immagini correlate,

- riferimenti a comportamenti violenti o asociali,

- allusioni implicite al successo sul piano sociale, sessuale o sportivo,

- incoraggiamento dei bambini e degli adolescenti al consumo di bevande alcoliche, compresa la vendita a basso prezzo di tali bevande ad adolescenti,

- pubblicità o sponsorizzazioni in occasione di eventi sportivi, musicali o altri eventi speciali in cui un gran numero di bambini e adolescenti partecipa in qualità di attori o spettatori,

- pubblicità sui mezzi di comunicazione mirata a bambini e adolescenti o rivolta a un vasto numero di bambini e adolescenti,

# Aderenza del Codice Autoregolamentazione - Italia

## Art. 22 – Bevande alcoliche

La comunicazione commerciale relativa alle bevande alcoliche non deve contrastare con l'esigenza di favorire l'affermazione di modelli di consumo ispirati a misura, correttezza e responsabilità. Ciò a tutela dell'interesse primario delle persone, ed in particolare [redacted] ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze connesse all'abuso di bevande alcoliche.

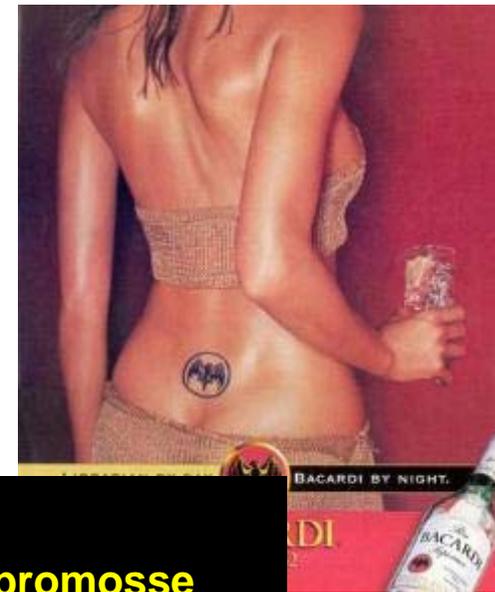
In particolare la comunicazione commerciale deve evitare di:

- incoraggiare un uso eccessivo e incontrollato, e quindi dannoso, delle bevande alcoliche;
- rappresentare situazioni di attaccamento morboso al prodotto e, in generale, di dipendenza dall'alcol o indurre a ritenere che il ricorso all'alcol possa risolvere problemi personali;

- associare la guida di veicoli con l'uso di bevande alcoliche;
- indurre il pubblico a ritenere che il consumo delle bevande alcoliche contribuisca alla lucidità mentale e all'efficienza fisica e sessuale e che il loro mancato consumo comporti una condizione di inferiorità fisica, psicologica o sociale;
- rappresentare come valori negativi la sobrietà e l'astensione dal consumo di alcolici;
- indurre il pubblico a trascurare le differenti modalità di consumo che è necessario considerare in relazione alle caratteristiche dei singoli prodotti e alle condizioni personali del consumatore;
- utilizzare come tema principale l'elevato grado alcolico di una bevanda.

# PUBBLICITA' SANZIONATA





**“garantire che le bevande alcoliche non siano promosse  
prestando attenzione a non indurre a ritenere che il consumo  
comporti successo sociale, sessuale sportivo...”**



**2 – Advertising Code Committees accept relatively large amounts of alcohol advertising practices which are appealing to young people**



figure 27

**Example 2  
Italian Ceres Beer (tv-commercial)**

**Youth Opinion Panel:** Most respondents (21 of 22) think this commercial is attractive to their peers.

**Opinion Code Commission:** the complaint is rejected because the use of cartoons does not necessarily mean that the ad is targeting children or adolescents.

**Complaint rejected**

**Commercial promotion of drinking in Europe**



Key findings of independent monitoring of alcohol marketing in five European countries



**6 – The formulation of the self-regulation articles are clever and precise, complaints are therefore easily rejected**



figure 32

**Example 7  
from Italy: Vodka Artichoke (TV commercial)**

**Youth Opinion Panel:** All respondents (22 of 22) think this commercial is attractive to peers and gives the impression alcohol facilitates social success.

**Opinion Code Commission:** the ad does not refer to the relation between alcohol and facilitation of social relationships.

**Complaint rejected**



Report on trends and innovations in alcohol marketing

## Trends in alcohol marketing

Results of monitoring alcohol marketing in Italy in 2010

**AMMI**  
Alcohol Marketing Monitoring in Italy



6

Figure 1. The marketing mix.

### 1.2 Marketing mix

It is important, while reading the report, to keep in mind the basic, tactical components of a marketing plan, called the "marketing mix". The marketing mix is also known as the four P's, referring to the four marketing mix elements important in the marketing of any product (see Figure 1):

Price: there are numerous ways to price a product.

Place: Place is also known as **channel**, **distribution**, or



Jessica Alba for Campari. Source: www.campari.com

Humour and irony are also characteristics of TV alcohol advertising, focusing either on the main characters or on the use of testimonials. The Amaro Cynar spot uses the irony of a famous musical group to produce a remake of the old Cynar slogan launched in the 80s; in the case of Moretti Beer the man with the owl costume means bad luck for your football team.



nar TV ad. Source: www.youtube.com

11



Seduzione  
Umorismo  
Salutismo

[http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/italy\\_trend\\_report.pdf](http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/italy_trend_report.pdf)



# Cartoons Culture giovanili Social network

Beer brands in particular use cartoons in their TV spots: Ceres Beer cartoon characters are able to colour an entire grey city, and the animated Forst Beer glasses walk in a beautiful mountain landscape, with music *The Carnival of the Animals*: aquarium included in the soundtrack of *The Beauty and the Beast* movie.

Social networks, especially Facebook, are also used by alcohol producers to promote their products and to launch sponsored events. Social networks' users, too, create pages and profiles to promote alcohol consumption and to communicate particular events in which alcohol consumption is the main activity.



Events created by social network' users: Botellón Veneto and Feast of the grapes and wine – Bardolino  
Source: [www.facebook.com](http://www.facebook.com)

Sponsorizzate Crea un'inserzione

**Heineken** ×

The UEFA Champions League  
**TRPHY TOUR 2011**  
Heineken

Segnala che ti piace,  
vinci un viaggio in  
Svizzera e Malesia con  
il Trophy Tour della  
UEFA Champions  
League presentato da  
Heineken!

Sponsorizzate Crea un'inserzione

**Porta il tuo vino online!**

Trova nuovi clienti  
amanti del buon vino,  
scarica WineBox!

Rotating advertising ads on Facebook personal profiles, in which producers are invited to join WineBox to promote their wines. Source: [www.facebook.com](http://www.facebook.com)



Ceres Beer TV spot. Source: [www.ceres.com](http://www.ceres.com)

[http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/italy\\_trend\\_report.pdf](http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/italy_trend_report.pdf)





#### 4.1.8. Alcohol and women

Women are very often the main characters in alcohol marketing: they are depicted either as participants in social occasions or with a strong erotic images which have nothing to be related to the product that is being promoted, as already explained in the previous paragraph.

In some cases, women are the specific target group of the promotion of alcoholic products that are especially designed to attract women, by using a special packaging and by associating the alcoholic beverage with accessories: examples of this trend are jewels on Hello Kitty wines bottles and the Heineken lip gloss promoted as the ideal St Valentine's gift.

La DONNA  
come target



Source: <http://aizercast.wordpress.com/2010/02/04/beer-gloss-il-lucidalabbra-al-sapore-di-birra-per-san-valentino/>

#### 4.1.7. Alcohol and sexuality

The use of images and elements related to sexuality has always been one of the main strategies employed by the alcohol industry to promote their products. The national regulations make reference solely to the association between alcohol consumption and sexual success. This is naturally very limited and subject to interpretation, as it does not include the whole issue of sexuality in promoting alcoholic beverages. In these regards it has been noticed how humour and irony are used as tools to legitimate strong sexual images, in the attempt to water down the link between alcohol and sex. In the complaints filed on the grounds of the issue of alcohol and sexuality, the Committees have upheld only one complaint, but on the grounds that the ad was against the Code in terms of the respect of the individual dignity by using a demeaning image of women (Birra Viru).



La DONNA  
come mezzo



Source: *La Gazzetta dello Sport* 4<sup>th</sup> Febr 2010

# LA “PREVENZIONE” DEL TERZO MILLENNIO

**BEVI**

RESPONSABILMENTE

**BEVI**

CONSAPEVOLMENTE

# Nessun messaggio FORNISCE INFORMAZIONI su cosa SIGNIFICHI. TUTTI INEFFICACI in termini di SALUTE PUBBLICA e da sostituire con WARNINGS



Drug and Alcohol Dependence  
Volume 142, 1 September 2014, Pages 168–173



Full length article

**Defining strategies for promoting product through 'drink responsibly' messages in magazine ads for beer, spirits and alcopops**

Katherine Clegg Smith  , Samantha Cukier, David H. Jernigan

September 3, 2014

## 'Drink Responsibly' Messages in Alcohol Ads Promote Products, Not Public Health

**NINE OUT OF 10 ENCOURAGE RESPONSIBILITY; NONE PROVIDE REAL INFORMATION ABOUT WHAT THAT MEANS**

Alcohol industry magazine ads reminding consumers to "drink responsibly" or "enjoy in moderation" fail to convey basic public health information, according to a new study from the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

A report on the research, published in the September issue of *Drug and Alcohol Dependence*, analyzed all alcohol ads that appeared in U.S. magazines from 2008 to 2010 to determine whether messages about responsibility define responsible drinking or provide clear warnings about the risks associated with alcohol consumption.

Abstract

Background

Neither federal regulations nor industry voluntary codes require 'responsibility' statements in alcohol advertising. Stand alone 'public service' responsibility campaigns have been found to convey pro-drinking themes. We analyzed responsibility statements placed in conventional alcohol advertising to consider how responsible drinking is presented, and potential communicative goals for responsibility messages.

Methods

We conducted a descriptive textual analysis of 'drink responsibly' messages appearing in all advertisements pertaining to beer, spirits and alcopop products placed in U.S. national, newsstand magazines from 2008 to 2010 ( $N = 1795$ ). We coded advertisements for presence, prominence and content of responsibility messages. Using a qualitative approach, we created a taxonomy of product promotional elements within the responsibility messages.

Results

Analysis revealed that 87% of the advertisements included a responsibility message ( $N = 1555$ ); responsibility messages were less prominent than any included tagline (product slogan). Messages never defined responsible drinking or promoted abstinence. No link was made between warnings and activities conveyed in the advertisements. There were 197 unique responsibility messages, 88% of which ( $N = 174$ ) were promotional of the advertised product. Responsibility promotional content was categorized into 5 strategies: Product name, Consumption information, Product qualities, Product promise, Qualities of the drinker.

Conclusions

Responsibility messages were overwhelmingly used to promote product rather than convey relevant public health information. Based on this analysis, existing responsibility messages are largely ineffective at conveying relevant public health information, and should be supplemented by or replaced with prominently placed, externally developed, cognitively tested warnings that do not reinforce marketing messages.

# RESPONSABILMENTE PRESIDENT OBAMA...

guardian.co.uk

## Doctors tell Barack Obama to quit smoking

The American president has been trying to kick the habit for sometime, apart from the smoking he is in excellent health

Evren Mas Adakill, Washington  
guardian.co.uk, Monday 1 March 2010 01:29 GMT



Barack Obama has had his first medical examination since becoming president. Photograph: Charles Dharapak/AP

Barack Obama is still struggling to kick smoking, according to his first medical examination since becoming president.

Obama is sensitive about his cigarette habit and tetchy with reporters who raise it. Bu after his 90-minute medical at the Navy hospital outside Washington yesterday morning, his doctors confirmed he had not yet managed to conquer the habit and suggested he "continue smoking cessation efforts".



The doctors also recommended "moderation of alcohol intake".

MEMORANDUM FOR ROBERT GIBBS  
ASSISTANT TO THE PRESIDENT AND  
WHITE HOUSE PRESS SECRETARY

FROM: CAPT JEFFREY KUHLMAN, MC, FS, USN  
PHYSICIAN TO THE PRESIDENT,  
CHIEF WHITE HOUSE PHYSICIAN AND  
DIRECTOR, WHITE HOUSE MEDICAL UNIT 

SUBJECT: The President's First Periodic Physical Exam as President

President Barack Obama completed his first routine periodic physical examination as President of the United States today, at the National Naval Medical Center in Bethesda, Maryland. I performed and supervised the examination with appropriate specialty consultations and diagnostic testing. The purposes of this year's exam were:

- to provide the President every opportunity to enjoy the benefits of good health, now and for years to come, and
- to provide the public with a candid medical assessment of the President's ability to carry out the duties of his office, now and for the duration of his tenure.

The President's previous physical examination was completed in July 2008, under the supervision of the Attending Physician to Congress. This year's examination focused on evidence-based screening prevention and primary care, targeted to the President as an individual and his occupation.

With the consent of President Obama, I release the following executive health summary.

### Summary

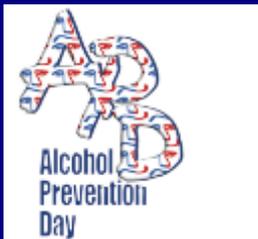
The President is in excellent health and "fit for duty". All clinical data indicate that he will remain so for the duration of his Presidency.

The President completed all age-appropriate screening tests, to include colorectal cancer screening. A CT-colonography was performed with normal results.

### Recommendations

Follow-up colorectal cancer screening is recommended in 5 years for routine colon cancer screening.

Continue smoking cessation efforts, a daily exercise program, healthy diet, moderation in alcohol intake, periodic dental care, and remain up-to-date with recommended immunizations.



# UN MONDO LIQUIDO



# Legge 125/2001 - PRINCIPI vs DIRITTI : ma sono veramente DIRITTI?

All people have the right to a family, community and working life protected from accidents, violence and other negative consequences of alcohol consumption.

All people have the right to valid impartial information and education, starting early in life, on the consequences of alcohol consumption on health, the family and society.

All children and adolescents have the right to grow up in an environment protected from the negative consequences of alcohol consumption and, to the extent possible, from the promotion of alcoholic beverages.

All people with hazardous or harmful alcohol consumption and members of their families have the right to access to treatment and support services.

All people who are at risk of alcoholism, or who are already alcoholics, or who are under pressure to drink for social reasons, have the right to access to treatment and support services.



Art. 2.

(Finalita')

La presente legge:

- a) **tutela il diritto delle persone**, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b) **favorisce l'accesso** delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c) **favorisce l'informazione e l'educazione** sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d) **promuove la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione** e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati;
- e) **favorisce le organizzazioni del privato sociale** senza scopo di lucro e le associazioni di automutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

# Quattordici anni di legge 125/2001

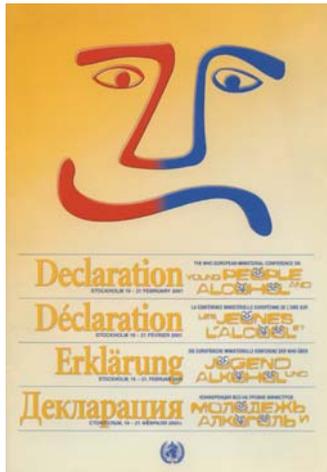
## DIRITTI non PRINCIPI

Art. 2.  
(Finalita')  
La presente legge:



- a) **tutela il diritto delle persone**, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b) **favorisce l'accesso** delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c) **favorisce l'informazione e l'educazione** sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d) **promuove la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione** e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati;
- e) **favorisce le organizzazioni del privato sociale** senza scopo di lucro e le associazioni di automutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

# Stoccolma 2001: ALCOL E GIOVANI



Emanuele Scafato gave a presentation of alcohol as a health target in public policy. During the past few years, most national health plans produced by Member States have followed a general population approach. The change in terminology from “risk factors” to “health determinants” is an example of this. Dr Scafato stressed that the new model gave more attention to the need for a reduction of exposure to the determinants of disease and injury. Italy has developed a new national health plan for 2000–2003 and is setting new targets for alcohol. Dr Scafato expressed the need for the development and harmonisation of a common core set of indicators for data collection in priority areas, a monitoring system on alcohol burdening issues (young people, pregnancy, alcohol-related fatalities), studies and research focusing on patterns and on the distribution of alcohol consumption and an EU periodical report on alcohol.

- Armonizzazione common set indicatori
- Sistema di Monitoraggio
- Reporting su patterns e distribuzione consumi





# OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL REPORT ANNUALE



## INDICE

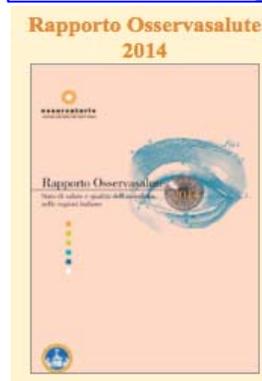
Prefazione.....	v
<b>Consumo di bevande alcoliche nel mondo e in Europa</b> .....	1
<i>Health for All</i> , il database europeo della WHO.....	1
<i>Global status report on Alcohol and Health 2014</i> della WHO.....	3
<b>Consumi nella popolazione italiana generale</b> .....	8
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica).....	8
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici.....	10
<b>Comportamenti a rischio</b> .....	12
Consumatori abituali eccedentari.....	12
Consumatori fuori pasto.....	14
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	15
Consumatori a rischio (criterio ISS).....	17
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	20
Italia nord-occidentale.....	20
Piemonte.....	
Valle d'Aosta.....	
Lombardia.....	
Liguria.....	
Italia nord-orientale.....	
Provincia Autonoma di Bolzano.....	
Provincia Autonoma di Trento.....	
Veneto.....	
Friuli-Venezia Giulia.....	
Emilia Romagna.....	
Italia centrale.....	
Toscana.....	
Umbria.....	
Marche.....	
Lazio.....	
Abruzzo.....	
Molise.....	
Italia meridionale.....	
Campania.....	
Puglia.....	
Basilicata.....	
Calabria.....	
Italia insulare.....	
Sicilia.....	
Sardegna.....	

<b>Consumo di alcol tra i giovani</b> .....	30
Consumatori di 11-17 anni.....	31
Consumatori di 18-20 anni.....	32
Consumatori di 21-25 anni.....	33
<b>Consumo di alcol tra gli anziani</b> .....	34
Consumatori anziani "giovani" (65-74 anni).....	35
Consumatori anziani "intermedi" (75-84 anni).....	36
Consumatori anziani ultra 85enni.....	37
<b>Mortalità per patologie alcol-attribuibili</b> .....	38
Decessi totalmente alcol-attribuibili.....	38
Analisi territoriale dei decessi totalmente alcol-attribuibili.....	40
<b>Conclusioni</b> .....	41
<b>Bibliografia</b> .....	46
<b>Bibliografia di approfondimento</b> .....	48

# ALCOL E GIOVANI – ITALIA 2013

## 1.620.000 a rischio

Complessivamente il 23,7% dei ragazzi e il 12,7 % delle ragazze nel 2013 sono identificati secondo il criterio ISS come soggetti a rischio per la loro salute, per un totale di circa 1.620.000 giovani che non rispettano e non si attengono alle raccomandazioni di sanità pubblica (vedi Figura 17, Tabella 3).



**Tabella 3. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumo e genere (2013)**

Tipologia di consumo	11-17 <sup>1</sup>		18-20 <sup>2</sup>		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	23,7	17,2	71,7	54,0	82,1	61,7	53,4	41,0
Consumatori di vino	10,2	5,2	41,9	24,2	52,0	36,7	30,9	20,7
Consumatori di birra	18,8	9,0	64,6	35,6	72,7	43,6	46,6	27,2
Consumatori di aperitivi alcolici	12,8*	10,9*	54,3	43,0	66,2	47,8	39,5	31,0
Consumatori di amari	6,1	3,1	36,1	14,5	48,6	23,4	26,7	12,9
Consumatori di super alcolici	6,4*	5,4*	43,2	24,7	51,5	28,4	29,3	17,8
Consumatori abituali eccedentari	23,7	17,2	3,1	0,6	4,5*	2,1*	12,9	8,3
Consumatori di alcolici fuori pasto	10,8*	7,1*	47,4	35,4	52,8	37,3	32,6	24,0
Consumatori <i>binge drinking</i>	3,5*	2,2*	21,8	7,5	21,5	8,5	13,4	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	23,7	17,2	23,3	7,8	23,9	10,0	23,7	12,7

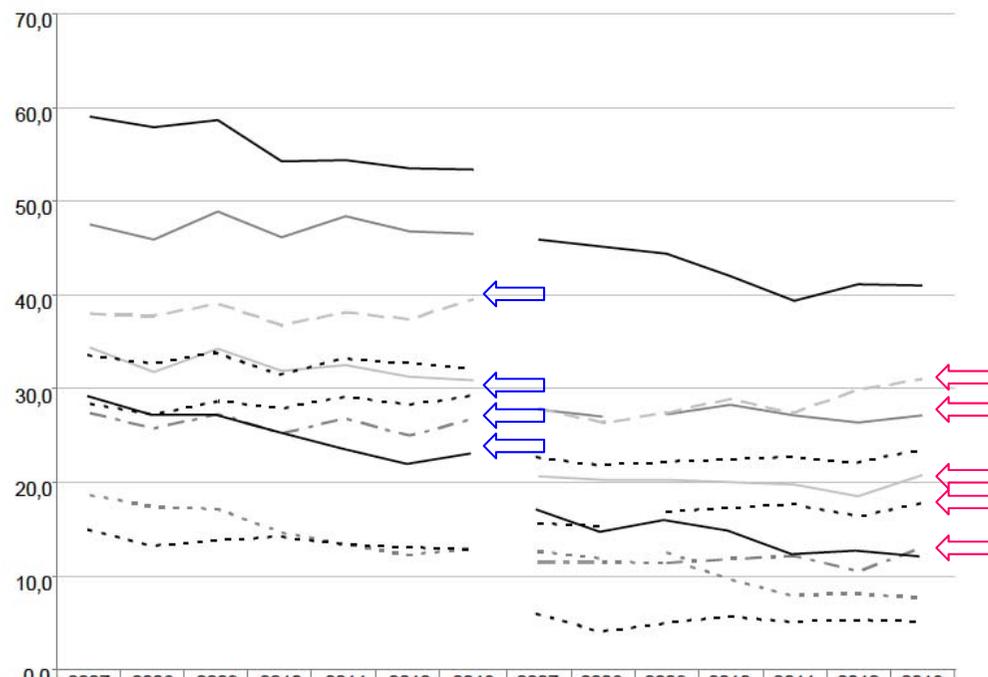
<sup>1</sup> Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

<sup>2</sup> Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

\* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere (IC 95%).

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

# ALCOL E GIOVANI ITALIA - Trend



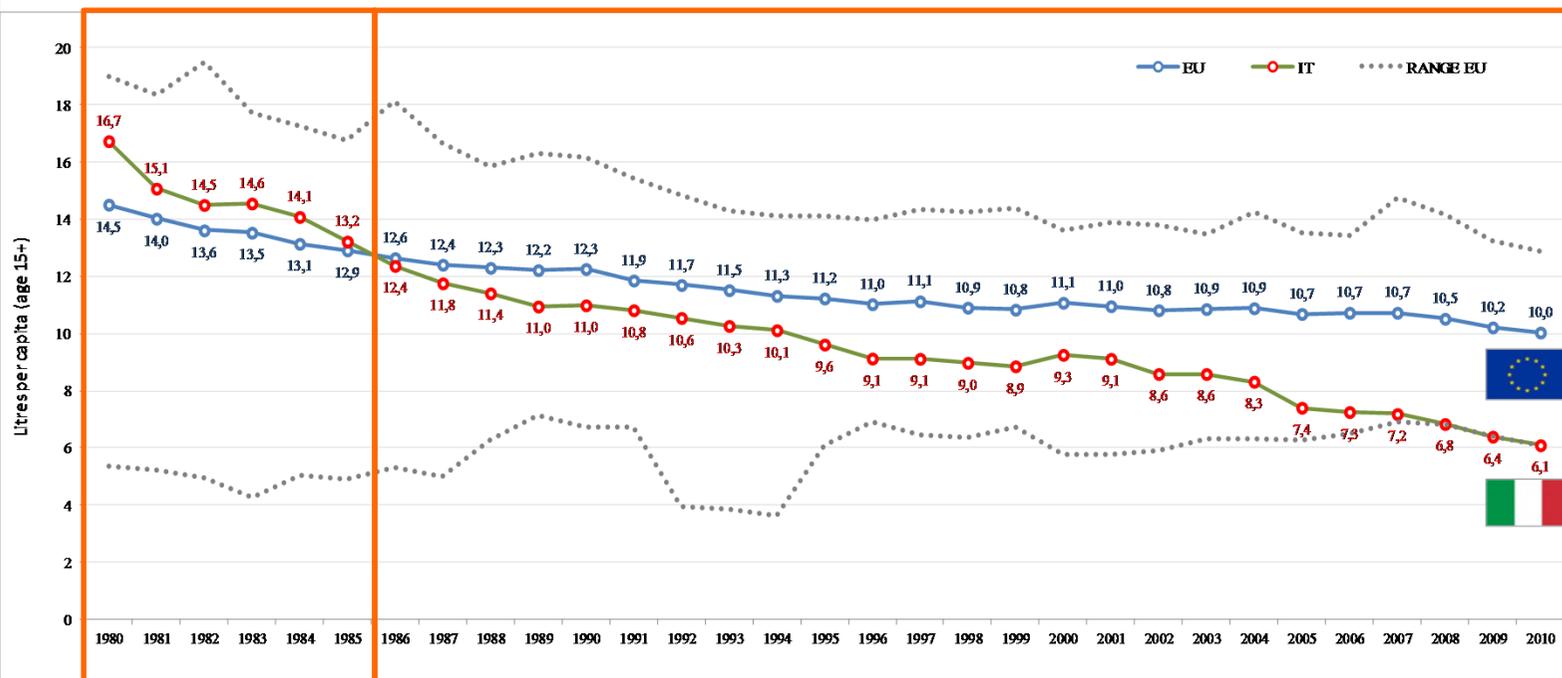
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	maschi							femmine						
— bevande alcoliche	59,1	57,8	58,6	54,3	54,4	53,5	53,4	45,9	45,1	44,4	42,0	39,4	41,1	41,0
— vino	34,4	31,7	34,2	31,9	32,5	31,3	30,9	20,6	20,3	20,3	20,0	19,7	18,5	20,7
— birra	47,5	45,9	48,9	46,1	48,4	46,8	46,6	27,7	27,0	27,2	28,3	27,1	26,3	27,2
— aperitivi alcolici	38,0	37,8	39,0	36,8	38,1	37,3	39,5	27,9	26,4	27,3	28,9	27,4	29,8	31,0
— amari	27,4	25,7	27,3	25,3	26,8	25,1	26,7	11,4	11,5	11,4	11,9	12,1	10,6	12,9
— super alcolici	28,3	27,2	28,6	27,9	29,1	28,3	29,3	15,7	15,4	16,9	17,3	17,6	16,4	17,8
— abituali eccedentari	18,7	17,3	17,1	14,6	13,4	12,2	12,9	12,6	11,8	12,6	10,3	8,5	8,6	8,3
— fuori pasto	34,1	33,3	34,4	32,0	33,8	33,2	32,6	23,3	22,3	22,8	22,9	23,3	22,7	24,0
— binge drinking	15,5	13,7	14,3	14,7	13,9	13,7	13,4	6,5	4,7	5,6	6,3	5,6	5,9	5,6
— rischio ISS	29,8	27,7	27,7	25,9	24,1	22,6	23,7	17,6	15,2	16,5	15,3	12,9	13,3	12,7

Figura 17. Prevalenze (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio per genere (età 11-25 anni) (2007-2013)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



# Il consumo medio pro capite

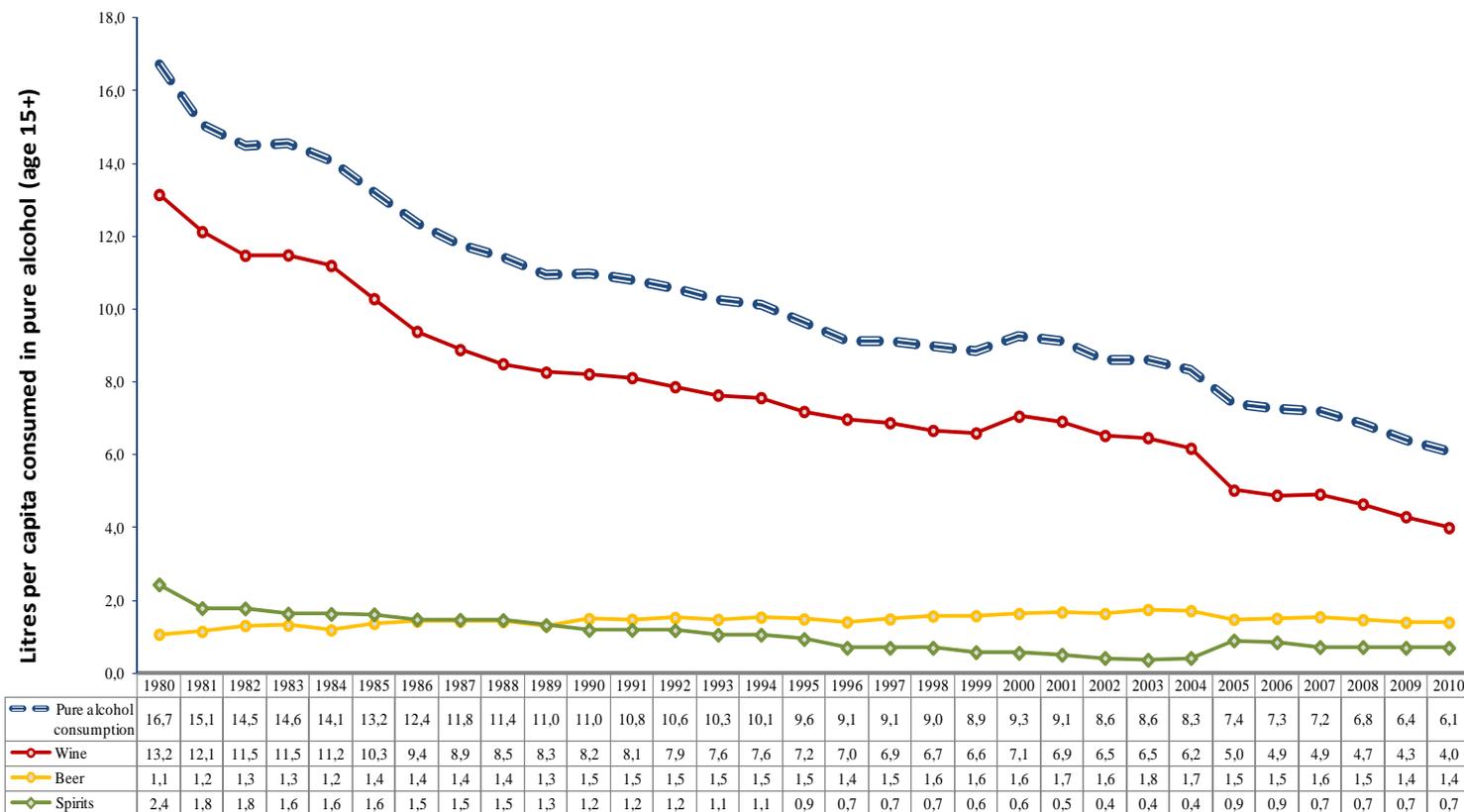


1. In Italia i litri pro-capite di **ALCOL PURO** consumati tra gli anni **1980-1985** erano **più elevati** di quelli medi registrati in Europa
2. In Italia i litri pro-capite di **ALCOL PURO** consumati tra gli anni **1986-2010** sono stati **più bassi** di quelli medi registrati in Europa
3. I litri pro-capite di **ALCOL PURO** consumati in Italia sono diminuiti molto più rapidamente rispetto ai paesi Europei

Elaborazione ONA-CNESPS su dati WHO-HFA database (<http://data.euro.who.int/hfad/>) ultimo aggiornamento 02/12/2014



# Il consumo medio pro capite per bevanda

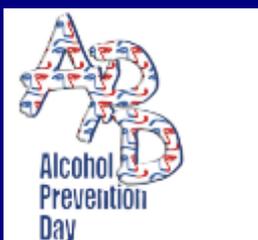


- 1) La diminuzione rilevata dei litri pro-capite di **ALCOL PURO** consumati è dovuta principalmente alla diminuzione dei litri pro-capite consumati, contenuti nel **VINO**
- 2) Il consumo medio di litri pro-capite di alcol puro contenuto nella **BIRRA** è aumentato rispetto al 1980 (1,07) stabilizzandosi intorno a 1,4 l pro-capite negli ultimi anni
- 3) Il consumo medio pro-capite di alcol puro contenuto nei **LIQUORI** è diminuito tra il 1980 ed il 2004 ma negli ultimi 6 anni è nuovamente aumentato stabilizzandosi a circa 0,7l pro capite

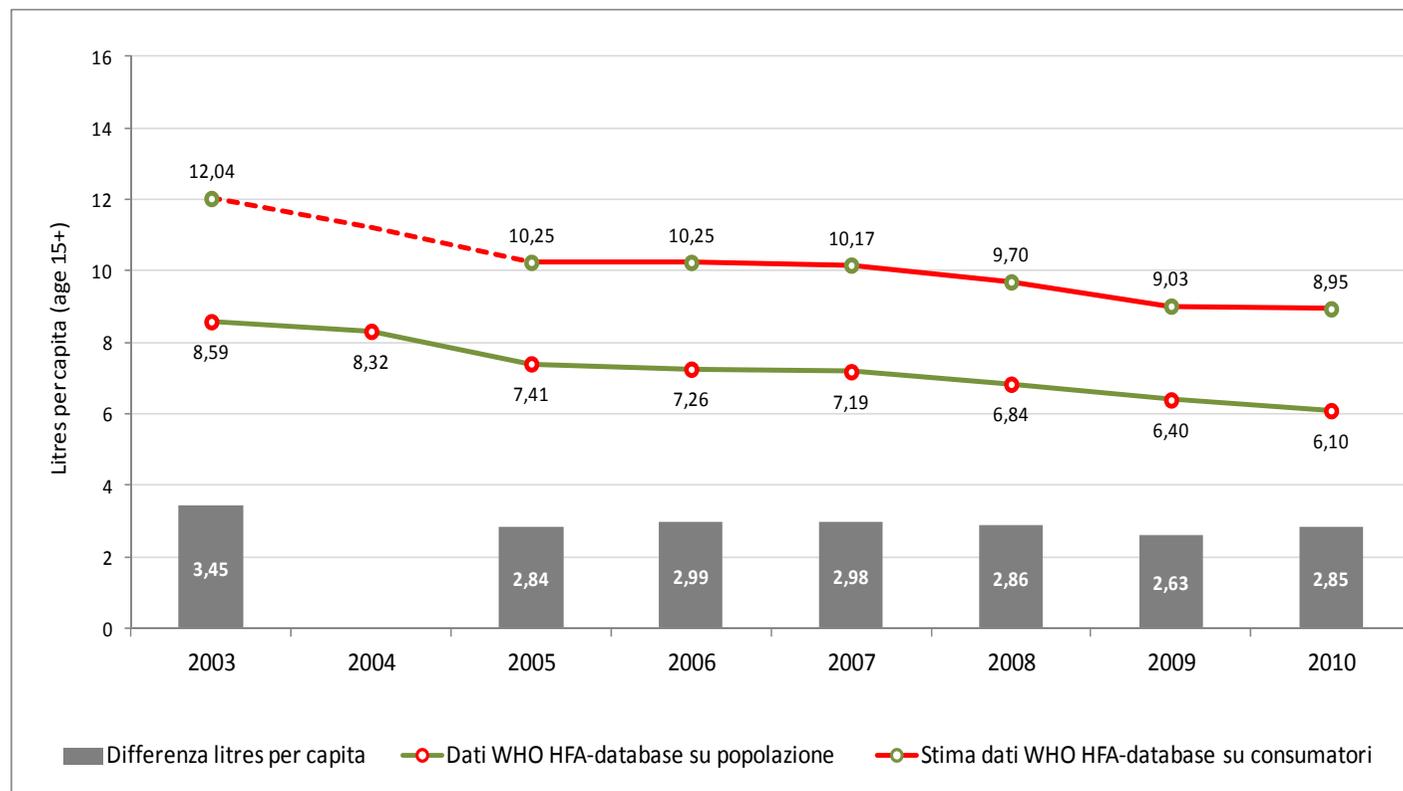
Elaborazione ONA-CNESPS su dati WHO-HFA database (<http://data.euro.who.int/hfad/>) ultimo aggiornamento 20/01/2015

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

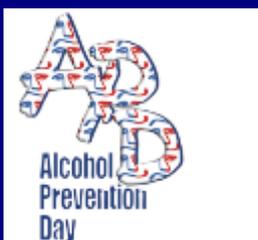
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



## Il consumo medio pro capite **tra i soli consumatori**

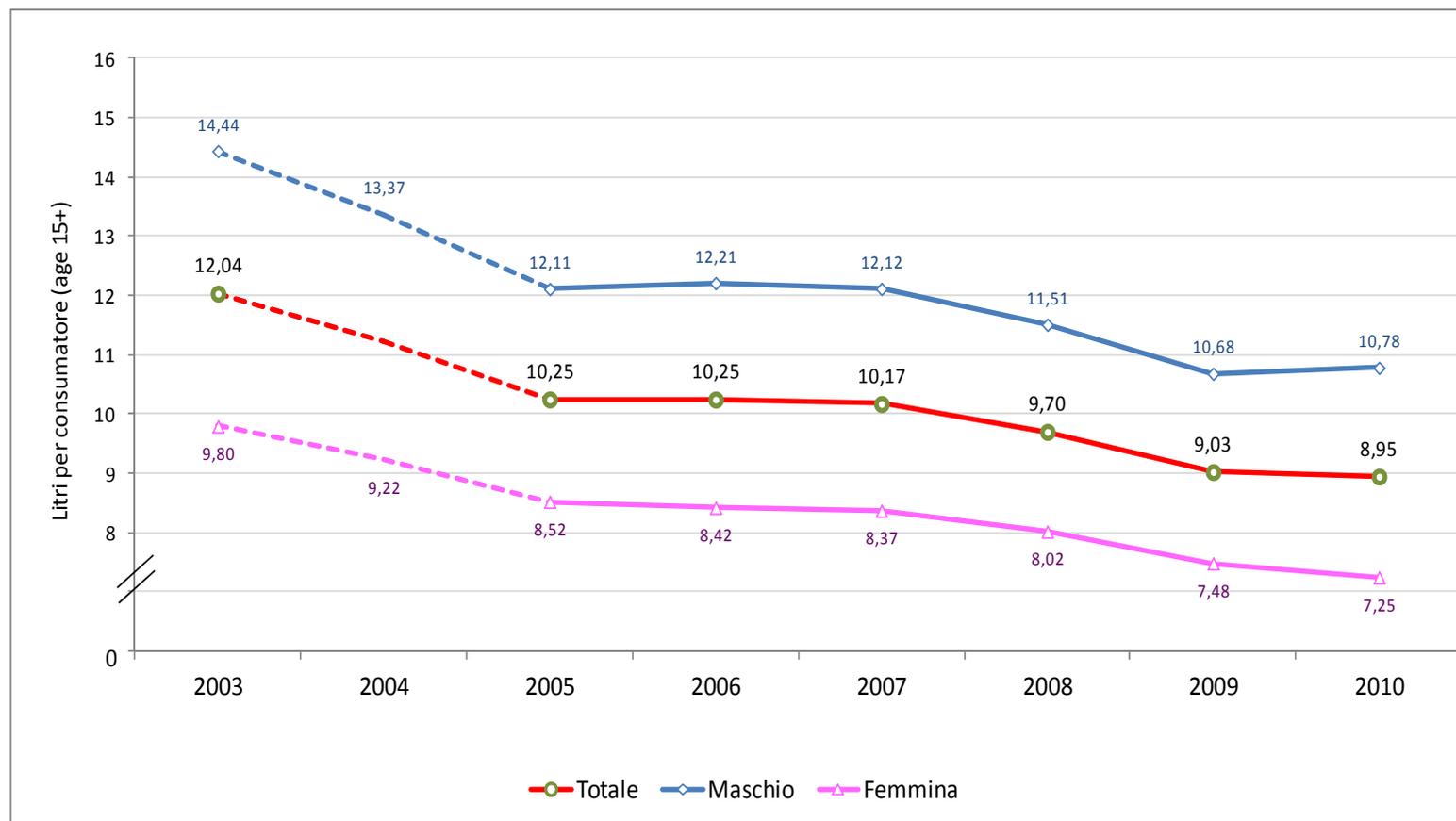


L'indicatore sul consumo medio pro capite pubblicato annualmente sul sito del WHO (HFA-database) calcola i litri di alcol puro che ogni persona di età superiore a 15 anni consuma in media ogni anno; dal momento che non tutte la persone di età superiore a 15 anni consumano annualmente bevande alcoliche (alcune persone sono infatti astemie e/o astinenti degli ultimi 12 mesi), **l'ONA-CNESPS stima che il consumo pro capite "attribuibile" ai soli consumatori di età superiore a 15 anni è superiore a quello pubblicato di circa 3 litri ogni anno [range: 2,63-3,45]**



## Stima del consumo medio pro-capite riferito ai soli consumatori.

### Analisi per genere



L'indicatore sul consumo medio pro capite è stato ricalcolato rapportando i litri di alcol consumato ai consumatori differenziati per sesso (sono stati ripartiti i litri totali di alcol tenendo conto della prevalenza dei consumatori di sesso maschile e femminile)

# Country profile 2014 - ITALY

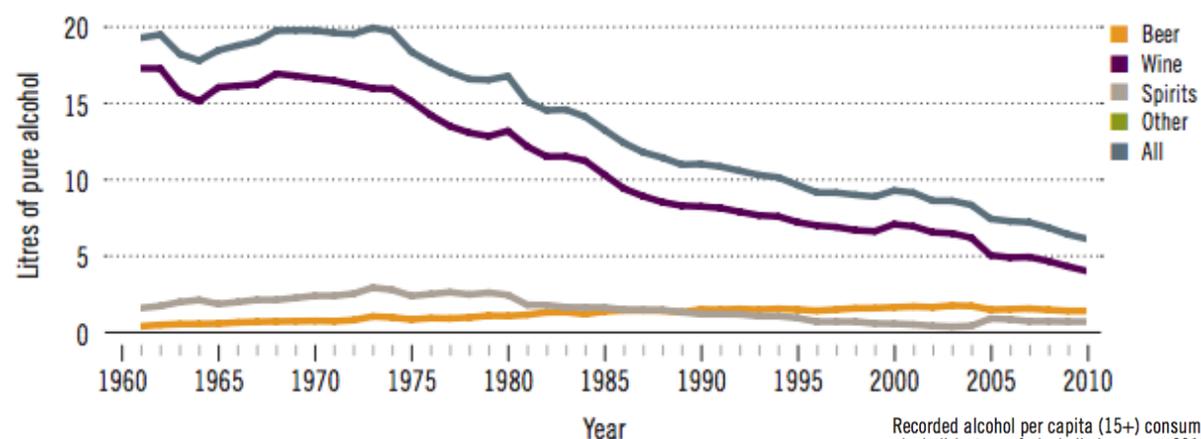
Indicator Code Book  
Global Information System on Alcohol and Health



## ALCOHOL CONSUMPTION: LEVELS AND PATTERNS

### Recorded alcohol per capita (15+) consumption, 1961–2010

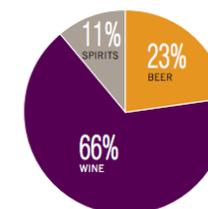
Data refer to litres of pure alcohol per capita (15+).



Recorded alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) by type of alcoholic beverage, 2010

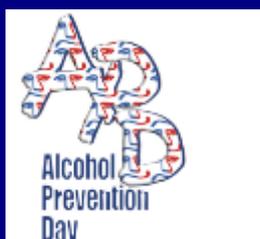
### Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	8.1	6.5	↓
Unrecorded	2.4	0.2	↓
<b>Total</b>	<b>10.5</b>	<b>6.7</b>	↓
Total males / females		9.7   3.9	
WHO European Region	11.9	10.9	



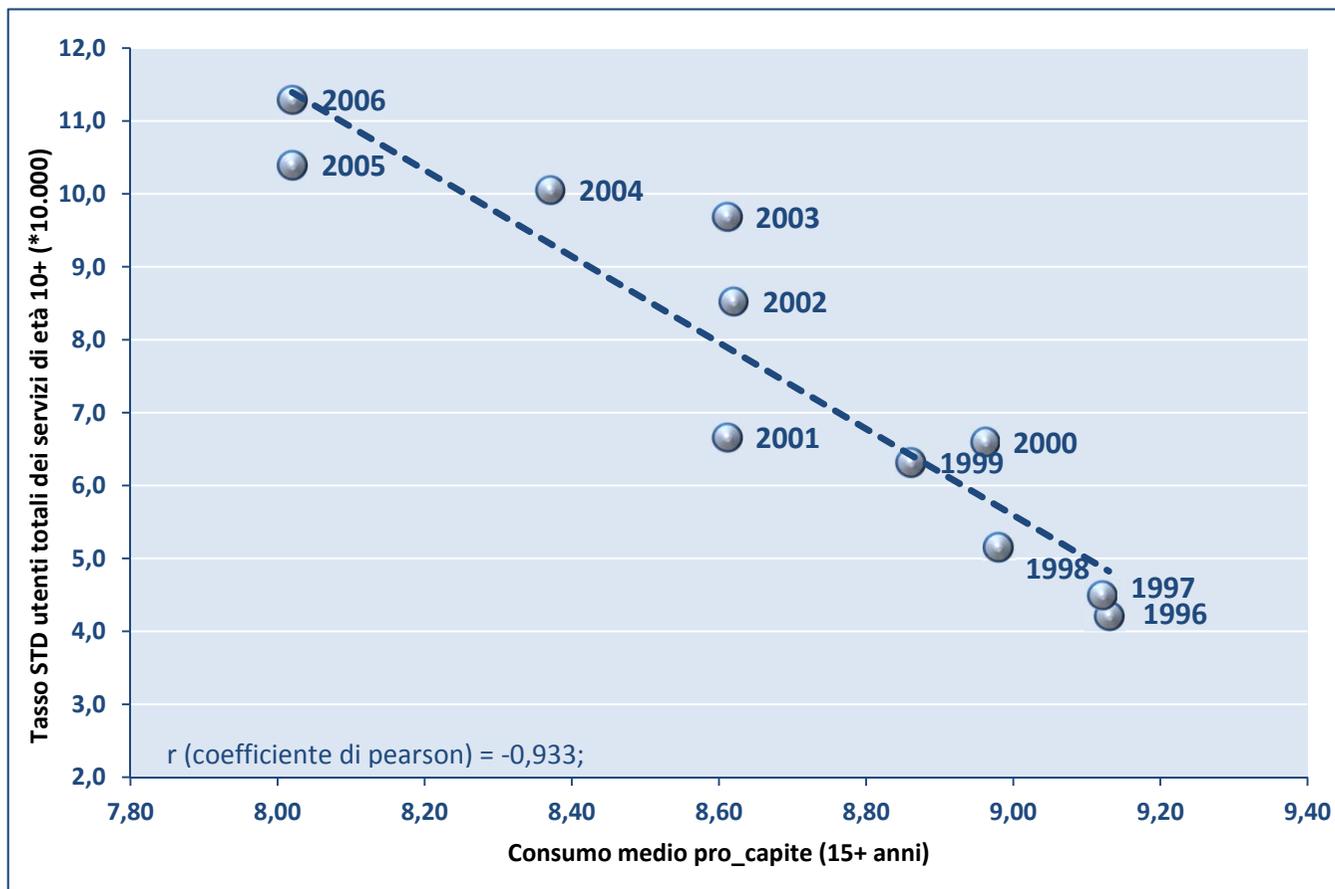
Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	11.9
Females (15+)	7.2
Both sexes (15+)	9.9



# LESSONS LEARNT: There is still room for supporting decrease in per capita alcohol consumption

EMANUELE SCAFATO 25/10/2012



**INVERSE RELATIONSHIP BETWEEN Alcohol Dependency rates AND Per capita alcohol consumption**





Global Addiction 2014

A worldwide Association and conference facilitating the sharing of knowledge about the understanding and treatment of addiction

24 - 26 June 2014, Rome, Italy, Chair: Prof Jürgen Rehm

# What has Italy got right? The reasons for the decrease in alcohol consumption

## Emanuele Scafato

Direttore, WHO Collaborating Centre for Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Problems

Direttore, Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

Direttore, Salute della Popolazione e suoi Determinanti

Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute- CNESPS

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Presidente SIA, Società Italiana Alcolologia

Vice Presidente EUFAS, European Federation Societies on Addictions

Board Advisor, APN Alcohol Policy Network e INEBRIA

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

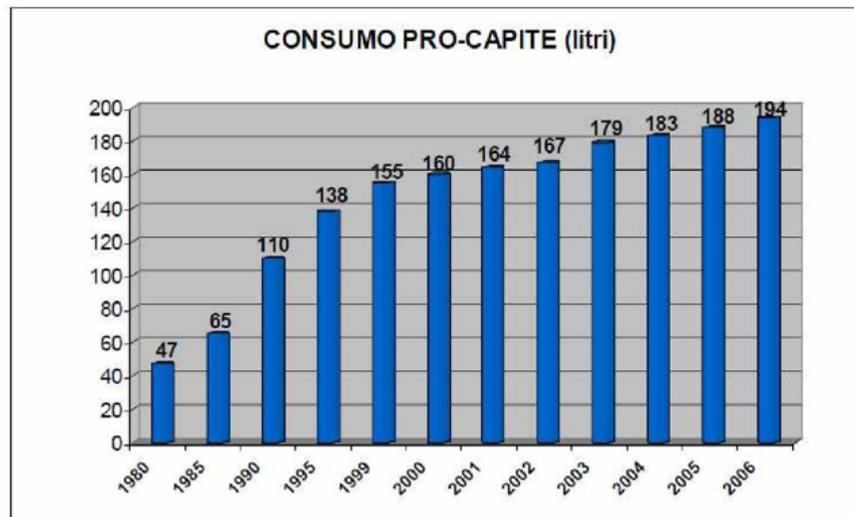
# ACQUA

Consumi pro capite di acqua in bottiglia nei Paesi Europei nel 2007

Paese	Litri
Italia	196
Germania	140
Spagna	140
Belgio	134
Francia	129
Austria	97
Portogallo	92
Rep. Ceca	87
Svizzera	79
Polonia	79
Ucraina	33
Regno Unito	30
Turchia	25
Russia	22
Olanda	22

Fonte: Beverfood 2009

EVOLUZIONE DEI CONSUMI IN ITALIA DAL 1980 AL 2006



Fonte: Pacific Institute - World's Water Project e Beverfood - Elaborazione: Legambiente

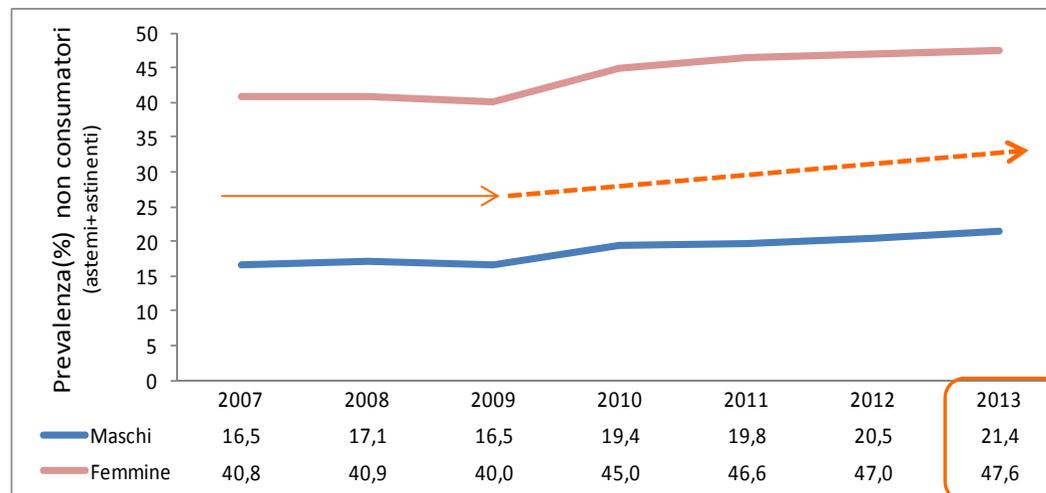
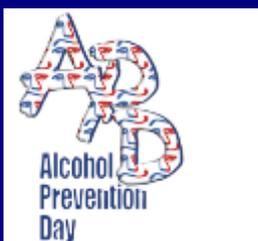


Fonte: Mineracqua su dati diversi

Annuario Acque Minerali e di Sorgente 2006-07 [www.beverfood.com](http://www.beverfood.com)

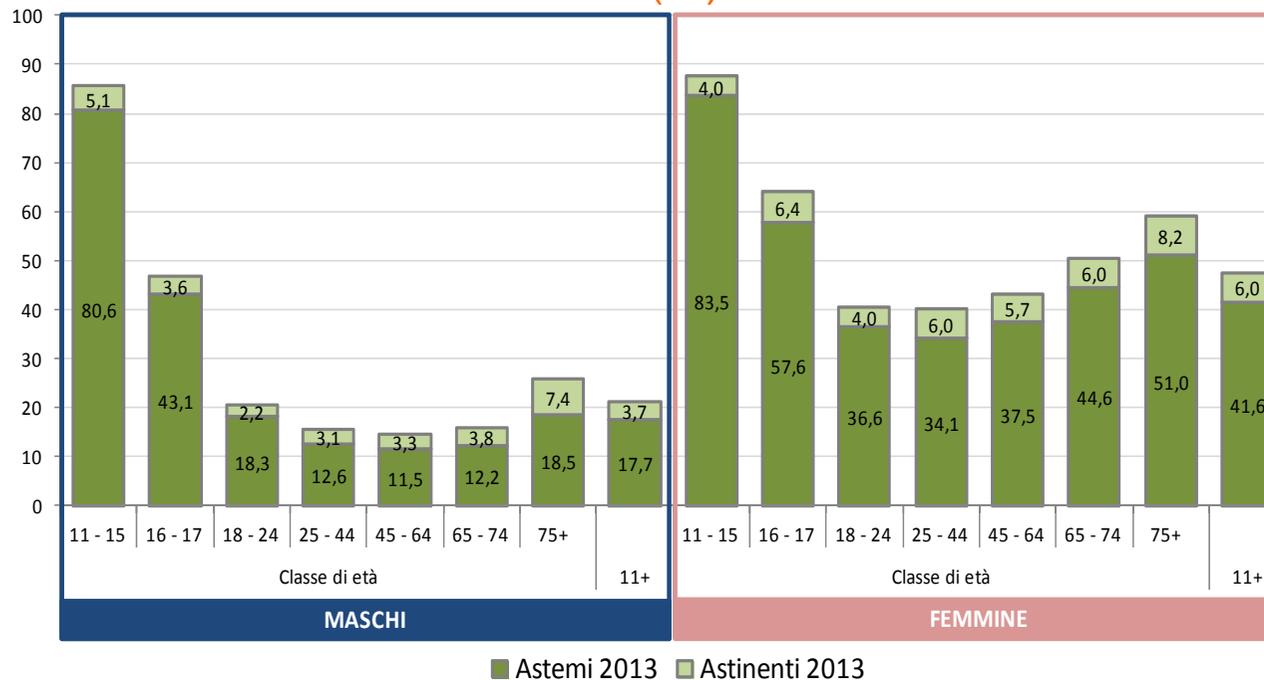


# Gli astemi e astinenti in Italia



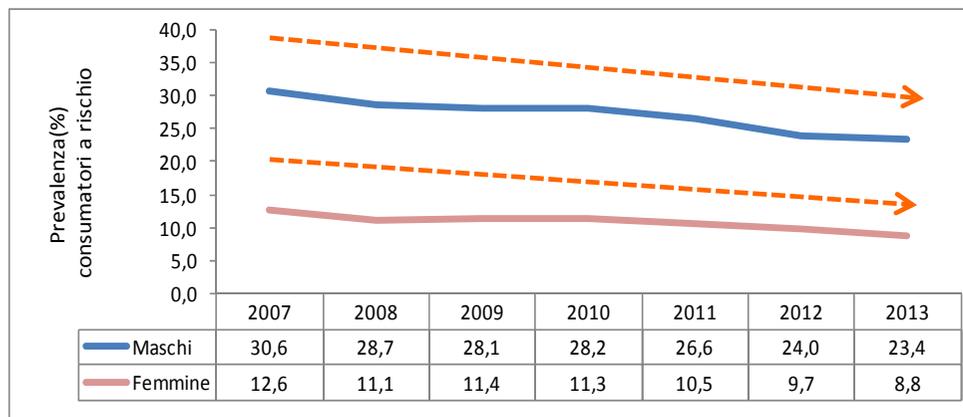
↗ tra 2007 e 2013  
4,9 p.p. uomini  
6,8 p.p. donne

## Prevalenza (%) anno 2013

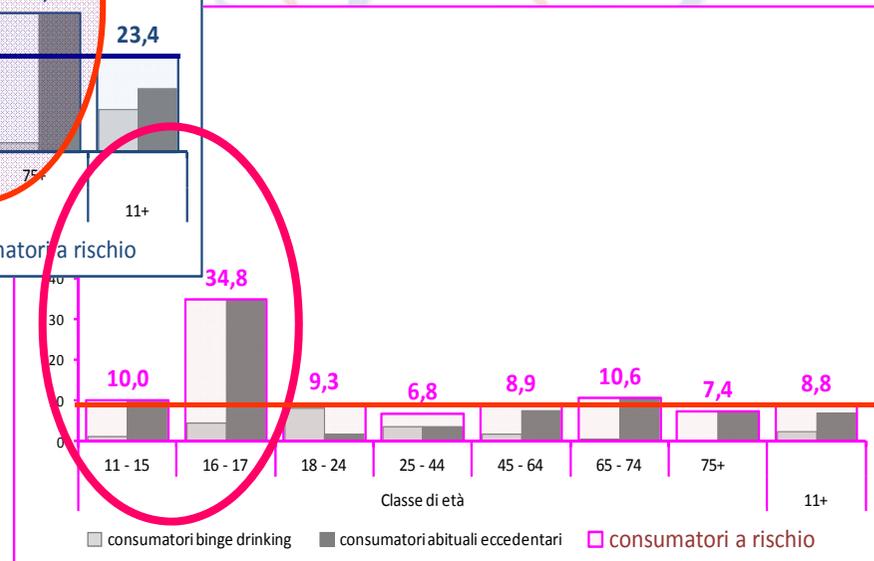
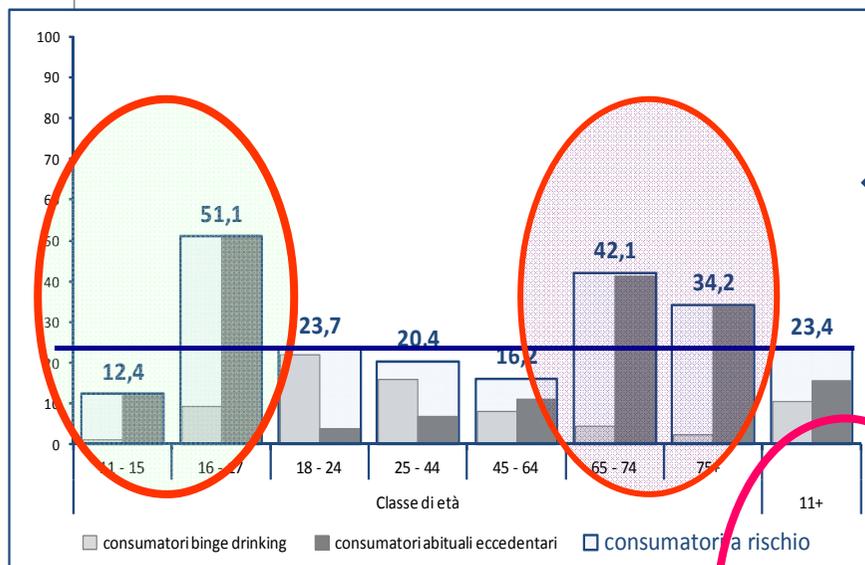




# I consumatori a rischio : diminuiti ma...



↘ tra 2007 e 2013  
 -7,2 p.p. uomini (≅ 2012-2013)  
 -3,8 p.p. donne (≅ 2012-2013)



Femmine →

# Linee guida 2014 : DUE- UNO- ZERO



## LARN

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



anche quantità inferiori (10g/die, corrispondenti a meno di 1 UA/die) comportano un aumento di rischio, valutabile attorno al 4-5% dei casi (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Seitz et al., 2012; WCRF/AICR 2007). Per quantità di consumo maggiori (di 1 UA/die) il rischio arriva al 40-50% (Seitz et al., 2012).

Tenendo dunque conto dei rischi di cancro da una parte e degli effetti sulle malattie cardiovascolari dall'altra, si può dire che il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di mortalità per gli uomini, è pari a 0 g/die sotto il 35° anno di età, mentre è intorno ai 5 g/die per gli uomini di mezza età e meno di 10 g/die oltre i 65 anni. Per le donne è invece molto prossimo a 0 g/die per un'età inferiore ai 65 anni, e a meno di 5 g/die oltre i 65 anni (Anderson et al., 2005).

Le raccomandazioni della WHO, in particolar modo per la Regione Europea (Robertson et al., 2004), le linee guida USA (USDA, 2010) così come quelle del WCRF/AICR (2007), tenendo in considerazione da una parte il rischio di cancro e dall'altra l'effetto plausibile di piccole quantità di etanolo sulla mortalità cardiovascolare, definiscono come consumo a basso rischio di bevande alcoliche, indipendentemente dal tipo di bevanda, quello equivalente ad una quantità giornaliera di etanolo inferiore o pari a 2 UA al giorno (20-25 g/die di etanolo) per l'uomo e a 1 UA/die (10-12 g/die di etanolo) per la donna e l'anziano.

Il sesso femminile infatti ha una minore tolleranza all'alcol rispetto al sesso maschile e raggiunge concentrazioni più elevate di alcol nel sangue dopo aver bevuto quantità equivalenti, anche dopo correzione per il peso corporeo. Questo risultato sembrerebbe attribuibile alle differenze di genere nel contenuto totale di acqua corporea, in quanto uomini e donne sembrano eliminare per ogni ora circa la stessa quantità totale di alcol per unità di peso corporeo (Kwo et al., 1998; Mumenthaler et al., 1999).

Nell'anziano la relazione tra consumo di alcol e mortalità mostra la tipica forma a U (Gronbaek et al., 1998), con il livello di più bassa mortalità corrispondente a 24-30 g/sett per le donne e 64-80 g/sett per l'uomo (White et al., 2002) (circa 1 UA a giorni alterni per le femmine ed 1 UA/die per i maschi). Bassi valori di consumo di alcol sono associati a minore incidenza di malattie cardiovascolari, ictus, densità minerale ossea e frattura di femore rispetto al non consumo (Mukamal et al., 2005; Mukamal et al., 2006a; Mukamal et al., 2007). Tuttavia, bisogna tenere conto anche del fatto che il consumo di alcol negli anziani, soprattutto al crescere dell'età, rappresenta un motivo di preoccupazione in relazione a potenziali interferenze con problematiche fisiche e psico-logiche (depressione), con la terapia farmacologica, con limitazioni funzionali (mobilità ed autonomia), col fumo e la guida di autoveicoli (Culbertson, 2006a; Culbertson, 2006b).

Gli anziani sembrano divenire più sensibili agli effetti dell'alcol non solo per la minore efficienza dei meccanismi di detossicazione e per l'eventuale uso di farmaci, ma anche in relazione ai cambiamenti nella composizione corporea (riduzione dell'acqua corporea e aumento della massa adiposa).

Particolare attenzione al consumo di bevande alcoliche deve essere posta durante la gravidanza e l'allattamento. La sindrome feto-alcolica ha una prevalenza in USA tra 0,5-2%, ma se si considera l'intero spettro dei disturbi legati all'assunzione materna di alcol (fetal alcohol spectrum disorders, FASD) la prevalenza sale al 9-10%.

In Italia non ci sono studi a livello nazionale in grado di stimare la prevalenza di FASD, ma c'è da notare che una percentuale estremamente ridotta di donne rinuncia

LARN

ETANOLO

LARN

ETANOLO

all'assunzione di alcol una volta accertato lo stato di gravidanza (Ceccanti et al., 2007). Pur senza arrivare agli eccessi della sindrome feto-alcolica, vi è comune accordo nella comunità scientifica che il consumo (anche in piccole quantità) di bevande alcoliche durante la gravidanza aumenti il rischio di alterazioni di sviluppo e turbe neurologiche nel nascituro (Kaiser and Allen, 2008). L'astensione dal consumo di qualsiasi bevanda alcolica durante la gravidanza e l'allattamento, così come nel periodo pre-gravidico, costituisce una norma prudenziale; si raccomanda inoltre di includere nella routine un attento screening sulle modalità di consumo di bevande alcoliche in tutte le donne in età fertile e, qualora perseveri nel consumo, anche di quantità piccole, la donna deve avere accesso prioritario a specifici programmi di trattamento (Carson et al., 2010).

In conclusione è bene ricordare che alcune situazioni fisiologiche o patologiche impongono l'astensione totale dal consumo di bevande alcoliche di qualunque tipo: gravidanza e allattamento, età <18 anni, epatopatie, patologie digestive e comunque condizioni che richiedano l'assunzione di farmaci, intenzione di accingersi alla guida di veicoli o macchinari pericolosi per sé o per gli altri, pregressa storia di alcolismo o altra dipendenza. La valutazione e l'analisi delle evidenze scientifiche disponibili non consentono di poter sostenere o promuovere il consumo pur moderato di bevande alcoliche.

In conseguenza della costante e crescente produzione di nuove conoscenze sulle relazioni tra etanolo e salute, appare dunque adeguato adottare a livello di popolazione e di tutela della salute pubblica il principio di precauzione, che è l'unico che consente di ridurre l'adozione di comportamenti potenzialmente nocivi o pericolosi per l'individuo. A tale riguardo gioca un ruolo fondamentale una comunicazione istituzionale corretta.



# LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013

## PER LE NUOVE LINEE GUIDA SUL CONSUMO DI ALCOL

**Unità Alcoliche equivalenti** (contenenti 12 g di alcol)

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

### Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

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

<b>0-18 anni</b>	<b>18-20 &amp; 65+</b>	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>
<b>0 Unità</b>	<b>1 Unità</b>	<b>1 Unità</b>	<b>2 Unità</b>

sono inoltre considerati comportamenti a rischio

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

**EMANUELE SCAFATO 25/10/2012**



# Toward European Low-risk Guidelines



## DAY low risk GL/R (in g)



Country	DATA SOURCE				Men		Women		All consumers	Guidelines on average alcohol intake in a day	2=Not issued	No guideline has RECOMMENDATION 1=an average alcohol intake in a day
	Review	WHO 2012	WHO 2013	OECD 2014	RARHA	Average alcohol intake in a day not to be exceeded (grams of pure alcohol)	Average alcohol intake in a day not to be exceeded (grams of pure alcohol)	Average alcohol intake in a day not to be exceeded (grams of pure alcohol)				
AUSTRIA					24	24	24	16	16	40		2
BELGIUM					30	30	40	20	10			
BULGARIA					40	40	40	20	10			
CROATIA					30	30	40	20	10			
CYPRUS					40	40	40	20	10			
CZECH REPUBLIC					24	24	40	16	16			
DENMARK					40	40	40	20	10			
ESTONIA					40	40	40	20	10			
FINLAND					20	24	24	12	12			
FRANCE					30	30	30	15	15			
GERMANY					24	24	24	12	12			
GREECE					30-40	30-40	20	20	10			
HUNGARY					48-60	24-48	32-40	16-31				2
ICELAND					24	24	16	16				
IRELAND					40	24	30	15				2
ITALY					36	24-36	24-36	12-24	12-24			
LATVIA					30-40	30-40	20-30	10				2
LITHUANIA					30-40	30-40	20-30	10				2
LUXEMBOURG					30	30	20	10				
MALTA					30	30	20	10				
NETHERLANDS (THE)					30	20-30	20	10				
NORWAY					40	40	40	20	10			
POLAND					40	40	40	20	10			
PORTUGAL					20	24	24	12	12			
ROMANIA					30	30	30	15	15			
SLOVAKIA					28	28	28	14	14			
SLOVENIA					30	30	30	15	15			
SPAIN					40	40	40	20	10			
SWEDEN					24	24	24	12	12			
SWITZERLAND					40-48	20-36	20	10	10			2
UNITED KINGDOM					32	24-32	24	12-24	12			2

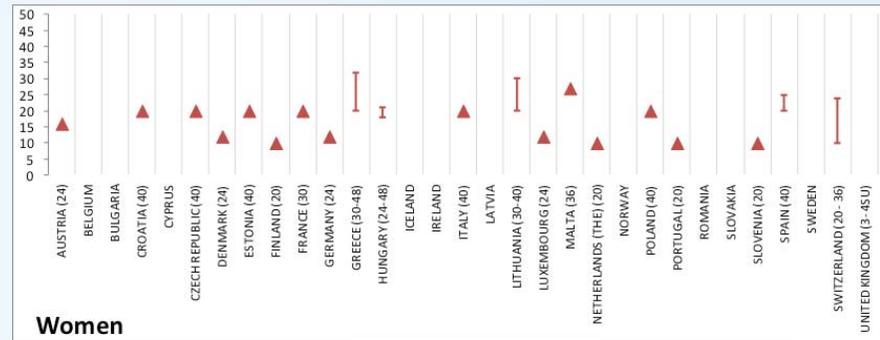


Low risk drinking guidelines in Europe: results from RARHA survey

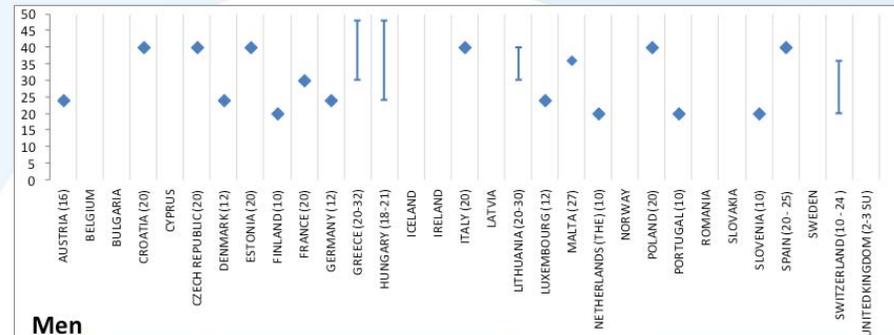
## RARHA Low risk GL or R



Average alcohol intake in a day not to be exceeded (grams of pure alcohol)



Women



Men

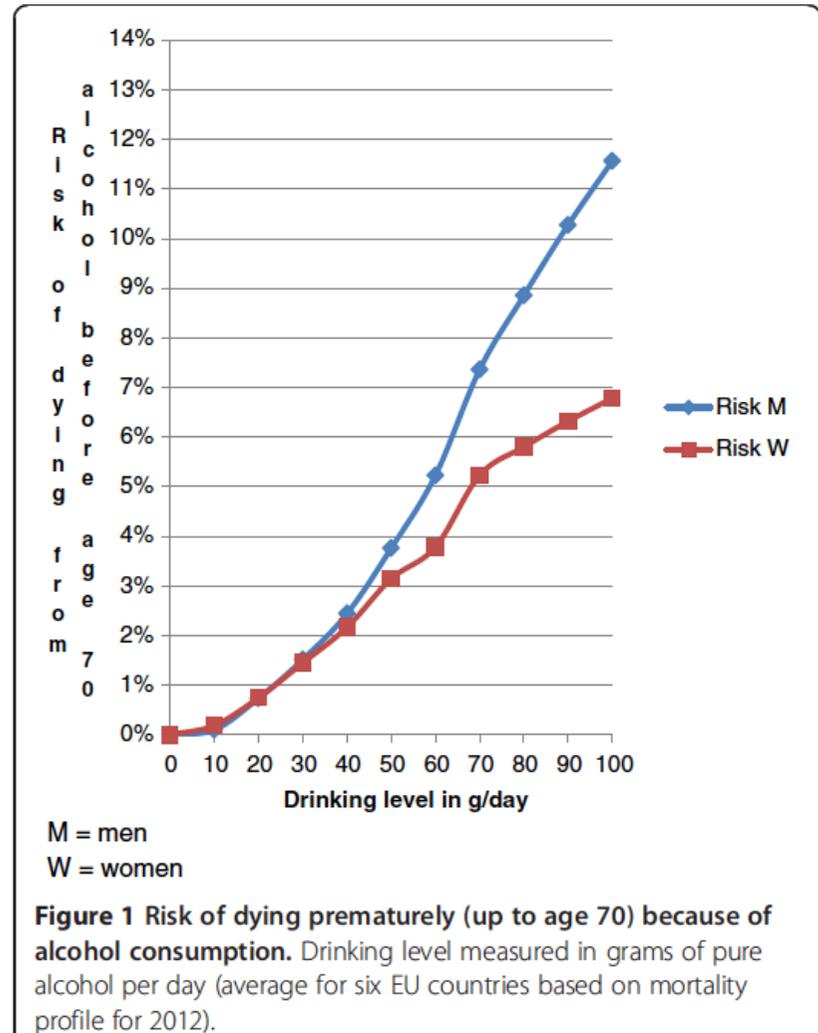


Low risk drinking guidelines in Europe: results from RARHA survey

# Which is the the acceptable (?) risks of dying prematurely because of alcohol consumption ?

- Societies tend to accept much higher risks for voluntary behaviours, than for involuntary exposure (ie: risks in soil, drinking water or air).
- In high-income societies, an acceptable risk to those voluntarily engaging in a risky behaviour is **about one death in 1,000 on a lifetime basis.**
- **Drinking more than 20 g pure alcohol per day over an adult lifetime exceeds a threshold of one in 100 deaths,**

[http://www.camh.ca/en/research/news\\_and\\_publications/reports\\_and\\_books/Documents/Lifetime%20Risk%20of%20Alcohol-Attributable%20Mortality.pdf](http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/Lifetime%20Risk%20of%20Alcohol-Attributable%20Mortality.pdf)



# Quale limite per linee guida “low-risk” in EU ?

Table 2: Lifetime risk to die from alcohol use for different levels of average daily consumption in Europe in 2012

Average drinking	Average across all seven countries		
	Men	Women	Total
10g	-0.0019	0.0009	-0.0005
20g	0.0043	0.0199	0.0121
30g	0.0138	0.0471	0.0305
40g	0.0269	0.0804	0.0536
50g	0.0444	0.1267	0.0855
60g	0.0664	0.1726	0.1195
70g	0.0962	0.2436	0.1699
80g	0.1292	0.3026	0.2159
90g	0.1718	0.3690	0.2704
100g	0.2298	0.4429	0.3364
Level of alcohol consumption associated with:			
	Men	Women	
a 1/1,000 risk of dying	15 g	10 g	
a 1/100 risk of dying	26 g	15 g	

## Coloring:

Green: overall protective effect

Lightest red: overall lifetime risk smaller than 1 in 1,000

Light red: overall lifetime risk smaller than 1 in 100, but larger than 1 in 1,000

Dark red: overall lifetime risk equal to or larger than 1 in 100

Basis: overall country-specific mortality risks for both sexes combined; sex- and age-specific relative risks for different drinking levels

- Premesso che **non dovrebbero esistere linee guida** perchè non esistono livelli “sicuri” di consumo , lì dove si volesse verificare l’impatto di una SCELTA :
- In EU qualunque consumo al di sopra dei 10 grammi al giorno conduce ad un rischio di mortalità nel corso della vita che è al di sopra di una soglia predeterminata di 1 decesso su 1000.
- **20 grammi al giorno (precisamente 14.6 g per le donne; 25.9 g per gli uomini) condurrebbero invece ad un rischio di mortalità dell’1 per 100.**

Questi risultati sono verificati per sette Nazioni considerate dallo studio.

# Overview di tutte le nazioni considerate

## Mortalità e soglie

Average Drinking	Estonia		Finland		Germany		Hungary		Ireland		Italy		Poland	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
10g	0.003	0.005	-0.002	0.004	-0.000	0.002	-0.006	-0.002	-0.001	0.001	0.000	0.002	-0.007	-0.006
20g	0.014	0.038	0.003	0.019	0.004	0.015	0.003	0.027	0.003	0.013	0.005	0.013	-0.000	0.015
30g	0.030	0.084	0.010	0.040	0.011	0.033	0.017	0.070	0.008	0.029	0.010	0.028	0.010	0.047



# Multi-substance approach

**Output:** a comparative risk assessment of drugs, including alcohol and tobacco, based on a toxicological methodology.

Rehm et al. *BMC Medicine* 2014, 12:189  
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/189>



*Medicine for Global Health*



**OPINION**

**Open Access**

## Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks?

Jürgen Rehm<sup>1,2,3,4,5\*</sup>, Dirk W Lachenmeier<sup>5,6</sup> and Robin Room<sup>7,8,9</sup>

D4.1 addendum – Comparative risk assessment based on MoE

[http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc\\_download/205-addendum-to-deliverable-4-1-analyses-of-margins-of-exposure.html](http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc_download/205-addendum-to-deliverable-4-1-analyses-of-margins-of-exposure.html)

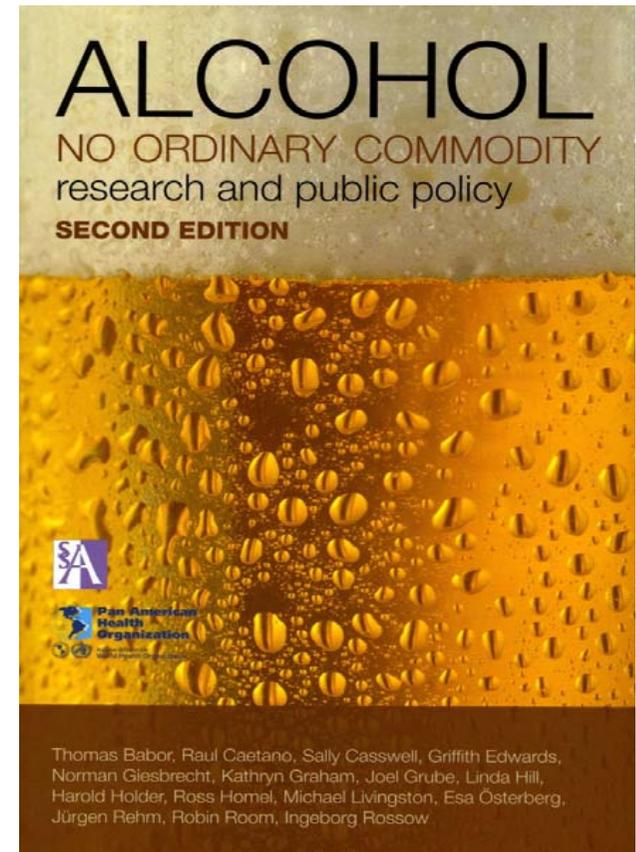
Paper: Rehm et al. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine* 2014, 12:189 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/189>

D13.1 – Governance view – model 1 ‘Trendsetters’ characterised by comprehensive multi-substance policy  
[http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc\\_download/155-deliverable-13-1-governance-view.html](http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc_download/155-deliverable-13-1-governance-view.html)



# Need for interventions

- Prevention is important
- WHO “best buys” for cost-effective prevention ->
  - Taxation
  - Reduction of availability
  - Marketing ban
- Let us not forget interventions for heavy drinking including treatment



Thomas Babor, Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards,  
Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, Linda Hill,  
Harold Holder, Ross Homel, Michael Livingston, Esa Österberg,  
Jürgen Rehm, Robin Room, Ingeborg Rossow

L'alcol, misurato in termini di MOE (Margine di Esposizione) è più tossico (letale) rispetto ad altre sostanze considerate

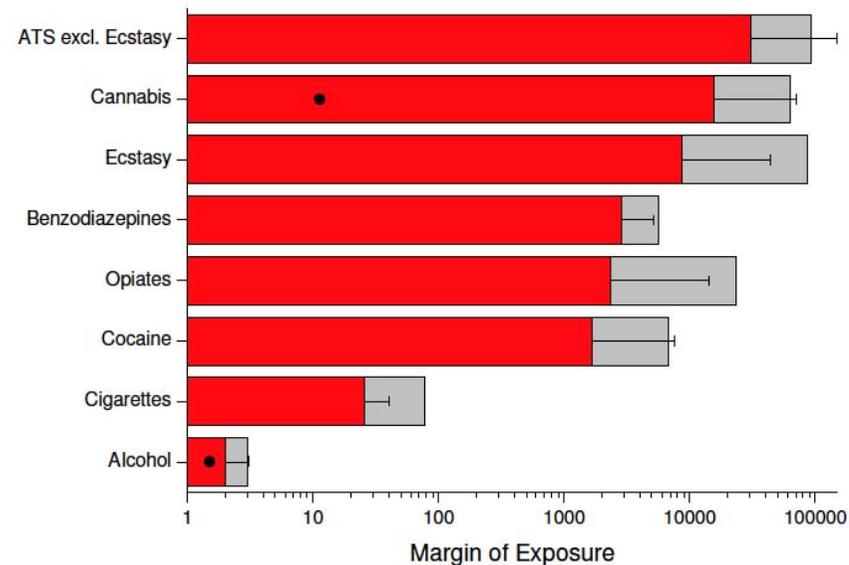
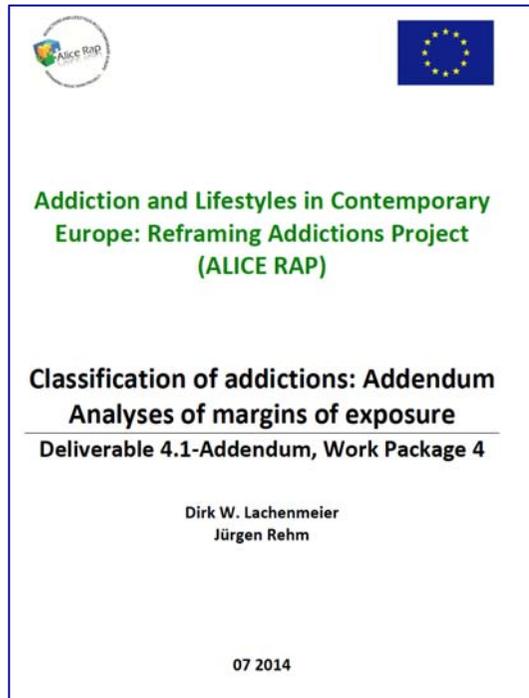


Figure 3.2. Margin of exposure for the whole population based on prevalence data estimated using probabilistic analysis (left red bar: average; error bar: standard deviation; right grey bar: tolerant user; circle symbol (for alcohol and cannabis): value based on human data)

This study uses the **Margin of Exposure** approach (**MOE**). In this study, the MOE is the ratio of the dose of the consumed substance (for example ethanol or acetaldehyde) at the lower border of its toxic threshold divided by the estimated intake of the substance. Thus, for example a MOE of 1 means that the amount consumed is the same as the dose that is considered toxic. An MOE of 10 means that the amount consumed is only ten times lower than the dose that is considered toxic. An MOE of 10,000 means that the amount consumed is ten thousand times lower than the dose that is considered toxic. For genotoxic carcinogens, (which ethanol, as well as acetaldehyde are), the European Food safety Authority indicates an MOE of 10,000 as the cut off point for public health safety. This means that the amount consumed should be at least 10,000 times lower than the level considered toxic.



# Cosa si intende per comportamenti a rischio

1. Il consumo **abituale eccedentario**, cioè il consumo che eccede limiti quotidiani raccomandati dal Ministero della Salute e dalle nuove linee nutrizionali specifico per sesso ed età

Se il numero di unità o bicchieri è **zero non si corre alcun rischio**

Se il numero di unità o bicchieri è superiore a:  
**2 unità** o bicchieri al giorno per gli uomini  
**1 unità** o bicchieri al giorno per le donne  
**Salute e benessere sono esposti ad un maggior rischio.**

**Unità Alcoliche equivalenti** (contenenti 12 g di alcol)



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

zero unità fino a 18 anni  
1 unità oltre i 65 anni

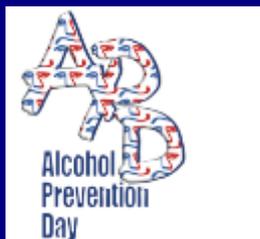
1 unità per le donne

2 unità per gli uomini

**se il consumo è zero non corri alcun rischio**

2. il **Binge drinking**, cioè il consumo in un'unica occasione di 6 o più UA
3. Il **consumo** di bevande alcoliche **fuori pasto**
4. il consumo di alcolici **per le donne in gravidanza e in allattamento**
5. il consumo di qualsiasi bevanda alcolica **per gli alcolisti in trattamento e gli ex alcolisti**

# Il consumo a rischio (*hazardous\**)



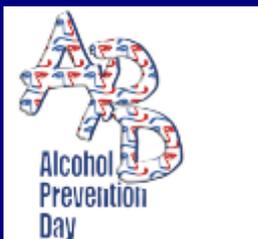
livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio per la salute nel caso di persistenza di tali abitudini

\*Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.

# Considerazioni di Sanità Pubblica



1. La valutazione dei **consumatori nella popolazione** è utile per orientare le iniziative di **prevenzione**
2. La valutazione dei **comportamenti a rischio nella popolazione** è utile per orientare gli interventi sanitari in termini di **trattamento**
3. La valutazione dei **comportamenti a rischio tra i soli consumatori** consente di **calibrare le risorse** più accuratamente e meglio prevedere e stimolare il ricorso a adeguate prestazioni sanitarie nelle strutture del SSN.



## Considerazioni di Sanità Pubblica

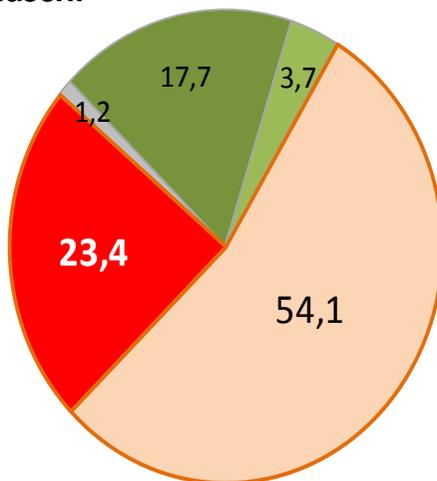
- Ovviamente è utile analizzare sia le frequenze puntuali di periodo che le tendenze
- E' opportuno che si usino **SEMPRE FONTI CERTIFICATE**, **indicatori standardizzati** e che questi siano in **USO** anche in Europa per una opportuna **comparazione**
- E' opportuno mantenere un **SISTEMA** di **MONITORAGGIO ALCOL** (SISMA, azione centrale) uniforme e standardizzato in grado di fornire dettagli per età , sesso, territorialità in grado di monitorare i consumatori a rischio, dannosi e l'alcoldipendenza (SIND alcol) per garantire accessibilità e disponibilità del trattamento



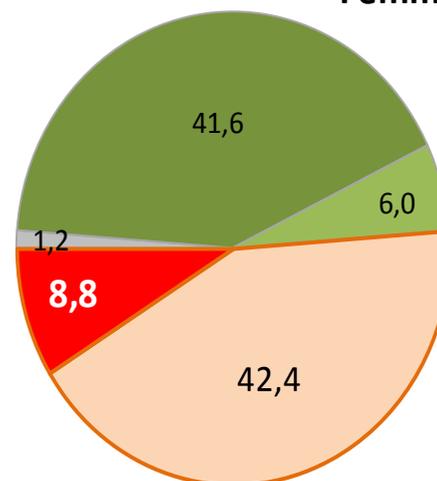
# Consumo di alcol: tipologie (%) 2013

Nella popolazione in media 1 uomo su 4 e 1 donna su 10 sono consumatori a rischio

Maschi



Femmine



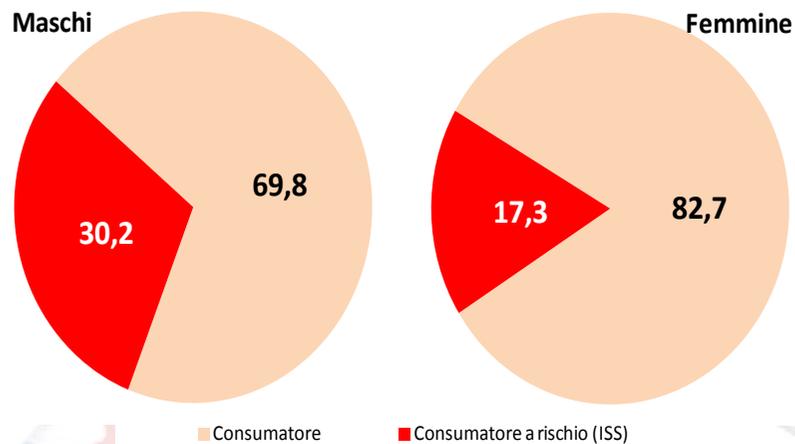
■ Dato mancante ■ Astemio ■ Astinente ■ Consumatore ■ Consumatore a rischio (ISS)



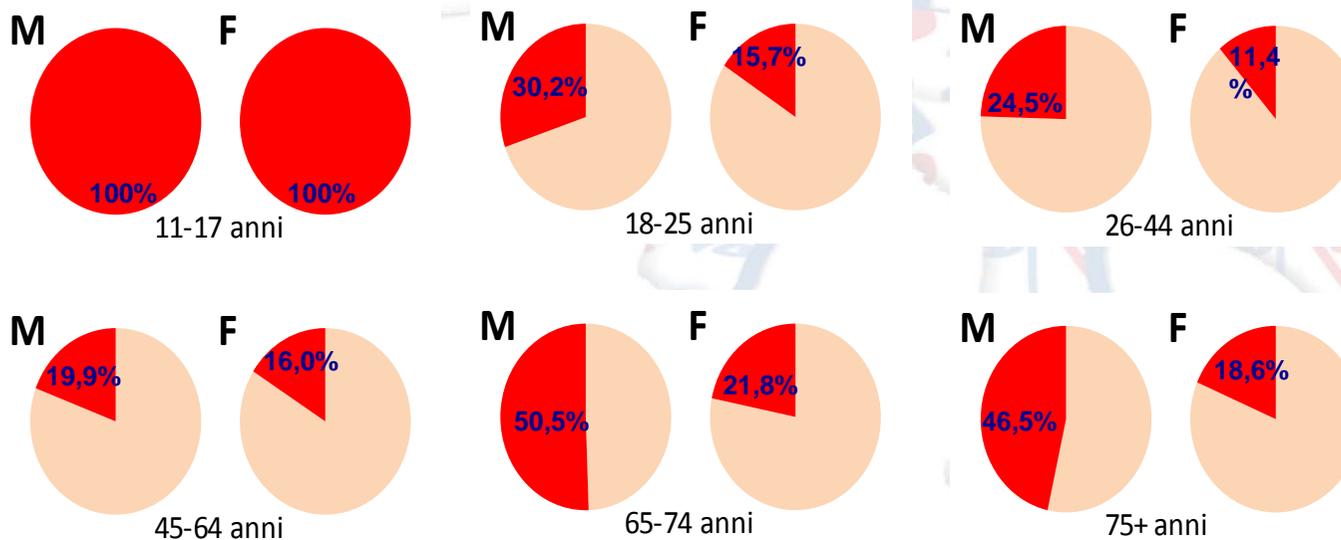


## L'analisi dei consumatori nel 2013 (M=77,5% - F=51,2%)

Tra i soli consumatori sono consumatori a rischio  
1 uomo su 3 e 1 donna ogni 6

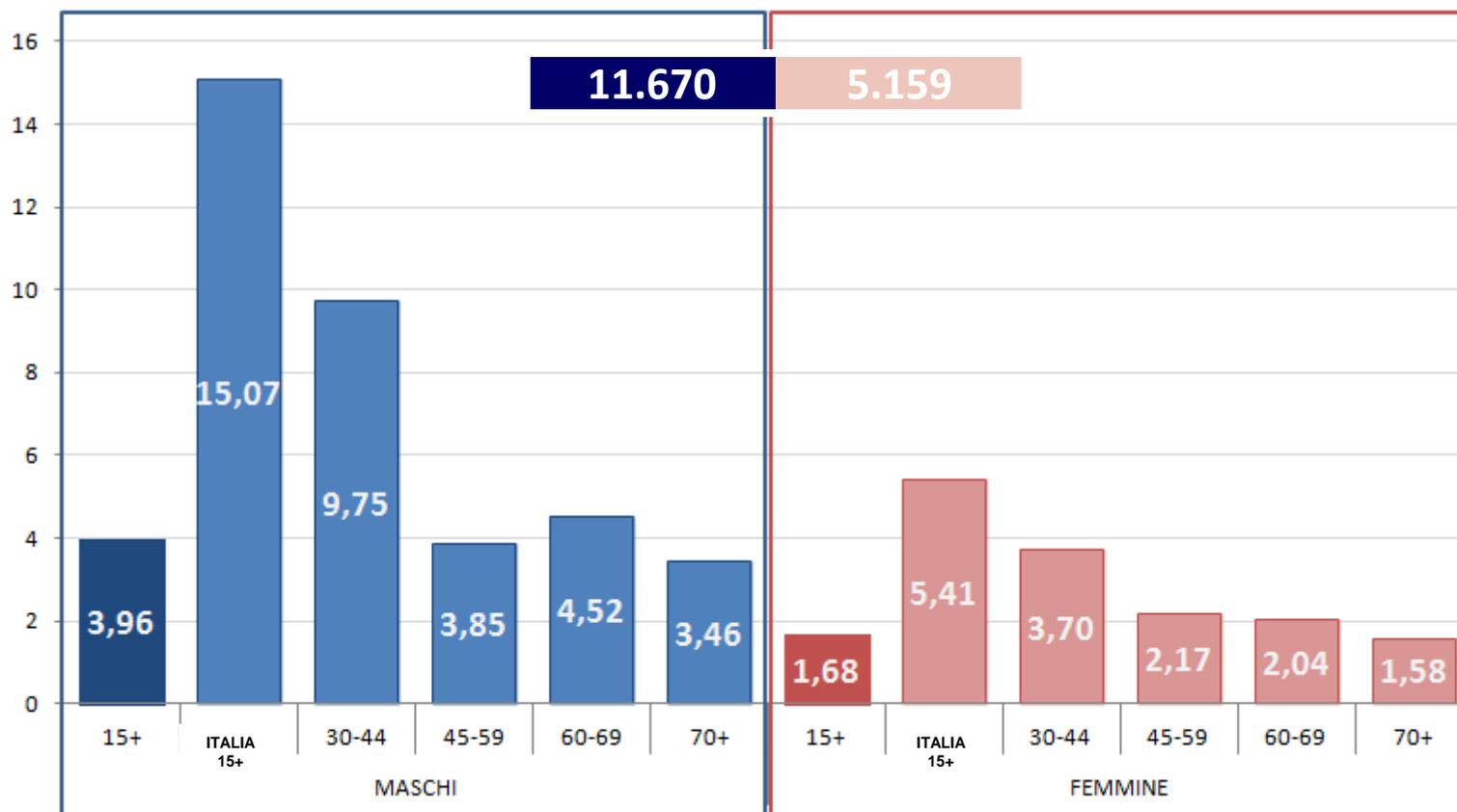


### L'analisi dei consumatori a rischio per classi d'età e genere



# ISS- Mortalità alcol-attribuibile per classi di età e sesso

## 17.000 morti /anno (ITALIA 2010)





# Andamento mortalità alcolcorrelata in Italia per sesso e classi d'età (15+)

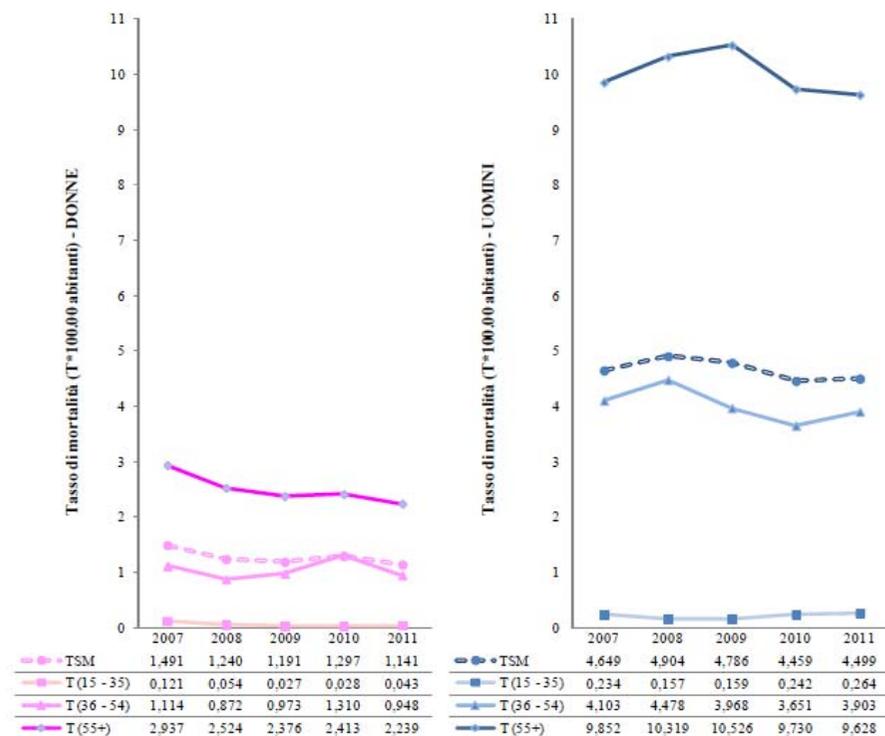


Gráfico 9 - Tasso di mortalità per classi di età (\*100.000 ab.) e tasso standardizzato di mortalità (TSM\*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili e sesso – Anni 2007-2011  
 Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2007-2011

# ISS. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte CANCRO e INCIDENTI coprono oltre il 60 % della mortalità legata all'alcol in Italia

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

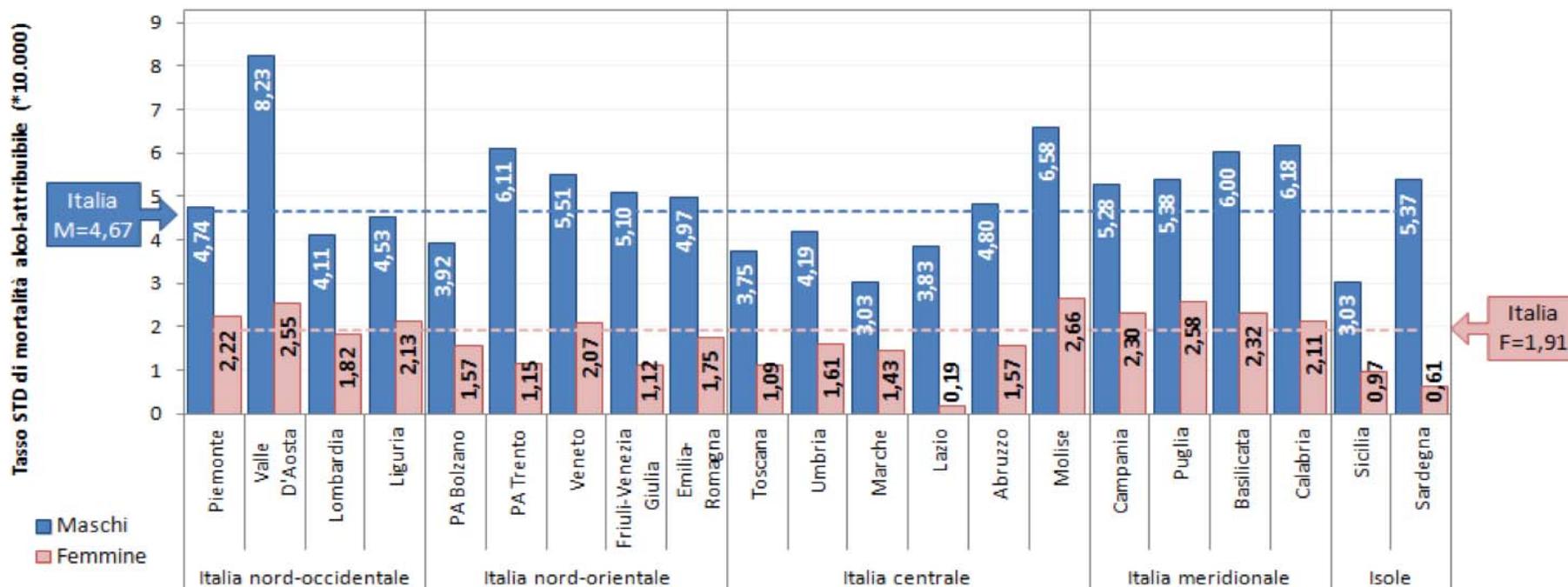
<sup>a</sup> la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol attribuibili al totale dei decessi nella popolazione

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

# ISS. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte

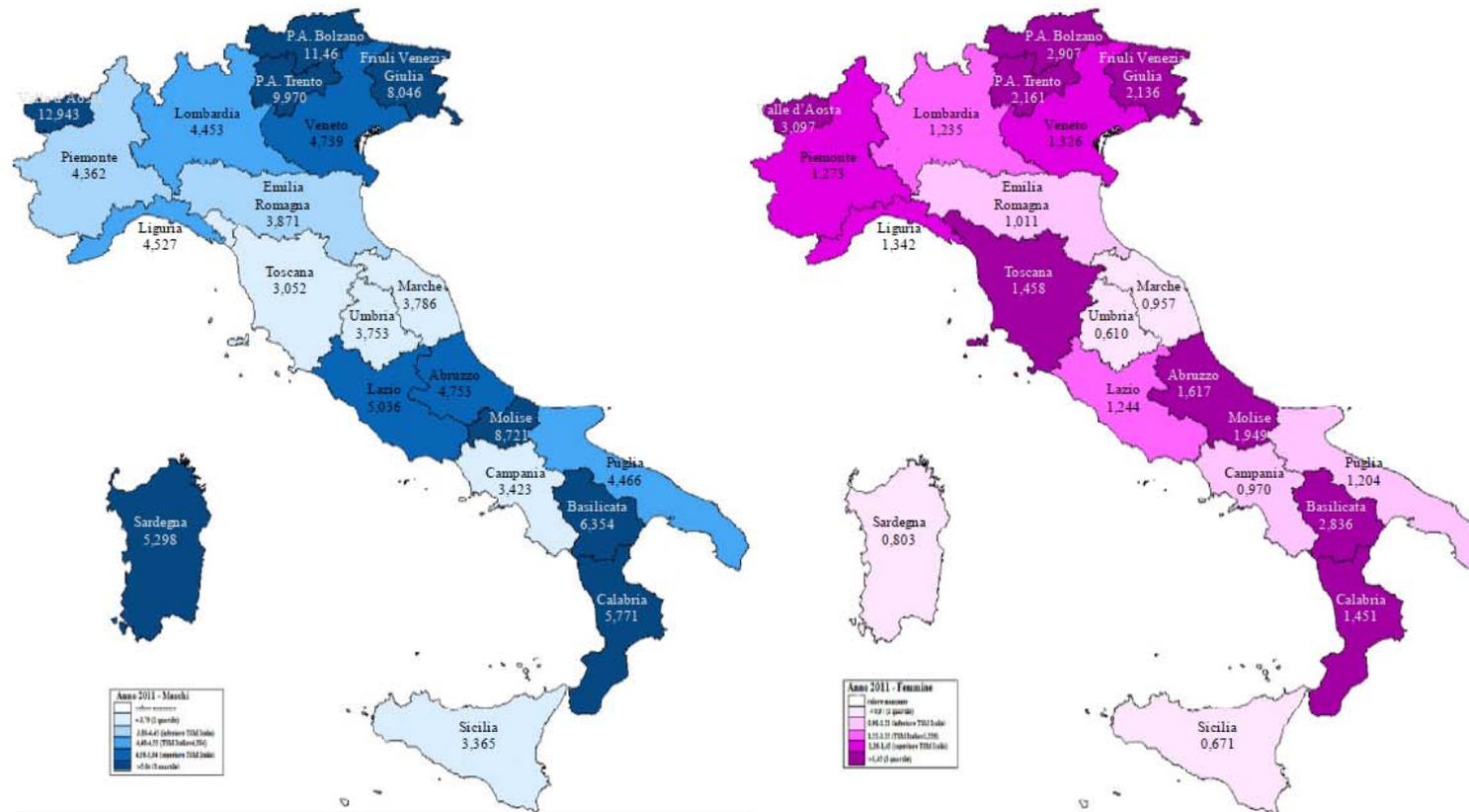
## 12 Regioni per i maschi e 8 per le femmine hanno decessi superiori alla media nazionale

Tasso STD di mortalità alcol-attribuibile (%) per Regione e sesso



Tra gli uomini i valori più elevati di decessi alcol-attribuibili si registrano in **Valle d'Aosta** nella **Provincia Autonoma di Trento** (6,11), in **Molise** (6,58), in **Basilicata** (6,00) ed in **Calabria** (6,18%) mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia e nelle Marche (3,03); tra le donne il valore più elevato si registra in **Molise** seguito da **Valle d'Aosta** (2,55), **Puglia** (2,58), **Basilicata** (2,32), **Calabria** (2,11), **Piemonte** (2,22) e **Veneto** (2,07); i valori più bassi si osservano nel Lazio (0,19) e in Sardegna (0,61).

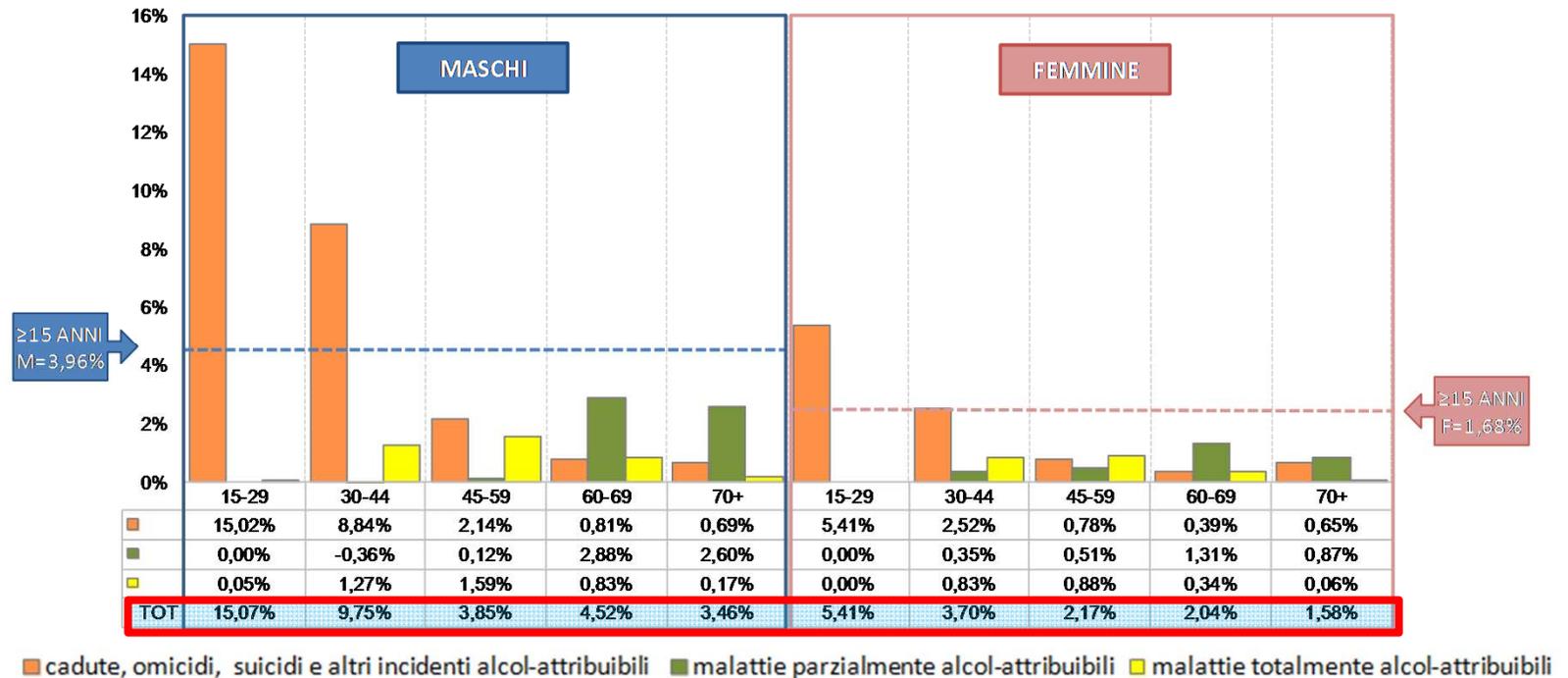
# ISS - Mortalità (%) alcol-attribuibile nelle REGIONI (2011)



**Grafico 10. Tasso standardizzato di mortalità (TSM\*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili per sesso e regione di residenza– Anno 2010-2011**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2011

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



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

**Causa principale:  
incidenti stradali**



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

**Cause principali:  
Neoplasie maligne  
Incidenti/ cadute**

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

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

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

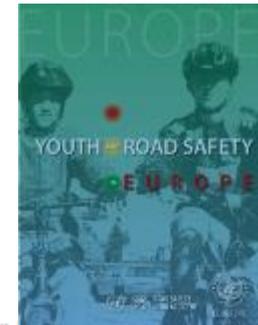


Table 1. Rank of the leading 10 causes of death and numbers of deaths among people aged 0–24 years in the WHO European Region, 2002

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

Source: WHO (2002).

# EPIDEMIA CANCRO

L'alcol è uno dei più rilevanti fattori di rischio evitabile. Direttamente o indirettamente contribuisce anche per **CONSUMI MODERATI** al maggior rischio di cancro causato da altri fattori di rischio come il sovrappeso e l'inattività fisica



"E' noto da tempo che l'alcol provoca il cancro all'esofago", afferma J. Rehm, Senior Scientist presso il Centro per dipendenze e salute mentale a Toronto e membro del gruppo di studio del WCR sul consumo di alcol, "ma il rapporto con altri tumori, come il cancro al seno o al colon, è stato oggetto di studi solo negli ultimi 10-15 anni". I meccanismi biologici alcol-correlati che mediano il cancro non sono pienamente compresi. Le bevande alcoliche possono contenere almeno 15 composti cancerogeni tra cui acetaldeide, acrilammide, aflatossine, arsenico, benzene, cadmio, etanolo, carbammato di etile, formaldeide e piombo.

## ALCOL: NESSUNA DOSE MINIMA DI TOSSICITÀ

Il recente rapporto (2014 world cancer report, WCR) rilasciato dal WHO asserisce che **non si può stabilire una soglia minima al di sotto della quale l'assunzione di etanolo non costituisce una minaccia per la salute**, soprattutto in relazione al rischio di contrarre alcuni tipi di cancro. Meta-analisi condotte su recenti ricerche epidemiologiche e sperimentali hanno messo in evidenza come l'assunzione di etanolo, un composto dichiarato cancerogeno nel 1998 dall'IARC, sia correlata attraverso un rapporto causa-effetto e dose-dipendente, con l'insorgenza di tumori della bocca, della faringe, della laringe, dell'esofago, del colon-retto, del fegato e, nella femmina, della mammella; è stata inoltre evidenziata una relazione significativa anche tra consumo di alcol e cancro al pancreas.

## Tumori: verso epidemia mondiale, nel 2030 17 mln morti



Global status report  
on alcohol and health  
2014



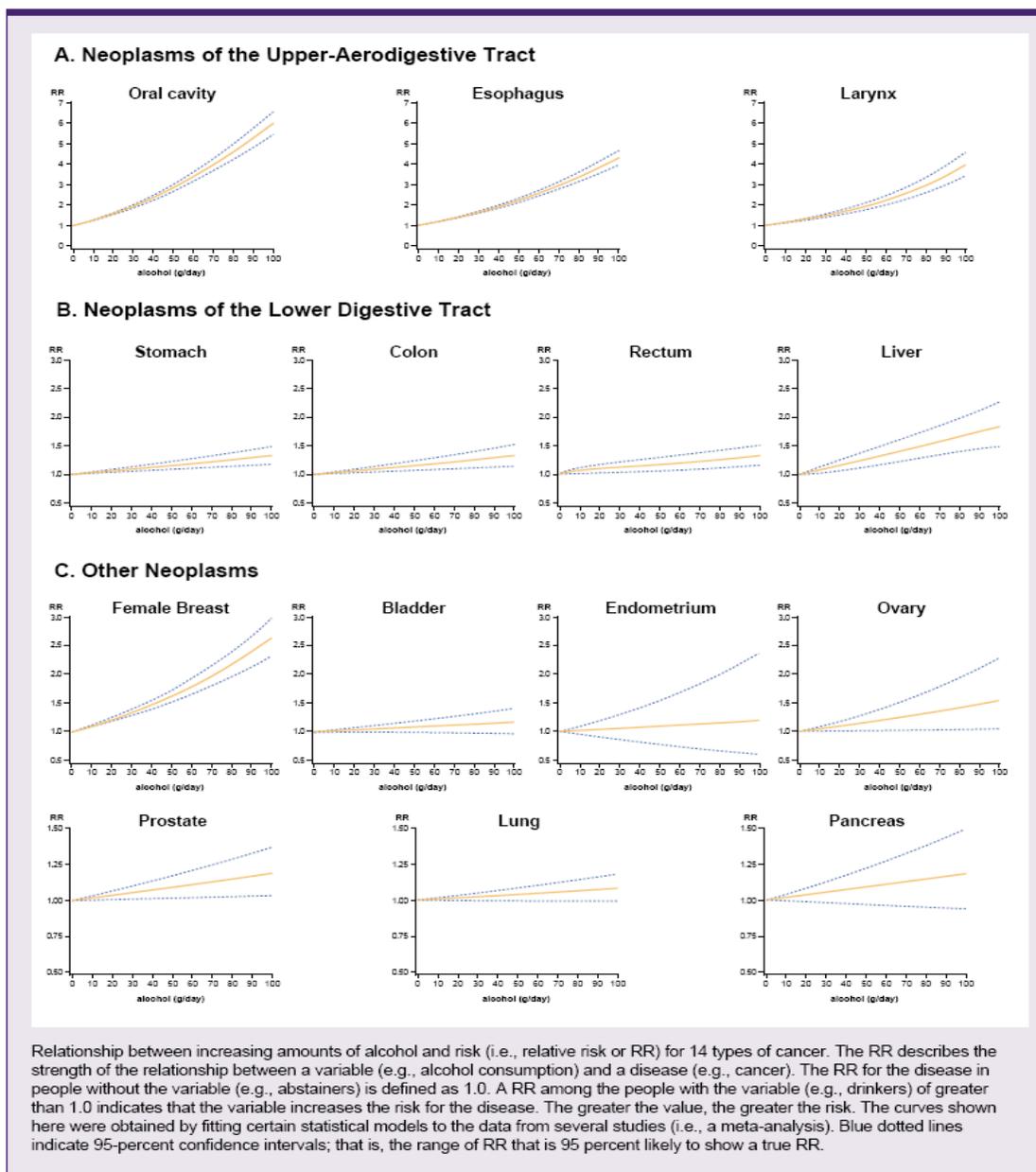
<http://www.medscape.com/viewarticle/824237>



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



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



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

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

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

Disseminato dal Ministero della Sanità  
Dipartimento di Salute e Prevenzione  
Alcol e Problemi alcol-correlati

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

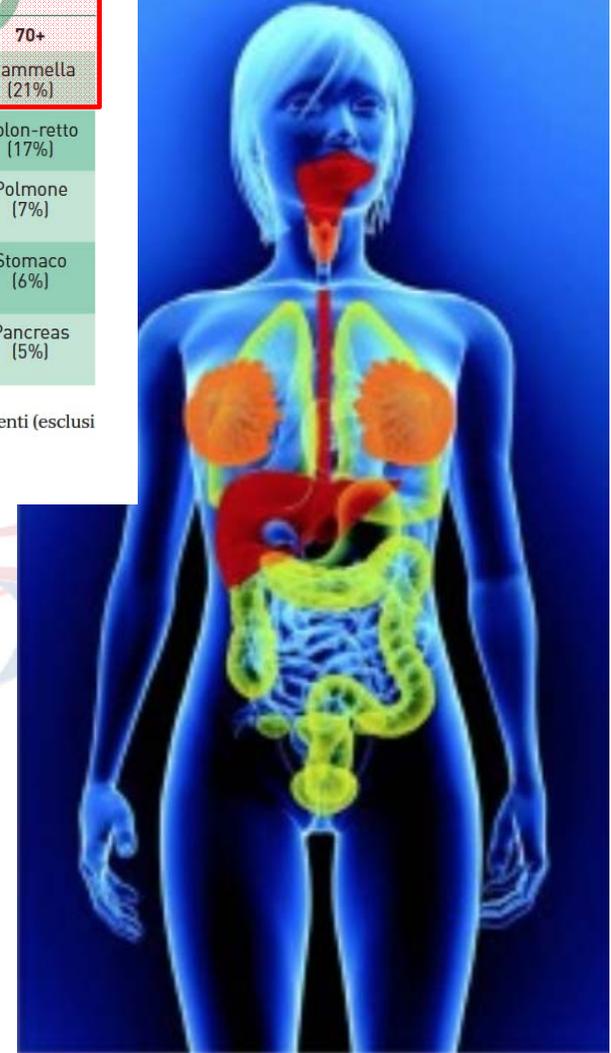
PREPA

# ALCOL & CANCRO - ITALIA

Rango	Maschi - Età			Femmine - Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo (11%)	Prostata (23%)	Prostata (21%)	Mammella (41%)	Mammella (36%)	Mammella (21%)
2°	Linfoma non-Hodgkin (9%)	Colon-retto (15%)	Polmone (17%)	Tiroide (14%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (17%)
3°	Cute (melanomi) (8%)	Polmone (14%)	Colon-retto (15%)	Cute (melanomi) (7%)	Utero corpo (7%)	Polmone (7%)
4°	Colon-retto (8%)	Vescica* (10%)	Vescica* (11%)	Colon-retto (5%)	Polmone (6%)	Stomaco (6%)
5°	Tiroide (7%)	Vie aerodigestive superiori (5%)	Stomaco (6%)	Utero cervice (4%)	Tiroide (5%)	Pancreas (5%)

**TABELLA 9.** Primi cinque tumori in termini di frequenza e proporzione sul totale dei tumori incidenti (esclusi i carcinomi della cute) per sesso e fascia di età. Pool Airtum 2006-2009.

\* comprende sia tumori infiltranti che non infiltranti.



# Effetto DOSE-RISPOSTA nel CANCRO della MAMMELLA

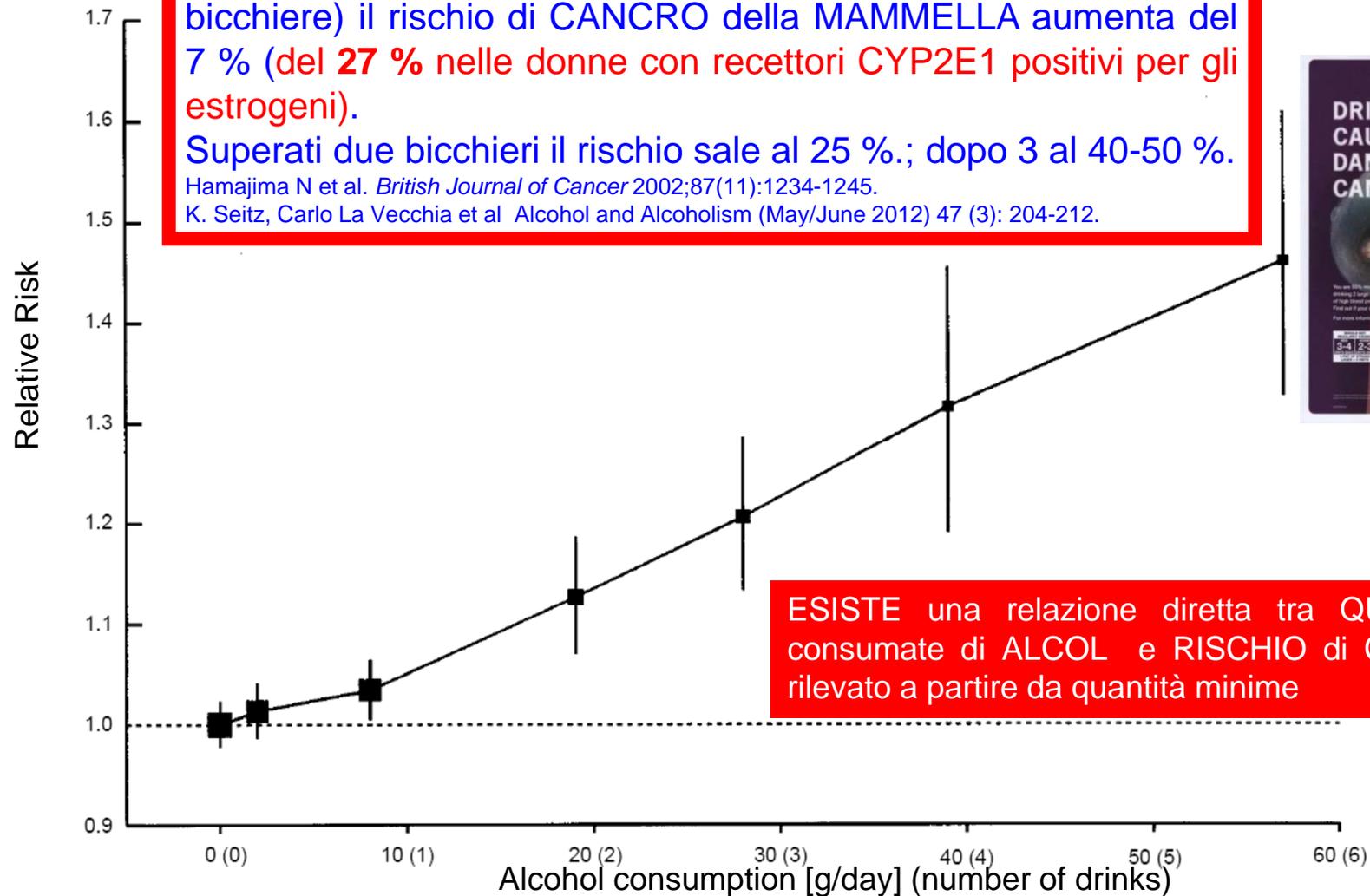
Valutazione studio mondiale: 58.515 donne con CANCRO della MAMMELLA e 95.067 controlli

Per ogni 10 grammi di alcol consumati al giorno (meno di un bicchiere) il rischio di CANCRO della MAMMELLA aumenta del 7 % (del 27 % nelle donne con recettori CYP2E1 positivi per gli estrogeni).

Superati due bicchieri il rischio sale al 25 %; dopo 3 al 40-50 %.

Hamajima N et al. *British Journal of Cancer* 2002;87(11):1234-1245.

K. Seitz, Carlo La Vecchia et al. *Alcohol and Alcoholism* (May/June 2012) 47 (3): 204-212.





# Il maggior rischio per le RAGAZZE

**SALUTE** 30 agosto 2013  
**Cancro al seno più probabile per ragazze che bevono alcool**



Washington (USA) - Il collegamento tra alcool e cancro non è certo

The screenshot shows the homepage of the website POURfemme.it. The main title 'POURfemme' is in a large, red, serif font. Below it is a navigation menu with categories: Home, Moda, Bellezza, Salute, Dieta, Coppia, Gossip, Mamma, Matrimonio. There are also sub-categories: Prevenzione, Malattie, Ginecologia, Mestruazioni, Menopausa, Rimedi naturali, News Mediche. Three featured articles are visible: 'Ascesso dentale, che dolore!', 'Il vaccino antinfluenzale: promosso o bocciato?', and 'Il fibroad una tipol nodulo al'.

## Alcol: aumenta il rischio di lesioni al seno

Condividi Tweet 1 +1 0 Pin.it Commenta



L'alcol aumenta il rischio di lesioni al seno, soprattutto per le giovani donne. Le bevitrice più assidue di alcolici sarebbero così maggiormente esposte all'insorgenza di tumori al seno. A lanciare l'allarme è stata una ricerca a più mani della Washington University School of Medicine di St. Luis e della Harvard University, coordinata dal dottor Graham Colditz e pubblicata su "Pediatrics". Infatti, l'abuso di alcool è in costante aumento soprattutto tra le ragazze, tra cui si è diffusa la pratica del binge drinking, ovvero, del bere a ripetizione con l'unico fine di ubriacarsi nel minor tempo possibile.



Alcolpendenza  
un fenomeno da contrastare  
per il bene dell'individuo e della società  
14 gennaio 2014 - L'Espresso - 10



# ALCOL e CANCRO

## Mortalità alcol-attribuibile . ITALIA

STIME Osservatorio Nazionale Alcol – Rep Salute Popolazione CNESPS

6000 decessi per  
**neoplasie maligne**  
causate dall'ALCOL  
sono  
**EVITABILI**  
a fonte di serie campagne  
di prevenzione  
oncologica e di  
MESSAGGI CHIARI  
che spieghino che l'alcol è  
**CANCEROGENO**



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

World Health Organization

English | Français | RSS

NEWS | MEETINGS | CLASSIFICATIONS | PUBLICATIONS | PREAMBLE | STAFF

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

**PUBLICATIONS**

Monographs in PDF

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

**PHARMACEUTICALS**  
IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans

**VOLUME 96**  
Some Aromatic Amines, Organic Dyes, and Related Compounds

**VOLUME 95**  
Painting, Firefighting, and Related Occupations

**VOLUME 94**  
1,3-Bis(4-chlorophenyl)isocyanate and Vinyl Halides (Vinyl Fluoride, Vinyl Chloride and Vinyl Carbonyl Compounds)

**VOLUME 93**  
Alcohol Consumption and Ethyl Carbenes

IARC MONOGRAPHS ON THE EVALUATION OF CARCINOGENIC RISKS TO HUMANS

Volume 96 (2010)

### 6. Evaluation and Rationale

#### 6.1 Carcinogenicity in humans

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

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

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

#### 6.2 Carcinogenicity in experimental animals

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

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

#### Overall evaluation

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

# Se bevi alcol di QUALUNQUE tipo LIMITA il consumo . NON BERE è MEGLIO per la PREVENZIONE DEL CANCRO

International Agency for Research on Cancer

World Health Organization

European Code Against Cancer

HOME 12 WAYS ABOUT CANCER SCIENTIFIC JUSTIFICATION ABOUT THE CODE

## European Code Against Cancer

### 12 WAYS TO REDUCE YOUR CANCER RISK

You are here: 12 ways / Alcohol  [Print the Code](#)

#### Questions & Answers

- Tobacco
- Second-hand smoke
- Healthy body weight
- Physical activity
- Diet
- Alcohol**
- Sun/UV exposure
- Pollutants
- Radiation
- Breastfeeding
- Hormonal therapy
- Vaccination and infections
- Screening

OTHERS

- Pharmaceutical drugs



#### 12 WAYS TO REDUCE YOUR CANCER RISK

##### Alcohol

 **If you drink alcohol of any type, limit your intake. Not drinking alcohol is better for cancer prevention.**

There is strong evidence that people can reduce their risk of cancer by adopting healthy dietary and activity behaviours. In European populations, people who follow a healthy lifestyle that adheres to the recommendations for cancer prevention have an estimated 18% lower risk of cancer compared with people whose lifestyle and body weight do not meet the recommendations. This risk reduction was estimated for a healthy lifestyle that includes: being a normal body weight (a body mass index [BMI] between 18.5 and 24.9 kg/m<sup>2</sup>) and avoiding foods that promote weight gain, such as sugary drinks and fast foods; being moderately active for at least 30 minutes per day; breastfeeding (for women); eating mostly foods of plant origin; limiting intake of red meat; avoiding processed meats; and limiting consumption of alcoholic drinks.

- Is drinking alcohol a cause of cancer?
- Apart from cancer, is alcohol consumption a cause of disease?
- Do all types of alcoholic drinks increase the risk of cancer?
- Why does drinking alcohol cause cancer?
- What if I drink alcohol and smoke tobacco?
- Can I reduce my risk of cancer if I stop drinking alcohol?
- What is worse, episodic heavy drinking or moderate drinking every day?
- Is drinking small amounts of alcohol good for my heart?
- How much is a standard drink?
- How much can I reduce my risk of cancer by limiting my alcohol intake?

# “INGREDIENTE DELLA SALUTE” “RENDE IL CANCRO PIU’ CURABILE”

AIRC utilizza i cookie per migliorare la tua esperienza durante la visita sul sito. Proseguendo accetti l'utilizzo dei cookie. [Informazioni](#) [OK](#)

[Contatti](#) | [Newsletter](#) | [Mappa del sito](#) | [Area stampa](#) | [Area Ricercatori](#) | [ENG](#) | [f](#) | [t](#) | [yt](#) |  [🔍](#)

 ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SUL CANCRO  
**Rendiamo il cancro sempre più curabile.** [Dona ora](#)

[Come puoi aiutarci](#) | [Informati sul cancro](#) | [Fai prevenzione](#) | [Scopri la ricerca](#) | [Cosa finanziamo](#) | [Chi siamo](#)

[Home](#) » [Fai prevenzione](#) » [L'alimentazione](#) » [Gli ingredienti della salute](#)

## Gli ingredienti della salute

- [Il vino rosso](#)



Il vino rosso contiene moltissimi composti benefici, tra i quali spicca il resveratrolo che, in laboratorio, ha dimostrato di essere efficace sia nel bloccare la progressione dei tumori sia nel prevenirne la comparsa.

Si tratta di una sostanza prodotta dalle piante per difendersi dagli attacchi dei microrganismi. Anche diversi studi epidemiologici sembrano confermare l'utilità di un consumo di vino rosso, purché molto limitato.

**Non bisogna mai superare un bicchiere di vino a pasto per gli uomini e uno al giorno per le donne, ricordando, tra l'altro, che il vino bianco e gli altri alcolici non hanno lo stesso effetto preventivo.** Il resveratrolo è infatti concentrato soprattutto nella buccia degli acini, il che spiega la sua scarsa concentrazione nel vino bianco.

Il vino contiene inoltre antocianine e altri polifenoli, dalla potente azione antiossidante. Tra l'altro, un bicchiere di vino rosso al giorno si è dimostrato utile anche nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e nella degenerazione delle funzioni cerebrali. Benché gli studi sulle proprietà anticancro del resveratrolo siano ancora agli inizi, molti esperti ritengono che sia proprio questa molecola a fare la differenza tra il vino rosso e altre bevande alcoliche che hanno dimostrato di prevenire le malattie del cuore ma che, viceversa, aumentano il rischio di cancro (per esempio della bocca e dell'esofago).

PILLOLE DI SANA  
ALIMENTAZIONE

CON LA RICERCA

Scopri il programma di donazione continuativa che permette ai nostri ricercatori di rientrare in Italia e sviluppare le cure più innovative.

► [Aderisci subito: scegli quando e quanto donare!](#)

**TIENITI INFORMATO**

UNA CORRETTA INFORMAZIONE È IL PRIMO PASSO PER PREVENIRE IL CANCRO.

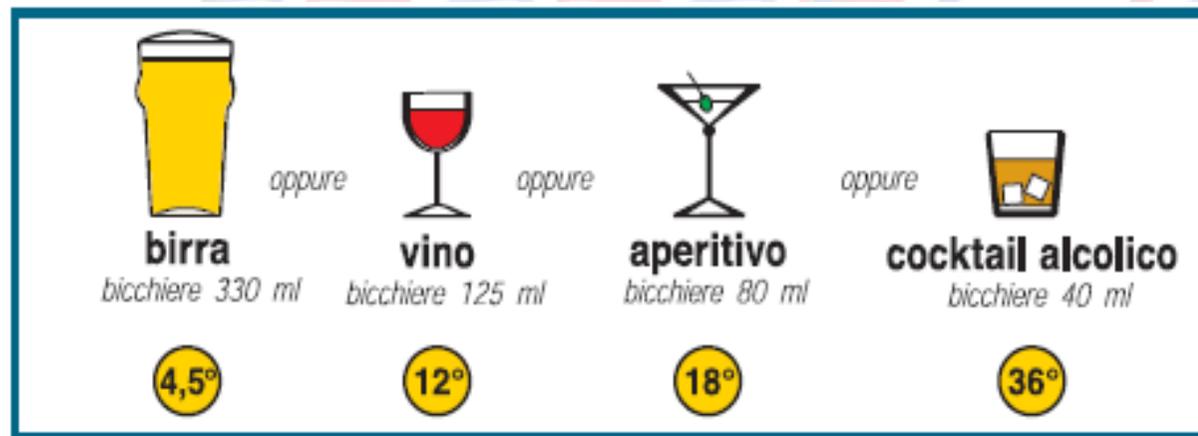




# CHIARIAMO ...

Non esiste ALCUNA DIFFERENZA tra le bevande alcoliche. **L' ALCOL c'è in TUTTE, varia SOLO la concentrazione.**

**Unità Alcoliche equivalenti** (contenenti TUTTE 12 g di alcol )





INFORMAZIONE ALLA SALUTE  
Conferenza  
**Alcoldipendenza**  
un fenomeno da contrastare  
per il bene dell'individuo e della società  
18 gennaio 2014 - Castel Pio II - Vatican City



## Consumo moderato (10 gr/die) : effetti

- Diminuzione funzione piastrinica
- Aumento fibrinolisi
- Aumento HDL-Ch
- Migliore controllo glicemico
- Aumento sensibilità insulinica
- Diminuzione infiammazione

Questi effetti, vantaggiosi per poche, selezionate malattie si verificano SOLO per **valori molto bassi** di consumo corrispondenti in media **a 10-15 gr/giorno (1 bicchiere)** con sostanziali differenze di genere e età **MAI GENERALIZZABILI.** **Agli stessi livelli di consumo moderato incrementa il rischio di oltre 60 malattie tra cui almeno 14 tipi di cancro**

# ALCOL : i benefici per la 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 personali rispetto agli effetti dell'alcol.
	Salute soggettiva	Un moderato consumo è associato ad una percezione 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 neuropsichiatrici	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 del metabolismo	Calcoli biliari	Esistono evidenze sulla possibilità che l'alcol riduca il rischio di calcolosi.
	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 consumano alcol in piccole quantità avrebbero generalmente una densità ossea più alta rispetto alle donne astemie.
Mortalità		Tra gli anziani, al confronto con gli astemi, piccole 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 giorno per gli uomini dai 65 anni in su.

[www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee\\_guida\\_cliniche.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf)

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  
**MAI GENERALIZZABILI**

MAI GENERALIZZABILI

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.

E. SCAFATO, CITTA' DEL VATICANO, ROMA 2014

# Il bere moderato ? Difficile definirlo... E comunque va definito con il MEDICO

## What Is Moderate Drinking?

### *Defining "Drinks" and Drinking Levels*

MARY C. DUFOUR, M.D., M.P.H.

*Although the benefits and risks associated with moderate drinking have gained increasing attention in recent years from both researchers and the general public, no universal definition of moderate drinking exists. Most currently used definitions are based on a certain number of drinks consumed in a specific time period. Defining a "drink," however, also is difficult because alcoholic beverages can differ substantially in their alcohol content, even within the same beverage category (e.g., beer, wine, or distilled spirits). Because international differences in drink definitions also exist, comparing studies from different countries is difficult. The development of a universal definition of moderate drinking is hampered further by variations in the way alcohol consumption levels and drinking patterns are being assessed (i.e., the survey methods and assessment modes). In light of these problems, definitions of moderate drinking and drinking guidelines have*

KEY WORDS: moderate AOD use; standard drink; alcohol

*Surprisingly, even in alcohol research no universally accepted standard-drink definition exists.*

1

ALCOHOL RESEARCH & HEALTH VOL. 23, No. 1, 1999

*The impact of inaccurate reporting in studies of alcohol and other drugs may be particularly severe.*

2

*Alcohol's effects on the drinker depend to a large extent on the blood alcohol levels achieved after alcohol consumption.*

3

## CONCLUSIONS

This article has reviewed some of the difficulties associated with defining drinking levels both in general and for moderate drinking in particular. Some of the difficulties encountered stem from variations among researchers in how they define a standard drink and what drinking levels they consider to be "moderate." Consequently, readers of scientific articles that explore various aspects of moderate drinking (including the remaining articles in this journal issue) must pay careful attention to the definitions used by each author.



Alcolodipendenza  
un fenomeno da contrastare  
per il bene dell'individuo e della società  
14 gennaio 2014 - L'Espresso - P. 118 - 119





Uno per il cuore.....  
Uno per il diabete.....

Uno per la calcolosi della colecisti...



*“Se è vero che esiste l’evidenza scientifica che un basso consumo regolare in certi gruppi è associato alla riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e del diabete di tipo 2, la ricerca di controllo non indica di incoraggiare i pazienti a usare l’alcol come un mezzo per ridurre i rischi di queste malattie. **Il consumo di alcol non può essere raccomandato come un farmaco preventivo.**”*

Framework on Alcohol Policies in the European Region . WHO

# IL RESVERATROL è “nudo”

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



**IJC** International Journal of Cancer

Epidemiology

**Can resveratrol in wine protect against the carcinogenicity of ethanol? A probabilistic dose-response assessment**

Dirk W Lachenmeier<sup>1,2,3,\*</sup>, Rolf Godelmann<sup>2</sup>, Barbara Witt<sup>2</sup>, Kerstin Riedel<sup>2</sup>, Jürgen Rehm<sup>1,4,5</sup>

DOI: 10.1002/ijc.28336

Copyright © 2013 UICC

Issue



International Journal of Cancer

Accepted Article (Accepted, unedited articles published online and citable. The final edited and typeset version of record will appear in future.)

Common knowledge assumes that resveratrol, which is often contained in wine, may act as an “anticarcinogen” and could ameliorate the carcinogenicity of ethanol for wine drinkers. Surprisingly, no literature is currently available to substantiate or refute this claim. This study quantitatively estimates the resveratrol intake for wine drinkers and shows that the assumption is invalid, as more than 100 glasses of wine per day would have to be drunk to reach effective dosages of resveratrol.



Sei in: [Il Fatto Quotidiano](#) > [Società](#) > "Il vino ...

## “Il vino rosso fa bene alla salute” La teoria è basata su dati inventati

Dipak Das, divenuto direttore del Cardiovascular Research Center della University of Connecticut proprio grazie ai suoi studi sugli effetti benefici del resveratrolo, ha falsificato le sue ricerche, inventato esperimenti e piegato i risultati alle conclusioni che più gli facevano comodo

di Redazione Il Fatto Quotidiano | 22 gennaio 2012

Commenti (181)

**Più informazioni su:** Birra, Connecticut, Dossier, Inchieste, Ricerca Scientifica, Vini.

Tweet 25

+1 23

Consiglia 966

Invia

580



Lo scienziato di origini indiane Dipak Das

Quante volte ce lo siamo sentiti ripetere: un bicchiere di vino rosso fa bene alla salute, in special modo al cuore e all'apparato circolatorio. Niente di più falso! Il padre di questa scoperta, **Dipak Das**, docente di chirurgia divenuto direttore del *Cardiovascular Research Center* della *University of Connecticut* proprio grazie ai suoi studi sugli effetti benefici del **resveratrolo** - la principale molecola antiossidante del vino rosso - ha falsificato i

dati delle sue ricerche, inventato esperimenti e piegato i risultati alle conclusioni che più gli facevano comodo.

E lo ha fatto ben 145 volte, in 26 differenti articoli scientifici. Lo ha reso noto la stessa università americana per cui Das lavora, attraverso una corposa inchiesta di 60 mila pagine durata tre anni, con la quale ha segnalato a undici importanti riviste specializzate che le ricerche da loro pubblicate sul vino rosso negli ultimi anni, a firma di Dipak Das e dei suoi collaboratori, si basavano, in realtà, su dati manipolati. Talvolta in maniera grossolana. Come dimostrano le candide ammissioni di uno studente, giovane collaboratore dell'equipe di Das, in una mail indirizzata al professore allegata agli atti dell'inchiesta accademica interna: "Ho cambiato le figure come mi avevi detto". Secondo il **rapporto** d'inchiesta, infatti, almeno due tesi di dottorato elaborate nel laboratorio di Das presentano "anomalie e immagini problematiche".



# Un bicchiere fa bene...

## NON SI PUO' DIRE,

### non si possono vantare proprietà salutistiche dell'alcol

Legge 125/2001 Art.13

E' vietata la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche che

b) **attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche** che non siano espressamente riconosciute dal Ministero della sanità;

**ERRORI**

## Non basta un bicchiere di vino per digerire le sentenze dell'Unione Europea



Il vino non è facilmente digeribile è una **notizia** difficile da mandar giù ma se a dirlo è la Corte di Giustizia Europea si può solo ingoiare l'amaro boccone, accettando a capo chino la sentenza emessa. La legge, d'altronde, parla chiaro: non si possono vantare le proprietà salutistiche di un prodotto alimentare che contenga più di 1,2 gradi di alcol per litro. Meno che mai si può si può scrivere in etichetta una frase del tipo "Edizione leggera, acidità lieve, facilmente digeribile" come

ha fatto una cantina cooperativa tedesca, incappata nelle maglie dei ricorsi presso la corte di giustizia. Una simile dicitura, dicono i giudici, "lascia intendere che il vino venga assorbito e digerito bene, e sottintende che il sistema digerente non ne soffre o ne soffre poco, anche in seguito a più consumi". Trattandosi di alcol, di seguito chiamato "Il Male", vantaggi per la salute non ce ne sono, nonostante le millanta ricerche scientifiche che Google vomita *ognidi*.



# Summary of IARC evaluation

- There is sufficient evidence in humans for the carcinogenicity of alcoholic beverages.
- The occurrence of malignant tumours of the oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus, liver, female breast and colorectum is causally related to the consumption of alcoholic beverages.
- There is evidence suggesting lack of carcinogenicity in humans for alcoholic beverages and cancer of kidney and non-Hodgkin lymphoma. Limited evidence for pancreas.
- There is substantial mechanistic evidence in humans with aldehyde dehydrogenase deficiency that acetaldehyde derived from the metabolism of ethanol in alcoholic beverages contributes to the causation of malignant oesophageal tumours.
- There is sufficient evidence in experimental animals for the carcinogenicity of ethanol.
- There is sufficient evidence in experimental animals for the carcinogenicity of acetaldehyde.

## Overall evaluation:

- **Alcoholic beverages are carcinogenic to humans (Group 1).**
- **Ethanol in alcoholic beverages is carcinogenic to humans (Group 1).**
  - **Acetaldehyde associated with alcohol consumption is carcinogenic to humans (Group 1).**

# SIA, SOCIETA' ITALIANA ALCOLOGIA

## L'ALCOL E' CANCEROGENO

  
Società Italiana di Alcolgia

**LE BEVANDE ALCOLICHE  
SONO CANCEROGENE PER L'UOMO\***  
**L'ALCOL  
CONTENUTO NELLE BEVANDE ALCOLICHE  
È CANCEROGENO PER L'UOMO\***

**L'ALCOL  
È UNA SOSTANZA CANCEROGENA.  
COME IL FUMO DI TABACCO.**



\*IARC, Int. Ag. Res. Cancer, WHO Monographs, (2010)

**Più bevi, più aumenti il rischio di sviluppare il cancro:  
anche a partire da un solo bicchiere.**

**INFORMATI!**  
Rivolgiti al tuo medico di fiducia  
o ai servizi specialistici e di alcolgia.



# CHIARIAMO ... GENERALIZZARE NON SI PUO'

NON ESISTONO QUANTITA' SICURE DI CONSUMO E ANCHE LA  
MODERAZIONE PRESENTA RISCHI.

LE DONNE SONO PIU' VULNERABILI ALL' ALCOL

NEI GIOVANI PIU' TARDI SI INIZIA A BERE E MINORE SARA' IL RISCHIO DI  
COMPROMISSIONE DEL NORMALE PROCESSO DI SVILUPPO PSICOFISICO

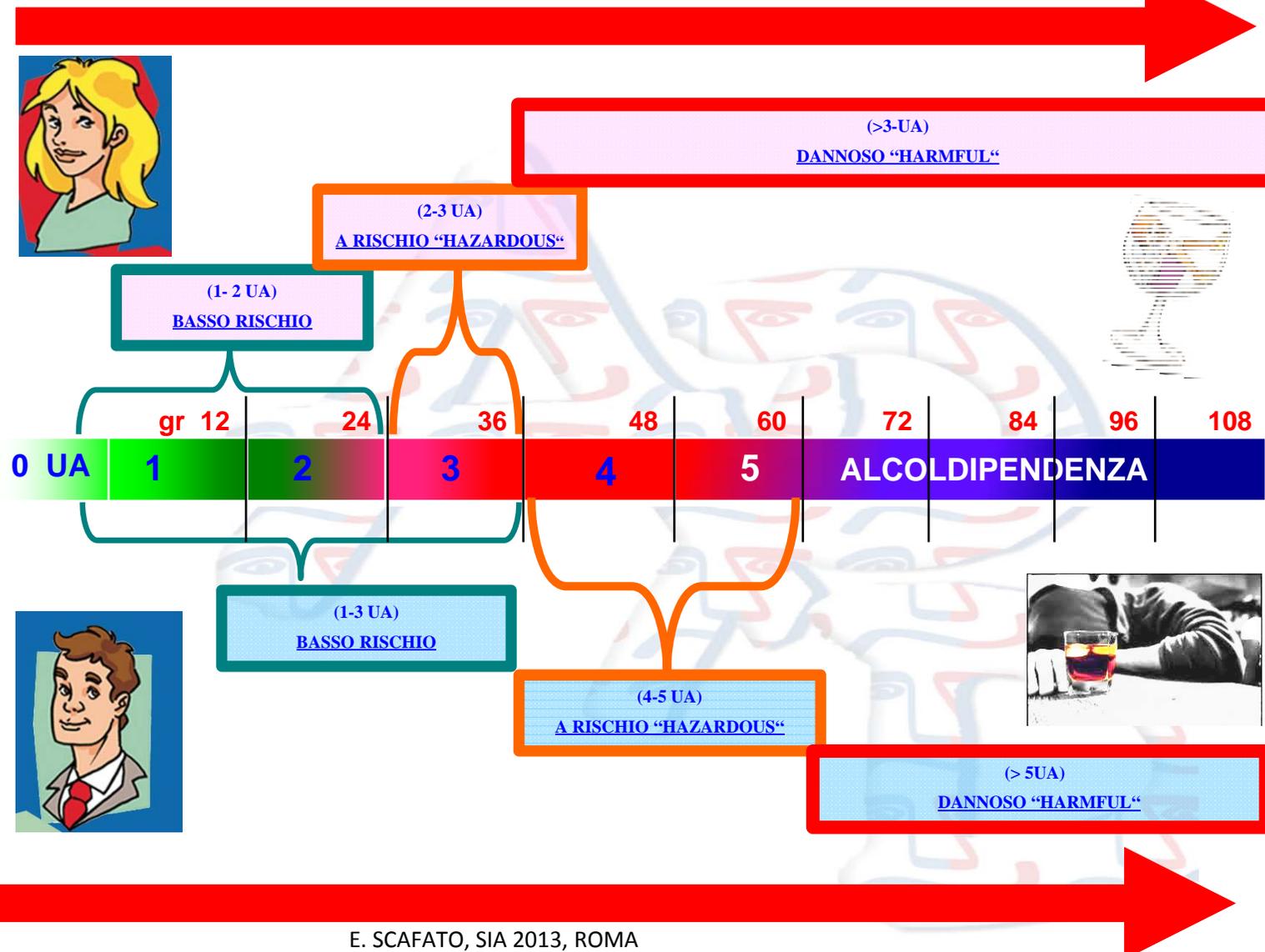
E' la quantità di alcol consumata combinata  
alla frequenza di consumo che determina il  
**RISCHIO e il DANNO**

che aumentano progressivamente con le quantità consumate in funzione di  
PESO, ETA', SESSO, condizioni di assunzione (a digiuno o ai pasti).



# Rischio ALCOL come *continuum* con spostamenti della persona da una categoria di consumo all'altro nel corso della vita

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



E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA



# Distribuzione(%) delle abitudini di consumo delle persone di età ≥11 anni ed analisi dei consumi giornalieri per sesso . Anno 2013

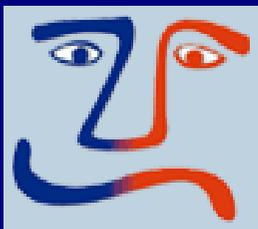


Dei circa 8,6 milioni di consumatori a rischio di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile stimare in circa

**460.000 i consumatori giornalieri "dannosi" di oltre 5 bicchieri di bevande alcoliche e**

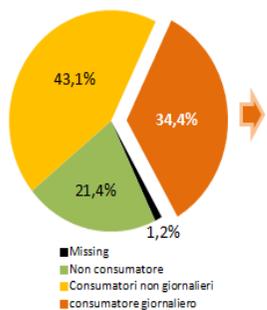
**300.000 circa le consumatrici giornaliere "dannose" di oltre tre bicchieri di bevande alcoliche**

(410.00 se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa)



# 760.000 consumatori "HIGH RISK"

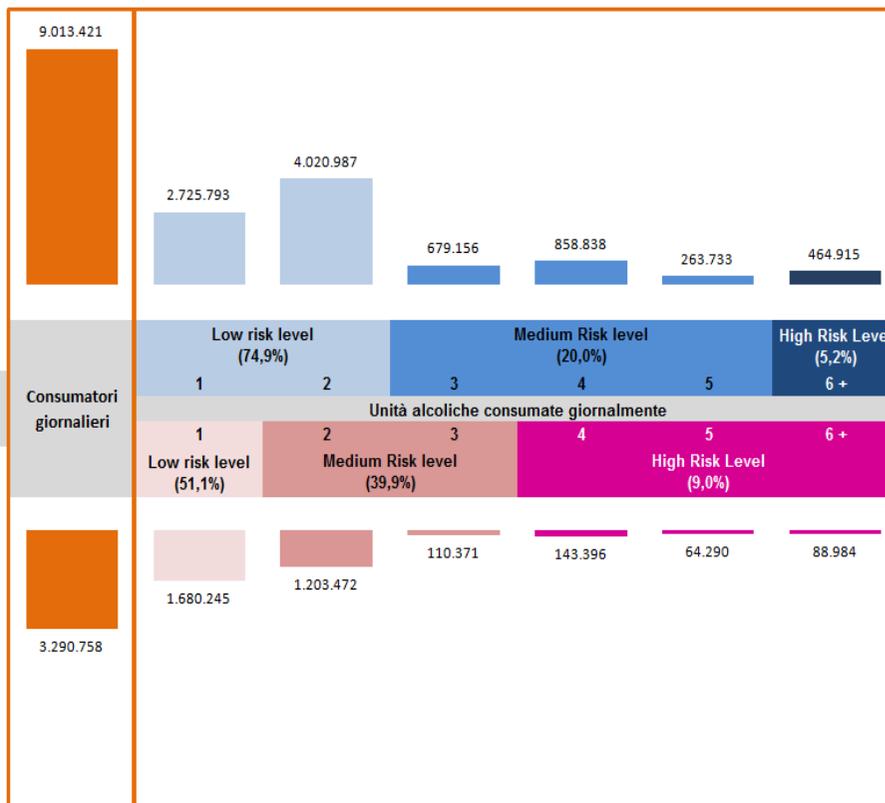
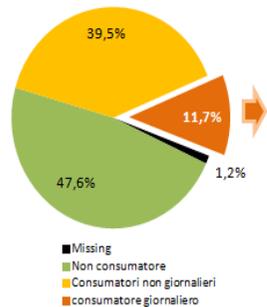
ITALIA - Anno 2013



Maschi (%)

POPOLAZIONE 11+

Femmine (%)



Dei circa 8,6 milioni di consumatori a rischio di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile stimare in circa

460.000 i consumatori giornalieri "dannosi" di oltre 5 bicchieri di bevande alcoliche e

300.000 le consumatrici giornaliere "dannose" di oltre tre bicchieri di bevande alcoliche

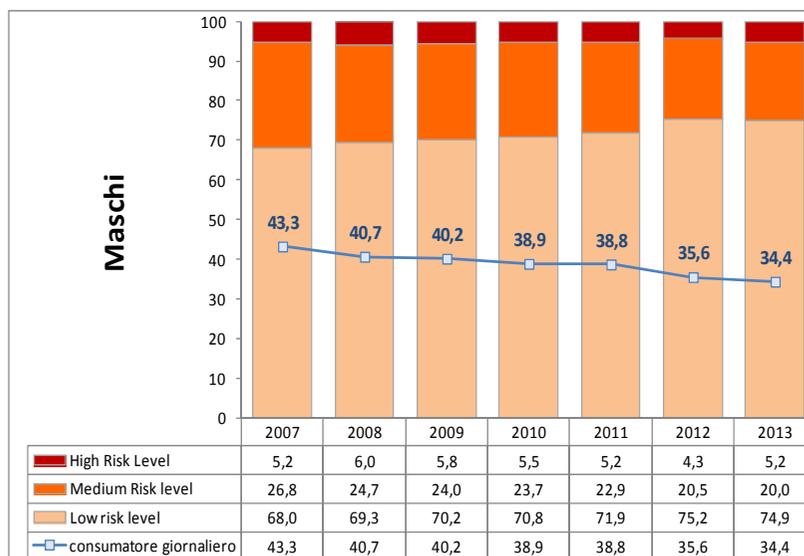
(410.00 se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa)

Tra gli oltre 12.000.000 di consumatori giornalieri consuma in modalità a maggior rischio (medium+high)

- un uomo su quattro (25,2%)
- una donna su due (48,9%)



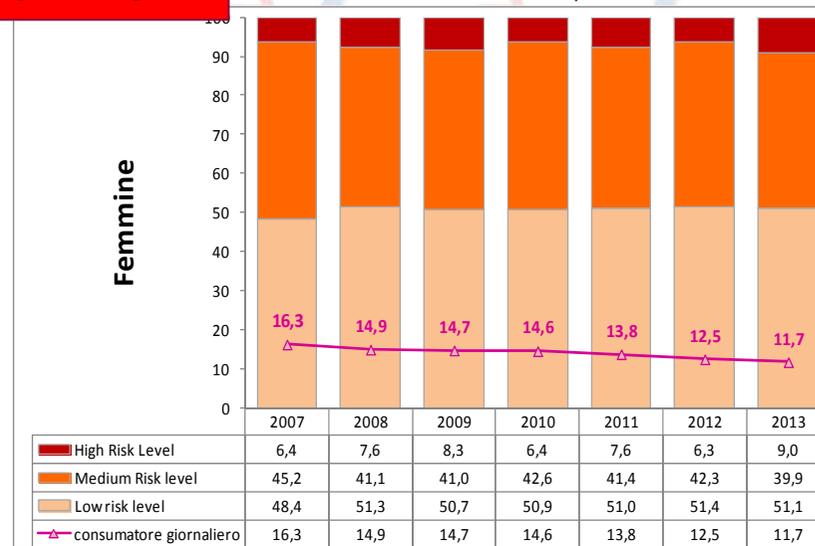
## L'analisi dei consumi giornalieri nel corso degli ultimi 7 anni



- la prevalenza dei consumatori giornalieri di bevande alcoliche
- leggermente la percentuale dei consumatori giornalieri in modalità **low risk**
- leggermente la percentuale dei consumatori giornalieri in modalità **medium risk**
- **stabile la percentuale dei consumatori giornalieri in modalità high risk**

**Zoccolo duro HIGH RISK**

- la prevalenza delle consumatrici giornalieri di bevande alcoliche
- stabile la percentuale delle consumatrici giornalieri in modalità **low risk**
- la percentuale delle consumatrici giornalieri in modalità **medium risk**
- **percentuale delle consumatrici giornalieri in modalità high risk rispetto al 2007 ed alla precedente rilevazione**





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

## Reviews and Overviews

*Mechanisms of Psychiatric Illness*

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

Deborah S. Hasin, Ph.D.

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

Marc Auriacombe, M.D.

Guilherme Borges, Sc.D.

Kathleen Bucholz, Ph.D.

Alan Budney, Ph.D.

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

Thomas Crowley, M.D.

Walter Ling, M.D.

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc Schuckit, M.D.

Bridget F. Grant, Ph.D.

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

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

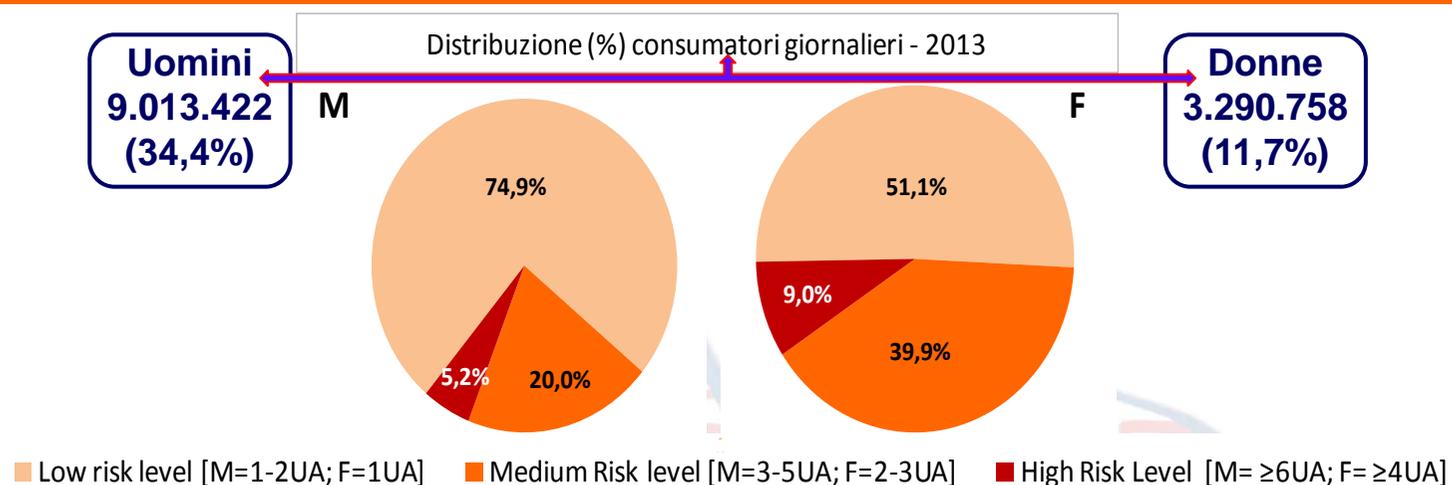
This article presents the major issues and evidence considered by the work group, which included literature reviews and extensive new data analyses. The work group recommendations for DSM-5 revisions included combining abuse and dependence criteria into a single substance use disorder based on consistent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

*(Am J Psychiatry 2013; 170:834–851)*

E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA



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



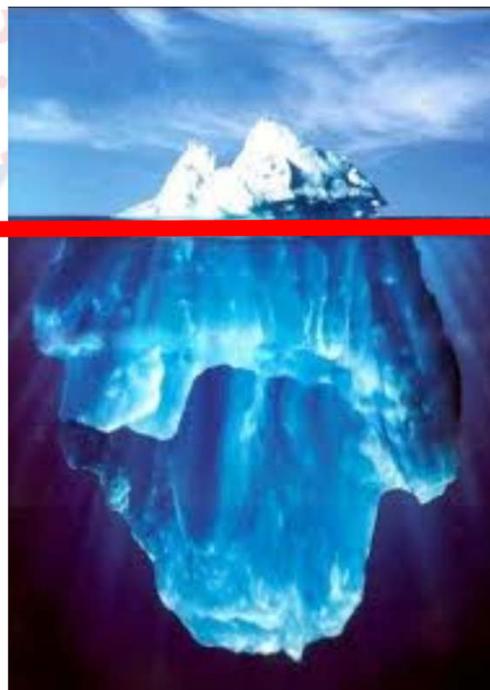
**ALCOLDIPENDENTI  
IN CARICO  
AI SERVIZI**

**Nuovi utenti**  
20.983  
**Utenti già in carico**  
50.128

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

**Consumatori  
Dannosi**  
761.585  
(M=464.915-F=296.670)

**ALCOLDIPENDENTI**





Ministero della Salute  
Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione  
Direzione Generale della Prevenzione

# 71.111 Alcolodipendenti

## RILEVAZIONE ATTIVITÀ NEL SETTORE DELL' ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2012 -



Tab.9 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

### UTENTI TOTALI

REGIONE	2007				2008				2009				2010				2011				2012			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F																				
PIEMONTE	4.360	1.478	5.838	2,9	4.757	1.494	6.251	3,2	4.741	1.444	6.185	3,3	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,2	5.694	1.830	7.524	3,1
VALLE D'AOSTA	223	58	281	3,8	266	69	335	3,9	291	68	359	4,3	279	74	353	3,8	239	72	311	3,3	251	67	318	3,7
LOMBARDIA	6.983	2.089	9.072	3,3	8.742	2.420	11.162	3,6	9.716	2.418	12.134	4,0	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,2	9.289	2.144	11.433	4,3
PROV. AUTON. BOLZANO	1.695	550	2.245	3,1	1.875	579	2.454	3,2	1.744	548	2.292	3,2	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,1	1.372	468	1.840	2,9
PROV. AUTON. TRENTO	1.985	527	2.512	3,8	2.132	595	2.727	3,6	2.225	717	2.942	3,1	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,5	2.825	671	3.496	4,2
VENETO	8.341	2.237	10.578	3,7	10.949	3.099	14.048	3,5	11.492	3.010	14.502	3,8	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,8	7.768	2.008	9.776	3,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.902	367	2.269	5,2	2.617	557	3.174	4,7	3.198	758	3.956	4,2	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,6	3.053	866	3.919	3,5
LIGURIA	697	269	966	2,6	1.340	471	1.811	2,8	1.207	461	1.668	2,6	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,8	1.353	544	1.897	2,5
EMILIA ROMAGNA	3.911	1.428	5.339	2,7	3.961	1.595	5.556	2,5	4.113	1.573	5.686	2,6	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,4	3.987	1.534	5.521	2,6
TOSCANA	2.732	1.033	3.765	2,6	3.361	1.318	4.679	2,6	779	278	1.057	2,8	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,6	3.791	1.535	5.326	2,5
UMBRIA	1.594	358	1.952	4,5	1.696	394	2.090	4,3	2.221	488	2.709	4,6	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,3	2.100	463	2.563	4,5
MARCHE	1.195	350	1.545	3,4	1.167	383	1.550	3,0	1.321	352	1.673	3,8	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,4	1.027	402	1.429	2,6
LAZIO	2.155	590	2.745	3,7	2.313	678	2.991	3,4	1.701	501	2.202	3,4	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,5	1.476	496	1.972	3,0
ABRUZZO	945	305	1.250	3,1	868	268	1.136	3,2	617	253	870	2,4	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,8	874	224	1.098	3,9
MOLISE	-	-	-	-	105	20	125	5,3	368	74	442	5,0	360	72	432	5,0	246	48	294	5,1	369	80	449	4,6
CAMPANIA	1.747	334	2.081	5,2	1.586	313	1.899	5,1	1.100	237	1.337	4,6	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,2	2.204	540	2.744	4,1
PUGLIA	1.327	292	1.619	4,5	1.446	336	1.782	4,3	1.754	364	2.118	4,8	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,6	321	74	395	4,3
BASILICATA	335	95	430	3,5	350	92	442	3,8	356	100	456	3,6	93	30	123	3,1	375	78	453	4,8	424	95	519	4,5
CALABRIA	1.082	162	1.244	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,1	1.218	253	1.471	4,8
SICILIA	1.812	334	2.146	5,4	1.960	376	2.336	5,2	2.350	422	2.772	5,6	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,7	2.399	444	2.843	5,4
SARDEGNA	418	83	501	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.771	437	2.208	4,1	3.190	693	3.883	4,6	3.734	844	4.578	4,4
ITALIA	45.439	12.939	58.378	3,5	51.491	15.057	66.548	3,4	51.294	14.066	65.360	3,6	35.125	9.902	45.027	3,5	45.771	12.351	58.122	3,7	55.529	15.582	71.111	3,6



Ministero della Salute  
Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione  
Direzione Generale della Prevenzione

# 20.983 nuovi utenti

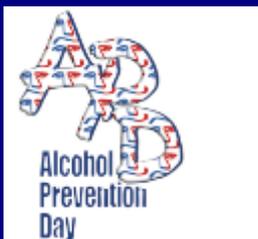
## RILEVAZIONE ATTIVITÀ NEL SETTORE DELL' ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2012 -

Tab.10- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2011

CLASSI DI ETA'	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	131	1,0	43	1,2	174	1,0	78	0,2	24	0,3	102	0,2	209	0,5	67	0,5	276	0,5
20-29	1.766	13,5	312	8,8	2.078	12,5	2.864	8,7	466	5,3	3.330	8,0	4.630	10,1	778	6,3	5.408	9,3
30-39	3.269	25,1	822	23,1	4.091	24,7	7.276	22,2	1.554	17,7	8.830	21,3	10.545	23,0	2.376	19,2	12.921	22,2
40-49	3.868	29,7	1.112	31,3	4.980	30,0	10.286	31,4	2.913	33,1	13.199	31,8	14.154	30,9	4.025	32,6	18.179	31,3
50-59	2.585	19,8	773	21,8	3.358	20,2	7.647	23,4	2.334	26,5	9.981	24,0	10.232	22,4	3.107	25,2	13.339	23,0
>=60	1.415	10,9	490	13,8	1.905	11,5	4.586	14,0	1.508	17,1	6.094	14,7	6.001	13,1	1.998	16,2	7.999	13,8
<b>TOTALE</b>	<b>13.034</b>	<b>100,0</b>	<b>3.552</b>	<b>100,0</b>	<b>16.586</b>	<b>100,0</b>	<b>32.737</b>	<b>100,0</b>	<b>8.799</b>	<b>100,0</b>	<b>41.536</b>	<b>100,0</b>	<b>45.771</b>	<b>100,0</b>	<b>12.351</b>	<b>100,0</b>	<b>58.122</b>	<b>100,0</b>

Tab.10 - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2012

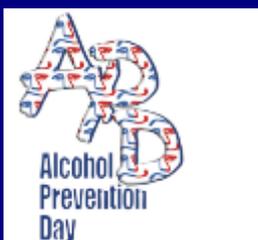
CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	141	0,9	47	1,1	188	0,9	153	0,4	48	0,4	201	0,4	294	0,5	95	0,6	389	0,5
20-29	2.241	13,6	460	10,3	2.701	12,9	2.929	7,5	517	4,7	3.446	6,9	5.170	9,3	977	6,3	6.147	8,6
30-39	4.079	24,7	1.013	22,6	5.092	24,3	8.224	21,1	1.799	16,2	10.023	20,0	12.303	22,2	2.812	18,0	15.115	21,3
40-49	4.825	29,2	1.373	30,7	6.198	29,5	12.292	31,5	3.702	33,3	15.994	31,9	17.117	30,8	5.075	32,6	22.192	31,2
50-59	3.170	19,2	945	21,1	4.115	19,6	9.570	24,5	3.083	27,8	12.653	25,2	12.740	22,9	4.028	25,9	16.768	23,6
>=60	2.053	12,4	636	14,2	2.689	12,8	5.852	15,0	1.959	17,6	7.811	15,6	7.905	14,2	2.595	16,7	10.500	14,8
<b>TOTALE</b>	<b>16.509</b>	<b>100,0</b>	<b>4.474</b>	<b>100,0</b>	<b>20.983</b>	<b>100,0</b>	<b>39.020</b>	<b>100,0</b>	<b>11.108</b>	<b>100,0</b>	<b>50.128</b>	<b>100,0</b>	<b>55.529</b>	<b>100,0</b>	<b>15.582</b>	<b>100,0</b>	<b>71.111</b>	<b>100,0</b>



# ALCOLDIPENDENZA

I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano complessivamente il 9,1% dell'utenza totale, una percentuale consistente anche se in lieve calo rispetto a quella del 2011, che era pari al 9,8%.

I nuovi utenti al di sotto dei 30 anni rappresentano il 13,7% del totale della nuova utenza, percentuale in lieve aumento rispetto a quella del 2011, pari al 13,5%.



Oltre 7 milioni di euro di costi per farmaci per l'alcoldipendenza con incremento del 68 % in 5 anni (prevalentemente non convenzionata)

Tab. 27

**TREND DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE**  
(CONVENZIONATA + NON CONVENZIONATA)

Trend di spesa (euro)					
Periodo	conv.	non conv.	totale	% conv.	% non conv.
2007	477.553	4.014.723	4.492.276	11	89
2008	480.467	3.990.040	4.470.507	11	89
2009	544.176	5.552.441	6.096.617	9	91
2010	490.998	5.714.803	6.205.801	8	92
2011	717.974	7.156.472	7.874.446	9	91
2012	1.043.052	6.005.453	7.048.505	15	85
<b>2013</b>	<b>1.197.926</b>	<b>6.334.839</b>	<b>7.532.765</b>	<b>16</b>	<b>84</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.952.147</b>	<b>38.768.771</b>	<b>43.720.918</b>	<b>11</b>	<b>89</b>
<b>Var % 2007-2013</b>	<b>151</b>	<b>58</b>	<b>68</b>		
<b>Var % 2012-2013</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>7</b>		

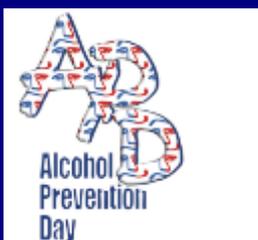
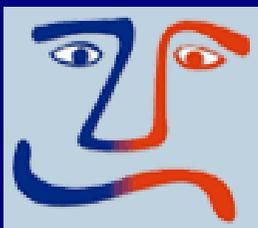


# Disomogeneità dei programmi di trattamento: mancanza di linee guida o adattamento in funzione delle risorse ?

Tab.18 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2012

REGIONE	Medico farmaceutico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio-riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	27,5	9,4	2,7	30,2	5,2	12,4	2,5	0,9	0,3	0,3	1,5	0,3	0,1	7,1
VALLE D'AOSTA	40,9	5,6	2,0	16,7	3,6	10,0	10,9	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	22,2	8,6	3,6	23,7	1,3	20,5	2,2	0,8	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	16,7
PROV.AUTON.BOLZANO	18,7	11,4	2,6	21,2	4,8	1,3	5,1	4,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	28,1
PROV.AUTON.TRENTO	8,5	0,0	0,0	69,9	11,4	5,3	1,1	1,0	0,2	0,0	2,5	0,1	0,0	0,0
VENETO	25,7	5,1	3,9	25,3	10,6	11,6	2,0	2,6	1,4	0,0	0,3	0,2	0,0	11,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	13,6	3,7	5,4	28,3	10,7	10,5	0,7	6,8	0,1	0,6	0,2	0,0	3,6	15,8
LIGURIA	40,9	12,7	5,6	22,4	4,4	7,4	2,9	1,7	0,4	0,0	1,4	0,1	0,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	47,7	2,9	1,8	10,8	2,7	22,4	4,3	0,3	0,1	0,6	0,4	0,2	0,3	5,7
TOSCANA	35,4	3,2	1,4	26,7	11,2	12,2	4,0	2,2	0,6	0,4	0,4	0,2	0,0	1,9
UMBRIA	16,3	9,4	2,5	45,1	12,3	7,5	2,6	1,2	0,3	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0
MARCHE	24,8	14,9	3,4	30,0	0,9	13,6	4,5	3,6	1,0	0,0	3,0	0,1	0,0	0,0
LAZIO	27,1	13,8	5,0	24,1	6,9	12,8	3,1	1,6	1,2	0,0	2,6	0,2	0,0	1,7
ABRUZZO	19,6	5,6	1,7	24,1	2,7	8,0	1,1	0,6	0,4	0,1	1,0	0,0	0,0	35,0
MOLISE	23,3	15,2	6,2	25,1	6,8	19,7	1,8	0,6	0,8	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
CAMPANIA	31,7	9,3	4,2	28,2	4,3	12,7	2,2	2,6	2,2	0,0	1,7	0,7	0,0	0,3
PUGLIA	19,1	14,2	6,4	24,3	1,3	22,4	5,3	2,6	2,8	0,0	1,3	0,0	0,0	0,2
BASILICATA	23,6	13,5	5,6	23,4	9,0	17,7	2,8	2,0	1,2	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	36,7	5,1	3,4	34,7	1,0	15,5	1,3	2,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SICILIA	28,7	12,3	4,8	26,3	3,3	17,8	2,7	1,5	1,5	0,0	0,8	0,3	0,0	0,0
SARDEGNA	34,7	6,9	5,2	26,7	10,9	8,2	3,2	1,9	1,6	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1
ITALIA	27,3	7,5	3,5	26,5	6,3	13,5	2,6	1,9	0,7	0,2	0,9	0,1	0,2	8,8

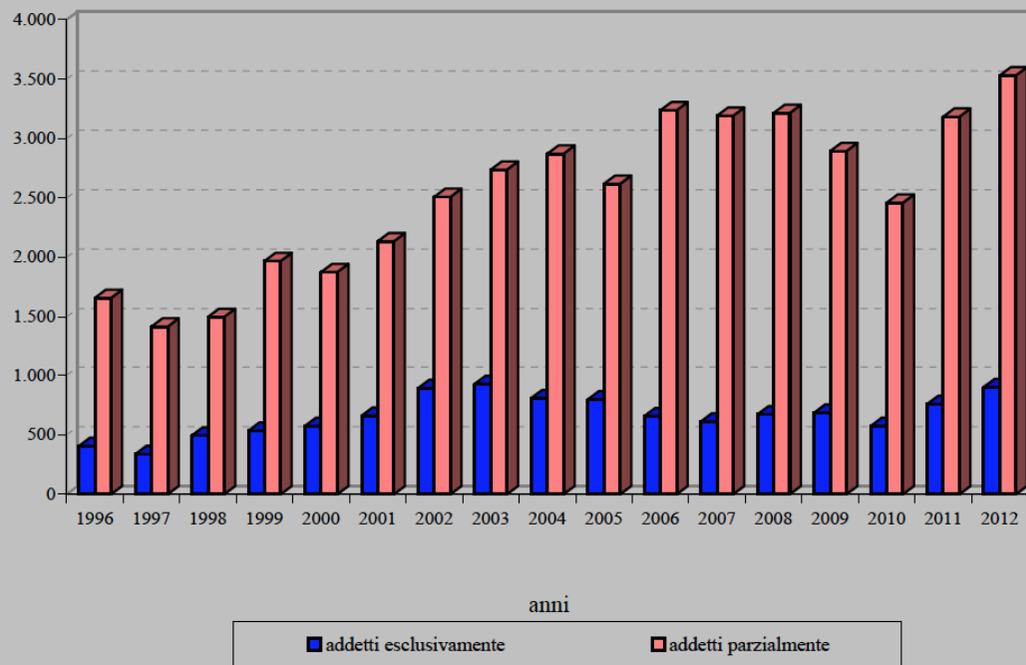
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII





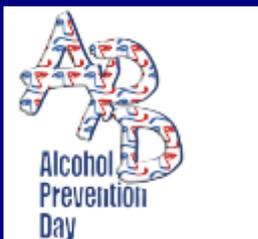
Poco più del 20 % circa del personale è da anni **ESCLUSIVAMENTE ADDETTO** all'alcoldipendenza

Graf. 2 - **PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA**



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

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



Prevenzione e mode: due velocità diverse,  
differenti target da considerare

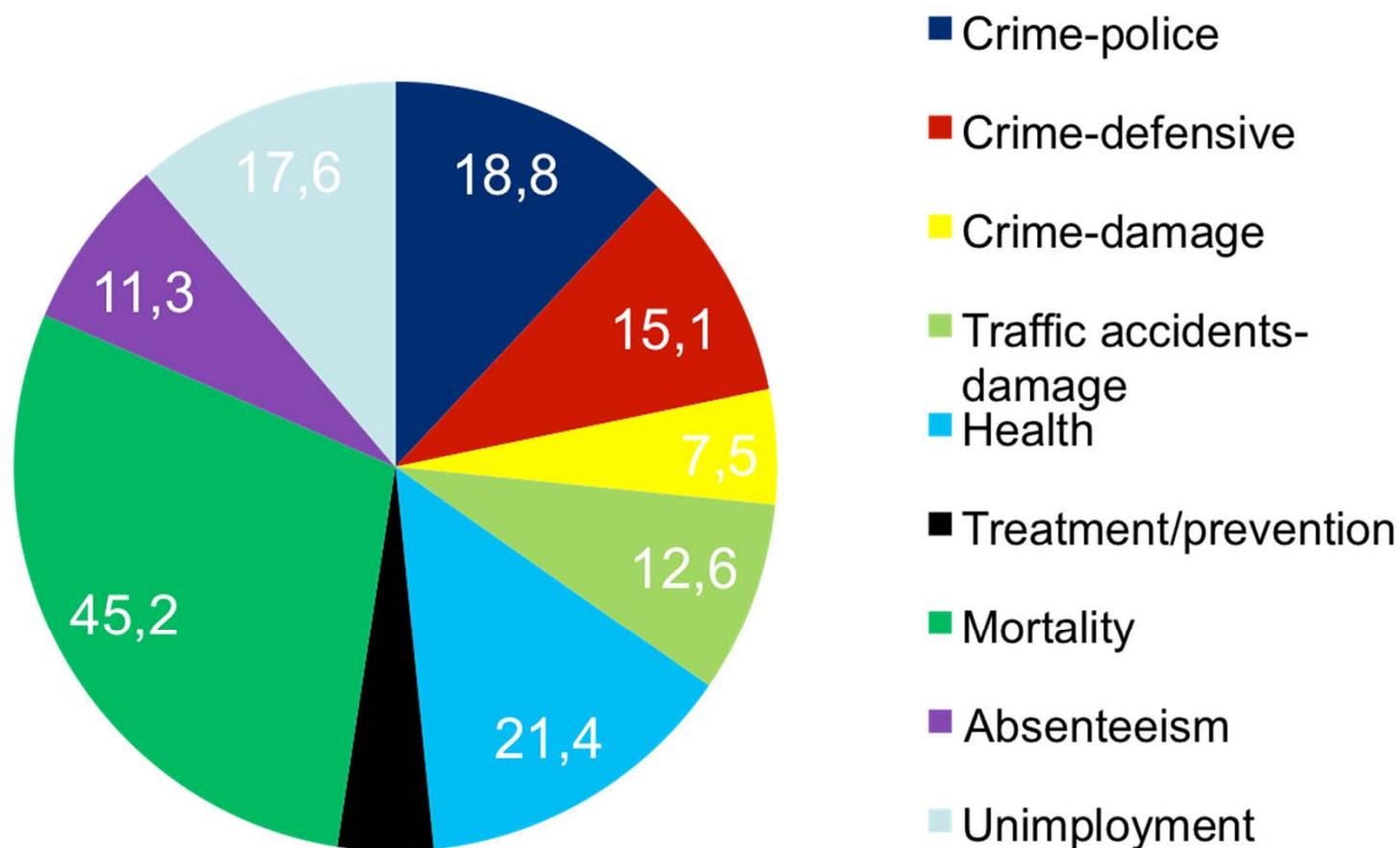
**Che la prevenzione sia necessaria non  
c'è dubbio MA da sola non basta.**

Le mode e il mercato hanno dinamiche, velocità e risorse incomparabili con la predisposizione altrettanto tempestiva di efficaci misure di intervento. Nel caso dei minori, inoltre, la prevenzione si sovrappone al rispetto della legalità, competenza evidentemente non sanitaria.

- L'approccio di popolazione richiede di incrementare la consapevolezza,
- L'approccio "a rischio" richiede di garantire identificazione precoce e interventi disponibili e accessibili.

Sono "lavori" differenti

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



# La sfida della complessità: come affrontarla

Nella prevenzione non è possibile ricorrere a soluzioni univoche e standardizzate applicabili in qualunque situazione e contesto con tutti i soggetti.

Le risposte richieste non sono solo sanitarie

**La risposta pubblica SANITARIA è prerogativa della Sanità e prevenzione vuol dire farlo, farlo prima, farlo bene e ....saperlo fare**



## PIANO D'AZIONE EUROPEO PER RIDURRE IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL 2012-2020

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



## Risoluzione EUR/RC61/R4 del Comitato Regionale dell'OMS per L'Europa

### Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020

#### Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi dovrebbero progressivamente ridurre il divario tra il numero di persone che potrebbero trarre beneficio da un counseling sul consumo di alcol per ridurre o prevenirne i danni, l'impegno in programmi di riabilitazione sociale o trattamenti per disturbi dovuti all'uso di alcol e il numero di coloro che ricevono effettivamente tale counseling o trattamento.

#### Indicatori

Gli indicatori dovrebbero includere la percentuale della popolazione adulta che mostra un consumo rischioso e dannoso di alcol, e la percentuale della popolazione che mostra un consumo di alcol a rischio o dannoso che ha ricevuto una terapia e counseling da parte di un medico di medicina generale per ridurre il consumo di alcol.

## Risposta dei servizi sanitari

### Presentazione

Il settore sanitario e, attraverso il suo sostegno, il benessere sociale, i settori dell'istruzione e dei luoghi di lavoro hanno possibilità reali di ottenere benefici per la salute e risparmi finanziari attraverso l'attuazione diffusa di brevi programmi informativi che hanno dimostrato di ridurre malattie e morte prematura dovute a consumo rischioso e dannoso di alcol,<sup>5</sup> e l'attuazione di programmi di trattamento basati sull'evidenza per i disturbi dovuti all'uso di alcol. L'accento dovrebbe essere messo anche sui modi per aiutare a ridurre il

<sup>5</sup>Considerato come consumo di alcol superiore a 40 g al giorno per un uomo e 30 g al giorno per una donna.

Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020

27

### Contesto

I disturbi da uso di alcol, compreso il consumo dannoso di alcol e dipendenza da alcol, sono ufficialmente classificati nella lista dei disturbi mentali e del comportamento della International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), 10a revisione (ICD-10). In generale, la prevalenza di disturbi da uso di alcol è piuttosto elevata, e in molti paesi, gli adulti che bevono almeno 40 g di alcol al giorno per un

28

Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020

### Dieci aree di azione

uomo e 30 g per una donna sono circa uno su sei, e 1 su 16 sono gli adulti affetti da dipendenza da alcol ogni anno.

In quasi tutti i paesi studiati, vi è un notevole divario tra il numero di persone che potrebbero trarre beneficio dal counseling sul consumo di alcol, l'impegno in programmi di riabilitazione sociale o di trattamento e il numero di coloro che ricevono tale counseling o trattamento. È stato stimato che solo 1 su 20 di coloro che fanno un uso rischioso o dannoso di alcol sono effettivamente identificati e ricevono un intervento breve da parte di un medico di medicina generale; allo stesso modo, meno di 1 persona su 20 che abbia una diagnosi di dipendenza da alcol ha effettivamente avuto un consulto con uno specialista per un trattamento

## Opzioni per l'azione

Tutte le evidenze suggeriscono che la maggior parte dei bevitori con consumo dannoso e rischioso non ricevono automaticamente consigli da parte dei medici di medicina generale, e che molte persone con disturbi dovuti all'uso di alcol che potrebbero trarre beneficio da un trattamento non lo ricevono. Lasciare invariata la situazione corrente potrebbe essere considerato privo di costo, ma questa è un'affermazione ingannevole. Gli investimenti in programmi di identificazione precoce e di intervento breve non solo migliorano la salute e salvano vite umane, ma permettono anche di risparmiare il denaro del sistema sanitario.

30

Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020



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

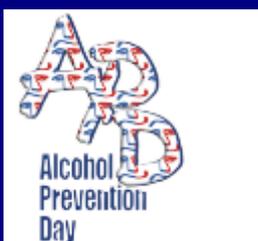
### L'atteggiamento degli operatori sanitari

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

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

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





# L'identificazione precoce, l'intervento breve

Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA) research project

## Addiction



REVIEW

doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03335.x

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

Colin Drummond<sup>1</sup>, Antoni Gual<sup>2</sup>, Cees Goos<sup>3</sup>, Christine Godfrey<sup>4</sup>, Paolo Deluca<sup>1</sup>, Christoph Von Der Goltz<sup>5</sup>, Gerhard Gmel<sup>6</sup>, Emanuele Scafato<sup>7</sup>, Amy Wolstenholme<sup>1</sup>, Karl Mann<sup>5</sup>, Simon Coulton<sup>8</sup> & Eileen Kaner<sup>9</sup>

National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK,<sup>1</sup> La Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat, Institut de Psiquiatria i Psicologia (IDIBAPS), Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (HCPB), Barcelona, Spain,<sup>2</sup> Anton Proksch Institute, Vienna, Austria,<sup>3</sup> Department of Health Sciences, University of York, York, UK,<sup>4</sup> Central Institute of Mental Health, Mannheim, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany,<sup>5</sup> Swiss Institute for the Prevention of Alcoholism and other Drugs (SIPA), Lausanne, Switzerland,<sup>6</sup> National Observatory on Alcohol (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy,<sup>7</sup> Centre for Health Service Studies, University of Kent, Canterbury, UK<sup>8</sup> and Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle, UK<sup>9</sup>

### WHAT RESEARCH QUESTIONS REMAIN TO BE ANSWERED?

Our literature review has identified gaps in knowledge about the prevalence of AUDs and the availability of alcohol interventions in Europe. Within the AMPHORA project work package on 'Early identification and treatment', we aim to evaluate the public health impact of screening and brief interventions and treatment in a variety of health settings across Europe. Further, we aim to conduct a needs assessment for AUDs across various European countries to assess the gap between need and access to interventions, and explore the factors that may be responsible for differences between countries.

*Question 1: what are the characteristics of the alcohol intervention systems in a range of European countries?*

*Question 2: what is the alcohol intervention service provision in Europe?*

*Question 3: what is the prevalence of AUD and gap in access to alcohol interventions across a range of European countries?*

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



**MEETING ABSTRACT**

**Open Access**

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

Emanuele Scafato<sup>1</sup>, Claudia Gandin<sup>1\*</sup>, Silvia Ghirini<sup>1</sup>, Lucia Galluzzo<sup>1</sup>, Sonia Martire<sup>1</sup>, Lucilla Di Pasquale<sup>1</sup>, Alfredo Cuffari<sup>2</sup>

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



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

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

**Deliverable 2.5, Work Package 6**

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

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

### Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA

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

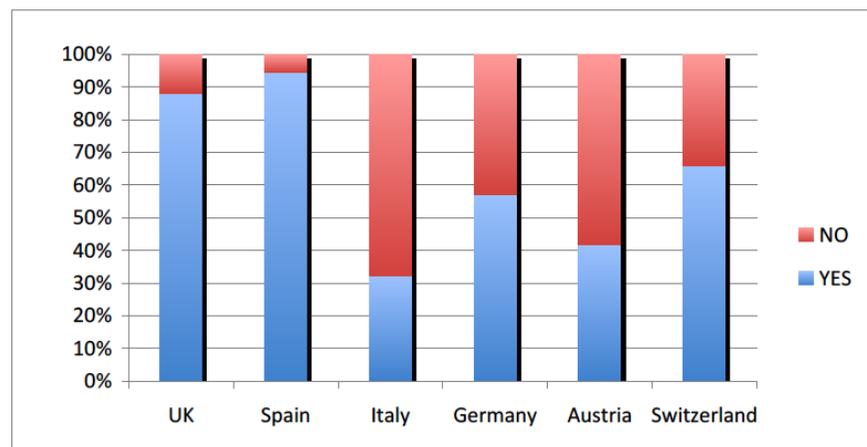


**CHAPTER 9: ALCOHOL INTERVENTIONS AND TREATMENTS IN EUROPE**

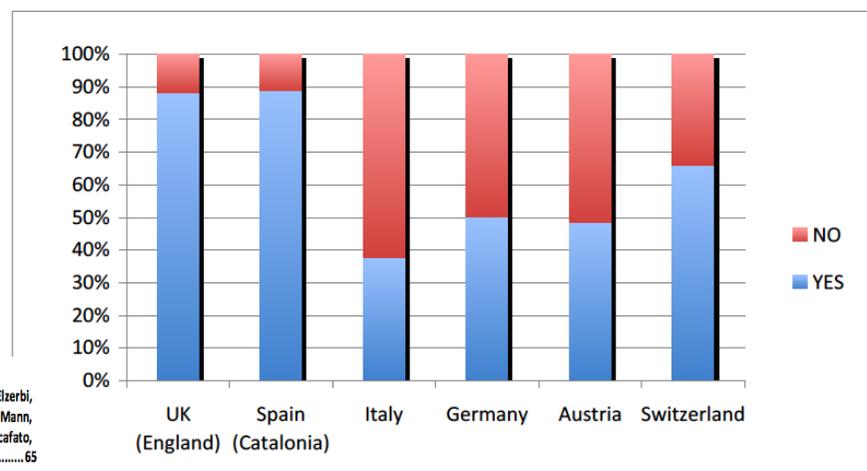
Amy Wolstenholme, Colin Drummond, Paolo Deluca, Zoe Davey, Catherine Elzerbi, Antoni Gual, Noemi Robles, Cees Goos, Julian Strizek, Christine Godfrey, Karl Mann, Evangelos Zois, Sabine Hoffman, Gerhard Gmel, Hervé Kuendig, Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Simon Coulton & Eileen Kaner.....65



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



**Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?**



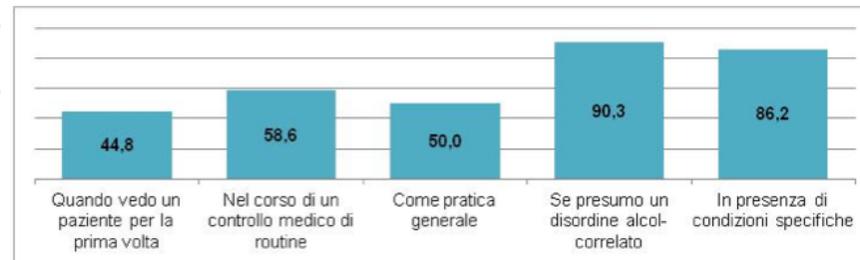
# FORMAZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE (IN RETE CON I SERVIZI)



## 2. IDENTIFICAZIONE PRECOCE

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

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

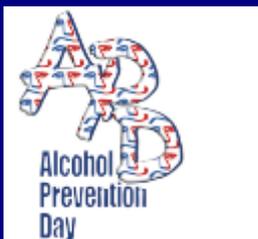


Percentuale di partecipanti che hanno risposto "spesso" e/o "sempre"

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

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

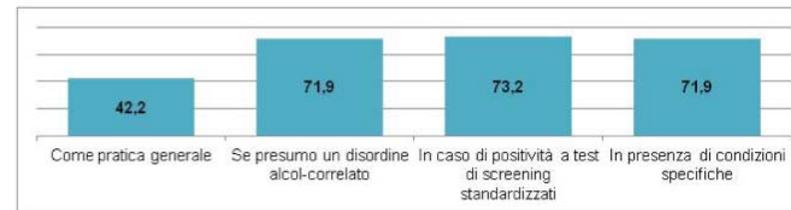
# FORMAZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE (IN RETE CON I SERVIZI)



## 3. INTERVENTO BREVE

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

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



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

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

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

# SCREENING AND BRIEF INTERVENTION - ITALY

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



RESEARCH ARTICLE

Open Access

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

Colin Angus<sup>1\*</sup>, Emanuele Scafato<sup>2</sup>, Silvia Ghirini<sup>2</sup>, Aleksandra Torbica<sup>3</sup>, Francesca Ferre<sup>3</sup>, Pierluigi Struzzo<sup>4</sup>, Robin Purshouse<sup>5</sup> and Alan Brennan<sup>1</sup>

### Abstract

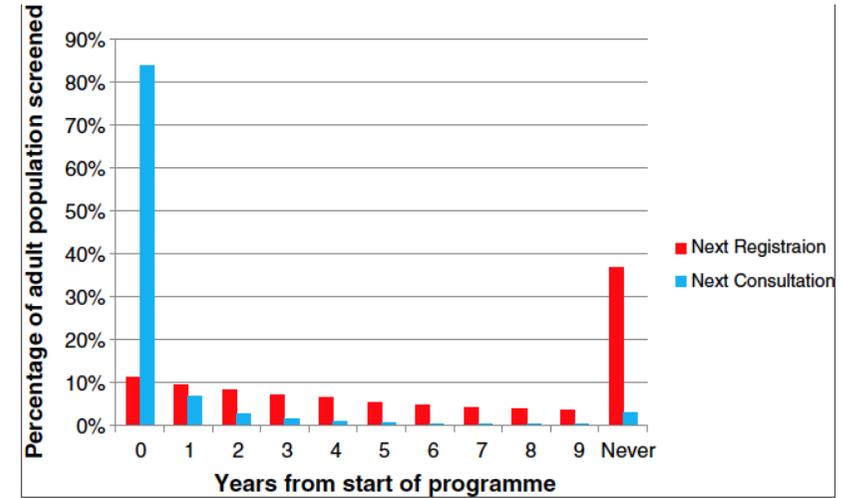
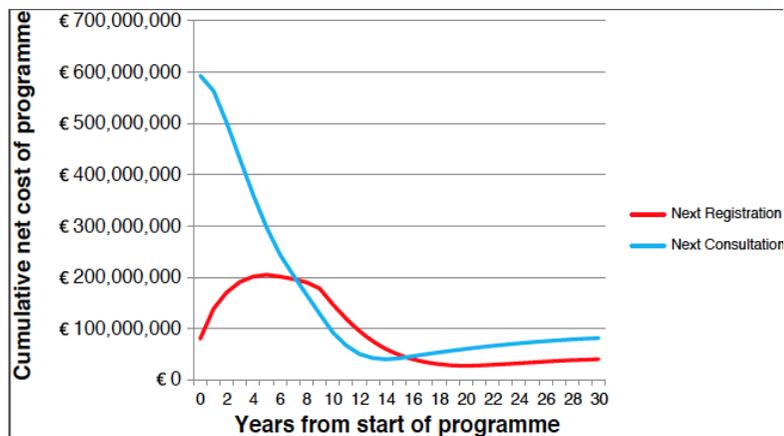
**Background:** As alcohol-related health problems continue to rise, the attention of policy-makers is increasingly turning to Screening and Brief Intervention (SBI) programmes. The effectiveness of such programmes in primary healthcare is well evidenced, but very few cost-effectiveness analyses have been conducted and none which specifically consider the Italian context.

**Methods:** The Sheffield Alcohol Policy Model has been used to model the cost-effectiveness of government pricing and public health policies in several countries including England. This study adapts the model using Italian data to evaluate a programme of screening and brief interventions in Italy. Results are reported as Incremental Cost-Effectiveness Ratios (ICERs) of SBI programmes versus a 'do-nothing' scenario.

**Results:** Model results show such programmes to be highly cost-effective, with estimated ICERs of €550/Quality Adjusted Life Year (QALY) gained for a programme of SBI at next GP registration and €590/QALY for SBI at next GP consultation. A range of sensitivity analyses suggest these results are robust under all but the most pessimistic assumptions.

**Conclusions:** This study provides strong support for the promotion of a policy of screening and brief interventions throughout Italy, although policy makers should be aware of the resource implications of different implementation options.

**Keywords:** Public health interventions, Alcohol, Primary care, Cost-effectiveness



	NEXT. REGISTR.	NEXT CONSULT.
<b>Screened patients Within year 10</b>	<b>63 %</b>	<b>96 %</b>
<b>Delivery COSTS (mln €)</b>	<b>411</b>	<b>687</b>
<b>NHS SAVINGS (mln €)</b>	<b>370</b>	<b>605</b>
<b>Nr SAVED Hospitalization</b>	<b>91.737</b>	<b>153.676</b>
<b>DEATHS SAVED</b>	<b>7.193</b>	<b>12.432</b>
<b>QUALYs GAINS</b>	<b>75.200</b>	<b>139.200</b>
<b>ICER (€/QALY) Incremental net benefit versus do-nothing</b>	<b>500</b>	<b>590</b>



# Risoluzione EUR/RC61/R4 del Comitato Regionale dell'OMS per L'Europa

## Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020

Allegato 2

### Indicatori sulla risposta dei servizi sanitari

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	Intervento breve per la promozione della salute / prevenzione delle malattie
<b>Definizione</b>	Fornitura dell'intervento breve sotto forma di promozione della salute e prevenzione delle malattie.
<b>Tipo di presentazione dei dati</b>	Categoriale

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	Formazione in screening e intervento breve sui problemi dell'alcol
<b>Definizione</b>	Fornitura di formazione in screening e in intervento breve sui problemi dell'alcol.
<b>Tipo di presentazione dei dati</b>	Categoriale

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	Linee guida cliniche per intervento breve
<b>Definizione</b>	Esistenza di linee guida cliniche per l'intervento breve, approvate o sostenute da almeno un organismo sanitario professionista.
<b>Tipo di presentazione dei dati</b>	Categoriale

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	Consumo episodico eccessivo (binge drinking)
<b>Definizione</b>	Percentuale di adulti (dai 15 anni in su) che hanno consumato almeno 60 g o più di alcol puro almeno una volta alla settimana. Un consumo di 60 g di alcol puro corrisponde a circa 6 bibite alcoliche standard. Numeratore: il numero (opportunitamente ponderato) di intervistati (dai 15 anni in su) che hanno dichiarato di consumare 60 g o più di alcol puro almeno una volta alla settimana. Denominatore: il numero totale di intervistati (dai 15 anni in su), che hanno risposto alla domanda corrispondente dell'indagine, più gli astemi. Disaggregati per sesso.
<b>Tipo di presentazione dei dati</b>	Percentuale

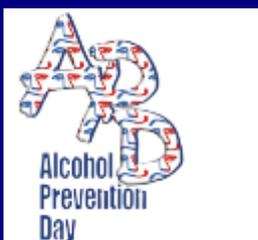
85

Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020

- Intervento breve e uso dell'AUDIT C
  - Disponibilità di LINEE GUIDA CLINICHE
  - FORMAZIONE IPIB

rappresentano indicatori di RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI formalizzati dall'EAAP 2012-2020 su cui TUTTI gli Stati Membri dovranno riferire attraverso il MONITORAGGIO PERIODICO all'OMS





## INTEGRARE IPIB nel SSN AUDIT C, AUDIT e INTERVENTO BREVE

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

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



# New concepts in 'addiction'

## Heavy use over time

### **Alcohol and Alcoholism Advance Access published August 7, 2013**

*Alcohol and Alcoholism* pp. 1–8, 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt127

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

J. Rehm<sup>1,2,3,4,5,\*</sup>, S. Marmet<sup>6</sup>, P. Anderson<sup>7,8</sup>, A. Gual<sup>9</sup>, L. Kraus<sup>10,11</sup>, D.J. Nutt<sup>12</sup>, R. Room<sup>11,13,14</sup>, A.V. Samokhvalov<sup>2,5</sup>,  
E. Scafato<sup>15</sup>, M. Trapencieris<sup>16</sup>, R.W. Wiers<sup>17</sup> and G. Gmel<sup>2,6,18,19</sup>

### **Alcohol and Alcoholism Advance Access published November 12, 2013**

*Alcohol and Alcoholism* pp. 1–4, 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt171

### **LETTER TO THE EDITOR**

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

J. Rehm<sup>1,2,3,4,5,\*</sup>, P. Anderson<sup>6,7</sup>, A. Gual<sup>8</sup>, L. Kraus<sup>9,10</sup>, S. Marmet<sup>11</sup>, D.J. Nutt<sup>12</sup>, R. Room<sup>10,13,14</sup>, A.V. Samokhvalov<sup>2,5</sup>,  
E. Scafato<sup>15</sup>, K.D. Shield<sup>2,3</sup>, M. Trapencieris<sup>16</sup>, R.W. Wiers<sup>17</sup> and G. Gmel<sup>2,11,18,19</sup>





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

**Alcohol and Alcoholism Advance Access published November 12, 2013**

*Alcohol and Alcoholism* pp. 1–4, 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt171

## LETTER TO THE EDITOR

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

J. Rehm<sup>1,2,3,4,5,\*</sup>, P. Anderson<sup>6,7</sup>, A. Gual<sup>8</sup>, L. Kraus<sup>9,10</sup>, S. Marmet<sup>11</sup>, D.J. Nutt<sup>12</sup>, R. Room<sup>10,13,14</sup>, A.V. Samokhvalov<sup>2,5</sup>,  
E. Scafato<sup>15</sup>, K.D. Shield<sup>2,3</sup>, M. Trapencieris<sup>16</sup>, R.W. Wiers<sup>17</sup> and G. Gmel<sup>2,11,18,19</sup>

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

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

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

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

# INFORMAZIONE



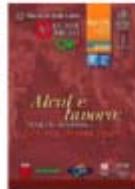
Alcohol  
Prevention  
Day



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

## LIBRETTI

ALCOL  
E LAVORO  
RISTAMPA  
2005



ALCOL  
LE STRATEGIE  
DI PREVENZIONE  
DELL'OMS  
2006



ALCOL  
LE STRATEGIE  
DI PREVENZIONE  
DELLA COMUNITÀ  
EUROPEA  
ED 2007



ALCOL  
SAI COSA BEVI  
PIÙ SAI MENO  
RISCHI 2004  
RISTAMPA 2006



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



DONNA  
E ALCOL  
PRIMA  
ED 2007



IL PILOTA  
SE GUIDI, NON  
BERE PRIMA  
ED 2006



## OPUSCOLI

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



LE RAGAZZE  
E L'ALCOL  
PRIMA ED 2007



UN DECALOGO  
PER I GENITORI  
2006



[WWW.EPICENTRO.ISS.IT/ALCOL](http://WWW.EPICENTRO.ISS.IT/ALCOL)

## PIEGHEVOLI

ALCOL  
QUALCHE  
DRITTA  
PER I PIÙ  
GIOVANI  
ED 2007



TELEFONO  
VERDE ALCOL



## POSTER

CAMPAGNA  
SE GUIDI NON  
BERE COPPIA  
MINISTERO  
DELLA SALUTE  
E ISS



CAMPAGNA  
SE GUIDI NON  
BERE RAGAZZA  
MINISTERO  
DELLA SALUTE  
E ISS





http://www.diregiovani.it/istituzioni/campagna-prevenzione-alcoldismo/video-alcoldismo

**DIRE GIOVANI.IT** RICERCA AVANZATA SEGUICI ANCHE SU [Facebook, Twitter, YouTube, Instagram, LinkedIn]

HOME | NEWS | CONCORSI | ESPERTI | SITI AMICI | DALLA SCUOLA | PRIMARIA NEWS | PROGETTO | WEBTV | CONTATTI | SPORTELLI ONLINE

**Campagna di prevenzione dell'abuso di alcol**

**Non perderti in un bicchiere!**

**Video**

- Alcol e socialità - 13° PUNTATA  
SALUTE | 13 gennaio 2014  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Alcol e patologie - 12° PUNTATA  
SALUTE | 07 gennaio 2014  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Cosa succede quando ci ubriachiamo? - 11° PUNTATA  
SALUTE | 20 dicembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Gli effetti dell'alcol - Alcol e donna: non c'è pari opportunità - 10° PUNTATA  
SALUTE | 10 dicembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Gli effetti dell'alcol in base alle diverse età evolutive - 9° PUNTATA  
SALUTE | 10 dicembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato

**Le campagne di DIRE GIOVANI**

**Tutela la tua possibilità di diventare genitore**  
Campagna di prevenzione del rischio infertilità

**DIRE.it**  
agenzia di stampa quotidiana

**Newsletter SCUOLA**

**DIRE MINORI**  
agenzia di stampa quotidiana

**DIRE SANITÀ**  
SALUTE, PROFESSIONI  
agenzia di stampa quotidiana

**DIRE GIOVANI.IT** RICERCA AVANZATA SEGUICI ANCHE SU [Facebook, Twitter, YouTube, Instagram, LinkedIn]

HOME | NEWS | CONCORSI | ESPERTI | SITI AMICI | DALLA SCUOLA | PRIMARIA NEWS | PROGETTO | WEBTV | CONTATTI | SPORTELLI ONLINE

**Campagna di prevenzione dell'abuso di alcol**

**Non perderti in un bicchiere!**

**Video**

- Alcol e socialità - 13° PUNTATA  
SALUTE | 13 gennaio 2014  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Alcol e patologie - 12° PUNTATA  
SALUTE | 07 gennaio 2014  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Cosa succede quando ci ubriachiamo? - 11° PUNTATA  
SALUTE | 20 dicembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Gli effetti dell'alcol - Alcol e donna: non c'è pari opportunità - 10° PUNTATA  
SALUTE | 10 dicembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Gli effetti dell'alcol in base alle diverse età evolutive - 9° PUNTATA  
SALUTE | 10 dicembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- Gli effetti dell'alcol - 8° PUNTATA  
SALUTE | 13 novembre 2013  
Risponde l'esperto prof. Emanuele Scafato
- L'alcol tra corpo e cervello - 7° PUNTATA  
SALUTE | 25 ottobre 2013  
Risponde l'esperto, prof. Emanuele Scafato
- Alcol e giovani  
SALUTE | 18 ottobre 2013  
Emanuele Scafato, Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, incontra gli studenti del Liceo Democrito di Roma.
- Le conseguenze dell'assunzione di alcol - 6° PUNTATA  
SALUTE | 11 ottobre 2013  
L'opinione dell'esperto dott. Emanuele Scafato - 6° PUNTATA
- Perché i giovani bevono alcolici? L'esperto risponde 4° puntata.  
SALUTE | 20 settembre 2013  
L'opinione dell'esperto dott. Emanuele Scafato, Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità

**Home**

- La campagna
- Cosa dicono gli esperti
- Incontri nelle scuole
- Video
- Dubbi e domande
- Concorso
- Contatti

**Le campagne di DIRE GIOVANI**

**Tutela la tua possibilità di diventare genitore**  
Campagna di prevenzione del rischio infertilità

**DIRE.it**  
agenzia di stampa quotidiana

**Newsletter SCUOLA**

**DIRE MINORI**  
agenzia di stampa quotidiana

**DIRE SANITÀ**  
SALUTE, PROFESSIONI  
agenzia di stampa quotidiana

1 | 2 SUCCESSIVE »



**DIRE GIOVANI .IT** RICERCA AVANZATA SEGUICI ANCHE SU [social media icons]

**DIRE GIOVANI** *direFUTURO* **IdO**  
FESTIVAL DELLE GIOVANI IDEE  
IL FESTIVAL HA RECEPITO LA MEDAGLIA DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

**DIRE** AMBIENTE. DL EMERGENZE.

HOME | NEWS | CONCORSI | ESPERTI | SITI AMICI | DALLA SCUOLA | PRIMARIA NEWS | PROGETTO | WEBTV | CONTATTI | SPORTELLI ONLINE

**Campagna di prevenzione dell'abuso di alcol** **DIRE GIOVANI .IT**

**Non perderti in un bicchiere!** *Ministero della Salute*

### Incontri nelle scuole

Il prof. Emanuele Scafato incontra gli studenti del Liceo A. Labriola di Roma  
SALUTE | 02 dicembre 2013  
Emanuele Scafato, Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, incontra gli studenti del Liceo Labriola di Roma

Il prof. Emanuele Scafato incontra gli studenti del liceo E. Majorana  
SALUTE | 27 novembre 2013  
Emanuele Scafato, Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, incontra gli studenti del Liceo Majorana di Roma

Il prof. Emanuele Scafato incontra gli studenti dell'I.C. Alessandro Magno  
SALUTE | 22 novembre 2013  
Emanuele Scafato, Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, incontra gli studenti dell'I.C. Alessandro Magno di Roma

**GIOVANI E ALCOL**

**Alcol e giovani**  
SALUTE | 18 ottobre 2013  
Emanuele Scafato, Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, incontra gli studenti del Liceo Democrito di Roma.

- Home
- La campagna
- Cosa dicono gli esperti
- Incontri nelle scuole
- Video
- Dubbi e domande
- Concorso
- Contatti

**Le campagne di DIRE GIOVANI .IT**

*Ministero della Salute*

**Tutela la tua possibilità di diventare genitore**  
Campagna di prevenzione del rischio infertilità

**DIRE.it**  
agenzia di stampa quotidiana  
**Newsletter SCUOLA**

**DIRE MINORI**  
agenzia di stampa quotidiana **minori@dire.it**

**DIRE SANITÀ**  
SALUTE, PROFESSIONI





# TUTELA

## **INTERVENIRE SUL DIRITTO**

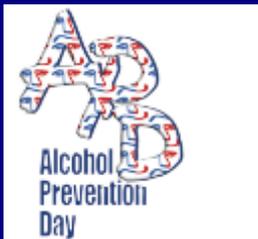
**WHO . CHARTER ON ALCOHOL, Parigi 1995**

***Tutti i bambini e gli adolescenti hanno  
il DIRITTO***

***di crescere in un ambiente protetto dalle  
conseguenze negative dell'alcol e, per  
quanto possibile, dalla promozione  
delle bevande alcoliche***

**In ITALIA è vietata la vendita e  
somministrazione delle bevande  
alcoliche ai minori di 18 anni.**

**TUTTE LE BEVANDE ALCOLICHE**



# La soluzione del problema ...

facebook  Emanuele Scafa

## Propongo di bere, prima di uscire per andare a bere.

**GLI AMICI DELLA SBORNIA**

**Gli amici della Sbornia**  
239.759 "Mi piace" · 57.355 ne parlano

Chiesa/Organizzazione religiosa  
I migliori link alcolici di Facebook ★★★★★  
gestionepaginefb@gmail.com

**UBRIACHI**  
CHE VOGLIANO OLTREPASSARE IL LIMITE (UBRIACHI SUPER-SAYANG)

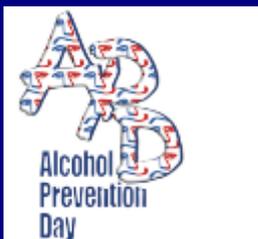
239mil: "Mi piace"

"Ehi ragazzi, qui abbiamo bevuto "Bella fi, anche ne

**Oktobefest 2011**

Informazioni - Suggestisci una modifica

Foto "Mi piace" Note 363 Eventi



facebook  Emanuele Sc

Like

# CSFA

COMITATO SINGLE FELICI E ALCOLIZZATI

**EUCCA**  
Mi piace

**C S F A : Comitato Single Felici e Alcolizzati**  
101.384 "Mi piace" · 15.487 ne parlano

Mi piace Messaggio

Comunità  
★ Benvenuti su: "C S F A : Comitato Single Felici e Alcolizzati" \* Buon divertimento!  
ADMIN: Tony ★ ForeverAlone

101mil: Ha ufficialmente bisogno di sole mi

facebook  Emanuele Scafato

# MOVIMENTO

**MOVIMENTO 5 LITRI**

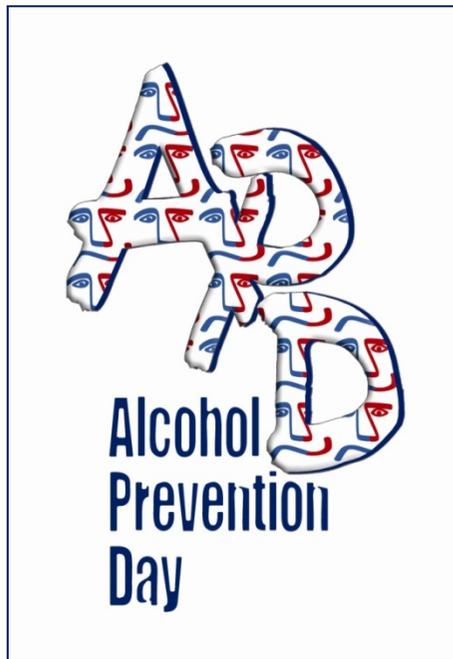
**Movimento 5 Litri**  
429 "Mi piace" · 7 ne parlano

Partito politico  
Il MoVimento 5 Litri è un partito politico italiano, che si autodefinisce "libera associazione di bevitori". È stato fondato il 1 Marzo 2013.

Informazioni - Suggestisci una modifica

**MOVIMEN**  
Foto "Mi piace" 429

# La sensibilizzare e l'informazione sui rischi connessi al consumo di alcol



**ALCOHOL PREVENTION DAY**  
16 aprile 2015  
14ª edizione

**ALCOHOL PREVENTION RACE**  
19 aprile 2015

**GIORNATE DI SENSIBILIZZAZIONE NELLE SCUOLE**  
Campagna ISS-Ministero  
"Non perderti in un bicchiere"

**CONFERENZE RETI INTERNAZIONALI**  
Congressi rivolto agli esperti nella prevenzione e nella capacità di intercettazione precoce delle Patologie e Problematiche Alcol-Correlate (PPAC).

**SANIT=run**  
CORRERE CONTRO L'ALCOLISMO GIOVANILE

L'XI edizione del Sanit inaugura la prima edizione del SANIT run.

Studi scientifici hanno dimostrato che l'alcol consumato tra 12 e 25 anni interferisce con lo sviluppo cerebrale e incide negativamente sulle capacità di memoria e depressione, oltre a causare numerosi malattie gravi. L'alcol è inoltre la prima causa di incidenti automobilistici.

L'obiettivo del SANIT run, che si svolgerà domenica 14 dicembre, giorno di apertura del SANIT, è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica verso la piaga dell'Alcolismo, soprattutto giovanile, e lanciare un messaggio a tutti i cittadini per vedere lo Sport come un mezzo di medicina preventiva.

SANIT run è aperta a tutti:

- MINI run - corsa di soli 1000 metri aperta ai ragazzi fino ai 14 anni;
- OPEN run - prova non competitiva di soli 5 km aperta a tutti, anche anziani, disabili e chiunque presenti una patologia particolare. Si può anche camminare!
- BIG run - corsa competitiva di 10km.



# Alternative ...

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

ROMA CAPITALE  
Rivoluzione Scuola, Sport, Politiche Giovanili e Partecipazione

REGIONE LAZIO

ITALIA CONI

ORGANIZZAZIONE: ACSI ITALIATLETICA, ACSI CAMPANIA DI PALERMO

IN COLLABORAZIONE CON SEADAM

# ALCOHOL PREVENTION RACE

BRILLO?  
SÌ, MA NELLO SPORT!

## ROMA APPIA RUN

19 Aprile 2015

Partenza ore 9,30

**STADIO delle TERME di CARACALLA km 13 e km 4**

GARA COMPETITIVA GARA NON COMPETITIVA

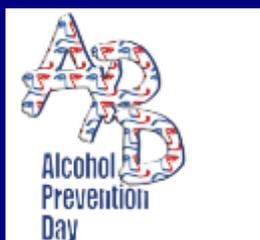
*Vieni a correre nella storia... e contribuisci alla prevenzione dei rischi del consumo di bevande alcoliche nei giovani!*

PER INFO: [www.appiarun.it](http://www.appiarun.it) • [info@appiarun.it](mailto:info@appiarun.it)



## Conclusione e provocazione

Gli **ADULTI** hanno molto da recuperare in termini di tutela dei **GIOVANI**. Molti comportamenti “irresponsabili” giovanili sono favoriti dalla società e da una dinamica sociale in cui, rispetto al passato, **alcuni ADULTI stentano a RESPONSABILIZZARE** i giovani ostacolando la loro **CRESCITA**, affascinandoli attraverso l’illusione di una **adolescenza interminabile** e spesso tramite **falsi valori** e ritualità che gli stessi adulti adottano stravolgendo i ruoli e la tradizionale **funzione sociale** di accompagnamento propria di una sana crescita della persona. **L’agire per il bene comune, in quest’ottica, non deve essere una chimera.**





# CONCLUSIONI

**Non ci sono conclusioni.**

**Contrastare la cultura del consumo dannoso o  
rischioso di alcol non è norma ma semplice**

**BUON SENSO**

**SE** gli elementi che consentano di essere tutelati  
dalle pressioni al bere non risultano adeguati occorre

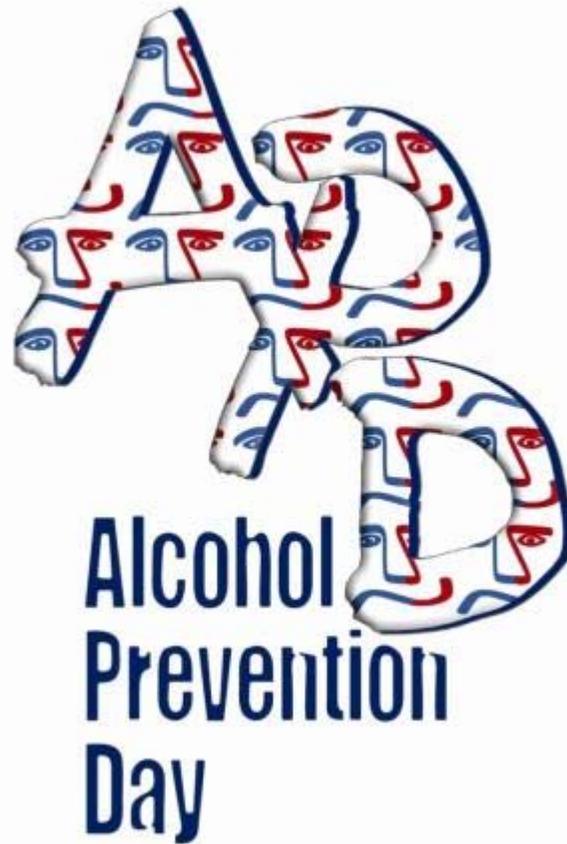
**FARSI FURBI e NON RISCHIARE**

**nel rispetto delle norme legali e sociali e soprattutto del  
RISPETTO per SE STESSI e per gli ALTRI.**

## UBRIACATEVI

**di musica, di sport, di poesia, di amici, d'amore,  
di passioni, di vita, di VOI**

**SEMPRE AL CENTRO DELLE VOSTRE SCELTE**



Grazie per l'attenzione

16 aprile 2015 Roma Istituto Superiore di Sanità

Alcohol Prevention Day

libretti  
opuscoli  
pieghevoli  
poster

Alcohol Prevention Day materials including posters, leaflets, and booklets.