



L'alcol in Italia: i nuovi scenari, le priorità, le linee guida per la prevenzione

Emanuele Scafato

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Direttore, WHO Collaborating Centre for Research & Health Promotion on Alcohol

Direttore, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping

Presidente Società Italiana di Alcolologia- SIA

Vice Presidente EUFAS – Federazione Europea Società Scientifiche sulle DIPENDENZE





**QUELLI CHE...
... “FANNO” L'ALCOHOL PREVENTION DAY**

UFFICIO STAMPA ISS

Mirella Taranto, Gerolmina Ciano
Franca Romani, Cinzia Bisegna
Daniela De Vecchis



Redazione di EPICENTRO

PierFrancesco Barbariol
Margherita Martini
Debora Serra

URE

Sandra Salinetti e Paola De Castro

Attività Editoriali

MINISTERO della SALUTE

GRAZIE !!!



QUELLI CHE... ... “FANNO” L'ALCOHOL PREVENTION DAY



Claudia Gandin
Silvia Ghirini
Rosaria Russo
Antonella Bacosi
Simonetta Di Carlo



CENTRO NAZIONALE
DIPENDENZE E DOPING



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - Osservatorio Nazionale Alcol - CNDD
World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



SCENARI



RISCHIO ALCOL: DEFINIRE E MONITORARE I LIVELLI DI RISCHIO

DEFINIZIONE di RISCHIO

INDICATORI

POPOLAZIONE A RISCHIO

LINEE GUIDA



DEFINIZIONE di RISCHIO

Prevalenza di consumatori giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-17 anni	x 100

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni	x 100

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 UA Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni	x 100

¹Una Unità Alcolica contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad un bicchiere di vino da 125 ml a 12° oppure una lattina di birra da 330 ml a 5° o un aperitivo alcolico da 80 ml a 18° o, infine, un *cocktail* alcolico da 40 ml a 36°.

E. SCAFATO, S. GHIRINI, C. GANDIN, L. GALLUZZO, S. MARTIRE, L. DI PASQUALE, R. SCIPIONE

32

RAPPORTO OSSERVASALUTE 2016

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Uomini di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	x 100

Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	x 100



RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL-CORRELATI"

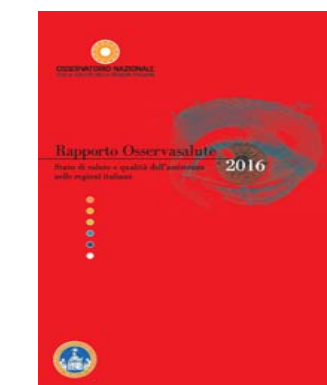


Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute

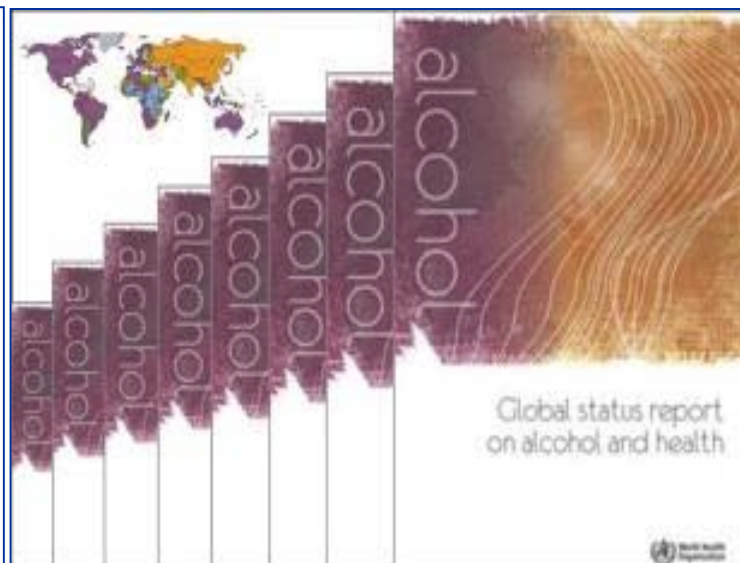
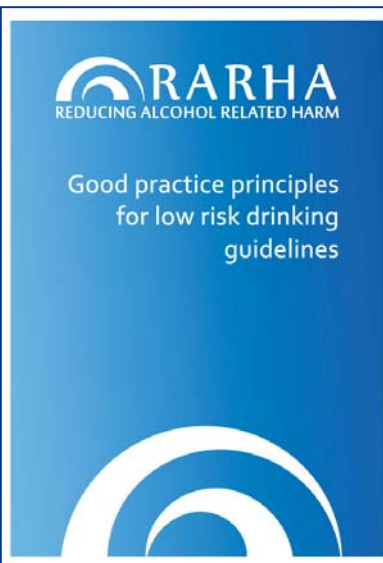
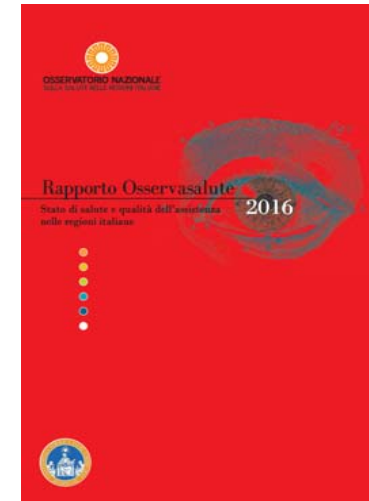
Rapporto 2017

E. Scafato, C. Gandin, L. Galluzzo, R. Scipione, M. Vichi, S. Ghirini
per il Gruppo di Lavoro CSIDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)



Epidemiologia e monitoraggio alcolcorrelato

Il contributo dell'ISS



Il sistema di flusso del monitoraggio dell'alcol





Osservatorio nazionale alcol Sisma: sistema di monitoraggio alcol correlato

Osservatorio nazionale alcol

Sisma: sistema di monitoraggio alcol correlato



A colpo d'occhio | **In dettaglio** | **mappe** | **trend** | **indicatori**

Periodo **2014**

Monitoraggio del consumo di alcol

Oltre 34 milioni di italiani di 11 anni e più hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2014 con una prevalenza significativamente maggiore tra gli uomini (76,6%) rispetto alle donne (50,4%).

Il 15,5% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche* per un totale di circa 5.800.000 persone, e il valore è diminuito per entrambi i generi rispetto al 2007.

continua a leggere...

Indicatori - Sisma 2014

	Astemi	Consumatori	Consumatori eccedentari	Consumatori a rischio	Consumatori fuori pasto	Binge drinkers
Piemonte	28.7	65.3	12.5	18.1	27.9	8.0
Valle d'Aosta	25.5	69.3	14.5	21.6	39.5	9.7
Lombardia	28.9	64.1	11.7	16.5	31.4	6.7
Provincia di Bolzano	16.9	74.8	11.3	26.0	50.4	17.8
Provincia di Trento	25.7	68.8	11.1	19.5	41.3	10.8
Veneto	28.6	65.4	12.2	18.7	34.7	8.7
Friuli Venezia Giulia	22.6	71.0	13.0	20.8	42.7	10.6
Liguria	32.2	63.1	13.1	16.0	27.7	4.3
Emilia Romagna	28.1	66.5	11.6	16.1	29.6	5.7
Toscana	29.5	62.2	12.3	16.3	25.7	5.4
Umbria	28.4	63.7	11.2	14.9	22.7	4.6
Marche	30.0	64.2	11.3	14.2	26.4	4.0
Lazio	32.9	61.5	9.1	12.1	24.1	4.0
Abruzzo	31.8	62.3	10.5	16.3	28.0	8.0
Molise	33.9	61.1	12.0	18.3	27.8	9.5
Campania	34.5	59.8	8.5	11.6	20.1	4.5
Puglia	32.2	61.9	10.8	13.3	17.9	3.6
Basilicata	35.7	57.7	11.1	15.3	22.7	8.5
Calabria	34.5	59.8	7.7	12.1	20.2	6.2
Sicilia	36.8	58.4	7.0	10.5	20.2	4.7
Sardegna	31.7	62.7	10.1	18.3	30.8	10.6
Italia	30.9	63.0	10.7	15.2	26.9	6.2

■ superiore alla media nazionale ■ simile al valore nazionale ■ inferiore alla media nazionale

■ superiore alla media nazionale ■ simile al valore nazionale ■ inferiore alla media nazionale

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



Osservatorio nazionale alcol
Sisma: sistema di monitoraggio alcol correlato

Osservatorio nazionale alcol



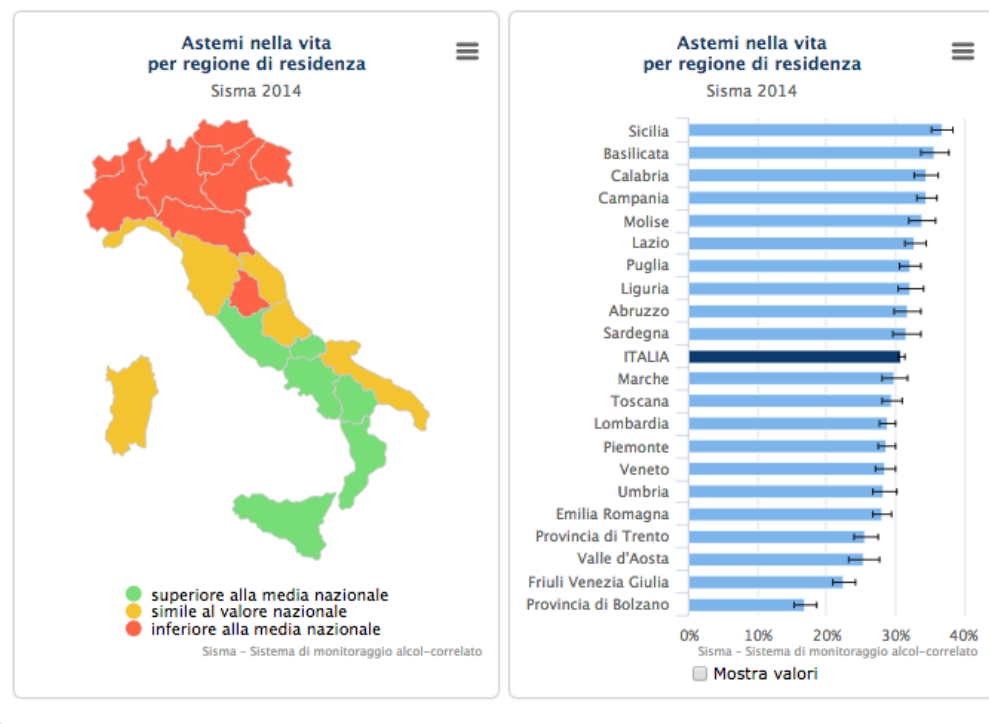
Sisma: sistema di monitoraggio alcol correlato

a colpo d'occhio in dettaglio mappe trend indicatori

Periodo 2014 Sezione Prevalenza degli astemi
Tutti Uomini Donne

Prevalenza percentuale per Regione

astemi nella vita astinenti negli ultimi 12 mesi astemi negli ultimi 12 mesi

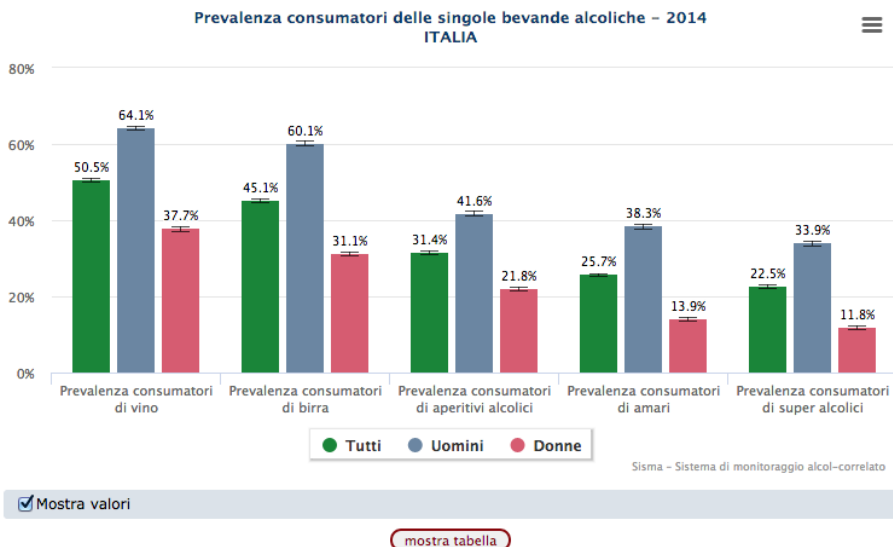


<http://www.epicentro.iss.it/alcol/SismaMonitoraggio.asp>

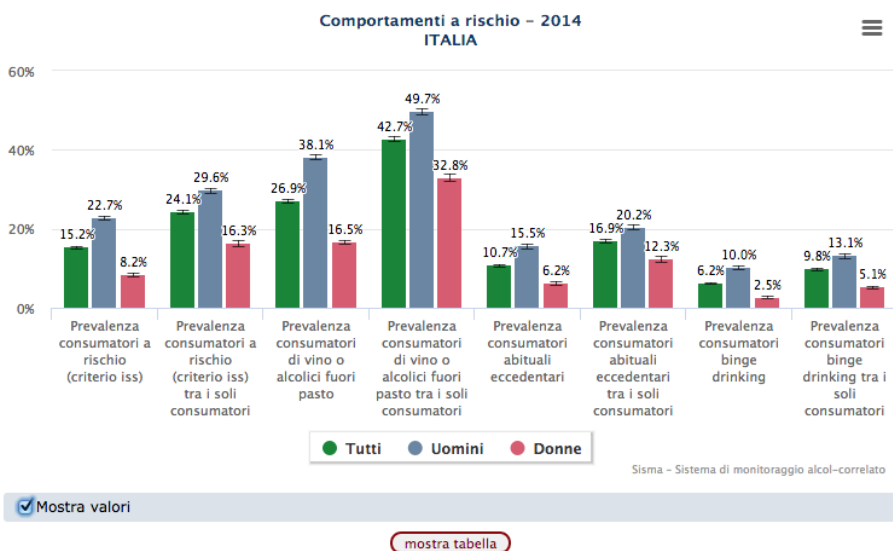


Osservatorio nazionale alcol Sisma: sistema di monitoraggio alcol correlato

Prevalenza consumatori delle singole bevande alcoliche



Comportamenti a rischio



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





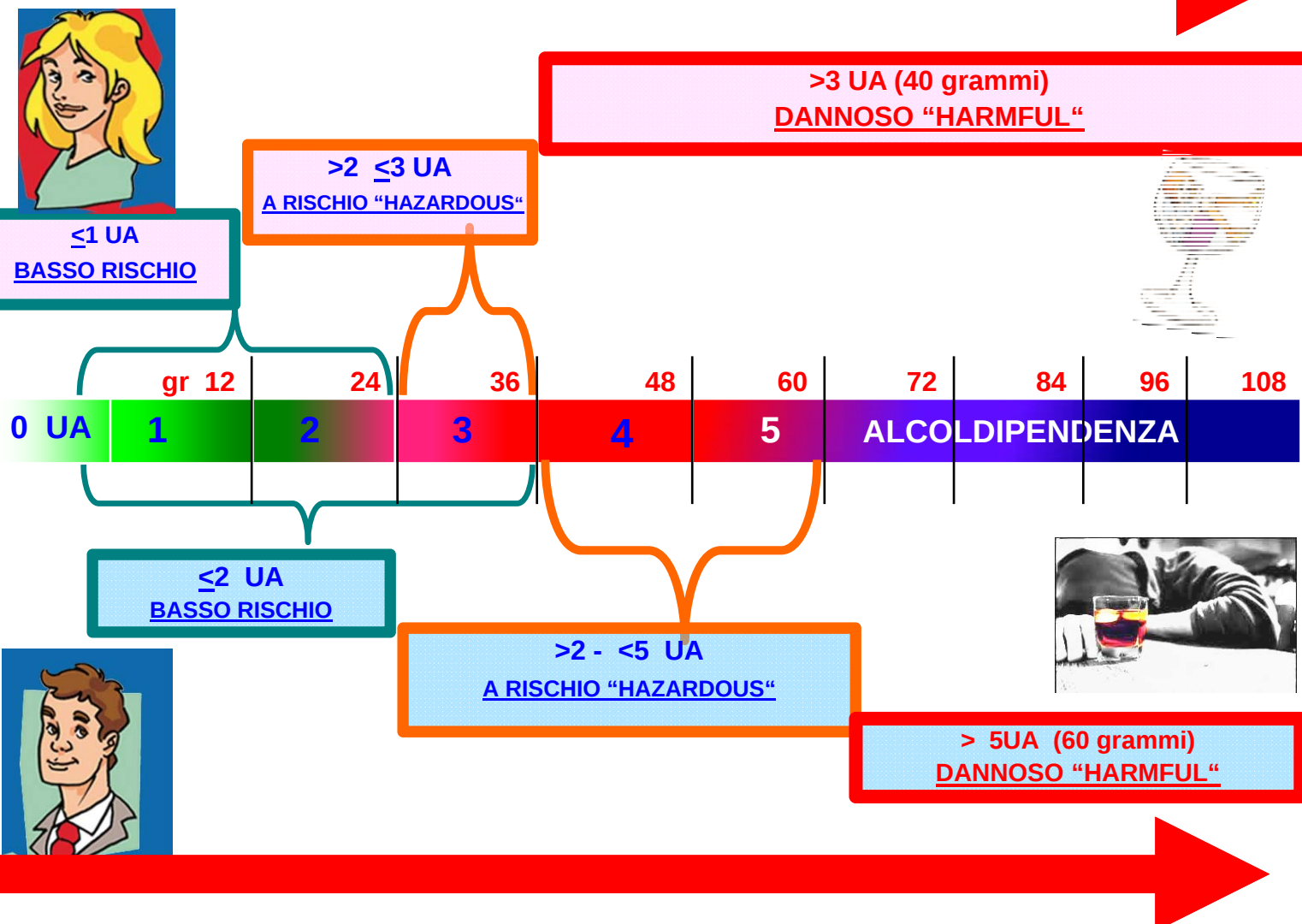
LINEE GUIDA



Società Italiana di Alcologia – LARN & WHO

Alcohol drinking RISK as a *continuum*

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





Linee guida 2014: DUE- UNO- ZERO

anche quantità inferiori (10 g/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 particolare 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

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.

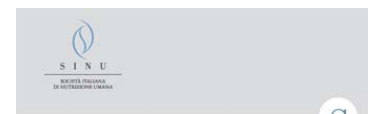
la gravidanza e l'allattamento. La sindrome feto-alcolica ha una prevalenza in USA di 0,5-2 %, ma se si considera l'intero spettro dei disturbi legati all'assunzione materna di alcol (fetal alcohol spectrum disorders, FASD) la prevalenza sale al 9-10%.

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

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 e 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.



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



Linee Guida per la popolazione. Italia : **DUE, UNO, ZERO**

LARN 2014 – da consumo raccomandabile a consumo a basso rischio

Il 2014 segna l'anno del cambiamento, per la prima volta nei LARN l'etanolo viene descritto come una sostanza tossica, cancerogena e potente sostanza psicoattiva, per la quale non è possibile individuare quantità "raccomandabili" ma nemmeno "ammissibili" o sicure per la salute, per cui le modalità di consumo vengono classificate a seconda del rischio e del danno.

- **consumo a rischio (hazardous)**: è quel livello di consumo o modalità di bere che supera le quantità a basso rischio (20-40 g/die per le donne e 40-60 g/die per i maschi) e che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini;
- **consumo dannoso (harmful)**: modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale (oltre i 40 g/die per le donne e 60 g/die per i maschi). A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto;
- **alcol-dipendenza**: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

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.

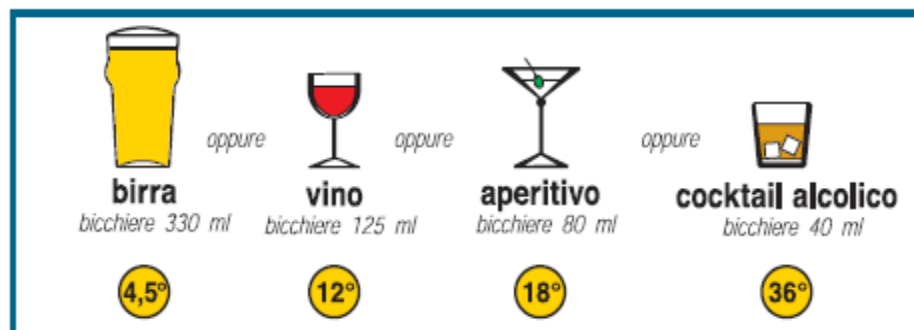
A tale riguardo gioca un ruolo fondamentale una comunicazione istituzionale corretta.





LE EVIDENZE SCIENTIFICHE PER LE NUOVE LINEE GUIDA SUL CONSUMO DI ALCOL

Unità Alcoliche equivalenti (contenenti 12 g di alcol)



Sei a rischio per la salute



0-18 anni
0 Unità

18-20 & 65+
1 Unità

Donne
1 Unità

Uomini
2 Unità

sono inoltre considerati comportamenti a rischio

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

EMANUELE SCAFATO 25/10/2012

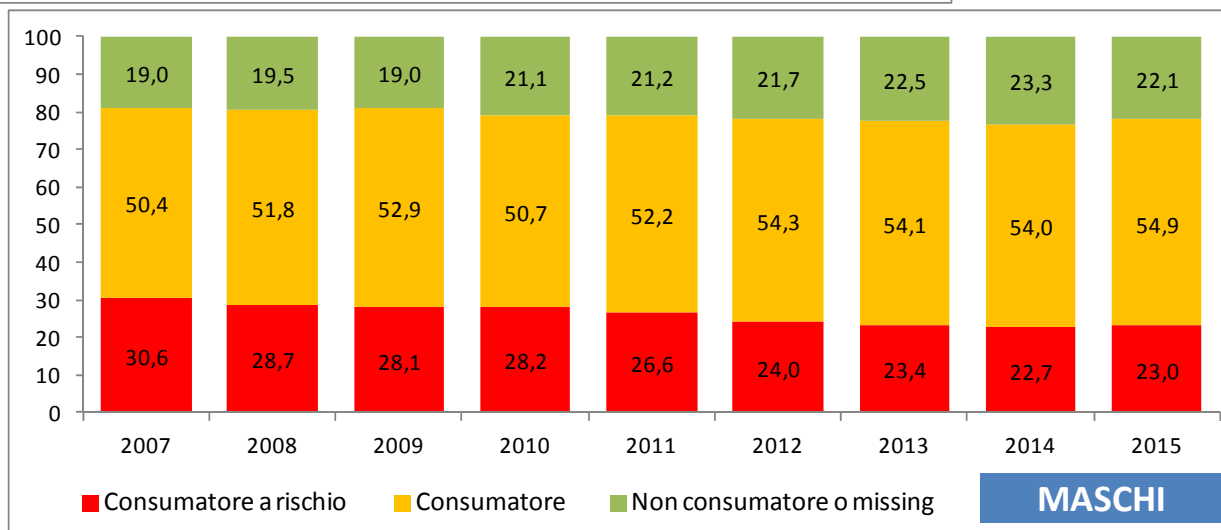
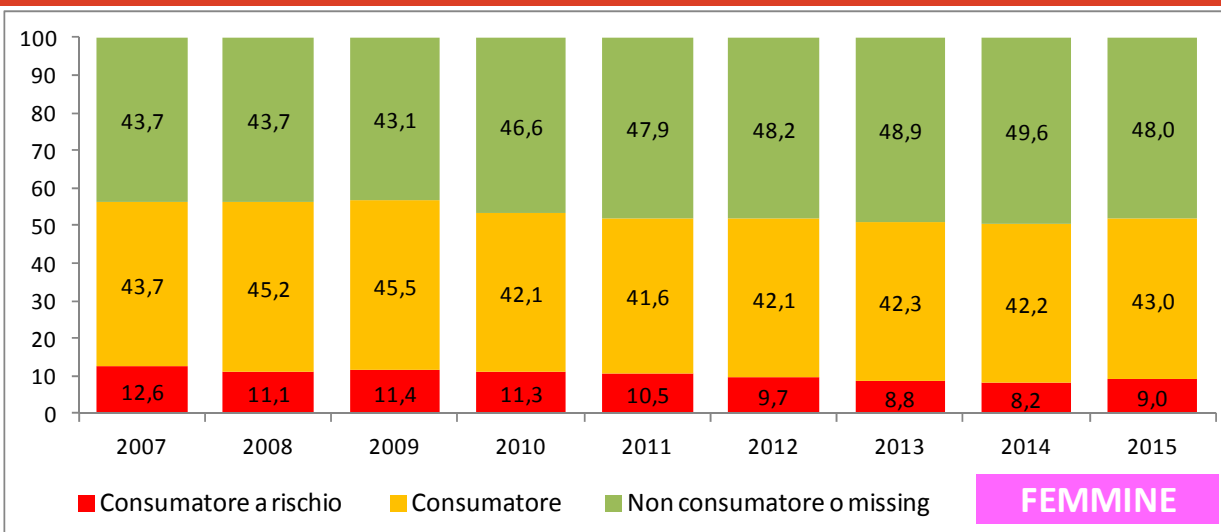


Alcol in Italia. Anno 2015

Consumatori (11+)	35 milioni [M=20 milioni - F=15 milioni]
Consumatori quotidiani (11+)	12 milioni [M = 9 milioni - F = 3 milioni]
Consumatori a rischio (11+)	8,5 milioni [M = 6 milioni - F = 2, 5 milioni]
Consumatori a rischio (11-25)	1,6milioni
Consumatori a rischio (11-17)	800.000
Consumatori a rischio (18-20)	300.000
Consumatori a rischio (21-25)	500.000
Consumatori a rischio (65+)	2,8 milioni
Consumatori a rischio (65-74)	1,6 milioni
Consumatori a rischio (75-84)	950.000
Consumatori a rischio (85+)	250.000
Eccedenti le linee guida su base quotidiana (11+)	5,8 milioni [M = 4,0 milioni - F = 1,8 milioni]
Binge drinkers (11+)	3,7 milioni [M =2,8 milioni - F =900.000]
Binge drinkers (11-25)	900.000
Binge drinkers (11-17)	175.000
Binge drinkers (18-20)	325.000
Binge drinkers (21-25)	400.000
Consumatori dannosi (11+)	710.000 [M = 460.000 - F = 250.000]
Alcoldipendenti	72.377 in carico



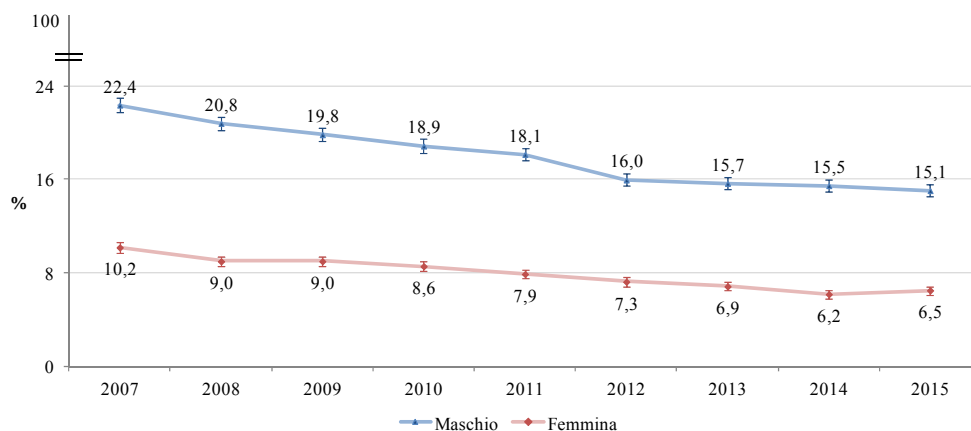
ALCOL : I CONSUMATORI IN ITALIA (età 11+)



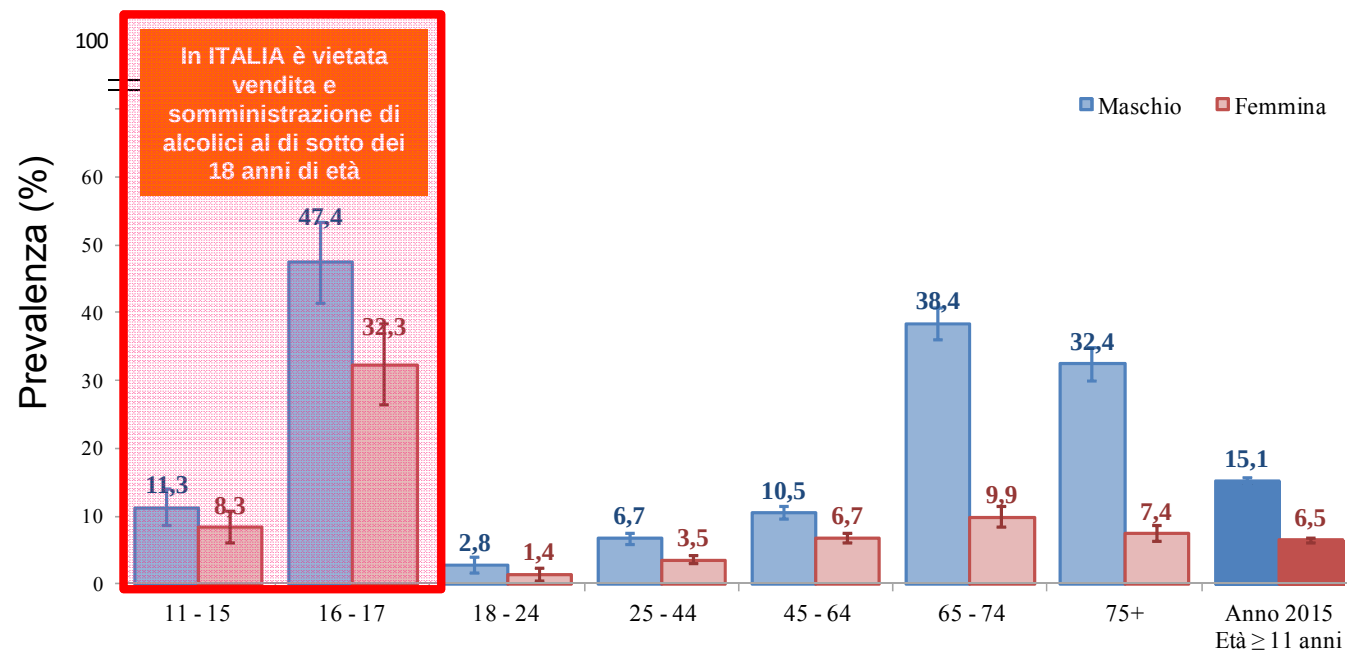
Lo "zoccolo duro" dei consumatori a rischio è pari al 9 % tra le donne e al 23 % tra i maschi
Con STABILIZZAZIONE delle consumatrici al 43 % e dei consumatori al 55 %



Circa 5,8 MILIONI di consumatori eccedono le linee guida italiane (>2 M, >1 F e 65+, >Zero <18 anni)

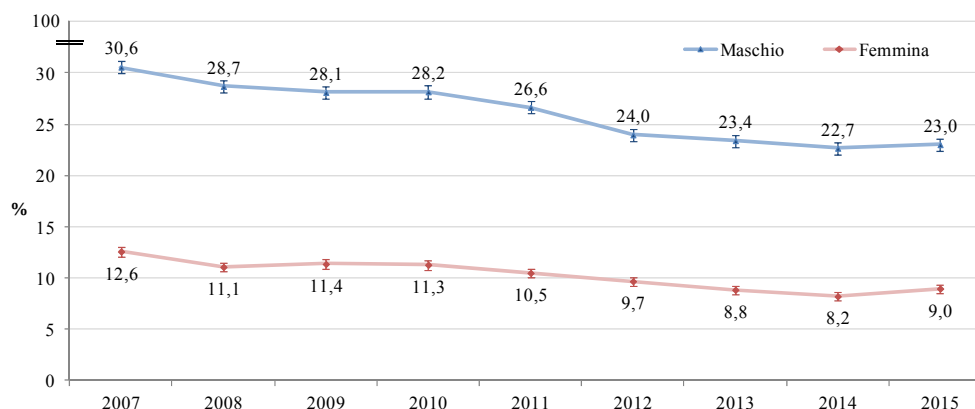


↘ tra 2007 e 2015
Stabile negli ultimi anni

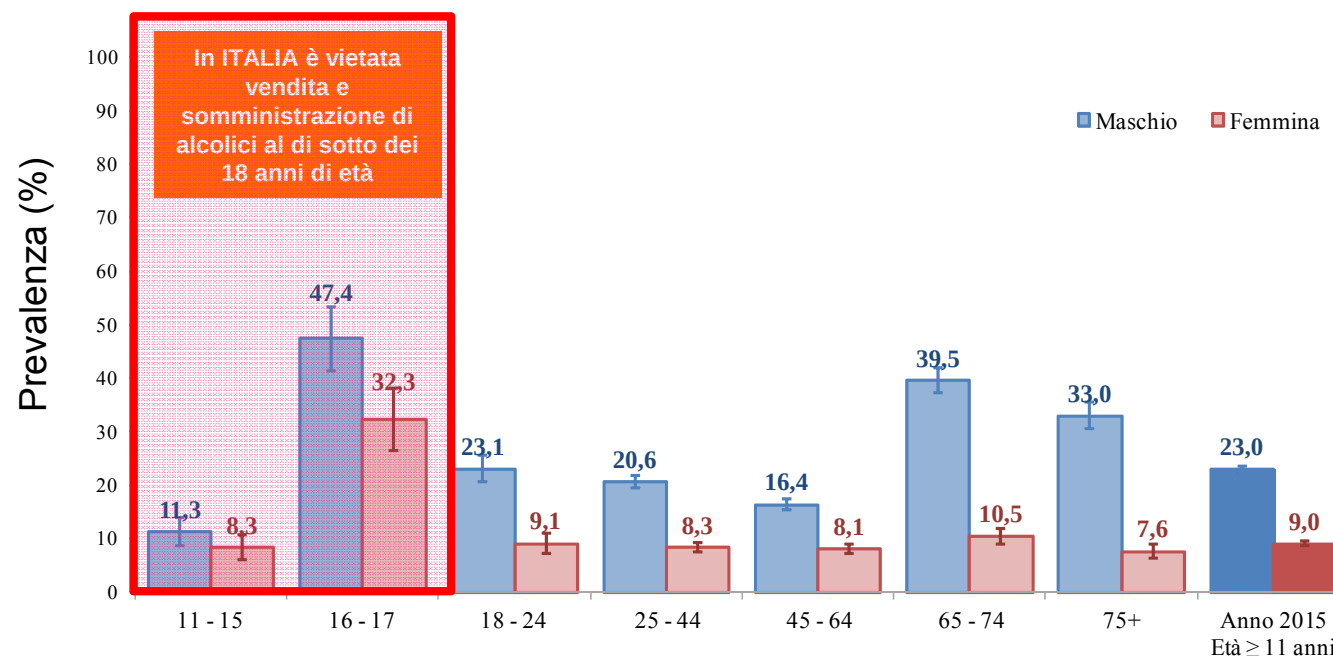




Oltre 8,5 MILIONI di consumatori a rischio Anno 2015

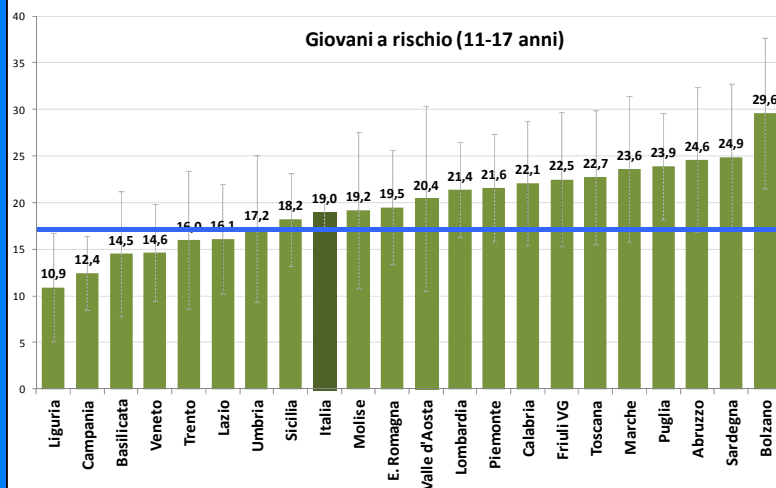


↗ tra 2014 e 2015
+0,3 p.p. uomini
+0,8 p.p. donne





I consumatori a rischio nelle Regioni (Giovani 11-17 anni ; Anziani 65 +) - Anno 2015

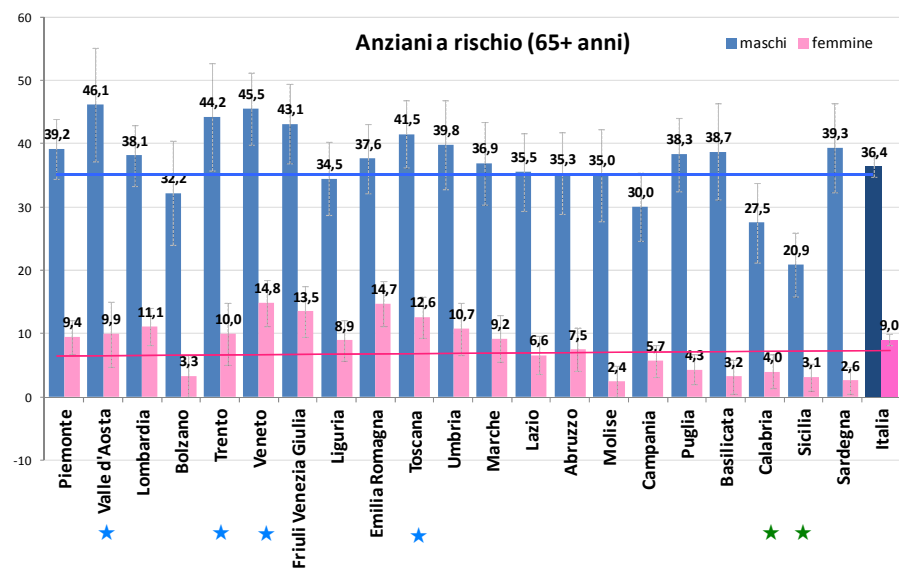


Giovani (11-17 anni):

- La prevalenza nazionale è ≈ 2014.
- PA di Bolzano (29,6%) ↑ media nazionale.
- Liguria (10,9%) e Campania (12,4%) ↓ media nazionale, Puglia ↑ media nazionale

Anziani:

- La prevalenza nazionale è ≈ 2014
- Consumatori a rischio aumentati rispetto al 2014 in Liguria tra gli uomini e nella PA di Bolzano tra le donne
- Le prevalenze più elevate tra gli uomini rispetto alle donne





Salute

Sanità: Osservasalute, migliorano stili vita ma più alcol e nodo chili di troppo

OsservaSalute: migliorano gli stili di vita, ma aumentano l'uso di alcol e i chili di troppo

Lo stile di vita degli italiani è in lieve miglioramento ma aumentano i bevitori di alcolici, restano però sempre tanti i chili di troppo

A cura di Antonella Petris 10 aprile 2017 - 19:55

✓ Mi piace 489 mila



SANITÀ

Osservasalute 2016: un italiano su 5 ha più di 65 anni, per la prima volta popolazione in calo. Allarme alcol

10 aprile 2017 @ 16:09

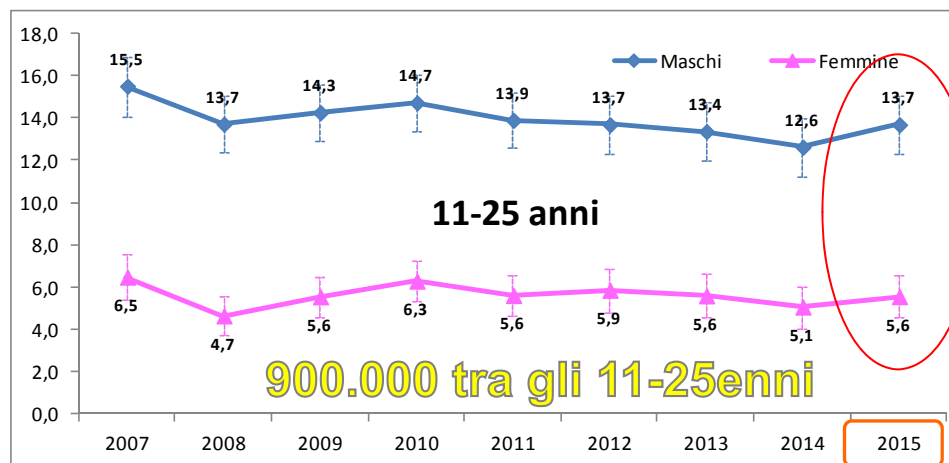


Alcolici, diminuiscono i non consumatori. Si riduce la percentuale dei non consumatori (astemi e astinenti negli ultimi 12 mesi), pari al 34,8% (nel 2014 era il 35,6%) degli individui di età >11 anni. A livello territoriale l'unica regione in cui si rileva un incremento dei non consumatori è il Friuli Venezia Giulia (+4,6 punti percentuali), mentre delle diminuzioni statisticamente significative si registrano in Emilia Romagna (-3,3 punti percentuali), Toscana (-5,0 punti percentuali) e Abruzzo (-4,2 punti percentuali). La regione con il più basso valore di prevalenza dei non consumatori resta anche nel 2015 la PA di Bolzano (23,3%) mentre i valori più elevati si registrano in Campania (39,5%) e Sicilia (40,4%).

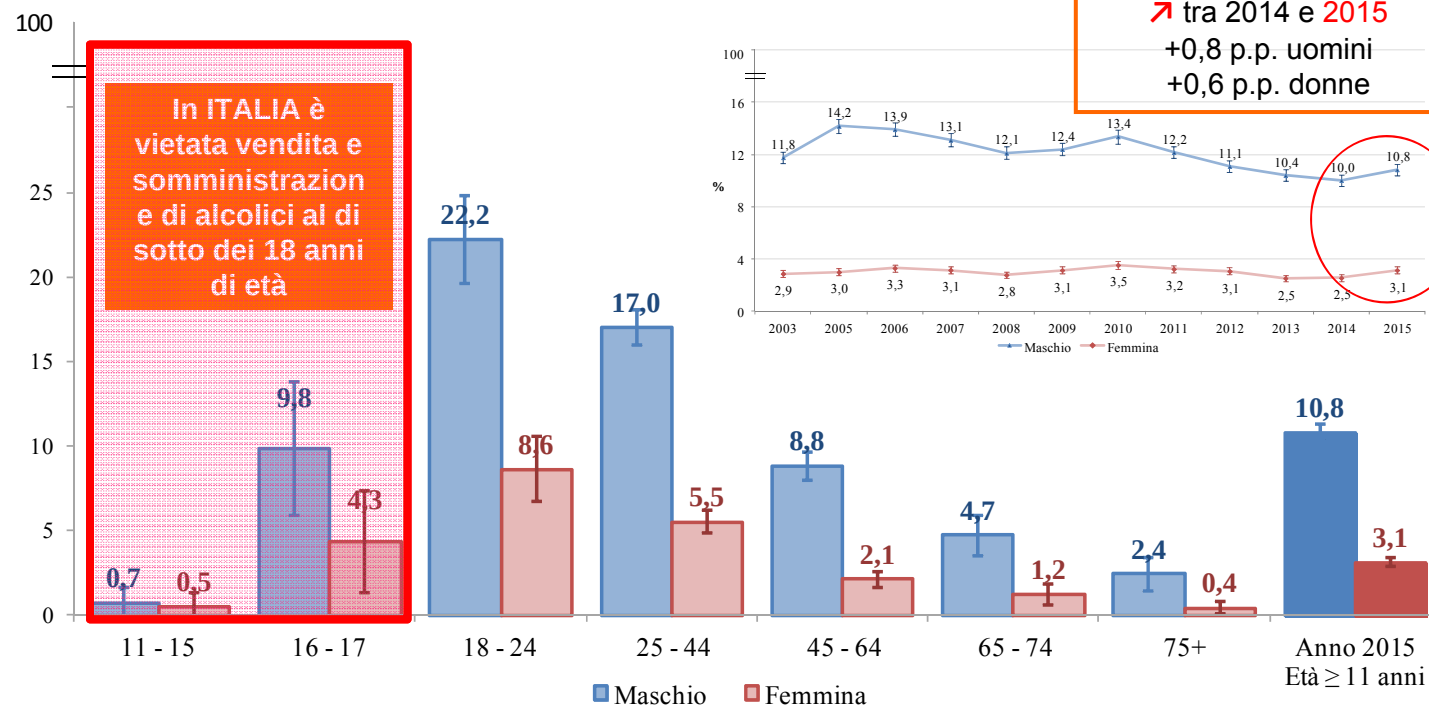
Aumentano le donne consumatrici a rischio. La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2015, è pari al 23% per gli uomini e al 9% per le donne (che nel 2014 erano l'8,2%). I consumatori a rischio tra i maschi restano sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente.



Oltre 3,7 MILIONI di binge drinkers 900.000 tra gli 11-25enni



↗ tra 2014 e 2015
+0,9 p.p. uomini
+0,5 p.p. donne

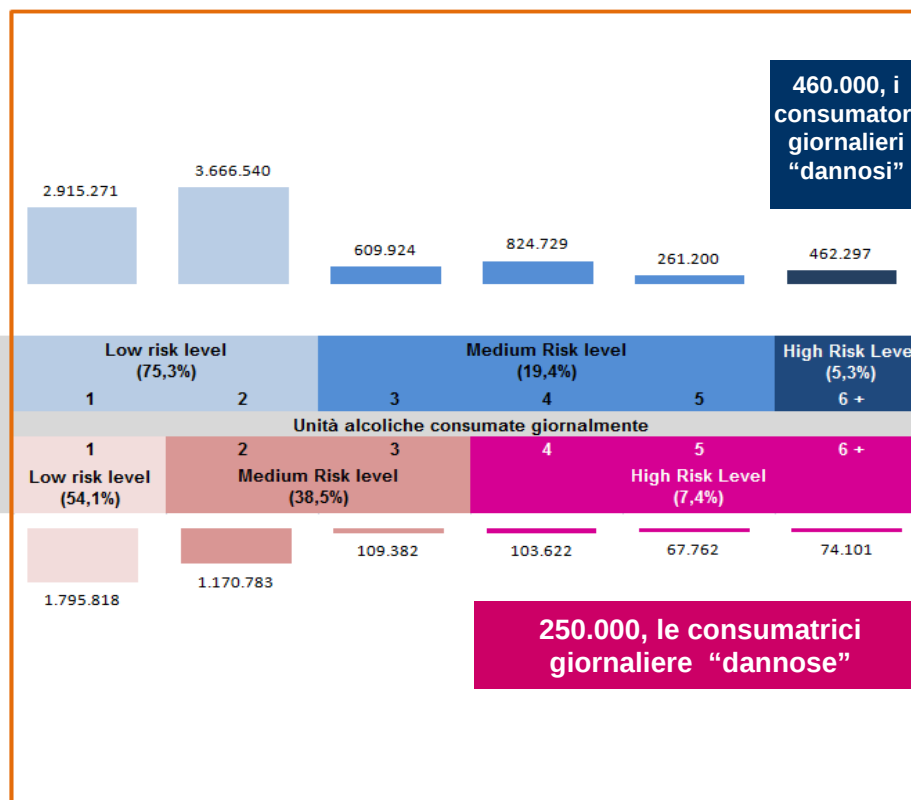
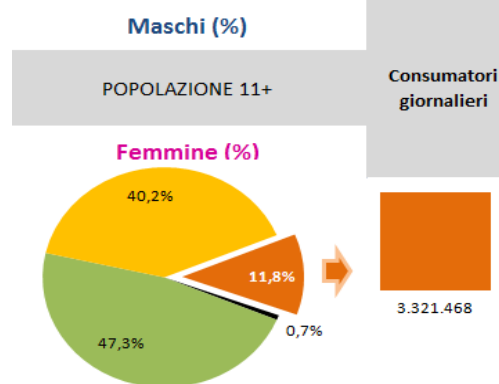
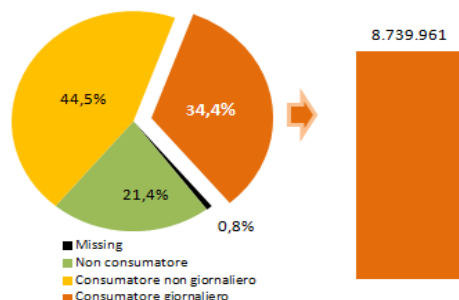


↗ tra 2014 e 2015
+0,8 p.p. uomini
+0,6 p.p. donne



710.000 consumatori DANNOSI

ITALIA - Anno 2015



Il 5,3 % degli uomini e il 7,4 % delle donne sono consumatori DANNOSI potenzialmente già "in need for treatment" (DSM 5)

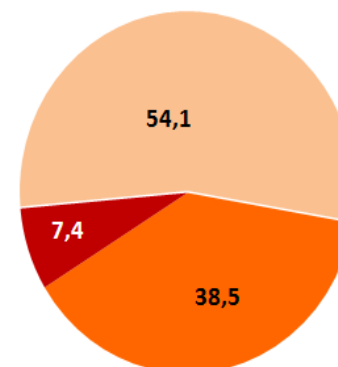
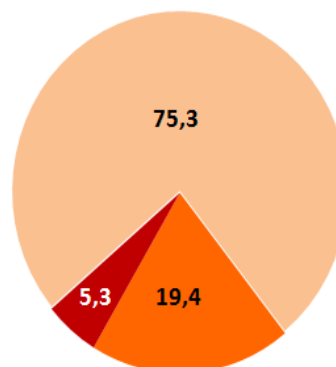


CONSUMATORI DANNOSI E ALCOLDIPENDENZA DALL'INTERCETTAZIONE L'EMERSIONE DELL'ICEBERG

Distribuzione(%) consumatori giornalieri –Anno 2015

Uomini
8.739.961
(34,4%)

Donne
3.321.468
(11,8%)



■ Low risk level [M=1-2 UA; F=1 UA] ■ Medium Risk level [M=3-5 UA; F=2-3 UA] ■ High Risk Level [M>=6 UA; F>=4 UA]

**ALCOLDIPENDENTI
IN CARICO
AI SERVIZI**

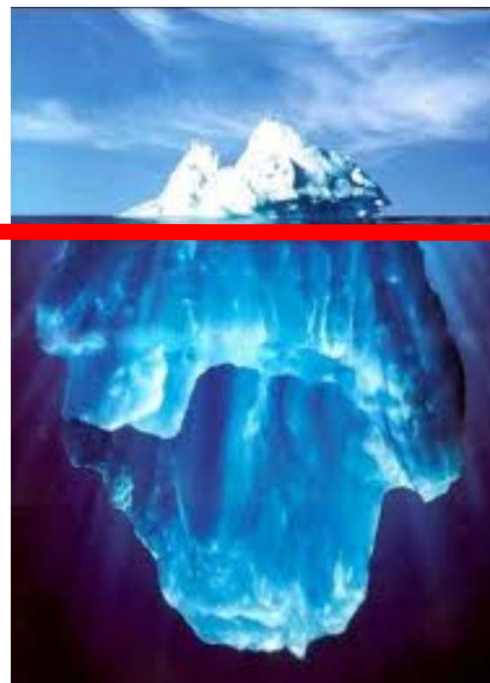
Nuovi utenti
19.227
Utenti già in carico
53.150

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

ALCOLDIPENDENTI

**Consumatori
Dannosi**
707.782

(M=462.297-F=245.485)



Global, regional, and national comparative risk assessment
of 79 behavioural, environmental and occupational, and
metabolic risks or clusters of risks in 188 countries,
1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of
Disease Study 2013



The Lancet 2015 386, 2287–2323 DOI: (10.1016/S0140-6736(15)00128-2)
Copyright © 2015 Elsevier Ltd [Terms and Conditions](#)

GBD 2013 Risk Factors Collaborators*

In Italia l'ALCOL è tra i primi 10 fattori di rischio di mortalità prematura, disabilità e malattia cronica (DALY's)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Global	Blood pressure	Smoking	Body-mass index	Childhood undernutrition	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Household air pollution	Unsafe water	Unsafe sex	Fruit
Developed	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Alcohol use	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Sodium	Physical activity	Fruit
Developing	Blood pressure	Childhood undernutrition	Fasting plasma glucose	Smoking	Body-mass index	Household air pollution	Unsafe water	Alcohol use	Unsafe sex	Fruit
High-income	Smoking	Body-mass index	Blood pressure	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Sodium	Fruit
Western Europe	Blood pressure	Smoking	Body-mass index	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Sodium	Fruit
Andorra	Smoking	Blood pressure	Body-mass index	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Glomerular filtration	Total cholesterol	Physical activity	Bone mineral density	Sodium
Austria	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Processed meat	Sodium	Physical activity
Belgium	Smoking	Blood pressure	Body-mass index	Alcohol use	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Particulate matter	Bone mineral density
Cyprus	Body-mass index	Blood pressure	Smoking	Fasting plasma glucose	Glomerular filtration	Total cholesterol	Physical activity	Alcohol use	Particulate matter	Whole grains
Denmark	Smoking	Blood pressure	Body-mass index	Alcohol use	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Drug use	Vegetables
Finland	Blood pressure	Body-mass index	Alcohol use	Smoking	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Bone mineral density	Processed meat	Physical activity
France	Smoking	Blood pressure	Body-mass index	Alcohol use	Fasting plasma glucose	Glomerular filtration	Total cholesterol	Physical activity	Bone mineral density	Drug use
Germany	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Processed meat	Particulate matter
Greece	Blood pressure	Smoking	Body-mass index	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Alcohol use	Particulate matter	Sodium
Iceland	Body-mass index	Smoking	Blood pressure	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Alcohol use	Fruit	Vegetables
Ireland	Blood pressure	Smoking	Body-mass index	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Fruit	Processed meat
Israel	Body-mass index	Blood pressure	Fasting plasma glucose	Smoking	Glomerular filtration	Physical activity	Total cholesterol	Particulate matter	Sodium	Iron deficiency
Italy	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Fasting plasma glucose	Glomerular filtration	Total cholesterol	Sodium	Alcohol use	Physical activity	Bone mineral density
Luxembourg	Smoking	Body-mass index	Blood pressure	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Drug use	Processed meat
Malta	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Processed meat	Fruit	Sodium
Netherlands	Smoking	Blood pressure	Body-mass index	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Glomerular filtration	Total cholesterol	Particulate matter	Physical activity	Processed meat
Norway	Blood pressure	Smoking	Body-mass index	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Alcohol use	Glomerular filtration	Physical activity	Drug use	Fruit
Portugal	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Glomerular filtration	Physical activity	Sodium	Total cholesterol	Fruit
Spain	Body-mass index	Smoking	Blood pressure	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Glomerular filtration	Physical activity	Total cholesterol	Drug use	Processed meat
Sweden	Blood pressure	Body-mass index	Smoking	Fasting plasma glucose	Total cholesterol	Glomerular filtration	Alcohol use	Physical activity	Sodium	Fruit
Switzerland	Smoking	Body-mass index	Blood pressure	Alcohol use	Fasting plasma glucose	Bone mineral density	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Particulate matter
UK	Smoking	Body-mass index	Blood pressure	Fasting plasma glucose	Alcohol use	Total cholesterol	Glomerular filtration	Physical activity	Fruit	Drug use





La prevenzione alcol-correlata informazione, educazione, formazione, regolamenti...

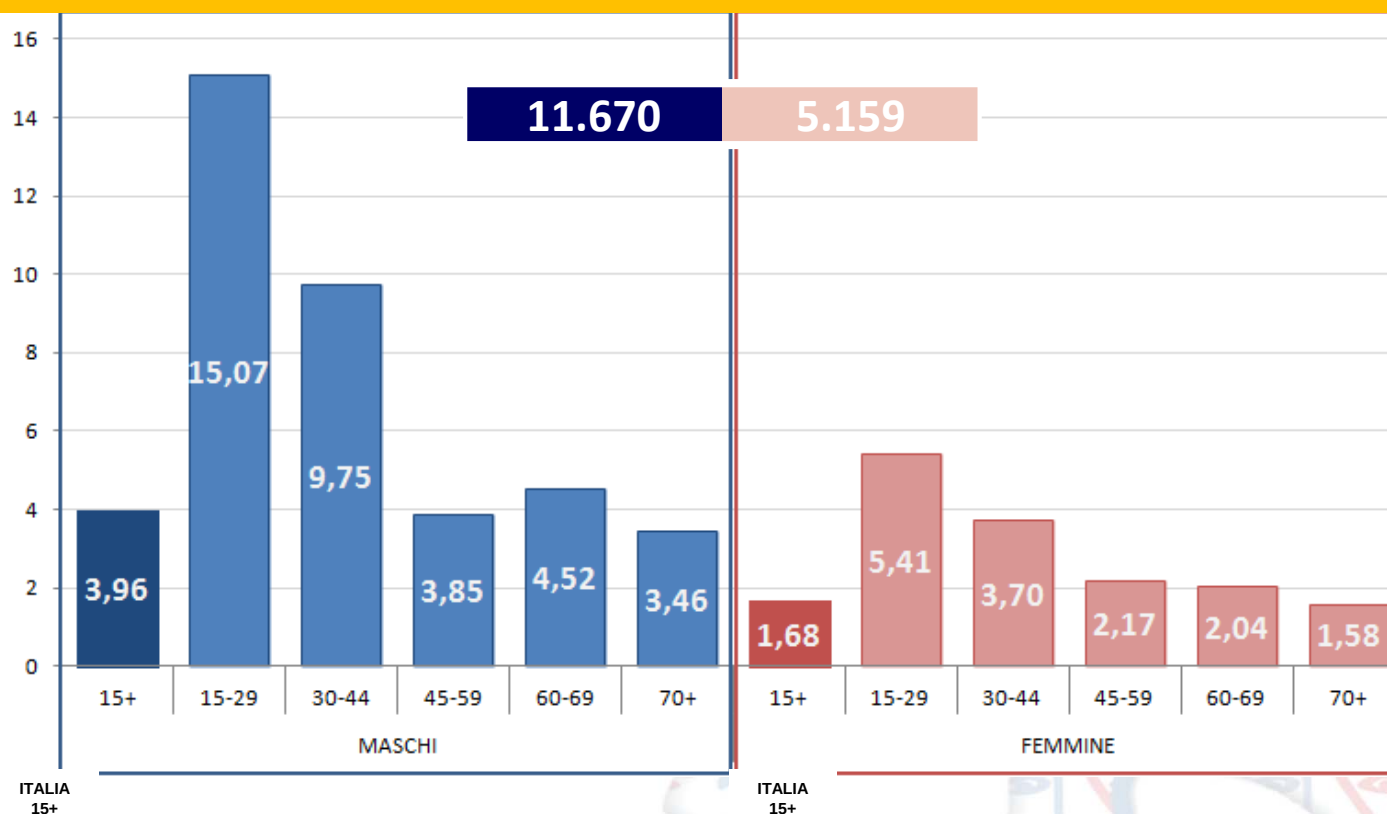




ISS- Mortalità alcol-attribuibile per classi di età e sesso

17.000 morti /anno (ITALIA 2010)

Prima causa di morte tra i GIOVANI



- **Circa 17.000 persone di età > a 15 anni** (circa 12.000 uomini e 5.000 donne), muoiono ogni anno in Italia per una causa di morte totalmente o parzialmente alcol correlata
- Tutti i decessi sono potenzialmente evitabili (parzialmente o totalmente) a fronte di un corretta interpretazione del bere

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

La mortalità alcol-attribuibile in Italia e nelle Regioni

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

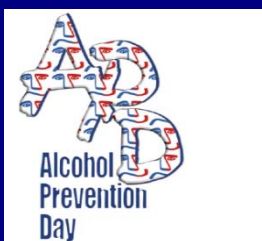


Roma 09 Aprile 2014

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

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

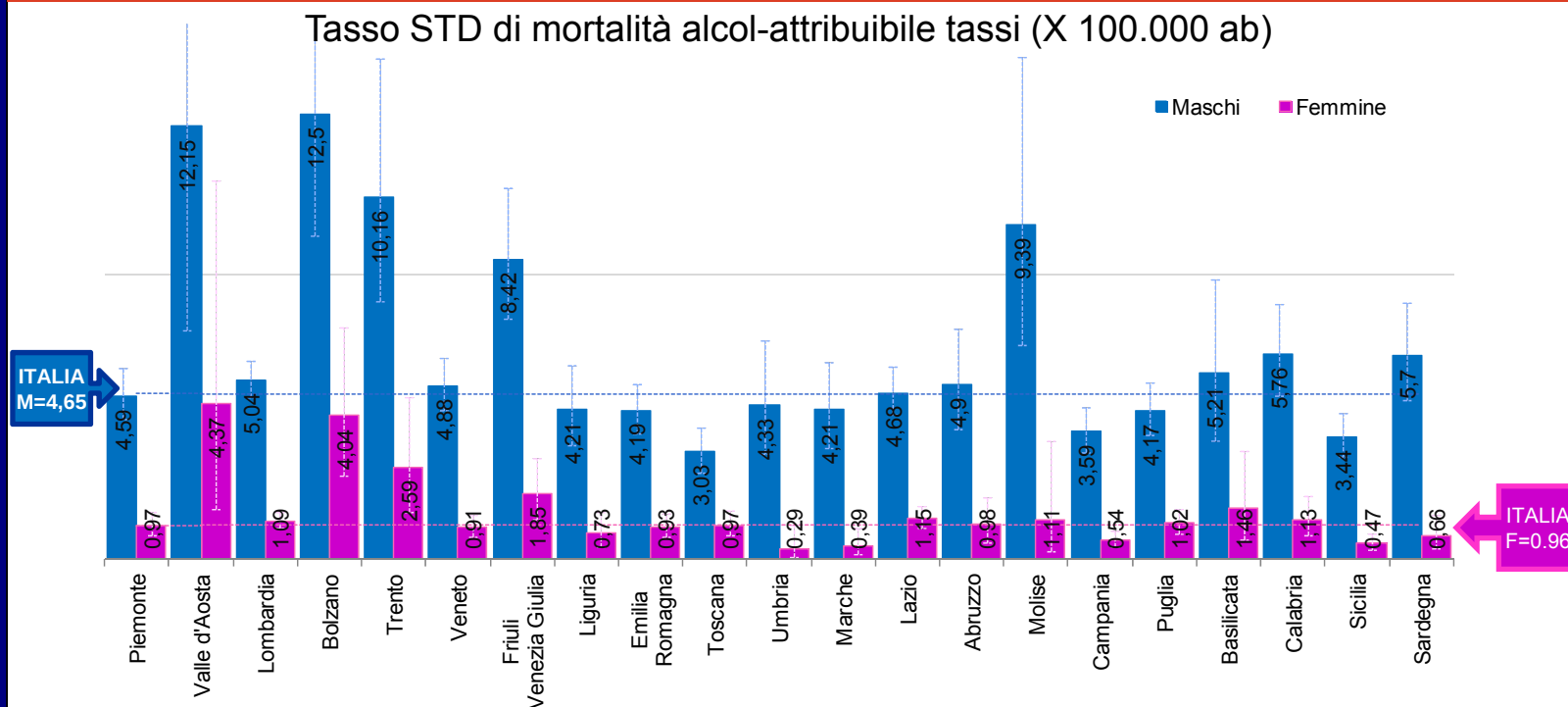
I decessi per CANCRO causato da alcol (oltre 5000/anno) incidono per il 33 % sul totale del totale dei decessi alcolcorrelati; sommati ai decessi per incidenti attribuibili all'alcol (oltre 5000) che incidono per il 30 % su tutti i decessi causati queste due cause di morte coprono oltre il 60 % della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



ISS. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte

5 Regioni per i maschi e 4 per le femmine

hanno decessi statisticamente superiori alla media nazionale



Tra gli uomini i valori più elevati di decessi totalmente alcol-attribuibili si registrano in **Valle d'Aosta** (M=12,15; F=4,37), nella **Provincia Autonoma di Bolzano** (M=12,5; F=4,04), nella **Provincia Autonoma di Trento** (M=10,16; F=2,59), in Friuli Venezia Giulia (M=8,42; F=1,85) e per i soli maschi in **Molise** (9,39).

I valori più bassi invece si osservano in **Sicilia e Campania** per entrambi i sessi, in **Toscana** per i maschi e nelle **Marche** per le femmine

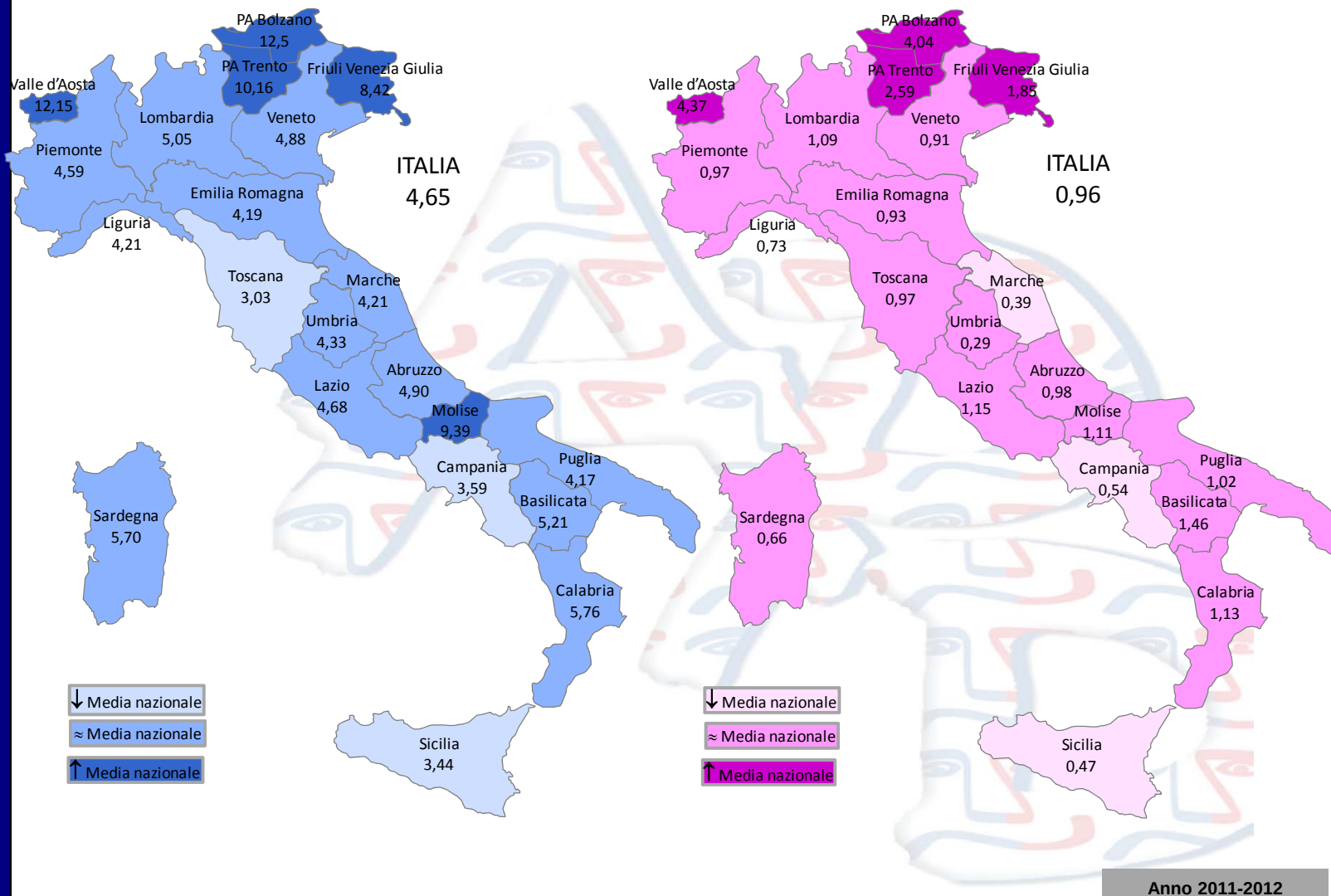
Anno 2011-2012



ISS. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte

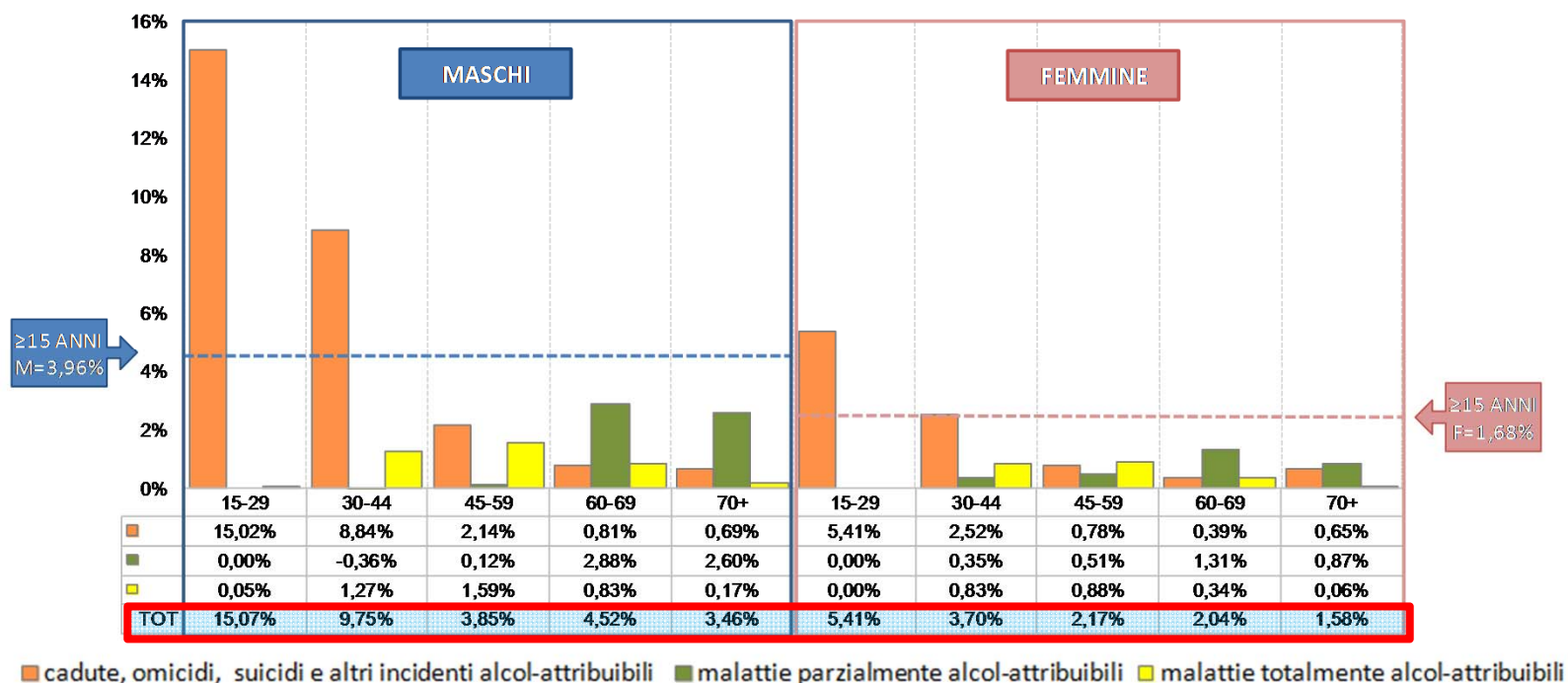
5 Regioni per i maschi e 4 per le femmine

hanno decessi statisticamente superiori alla media nazionale





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

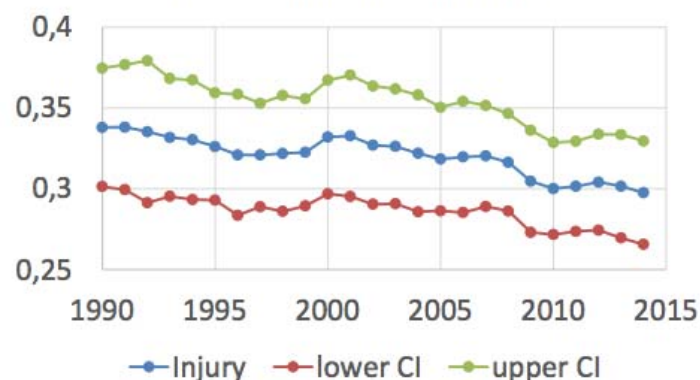
I giovani, che muoiono a causa di incidenti alcolcorrelati, e gli ANZIANI , con una forte componente di mortalità per CANCRO e INCIDENTI sono TARGET VULNERABILI.

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



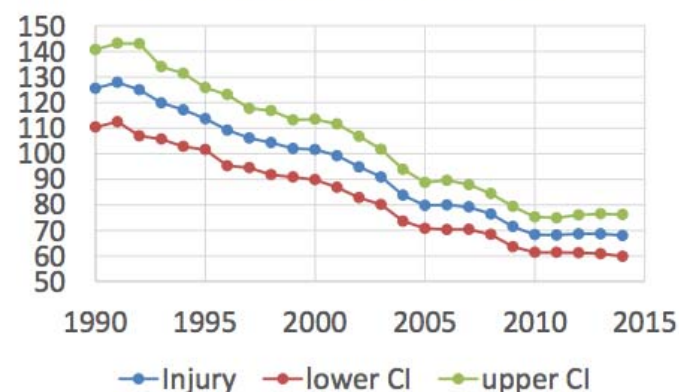
Fractions and standardized rates for alcohol-attributable injury for Italy

Alcohol-attributable fractions



Alcohol-attributable fractions for injury went down, but standardized mortality for alcohol-attributable injury mortality went down even steeper as there is an overall effect of decreasing injury mortality independent of alcohol

Standardized mortality alcohol-attributable injury per 100,000

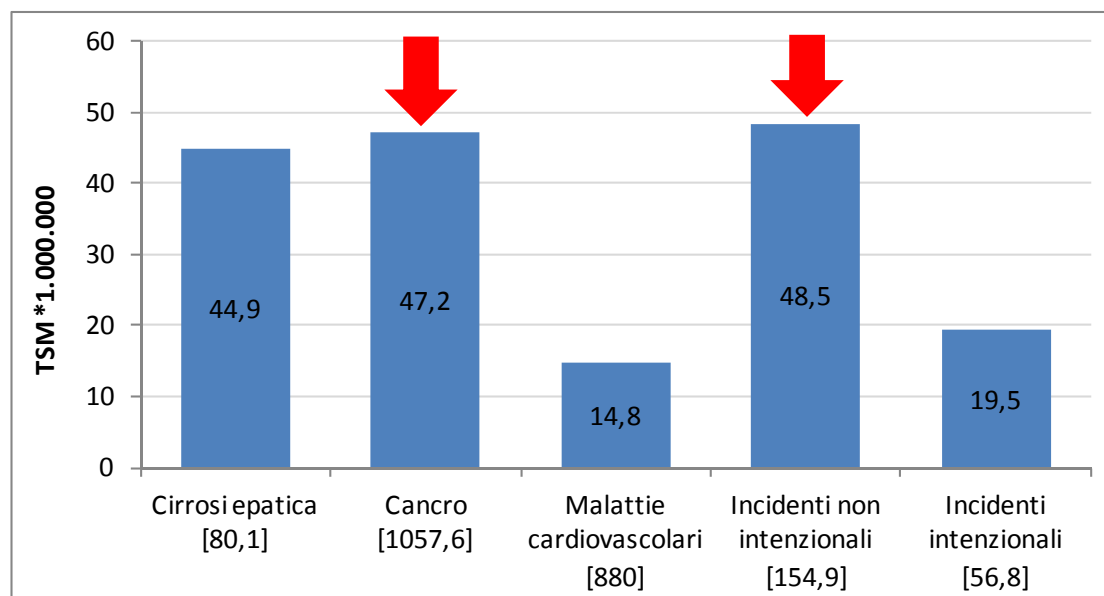


REHM J. , APD 2016



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

Tasso standardizzato di mortalità (TSM) per decessi alcol-attribuibili



I decessi per **CANCRO** causato da alcol incidono per il **27 %** sul totale dei decessi alcolcorrelati considerati; sommati ai decessi per **INCIDENTI (non intenzionali) attribuibili all'alcol** che incidono per il **28 %** dei decessi, queste due cause di morte coprono **quasi il 60 %** della mortalità legata al consumo di alcol in Italia.

Elaborazione ONA-ISS su dati "Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014 (2016)"

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

Giovani tra i 20 e 24 anni le principali vittime, in aumento giovanissimi e anziani

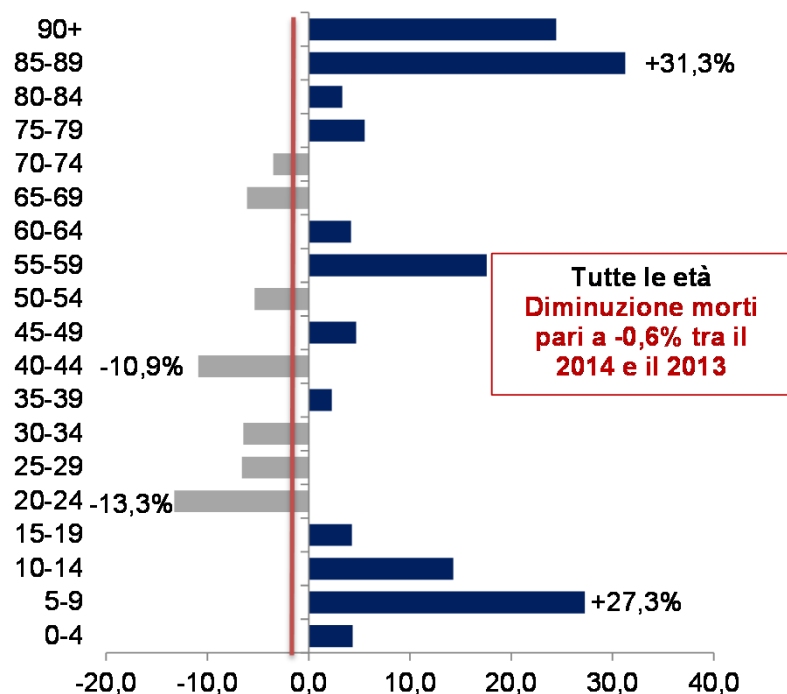
Per gli **uomini**, la classe di età in cui si registra il maggior numero di decessi è quella compresa tra i 20 e 24 anni (219). Seguono le fasce di età 25-29 anni (195) e 45-49 anni (206).



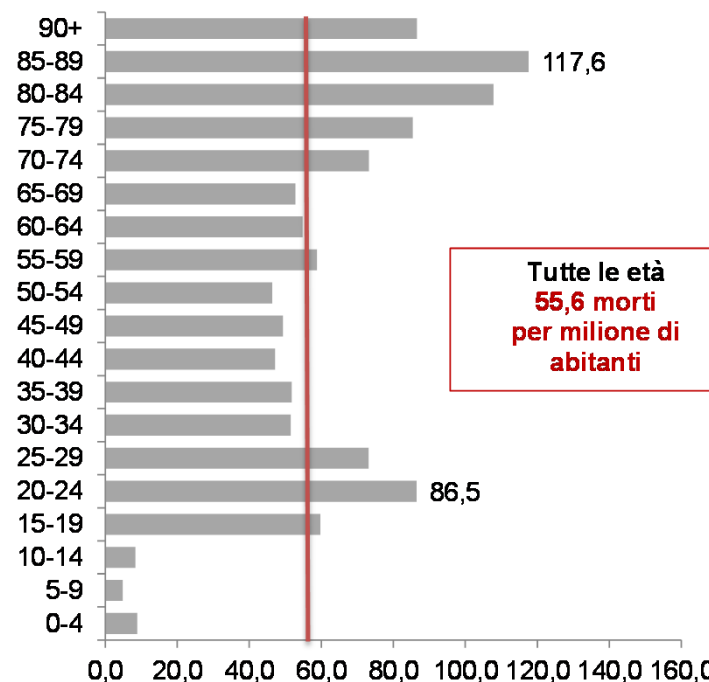
Per le **donne**, il numero più elevato di morti è per la classe di età 20-24 anni (49 decessi) e per le età più anziane 75-79 e 80-84 anni (rispettivamente 65 e 57 decessi)



Variazione percentuale 2014/2013 dei morti in incidente stradale per sesso e classe di età



Morti in incidente stradale per classe di età per milione di abitanti. Anno 2014





PRIORITA'



PREVENZIONE ALCOL-CORRELATA



Prevenzione ONCOLOGICA

Intervenire sugli stili di vita

Prevenzione delle DIPENDENZE

Prevenzione dell'INCIDENTALITA' STRADALE

ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO IN ISS

13-16 e 22-24 febbraio 2017



RAGAZZI CHI RISCHIA ?

Dal problema alla prevenzione dei principali fattori di rischio, vulnerabilità e dipendenza in adolescenza

Studenti

**Anna Sofia DONATI (Liceo G. Cesare) ,
Alessia LINFANTE (Liceo Orazio) ,
Edoardo SANTONI (Liceo Righi)**

Tutor

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini

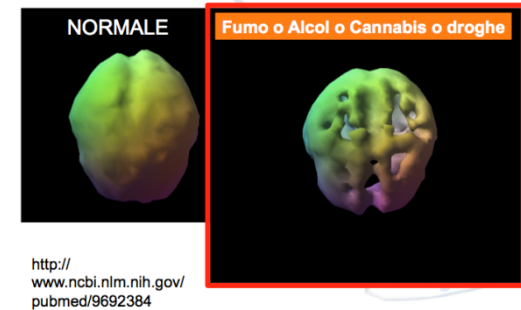
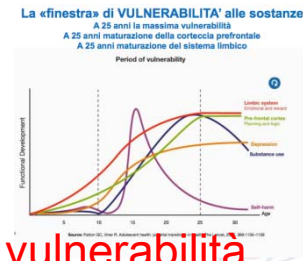
Osservatorio Nazionale Alcol

**Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute sull'alcol e
problematiche alcolcorrelate**

PS2 - Ragazzi chi rischia? Dal problema alla prevenzione

Dalla teoria...

- Abbiamo analizzato i **fattori di rischio sulle vulnerabilità degli adolescenti** e le possibili soluzioni di prevenzione.
- Abbiamo elaborato i dati statistici per l'analisi del fenomeno utilizzando grafici e tabelle, sviluppato un questionario prestando particolare attenzione alle **attitudini e alle percezioni** nelle varie classi di età della popolazione.



- Osservando gli **effetti negativi dell'alcol** sulla salute, siamo giunti alla conclusione che anche un singolo episodio di consumo possa rappresentare un rischio immediato, causa potenziale di danni irreversibili come, ad esempio, per **l'incidentalità stradale**.

...alla pratica

- Abbiamo appreso le tecniche di comunicazione e raccolto gli elementi di base necessari per realizzare il format grafico di una campagna di prevenzione realizzando uno slogan di sensibilizzazione per un target adolescenziale finalizzato alla riduzione della mortalità alla guida legate a consumo di alcol e distrazione, prime cause di incidentalità dai 15 ai 29 anni in Italia.

- Abbiamo partecipato ad un'intervista per la piattaforma web «Dire Giovani», e collaborato all'organizzazione dell'Alcohol Prevention Day.





**L'alcol e la distrazione alla guida sono la prima causa di morte evitabile tra i giovani.
SUPERARE I LIMITI O RISCHIARE ? STAI NEI LIMITI , LA SICUREZZA NON E' UN GIOCO.**



Il nostro percorso in ISS ... lo abbiamo vissuto così

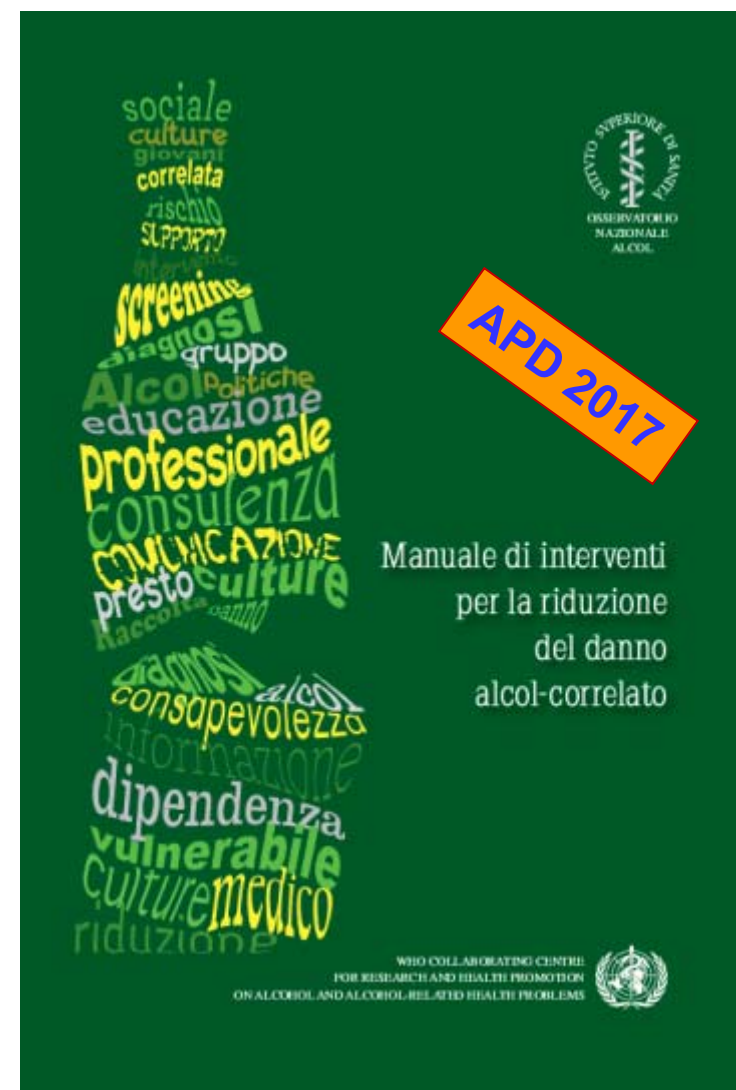


Grazie per l'attenzione



SCENARI DI PREVENZIONE

**QUALI TARGET?
QUALI PROGRAMMI?
QUALI AMBITI O CONTESTI?
QUALI PROFESSIONALITA'?
QUALI MESSAGGI?**



E.Scafato, C.Gandin, L.Di Pasquale, S.Ghirini, L.Galluzzo e S.Martire (a cura di)
 WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità



Le 10 aree di azione/intervento sull'alcol per favorire il cambiamento nelle *policies*

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





INFORMARE LA POPOLAZIONE GENERALE

LINEE GUIDA & CONSAPEVOLEZZA

FORMARE I "PROFESSIONISTI"

PREVENZIONE & EMPOWERMENT



Piano d'Azione

**Sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo
eccessivo episodico (*Binge Drinking*)**

(2014-2016)

Approvato dal

Comitato per le Politiche e le Azioni Nazionali sull'Alcol (CNAPA)



Il piano d'azione europeo su alcol, giovani e consumo episodico eccessivo (2014-2016)

2.1.1 Youth Drinking

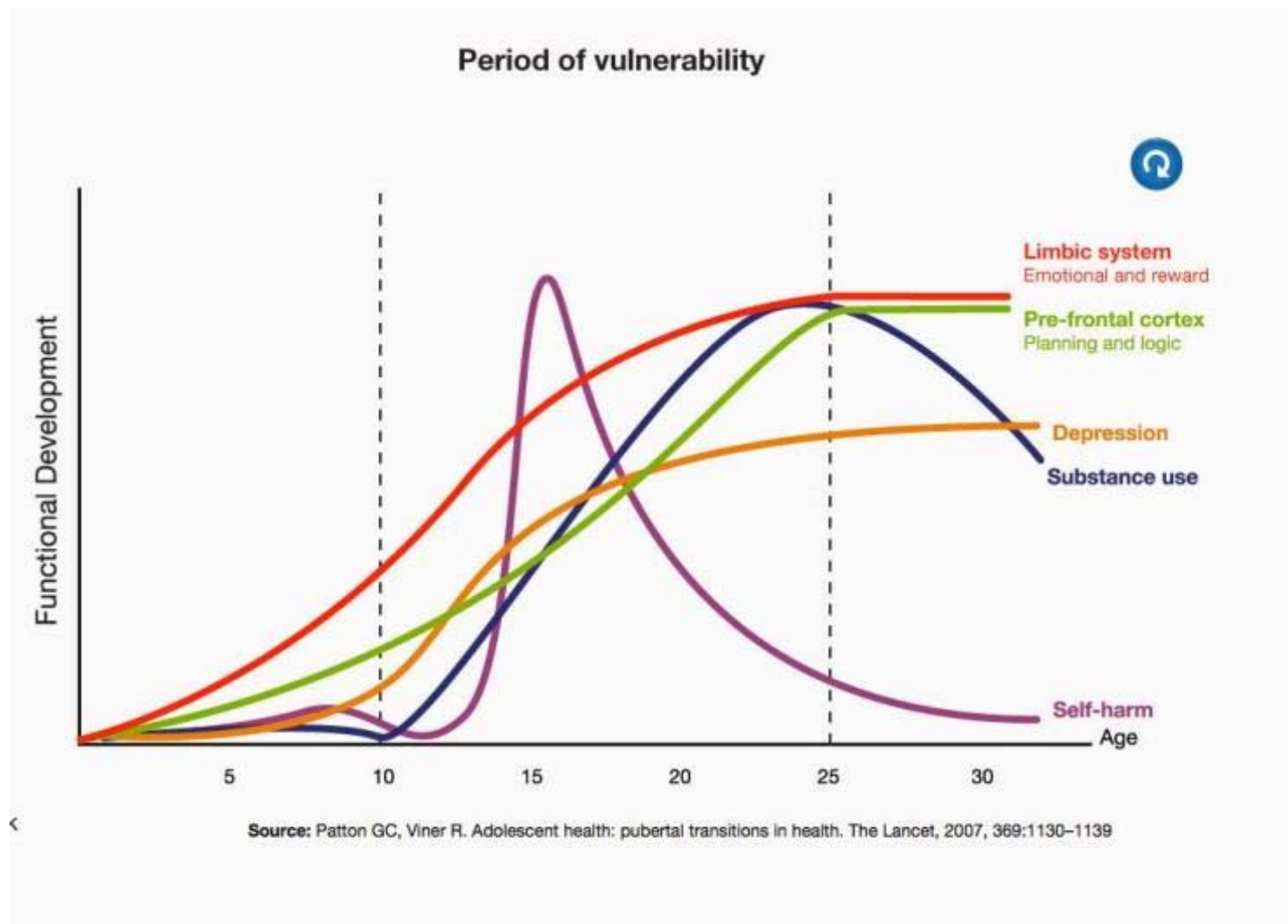
The age group considered as youth in this Action Plan includes the unborn child, children, adolescents and young adults up to the age of 25. This is to ensure targeted actions protecting children, embracing the various legal age limits throughout the EU and harmful and hazardous use among youth that 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**





La «finestra» di VULNERABILITA' alle sostanze



Alcol ed atrofia cerebrale



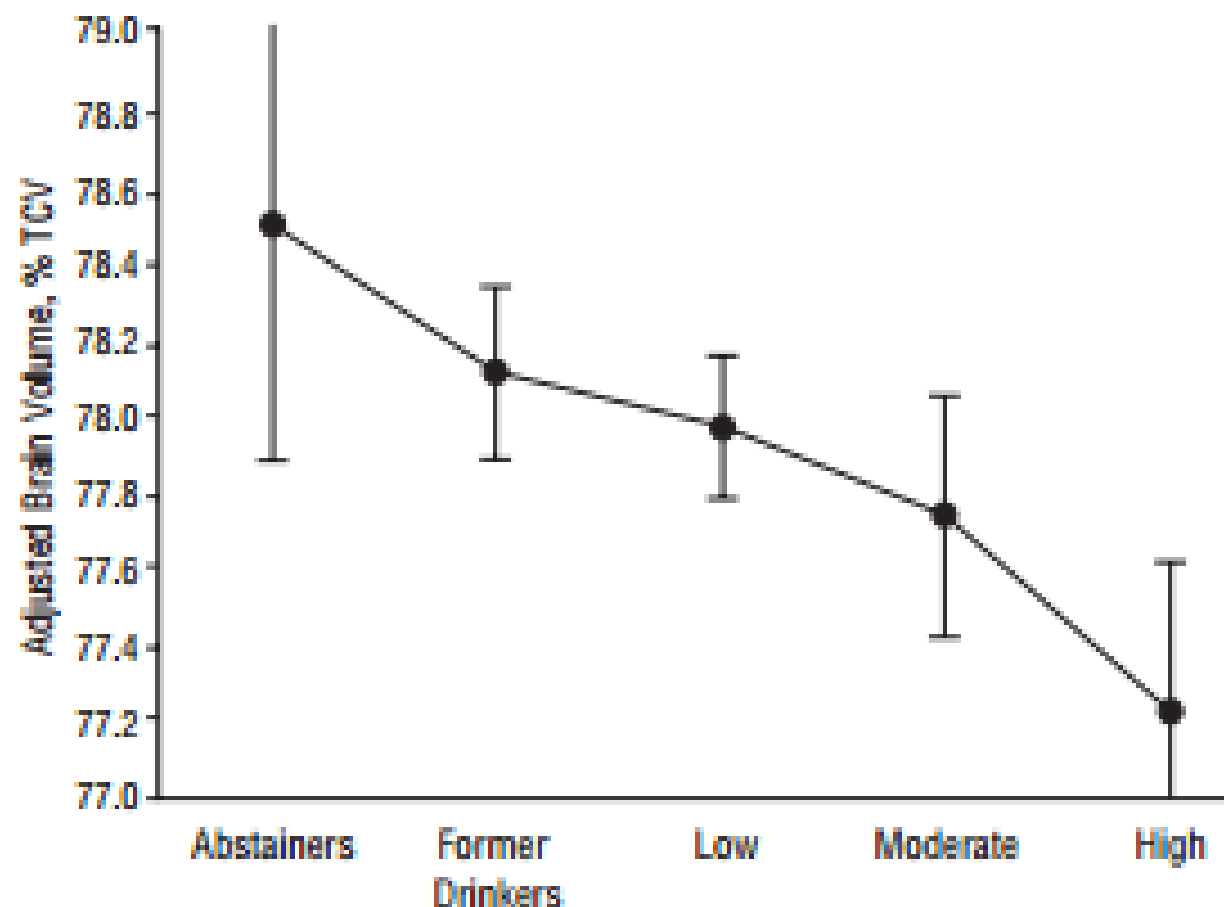
Un consumo "*heavy drinking*" non controllato spesso si conclude con uno stato più difficile da gestire a causa di un'associata atrofia cerebrale.

L'atrofia cerebrale è una conseguenza dell'"*heavy drinking*".





Relazione tra livello di consumo di alcol e volume cerebrale (Framingham study)



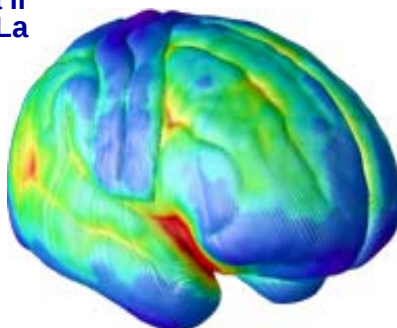
Fonte: Ann Paul C. et al. Arch Neurol. 2008;65(10):1363-1367



Perché l'ALCOL danneggia lo sviluppo del CERVELLO degli adolescenti

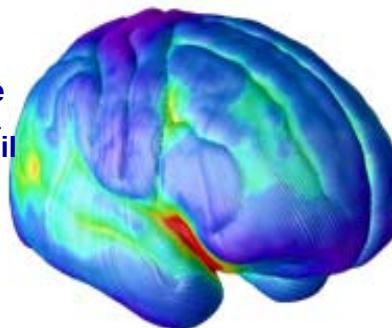
12 ANNI

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



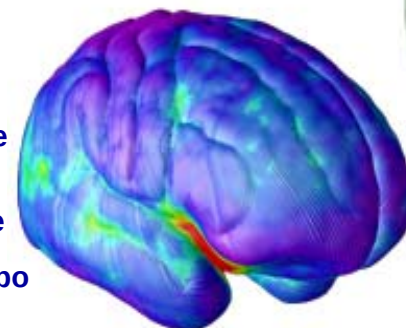
16 ANNI

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

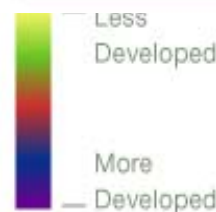
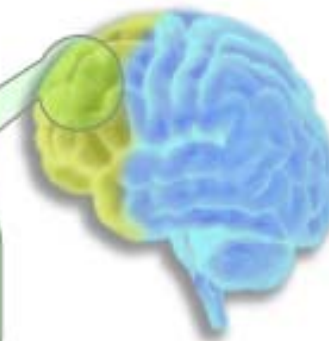
Lo sviluppo è completato. Le connessioni sono rimodellate irreversibilmente. Il risultato finale conferisce all'adulto le sue caratteristiche di razionalità grazie alla prevalenza prefrontale SE l'alcol non ha danneggiato lo sviluppo cerebrale.



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



Fonte : <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/factors/>

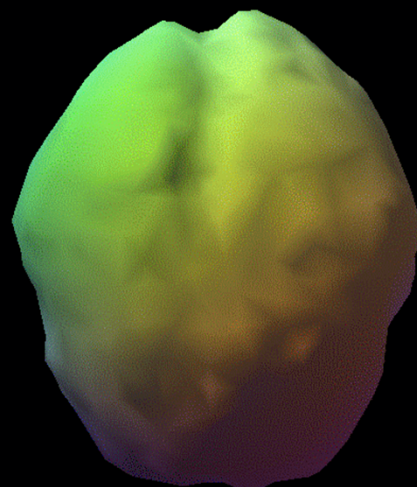


Public Health Response

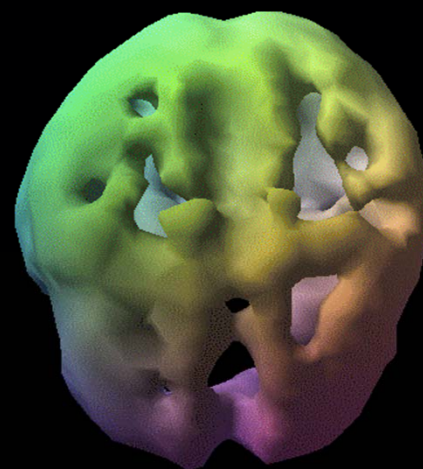
La risposta pubblica al problema alcol è pragmatica: **se il cervello giunge finalmente a maturazione con il sistema limbico e la corteccia prefrontale intorno ai 25 anni** e alla stessa età (Lancet/OMS) è massima la vulnerabilità cerebrale all'uso di alcol e/o sostanze con interferenza e danno alle strutture cerebrali e al sano sviluppo cognitivo in senso razionale, **la "finestra" identificata tra i 12 e 25 come la più sensibile al danno alcolcorrelato richiede attenzione, valutazione e iniziative di prevenzione che partono dalla comunicazione del rischio.**



NORMALE



Consumo dannoso





BERE RESPONSABILE
TRA I GIOVANI E' NON CONSUMARE

Implicazioni di Salute Pubblica

Ai MINORI, da tutelare sempre
attraverso rigorose norme
specifiche, e ai GIOVANI

**E' SCONSIGLIABILE
CONSUMARE ALCOL**

CONSUMARE ALCOL



POLICY GOAL

Sotto l'età minima legale:

- **RITARDARE** l'avvio al bere
- **RIDURRE e MINIMIZZARE** le quantità di alcol consumate dagli adolescenti che potrebbero bere
- **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

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/m²) 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?

SIA, SOCIETA' ITALIANA ALCOLOGIA

L'ALCOL E' CANCEROGENO


Società Italiana di Alcolologia

**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 alcolologia.





CONFERENZA
Alcol dipendenza
un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società
19 gennaio 2012 - Casa del Libro - Roma City



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

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



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

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

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





Il consumo di alcol e le malattie cardiache

1. L'alcol è un sostanza potenzialmente in grado di dare dipendenza, nociva sia per il sistema cardiovascolare che per altri organi e sistemi;
2. Rispetto ai potenziali benefici di un consumo «moderato» di alcol per la protezione delle malattie cardiovascolari, essi sono basati su dati osservazionali con molti fattori confondenti piuttosto che su evidenze di studi clinici randomizzati controllati.

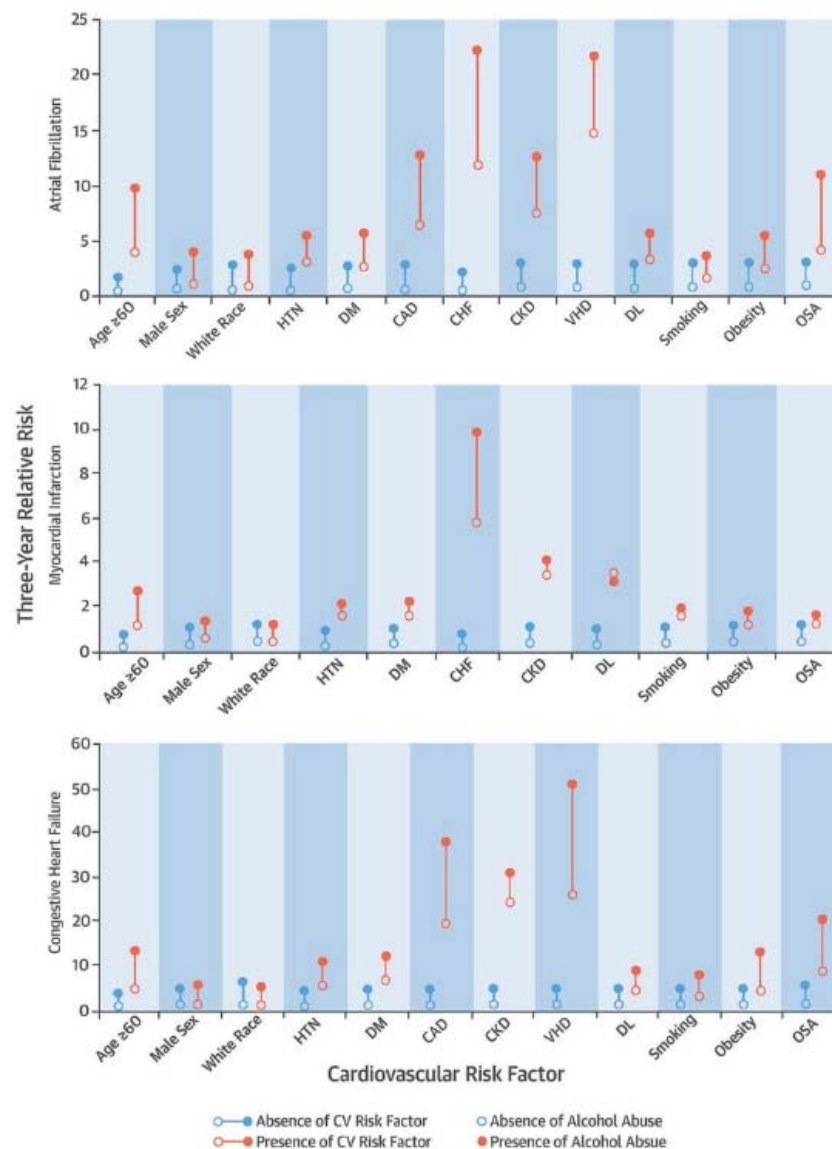
Fonte: Criqui MH et al. J Am Coll of Cardiol, 2017



Il consumo di alcol ed il rischio di malattie cardiache

Il consumo di alcol aumenta il rischio di fibrillazione atriale, infarto miocardico, e di cardiopatia congestiva in misura simile ad altri ben noti fattori di rischio.

Le azioni per ridurre il consumo di alcol nella popolazione potrebbero risultare in una riduzione significativa delle malattie cardiovascolari.

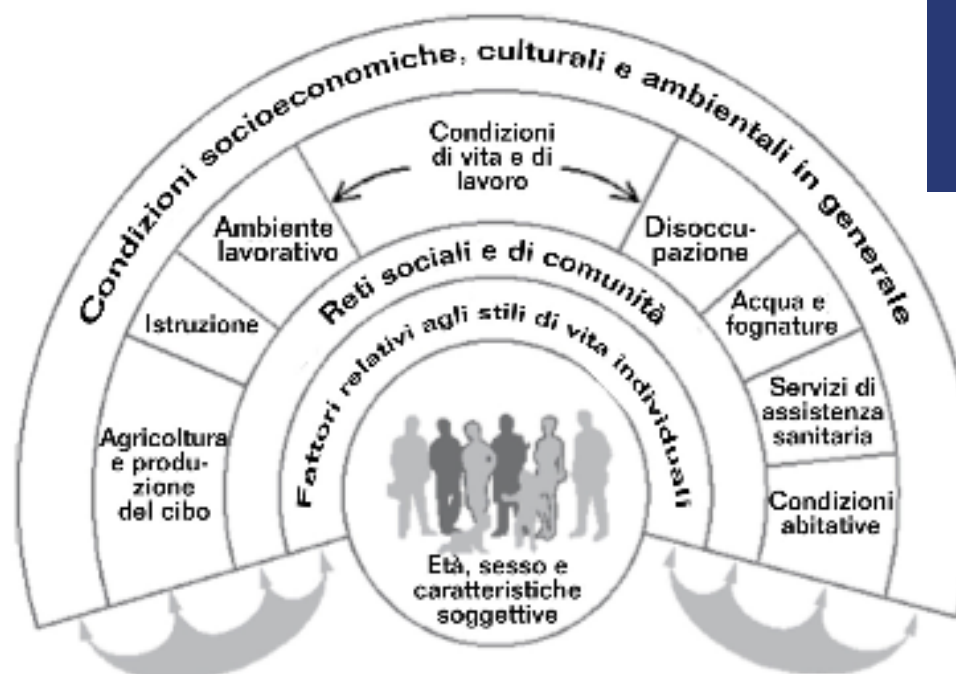


Whitman, I.R. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;69(1):13-24.



Agire sui Determinanti di salute per ridurre le disuguaglianze

Figura 1. I principali determinanti di salute



Fonte: Dahlgren & Whitehead (3).

http://www.iss.it/binary/pres/cont/libretto_alcol_e_disuguaglianze.pdf





ALCOL & PREVENZIONE IMPLICAZIONI DI SALUTE

**L'ALCOL NON SI RACCOMANDA
L'ALCOL NON SI PRESCRIVE**

L'ALCOL SI SPIEGA

IL RISCHIO SI INTERCETTA

IL RISCHIO SI PREVIENE

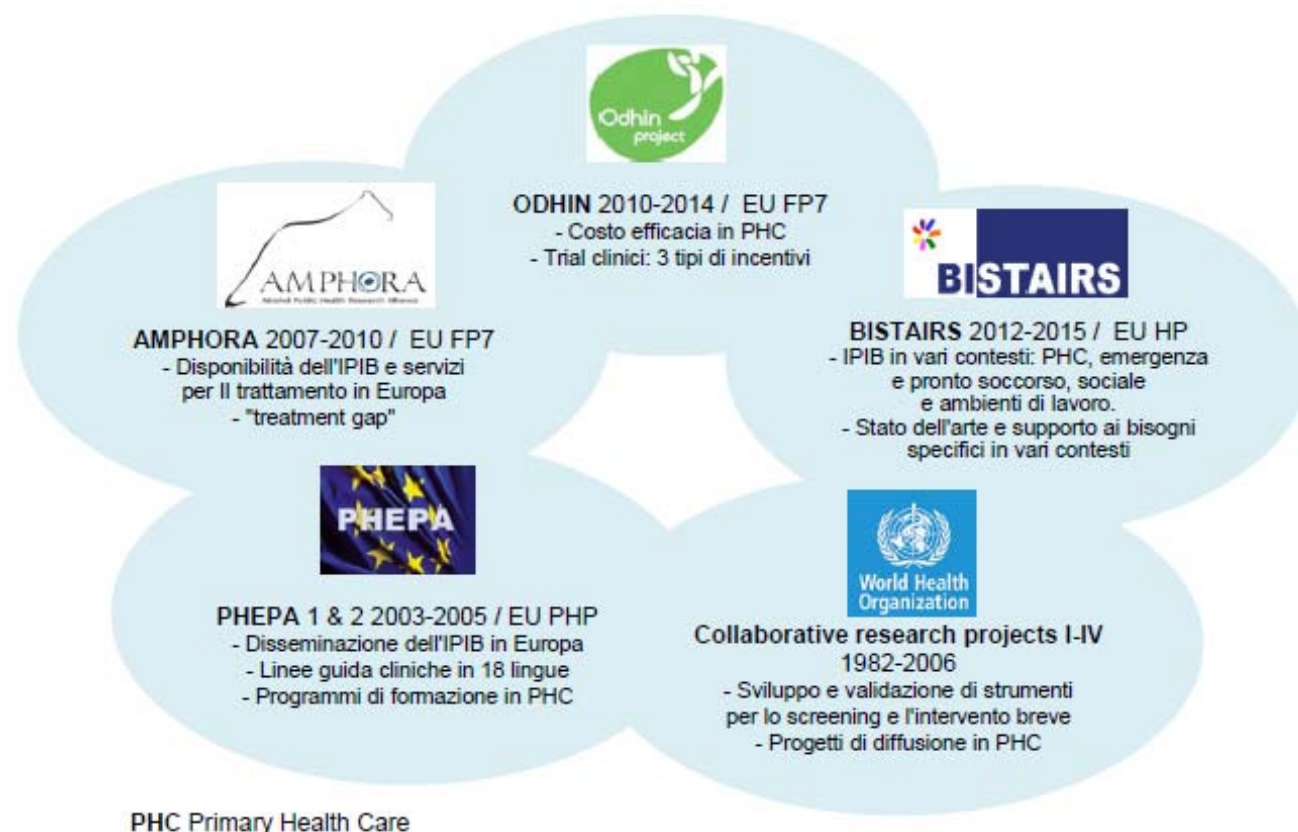


Figura 1. Progetti della WHO e dell'Unione Europea su sviluppo e implementazione della metodologia IPIB

Fonte: Gandin C et al. (Ed). **Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)**. Roma, ISS. Rapporto Istisan 17/2



Come si produce salute ?

- Quali messaggi privilegiare in un contesto di prevenzione?
- Quali sono gli elementi di giudizio che è plausibile fornire per garantire, ad esempio, scelte informate?
- E quali invece quelle idonee a favorire incremento di consapevolezza e cambiamento rispetto ad una situazione di consumo a rischio?
- **Come comunicare il rischio in una chiave di tutela della Salute Pubblica?**

RARHA : il consenso EUROPEO

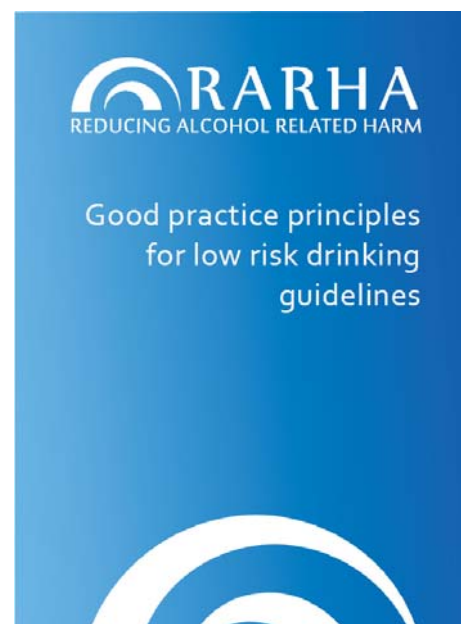


TABLE 12: IPiB - IDENTIFICAZIONE PRECOCE INTERVENTO BREVE

BASIC FACTS	
NAME	IPiB - Identificazione Precoce Intervento Breve: the formal institutional standard of training for primary health care professionals in Italy allowing participants to be trained themselves and to train other professionals on early identification and brief intervention on alcohol
ABSTRACT	The National Committee on Alcohol, set by the frame law on alcohol 121/2001, indicated the training programmes on the national IPiB (Early Intervention and Brief Intervention, in Italian: IPiB - Identificazione Precoce Intervento Breve) based on PHEPA II project, as the formal institutional standard of training for Primary Health Care (PHC) professionals (the target group), and the National Observatory on Alcohol, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, of the Istituto Superiore di Sanità (ISS - National Society of Alcoholology) and the Regions. Thus, starting from 2006 the NOA - CHESPS played a pivotal role in carrying out a formal activity in preparing a country strategy aimed at the implementation and dissemination of a common standard of training and at the coherent application of the IPiB now explicitly included in all national public health documents and carried out under the frame of different national - international programmes. The ISS-IPiB training courses follow the PHEPA standard: six training sessions for each course (Session 1: Introduction and basic concepts; Session 2: Early Identification; Session 3-4: Brief Intervention; Session 5: Alcohol dependence; Session 6: Implementation of the IPiB alcohol programme). Duration: 1 or 2 days, according to the settings. As recruitment method, the web page of the ISS publishes the call for the selection of candidates for the training programmes IPiB as well as the programme of the course that allowed to 24 participants (www.iss.it).

TABLE 16: APD - ALCOHOL PREVENTION DAY

BASIC FACTS	
NAME	APD - Alcohol Prevention Day and national campaigns for the implementation of the frame law on alcohol 116/2001
ABSTRACT	Since 2001, the National Observatory on Alcohol of the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion of the Istituto Superiore di Sanità (NOA - CHESPS, ISS) has been committed to the explanation of the campaigns of the Italian Ministry of Health (MinH), including the APD, promoted by means of the 126/2001 frame law on alcohol. The APD is a part of the yearly initiative that promotes the month of April as a month of alcoholism prevention. It is a unique National opportunity to share practical and effective actions and good practices by several regional, municipal and local realities based on the experience and commitment of voluntary associations and self-and mutual-help, including Alcoholics Anonymous, Alateen and Al-Anon, and many non-conventional or formal associations ensuring valuable support to those in strong need of help or in the difficult process of rehabilitation and social reintegration. Each year, more than 250 key stakeholders participate in the event. European and International key speakers are usually invited from the European Commission, the WHO Regional Office for Europe and/or Head Quarters, scientists and researchers. Languages used are Italian and English with translation. The APD is the occasion to present and renew the offer of a wide range of materials useful for the alcohol prevention in children, adolescents, pregnant women, families, policy makers and health professionals disseminated by ISS all over Italy. All public domain materials are made available at the CHESPS, ISS web page (EPICENTRO - www.epicentro.iss.it/alcol).

RARHA : il consenso EUROPEO

Il contributo scientifico e il ruolo europeo dell'ISS per il policy making e la prevenzione.

**Le linee guida europee
della Joint Action RARHA
per la riduzione dell'impatto e del rischio alcolcorrelato**



RARHA - FINAL CONFERENCE
SHARING THE RESULTS
LOOKING HOW TO REDUCE ALCOHOL RELATED HARM

 **RARHA**
REDUCING ALCOHOL RELATED HARM

RARHA : il consenso EUROPEO

Secondo la JA RARHA le misure per migliorare il potenziale di orientamenti comuni e condivisi sul consumo di alcol e i suoi rischi (oltre ad informare e sensibilizzare i consumatori rispetto all'alcol e alle problematiche alcol-correlate per una scelta consapevole rispetto al consumo stesso) sono:

- **applicare e far rispettare il limite di 18 anni di età** per la vendita e la somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica;
- **supportare i servizi sanitari di base, nell'identificazione precoce dei consumatori a rischio** ed offrire loro interventi finalizzati alla riduzione del consumo a rischio come parte della pratica clinica;
- **fornire la formazione professionale specifica** richiesta;
- **fornire informazioni utili per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, il contenuto calorico, i grammi di alcol puro della confezione**
- **richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità di alcolici contengano informazioni** sui rischi per la salute associati al consumo di alcol.



RARHA - FINAL CONFERENCE

SHARING THE RESULTS

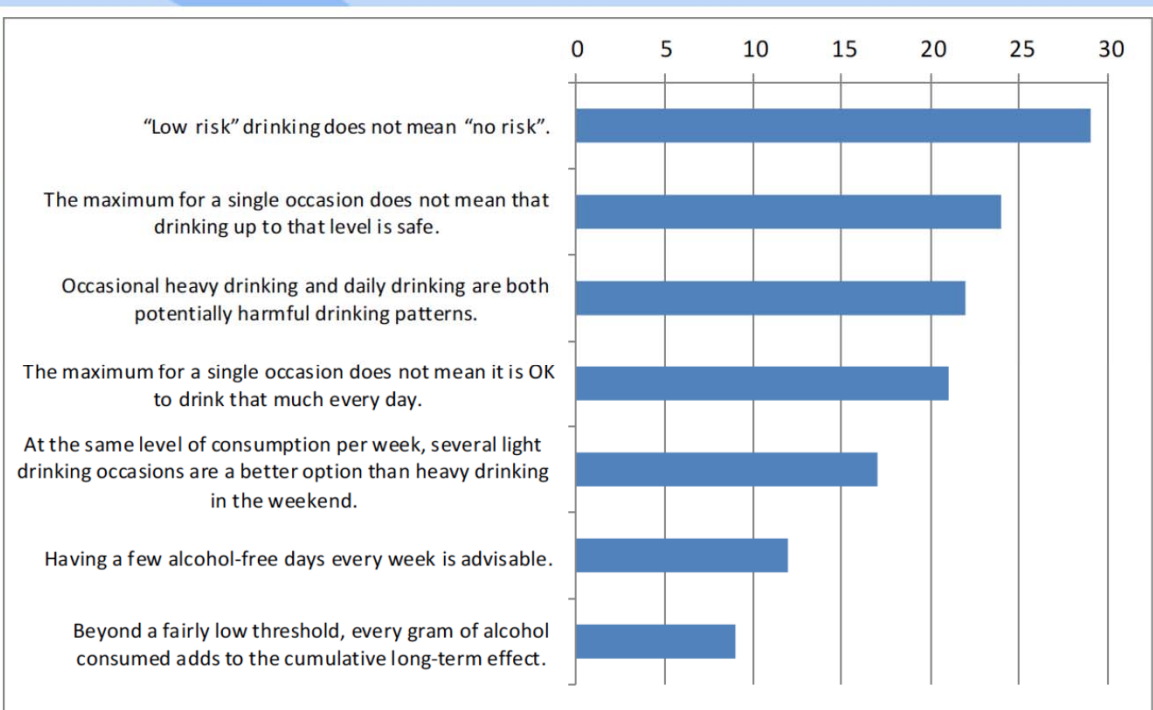
LOOKING HOW TO REDUCE ALCOHOL RELATED HARM

 **RARHA**
REDUCING ALCOHOL RELATED HARM

Comunicazione e prevenzione basate sulle evidenze scientifiche Il consenso europeo nella Joint Action RARHA

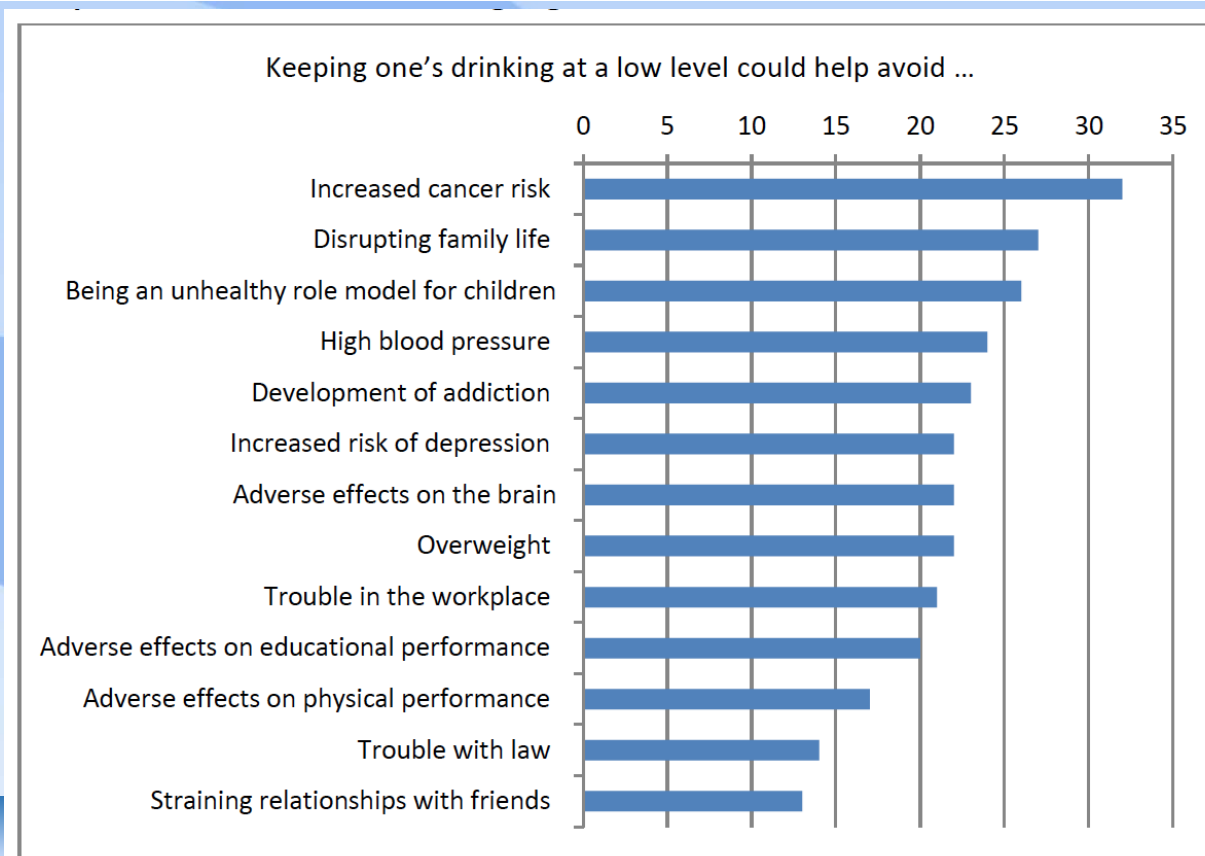
I punti principali da sottolineare nella comunicazione alla popolazione ed agli operatori sanitari secondo gli esperti sono :

- 1. il “consumo a basso rischio” non significa “assenza di rischio”**
- 2. il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro**
- 3. il consumo eccessivo episodico (binge drinking) è potenzialmente dannoso come il consumo giornaliero eccedente le linee guida**
- 4. è consigliabile avere alcuni giorni “alcohol-free” ogni settimana**



Comunicazione e prevenzione basate sulle evidenze scientifiche
Particolari RISCHI da evidenziare per il consumo di alcol a più basso rischio

Alcune informazioni sui rischi e danni alcol-correlati da evidenziare in relazione al consumo di alcol a più basso rischio dovranno includere principalmente l'aumentato rischio di **CANCRO** , di effetti negativi per la **FAMIGLIA** , **per i MINORI**, per l'ipertensione , la dipendenza, depressione , **DANNI AL CERVELLO** , **SOVRAPPESO**, **problemi lavorativi**, riduzione delle performance fisica o scolastica .



Binge drinking

Relativamente al consumo episodico eccessivo (binge drinking) le linee guida del consumo di alcol a basso rischio non dovranno includere raccomandazioni sul consumo episodico eccessivo.

Nella comunicazione del rischio del consumo episodico eccessivo sarà necessario

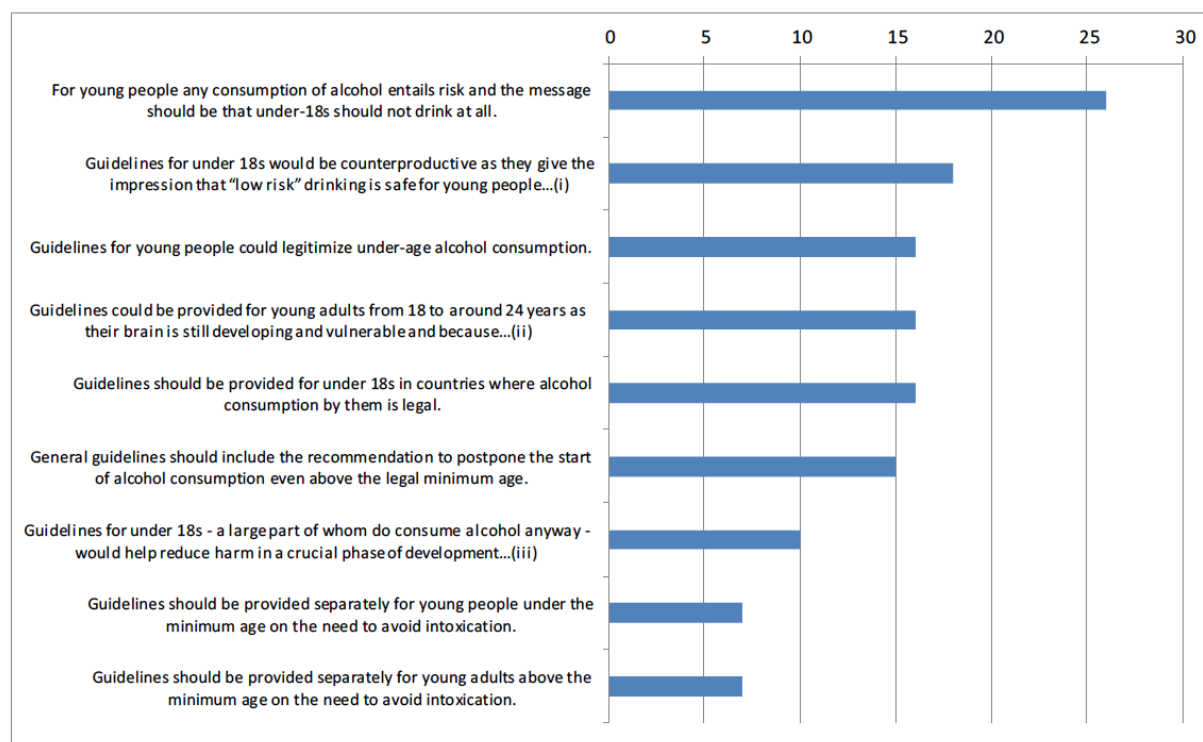
1. sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro;
1. specificare l'arco temporale e sottolineare che il **consumo episodico eccessivo è potenzialmente dannoso come il consumo giornaliero eccedente le linee guida .**

Comunicazione e prevenzione basate sulle evidenze scientifiche

Il consenso europeo per I GIOVANI

Fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio per i minori di 18 anni potrebbe essere controproducente rispetto all'indicazione corrente di evitare il consumo di alcol .

Graph 12. Agreement with arguments for and against specifying "low risk" drinking guidelines separately for young people



Comunicazione e prevenzione basate sulle evidenze scientifiche Il consenso europeo nella Joint Action RARHA

I punti principali da sottolineare nella comunicazione alla popolazione ed agli operatori sanitari secondo gli esperti sono :

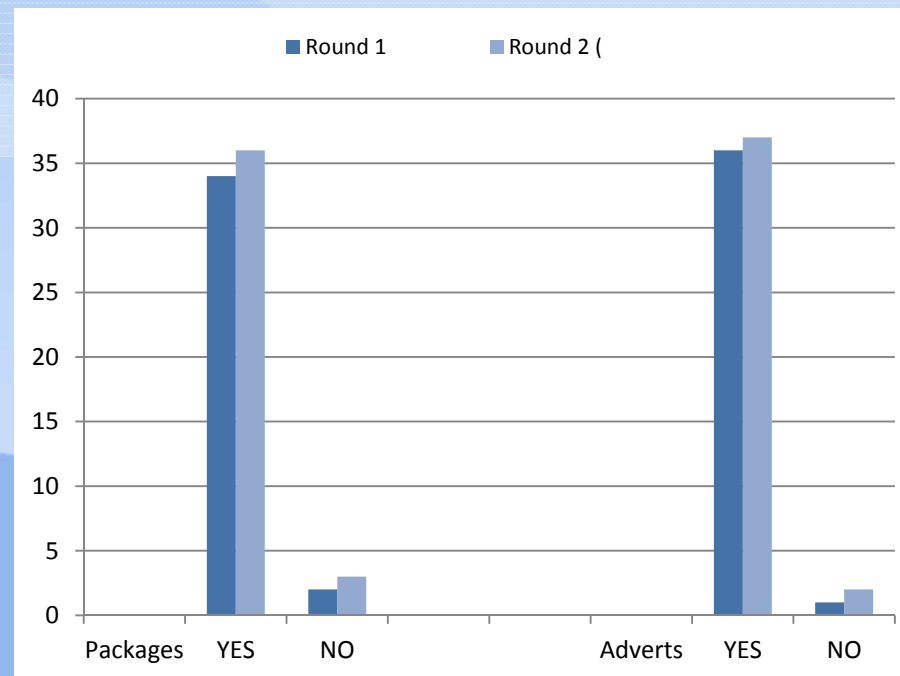
1. **La comunicazione del consumo a basso rischio non dovrà evidenziare potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute.**
2. Le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite **separatamente per uomini e donne.**
3. Sono necessarie **linee guida sul consumo a basso rischio per gli anziani**, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità ed agli incidenti alcol-correlati.

ETICHETTATURA : **SI** a warning messages

Would it be useful from a public health perspective if warning messages about health or safety risks were required across the EU on alcoholic beverage packages and/or on alcohol advertisements?

YES

- Consumer's right
- Coherent policy
- Information gaps
- Risks for others

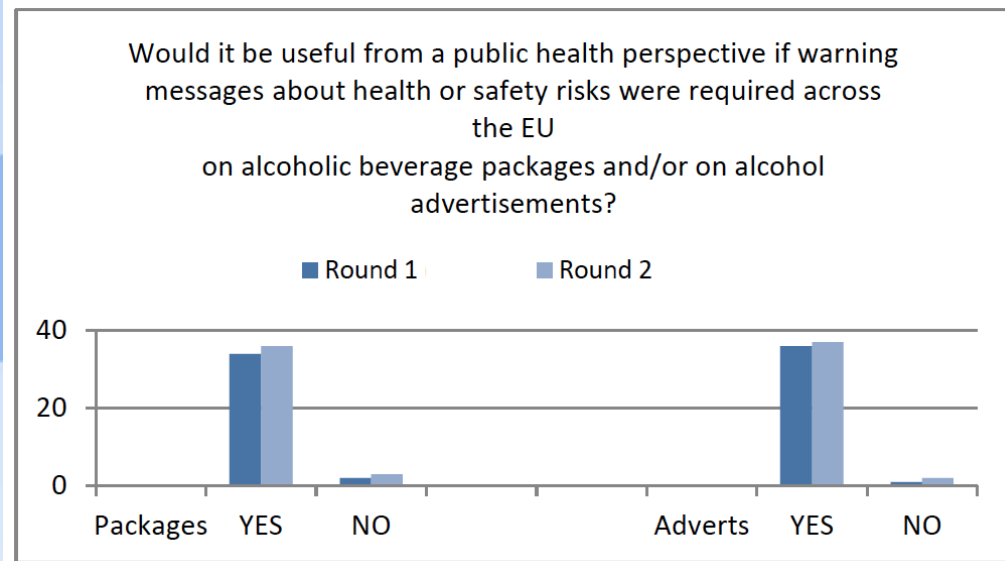
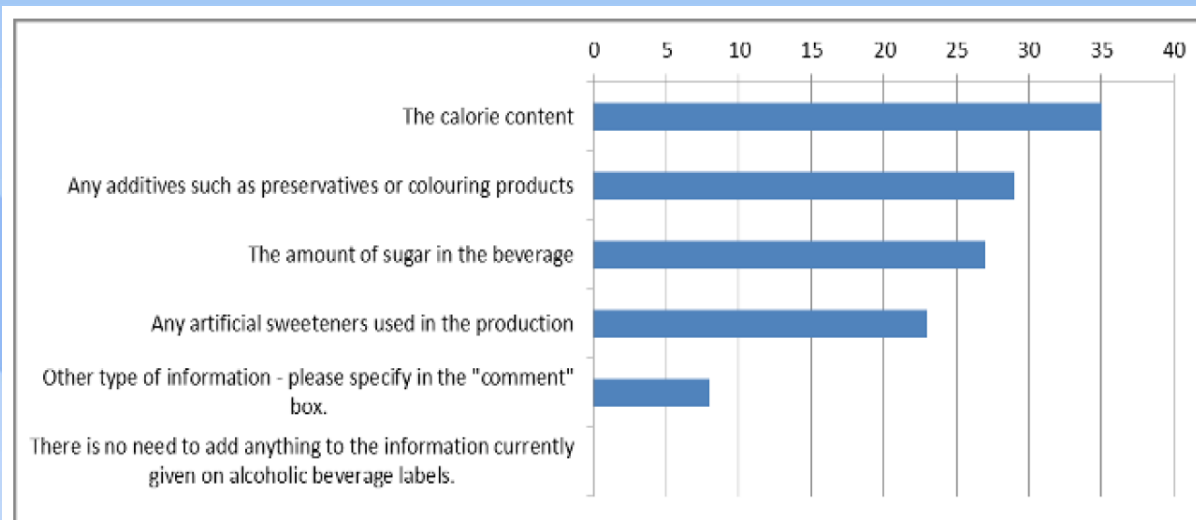


NO

- Risks are known
- Too much info
- Too small font
- Campaigns better

Comunicazione e prevenzione : informazioni e messaggi

La maggior parte degli esperti concorda che le etichette delle bevande alcoliche debbano includere **etichette con informazioni sul contenuto di calorie delle bevande**, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti.



Gli esperti concordano che è necessario sostenere le politiche a favore dell'uso di etichette sulle bevande alcoliche che contengano informazioni sui rischi causati dall'alcol sulla salute, intese come "warning messages", messaggi di precauzione.



Presidiare la SALUTE

Vicende recenti, come quella dei vaccini, insegnano che la salute va presidiata e tutelata anche attraverso il rafforzamento delle misure che si rendono indispensabili in risposta alle minacce alla salute emergenti che possono ad alcuni apparire come “inevitabili abitudini e inerzie” , che ogni metodo comporta, ma che hanno **il valore aggiunto di salvaguardare la salute e il diritto alle scelte migliori di salute pubblica e alle misure, spesso non di competenza sanitaria, che possono contribuire a mantenere, controllare e migliorare lo stato di salute individuale e collettivo.**



Il modus operandi in Public Health

Ogni richiesta di rinnovamento e di sfida culturale aperta ad ogni ragionevole modo di approcciare i problemi proposti non può sottrarsi ad un modus operandi che basa la sua credibilità non su ipotesi, possibili o probabili, ma sul rigore scientifico e sulla sostenibilità delle scelte, spesso anche scomode, ma che rispettano il principio di precauzione nella consapevolezza dell'impatto della risposta pubblica ad ogni problema sanitario e di salute.



Il ruolo principe dell'epidemiologia

Chi si occupa di Salute Pubblica in senso ampio raccoglie e valorizza l'evidenza scientifica **alla luce delle prerogative di prevenzione e di tutela della salute** che le Istituzioni preposte si impegnano costantemente a amministrare in una prospettiva ampia e **garantita dalla ricerca scientifica indipendente** e dagli orientamenti che scaturiscono dal confronto europeo ed internazionale in termini di **evidence based policy** e di **good practice** che, insieme alle **linee guida**, sono e restano **gli elementi di giudizio inalienabili dell'investimento in salute**.



Approccio bio-psico-sociale e/o ecologico-sociale FAVORIRE IL CAMBIAMENTO

Misure o norme spesso percepite da alcuni come prescrittive hanno la capacità dimostrata di favorire il cambiamento del comportamento a rischio nell'individuo.

Volendo privilegiare la "sfida" dell'approccio in chiave sociologica, non si può non prendere in considerazione **l'approccio bio-psico-sociale** che trova applicazione nel contrasto ai principali fattori di rischio, non solo l'alcol, ma che basa tutto **sull'incremento di consapevolezza dei RISCHI** e **l'identificazione precoce ed "intervento breve"** garantendo efficiente identificazione della popolazione a rischio e favorire, attraverso una forma cardine di "trattamento", il counseling motivazionale, risultati caratterizzati dal più elevato e favorevole rapporto costo-beneficio.



Approccio bio-psico-sociale e/o ecologico-sociale FAVORIRE IL CAMBIAMENTO

La chiave sociologica di lettura non può limitarsi “solo” ad ambiti “selezionati” ma deve estendersi come approccio **Globale** alla **cultura del cambiamento** e al suo sostegno come principale risposta di salute pubblica, che in tutto il mondo viene proposta come prima risorsa per la riduzione del consumo dannoso o rischioso di alcol.

Agli “addetti ai lavori” non sfuggirà **l'indispensabile collegamento tra le “norme”** che sollecitano cambiamenti in senso salutare della popolazione, coerenti **con le informazioni e le evidenze da fornire**. Il tutto rappresenta il **nodo dell'intervento bio-psico-sociale spesso proposto non a caso in chiave ecologico-sociale e di sistema, coinvolgendo non solo l'individuo a rischio ma la famiglia e la società.**



FAVORIRE SCELTE INFORMATE

Come indicato nel rapporto dell'Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD del 2015 sugli aspetti economici dei danni alcol-correlati e sulle politiche di contrasto “Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy”, **per effettuare scelte razionali ed efficienti, è essenziale che i consumatori siano informati sulle caratteristiche di ciò che consumano, sui benefici reali e sui rischi e costi a cui sono esposti come conseguenza del consumo.** La sensibilizzazione degli effetti dell'alcol sugli individui e la società contribuisce al sostegno pubblico delle misure per il controllo della disponibilità, dell'accessibilità e delle promozioni sulle bevande alcoliche.

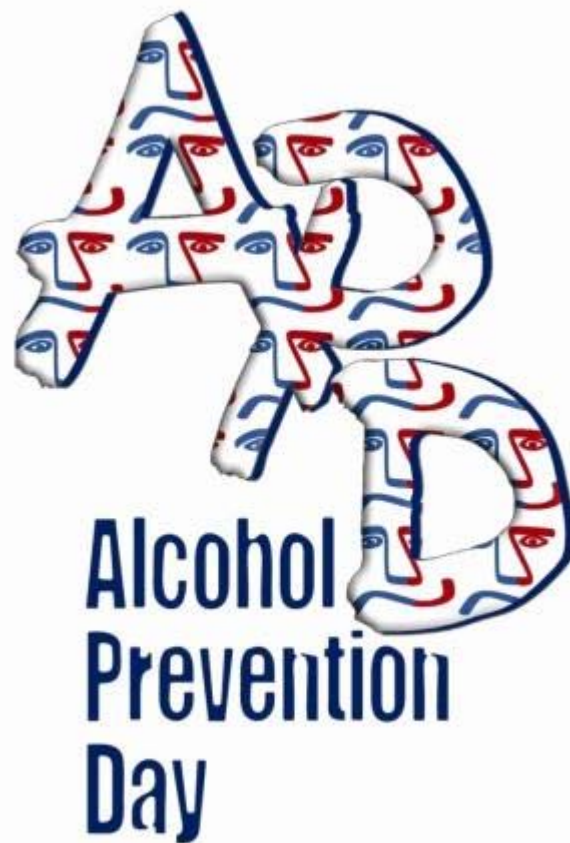


FAVORIRE Alternative Alcohol Prevention Race “Brillo” nello sport ... 9 aprile 2017

The poster features the title "ALCOHOL PREVENTION RACE" in large, bold letters. Below it, the text "BRILLO? SÌ, MA NELLO SPORT!" is written. The central graphic is a stylized orange and yellow shape resembling a running shoe or a flame, with the words "ROMA APPIA RUN" curved around it. At the bottom, it specifies the start time "Partenza ore 9,30" and the location "STADIO delle TERME di CARACALLA km 13 e km 4". It also mentions "XVII EDIZIONE" and provides contact information: "PER INFO: www.appiarun.it • info@appiarun.it". Logos for the Ministry of Health, ISS, Roma Capitale, Regione Lazio, CONI, ACSI, and others are visible at the top.

9 aprile 2017

This poster is a smaller version of the main one, featuring the same title "ALCOHOL PREVENTION RACE" and the "ROMA APPIA RUN" logo. It includes the text "XIX EDIZIONE" and "ROMA 9 APRILE 2017". Logos for the Ministry of Health, ISS, and SANIT are visible at the top.



*Grazie per
l'attenzione*

12 aprile 2017 Roma Istituto Superiore di Sanità

