

Alcol e giovani, famiglia e società. Le priorità della prevenzione integrata sanitaria e sociale tra cultura del trattamento e razionalizzazione dei servizi



Alcol e alcoldipendenza: i gap da colmare per un rinnovato Piano Nazionale Alcol

Emanuele Scafato

Istituto Superiore di Sanità

Direttore Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS

Direttore Reparto Salute della Popolazione

Direttore Centro OMS per la promozione della salute e la ricerca su Alcol e problematiche alcolcorrelate

Presidente SIA, Società Italiana Alcologia

Vice Presidente EUFAS, European Federation Societies on Addictions



ADDICTION

Secondo la definizione dell' OMS (WHO, 1992), “ la dipendenza è uno stato di disagio prodotto dalla sottrazione acuta di una sostanza chimica ad un individuo cronicamente esposto ad essa, condizione che può essere alleviata riprendendo l' introduzione della stessa sostanza d' abuso psicotropa o di un' altra provvista di azioni farmacologiche simili”.

Il NIDA definisce ADDICTION una malattia cronica recidivante caratterizzata dalla ricerca compulsiva e conseguente uso della droga nonostante le sue conseguenze dannose sui meccanismi neurochimici e molecolari nel cervello

Il disagio è caratterizzato dal desiderio incoercibile di assumere la sostanza.

Addiction

La nuova definizione ASAM

Short Definition of Addiction:

- Dipendenza è una malattia cronica del cervello e dei meccanismi di ricompensa, motivazione, memoria e interconnessione la cui disfunzione conduce a caratteristiche manifestazioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali. Tale condizione si manifesta attraverso una spinta individuale patologica alla gratificazione (piacere) attraverso l'uso di sostanze o altri comportamenti.
- L'ADDICTION è caratterizzata dall'incapacità di astenersi, dalla perdita delle capacità individuali di controllo, dal craving o compulsività, diminuita capacità di riconoscere problemi importanti collegati a comportamenti o relazioni personali e da una risposta emotiva disfunzionale. Come tutte le patologie croniche si caratterizza per acutizzazioni e remissioni intercorrenti.
- Senza trattamento o impegno in attività di recupero la dipendenza è progressiva e può esitare in disabilità e morte prematura.

Addiction

ABCDE

Addiction is characterized by:

- **Inability to consistently Abstain;**
- **Impairment in Behavioral control;**
- **Craving; or increased “hunger” for drugs or rewarding experiences;**
- **Diminished recognition of significant problems with one’s behaviors and interpersonal relationships; and**
- **A dysfunctional Emotional response**



ADDICTION

Più di un disturbo comportamentale

“ **Addiction is more than a behavioral disorder.** Features of addiction include aspects of a person’s behaviors, cognitions, emotions, and interactions with others, including a person’s ability to relate to members of their family, to members of their community, to their own psychological state, and to things that transcend their daily experience “.

ASAM 2011



ALCOHOL ADDICTION

Più di un disturbo comportamentale

- Se l'ADDICTION è più di un disturbo comportamentale la ALCOHOL ADDICTION non fa eccezione
- Se le modalità di insorgenza di ADDICTION sono mutate allora dovranno rivedersi anche le modalità ed i sistemi di identificazione, valutazione, controllo, cura e riabilitazione
- I malati di una qualunque forma di ADDICTION hanno il diritto a ricevere un intervento comprensivo di tutte le professionalità disponibili e di dimostrata competenza ed efficacia
- Una rete estesa sulle ADDICTION nel SSN ha la necessità di essere identificata e integrata nelle attività ordinarie di diagnosi e cura **NON TRASCURANDO LA PREVENZIONE A LIVELLO DI POPOLAZIONE** che ha dignità e valenza autonoma e complementare rispetto alle competenze da destinare a chi già ha una dipendenza
- **TUTTI** hanno da guadagnare dall'uso razionale e coerente delle risorse disponibili



ALICE RAP

Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe

Reframing Addictions Project



31 Paesi

43 Istituzioni partecipanti

107 ricercatori

7 Aree tematiche

21 Work Packages

5 anni (2011-2016)

Budget: 7,978,226.00 €



Perché riformulare il quadro sulle dipendenze?

- Perché l'attuale conoscenza sul fenomeno risulta frammentata
- Perché le politiche attuali non risultano sufficientemente efficaci
- Perché l'opinione pubblica dovrebbe essere meglio informata al fine di ridurre:
 - Stigmatizzazione
 - Discriminazione
 - False dicotomie



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^{1,2,3,4,5,*}, P. Anderson^{6,7}, A. Gual⁸, L. Kraus^{9,10}, S. Marmet¹¹, D.J. Nutt¹², R. Room^{10,13,14}, A.V. Samokhvalov^{2,5},
E. Scafato¹⁵, K.D. Shield^{2,3}, M. Trapencieris¹⁶, R.W. Wiers¹⁷ and G. Gmel^{2,11,18,19}

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



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

2014 EMCDDA scientific paper award — Lisbon

Annual award ceremony to celebrate excellence in scientific writing on illicit drugs

Lisbon, 24/11/2014 (News release No 9/2014)

- 'Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?' (2013), primary author **Prof. Jürgen Rehm, PhD** (Germany). Published in *Alcohol and Alcoholism*, 48, 6, p. 633–64.

Scientific paper award

The scientific paper award, inaugurated in 2011 by the EMCDDA and its [Scientific Committee](#), celebrates scientific writing and distinguishes high-quality research in the field of illicit drugs. Scientific papers judged to enhance understanding of the European drugs problem are acknowledged yearly in an award ceremony.

[2014 award](#)

[Eligibility](#)

[Previous editions](#)

2014 award



In 2014, the paper award committee received over 60 eligible articles and will select up to five papers of outstanding quality to be awarded a prize, based on the following criteria:

Dicotomie o convenienze ?

- Le sostanze più dannose sono quelle che sono classificate come più leggere, di più facile reperibilità e maggiormente **accettate socialmente**. E' appurato scientificamente che che è **l' alcol la droga ricreazionale più dannosa**, i cui effetti si manifestano nell' individuo e nella società.

Nonostante l' alcol rappresenti, complessivamente, la terza maggiore causa di morte prematura o cattivo stato di salute e la **principale causa di morte** premature o di stato di **cattiva salute** nella fascia di età tra i **25 e i 59 anni** l' intervento pubblico è caratterizzato da politiche più sensibili all' economia, ai guadagni fiscali e alla promozione del prodotto, l' alcol, che ai guadagni in salute derivanti da prevenzione e promozione della salute con una ambiguità da molti evidenziata e insita nel ruolo sancito di tutela della salute.

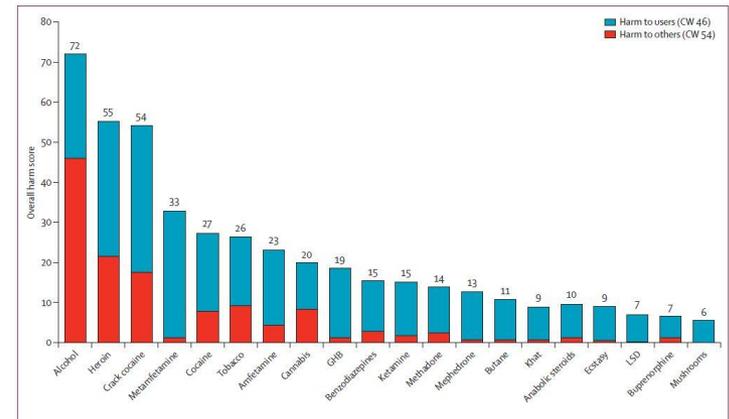


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others. The weights after normalisation (0-100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46, and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Droghe e Alcol

Impatti a confronto

Addiction 1

Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease

Louisa Degenhardt, Wayne Hall

This paper summarises data for the prevalence, correlates, and probable adverse health consequences of problem use of amphetamines, cannabis, cocaine, and opioids. We discuss findings from systematic reviews of the prevalence of illicit drug use and dependence, remission from dependence, and mortality in illicit drug users, and evidence for acute and chronic effects of illicit drug use. We outline the regional and global distribution of use and estimated health burden from illicit drugs. These distributions are likely to be underestimates because they have not included all adverse outcomes of drug use and exclude those of cannabis—the mostly widely used illicit drug. In high-income countries, illicit drug use contributes less to the burden of disease than does tobacco but a substantial proportion of that due to alcohol. The major adverse health effects of cannabis use are dependence and probably psychotic disorders and other mental disorders. The health-related harms of cannabis use differ from those of amphetamine, cocaine, and opioid use, in that cannabis contributes little to mortality. Intelligent policy responses to drug problems need better data for the prevalence of different types of illicit drug use and the harms that their use causes globally. This need is especially urgent in high-income countries with substantial rates of illicit drug use and in low-income and middle-income countries close to illicit drug production areas.

MONDO. Contributo alla disabilità, mortalità prematura e malattia di lunga durata (DALY' s) di DROGHE e ALCOL
 13 milioni di anni di vita persi per le DROGHE
 69 milioni anni di vita persi per l' ALCOL

	Illicit drugs		Alcohol		Tobacco	
	N	Global %	N	Global %	N	Global %
Past-year users	149-272 million*	3.3-6.1%	2830 million†	44%
Problem or dependent users	15-39 million‡	0.3-0.9%	76.3 million§	1.2%§	1670 million¶	26%¶
Attributable deaths†	0.25 million	0.4%	2.25 million	3.8%	5.11 million	8.7%
Years of life lost due to use disorders†	2.1 million	0.23%	1.5 million	0.17%	NR	NR
Attributable DALYs†	13.22 million	0.9%	69.42 million	4.5%	56.90 million	3.7%

Table 9: Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco

0,25 milioni di morti per droga (0,4 %)
 Alta mortalità giovanile

2,25 milioni morti per alcol (3,8 %)
 Alta mortalità adulti e anziani

www.thelancet.com Vol 379 January 7, 2012

Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco (table 9) draws attention to four main points. Globally, many fewer people use illicit drugs than use alcohol (roughly one-tenth). Nonetheless, estimated levels of problem use of opioids, cocaine, or amphetamines are an appreciable proportion of those for alcohol use disorders (0.3-0.9% vs 1.2%). Tobacco use is far more widespread, and so its contribution to disease burden was greater than that for alcohol or illicit drugs. Finally, the estimated number of attributable deaths and DALYs were much higher for alcohol use disorders than for problem illicit-drug use (3.8% and 4.5% for alcohol and 0.4% and 0.9% for illicit drugs, respectively). The higher number of years of life lost from illicit drug use (2.1 million vs 1.5 million for alcohol) shows the concentration of illicit drug deaths in younger people, whereas alcohol and tobacco deaths occur in middle-aged and older adults.

EUROPA. Contributo alla disabilità, mortalità prematura e malattia di lunga durata (DALY' s) di DROGHE e ALCOL

2,4 milioni di anni di vita persi per le DROGHE
17,3 milioni anni di vita persi per l' ALCOL

	HIV/AIDS DALYs		Drug use disorders* DALYs		Poisoning DALYs		Suicide/self-inflicted injuries DALYs		Trauma† DALYs		Total illicit drugs DALYs		Total alcohol DALYs		Total tobacco DALYs	
	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%	Number (000s)	%
Africa	0	0	939 000	100	9 000	0.8	46 000	3.7	136 000	0.7	1 131 000	0.3	7 759 000	2.1	1 930 000	0.5
Americas	231 000	10.7	2 446 000	100	55 000	9.3	81 000	5.0	297 000	2.8	3 110 000	2.2	13 102 000	9.1	8 837 000	6.1
Europe	620 000	52.5	1 369 000	100	23 000	1.1	170 000	5.5	213 000	1.7	2 395 000	1.6	17 342 000	11.4	17 725 000	11.7
Eastern Mediterranean	199 000	21.6	1 675 000	100	7 000	1.7	68 000	6.2	168 000	1.1	2 117 000	1.5	763 000	0.5	2 793 000	2.0
Southeast Asia	588 000	9.6	1 252 000	100	17 000	0.9	445 000	6.2	283 000	0.6	2 585 000	0.6	12 066 000	2.7	12 764 000	2.8
Western Pacific	788 000	54.1	674 000	100	22 000	1.7	39 000	0.7	363 000	1.4	1 886 000	0.7	18 393 000	6.9	12 848 000	4.8
Global DALYs	2 426 000	4.1	8 355 000	100	133 000	1.8	849 000	4.3	1 460 000	1.1	13 223 000	0.9	69 424 000	4.5	56 897 000	3.7

Extracted from reference 31. WHO regional definitions used.³¹⁻³³ *Cannabis was not included in these estimates. †Included road-traffic accidents, falls, fires, drownings, and other unintentional injuries—these estimates specifically excluded violence as a potential consequence of illicit drug use.

Table 7: Estimated disability-adjusted life years (DALYs) attributable to illicit drug use according to several major causes, compared with alcohol and tobacco, 2004

Global burden of disease estimates suggest that in high-income countries, the contribution of illicit drug use is a substantial proportion of that attributable to alcohol.

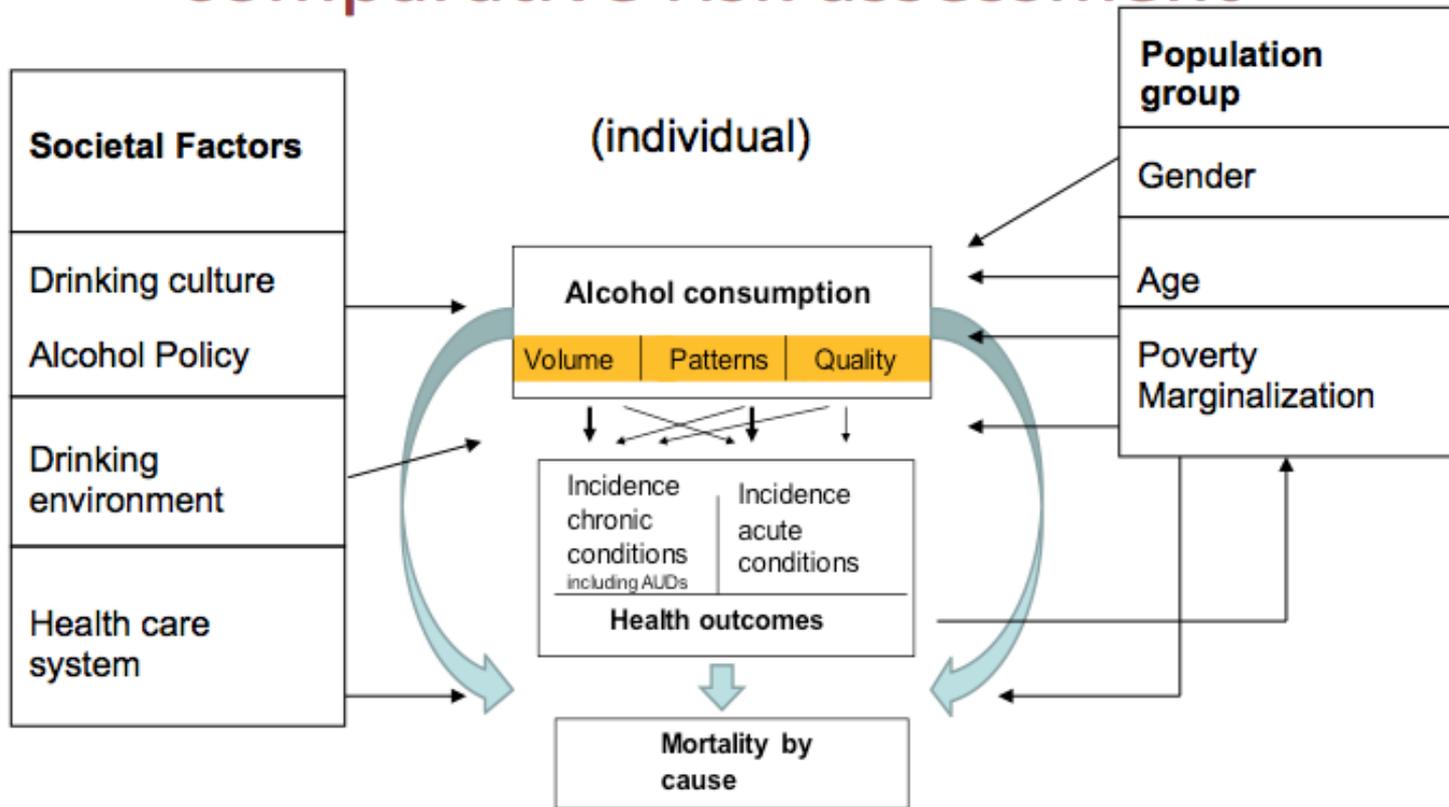
Currently used model for alcohol comparative risk assessment



XIII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia

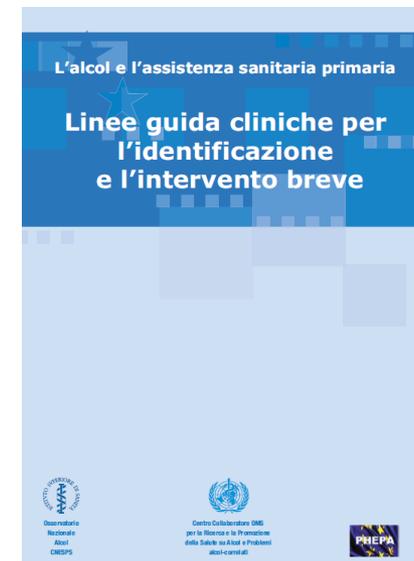
Alcolologia oggi

 dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



Alcol: il danno arrecato a terzi

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



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

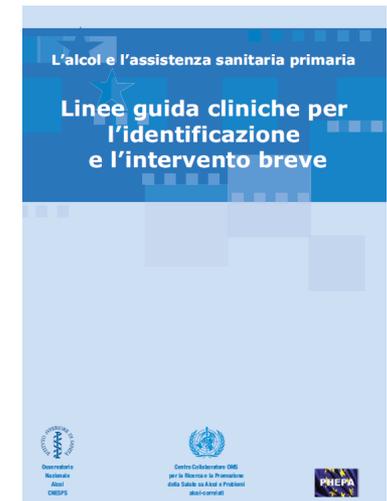
Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Adattamento alla versione italiana: L' alcol e l' assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l' identificazione e l' intervento breve. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

Il danno prodotto dall'alcol sul bevitore

Quadro 4.2 Il danno prodotto dall'alcol sul bevitore		
	PROBLEMA	Riepilogo dei dati rilevati
Benessere sociale	Conseguenze sociali negative	Per quanto riguarda i contrasti, il danno alla vita familiare, al matrimonio, al lavoro, agli studi, alle amicizie o alla vita sociale, il rischio di danno aumenta in modo proporzionale alla quantità di alcol ingerita, senza alcun effetto soglia evidente.
	Diminuzione del rendimento professionale	Un elevato consumo di alcol si riflette sulla riduzione dell'impegno lavorativo e aumenta la disoccupazione e l'assenteismo.
Danni volontari e involontari	Violenza	Esiste una relazione pressoché lineare tra il consumo di alcol e la violenza.
	Guida in stato di ebbrezza	Il rischio di incidenti di guida aumenta con la quantità di alcol consumata.
	Lesioni	Esiste un rischio aumentato di lesioni fisiche e traumi in caso di incidenti di guida o di cadute.
	Suicidio	Esiste un rischio aumentato di suicidio in caso di consumo eccessivo di alcol.
	Alcolismo	Il consumo eccessivo di alcol può portare allo sviluppo di dipendenza.
Problemi neuropsichiatrici	Ansia e disturbi del sonno	Il consumo di alcol può aumentare il rischio di ansia e disturbi del sonno.
	Depressione	Il consumo di alcol può aumentare il rischio di depressione.
	Alcol dipendenza	Il consumo eccessivo di alcol può portare allo sviluppo di dipendenza.
	Danni al sistema nervoso	Il consumo eccessivo di alcol può portare a danni al sistema nervoso.

Danni cerebrali	Danni cerebrali	Un elevato consumo di alcol accelera l'atrofia cerebrale, che conduce successivamente a un deterioramento cognitivo. Negli individui con alcol dipendenza di lunga data è stata evidenziata una progressione dei danni cerebrali.
	Deficit cognitivo e demenza	Un elevato consumo di alcol aumenta il rischio di deficit cognitivi in misura proporzionale alle dosi ingerite.
	Problemi di assuefazione	Il consumo di alcol e di tabacco sono abitudini strettamente connesse tra loro e il fumo eccessivo è associato all'eccessivo consumo di alcol.
	Schizofrenia	Il consumo rischioso di alcol è più comune tra persone con diagnosi di schizofrenia. Livelli anche bassi di consumo di alcol possono peggiorare i sintomi e interferire con l'efficacia dei trattamenti.
Patologie gastrointestinali	Cirrosi epatica	L'alcol aumenta il rischio di cirrosi epatica in misura proporzionale alle dosi ingerite. Ad ogni livello di consumo alcolico, le donne hanno una probabilità più alta di sviluppare la cirrosi epatica rispetto agli uomini.
	Pancreatite	L'alcol aumenta il rischio di pancreatite acuta e cronica in misura proporzionale alle dosi ingerite.
	Diabete tipo II	Sebbene al consumo di alcol sia associato un aumento del rischio di diabete tipo II, il consumo moderato di alcol può ridurre il rischio di diabete tipo II.
Tumori	Tratto gastro-intestinale	L'alcol aumenta il rischio di tumori del tratto gastro-intestinale, in particolare del cancro all'esofago e allo stomaco.
	Fegato	L'alcol incrementa il rischio di tumori del fegato.
	Seno	Esistono prove che indicano un aumento del rischio di tumori al seno in caso di consumo eccessivo di alcol.
Patologie cardiovascolari	Ipertensione	L'alcol aumenta il rischio di ipertensione in misura proporzionale alle dosi ingerite.
	Ictus	L'alcol può aumentare il rischio di ictus ischemico di elevata gravità. Nonostante il consumo di alcol sia associato a un aumento del rischio di ictus ischemico di elevata gravità, il consumo moderato di alcol è un fattore protettivo per l'ictus ischemico di elevata gravità. È importante notare che il consumo moderato di alcol è un fattore protettivo per l'ictus ischemico di elevata gravità e nei giovani.



Aritmie cardiache	Aritmie cardiache	Il consumo eccessivo episodico aumenta il rischio di aritmie cardiache e di morte coronarica improvvisa, anche in persone senza evidenti disfunzioni cardiache preesistenti.
	Cardiopatía coronarica (CHD)	Sebbene un leggero consumo di alcol riduca il rischio di problemi alle coronarie, superati i 20 g di alcol al giorno il rischio di problemi cardiaci aumenta e oltre gli 80 g al giorno il rischio supera quello di un astemio.
Sistema immunitario		L'alcol può interferire con le normali funzioni del sistema immunitario, provocando un'aumentata vulnerabilità ad alcune infezioni, tra cui la polmonite, la tubercolosi e l'HIV.
Problemi ossei		Sembra esistere una relazione, proporzionale alle dosi ingerite, tra consumo di alcol e rischio di fratture sia nell'uomo che nella donna, più elevato nell'uomo che nella donna.
Fertilità		L'alcol può diminuire la fertilità sia nell'uomo che nella donna.
Mortalità		Tra i giovani (le donne sotto i 45 anni e gli uomini sotto i 35 anni) ogni livello di consumo di alcol aumenta il rischio generale di morte in misura proporzionale alle dosi ingerite.

•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 (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf)



ALCOL , prima sostanza **SOCIALMENTE** più dannosa delle **DROGHE**

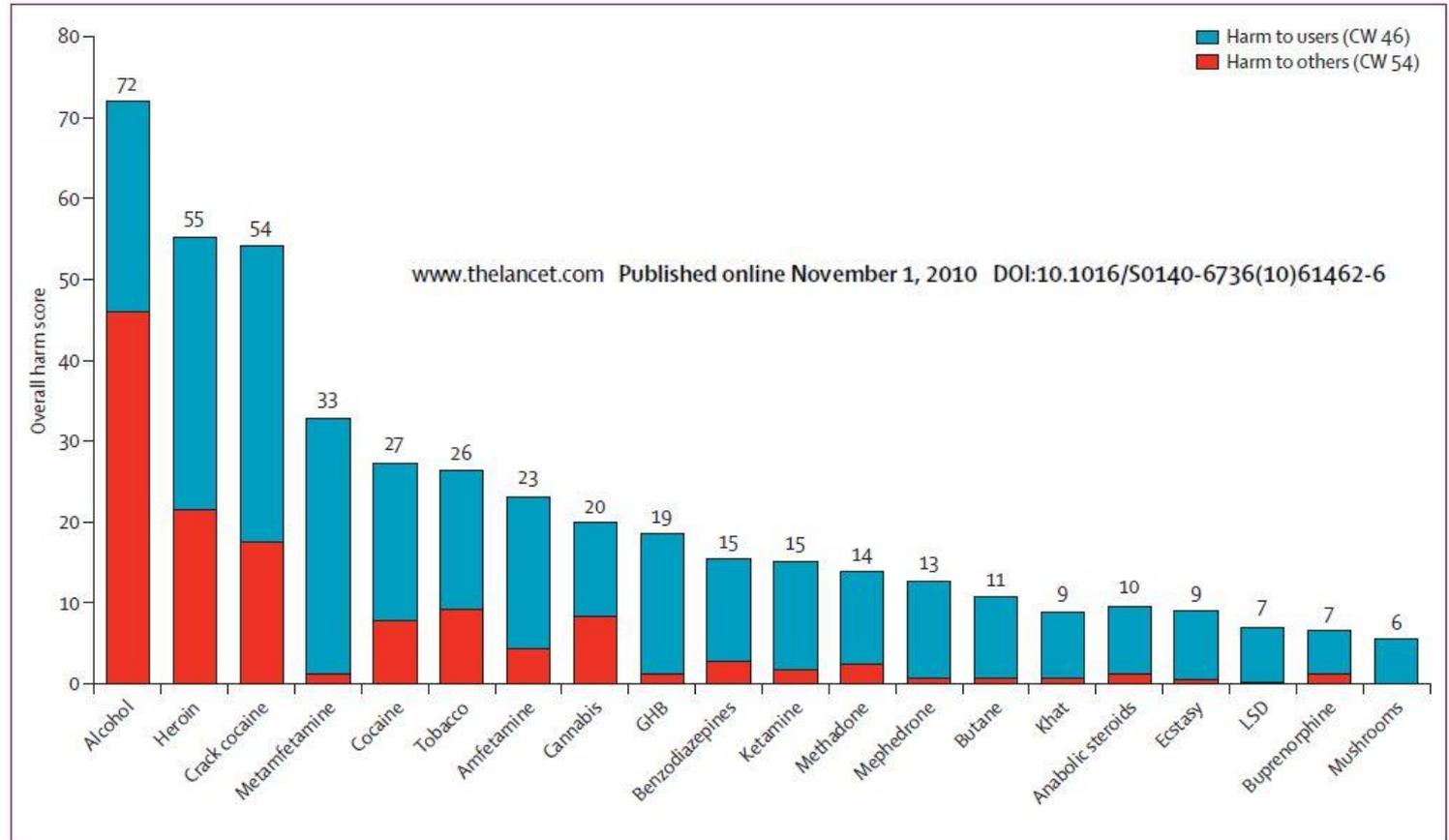


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others
 The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

La bassa percezione del **RISCHIO** dell' impatto sociale dell' alcol **WELFARE** non solo **SALUTE**



Scienze Mediche di Base
XIII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia
Alcolologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società

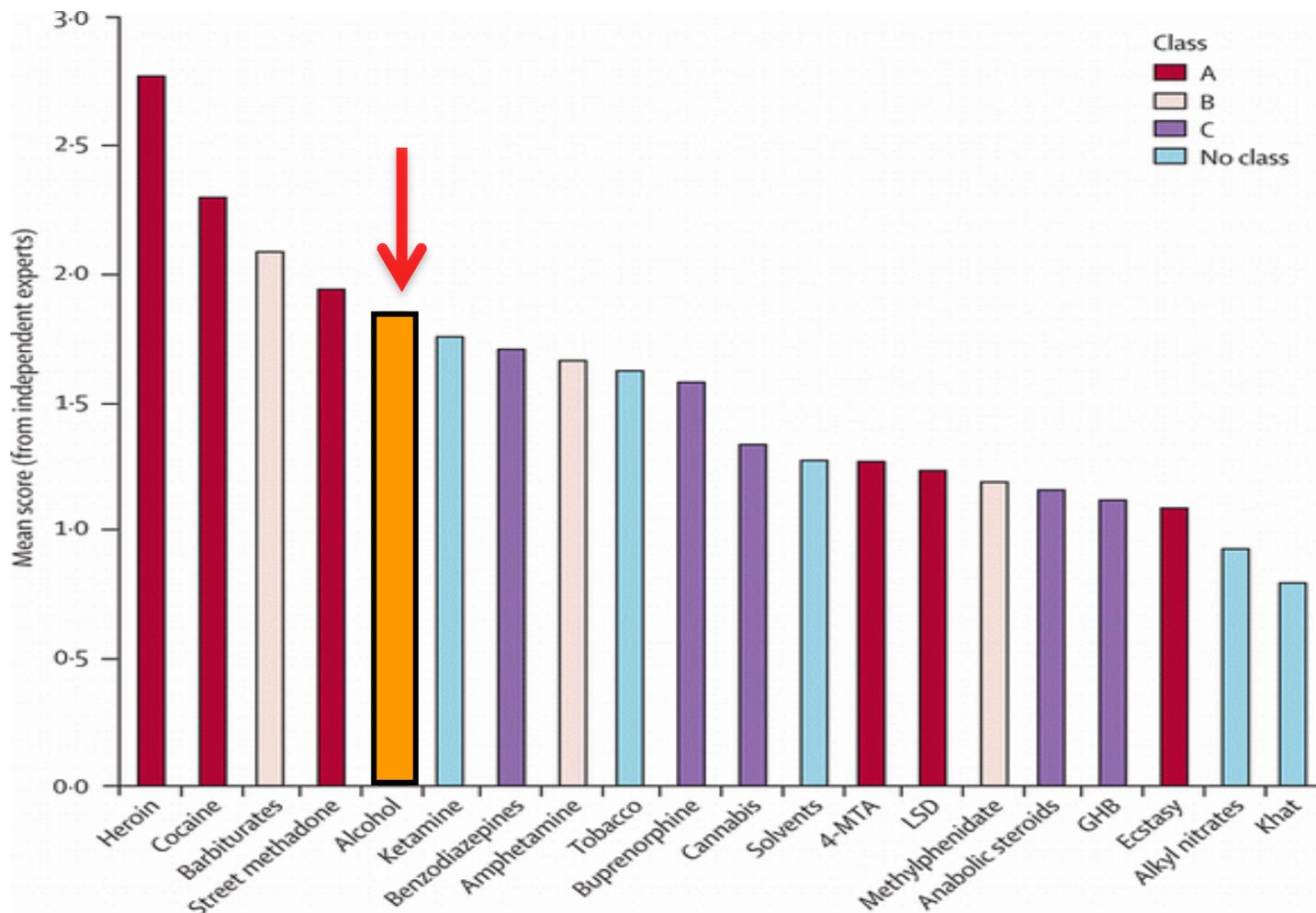


DANNI, LESIONI, INCIDENTI a danno di terzi :
Incidenti stradali, **violenza**, violenza domestica, danni al
feto, **trasmissione di virus**, danni al patrimonio

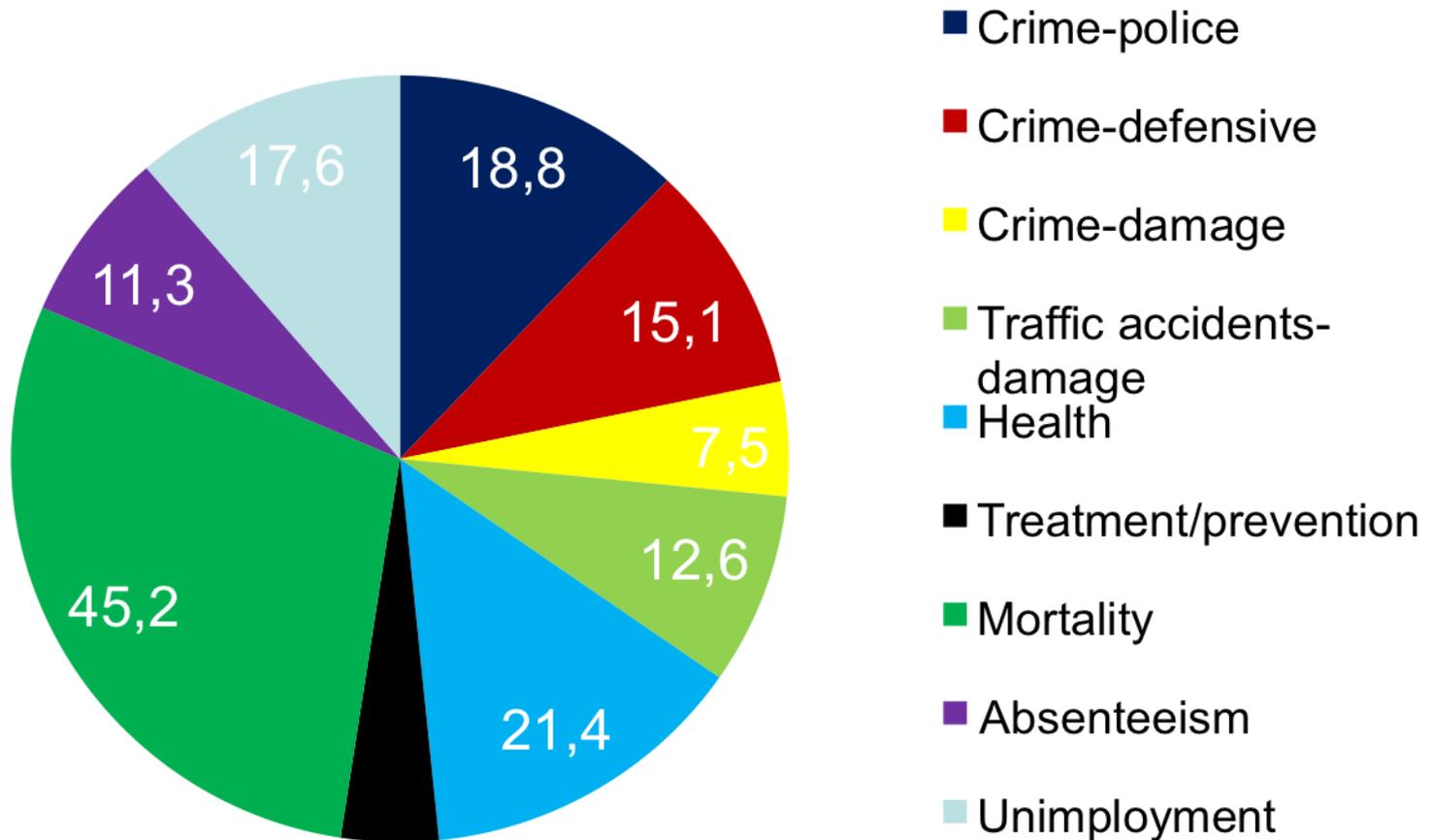
PROBLEMI FAMILIARI : divorzi, separazioni, perdita
della sicurezza economica e del benessere familiare,
maltrattamento dei minori, perdita del lavoro

COSTI PAGATI DALLA SOCIETA': perdita della
produttività, assenteismo, costi sanitari, contrasto agli atti
di criminalità agiti sotto gli effetti dell'alcol, costi della
sicurezza, delle forze dell'ordine , costi sostenuti dalle
assicurazioni, dal sistema carcerario

Il “primato” dell’ alcol tra le sostanze nella scala del **DANNO** alla salute

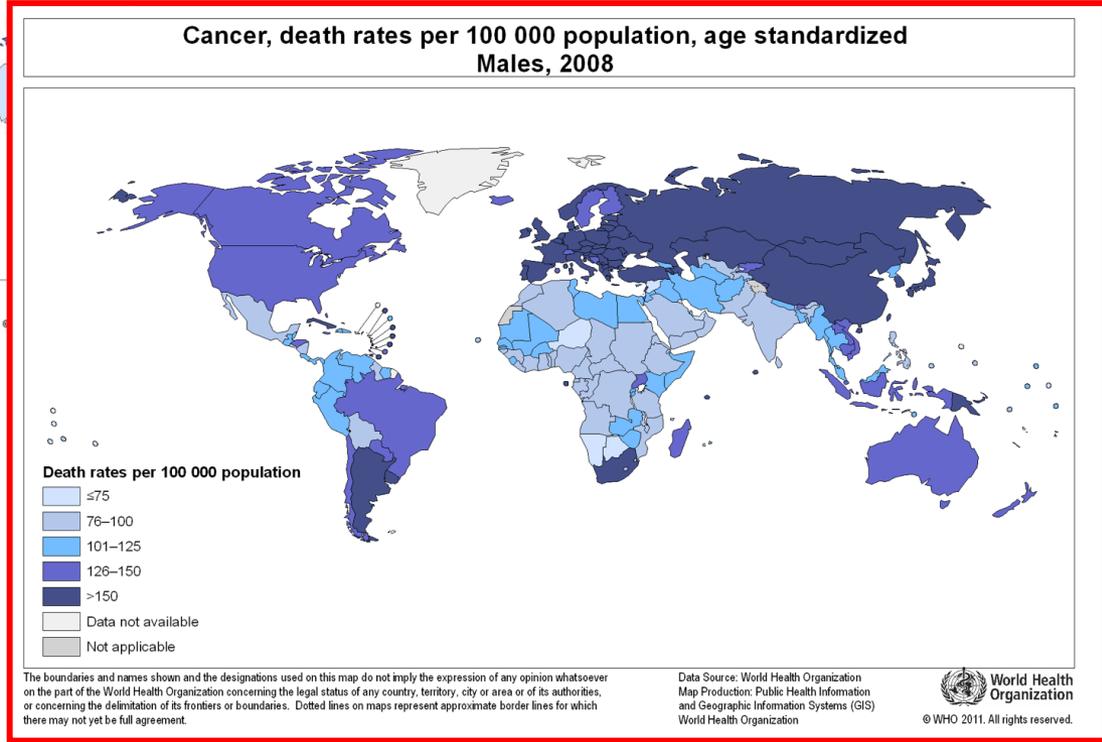
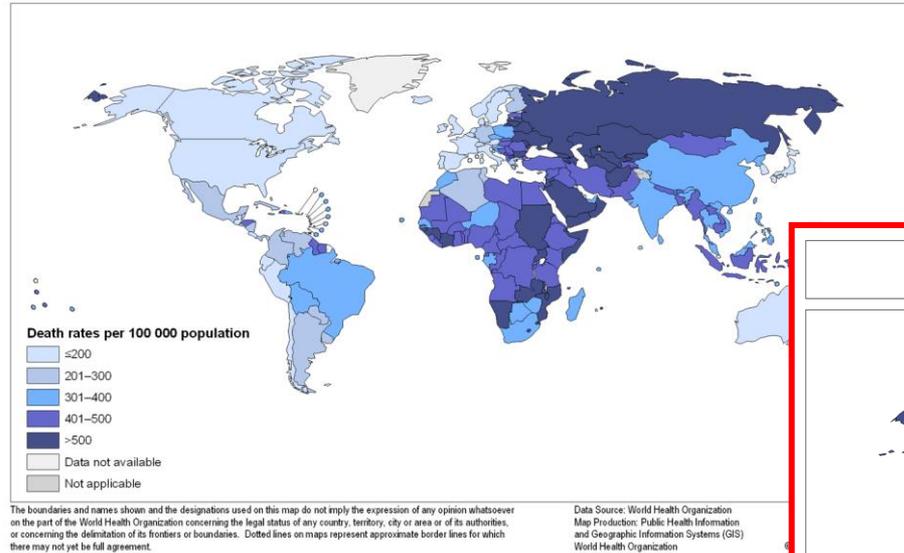


Costi dell'ALCOL in Europa – 1.3% del PIL (EU) 155.8 miliardi euro nel 2010



PRIORITIZZAZIONE

Cardiovascular diseases and diabetes, death rates per 100 000 population, age standardized
Males, 2008



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, aflatoxine, 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



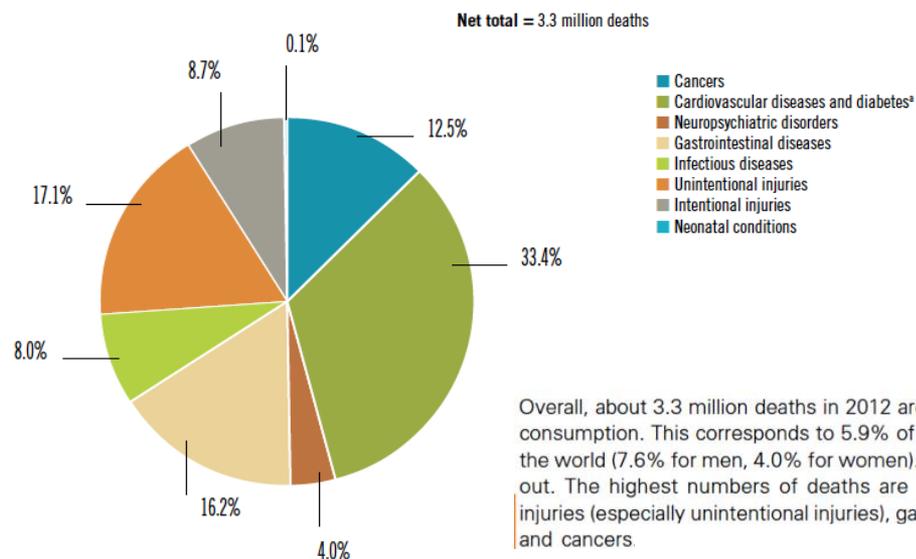
<http://www.medscape.com/viewarticle/824237>

OGNI ANNO NEL MONDO L'USO DI ALCOL CAUSA 3.300.000 (5.9 %: - 7.6 % M ; 4 % M)

3.1.1 ALCOHOL-ATTRIBUTABLE MORTALITY

In 2012, 5.9% of all global deaths were attributable to alcohol. Figure 15 shows the distribution of these 5.9% of global deaths by broad disease category. Notably, Figure 15 only shows alcohol-attributable deaths (5.9% of global deaths), not all global deaths (100%; as shown in Figure 14).

Figure 15. Distribution of alcohol-attributable deaths, as a percentage of all alcohol-attributable deaths by broad disease category, 2012



* Including beneficial effects of low risk drinking patterns on some diseases.

ALCOHOL-ATTRIBUTABLE HEALTH HARM

(REHM, ALCOHOL PREVENTION DAY, ROME 2014)

Cancer, liver cirrhosis and injury cover 90% of all net alcohol-attributable deaths

2012 harm is still high in Europe

Outcomes of the

2011 UN General Assembly High-level Meeting on NCDs



Political Declaration on NCDs:

- **Surveillance**: Calls for a monitoring framework and global and national targets and indicators
- **Prevention**: **Calls on Member States to accelerate the implementation of the WHO FCTC, the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, and the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol and cost-effective interventions.**
- **Management**: Calls on Member States to strengthen health systems that support primary care and prioritise early detection and treatment and improve access to affordable essential medicines for NCDs
- **Partnership**: Requests the Secretary-General to submit to the General Assembly options for strengthening and facilitating multisectoral action for prevention and control of NCDs through partnership



Indicators with targets

Mortality between ages 30 and 70 due to CVD, cancer, diabetes, and chronic respiratory disease
25% reduction

Hypertension
25% reduction

Tobacco
30% reduction

Salt
30% reduction

Physical inactivity
10% reduction

Other WHO core indicators

Overweight/obesity (adult, child, adolescent)

Raised total cholesterol

Raised blood glucose/diabetes

Adult per capita consumption of alcohol and heavy episodic drinking

Low fruit and vegetable intake

Cancer incidence, by type

Policies to virtually eliminate trans fats and to reduce marketing of unhealthy foods to children

Cervical cancer screening

Vaccination: HPV, Hepatitis B

Access to basic technologies and medicines

Access to palliative care

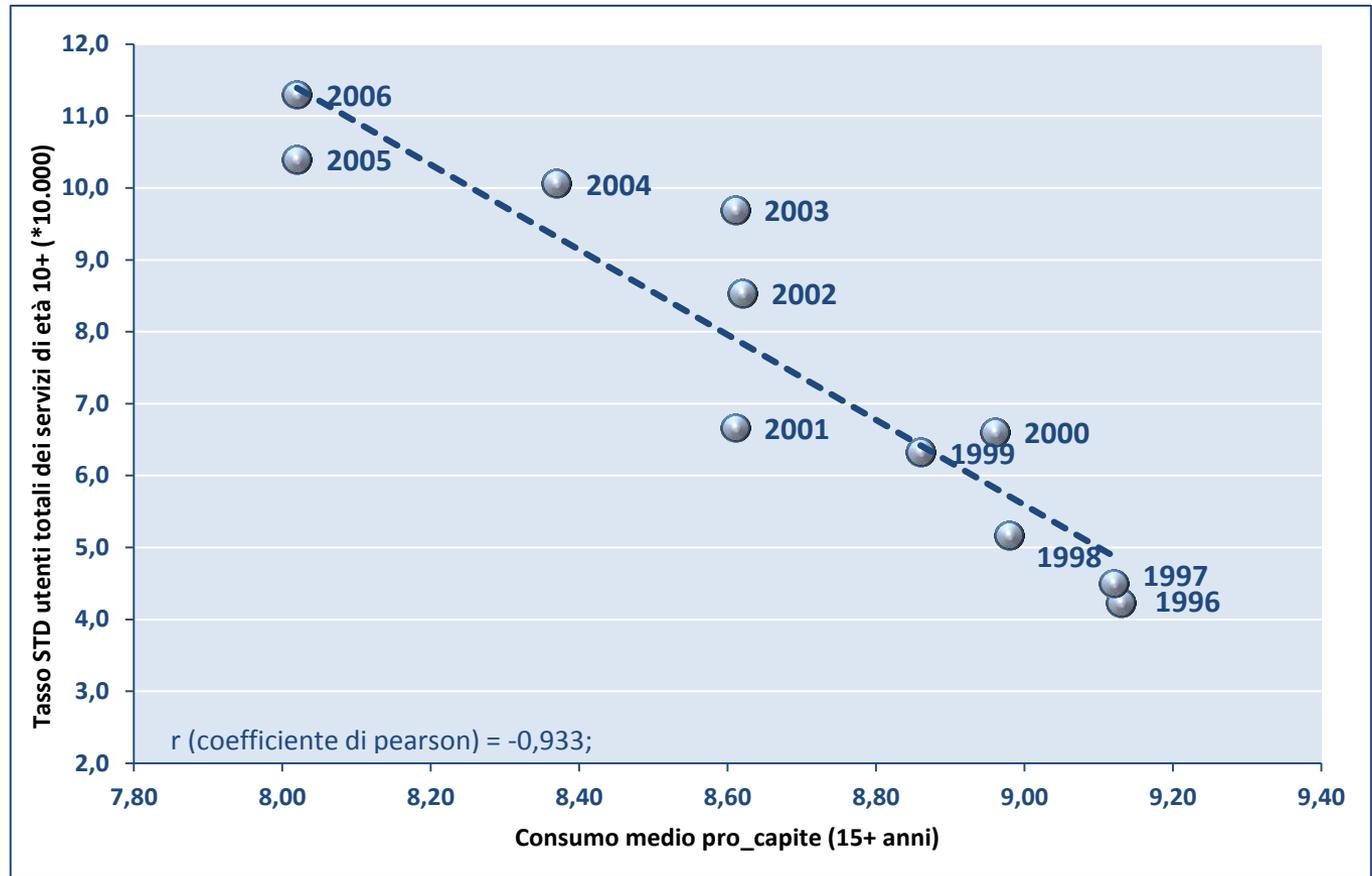
Multidrug therapy for CVD risk reduction

Other country-specific indicators of NCD and related issues including social determinants of health

* All indicators should be disaggregated by gender, age, socioeconomic position, and other relevant stratifiers

Perché intervenire sulla riduzione dei consumi medi ?

EMANUELE SCAFATO 25/10/2012



Perché anche in ITALIA esiste una relazione negativa, opposta tra consumo medio pro-capite e tassi di alcoldipendenza. E' questo il motivo per il quale questo indicatore è un indicatore valido, pur con i suoi limiti, per la valutazione dell'impatto alcolcorrelato nella popolazione.

- 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

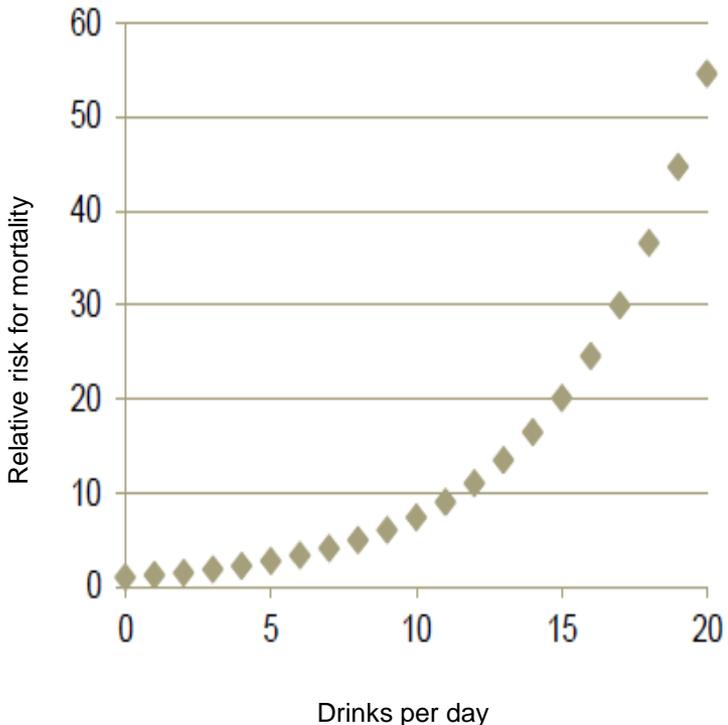


E' indispensabile non incoraggiare il consumo poiché l'evidenza dimostra che minore è il consumo e minore il rischio e gli effetti negativi registrabili anche per consumi moderati

Perchè intervenire sulla riduzione dei consumi più elevati ?

E' importante intervenire per "guadagnare" la maggior riduzione nel rischio

Rischio ALCOL , curva tipica
(ad es. Mortalità per cirrosi)



Guadagno relativo alla riduzione di mortalità conseguente alla riduzione di 3 bicchieri al giorno per differenti livelli di consumo



RISCHIO: il superamento dei limiti quotidiani

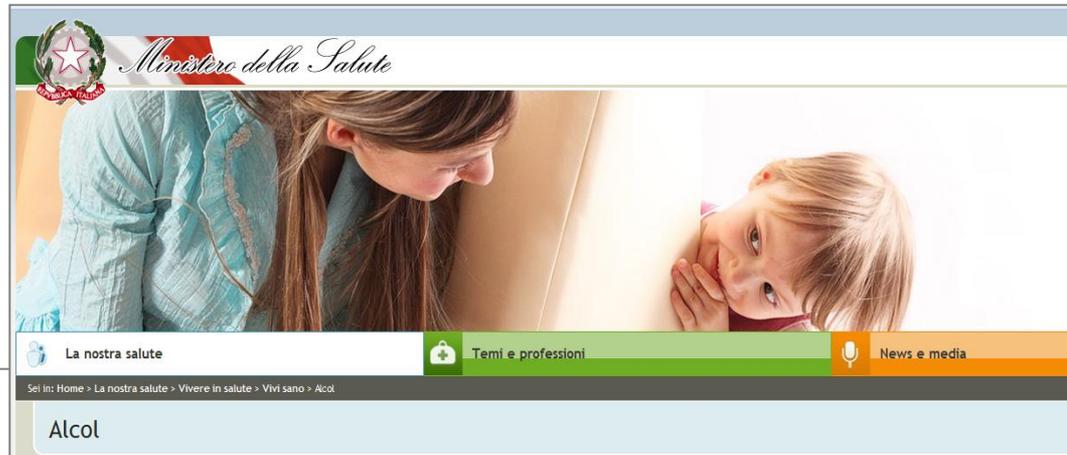


Il consiglio è essere attenti da parte di un operatore sanitario (19).

3 Mentre, fino a pochi anni fa, l'attenzione sull'alcol era rivolta principalmente alla
4 comprensione dei fenomeni collegati all'alcolismo e all'individuazione di strategie
5 efficaci per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze, negli ultimi anni la
6 ricerca scientifica ha ampliato il campo d'indagine, focalizzandosi in generale sul
7 consumo di alcol e sui rischi connessi anche all'assunzione di quantità molto basse di
8 bevande alcoliche. In particolare vengono oggi definite le seguenti modalità di
9 consumo, che sostituiscono termini comunemente utilizzati finora, ma non
10 scientificamente definiti né appropriati come: "consumo moderato", o "consumo
11 sociale", "abuso" (Anderson et al. 2005):

- 12 • CONSUMO A BASSO RISCHIO: è quello inferiore a 10 g (circa una Unità
13 Alcolica*) al giorno per le donne adulte e a 20 g al giorno per gli uomini
14 adulti
- 15 • CONSUMO A RISCHIO (hazardous): è quel livello di consumo o modalità di
16 bere che supera le quantità a basso rischio (20-40 g al giorno per le donne e
17 40-60 g al giorno per i maschi) e che può determinare un rischio nel caso di
18 persistenza di tali abitudini.
- 19 • CONSUMO DANNOSO (harmful): modalità di consumo che causa danno
20 alla salute, a livello fisico o mentale (oltre i 40 g al giorno per le donne e 60 g
21 al giorno per i maschi). A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di

* L'Unità Alcolica (U.A.) è una quantità di etanolo pari a 10-12 grammi e corrispondente a un bicchiere di vino a media gradazione (125 ml) o ad una lattina di birra a media gradazione (330 ml), o ancora ad un bicchierino di superalcolico (40 ml). Si ottiene il quantitativo in grammi moltiplicando la gradazione alcolica per 0,79 (la densità dell'etanolo) e per la quantità di bevanda in decilitri. L'alcol puro contiene 79 g di etanolo per 100 ml di prodotto (grado alcolico 95%), tra le bevande alcoliche, le più ricche sono i distillati (vodka e grappa - 34 g/100 ml, brandy - 32 g/100 ml) e i liquori da dessert (mediamente 28 g/100 ml). I vini ad elevata gradazione o liquorosi e gli aperitivi a base di vino hanno un contenuto di etanolo variabile da 12 g a 17 g per 100 ml di bevanda alcolica. Per il vino in generale (bianco, rosso e rosato) il contenuto medio è di 10 g di etanolo per 100 ml di bevanda alcolica (Carnovale e Marletta 2000). La birra presenta un ampio range di gradazione alcolica: dalla birra analcolica (circa 0,3 g/100ml), alla birra leggera o light (circa 2 g/100ml), alle birre normali (3 g/100ml circa) fino alle birre speciali o doppio malto, che possono raggiungere anche 11 g per 100 ml di bevanda (Maggiorella et al. 2008).



Descrizione Istruzioni per l'uso Prevenzione su misura

La giusta misura

Non esiste un consumo di alcol sicuro per salute. Tuttavia, se si decide di bere è necessario attenersi a delle semplici regole. È sempre consigliabile bere solo durante i pasti principali e mai a digiuno. Meglio scegliere bevande a bassa gradazione alcolica e consumare gradualmente piccole quantità sempre in un arco temporale prolungato rallentando così l'assorbimento di quantità di alcol che possono portare pregiudizio alla salute.

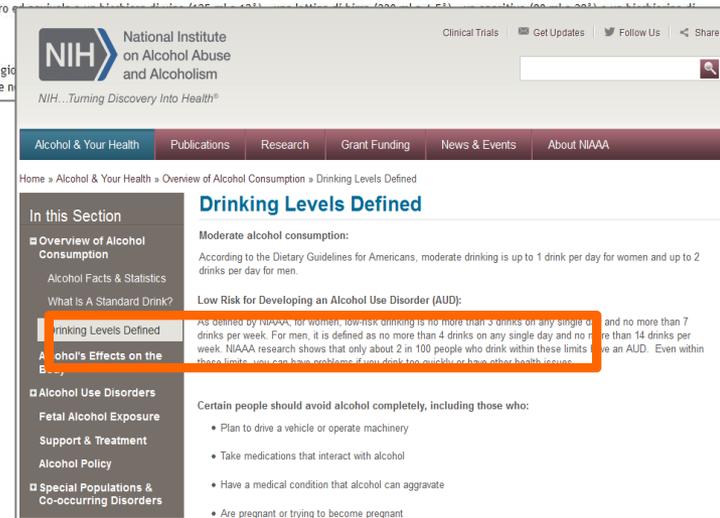
Infine, non si devono superare le quantità considerate a basso rischio:

- > 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini
- > 1 unità alcolica al giorno per le donne
- > 1 unità alcolica al giorno per le persone con più di 65 anni
- > zero unità di alcol sotto i 18 anni

Un'unità alcolica corrisponde a 12 grammi di alcol puro (o 24 g di superalcolico (40 ml a 40°).

No al "bere per ubriacarsi!"

Negli ultimi anni dieci si è diffuso in particolare tra i giovani il consumo ai pasti e in quantità moderate consumate...



La nostra salute

Temi e professioni

News e media

Ministro e Ministero

Vivere in salute

Vivi sano

Alcol Corretta alimentazione

Corretta alimentazione in bambini e adolescenti Corretta alimentazione in gravidanza

Droghe Fertilità

Fumo Allattamento

Buone norme igienico-sanitarie Sport e attività fisica

Calcola l'Indice di massa corporea - IMC



Sei in: Home > La nostra salute > Vivere in salute > Vivi sano > Alcol

Alcol

- Descrizione
- Istruzioni per l'uso
- Prevenzione su misura

La giusta misura

Non esiste un consumo di alcol sicuro per salute. Tuttavia, se si decide di bere è necessario attenersi a delle semplici regole. È sempre consigliabile bere solo durante i pasti principali e mai a digiuno. Meglio scegliere bevande a bassa gradazione alcolica e consumare gradualmente piccole quantità sempre in un arco temporale prolungato rallentando così l'assorbimento di quantità di alcol che possono portare pregiudizio alla salute.

Infine, non si devono superare le quantità considerate a basso rischio:

- > 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini
- > 1 unità alcolica al giorno per le donne
- > 1 unità alcolica al giorno per le persone con più di 65 anni
- > zero unità di alcol sotto i 18 anni

Un'unità alcolica corrisponde a 12 grammi di alcol puro ed equivale a un bicchiere di vino (125 ml 40°).

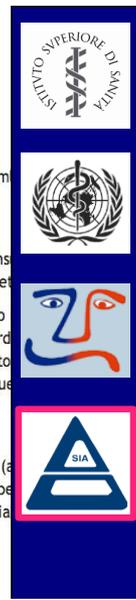
No al "bere per ubriacarsi"

Negli ultimi anni dieci si è diffuso in particolare tra i giovani nel nostro Paese un modello di consumo e in quantità moderate consumate nel controllo formale ed informale della famiglia o della collettività.

La nuova abitudine, particolarmente diffusa tra le fasce giovanili, si caratterizza per un consumo temporale di solito ristretto a 2-3 ore. Questo modello di consumo, importato dai contesti nordici, la propria salute sia per i comportamenti a rischio che ne derivano in funzione dell'abbassamento porta all'intossicazione alcolica e può spingersi sino al coma etilico. Il binge drinking e qualunque consumo assolutamente da evitare.

Mai alla guida

Non esistono quantità di alcol sicure alla guida. Il livello di concentrazione di alcol nel sangue (per i minori di 21 anni, per i neopatentati e per i professionisti del volante. Guidare dopo aver bevuto quanto l'alcol altera la capacità di rispondere prontamente agli stimoli acustici, luminosi e spaziali non si è digiuni il tempo può anche ridursi a 1-2 ore.



LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013 PER LE NUOVE LINEE GUIDA SUL CONSUMO DI ALCOL

Unità Alcoliche equivalenti (contenenti 12 g di alcol)



Sei a rischio per la salute



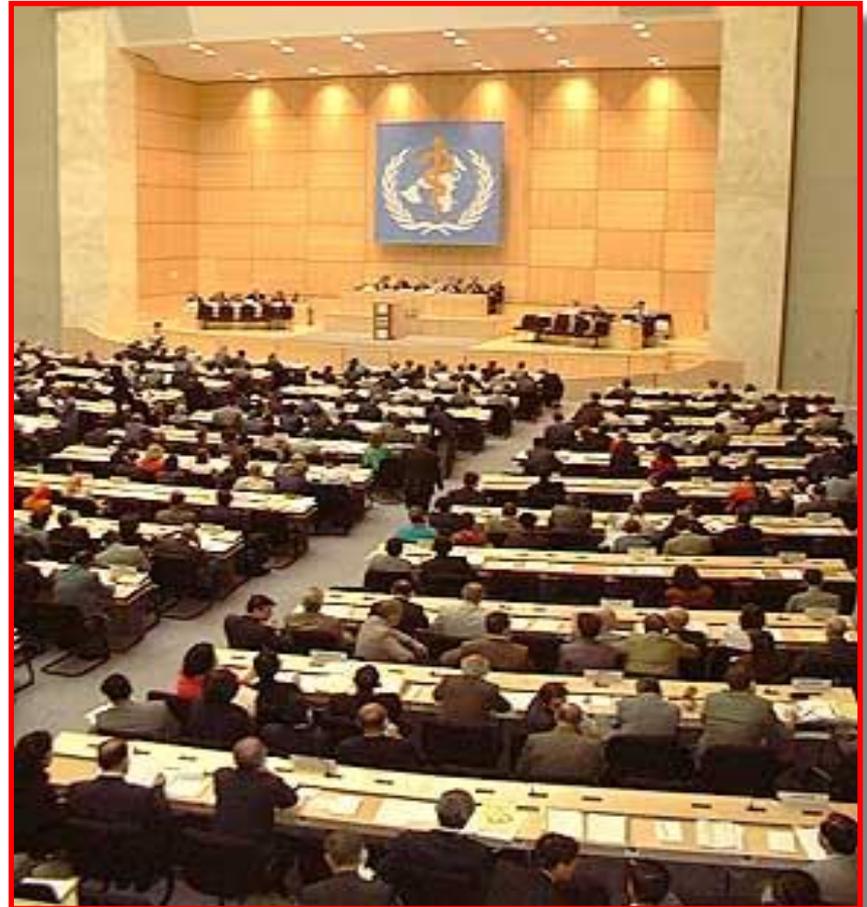
- sono inoltre considerati comportamenti a rischio
- > il **Binge drinking**, cioè il consumo in un'unica occasione di 6 o più UA
- > il consumo di alcolici **per le donne in gravidanza e in allattamento**
- > il consumo di qualsiasi bevanda alcolica **per gli alcolisti in trattamento e gli ex alcolisti**

EMANUELE SCAFATO 25/10/2012



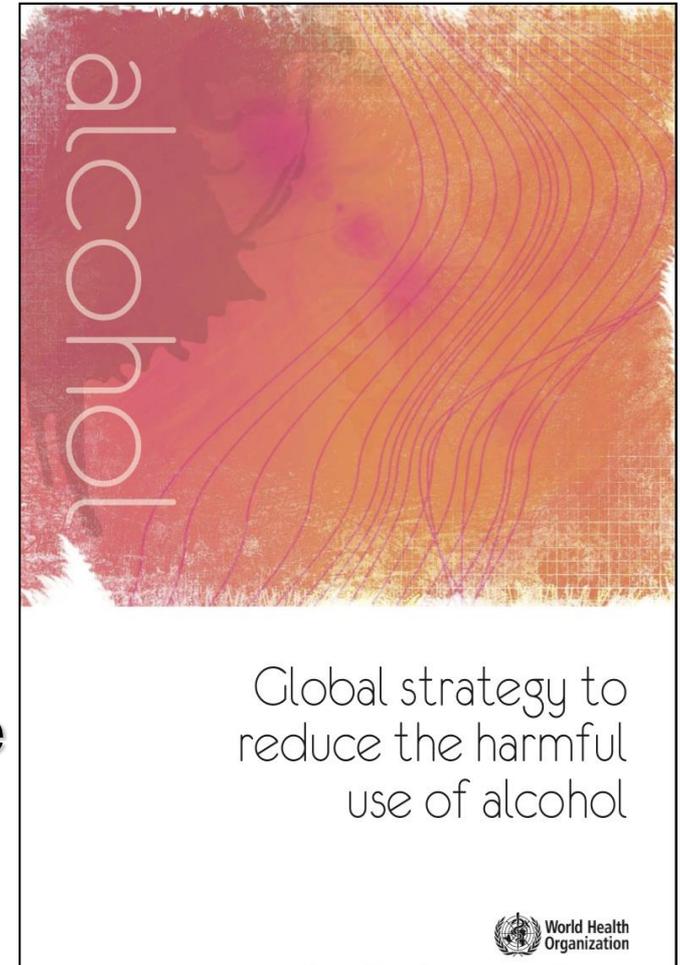
63rd World Health Assembly (17-21 May, 2010)

Endorsed the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol in the WHA resolution 63.13



Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (WHO, 2010)

- Developed through a long and intense collaboration between the WHO Secretariat and Member States.
- Represents a unique consensus among WHO 194 Member States on ways to tackle harmful use of alcohol at all levels.



DEFINISCE LE AREE D'AZIONE

1. Leadership, awareness and commitment
2. **Health services' response**
3. Community action
4. Drink-driving policies and countermeasures
5. Availability of alcohol
6. Marketing of alcoholic beverages
7. Pricing policies
8. **Reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication**
9. Reducing the public health impact of illicit alcohol and informally produced alcohol
10. Monitoring and surveillance

Definiscie “HARMFUL USE”

In the context of the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol:

– ***Drinking that causes detrimental health and social consequences for***

- *the drinker*
- *people around the drinker and*
- *society at large*

– ***Patterns of drinking that are associated with increased risk of adverse health outcomes ("hazardous use").***

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)



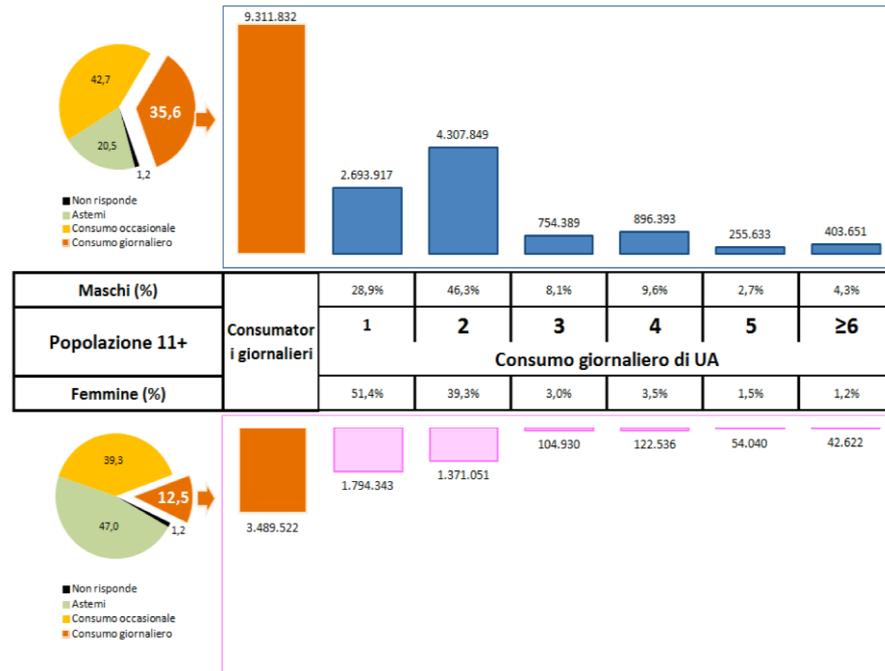
IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL e L'ALCOLDIPENDENZA IN ITALIA

La necessità di adeguamento dei sistemi di identificazione, di monitoraggio epidemiologico, di prevenzione e di assistenza volti a garantire ampliamento dell'accessibilità ai trattamenti disponibili e continuità alle cure adeguate e idonee alla persona

Roma 09 Aprile 2014



Figura 1. Distribuzione (%) delle abitudini di consumo della popolazione di oltre 11 anni e caratterizzazione dei consumi giornalieri per sesso – Anno 2012



Dei circa 7- 8 milioni di consumatori a rischio di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile stimare in circa **400.000** i consumatori "dannosi" di oltre 5 bicchieri di bevande alcoliche al giorno (1 bicchiere equivale in media a 12 grammi di alcol) e oltre **220.000** le consumatrici giornaliere "dannose" di oltre tre bicchieri di bevande alcoliche (324.00 se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa)

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

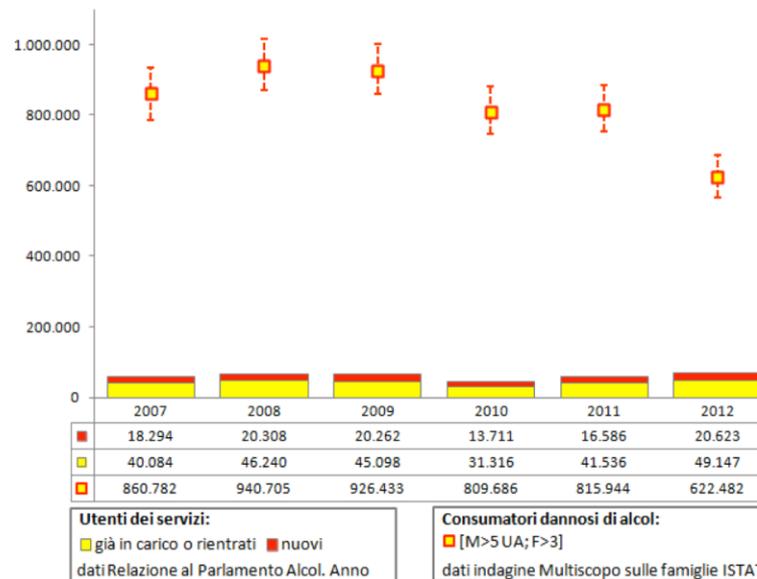
E' possibile stimare in almeno **620.000 – 720.000** gli individui di età superiore a 11 anni che, in funzione dei danni registrabili clinicamente, si pongono in stretta contiguità con un profilo suggestivo di dipendenza da alcol in atto e comunque di verosimile pertinenza dei servizi di alcolologia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

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

IMPLICAZIONI COLMARE IL GAP TRA ATTESI E OSSERVATI

Nel 2012 le **persone che si sono rivolte ai servizi di alcologia** sono state **69.770**; Nel 2012 le **persone che avrebbero potuto rivolgersi per ricevere un'assistenza e/o trattamento a causa dei danni causati da un consumo dannoso di alcol suggestivo per alcoldipendenza o comunque per arrestare la progressione del danno e prevenire le complicanze** sono stati oltre **620.000**.

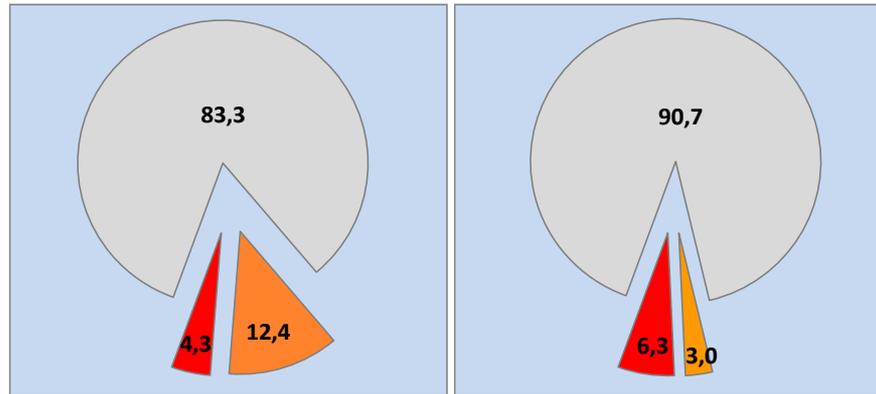
Figura. 2 Alcodipendenti in carico ai servizi per tipologia di accesso e consumatori dannosi di alcol - Anno 2012



Ogni anno una quota non inferiore a 5.000 nuovi utenti incrementa costantemente il numero di alcodipendenti che dai 21.409 del 1996 ha visto più che triplicato a 69.770 (+ 48.361 dal 1996) gli utenti con problemi legati all'alcol che fa ricorso alle strutture del SSN che sono passate, nello stesso periodo, da 280 a 454 (+62 % circa). E' da segnalare che nel corso degli ultimi anni il personale impiegato per servizio di alcologia ha seguito una dinamica più lenta rispetto all'aumento considerevole degli utenti con conseguente aumentato numero di utenti per personale sanitario presente nei servizi stessi. Ogni unità di personale aveva nel 1996 in carico 10 alcodipendenti, nel 2012 oltre 16. Solo il 30 % del personale attivo nei servizi risulta oggi esclusivamente dedicato alla cura e alla riabilitazione dell'alcoldipendenza

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

Uomini
9.311.832
(35,6%)



Donne
3.489.521
(12,5%)

■ basso rischio [M=1-3 UA; F=1-2 UA] ■ medio rischio [M=4-5 UA; F=3] ■ alto rischio [M: >5 UA; F:>3 UA]

**ALCOLDIPENDENTI
IN CARICO
AI SERVIZI**



Nuovi utenti
20.623
Utenti già in carico
49.147

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



**Consumatori
Dannosi**
622.848
(M=403.651-F=219.197)

ALCOLDIPENDENTI

LA PREVENZIONE IN ALCOLOGIA HA UNA SUA SPECIFICITA' NON GESTIBILE ESCLUSIVAMENTE NELL' AREA DELLE DIPENDENZE

PERSONA

ALCOL

POPOLAZIONE

SOCIETA'

LA PREVENZIONE ALCOLCORRELATA HA UNA SUA SPECIFICITA' .
L' ALCOLOGIA HA UNA SUA SPECIFICITA' .

**L' IDENTIFICAZIONE E L' INTERVENTO SUL
RISCHIO ALCOLCORRELATO RICHIEDONO UN
APPROCCIO INTEGRATO**

Sanità Italiana di Bologna
XXX Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia
Alcolologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



La mortalità alcolcorrelata

Addiction



METHODS AND TECHNIQUES

doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03323.x

Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries

Jürgen Rehm^{1,2,3} & Emanuele Scafato^{4,5}

Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Dresden, Germany,¹ Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada,² Dalla Lana School of Public Health, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada,³ National Observatory on Alcohol, Population Health Status and Health Determinants Unit, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (CNESPS), National Health Institute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy⁴ and WHO CC for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-related Health Problems, Rome, Italy⁵

Acknowledgements

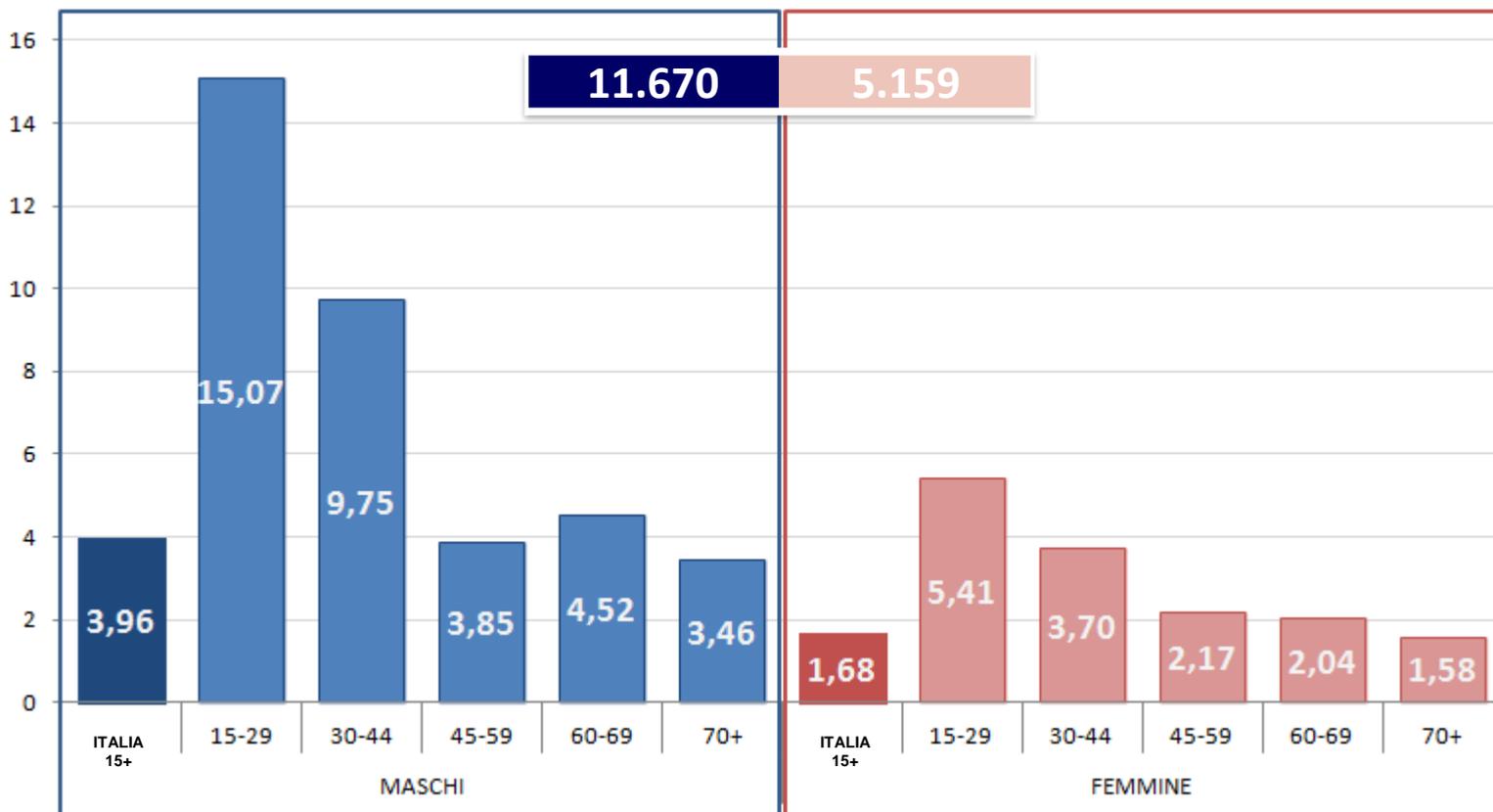
The research leading to these results has received funding from the European Community's Seventh Framework Programme (FP7/2007-13) under grant agreement n°223 059—Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA). Partners in AMPHORA are: (1) coordination: Hospital Clinic de Barcelona (HCB), Spain; (2) Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), Italy; (3) Alcohol & Health Research Unit, University of the West of England, UK; (4) Anderson, Consultant in Public Health, Spain; (5) Anton Proksch Institut (API), Austria; (6) Azienda Sanitaria Locale della Città di Milano (ASL Milano), Italy; (7) Budapesti Corvinus Egyetem (BCE), Hungary; (8) Central Institute of Mental Health (CIMH), Germany; (9) Centre for Applied Psychology, Social and Environmental Research (ZEUS), Germany; (10) Chemisches und Veterinäruntersuchungssamt Karlsruhe (CVUAKA), Germany; (11) Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP), the Netherlands; (12) Eclectica snc di Amici Silvia Ines, Beccaria Franca & C. (Eclectica), Italy; (13) European Centre for Social Welfare Policy and Research (ECV), Austria; (14) Generalitat de

Cataluña (Gencat), Spain; (15) Institute of Psychiatry and Neurology (IPIN), Poland; (16) Institute of Psychiatry, King's College London (KCL), UK; (17) Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy; (18) Institut za raziskave in razvoj (UTRIP), Slovenia; (19) IREFREA, Spain; (20) Liverpool John Moores University (LJMU), UK; (21) National Institute for Health and Welfare (THL), Finland; (22) Nordiskt välfärdscenter (NVC), Finland; (23) Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), Norway; (24) State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems (PARPA), Poland; (25) Stockholms Universitet (SU), Sweden; (26) Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems (SIPA), Switzerland; (27) Technische Universität Dresden (TUD), Germany; (28) Trimbos-instituut (Trimbos), the Netherlands; (29) University of Bergen (UIB), Norway; (30) Universiteit Twente (UT), the Netherlands; (31) University Maastricht (UM), the Netherlands; and (32) University of York (UoY), UK. The contents of this paper are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the funders.



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

17.000 morti /anno (ITALIA 2010)



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



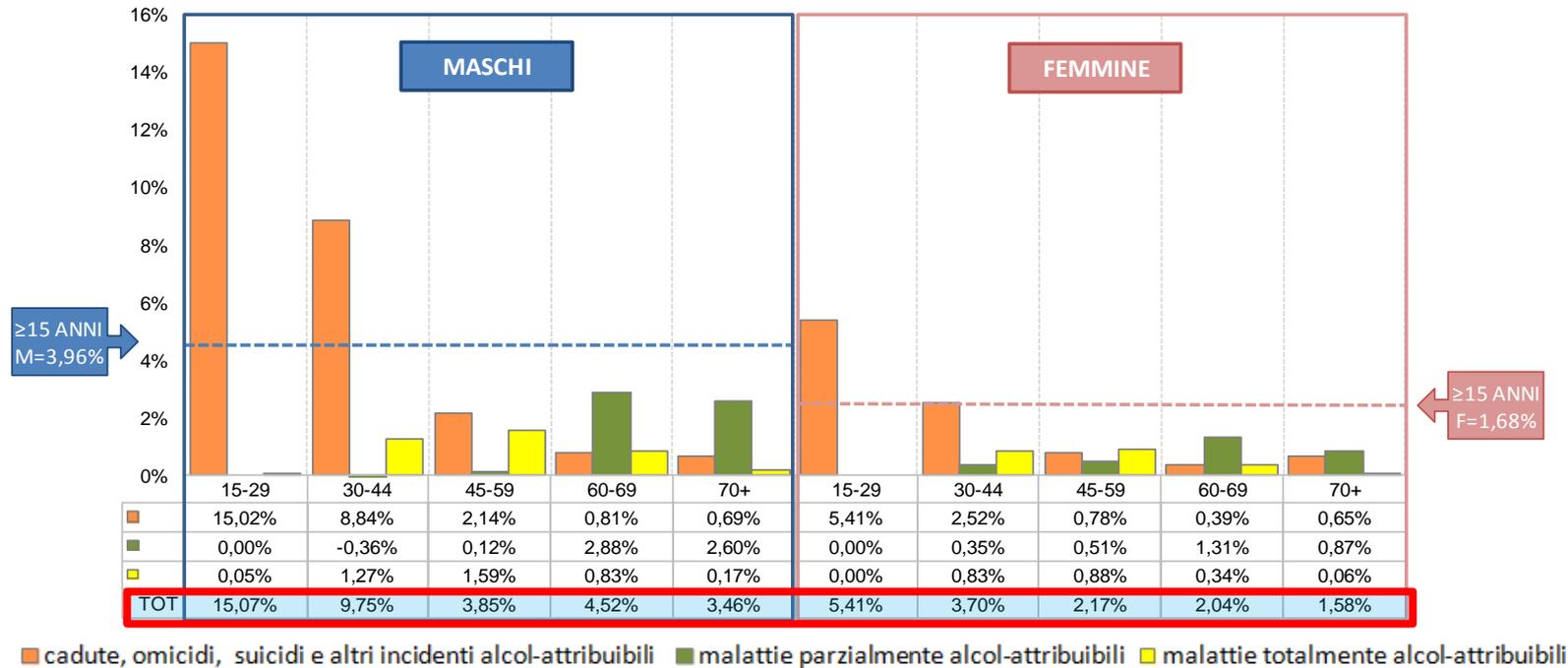
Roma 09 Aprile 2014

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- 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

ISS - Mortalità (%) alcol-attribuibile nelle REGIONI (2010)

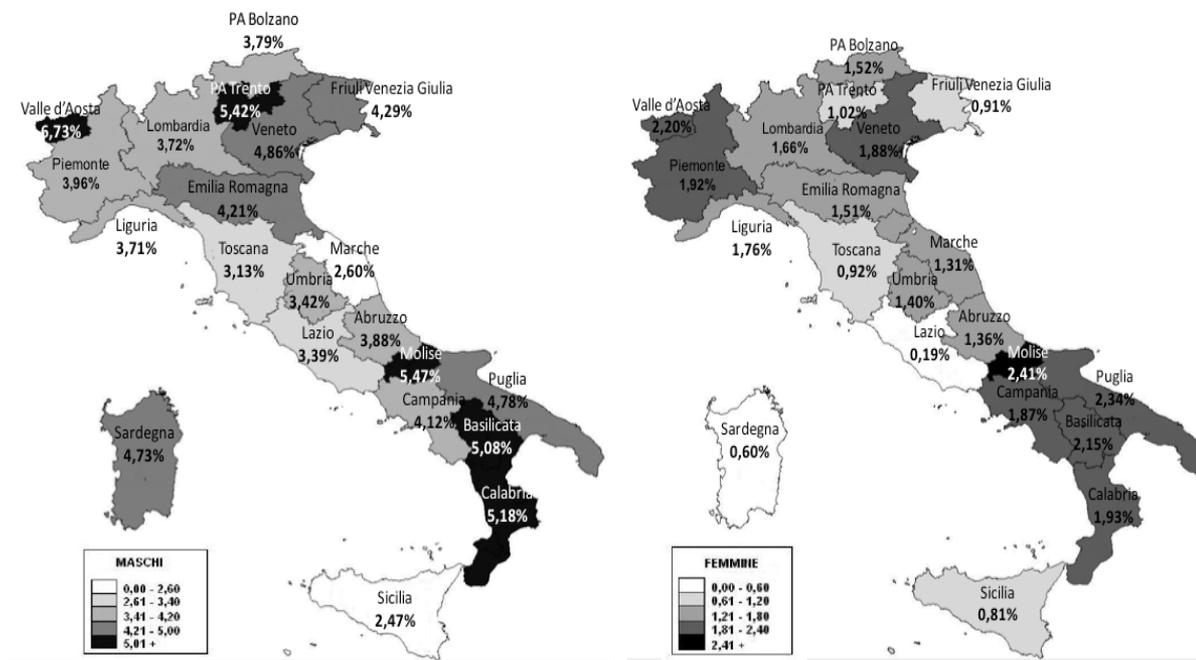


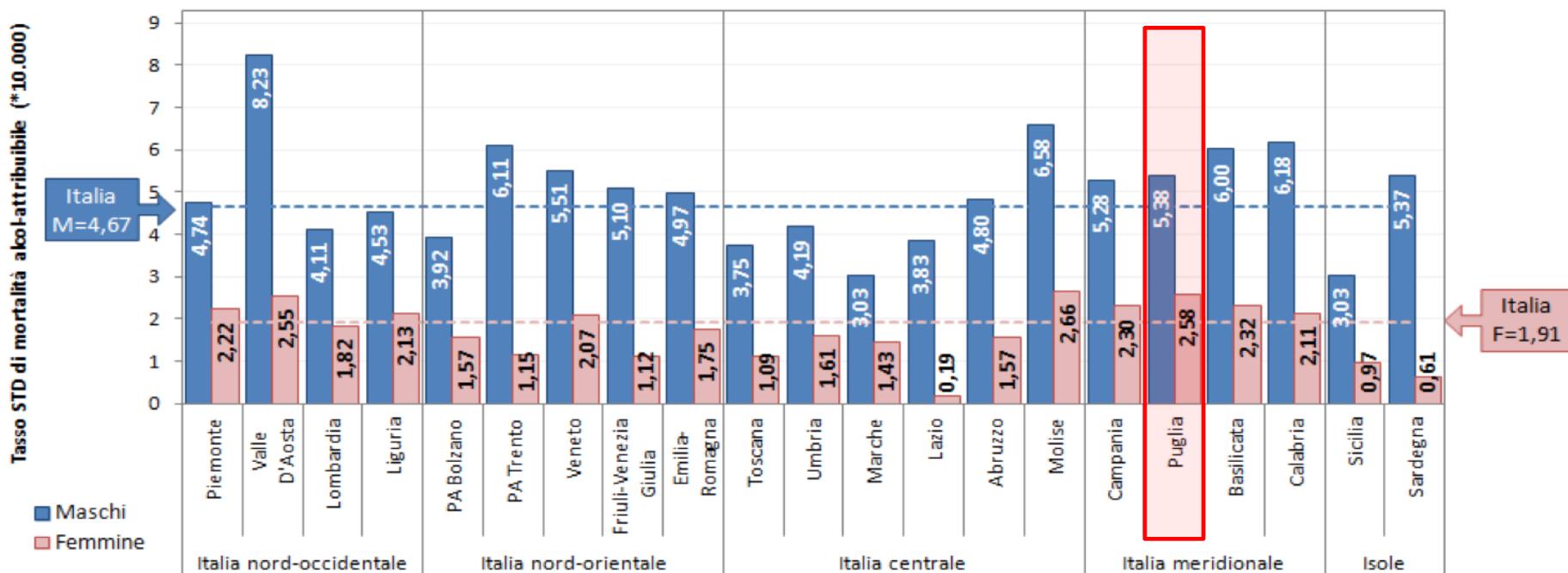
Figura 34. Percentuale dei decessi alcol-attribuibili rispetto al totale dei decessi per tutte le cause per sesso e regione di appartenenza – Anno 2010

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2010 e Indagine multiscopo sulle famiglie 2010

ISS. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte

PUGLIA : al di sopra della media nazionale e TERZA nel ranking per proporzione di **DONNE** con tassi tra i più più elevati in Italia

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

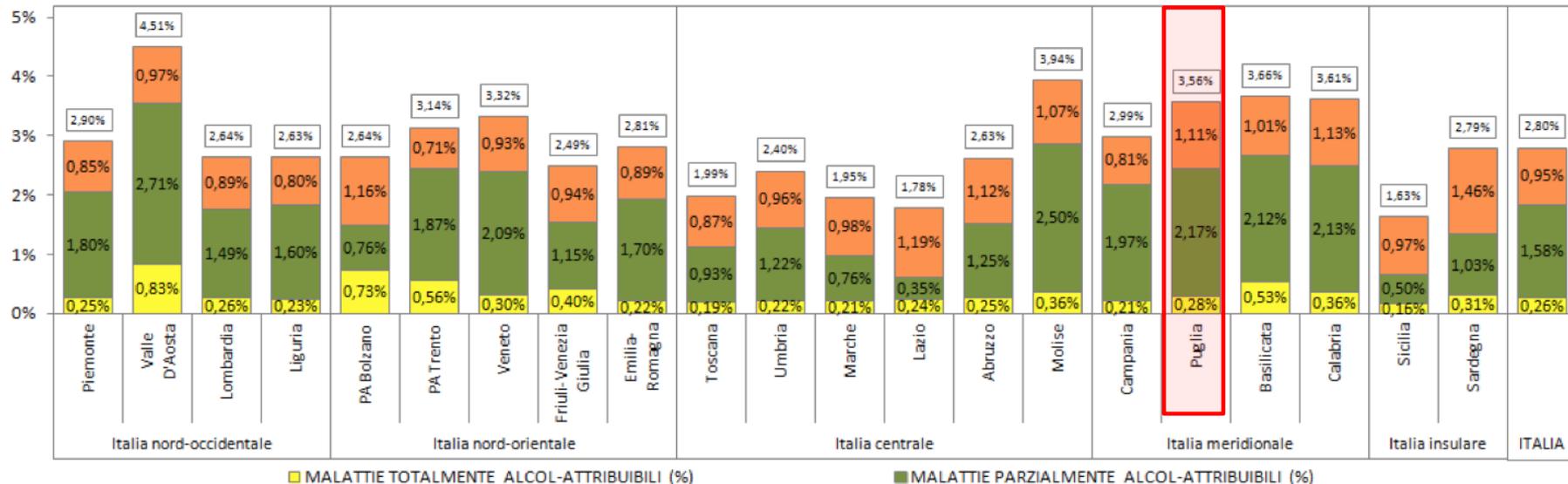


Tra gli uomini i valori più elevati di decessi alcol-attribuibili si registrano in **Valle d'Aosta** nella **Provincia Autonoma di Trento** (6,11), in **Molise** (6,58), in **Basilicata** (6,0%) ed in **Calabria** (6,18%) mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia e nelle Marche (3,03); tra le 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. Decessi alcol-attribuibili per cause di morte

PUGLIA: quinta nel ranking delle Regioni con il più elevato contributo per decessi PARZIALMENTE alcol-attribuibili

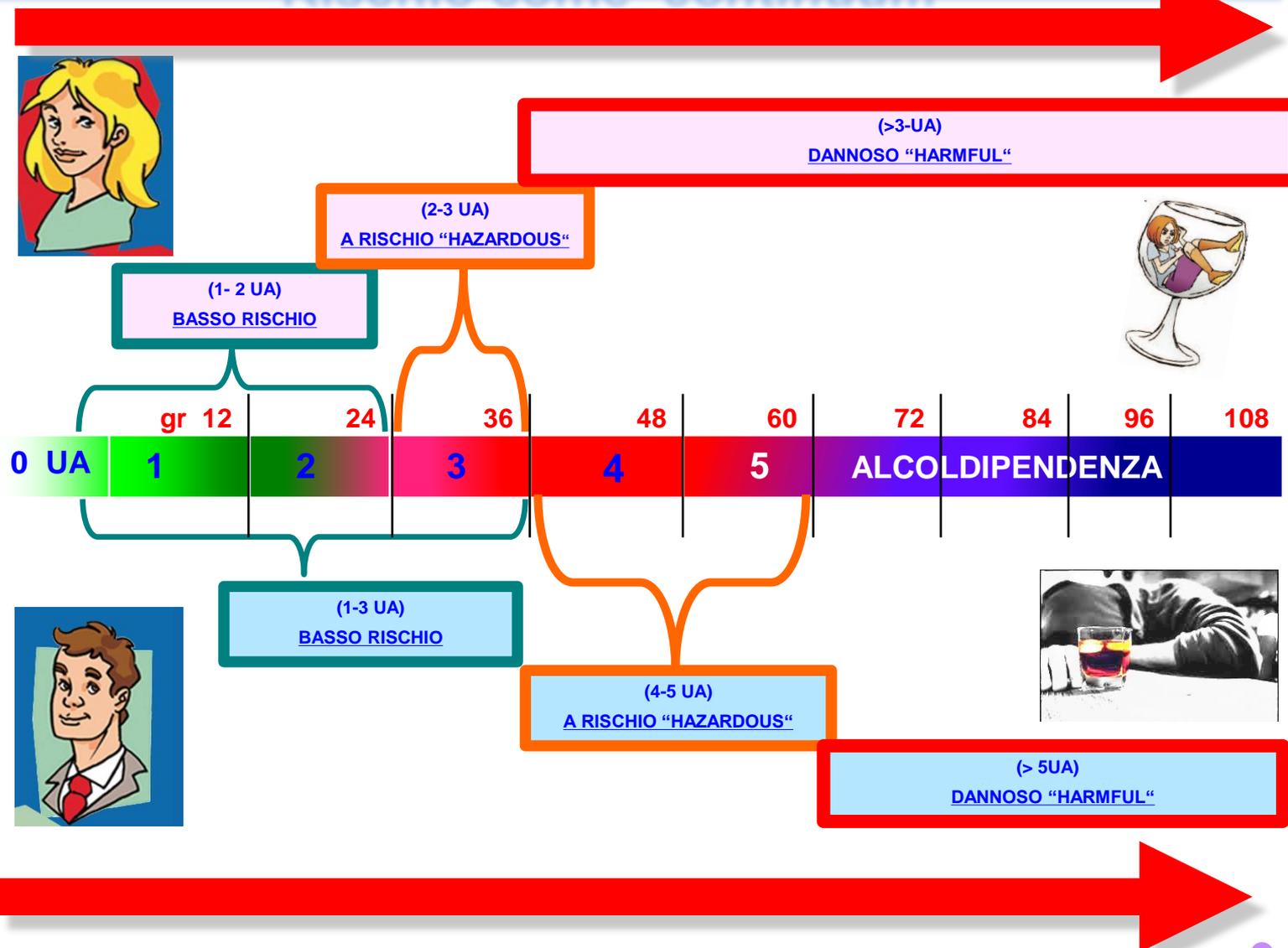
Analisi del contributo (%) delle categorie dei decessi alcol-attribuibili sul totale per Regione– Anno 2010



- la percentuale di **decessi per malattie totalmente alcol-attribuibili** è più elevata in **Valle d'Aosta** e nelle **PA di Bolzano e Trento**, in **Basilicata** ed in **Friuli Venezia Giulia**
- la percentuale di **decessi malattie parzialmente alcol-attribuibili** è più elevata in **Molise**, in **Valle d'Aosta**, in **Basilicata**, in **Calabria**, in **Puglia** ed in **Veneto**
- la percentuale di **cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol attribuibili** è più elevata nella **PA di Bolzano**, nel **Lazio** ed in **Sardegna**.

Livelli crescenti di consumo, livelli crescenti di rischio

Rischio come *continuum*



LE AZIONI OMS PER LE QUALI E' PROVATA L'EFFICACIA (e cosa NON funziona)

Degree of evidence	Evidence of action that reduces alcohol-related harm	Evidence of action that does not reduce alcohol-related harm
Convincing	<ul style="list-style-type: none"> •Alcohol taxes •Government monopolies for retail sale •Restrictions on outlet density •Restrictions on days and hours of sale •Minimum purchase age •Lower legal BAC levels for driving •Random breath-testing • Brief advice programmes • Treatment for alcohol use disorders 	
Probable	<ul style="list-style-type: none"> •A minimum price per gram of alcohol •Restrictions on the volume of commercial communications •Enforcement of restrictions of sales to intoxicated and under-age people 	<ul style="list-style-type: none"> •Lower taxes to manage cross-border trade •Training of alcohol servers •Designated driver campaigns •Consumer labelling and warning messages •Public education campaigns
Limited-suggestive	<ul style="list-style-type: none"> •Suspension of driving licences •Alcohol locks •Workplace programmes •Community-based programmes 	<ul style="list-style-type: none"> •Campaigns funded by the alcohol industry



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,⁵ 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

⁵Considerato 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.

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



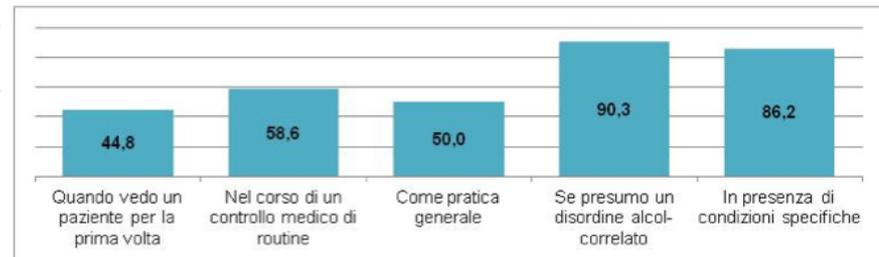
SNAMID
Società Nazionale di Aggiornamento
per il Medico di Medicina Generale



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

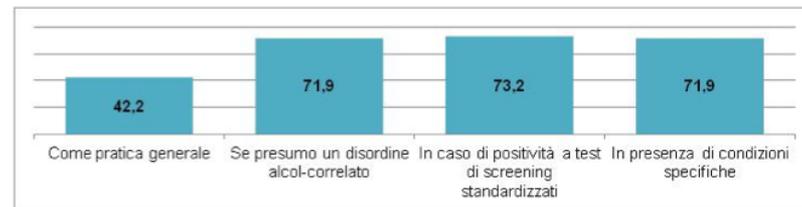
FORMAZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE (IN RETE CON I SERVIZI)



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)

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 Drummond¹, Antoni Gual², Cees Goos³, Christine Godfrey⁴, Paolo Deluca¹, Christoph Von Der Goltz⁵, Gerhard Gmel⁶, Emanuele Scafato⁷, Amy Wolstenholme¹, Karl Mann⁵, Simon Coulton⁸ & Eileen Kaner⁹

National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK,¹ La Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat, Institut de Psiquiatria i Psicologia (IDIBAPS), Hospital Clinico i Provincial de Barcelona (HCPB), Barcelona, Spain,² Anton Proksch Institute, Vienna, Austria,³ Department of Health Sciences, University of York, York, UK,⁴ Central Institute of Mental Health, Mannheim, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany,⁵ Swiss Institute for the Prevention of Alcoholism and other Drugs (SIPA), Lausanne, Switzerland,⁶ National Observatory on Alcohol (CNEPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy,⁷ Centre for Health Service Studies, University of Kent, Canterbury, UK⁸ and Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle, UK⁹

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?



A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in the Primary Health Care. The European project AMPHORA

Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L and Cuffari A

AMPHORA

Alcohol Public Health Research Alliance

INEBRIA International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs

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 Scafato¹, Claudia Gandin^{1*}, Silvia Ghirini¹, Lucia Galluzzo¹, Sonia Martire¹, Lucilla Di Pasquale¹, Alfredo Cuffari²

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>

Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA

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

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

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?

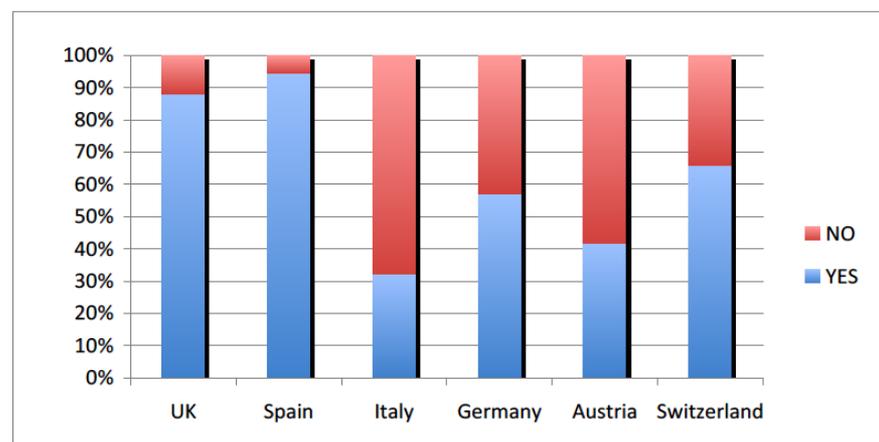
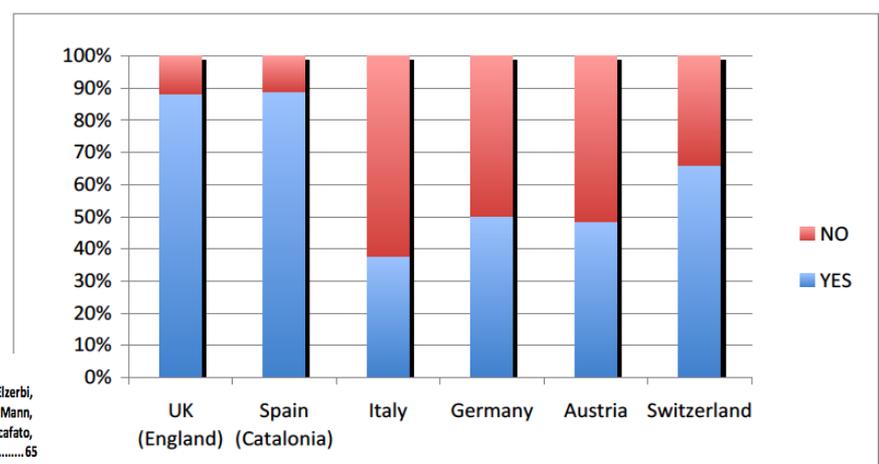


Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?



Circa 8 milioni di consumatori a rischio

Oltre 400.000 sotto i 18 anni, circa 3 milioni di anziani

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della Relazione al Parlamento 2013

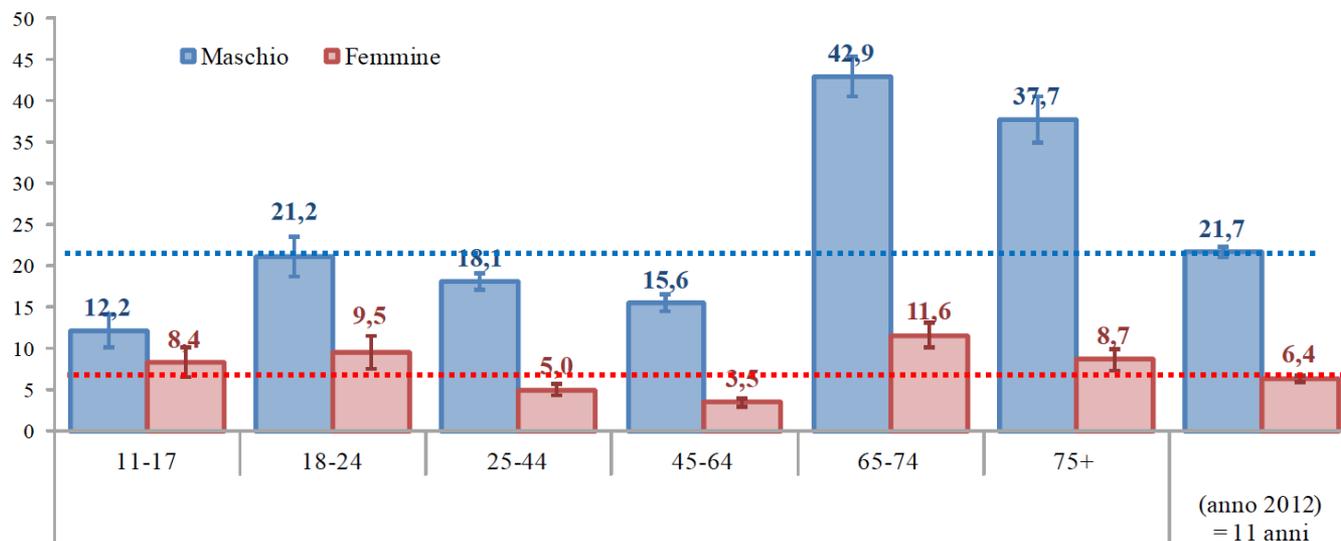


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (Criterio ISS) per genere e classe di età (anno 2012)

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

L'analisi per genere e classi di età mostra che sono a rischio il 12,2% dei ragazzi e l'8,4% delle ragazze al di sotto dei 18 anni, valori che dovrebbero essere pari a zero mentre invece identificano oltre 400.000 ragazzi di età inferiore a 18 anni esposti a rischio alcol correlato, senza differenze di genere statisticamente significative.

Come nella precedente rilevazione, anche nel 2012 le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classe di età 65-74 anni (42,9%), seguita da quella degli ultra 75enni (37,7%), per un totale di circa 2.100.000 maschi anziani di oltre 65 anni a rischio.

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

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



Alcohol consumption among
elderly European Union citizens

Health effects, consumption trends and related issues

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



Mats Hallgron
Pi Högborg
Sven Andréasson



Swedish National Institute
of Public Health

Substance use among older adults: a neglected problem

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_EN_TDAD08001ENC_web.pdf

Key issues at a glance

3. Figures show that older adults have a relatively high risk of experiencing drinking problems. The combined use of alcohol and other drugs leads to an increased risk of social, psychological and physical health problems, and can cause difficulties even where alcohol intake is light or moderate.

Conclusions and policy considerations

3. Alcohol problems are more prevalent among older adults and may coexist with problems with illicit drugs. Drug services may therefore need to review their care systems to ensure that alcohol-related problems are recognised.



emcdda.europa.eu

Drugs in focus

Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction



La denuncia dell'Osservatorio europeo delle droghe: entro il 2020 raddoppierà il numero di over 65 con problemi di dipendenza da sostanze

Anziani sempre più “drogati”: l'allarme dell'Ue

Oppiacei e alcol vanno per la maggiore ma preoccupa anche l'abuso di farmaci - Necessario adeguare i servizi

3

I problemi di alcol sono maggiormente diffusi tra gli adulti più anziani e possono coesistere con problemi legati al consumo di droghe illecite. I servizi per le tossicodipendenze possono quindi dover rivedere i loro sistemi di assistenza, per assicurare che i problemi legati all'alcol vengano riconosciuti

Allarmano i nuovi dati diffusi dall'Istituto superiore di Sanità: l'abuso di alcolici dilaga tra gli adolescenti under 15 e tra gli anziani a rischio

Sos alcol: irretisce e ammala giovani e over 65

Gli estremi della popolazione sono accomunati dal triste primato degli incidenti stradali - Urgente sensibilizzare

DI EMANUELE SCAFATO *

Le bevande alcoliche non sono adeguatamente percepite dai giovani come possibile fonte di problemi, ma, al contrario, prevalentemente vissute come beni ordinari di consumo il cui uso favorisce la sperimentazione di sensazioni di benessere, di piacere, di disinibizione, di disinvoltura, di facilitazione delle relazioni, di maggiore sicurezza, di "forza". L'alcol e le bevande alcoliche sono prodotti di ampia reperibilità e disponibilità e costantemente oggetto di promozione, anche sotto forma di vendita sottoprezzo (happy hours), di sollecitazione, o comunque pressione, al bere nei luoghi e nei contesti di aggregazione giovanile (discoteca, concerti, eventi sportivi ecc.), di associazione costante a valori connessi a situazione e contesti di piacere, felicità, successo. L'immaginario sull'alcol nell'universo giovanile è prevalentemente costruito su valori trasmessi dai media (pubblicità), spesso fuorvianti, senza una corrispondente costanza di promozione di valori antagonizzanti da parte della famiglia e della collettività. Al contrario, il consumo di bevande alcoliche è normalizzato dalla società, abilitato dalla famiglia, e non riceve, generalmente, una adeguata attenzione sociale, come invece accade attualmente per il fumo, se quando comporta disturbo (ubriachezza) o danno alla collettività (incidenti, incendi ecc.).

Per gli anziani over 65, la mancanza di un'informazione, anche da parte del medico, sulla necessità di diminuire con l'avanzare dell'età i consumi alcolici a fronte di una ridotta capacità dell'organismo a

metabolizzare l'alcol appare centrale nel tentare di garantire scelte informate del consumatore e livelli di benessere e di qualità della vita protetti dalle conseguenze negative dell'uso, pur moderato, dell'alcol. Per le donne anziane, già particolarmente vulnerabili all'alcol e rese ancor più fragili da condizioni cliniche (malattie, consumo di farmaci) e sociali (vedovanza, isolamento sociale), il modello culturale del bere si ispira a stili ereditati dalla controparte maschile che per quantità e frequenza risultano poco confacenti alla fisiologia femminile.

È necessario sensibilizzare gli anziani all'adozione di scelte salutari sottolineando che a qualunque età smettere o ridurre il consumo di alcol genera sempre dei vantaggi per la salute e per la sicurezza. Le strategie istituzionali, le misure legislative devono mirare a supportare i più elevati livelli di protezione della salute individuale e collettiva superando, per questi target vulnerabili di popolazione, la logica delle convenienze garantendo a tutti il «diritto a una famiglia, una comunità e un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza e altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche» (Who European Charter on Alcohol, Parigi 1995) e salvaguardando il diritto sancito dall'art. 2 della legge 125/2001 che «tutela il diritto delle persone, e in particolare dei bambini e degli adolescenti, a una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche».

* Direttore Osservatorio nazionale alcol
Istituto superiore di Sanità



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE - UFFICIO VII

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

ANNO 2013

L'1 % dei nuovi alcoldipendenti in carico ai servizi ha meno di 19 anni

Il 14 % circa ha meno di 30 anni

La spesa farmacologica per l'alcoldipendenza è di 7,8 milioni di euro

Fra gli alcoldipendenti in trattamento nei servizi alcologici territoriali la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta nel 2012 il 9,1 % dell'utenza totale e tra i nuovi utenti tale percentuale sale al 13,7%. Inoltre nei servizi alcologici si conferma una stabile percentuale di giovani utenti di età inferiore ai 20 anni, la cui entità oscilla nel tempo, a partire dal 1996, tra lo 0,5 % e lo 0,7% e che nel 2012 è stata pari allo 0,5%.

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

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

Allegato 2

Denominazione dell'Indicatore	Consumo episodico eccessivo tra i bevitori
Definizione	Percentuale di bevitori adulti (dai 15 anni in su) che hanno consumato almeno 60 g o più di alcol puro in almeno un'occasione alla settimana nel corso dell'ultimo anno. Un consumo di 60 g di alcol puro corrisponde a circa 6 bevande alcoliche standard. Numeratore: il numero opportunamente ponderato dei bevitori (dai 15 anni in su) che hanno dichiarato di consumare almeno 60 g o più di alcol puro in almeno una volta alla settimana. Denominatore: numero totale degli intervistati (dai 15 anni in su, opportunamente ponderati) alla corrispondente domanda dell'indagine e che nella stessa hanno riferito di aver consumato una bevanda alcolica standard (10 g) negli ultimi 12 mesi.
Tipo di presentazione dei dati	Percentuale

Denominazione dell'Indicatore	Tassi di mortalità dovuta a patologie alcol-correlate standardizzati per età (dai 15 anni in su)
Definizione	Numero di persone di una data popolazione morte per patologia epatica alcolica (ICD-10* codice K70), cirrosi epatica (codici K70, K74), incidenti stradali (codici V01-V04, V06, V09, V80, V87, V89 e V99), avvelenamento (codici X40-X49), atti di violenza fisica (codici X85-Y09, Y871), rispettivamente, nel corso di un anno solare. I tassi di mortalità sono standardizzati per età per mezzo dei dati dell'OMS sulla popolazione standard. Numeratore: numero totale di decessi per ciascuna patologia, come detto sopra, nel corso di un anno solare, tra la popolazione del paese. Denominatore: quando disponibili, i dati demografici forniti dai paesi. In assenza di dati demografici rilevati, vengono utilizzati i dati demografici stimati preparati dalla Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione. La mortalità è valutata per 100.000 abitanti e di dati sono disaggregati per sesso.
Tipo di presentazione dei dati	Tasso

Allegato 2

Denominazione dell'Indicatore	Dimissioni ospedaliere, infortuni e intossicazione alcol-correlati
Definizione	Numero di persone con diagnosi di infortuni e intossicazione alcol-correlati, trattate in ospedale e dimesse in un anno di calendario, divise per il totale della popolazione. Tassi per 100.000 abitanti.
Tipo di presentazione dei dati	Tasso

Denominazione dell'Indicatore	Dimissioni ospedaliere, malattia epatica alcolica
Definizione	Il numero di persone con diagnosi di malattia epatica alcolica trattate e dimesse da un ospedale, per anno solare, diviso per la popolazione totale. Tassi per 100.000 abitanti.
Tipo di presentazione dei dati	Tasso

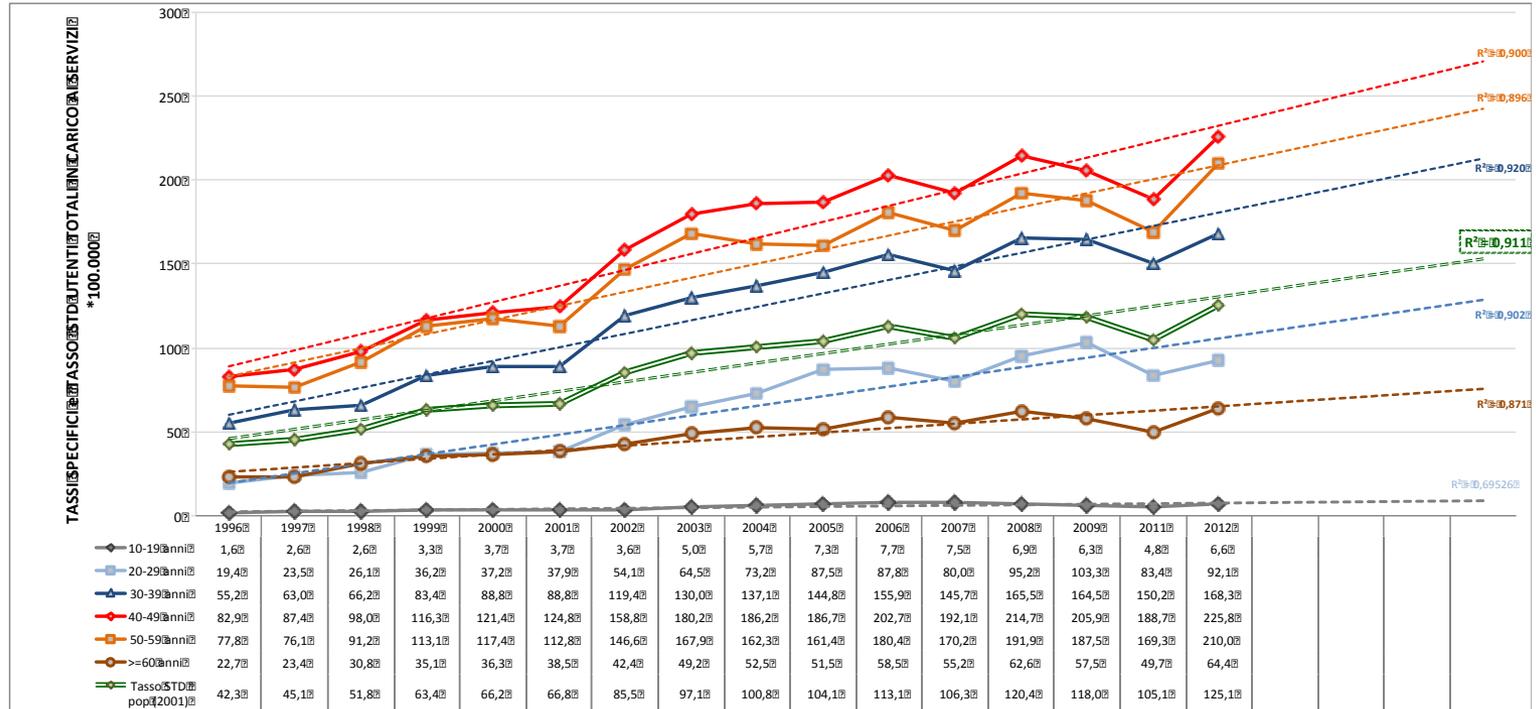
Denominazione dell'Indicatore	Psicosi alcolica
Definizione	Numero di nuovi casi di psicosi alcolica identificati in un determinato periodo, diviso per la popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti.
Tipo di presentazione dei dati	Tasso

Denominazione dell'Indicatore	Disturbi dovuti al consumo di alcolici (prevalenza in punti percentuale)
Definizione	Adulti (dai 15 anni in su) affetti da disturbi attribuibili al consumo di alcol (ICD-10 codici: F10.1 Consumo dannoso di alcol; F10.2 Dipendenza da alcol) nel corso di un anno solare. Numeratore: numero di adulti (dai 15 anni in su) con una diagnosi di F10.1, F10.2 nel corso di un anno solare. Denominatore: popolazione residente a metà anno (dai 15 anni in su) nel corso di uno stesso anno solare (Prospettive delle Nazioni Unite sulla Popolazione Mondiale, variante media). Dati disaggregati per sesso.
Tipo di presentazione dei dati	Percentuale

ISS - ALCOLDIPENDENTI (TASSI*100.000)

Classi di età e proiezioni

PERCHE' SOLO 70.000 dei 720.000 stimabili ???



SERVIZI per l'ALCOLDIPENDENZA

Considerazioni

- 1) Incremento Alcoldependenti
- 2) Elevata quota di sommerso
- 3) Domanda/Offerta reale da rivalutare
- 4) Numero di strutture e distribuzione
- 5) Personale sanitario
- 6) Proporzione trattamento**
- 7) Valutazione EFFICACIA del trattamento**
- 8) Approcci di cura e impiego esclusivo di risorse
- 9) Rete**
- 10) Management e coordinamento

PROFILO di SOSTENIBILITA' del SISTEMA



Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi dei servizi



10 Alcol e problemi e patologie correlate: indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamenti delle offerte¹

Viene riportata di seguito una sintesi degli indirizzi generali per l'organizzazione della rete di offerta per i problemi alcolici. La necessità di integrare da un punto di vista organizzativo le offerte alcoliche all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze dipende anche dalla necessità di coordinare l'approccio generale alle dipendenze e, nel contempo, creare economie di scala ed ottimizzazione delle risorse. Va inoltre ricordato che molto spesso, anche se non sempre, l'utilizzo di alcol è prodromico e/o contestuale all'uso di sostanze stupefacenti. Nel contempo, è necessario mantenere per l'alcolologia una propria specificità e specializzazione di settore, anche in conseguenza del fatto che la popolazione interessata dal fenomeno è molto maggiore della popolazione tossicodipendente e presenta caratteristiche, bisogni, riferimenti molto diversi da questi ultimi. Non va infine dimenticato che molto spesso i pazienti alcolisti sono anche affetti da tabagismo e presentano gambling patologico.

Premessa

10.1 Introduzione

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" (G. U. n. 90 del 18-04-2001) ha istituito per la prima volta in Italia l'intervento sulle principali tematiche alcolcorrelate colmando, dopo oltre dieci anni di discussione parlamentare, un rilevante gap legislativo, politico, istituzionale e culturale. Unico esempio in tutta Europa, citata come best practice dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la 125/2001 ha trasformato in diritti i principi etici² e gli obiettivi della Carta Europea sull'Alcol, approvata nel 1995 a Parigi dai governi degli Stati della Comunità Europea, rendendo atto dell'impatto sociale e sanitario dell'alcol nella popolazione e ponendo in essere un'articolata serie di indirizzi indispensabili per giungere a prevenire, attraverso misure specifiche, i danni che l'alcol produce o concorre a produrre.

Dal 2001 si sono progressivamente implementate azioni a livello locale e regionale che hanno nel tempo conferito dignità autonoma all'alcolologia e alle patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC,

Dal 2011, tendenza al collocamento prevalente dell'alcolologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze

¹ Con il contributo del Dott. Emanuele Scafato dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Direttivo Nazionale della Società Italiana di Alcolologia (SIA) e in collaborazione con il Gruppo di Lavoro congiunto ISS-SIA.



Società Italiana di Alcologia (SIA)

Linee Guida per l'organizzazione di base degli interventi sui problemi e le patologie alcolcorrelate

DIRETTIVO NAZIONALE SIA





Le Linee Guida per i servizi di alcolologia ospedalieri e territoriali, in sintonia con i LEA, garantiscano ai cittadini un sistema di intervento alcolologico:

- 1. omogeneo su tutto il territorio nazionale;**
- 2. coerente con gli indirizzi dell'Unione Europea;**
- 3. compatibile con le linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed in particolare con i piani ed i documenti espressi nella regione europea;**
- 4. basato sulle evidenze scientifiche esistenti;**
- 5. fondato sulle buone pratiche e sui relativi programmi che hanno dimostrato maggiore efficacia, negli ultimi decenni, nella loro applicazione sul territorio nazionale.**



La Struttura Territoriale di Alcologia ha il compito di:

- ❑ Accogliere la domanda di cura del bevitore e/o della sua famiglia;
- ❑ Prendere in carico il bevitore e/o la sua famiglia;
- ❑ Fare una valutazione diagnostica multiprofessionale e formulare una diagnosi;
- ❑ Definire percorsi di trattamento a breve e medio termine tra cui la somministrazione di terapie farmacologiche di farmaci anti-craving;
- ❑ Fare interventi di disintossicazione ambulatoriale anche con interventi di terapie alternative per ridurre il desiderio di alcol e i sintomi astinenziali;
- ❑ Organizzare percorsi di monitoraggio periodico prima e dopo le dimissioni dalla Struttura Territoriale di Alcologia;
- ❑ Fare valutazioni alcolologiche per cittadini inviati dalle Commissioni Mediche Locali per guida in stato di ebbrezza alcolica o dai Medici Competenti per problemi di bere in eccesso sul luogo di lavoro;
- ❑ Organizzare interventi di prevenzione sul territorio;
- ❑ Organizzare interventi di informazione alla cittadinanza.



Società Italiana di Alcologia (SIA)

PREVENZIONE SPECIFICA

A livello di popolazione generale è indispensabile che la competenza territoriale per le attività di identificazione precoce ed intervento breve siano ricomprese in una RETE efficiente garante dell'appropriatezza e della congruenza delle professionalità e delle prestazioni erogabili dalle strutture del SSN. MMG, ospedale, territorio sono i NODI della rete che è integrata dalle prestazioni offerte dai gruppi formali di auto e mutuo aiuto.

Allo stesso tempo è indispensabile che i servizi SPECIALISTICI possano essere adeguatamente ATTRATTIVI e ACCESSIBILI in risposta alla richiesta di prestazioni e competenze che comportano l'impiego a TEMPO PIENO del personale addetto al recupero dell'alcol dipendente.

E' INDEROGABILE LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO





Società Italiana di Alcologia (SIA)

FORMAZIONE SPECIFICA

L'OMS vista ancora la complessità dei PAC insiste sull'importanza di una formazione interdisciplinare e multiprofessionale che consenta l'utilizzazione di strumenti e linguaggi comuni ed omogenei per tutte le professionalità che devono costituire la rete di intervento in questo campo.

La formazione in Alcologia sarà articolata in tre paragrafi principali:

- - principi generali della formazione in alcologia;
- - la formazione universitaria in alcologia;
- - l'educazione continua in alcologia.



L'identificazione precoce, l'intervento breve

Numeri Utili:
Telefono Verde Alcol
Istituto Superiore di Sanità
Ministero della Salute
tel. 800 63 2000

Consultazione siti:
www.iss.it/alcol
www.epicentro.iss.it
www.ministerosalute.it
www.dfc.unifi.it/sia
www.alcolonline.org

Info:
alcol@iss.it

WHOCC
for Research
and Health
Promotion
on Alcohol and
alcohol-related
health problems

 PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto

I.P.I.B.

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

Ente affidatario


ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

In collaborazione con

 SIA - Società Italiana Alcolologia

 AICAT - Associazione Italiana Clubs Alcolisti in Trattamento

Il Capo Dipartimento: _____ Importo finanziato: € 150.000,00
Durata finanziaria: 2 anni

Il Responsabile dell'Ente Affidatario: _____

Alcol e Prevenzione nei Contesti di Assistenza Sanitaria Primaria

Programma di Formazione IPIB-PHEPA
Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care

Obiettivi

Piano delle Sessioni

Diapositive/Lucidi

Indicazioni per lo svolgimento

Documentazioni di lavoro



Osservatorio Nazionale Alcol
CNESPS - OssFAD



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



L'identificazione precoce, l'intervento breve

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

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

Sommario

Introduzione

Preparazione delle linee guida

Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati



Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS



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



WHO CC
for Research
and Health
Promotion
on Alcohol and
alcohol-related
health problems

A.U.D.I.T.-C ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

- 1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?
- mai (0 punti)
 - meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
 - 2-4 volte al mese (2 punti)
 - 2-3 volte a settimana (3 punti)
 - 4 o più volte a settimana (4 punti)
- 2) Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consumi in media al giorno?
- 1 o 2 (0 punti)
 - 3 o 4 (1 punto)
 - 5 o 6 (2 punti)
 - 7 o 9 (3 punti)
 - 10 o più (4 punti)
- 3) Con quale frequenza ti è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?
- mai (0 punti)
 - meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
 - 2-4 volte al mese (2 punti)
 - 2-3 volte a settimana (3 punti)
 - 4 o più volte a settimana (4 punti)

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi, e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcol. Per tutelare la propria salute è consigliabile, in questo caso, parlarne con il proprio medico.

Per approfondimenti sull'AUDIT-C consultare
<http://www.epicentro.iss.it/alcol/audit>

Info:
alcol@iss.it



Alcol:

sai quanto rischi?

L'integrazione dell'identificazione precoce e dell'intervento breve in una prospettiva di Servizi Sanitari di valenza Europea

Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective

Joan Colom¹, Emanuele Scafato², Lidia Segura¹, Claudia Gandin² and Pierluigi Struzzo^{3,4*}

¹ Program on Substance Abuse, Public Health Agency of Catalonia, Barcelona, Spain

² Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

³ Regional Centre for the training in primary care (Ceformed), Monfalcone, Italy

⁴ Department of Life Sciences, University of Trieste, Trieste, Italy

Edited by:

Hugo López-Pelayo, *Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica, Spain*

Reviewed by:

Giovanni Martinotti, *University G.d'Annunzio, Italy*
Luigi Janiri, *Università Cattolica del S. Cuore, Italy*

***Correspondence:**

Pierluigi Struzzo, *Via Zara, 21, Udine 33100, Italy*
e-mail: pierluigi.struzzo@uniud.it

Alcohol-related health problems are important public health issues and alcohol remains one of the leading risk factors of chronic health conditions. In addition, only a small proportion of those who need treatment access it, with figures ranging from 1 in 25 to 1 in 7. In this context, screening and brief interventions (SBI) have proven to be effective in reducing alcohol consumption and alcohol-related problems in primary health care (PHC) and are very cost effective, or even cost-saving, in PHC. Even if the widespread implementation of SBI has been prioritized and encouraged by the World Health Organization, in the global alcohol strategy, the evidence on long term and population-level effects is still weak. This review study will summarize the SBI programs implemented by six European countries with different socio-economic contexts. Similar components at health professional level but differences at organizational level, especially on the measures to support clinical practice, incentives, and monitoring systems developed were adopted. In Italy, cost-effectiveness analyses and Internet trials shed new light on limits and facilitators of renewed, evidence-based approaches to better deal with brief intervention in PHC. The majority of the efforts were aimed at overcoming individual barriers and promoting health professionals' involvement. The population screened has been in general too low to be able to detect any population-level effect, with a negative impact on the acceptability of the program to all stakeholders. This paper will present a different point of view based on a strategic broadening of the implemented actions to real inter-sectoriality and a wider holis-

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

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

Denominazione dell'Indicatore	Formazione in screening e intervento breve sui problemi dell'alcol
Definizione	Fornitura di formazione in screening e in intervento breve sui problemi dell'alcol.
Tipo di presentazione dei dati	Categoriale

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

Denominazione dell'Indicatore	Consumo episodico eccessivo (binge drinking)
Definizione	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.
Tipo di presentazione dei dati	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



Società Italiana di Alcologia (SIA)

FORMAZIONE SPECIFICA

Nella maggior parte dei casi le caratteristiche del servizio alcolologico e dell'utenza che vi accede è fortemente influenzato da elementi organizzativi e di contesto piuttosto che da linee guida cliniche omogenee con approcci del trattamento disomogenei che possono essere causa di gravi disuguaglianze in salute.

La formazione specifica è pertanto INDISPENSABILE al fine di garantire uno standard di identificazione del problema, valutazione, approccio al trattamento. Una analisi dei bisogni deve essere assicurata prima di procedere ad identificare le caratteristiche di base e di apprendimento continuo idonee a garantire approcci coerenti e congruenti sia con le risorse a disposizione che con le problematiche incidenti ASSICURANDO una forma ADEGUTA DI TRATTAMENTO.



TRATTAMENTO ALCOLDIPENDENTI

% DI PAZIENTI TRATTATI PER TIPOLOGIA PROGRAMMA ospedalizzazione

Tab.13 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2012

REGIONE	Medico farmacologico 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 alcoholcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoholcorrelate	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

CHAPTER 9. ALCOHOL INTERVENTIONS AND TREATMENTS IN EUROPE

Amy Wolstenholme, Colin Drummond, Paolo Deluca, Zoe Davey, Catherine Elzerbi, Antoni Gual, Noemí 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

Table 5. Gap analysis of specialist treatment for alcohol dependence

	General population (full & aged 15yrs+) T-Total M- Male F- Female	Prevalence rate (% of population aged 15yrs+): M=male, F=female, T=Total population, if figure provided	Number of adults with AD (n) (aged 15yrs+, England 16yrs+)	Access to treatment (n) (aged 15yrs+, England 18yrs+)	PSUR (% of in need population accessing treatment)
Austria *	T: 8,363,040 M: 3,431,078 F: 3,679,527 = 7,110,605 (15yrs+)	M: 7.5% F: 2.5% T: 5%	357,000	39,983	8.9 (11.2%)
England **	T: 53,012,500 43,640,400 (15yrs+)	M: 6.0% F: 2.0% T: 4%	1,745,616	111,381	14.4 (6.4%)
Germany ***	T: 81,902,000 70,770,700 (15yrs+)	T: 2.3%	1,600,000	57,259	28.0 (3.6%)
Italy ****	T: 60,045,068 M: 24,818,220 F: 26,798,140 = 51,616,360 (15yrs+)	M: 0.7% F: 0.4%	280,919	65,360	4.2 (23.3%)
Spain *****	T: 45,593,000 43,769,280 (15yrs+)	M: 1.2% F: 0.2%	271,200	49,036	5.5 (18.1%)
Switzerland *****	T: 7,593,500 6,021,646 (20yrs+)	M: 7.2% F: 1.4%	249,100	39,000 - 23,589	10.6 - 6.4 (9.4% - 15.6%)

Results (what we found)

The results of the gap analysis are shown in Table 5. It can be seen that the prevalence of alcohol dependence based on the available data varied considerably across the 6 countries. Italy had the lowest male prevalence rate (0.7%) and Spain had the lowest female prevalence rate (0.2%). Switzerland had the highest male prevalence rate (7.2%) and Austria had the highest female prevalence rate (2.5%). Given the convergence of other alcohol-related indicators (e.g. per capita alcohol consumption, alcoholic liver disease mortality) between European countries over the last 20 years, this variance is surprising and probably more an indication of differences in methods of estimating prevalence of alcohol dependence than being a true reflection of real differences in alcohol dependence.

**IL 23 % degli
ALCOLDIPENDENTI
in ITALIA
AVREBBERO ACCESSO AL
TRATTAMENTO
(STIMA 2008)**

Stima Oss. Naz. Alcol ISS.
E. Scafato, APD 2013

Italy had the highest level of
access with 1 in 4.2 (23.3%)
people with alcohol
dependence accessing
treatment per year.



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



I fattori influenti nell'alcoldipendenza in Europa

European
Addiction
Research

Research Report

Eur Addict Res 2015;21:6–18

DOI: 10.1159/000365284

Received: March 4, 2014

Accepted: June 17, 2014

Published online: October 18, 2014

Prevalence of and Potential Influencing Factors for Alcohol Dependence in Europe

Jürgen Rehm^{a–f} Peter Anderson^{g, h} Joe Barryⁱ Plamen Dimitrov^j
Zsuzsanna Elekes^k Fernanda Feijão^l Ulrich Frick^m Antoni Gualⁿ
Gerrit Gmel, Jr.^{a, o, p} Ludwig Kraus^{q, r} Simon Marmet^s Jonas Raninen^{t–v}
Maximilien X. Rehm^w Emanuele Scafato^x Kevin D. Shield^{a, d, f}
Marcis Trapencieris^y Gerhard Gmel^{s, z, aa}

ALCOLDIPENDENZA e MORTALITA'.

Effetto dell'ampliamento del numero di trattati

Figure 20a: Deaths avoided in men

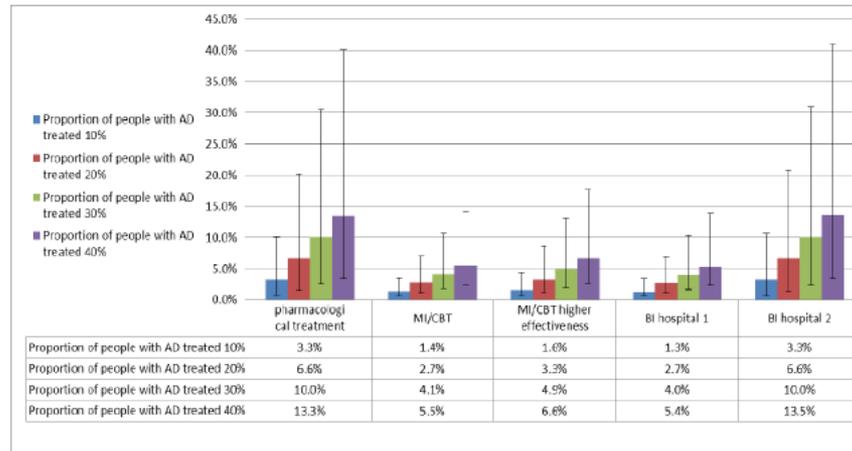
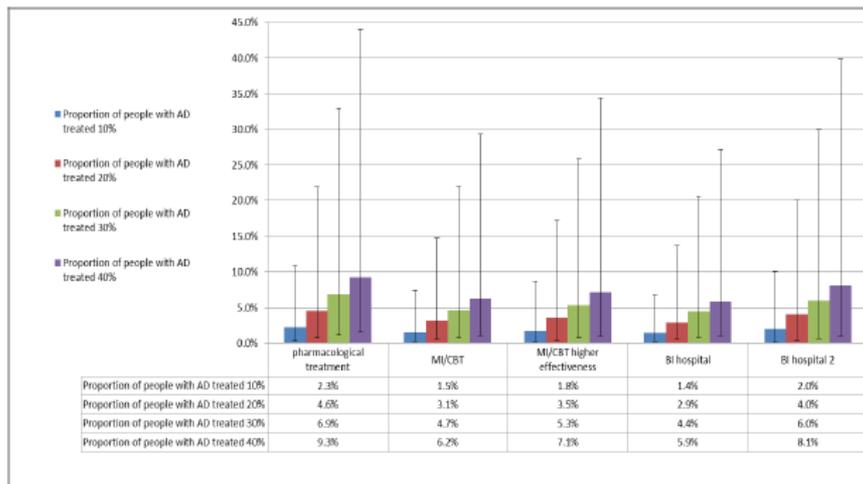


Figure 20b: Deaths avoided in women



Qualunque ampliamento nella copertura di una forma di trattamento degli alcol dipendenti garantirebbe una riduzione della mortalità. SE fosse esteso al 40 % si registrerebbe una riduzione della mortalità del 13 % negli uomini e del 9 % tra le donne in un anno in Europa.



RETE , CASE MANAGEMENT E ADEGUAMENTO DEL SISTEMA DI ASSISTENZA

E' da colmare il divario esistente nell'accesso e nel ricorso alle prestazioni destinate **al recupero dell'alcoldipendenza** prevedendo **l'adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento** attuali erogabili dai servizi di alcolologia.

Parallelamente è indispensabile la sollecitazione di **iniziative e di programmi volti a identificare e attirare gli alcolisti non ancora intercettati** da sistemi formalizzati e coordinati di identificazione del rischio alcolcorrelato nella popolazione.

E', in tal senso, da privilegiare un **coordinamento delle risorse disponibili sul territorio e la costituzione e attivazione di una rete** atta a garantire la verifica dell'esigenza di intervento per Patologie e Problematiche Alcol Correlate in atto per le quali è da **AMPLIARE L'ACCESSO AL TRATTAMENTO** di riabilitazione alcolologica e, comunque, di **arresto della progressione del danno e prevenzione delle complicanze.**

Come ampliare l'accesso al trattamento ?

RIMUOVERE LO STIGMA

L'alcoldipendenza è ancora oggi percepito come “vizio”.

Ciò induce la persona a nascondere il problema e a non richiedere aiuto; stesso approccio viene spesso seguito dal nucleo sociale di riferimento.

E' importante, per l'intrinseca difficoltà di “ingaggiare” la persona in difficoltà che i servizi e i professionisti preposti siano all'altezza del compito, di qualificata esperienza, tale da consentire di poter assicurare un accoglienza che non dovrebbe mai essere stigmatizzante, come spesso accade nei contesti promiscui in cui giungono alcoldipendenti e tossicodipendenti o malati mentali, un accoglienza quanto più possibile dedicata all'alcoldipendente.

Come ampliare l'accesso al trattamento ?

Incrementare la consapevolezza

**Conoscere il rischio MA anche le soluzioni al rischio
è determinante**

Sensibilizzare la collettività e l'individuo su come si può evitare il rischio alcolcorrelato favorendo l'identificazione precoce e il tempestivo indirizzamento alle competenze congrue e specifiche fa la differenza tra prevenzione teorica e azione.

Per questo le 5 principali Società Scientifiche di settore hanno realizzato e programmato una campagna mediatica sull'alcoldipendenza che ha offerto la disponibilità di specialisti per le richieste pervenute attraverso un sito web dedicato.

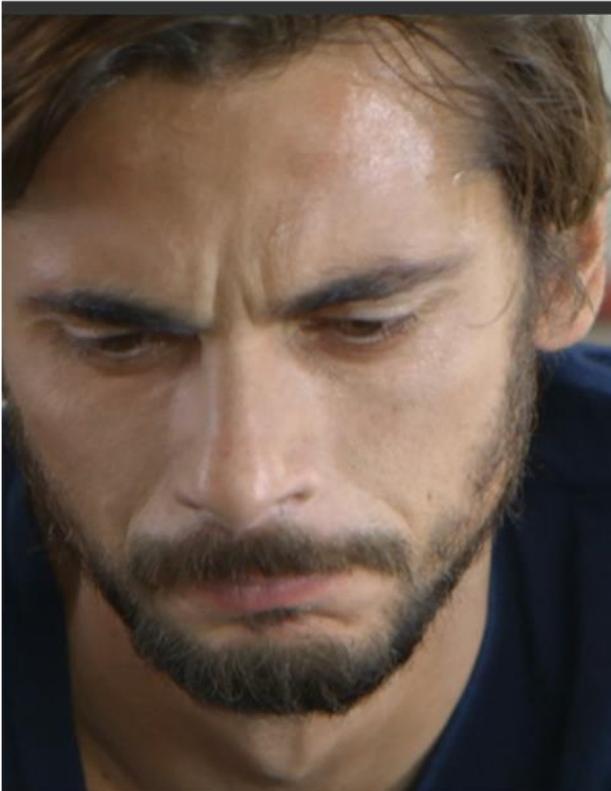


SIP. Dip.
Società Italiana
Psichiatria delle Dipendenze
Sezione speciale S.I.P.



INFORMARE, COMUNICARE, SENSIBILIZZARE

ALCOLDIPENDENZA : UN FINALE MIGLIORE



Guardami. Guardami bene,
perché io potrei essere te,
tuo fratello, tuo marito,
il tuo amico.
Non sono un parassita, un criminale.
Bevevo per rilassarmi, poi per non
pensare. Ora non so più perché
bevo, non riesco a farne a meno,
non riesco a controllarmi.
Sono un alcolista.
Ieri uno schiaffo a mia moglie,
oggi a lavoro ho perso il mio
cliente più importante.
Mia figlia mi evita.
Come finirà la mia storia?
Finale scontato.
No. Devo trovare, posso trovare.

un finale
migliore

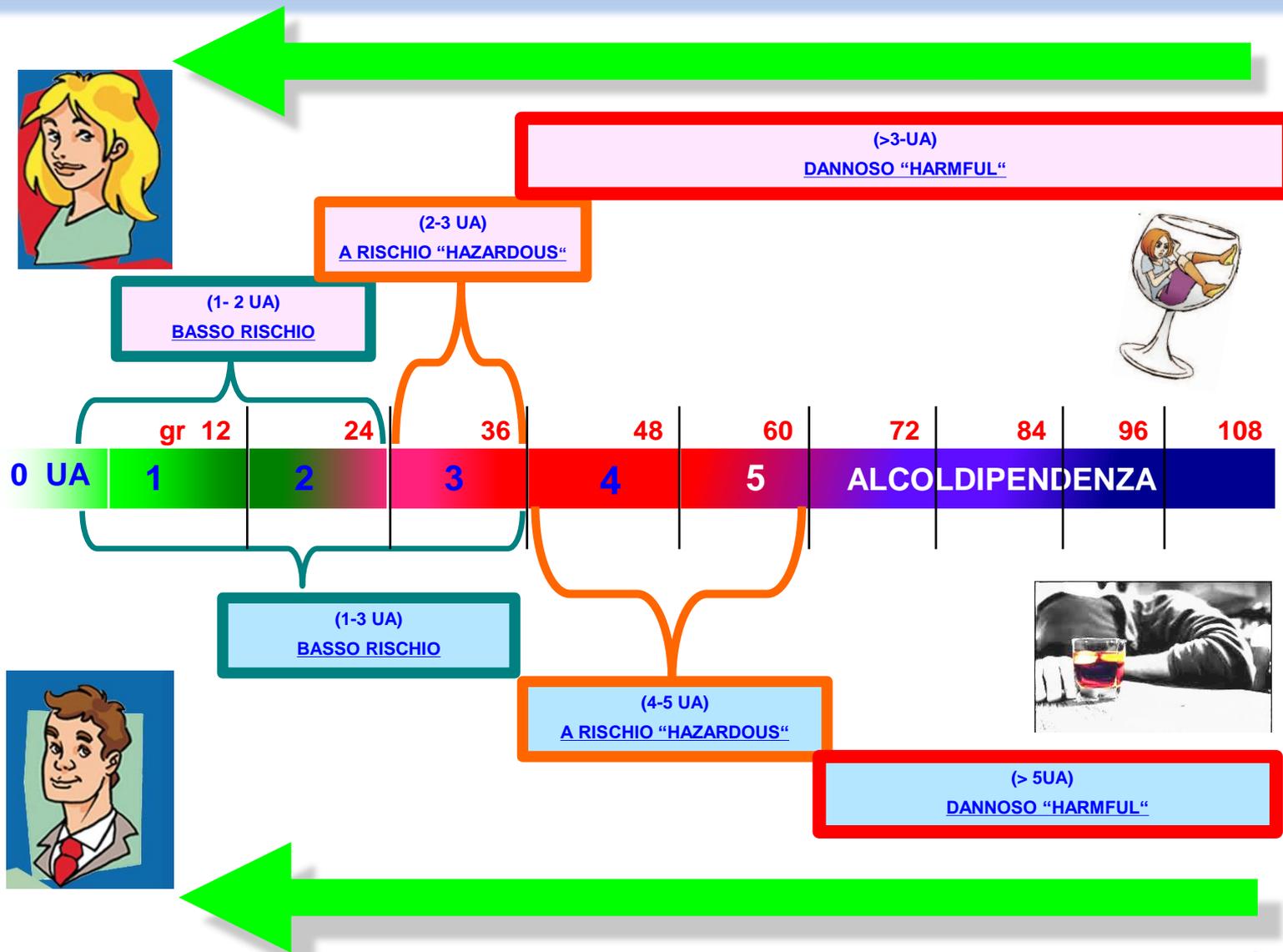
La dipendenza da alcol è una malattia
e può essere curata.
Trova il tuo finale migliore.
Visita il sito www.unfinalemigliore.it



Livelli DECRESCENTI di rischio, livelli variabili di intervento

PREVENZIONE come *continuum* ...

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





Al di là della collocazione strutturale in un determinato ambito sanitario, valutazione che è evidentemente connessa alle esigenze organizzative regionali, diventa fondamentale dare consistenza alle competenze e ai programmi specifici, tracciando sempre e comunque linee di indirizzo generali per l'organizzazione dei servizi di alcologia a valenza territoriale, ospedaliera e regionale, in sintonia con i Livelli Essenziali di Assistenza.

Le dimensioni virtuose della prevenzione



Alcoldipendenza
un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società
14 gennaio 2011 - 15:00 - 16:30 - Palazzo di Giustizia



Informazione e
Prevenzione dai
Providers sanitari

Leader della
comunità

Informazione e
Prevenzione dalle
ISTITUZIONI

Peer information
e partner
information

Mass media:
- radio
- stampa
- televisione

Applicazione
rigorosa
norme

**INFORMAZIONE
&
EDUCAZIONE**

- promuovere life skills
- support are contesti
- garantire protezione
- ridurre i rischi

Responsabilità
etica imprese, esercenti e
mondo della produzione

Leader
Sport,
cultura,
musica

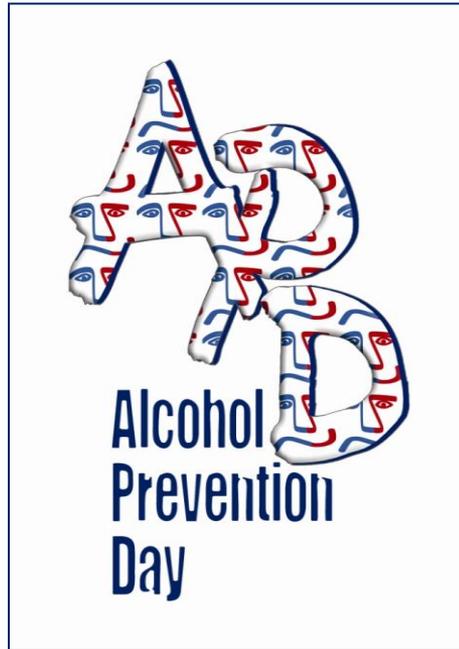
MMG e
Counselling
sociale

MARKETING SOCIALE

Health education scuole,
università, etc.

Health education da genitori,
e adulti della sfera delle relazioni
personali

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



ALCOHOL PREVENTION DAY
che nel 2015 giunge alla sua 14^a edizione

ALCOHOL PREVENTION RUN
14 dicembre 2014

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) .

LXI edizione del Sanit inaugura la prima edizione del SANIT run.

Studi scientifici hanno dimostrato che l'alcol consumato tra i 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.

INEBRIA International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs

10th Annual Conference of INEBRIA
ROME
19th-20th September 2013

"Brief interventions on alcohol and other drugs: improving health and the quality of health services provision"

Pre-conference
XXIII National Scientific Meeting SIA
Società Italiana di Alcolologia

INEBRIA International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs

11th CONGRESS WARSAW
September 18th-19th 2014

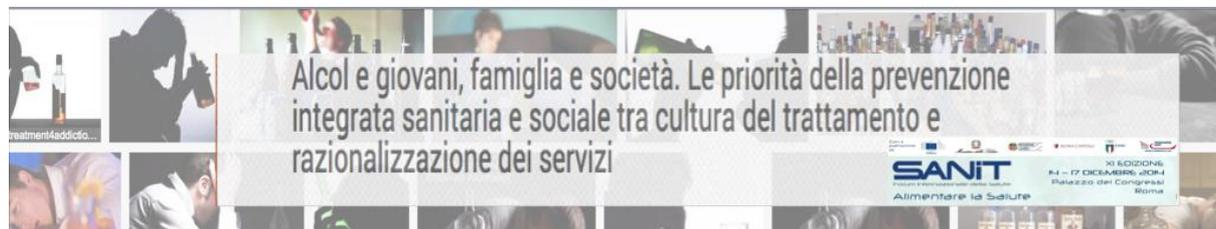
"Brief Interventions - recent advances and new applications"

VENUE:
Medical University of Warsaw
Zwirki i Wigury 43, 02-093, Warsaw, Poland

ORGANIZING COMMITTEE:
Krzysztof Brożek
Marcin Wojnar
Magdalena Borkowska

See you in Warsaw!





Alcol e giovani, famiglia e società. Le priorità della prevenzione integrata sanitaria e sociale tra cultura del trattamento e razionalizzazione dei servizi

Alcol e alcoldipendenza: i gap da colmare per un rinnovato Piano Nazionale Alcol

Emanuele Scafato
Istituto Superiore di Sanità

- Direttore Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS
- Direttore Reparto Salute della Popolazione
- Direttore Centro OMS per la promozione della salute e la ricerca su Alcol e problematiche alcolcorrelate

Presidente SIA, Società Italiana Alcologia
Vice Presidente EUFAS, European Federation Societies on Addictions

EMANUELE SCAPATO 2014

Grazie per l'attenzione