

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia
Gianni Testino, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, Centro Alcologico Regionale; ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Società Italiana di Alcologia
Fabio Caputo, Dipartimento di medicina interna, Ospedale di SS Annunziata, Cento (Ferrara), Università di Ferrara, (FE). Società Italiana di Alcologia
Valentino Patussi, SOD di Alcologia, Centro Alcologico Regionale Toscano; Ospedale Policlinico Careggi, Firenze. Società Italiana di Alcologia
Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia
Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia
Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia
Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcologia

Per corrispondenza

Emanuele Scafato: Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia:

e.scafato@iss.it

**ALCOL E CORONAVIRUS DISEASE-19: LA PREVENZIONE CHE MANCA.
NECESSITÀ E URGENZA DI RINNOVAMENTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE
DELLA RETE DI CURA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**

Dall'inizio del 2020 l'Italia, l'Europa, il mondo ha subito un'improvvisa quanto inimmaginabile minaccia alla salute rappresentata dallo scoppio di una pandemia da SARS-CoV-2, un virus segnalato per la prima volta in Cina alla fine del 2019 e che in pochi mesi ha cambiato e continuerà a condizionare il modo di vivere di tutti, costringendo a drastiche modifiche delle realtà e dei contesti di vita e di lavoro e obbligando ad azioni di contenimento del contagio attraverso politiche drastiche precedentemente inconcepibili tesi a confinare in ambiente domestico la popolazione con blocchi dapprima locali e poi nazionali di gran parte delle attività antropiche e produttive disegnando realtà sociali caratterizzate da distanziamento sociale e isolamento precauzionali. Misure estreme sono state adottate per garantire il contrasto alla diffusione di una nuova malattia, Covid-19, che ha falciato soprattutto le persone oltre i 60 anni con picchi inauditi nel target di popolazione anziana e determinato una vera e propria crisi sanitaria caratterizzata

dalla saturazione della rete di ricovero e cura ed in particolare di quella delle terapie intensive, sottodimensionate da anni di tagli alla sanità e insufficienti a rispondere nelle zone a massima espressione dell'epidemia alle esigenze di ricovero tempestivo di tutte le situazioni richiedenti ricorso a procedure ospedaliere adeguate per la gravità delle condizioni da trattare.

Il cosiddetto “*lockdown*”, la chiusura di buona parte delle attività commerciali e produttive, il ricorso allo “*smart working*” domestico ha compromesso la normale vita di relazioni pubbliche quotidiane fino a livelli mai visti prima d'ora in occasione di precedenti crisi sanitarie globali, obbligando le persone a convivere con una situazione di confinamento domiciliare e distanziamento sociale in cui tempi e ritmi abituali hanno ricevuto una brusca quanto impreveduta modifica delle abitudini, delle consuetudini, in definitiva dei comportamenti di tutti.

Gran parte delle considerazioni che insieme alla comunità scientifica internazionale, in qualità di ricercatori di settore abbiamo già posto all'attenzione dei decisori politici sono ampiamente condivise in tutte le realtà europee e mondiali e possono essere riportate con un'opportuna “customizzazione” che ogni Nazione necessiterà per rivedere modalità operative che hanno mostrato ampia impreparazione e nessuna soluzione percorribile per ovviare alla chiusura di strutture sanitarie e servizi ai quali usualmente si ricorre per i problemi di dipendenza.

È un dato di fatto che, verificato che tutte le decisioni politiche durante la crisi pandemica sono state asseverate alle valutazioni proprie di comitati tecnico-scientifici e di esperti di settore, appare indispensabile proseguire in questo approccio anche per le condizioni “altre” rispetto a quelle proprie del controllo di una malattia altamente diffusiva e valorizzare le competenze e il ruolo delle società scientifiche come la Società Italiana di Alcolologia per l'Italia che, insieme agli organismi scientifici e di ricerca come l'Istituto Superiore di Sanità e strutture, come l'Osservatorio Nazionale Alcol e il Centro OMS per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol hanno mandato, *mission*, competenze e prerogative di natura formale di consulenza del SSN, per la realizzazione di *position paper* e linee guida di tutela della salute, di prevenzione, di cura e riabilitazione per i disturbi o disordini da uso di alcol che è già buona pratica ricomprendere tra le attività poste in essere attraverso la collaborazione attiva con il Ministero della salute per tutte le indicazioni che vengono condivise nella Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001 che richiede espressamente di garantire un'organizzazione dei servizi a livello regionale che devono essere riadeguati a nuovi scenari operativi sino a cessate esigenze pandemiche. Ciò è reso ancora più urgente dalla promozione della Conferenza Nazionale Alcol, slittata al 2021, in cui gran parte delle tematiche oggetto di studio e di proposte anche in un tavolo di coordinamento tecnico permanente potranno giovare a disegnare strutture ispirate all'accoglienza e all'adeguatezza anche in periodi di forzato *lockdown* e d'incremento della platea che ai servizi ricorrerà il giorno dopo la pandemia.

Negli ultimi due mesi, le misure obbligate di inibizione del contatto fisico, di controllo della libertà personale , di libera circolazione, di libertà d'azione hanno avuto un impatto di contenimento sulla velocità di trasmissione del virus stesso, ma anche implicazioni individuali per comportamenti negativi per la salute come l'incremento dell'abitudine al fumo di sigaretta, le modifiche delle abitudini alimentari orientate verso un surplus calorico, la scarsa attività fisica, il ricorso ad attività legate all'esposizione eccessiva all'uso *smartphone* , palmari e computer che hanno fatto registrare incrementi esponenziali del numero di ore passate sui social, sui games multiplayer, di "iperconnessione" a supporto di strategie di re-orientamento verso forme online di gioco d'azzardo, di scommesse sulla rete(le uniche consentite e disponibili), il ricorso all'uso di sostanze tanto farmacologiche ,tese a ridurre gli stati d'ansia, quanto illegali, come la cannabis , oltre che di quelle di più difficile reperimento come quelle da spaccio comunque mantenuto attivo sul territorio.

In tutto ciò un'abitudine che ha fatto registrare un aumento significativo è stato sicuramente il consumo di bevande alcoliche che, pur nella drastica riduzione legata alla chiusura di bar, ristoranti e riti della movida alcolica e dello sballo, ha fatto registrare nei canali di vendita online e di home delivery incrementi percentuali a tre cifre in tutto il mondo, assicurando sin dall'inizio della pandemia un accaparramento di quantità ovviamente inusuali di alcolici acquistati nella grande distribuzione ma anche e soprattutto di grandi quantità consegnate direttamente nelle case degli italiani, incrementando verosimilmente l'esposizione a consumi dannosi e rischiosi di alcol, abitudini che hanno potuto avere tempo e ragioni per consolidarsi in oltre 60 giorni di isolamento senza poter ricorrere direttamente o indirettamente all'uso dei servizi sanitari quasi interamente impegnati con le attività inerenti il contrasto a Covid-19.

In tutta Europa, l'informazione sull'alcol è stata disseminata attraverso vari mezzi e canali di comunicazione e tra questi quelli dei produttori di bevande alcoliche, dei medici, dei giornali o delle televisioni, delle istituzioni di tutela della salute. La constatazione di una comunicazione *misleading* ai tempi del Coronavirus ha imposto un'attivazione, pur tardiva, del contrasto alle *fake-news* che sono stati proprio alcuni settori della produzione di bevande alcoliche, come quella relativo al settore enologico ma anche alcuni produttori di grappe, ad aver attuato attraverso una più massiccia disinformazione che ha spinto tanto l'Istituto Superiore di Sanità quanto il Ministero della Salute a attivare attività di contrasto alle «bufale» che millantavano un'azione disinfettante o igienizzante o addirittura protettiva relativamente al SARS-CoV-2 di vino, grappa, resveratrolo per spingere le persone a bere.

Verificate le dinamiche europee e internazionali di strategie comunicative disinformative in atto, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto una serie di report e di infografiche per far aumentare la consapevolezza dei rischi che l'alcol comporta sempre sul sistema immunitario ma anche sulle problematiche relative alla necessità di fornire supporto a tutte le persone che in

virtù del lockdown sono state impossibilitate a ricevere supporto sanitario e sociale o interventi adeguati per risolvere nuovi e vecchi problemi legati al bere.

Non esistono esperienze di modalità o linee guida per far fronte a una gestione mirata della verosimile recrudescenza di disturbi da uso di alcol che sicuramente impatteranno sui servizi dedicati a intercettazione, screening, diagnosi, terapia e riabilitazione spesso in «compresenza» di altre problematiche comportamentali esacerbate da distanziamento sociale/isolamento come fumo, gioco d'azzardo, scommesse, videogames, giochi online, disturbi alimentari e da sostanze illegali come la cannabis o altre droghe illegali.

C'è l'urgenza di riprogrammare e rinnovare i servizi sanitari, ridefinire i programmi, riorganizzare l'intero sistema di cura che ha dimostrato di non essere preparato a gestire un'emergenza importante come la pandemia che continuerà a gravare sulla società ancora per molto tempo. Conoscere è la base per poter garantire adeguatezza della risposta pubblica ed è proprio per questo che l'Osservatorio Nazionale Alcol e il Centro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - insieme a numerosi istituti di ricerca e organizzazioni di tutela della salute pubblica che hanno collaborato con la *Technische Universität* di Dresda (TUD, Germania) e l'Ospedale di Barcellona (FCRB, Spagna) - hanno contribuito a lanciare un'iniziativa, un sondaggio d'opinione e di consultazione volto a dare voce alle persone attraverso le loro percezioni e le loro esperienze per raccogliere e produrre indicazioni su base oggettiva da proporre ai decisori politici al fine di garantire attivazione specifica e quanto più possibile aderente alle esigenze di prevenzione di breve, medio e lungo termine.

Ciò consentirà di verificare come e se l'alcol possa aver rappresentato la sostanza psicoattiva di riferimento, di facile e legale disponibilità rispetto all'esigenza di allentare tensioni da ansia, insonnia, noia, repressione. E non è possibile escludere che il periodo di crisi da disoccupazione forzata per milioni di persone (tra le quali molti giovani, mortificati nelle prospettive e vessati da datori di lavoro che, pur avendo richiesto la cassa integrazione per i propri dipendenti, li richiama al lavoro obbligandoli a lavorare pagandoli al nero) e altre situazioni dettate da dinamiche lavorative e affettive, legate alla separazione tra persone bloccate in regioni differenti, oltre a ulteriori situazioni percepite come ingiustizie o comunque anelanti il sollievo da una sofferenza, possano aver trovato canalizzazione nell'uso dapprima euforizzante e poi depressivo ed estraniante della droga più diffusa ed usata al mondo. Ovvero, l'alcol.

In pubblicazioni recenti è stato sottolineato da gruppi di ricercatori internazionale costituiti *ad hoc* al fine di colmare il *gap* di conoscenza delle relazioni intercorrenti tra epidemia da Coronavirus, consumi alcolici e rischi correlati che fino a oggi, poco risulta noto in merito all'impatto delle crisi di salute pubblica sul consumo di alcol, con solo pochi studi condotti durante l'epidemia di SARS all'inizio degli anni 2000 ; in tale occasione le indagini relative alla pandemia di SARS fecero

registrare un aumento del consumo di alcol dopo un anno dalla sua conclusione e un aumento verificato del rischio di disturbi dell'uso di alcol (DUA) in gruppi particolarmente colpiti, come ad esempio tra i dipendenti degli ospedali nei tre anni successivi al focolaio di SARS del 2003. Altre evidenze hanno riportato aumenti tangibili del disagio psicologico dovuto all'incertezza, all'isolamento sociale e al disagio psicosociale come potenziali meccanismi che hanno portato a cambiamenti nel consumo di alcol che sono stati segnalati anche dopo il verificarsi di catastrofi naturali e gli attacchi terroristici dell'11 settembre negli Stati Uniti. Tuttavia, quando si arriva a considerare anche le crisi economiche, che hanno effetti tangibili e misurabili sulla salute pubblica è stato osservato da un lato che la disoccupazione e le riduzioni del reddito possono comportare una riduzione dell'accessibilità economica dell'alcol e quindi una riduzione del consumo di alcol, dall'altro che una riduzione di pochi euro d'investimento nel welfare ha importanti influenze sull'incremento della mortalità e morbilità alcolcorrelata.

Dati preliminari sugli effetti della pandemia Covid-19 in Europa lasciano prevedere una sicura e devastante crisi economico-finanziaria che già oggi sta colpendo ampie fasce di popolazione, in particolare quelle giovanili già penalizzate da decenni di politiche miopi che non hanno mai privilegiato l'occupazione giovanile come risorsa e motore di un futuro sostenibile della Nazione. Anche quelli con un lavoro sono stati posti in cassa integrazione dalla quale non si sa come potranno riemergere al termine della pandemia se ancora occupati o se nuove vittime della crisi internazionale che comincia a far vedere i suoi effetti. La crescita economica in Europa basata sul prodotto interno lordo (PIL) è diminuita in media del 6,7% nel 2020 rispetto all'anno precedente. In Germania, il numero di persone che hanno presentato domanda di sostegno finanziario da parte del governo ad aprile è aumentato del 25% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente; in Spagna, il tasso di disoccupazione nel 2020 è aumentato di circa il 50%, mentre in Polonia il tasso di disoccupazione è aumentato di un fattore tre rispetto all'anno precedente.

In Italia la situazione di disagio sociale è ancor più esacerbata dalle dinamiche di negligenza amministrativa, peggiore forse persino di quella di gestione complessiva dell'epidemia, connotata da ritardi nei sussidi programmati e da rilevanti decurtazioni dei salari già tra i più bassi d'Europa. E persino la mancata *preparedness* e *readiness* a rispondere con adeguatezza e congruità all'epidemia, come rivelato dall'affanno organizzativo e dalle procedure che anche l'OMS ha rilevato sostanzialmente carenti nella articolazione richiesta e non adottata di testare, isolare, tracciare annunciata per la Fase 2 ma nei fatti ancora una volta non sostanziata da alcuna iniziativa concreta si riflette in un'insicurezza sociale e in un disagio che oltre che fisico, da isolamento, diventa psichico e mentale sostenuto dalle negative dinamiche economiche; in un sondaggio online condotto in Germania il 28 % dei partecipanti ha dichiarato di aver perso entrate a causa della pandemia di SARS-CoV-2, proporzione che sale al 33 % nel Regno Unito del dopo *Brexit*.

Complessivamente, è ipotizzabile che a causa della minore accessibilità e disponibilità, il consumo complessivo di alcol possa diminuire, ma che, a fronte della redistribuzione dei consumi dannosi e a rischio, nuovi e già in atto, le persone che soffrono di difficoltà emergenti complessivamente da un'epidemia SARS-CoV-2 che non vedrà la fine prima di un raggiungimento di livelli adeguati di copertura anticorpale nella popolazione e che può richiedere anni in assenza di un vaccino, avranno maggiori probabilità di aumentare il loro uso rispetto a coloro che non sono in difficoltà. Il problema sanitario legato al mondo delle dipendenze e di quello dei disturbi o disordini da uso di alcol, anche caratterizzato da una più accentuata comorbidità per altre condizioni connesse (tabagismo, *gambling*, *gaming*, *betting*, *internet addiction*, disturbi dell'alimentazione, uso inadeguato di psicofarmaci, cannabis, droghe illegali ecc.) è evidente e sottovalutato in termini di esigenza di riorganizzazione del sistema di identificazione precoce, diagnosi, intervento, riabilitazione e reinserimento sociale e familiare.

Già oggi molto del disagio sociale, oltre alle abitudini già note come dannose e a maggior rischio di alcoldipendenza, ha trovato canalizzazione nell'uso dell'alcol, della sostanza psicoattiva più diffusa e disponibile, di facile reperimento, economicamente sostenibile anche per i meno abbienti.

I servizi di alcologia, quelli territoriali per le dipendenze e i gruppi di lavoro delle strutture di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale già non avevano la capacità di intercettare più del 9 % dell'intera e ampia platea di consumatori dannosi *in need for treatment* pari a circa 800.000 pazienti mai giunti a osservazione clinica prima del Coronavirus; oggi, che è stimabile che sia aumentata considerevolmente la numerosità di quanti richiederanno il ricorso ai servizi sanitari specialistici e di settore, assolutamente insufficienti a far fronte alla marea di richiesta d'intervento in funzione della sproporzionata incidenza di nuovi casi che si sommano alla gestione di quelli posti in stand-by nel periodo di lockdown (si pensi agli affidi nei SERD e/o al mancato ingaggio periodico degli alcolodipendenti in trattamento) è facilmente immaginabile che una vera e propria rivoluzione delle modalità di prevenzione, diagnosi e cura deve trovare immediata accoglienza in tutte le strutture alcologiche del SSN in Italia.

Sono da prevedere nuove e mai attivate modalità di consulenza / consultazione/ *counselling online* , privilegiando la telemedicina e le soluzioni digitali che hanno già dimostrato di riuscire a conseguire risultati positivi per la riduzione dell'uso di alcol e dei sintomi depressivi, una maggiore qualità della vita, la soddisfazione del paziente e la diminuzione dei costi. Interventi basati sull'uso di *smartphone* emergono come strumenti per aiutare professionisti e pazienti a prendere decisioni condivise mantenendo e rafforzando il legame medico-paziente e l'efficacia della cura pur attraverso un intervento professionale sanitario reso attivo anche attraverso applicazioni *web-assisted* nella piena disponibilità a casa del paziente, un'alternativa al trattamento ospedaliero che ha già dimostrato una riduzione delle ricoveri, un miglioramento della soddisfazione del paziente, una riduzione del ricorso e della durata della degenza in ospedale e con riduzione nella mortalità

per molte condizioni mediche che è noto siano causa di incrementato rischio di decesso per l'alcoldipendente.

Il *case management* deve essere fortemente organizzato e implementato al fine di garantire la gestione ottimale di un numero elevato di pazienti con disturbi del consumo di alcol e comorbidità multiple richiedenti il trattamento multidisciplinare nel pieno rispetto di ruoli e competenze e nel riconoscimento dell'alcolologia come area d'intervento dotata di dignità autonoma rispetto alle dipendenze da sostanze e dalla salute mentale, sicuramente de-psichiatrizzante, destigmatizzante, richiedente uno spettro d'intervento che per le droghe illegali è improponibile, facilitando il trattamento delle condizioni sottostanti in molte aree come i reparti di emergenza, le unità epatologiche o nell'ottica di un approccio di trattamento integrale.

Se l'astinenza è l'obiettivo più desiderabile dal punto di vista della salute, è noto che in molte circostanze non appare realistica principalmente in funzione, ad esempio, della gravità della malattia o di scelte personali difficilmente gestibili o modificabili stabilmente verso la completa sobrietà. In regimi di *lockdown* la riduzione del danno può essere utile per ridurre la mortalità e la morbilità attraverso cambiamenti nei comportamenti rischiosi o la riduzione sul consumo di alcol ma anche di altre droghe. Nel periodo di pandemia la pratica già nota come *Housing First* è una buona pratica per le persone senza fissa dimora, anche in presenza di disturbi mentali co-morbili rispetto all'alcoldipendenza che si concentrano sulla fornitura di una casa stabile senza richiedere l'astinenza preventiva. Questo approccio riduce il rischio di nomadismo dei senzatetto, percepiti come "mine vaganti" per la collettività e vero problema in termini di sicurezza e contrasto al contagio di ambienti pubblici e di trasporto ad elevata frequentazione (si pensi alle zone limitrofe alle stazioni ferroviarie delle grandi città), valorizzando l'utilizzo del servizio sanitario attraverso approcci dimostratisi già efficienti nelle realtà in cui sono stati utilizzati durante la crisi Covid-19 per garantire il confinamento di questo sensibilissimo e vulnerabilissimo target di popolazione.

Linee guida, prassi, procedure, riorganizzazione delle strutture del Servizio Sanitario nazionale rese omogenee sull'intero territorio nazionale sono urgenti e inderogabili al fine di assicurare un'assistenza incentrata sulla persona, dando voce all'esigenza di *empowerment* che è segno di attenzione e sensibilità per la malattia mentale meno trattata al mondo, l'alcoldipendenza, le cui conseguenze negative costano decine di miliardi l'anno alla società e si estendono oltre la persona a ricomprendere un ampio spettro di condizioni legati al danno sociale causato dall'alcol riconoscibile nell'incidentalità stradale, nella violenza verso cose e persone, nei maltrattamenti ai minori e al coniuge, negli atti di criminalità agiti sotto l'influenza dell'alcol, fattore di rischio e principale cause di morbilità, mortalità evitabile, malattia cronica di lunga durata, disabilità completamente evitabili a fronte di un rinnovamento culturale dell'approccio non solo sanitario di intervento, quello in cui ogni società civile ripone legittime attese di immediata applicazione.