



ALCOL

**Impatto sanitario e sociale, evidenze epidemiologiche
Elementi di prevenzione e norme etiche e sociali di contrasto
al consumo a rischio, al binge drinking e all'alcoldipendenza**

Emanuele Scafato

**Presidente SIA, Società Italiana di ALCOLOGIA
Vice Presidente EUFAS Federazione EUROPEA delle Società
Scientifiche sulle DIPENDENZE**

**Direttore Centro Coll. OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e
problemi alcol correlati
Direttore Osservatorio Nazionale Alcol
Direttore Rep. Salute della Popolazione e suoi Determinanti
Centro Nazionale di Epidemiologia-CNESPS, Ist. Istituto Superiore di Sanità**

**Rappresentante governativo Working Group Alcohol and Health
Rappresentante governativo Committee on National Alcohol Policy and Action,
DGSanco, Commissione Europea, Lussemburgo e Bruxelles**

**Rappresentante governativo Forum Alcohol and Health
DG Sanco, Commissione Europea, Bruxelles**

OMS National Counterpart EAAP and Alcohol Policy

Membro Consulta Nazionale Alcol e Membro Consulta Tossicodipendenze



Convegno

PROGETTO AMPHORA E POLITICHE EUROPEE DI PREVENZIONE ALCOLOGICA
NELLA CULTURA MEDITERRANEA E IN ITALIA

Firenze | 6 Dicembre 2013

Salone dei Cinquecento | Palazzo Vecchio | Firenze



Dichiarazione conflitto di interessi

Osservatorio
Nazionale Alcol
1
CNESPS – ISS

Dichiaro di non avere alcun coinvolgimento o interesse che possa far sorgere il problema di una distorsione nella presentazione, nel lavoro, nelle conclusioni o nelle opinioni espresse nella mia presentazione.

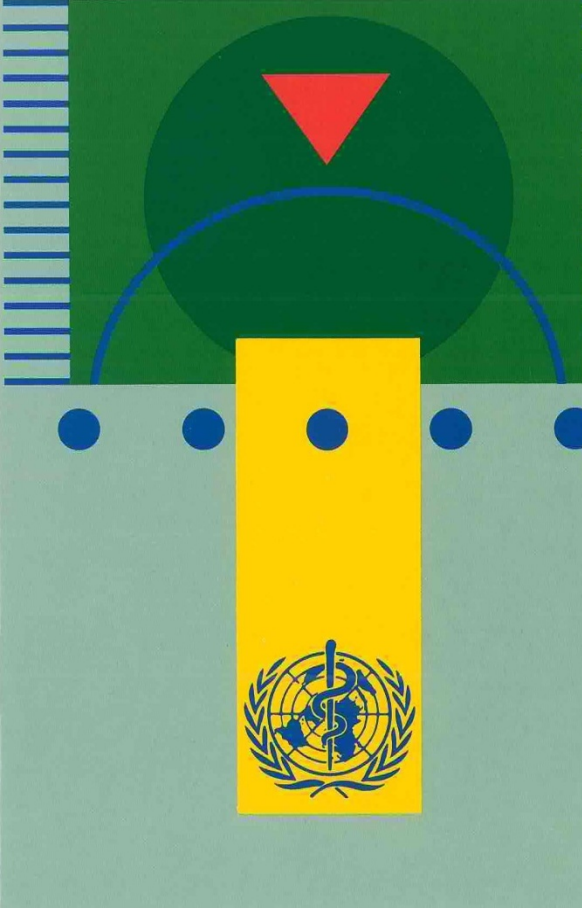
Non presto e non ho prestato consulenza o utilizzato risorse finanziarie direttamente o indirettamente riconducibili a soggetti che possano far configurare o ingenerare il sospetto di una possibile influenza nelle valutazioni professionali espresse in funzione di interessi commerciali connessi ai settori della produzione, del marketing della vendita e distribuzione di alcol.



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

The European Alcohol Action plan 1992 - 1999

EUROPEAN ALCOHOL ACTION PLAN



*Alcohol – less
is better*

WHO Regional Publications, European Series, No.70

European Charter on Alcohol
ADOPTED AT THE
 EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH, SOCIETY AND ALCOHOL
 PARIS, 12-14 DECEMBER 1995

Charte européenne sur la consommation d'alcool
ADOPTÉE LORS DE LA
 CONFÉRENCE EUROPÉENNE « SANTÉ, SOCIÉTÉ ET ALCOOL »
 PARIS, 12-14 DÉCEMBRE 1995

Europäische Charta Alkohol
VERABSCHIEDET VON DER
 EUROPAKONFERENZ GESUNDHEIT, GESELLSCHAFT UND ALKOHOL
 PARIS, 12.-14. DEZEMBER 1995

Европейская Хартия по алкоголю
принятая на
 Европейской конференции "Здоровье, общество и алкоголь"
 Париж, 12-14 декабря 1995 г.

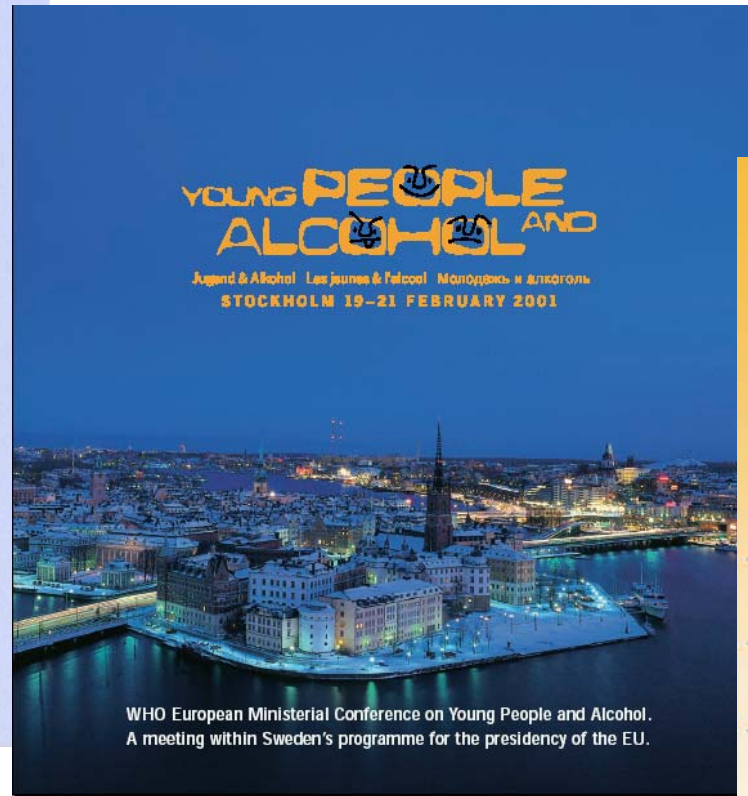
EUROPE

The European Alcohol Action plan 2000 - 2005



EUROPEAN
ALCOHOL
ACTION
PLAN

2000 - 2005



WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol.
A meeting within Sweden's programme for the presidency of the EU.



Framework for Alcohol Policy 2006-2010

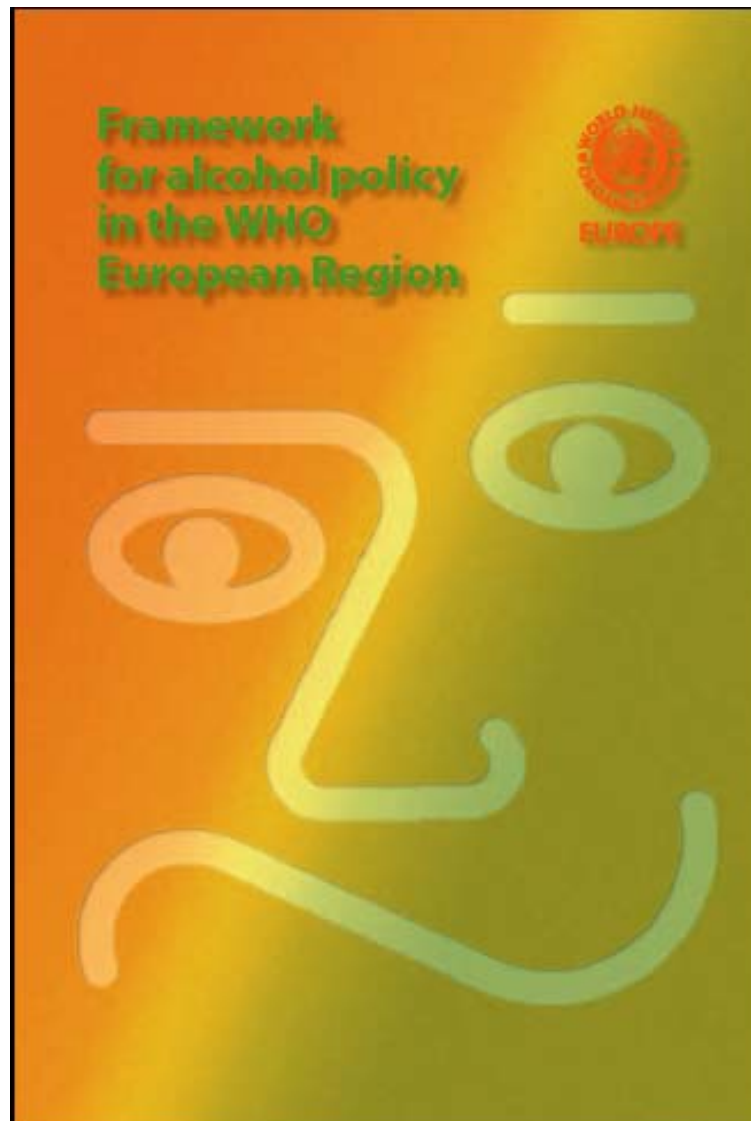
Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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



Società Italiana di Alcolologia (SIA)





Osservatorio Nazionale Alcol
1
CNESPS – ISS



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



[2007/2005\(INI\)Document stages in plenaryDocument selected : A6-0303/2007](#) [Texts tabled : P6_TA\(2007\)0377](#)

Texts adopted Wednesday, 5 September 2007 - Strasbourg Final edition Reducing alcohol-related harm P6_TA(2007)0377 [A6-0303/2007](#)

European Parliament resolution of 5 September 2007 on an European Union strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm ([2007/2005\(INI\)](#))



COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES

Brussels, 24.10.2006
COM(2006) 625 final

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL, THE
EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL
COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS

An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm

{SEC(2006) 1358}
{SEC(2006) 1360}
{SEC(2006) 1411}

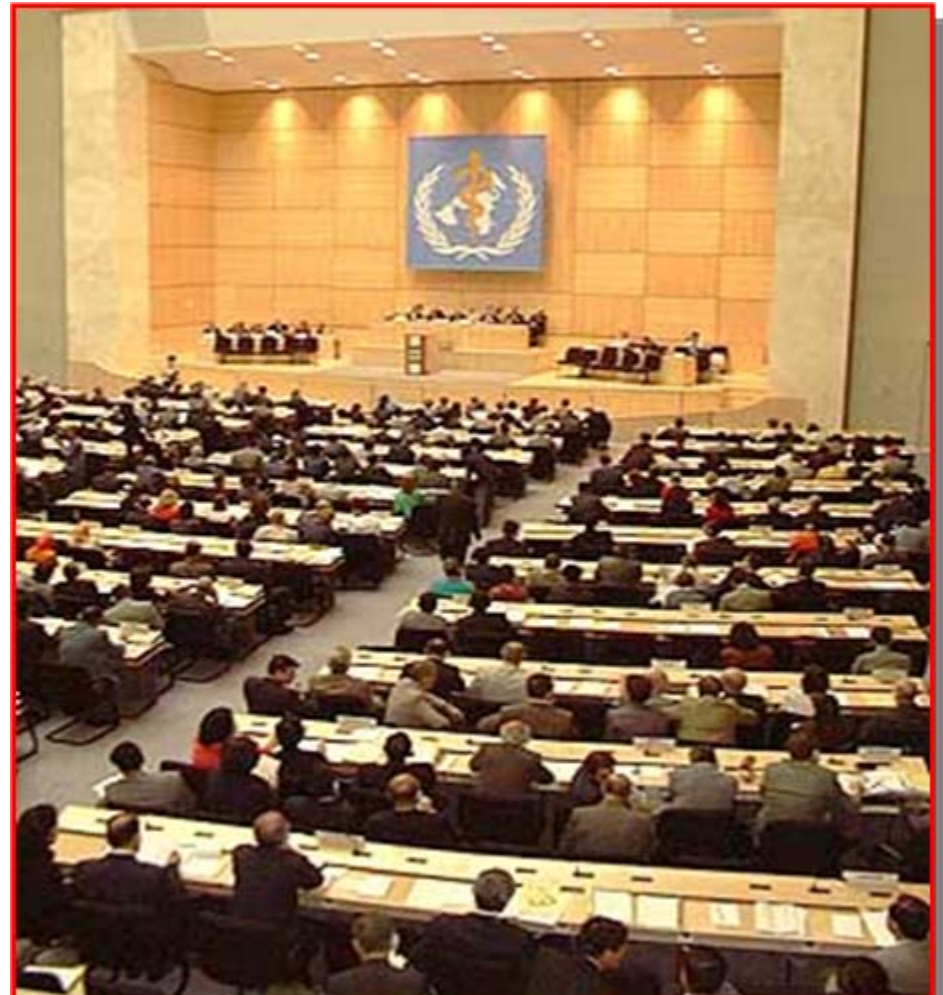
2007 EU Alcohol Strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm

Five priority areas

- 1) protect young people, children and the unborn child (restrictions on availability, special taxation)
- 2) reduce injuries and deaths from drink-driving
- 3) prevent alcohol-related harm among adults
- 4) raise awareness on the impact of alcohol
- 5) develop and maintain a common evidence base

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





Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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

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.



Global strategy to
reduce the harmful
use of alcohol



Regional Committee for Europe
Sixty-first session

EUR/RC61/13
+ EUR/RC61/Conf.Doc/6

Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011

15 June 2011

Provisional agenda item 6(d)

111372

ORIGINAL: ENGLISH

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020

This document contains the action plan for implementation of the European and global alcohol strategies. It has been developed through a consultative process with a core editorial board and a larger editorial group; a first consultation with Member States took place in Geneva, Switzerland on 9–10 February 2010 and a second consultation took place during a meeting with Member States in Zurich, Switzerland on 4–5 May 2011.

The action plan is submitted to the Regional Committee for discussion and potential endorsement. To that end, a draft resolution is attached for the Committee's consideration.



Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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

ALCOHOL POLICIES. I “MIGLIORI AFFARI”

Sia il Forum Economico Mondiale che l’Organizzazione Mondiale della Sanità nella sintesi congiunta sulle malattie non trasmissibili, redatta durante l’High Level Meeting del 2011 delle Nazioni Unite, hanno concluso che il primo dei tre “migliori affari” per ridurre i danni alcol-correlati è quello di **renderli più costosi**, insieme a riduzione della disponibilità e a controllo rigoroso della pubblicità da adottare sino al divieto

Aumento dei prezzi, riduzione della disponibilità e divieto di pubblicità : i “best buys” delle Alcohol policy (WHO, 2011)

Risk factor (DALYs, in millions; % global burden) ^a	Interventions / actions (* core set of 'best buys', others are 'good buys')	Avoidable burden (DALYs averted, millions)	Cost-effectiveness ^b (US\$ per DALY prevented) [Very = < GDP per person; Quite = < 3* GDP per person Less = >3* GDP per person]	Implementation cost (US\$ per capita) [Very low = < US\$0.50; Quite low = < US\$ 1 Higher = > US\$ 1]	Feasibility (health system constraints)
Alcohol use (> 50m DALYs; 4.5% global burden)	Restrict access to retailed alcohol *	Combined effect: 5-10 m DALYs averted	Very cost-effective	Very low cost	Highly feasible
	Enforce bans on alcohol advertising *				
	Raise taxes on alcohol *	(10-20% alcohol burden)	Quite cost-effective	Quite low cost	Intersectoral action
	Enforce drink driving laws (breath-testing)	Feasible in primary care			
	Offer counselling to drinkers				

Alcohol policy – what works?

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

Recommended ten target areas for policy measures and interventions

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



Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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



LEGGE 125/2001. Legge “quadro” alcol

■ **Art. 2. (Finalità)**

La presente legge:

a) tutela il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;





ALCOL :

tossico, cancerogeno, psicotropo, induttore di dipendenza, calorico e anti-nutriente



L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute ed il benessere degli individui.

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e, analogamente ad altre sostanze illegali, può indurre dipendenza; i giovani (al di sotto dei 16 anni di età), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche dell'uomo adulto, a causa di una ridotta capacità del loro organismo di metabolizzare l'alcol.



THE ITALIAN JOURNAL ON ADDICTION



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Frontpage Chi siamo Archivio Contatti

In collaborazione con



Ministero della Salute



UNICRI
United Nations
International Centre and Justice
Research Institute



Società Italiana
di Neuroscienze

Forum

Alcol: la nuova addiction
Emanuele Scafato



L'alcol è il terzo fattore di rischio per morti premature e disabilità nel mondo, il secondo in Europa, che si contraddistingue come l'area con i più rilevanti cambiamenti nei modelli di consumo alcolico rispetto agli stili e modelli tradizionali e il più elevato impatto registrato su scala mondiale in termini di disabilità, mortalità prematura e malattia. La risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), adottata all'unanimità da 193 Stati Membri nel maggio 2011 lancia la strategia globale sull'alcol e condivide la necessità e l'urgenza di una azione e di una articolata strategia di prevenzione. L'OMS stima che il 3,8 per cento di tutte le morti sono attribuibili all'alcol; in Europa le prevalenze raddoppiano essendo la Regione Europea quella con il maggior consumo pro capite del pianeta.

È sempre più evidente l'impatto su patologie importanti come il cancro, le patologie vascolari, quelle epatiche. Le ricadute nei giovani, invece, si fanno sentire soprattutto relativamente a incidenti stradali ma, sempre più spesso, anche a violenza e criminalità agite sotto l'influenza dell'alcol. In maniera singolare, osservata attraverso la lente del danno sociale, l'alcol è la sostanza psicoattiva di maggiore impatto, addirittura maggiore, di tutte le droghe illegali. E' una valutazione non così scontata ma, verosimilmente, molto realistica tenuto conto dei bassi livelli collettivi di percezione e consapevolezza sugli effetti negativi esercitati dall'alcol come fattore determinante nelle separazioni, nelle problematiche lavorative con la perdita della sicurezza economica e del lavoro, nella violenza intrafamiliare, nel maltrattamento ai minori, negli atti di teppismo e vandalismo nei contesti di aggregazione.

IJA
ORGANO UFFICIALE
DI INFORMAZIONE SCIENTIFICA DI

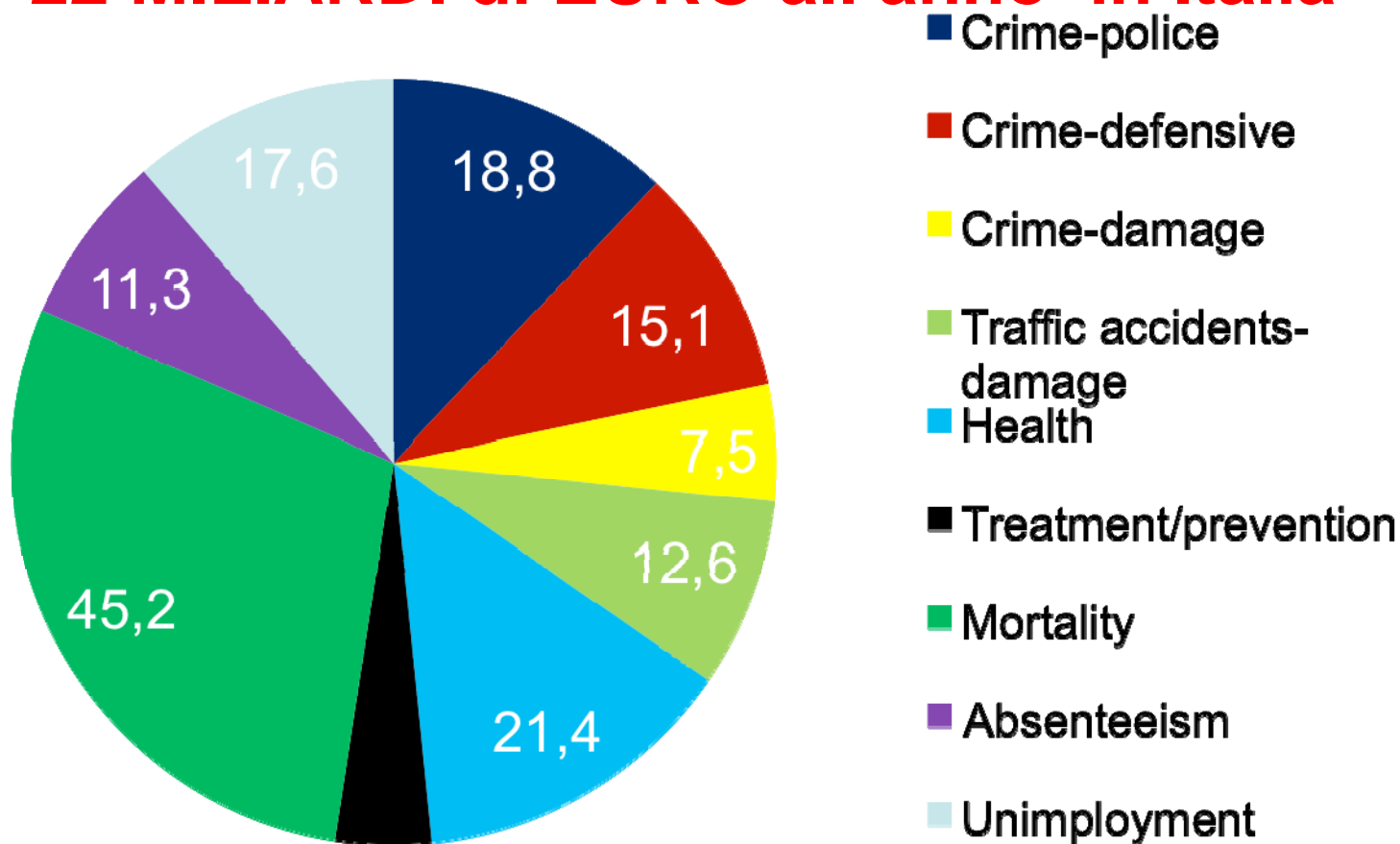
THE
ITALIAN SCIENTIFIC
COMMUNITY
ON ADDICTION

INTERVISTA
ALLA PROF. S.SA
NORA VOLKOW
NIDA
NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE

Costi dell'ALCOL – 1.3% del PIL (EU)

155.8 miliardi euro nel 2010

22 MILIARDI di EURO all'anno in Italia





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

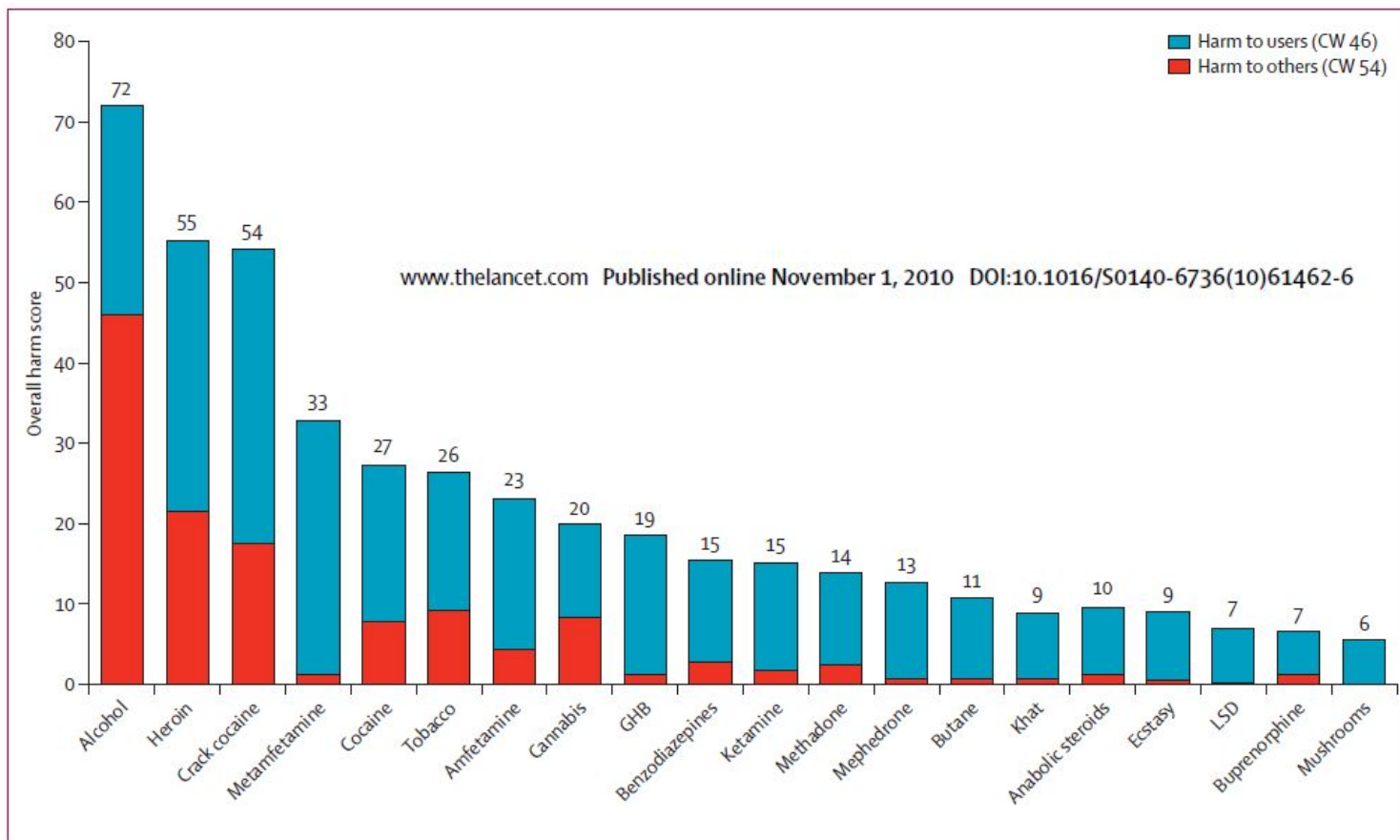


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others
The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 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**



DANNI, LESIONI, INCIDENTI a danno di terzi :

Incidenti stradali, **violenza**, violenza domestica, danni al feto, **trasmissione di virus**, danni al patrimonio

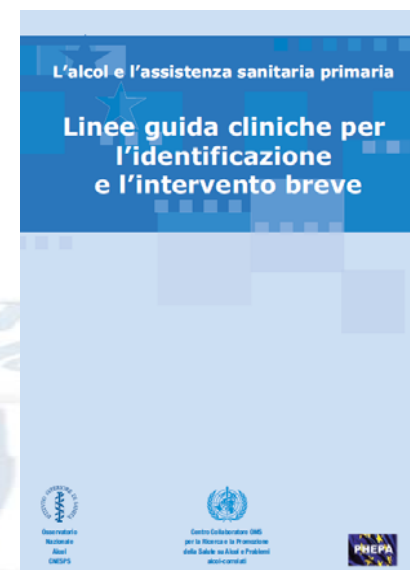
PROBLEMI FAMILIARI : divorzi, separazioni, perdita della sicurezza economica e del benessere familiare, maltrattamento dei minori, perdita del lavoro

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

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.

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

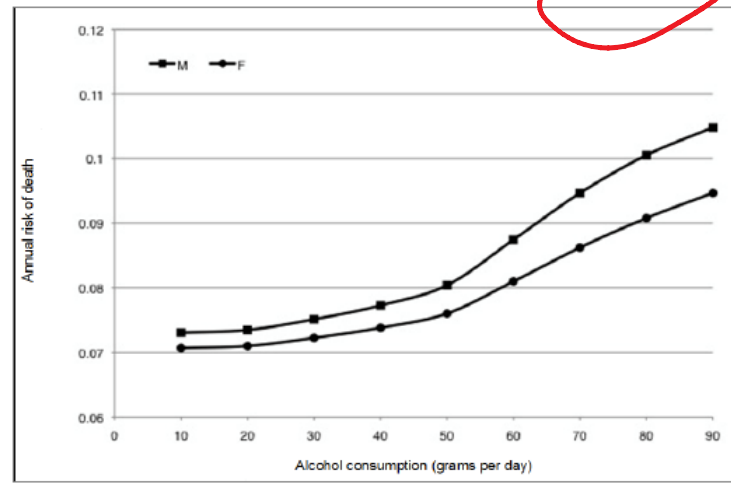
Acknowledgements

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 Veterinäruntersuchungsamt 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.

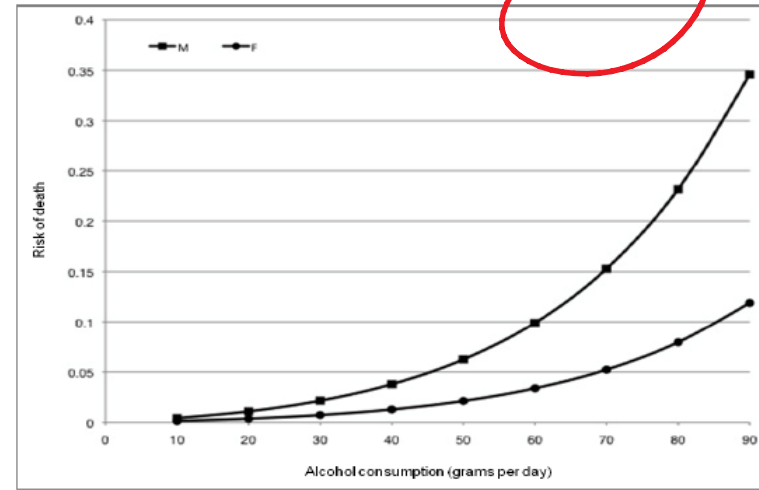


Fig. 1. Absolute annual risk of death from alcohol-related diseases^a

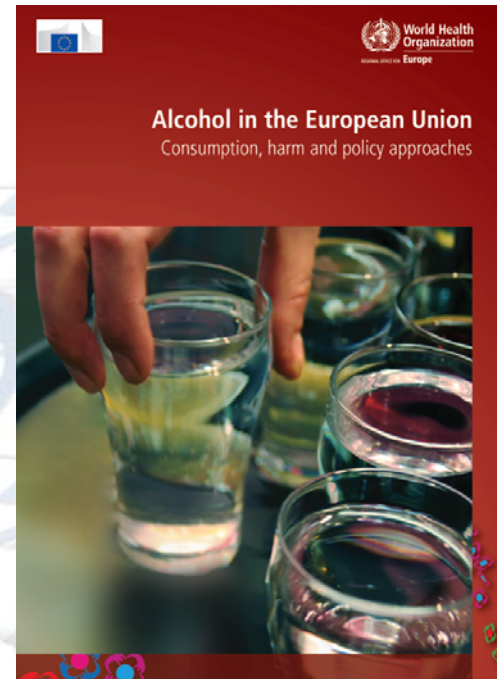


^a Absolute annual risk of death from alcohol dependence, liver cirrhosis and alcohol-related cancers and cardiovascular diseases, net of protective effects, from drinking a certain average amount of alcohol daily from 10 g alcohol/day to 90 g/day, age-standardized for adults aged over 15 years for the WHO European Region (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, personal information).

Fig. 2. Life-time risk of death from alcohol-related injuries^a

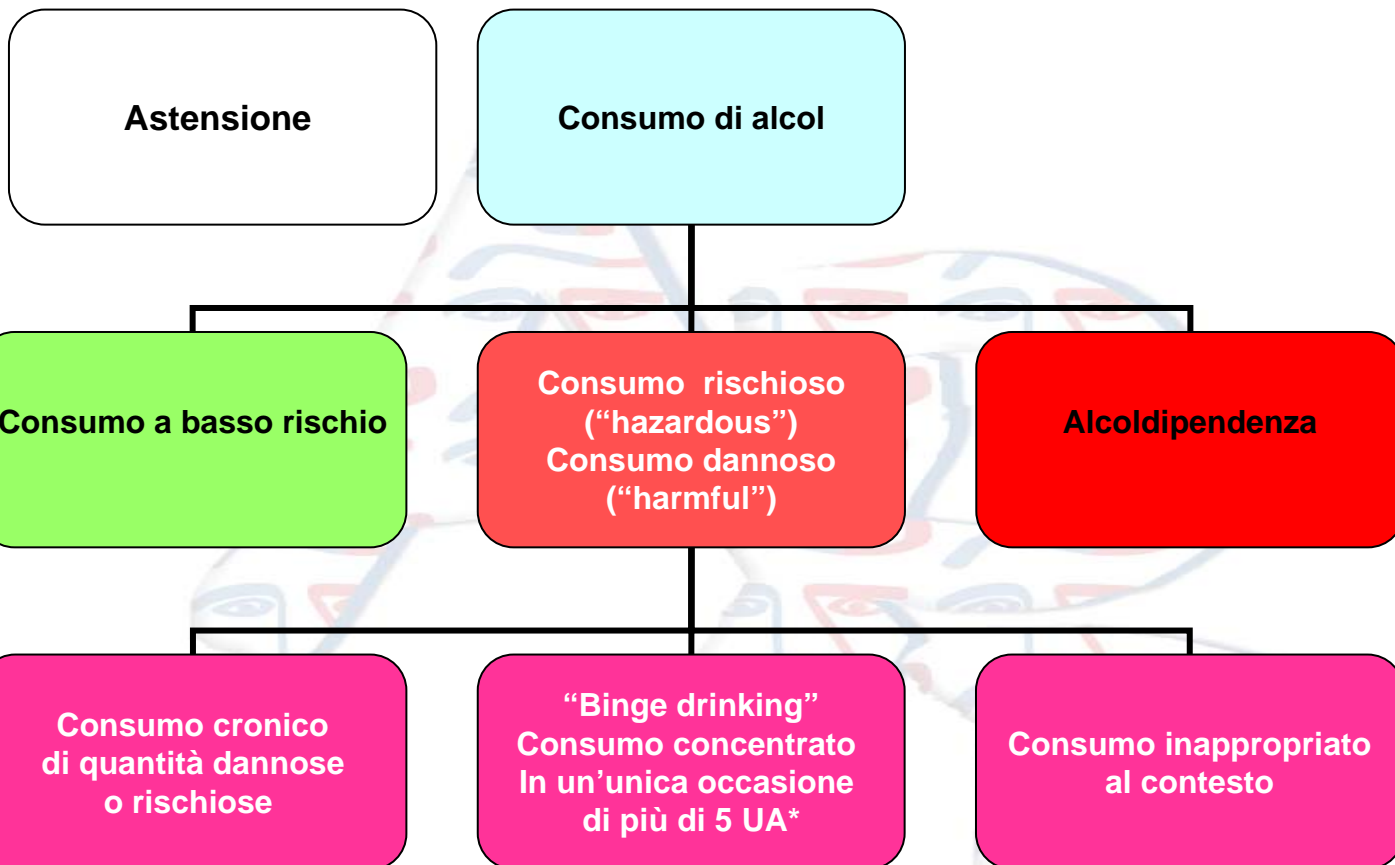


^a Absolute lifetime risk of death from alcohol-related intentional and unintentional injuries from drinking a certain average amount of alcohol daily from 10 g alcohol/day to 90 g/day, age-standardized for adults aged over 15 years for the WHO European Region (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, personal information).





Pattern di consumo di alcol



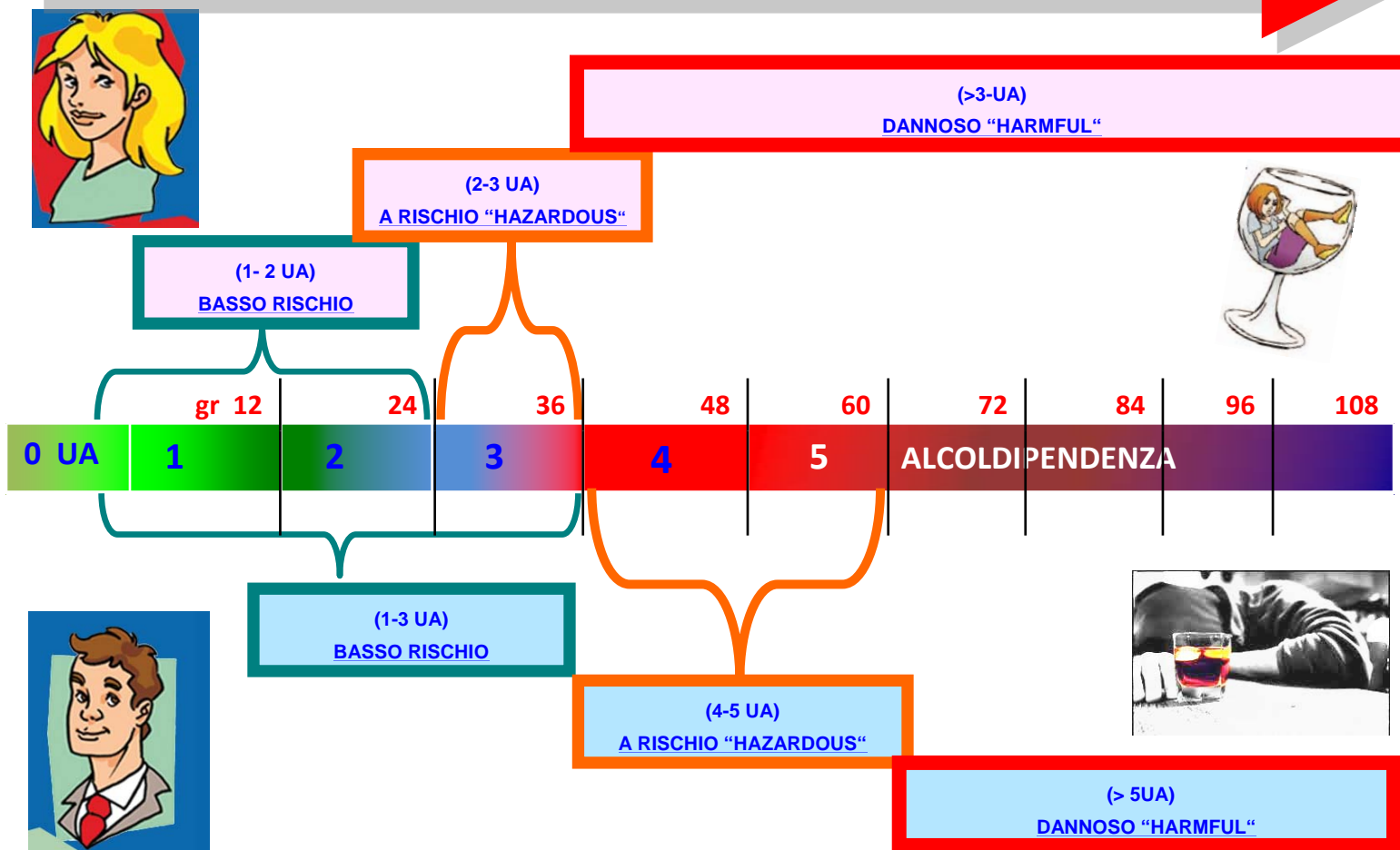
*6 in Italia



Livelli crescenti di consumo, livelli crescenti di rischio

Rischio come *continuum*

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



Livelli crescenti di rischio, livelli variabili di intervento

Rischio come *continuum*

M < 40g/die (< 3 UA)

F < 20 g/die (< 2 UA)

BASSO RISCHIO

Medio RISCHIO

M = 40-50g /die (4-5 UA)

F = 20-30g /die (2-3 UA)

A RISCHIO „HAZARDOUS“

M > 50g /die (> 5 UA)

F > 30g /die (> 3 UA)

DANNOSO „HARMFUL“

M > 60g /die (> 6 UA)

F > 40g /die (> 4 UA)

ALTO RISCHIO

“HEAVY DRINKERS”

Categorie
di INTERESSE CLINICO oltre
che Epidemiologico

La categoria di consumo di ALCOL QUOTIDIANO > 60 gr e > 40 gr è usata convenzionalmente **A LIVELLO INTERNAZIONALE** per stimare il numero di alcol dipendenti.

In questa categoria di consumo è massima la probabilità di una diagnosi suggestiva per alcol dipendenza

ALCOLDIPENDENZA

CONSUMATORI A RISCHIO –ITALIA

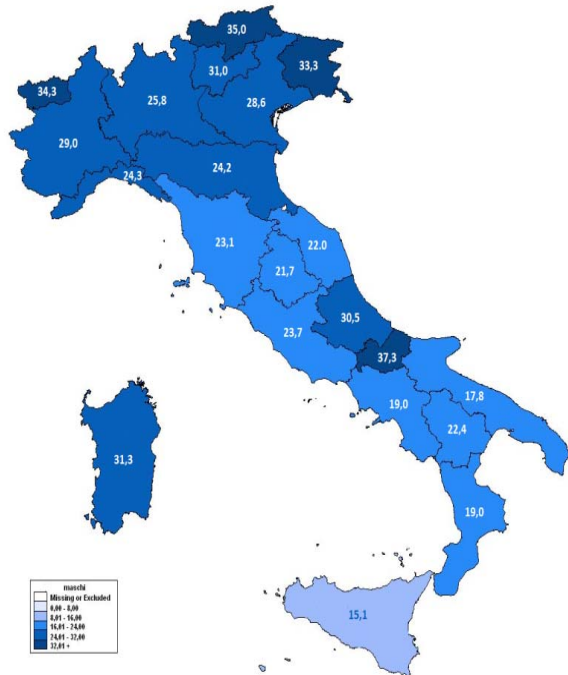
Prevalenze per Regioni (ISS-ISTAT)



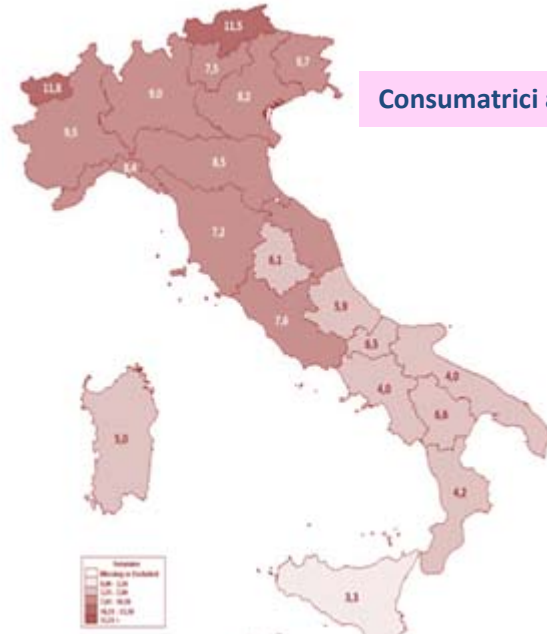
Scienze Salute e Ambiente
 80th Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia
Alcolologia oggi
 dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



Consumatori a rischio (%) per Regione



Consumatrici a rischio (%) per Regione



L'abuso di alcol: i comportamenti a rischio

Comportamento	Femmine (%)	Maschi (%)
Almeno un comportamento a rischio	6,4	21,7
Giornaliero non moderato	3,2	12,2
Binge drinking	3,1	11,1

7.000.000
4.000.000
750.000

Comportamenti a rischio: 7 milioni e 464 mila persone di 11 anni e più con almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol (13,8%); In particolare:
 - Circa 4 milioni di persone con consumo giornaliero non moderato (7,5%).
 - 3 milioni 750 mila persone di 11 anni e più coinvolte nel binge drinking (6,9%).

Comportamenti a rischio diffusi si osservano tra:
 - Anziani di 65 anni e più: il 40,7% degli uomini; l'10,1% delle donne;
 - Giovani di 18-24 anni: il 21,0% dei maschi e il 9,5% delle femmine;
 - Adolescenti di 11-17 anni: il 12,4% dei maschi e l'8,4% delle femmine.

E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA



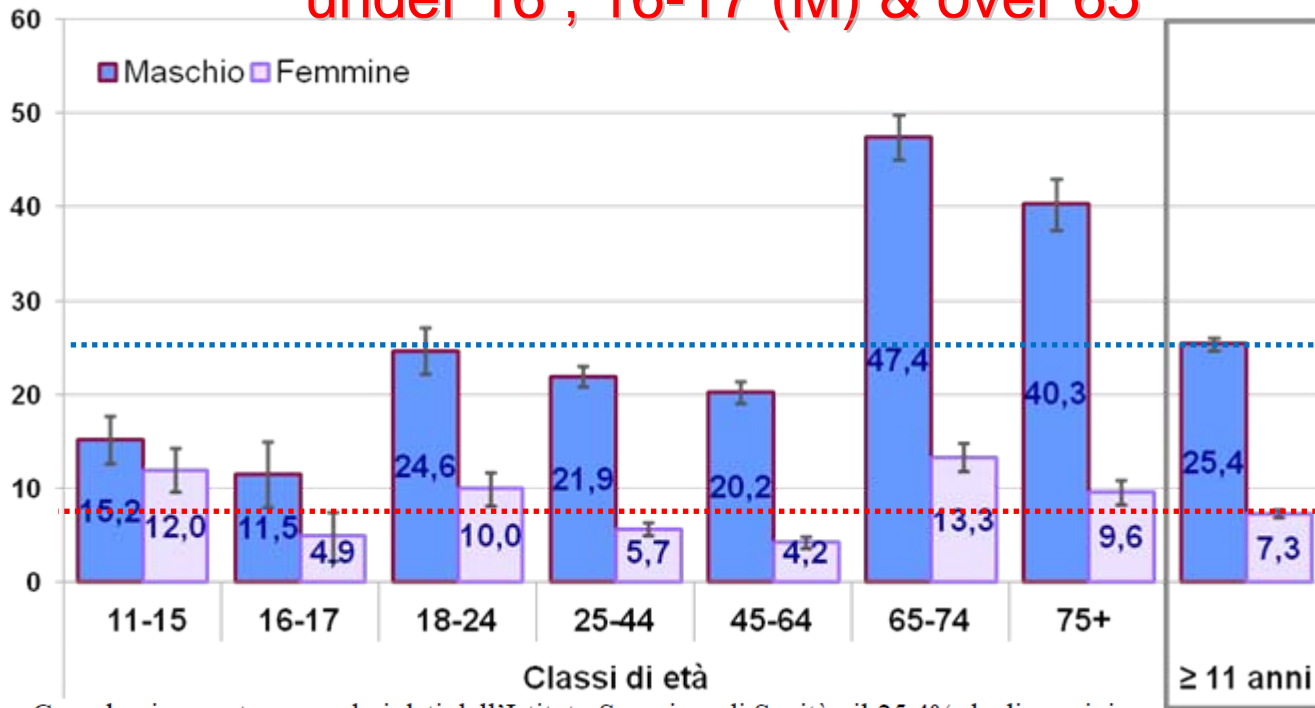
Osservatorio Nazionale Alcol
1
CNESPS - ISS



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



Più di 8 milioni di consumatori a rischio Superiori alla media le frequenze di under 16 , 16-17 (M) & over 65



Complessivamente, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, il 25,4% degli uomini ed il 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, circa 8.600.000 persone, consumano alcolici senza rispettare le indicazioni di consumo delle agenzie di sanità pubblica, esponendosi a rischi alcolcorrelati. Tale quadro appare ancora più preoccupante se si considera che nei consumatori di bevande alcoliche sono presenti più frequentemente che nei non consumatori comportamenti o abitudini che possono aggravare il rischio connesso all'uso di alcol quali l'uso quotidiano dell'automobile o l'abitudine al fumo.

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della Relazione al Parlamento 2011





ELABORAZIONE CULTURALE DEL RISCHIO (.....)



**SUPER
HAPPY
HOUR**

5 euro
per il 1° Drink
mentre il 2° è...

GRATIS
Tutti i giorni 21:30/22:30

HAPPY HOURS

OPEN BAR

SABATO 20 MARZO 2010 ORE 23

**TOGA PARTY
OPEN BAR**

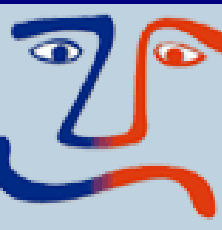
DRINK AS MUCH AS YOU CAN

OPEN BAR
ALL YOU CAN DRINK

15

ALL YOU CAN DRINK





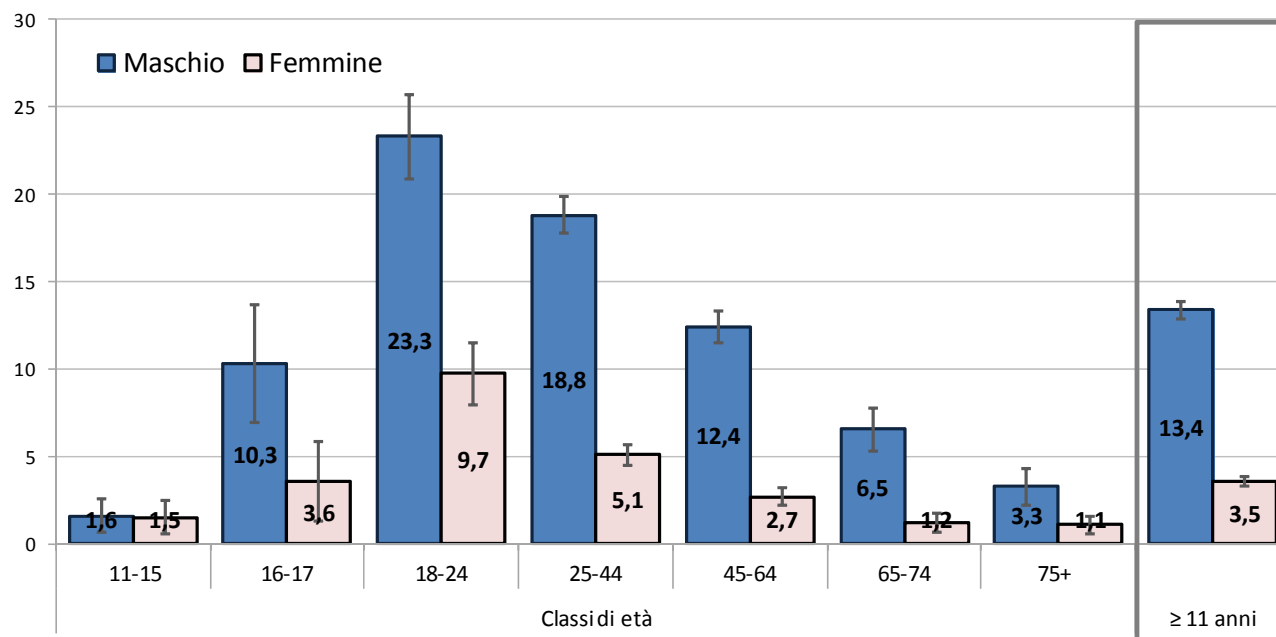
RELAZIONE ALCOL-PERSONA

Modalità di interpretazione problematica del bere

**NON CONSUMO MA
USO DELL'ALCOL**

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

Prevalenza di binge drinkers per genere e classi d'età (%), Italia 2010



- Il fenomeno del *binge drinking* non è esclusivo dei giovani-adulti
- Si stima che nel 2010 circa **4.400.000 persone (>11anni)** hanno praticato il *binge drinking* e di questi oltre 130.000 sono i minorenni (11-17 anni) che risultano bere secondo modalità di consumo episodico eccessivo esitante in verificati deficit cognitivi di memoria e di orientamento oltre che di scarso rendimento scolastico.



Rapporti
ISTISAN
12/3



Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia

Ministero dell'Università Nazionale Arcispedale
all'ospedale del Poma - Regione Emilia e Sicilia



La mortalità alcolcorrelata in ITALIA

18.000 decessi l'anno



Le patologie per le quali si registrano “risparmi” in termini di decessi alcol-correlati risultano il **diabete mellito, le malattie ischemiche del cuore, la colelitiasi, emorragia cerebrale e ictus ischemico (ma solo per le donne), con un numero di decessi complessivamente risparmiati pari a circa 4.460 per gli uomini e 2.740 per le donne.**



Pur con tali risparmi l'impatto dell'alcol sulla mortalità al netto dei “guadagni” derivanti dai considerati effetti protettivi l'alcol causa **circa 18.000 decessi l'anno a cui sono da sommare quelli degli individui al di sotto dei 15 anni** qui non ricompresi, per esigenze di applicazione di un metodo che consenta la comparazione internazionale

L'alcol in Italia causa almeno 18.000 morti l'anno

Tab. 9 - FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA (AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10- 2008*

	≥16 anni			
	Decessi alcol-attribuibili		Frazioni alcol-attribuibili (%) ^a	
	M	F	M	F
Malattie totalmente alcol-attribuibili*	268	55	100	100
Malattie parzialmente alcol-attribuibili**				
Condizioni materne e perinatali	0	0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4383	1913	4,7	2,7
Tumori benigni	375	169	8,8	4,7
Diabete mellito	-547	-588	-6,5	-5,0
Condizioni neuropsichiatriche	148	126	1,1	0,6
Malattie del sistema circolatorio	390	1163	0,4	0,9
Malattie dell'apparato digerente	2365	1547	20,6	13,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	1,2	0,4
Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti**				
Incidenti non intenzionali	3310	1882	31,8	21,9
Incidenti intenzionali	559	136	17,3	13,8
Morti alcol correlate	11254	6407	3,8^b	2,1

Per consolidare i risultati positivi e contenere i problemi ancora rilevanti che derivano dal consumo dannoso di alcol nel nostro Paese è necessario proseguire lungo la strada già tracciata dalla legge 125/2001, implementando e rafforzando, anche con la collaborazione delle Regioni e Province Autonome, efficaci interventi di prevenzione e contrasto.

Un apporto importante in tale direzione potrà essere offerto anche dalle politiche dell'O.M.S. e dell'Unione Europea, che stanno operando fattivamente per mettere a disposizione degli Stati Membri importanti strumenti di conoscenza, monitoraggio e sostegno delle politiche nazionali.

Renato Balduzzi



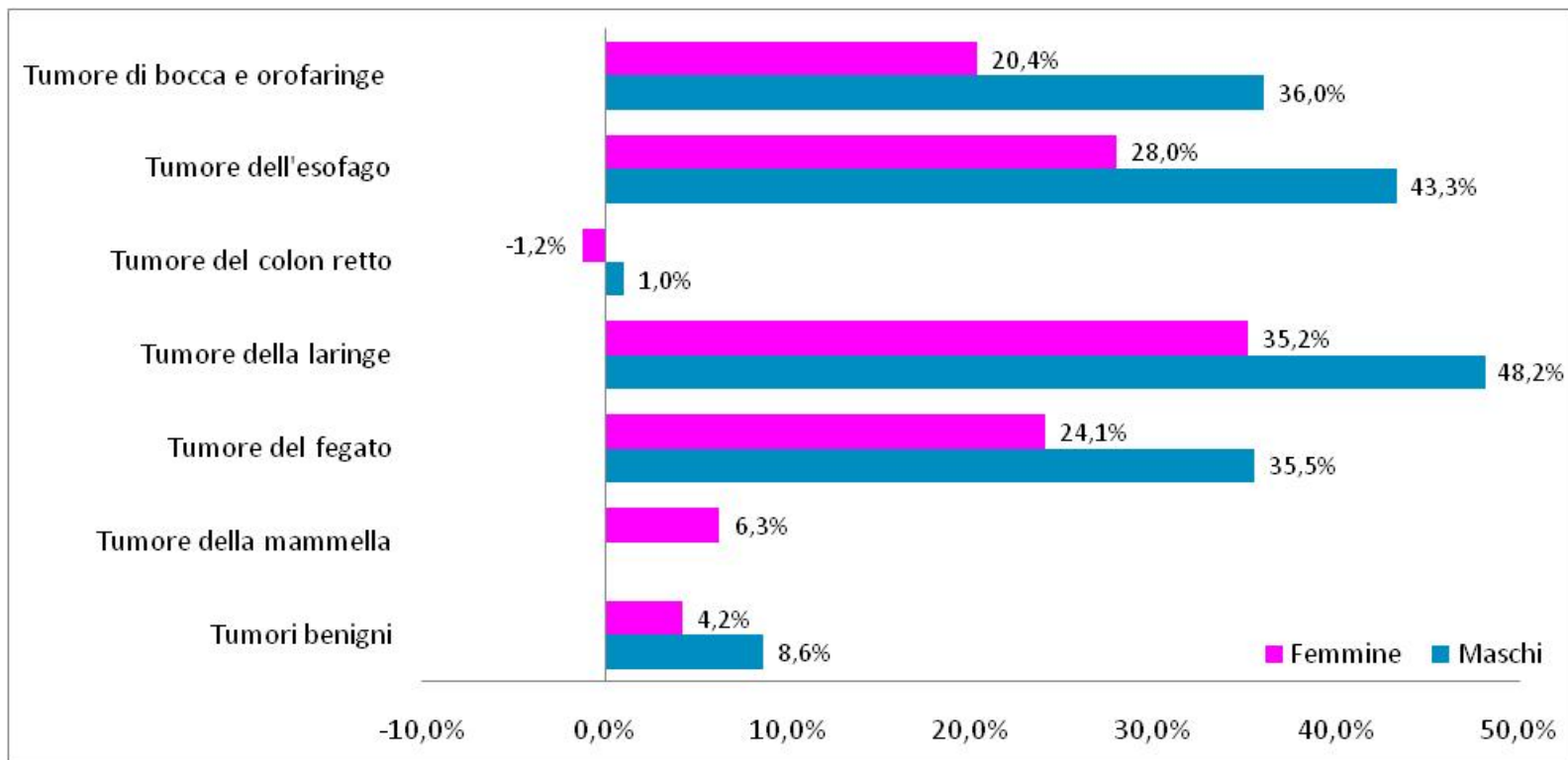
Ministero della Salute

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 ALCOL-CORRELATI



Alcohol Attributable Fraction (AAF) secondo le singole neoplasie maligne e i tumori benigni, ICD10- 2008.



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT multiscopo 2009 e DB mortalità 2008



Mortalità alcol-attribuibile ITALIA - 2008

STIME Osservatorio Nazionale Alcol – Rep Salute Popolazione CNESPS



L'alcol è responsabile del
4,4% e del 2,5%
dei decessi per
neoplasie maligne,
maschili e femminili rispettivamente.

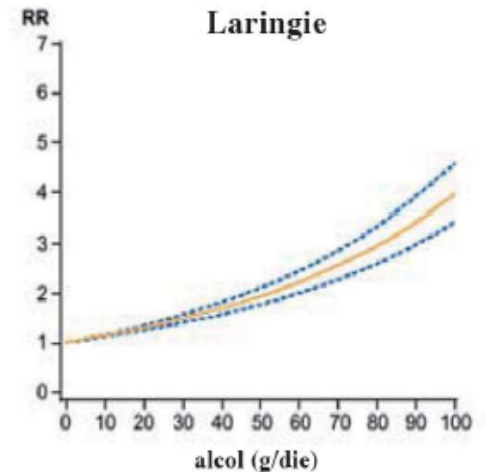
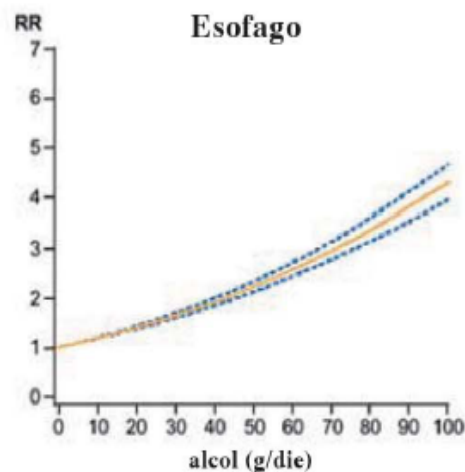
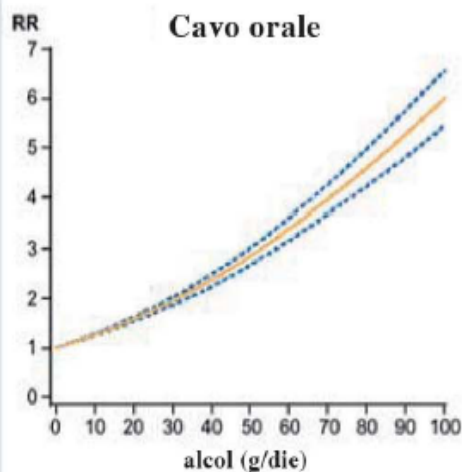
Le percentuali di morti per
tumori benigni
dovuti al consumo di alcol sono **1'8,6% e**
4,2%.

**IN EUROPA OGNI ANNO IL CONSUMO
MEDIO DI 30 grammi al giorno di alcol
PROVOCA 121.000 NUOVI casi di CANCRO**

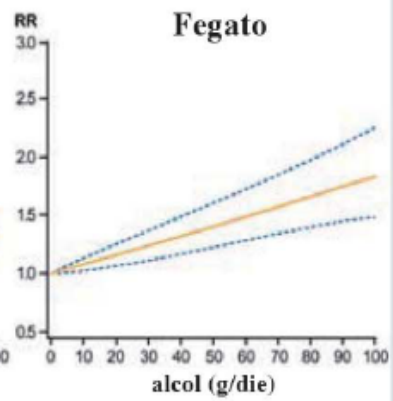
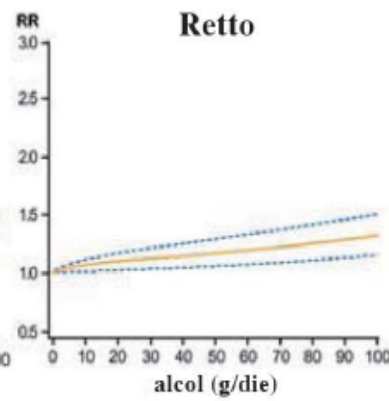
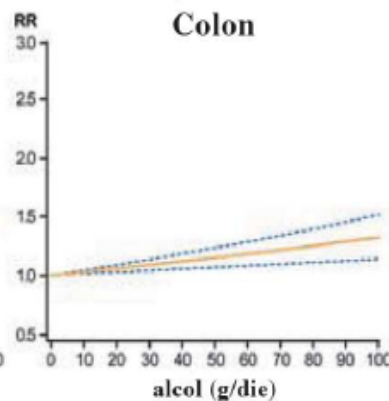
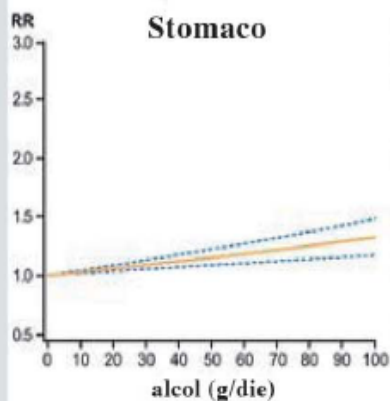


RISCHI RELATIVI in funzione di patologie e livelli di consumo : il rischio è anche nella moderazione

A. Neoplasie del tratto aerodigestivo superiore



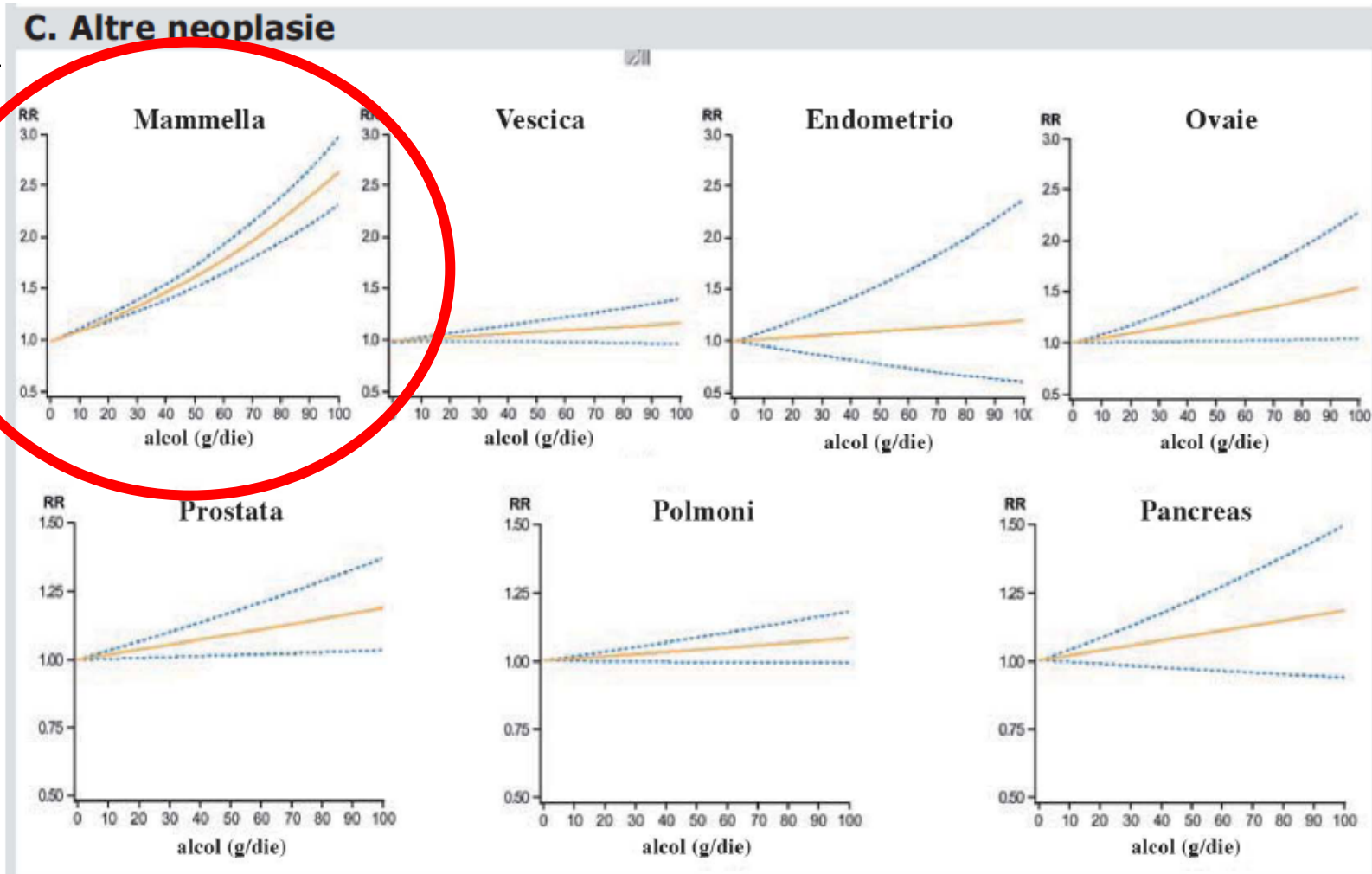
B. Neoplasie del tratto digestivo inferiore



Fonte: Bagnardi et al. 2001.



RISCHI RELATIVI in funzione di patologie e livelli di consumo : il rischio è anche nella moderazione



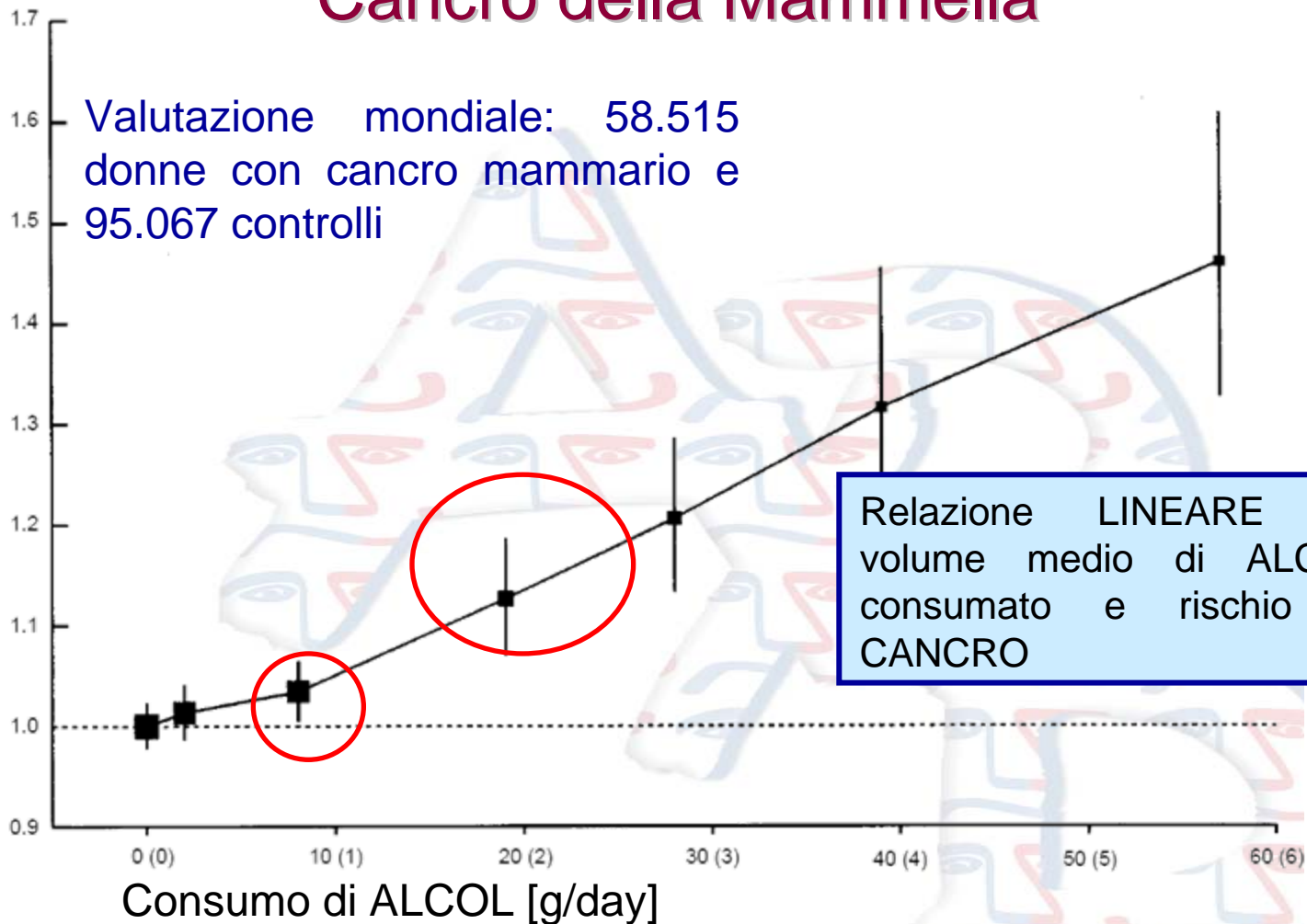
Fonte: Bagnardi et al. 2001.

ALCOL E RISCHIO DI CANCRO

Effetto Dose-Risposta

Cancro della Mammella

Valutazione mondiale: 58.515
donne con cancro mammario e
95.067 controlli



Relazione LINEARE tra
volume medio di ALCOL
consumato e rischio di
CANCRO

Source: Hamajima et al. (2002) BJC 87, 1234





Il maggior rischio per le RAGAZZE



SALUTE

30 agosto 2013

Cancro al seno più probabile per ragazze che bevono alcool



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



POURtemme

Cerca su P

Home | Moda | Bellezza | Salute | Dieta | Coppia | Gossip | Mamma | Matrimonio

Prevenzione | Malattie | Ginecologia | Mestruazioni | Menopausa | Rimedi naturali | News Mediche

Asseso dentale, che dolore! | Il vaccino antinfluenzale: promosso o bocciato? | Il fibroad una tipol nodulo al

Alcol: aumenta il rischio di lesioni al seno

Condividi | Tweet | +1 | 0 | Plus | Commenta

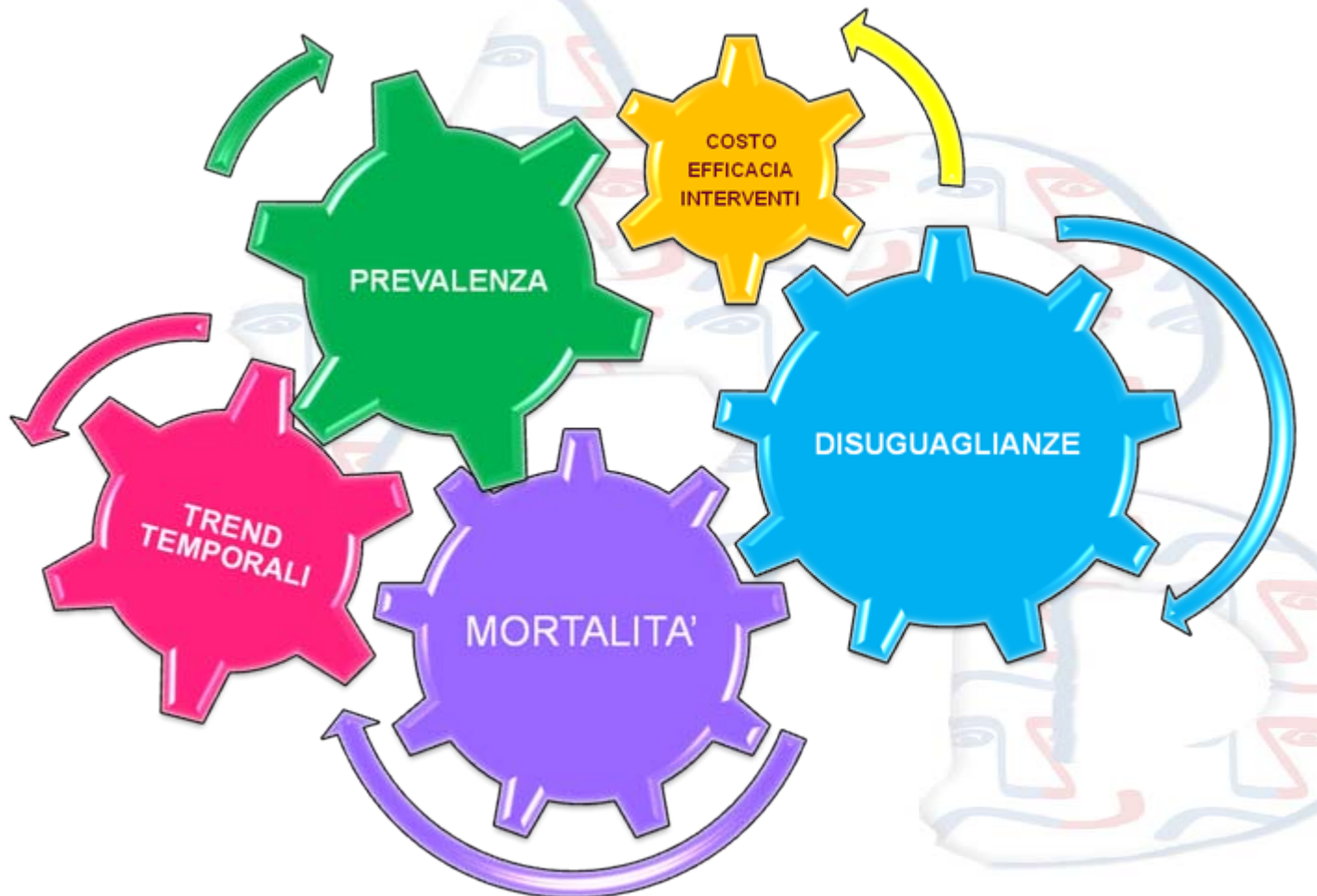


L'alcol aumenta il rischio di lesioni al seno, soprattutto per le giovani donne. Le bevitrice più assidue di **alcolici** sarebbero così maggiormente esposte all'insorgenza di **tumori al seno**. A lanciare l'allarme è stata una ricerca a più mani della Washington University School of Medicine di St.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



ALCOL COME PRIORITA'

Analisi interazioni tra le singole dimensioni





*The Italian health surveillance (SiVeAS)
prioritization approach to reduce chronic
disease risk factors*

**Eduardo J. Simoes, Sergio Mariotti,
Alessandra Rossi, Alicia Heim, Felipe
Lobello, Ali H. Mokdad & Emanuele
Scafato**

International Journal of Public Health
International Journal of Public Health

ISSN 1661-8556

Int J Public Health
DOI 10.1007/s00038-012-0341-5



Published online: 14 February 2012



15 Fattori di rischio su cui è stata stabilita una graduatoria di priorità sanitaria

- Fumo (attuali)
- Inattività fisica(inattivi, parzialmente attivi, quasi inattivi)
- Sovrappeso ed Obesità(BMI-based)
- No 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
- No PAP test (oltre 3 anni)
- No Mammografia(oltre 2 anni)
- No Test del Sangue Occulto delle Feci(oltre 5 anni)
- Ipercolesterolemia
- Ipertensione
- Diabete
- No Cinture di sicurezza(spesso, a volte, mai)
- **Consumo alcolico**(gr al giorno)
- No Rectosigmoidoscopia(oltre 5 anni)
- No screening Pressione arteriosa(oltre 2 anni)
- No screening Colesterolo(mai)



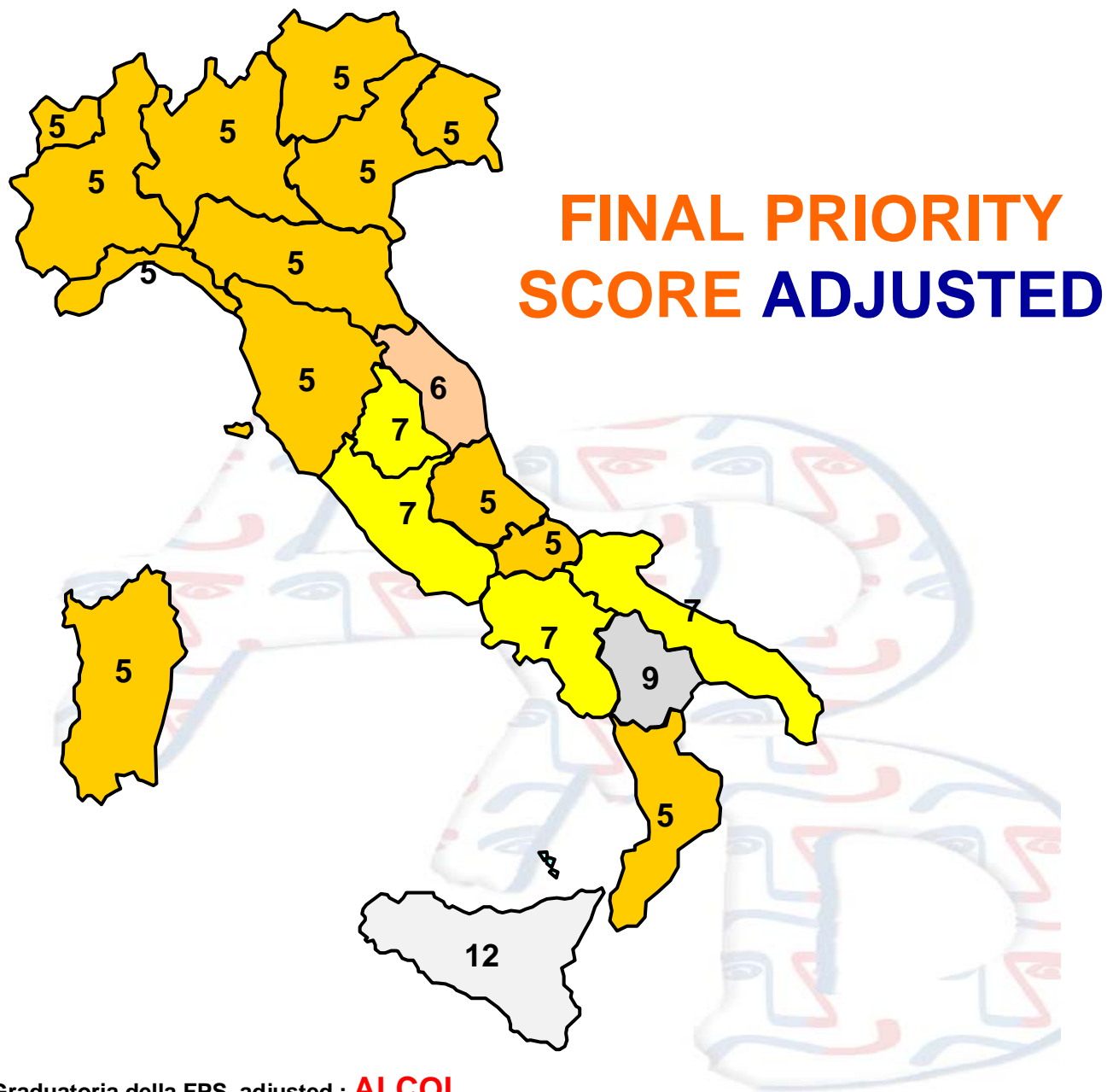


Figura 5 – Graduatoria della FPS adjusted : **ALCOL**

The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors

Eduardo J. Simoes · Sergio Mariotti ·
Alessandra Rossi · Alicia Heim · Felipe Lobello ·
Ali H. Mokdad · Emanuele Scafato

The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach

Table 4 Ranking of risk factors on the basis of the risk factor priority model calculated in four ways: Italy, 2007–2009

Ranking	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 4 ^d
1	Smoking	Physical inactivity	Physical inactivity	Physical inactivity
2	Hypertension	Smoking	Smoking	Smoking
3	Physical inactivity	Hypertension	Hypertension	Hypertension
4	No blood pressure screening ≤2 years	No blood pressure screening ≤2 years	No blood pressure screening ≤2 years	No blood pressure screening ≤2 years
5	Heavy drinking	Hypercholesterolemia	Hypercholesterolemia	Hypercholesterolemia
6	Did not consume five fr/veg a day	Heavy drinking	Did not consume five fr/veg a day	Heavy drinking
7	Overweight and obesity	Did not consume 5 fr/veg a day	Heavy drinking	Did not consume five fr/veg a day
8	No cholesterol screening	No fecal occult blood test	No fecal occult blood test	No fecal occult blood test
9	Hypercholesterolemia	Overweight and obesity	No rectosigmoidoscopy	Overweight and obesity
10	No rectosigmoidoscopy	No rectosigmoidoscopy	Overweight and obesity	No rectosigmoidoscopy
11	No fecal occult blood test	No seatbelt use	Diabetes	No seatbelt use
12	No seatbelt use	Diabetes	No seatbelt use	Diabetes
13	Diabetes	No cholesterol screening	No cholesterol screening	No cholesterol screening
14	No mammography	No PAP	No PAP	No PAP
15	No PAP	No mammography	No mammography	No mammography

^a Model 1: includes only the severity criterion

^b Model 2: product of all six criteria that have been standardized

^c Model 3: product of five criteria that have been standardized and weighted, multiplied by the urgency score weighted as: Max of $[(1 + (\Delta)/SD(\Delta))]$, or $1/[(1 + (\Delta)/SD(\Delta))]$; where Δ = percentage change and SD = standard deviation

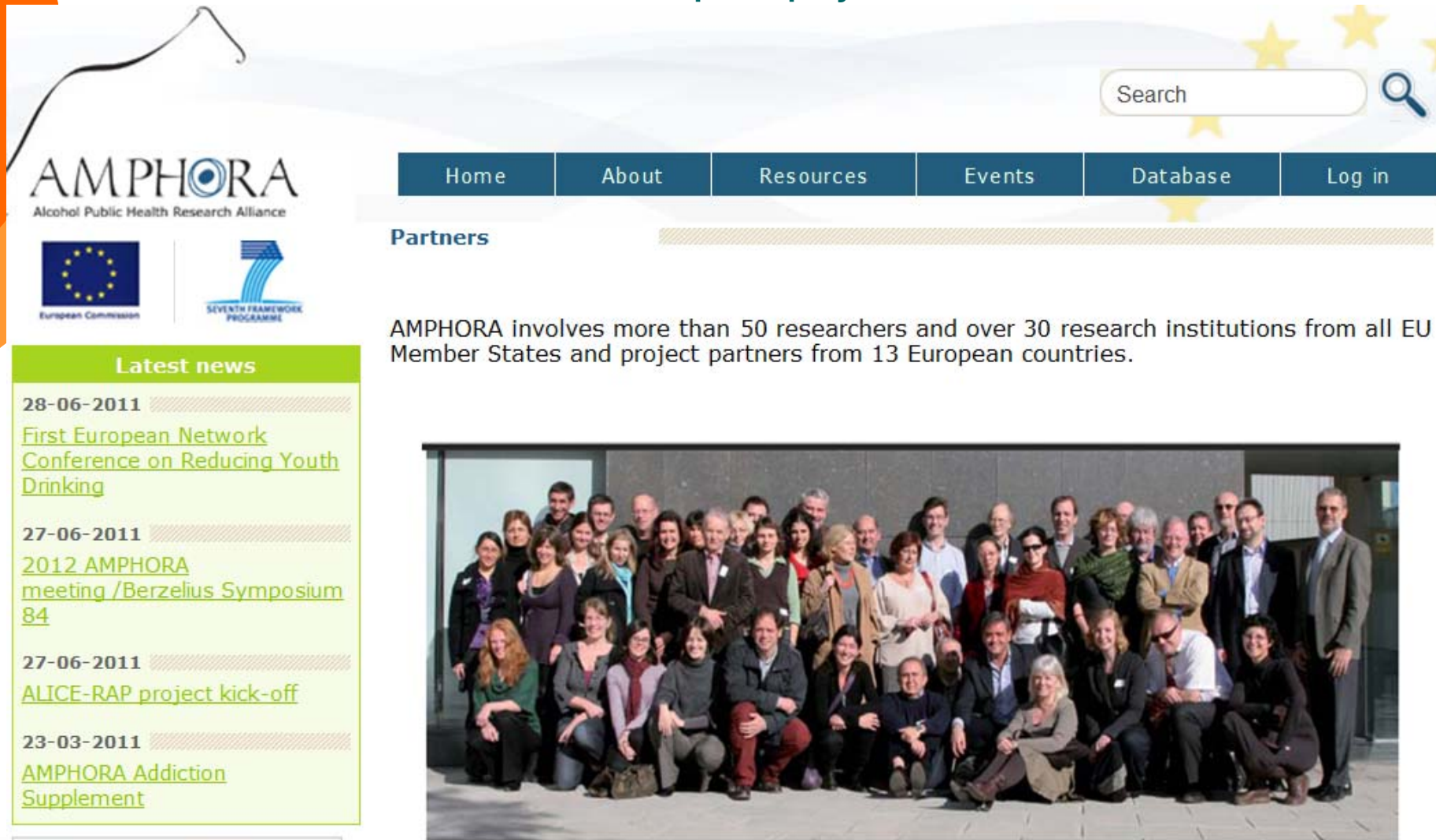
^d Model 4: product of five criteria that have been standardized and weighted, multiplied by the urgency score weighted as: $[0.5 \times ((1 + \Delta)/(SD(1 + \Delta)))]$; where Δ = percentage change and SD = standard deviation



AMPHORA 2008

Alcohol Measures for Public Health Alliance

www.amphoraproject.net



The screenshot shows the AMPHORA website interface. At the top left is the AMPHORA logo with the text "Alcohol Public Health Research Alliance". Below it are the European Commission and Seventh Framework Programme logos. A search bar is located at the top right. A navigation menu includes "Home", "About", "Resources", "Events", "Database", and "Log in". A "Partners" section is visible, followed by a paragraph stating: "AMPHORA involves more than 50 researchers and over 30 research institutions from all EU Member States and project partners from 13 European countries." Below this is a large group photograph of the project's researchers and partners.

Search

Home About Resources Events Database Log in

Partners

AMPHORA involves more than 50 researchers and over 30 research institutions from all EU Member States and project partners from 13 European countries.

Latest news

28-06-2011
[First European Network Conference on Reducing Youth Drinking](#)

27-06-2011
[2012 AMPHORA meeting /Berzelius Symposium 84](#)

27-06-2011
[ALICE-RAP project kick-off](#)

23-03-2011
[AMPHORA Addiction Supplement](#)



Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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



THE AMPHORA MANIFESTO ON ALCOHOL

Who we are

We are 71 scientists from 33 organizations from 14 European countries who present this manifesto to the European Debate on Evidence-based Alcohol Policy, the Berzelius symposium 87, and the fifth European Alcohol Policy Conference which met in Stockholm in October 2012.

We prepared this manifesto, because we are deeply concerned that each year 120,000 European Union citizens aged 15-64 years die from alcohol, and that these preventable deaths go on, year in, year out, without sufficient political action to reduce them.

**Concerned about the evidence of 120.000
deaths per year among 15-64 year EU
citizens due to alcohol**



Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



WHO CC
for Research
and Health
Promotion
on Alcohol an
d alcohol-relate
d
health proble
ms



30 grammi di alcol al giorno è la soglia al di sopra della quale si verificano 136.000 nuovi tumori ogni anno in Europa. Il 20 -25 % di tutti i decessi causati dall'alcol nella classe di età 15-64, è rappresentato da decessi per **CANCRO.**



Svenska
Läkaresällskapet



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

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

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

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



Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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

1 morte su 8 nel periodo più produttivo della vita (15-64 anni) è causata dall'alcol : Il costo sanitario ed i costi del welfare del sistema giudiziario e di produttività persa grava su TUTTI i cittadini ed è pari a **311 euro all'anno** (stima cautelativa rispetto a quella più probabilmente **reale di circa il doppio**).

We need to reduce the European Union's drinking problem

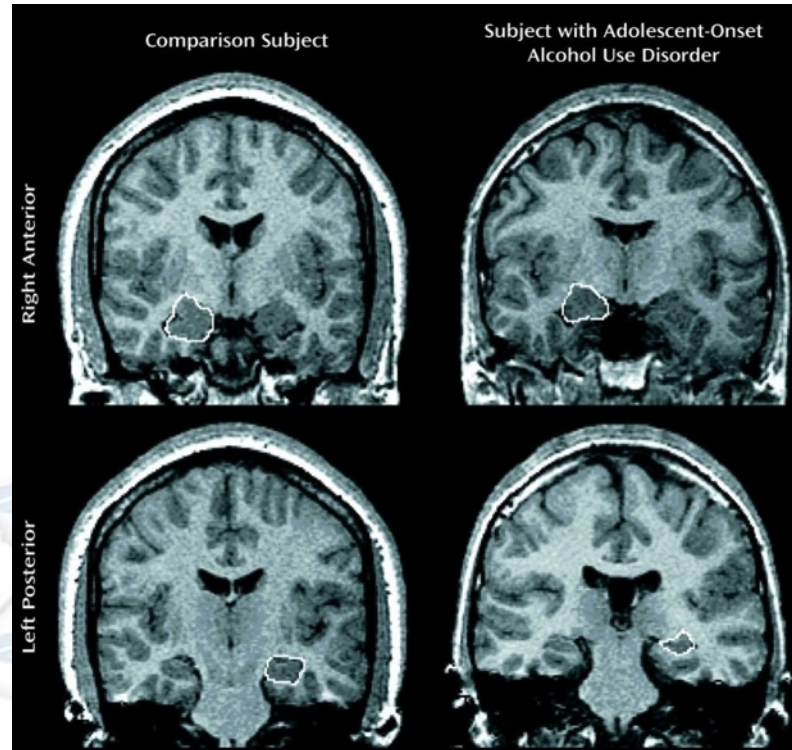
In the European Union, we like our alcohol and we have a long history of drinking. But, we also have a drinking problem: we drink more than twice the world's average. For the last ten years, our consumption has got stuck at an annual recorded consumption of around 11 litres of pure alcohol per person aged 15 years and older. This works out at a little under 30g of alcohol per person per day, equivalent to 800ml of normal strength beer.

We do not regard that we live in a reasonable or just society that allows 1 in 8 of the deaths that occur in our economically productive years (15-64 year olds) to be due to alcohol, or that costs each and every one of us some €311 a year in terms of lost productivity, and costs to the health, welfare and criminal justice systems.

These are financial costs that we could all well do without, particularly in times of economic downturns. And, actually, they are an underestimate, because they do not include all the costs that alcohol burdens people other than the drinker – if these were added in, then the costs to each one of us could well double.



Neurotoxic effects of alcohol on the adolescent and young adult brain

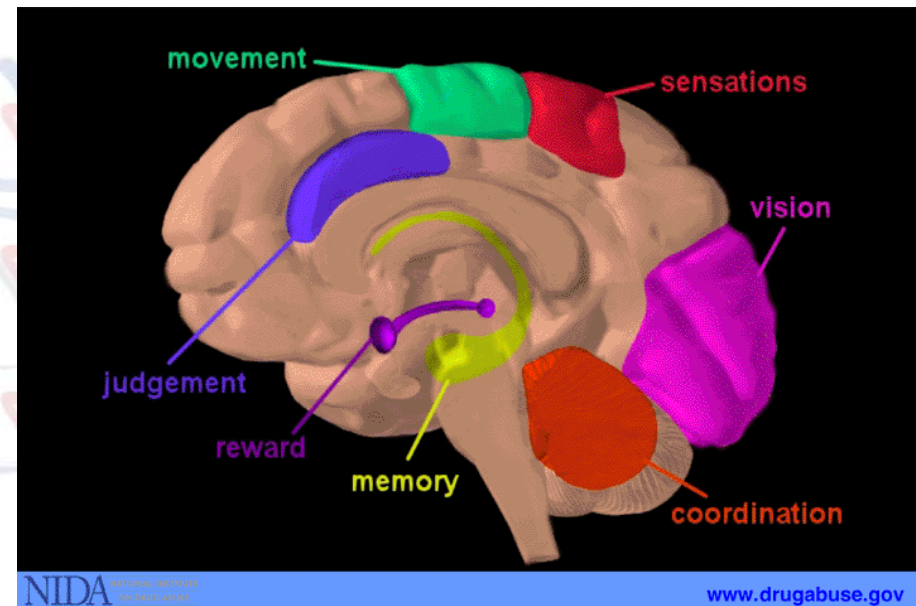


References

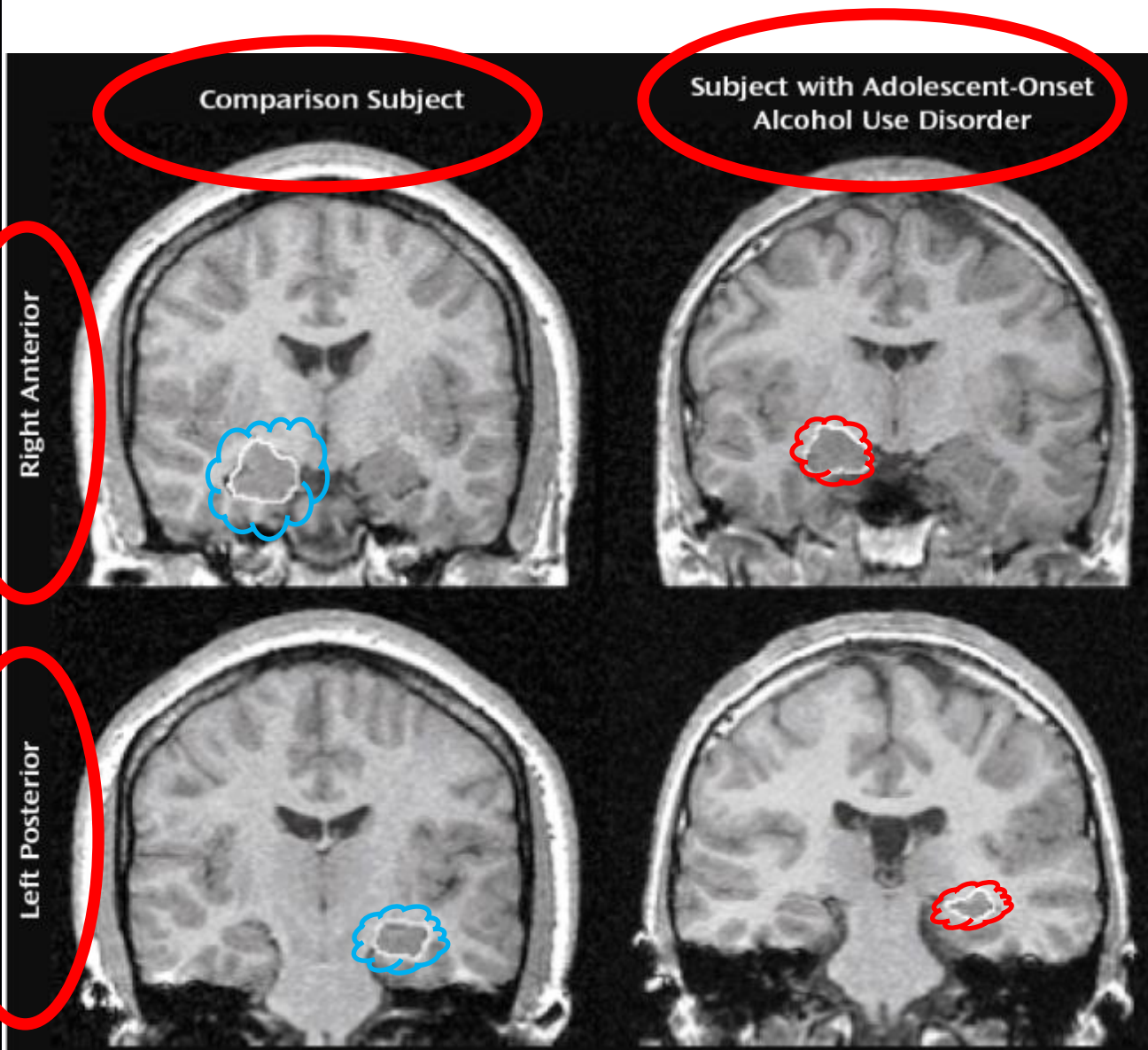
- De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, Soloff PH, Boring AM, Hall J, Kersh A, Keshavan MS. [Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders](#). Am J Psychiatry. 2000 May;157(5):737-44.
- Domingues SC, Mendonça JB, Laranjeira R, Nakamura-Palacios EM. [Drinking and driving: a decrease in executive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

A PROPOSITO DI RETI NEURONALI

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



Abitudini giovanili da contrastare ...





L'alcol "spegne" la memoria dei giovani...



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



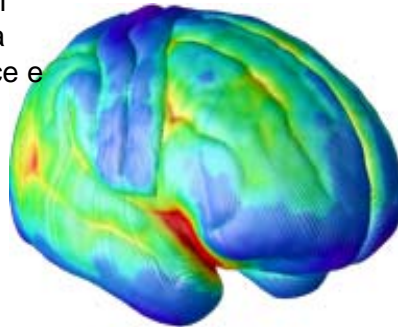
Image from Susan Tapert, PhD, University of California, San Diego.



Perché l'ALCOL danneggia lo sviluppo del CERVELLO degli adolescenti

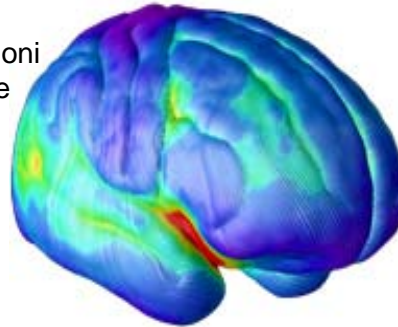
12 ANNI

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



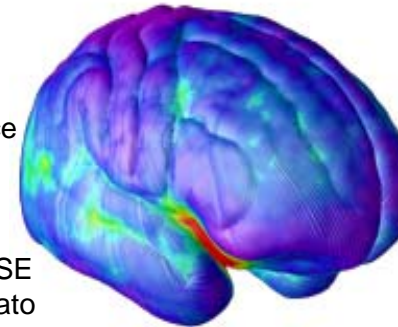
16 ANNI

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



20 ANNI

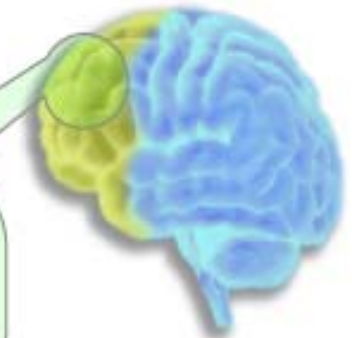
Lo sviluppo è completato. Le connessioni sono rimodellate irreversibilmente. Il risultato finale conferisce all'adulto le sue caratteristiche di razionalità grazie alla prevalenza prefrontale SE l'alcol non ha danneggiato lo sviluppo cerebrale.



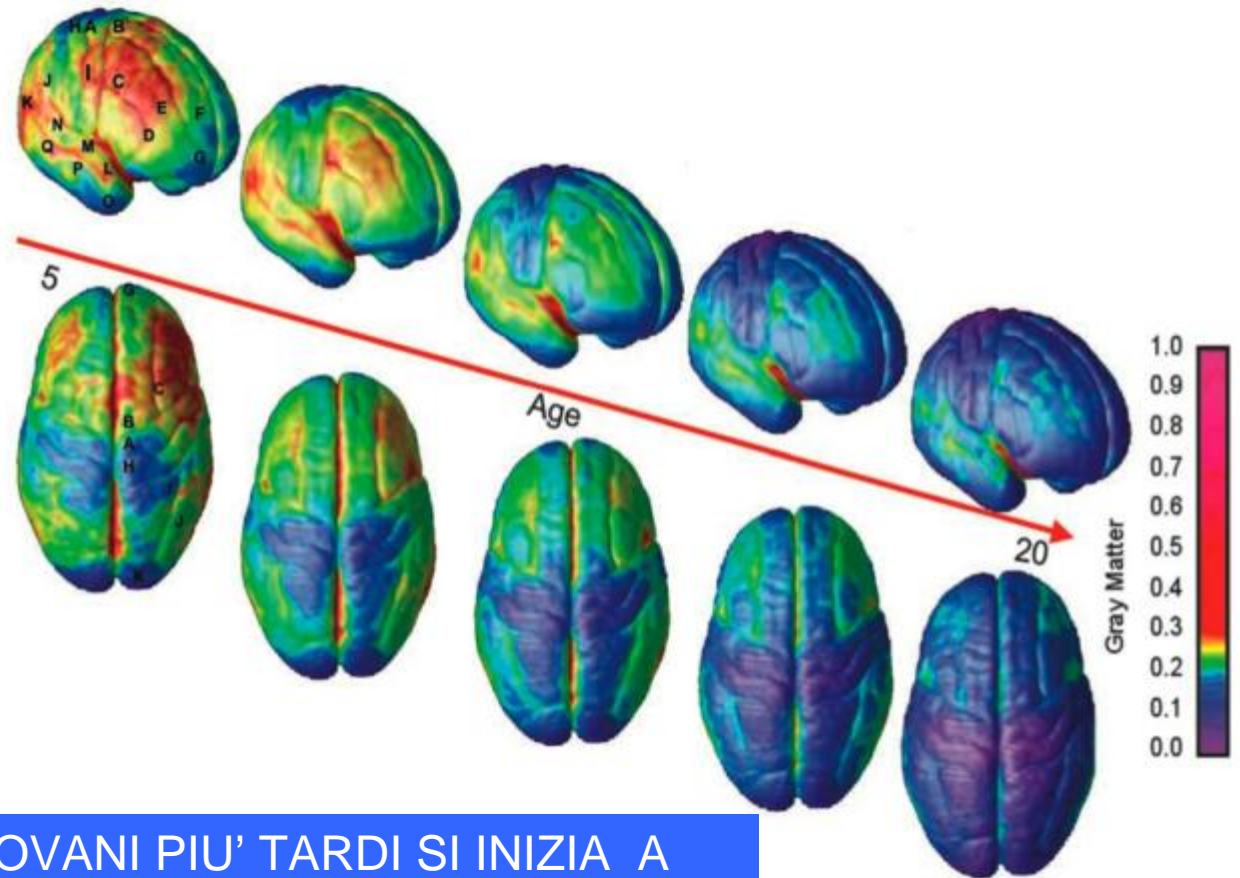
Dai 12 ai 21 anni un ampio rimodellamento (*pruning*) conduce il cervello da una modalità di ragionamento impulsiva, emozionale ad una razionale.

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

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



MATURI A 20 ANNI



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

ALCOL: i benefici sulla salute

Quadro 4.3 Benefici per il singolo bevitore in termini di salute

	PROBLEMA	Riepilogo dei dati rilevati
Benessere sociale	Sensazioni ed esperienze positive	Si riscontrano in ricerche demoscopiche generali. Sono influenzate dalla cultura, dall'ambiente in cui avviene il consumo di alcol e dalle aspettative personali rispetto agli effetti dell'alcol.
	Salute soggettiva	Un moderato consumo è associato ad una percezione individuale di buona salute, al confronto con astemi e forti bevitori. Non è chiaro quanta parte di ciò sia dovuta a fattori diversi dall'alcol.
Problemi neuro-psichiatrici	Funzioni cognitive e demenza	Un consumo moderato di alcol può ridurre il rischio di demenza di origine vascolare, sebbene gli effetti sull'Alzheimer e sulle capacità cognitive rimangano incerti, poiché alcune ricerche rilevano effetti benefici ed altre no.
Problemi gastrointestinali, endocrinologici e del metabolismo	Calcoli biliari	Esistono evidenze sulla possibilità che l'alcol riduca il rischio di calcolosi.
	Diabete tipo II	La relazione grafica con il diabete di tipo II assume la forma di U; dosi basse diminuirebbero il rischio rispetto agli astemi e dosi alte lo aumenterebbero. Non tutti gli studi rilevano una diminuzione del rischio ad un più basso consumo di alcol.
Disfunzioni cardiovascolari	Ictus ischemico	Alcuni studi rilevano che un basso consumo di alcol diminuisce il rischio di ischemia, sebbene a un'indagine sistematica di tutti gli studi condotti non emerga alcuna prova chiara di un effetto protettivo.
	Cardiopatía coronarica (CHD)	Una meta-analisi di 51 studi e di 28 studi di alta qualità ha rilevato una diminuzione del rischio di CHD del 20% al livello di consumo di alcol di 20 g al giorno. Tale riduzione di rischio di CHD è invece minore e avviene a livelli più bassi di consumo alcolico secondo studi di qualità più alta. Nonostante la relazione tra consumo di alcol e rischio di CHD sia biologicamente plausibile, resta il fatto che l'effetto o almeno una parte di esso potrebbe essere spiegato da problemi e irregolarità nella misurazione dell'alcol non adeguatamente controllati in tutti gli studi.
Problemi ossei		Esistono prove secondo cui le donne che consumano alcol in piccole quantità avrebbero generalmente una densità ossea più alta rispetto alle donne astemie.
Mortalità		Tra gli anziani, al confronto con gli astemi, piccole quantità di alcol riducono il rischio generale di morte. Il livello di consumo di alcol con il rischio più basso di mortalità (nadir) è di 4 g al giorno per le donne dai 65 anni in su, e di 11 g al giorno per gli uomini dai 65 anni in su.

I benefici in termini di salute del bere MODERATO sono circoscritti a (poche) identificate condizioni.

Il beneficio è riportato SEMPRE per valori di consumo molto bassi (in media 10-15 gr/die) con sostanziali differenze di genere ed età.

Le quantità che riducono la mortalità sono di:

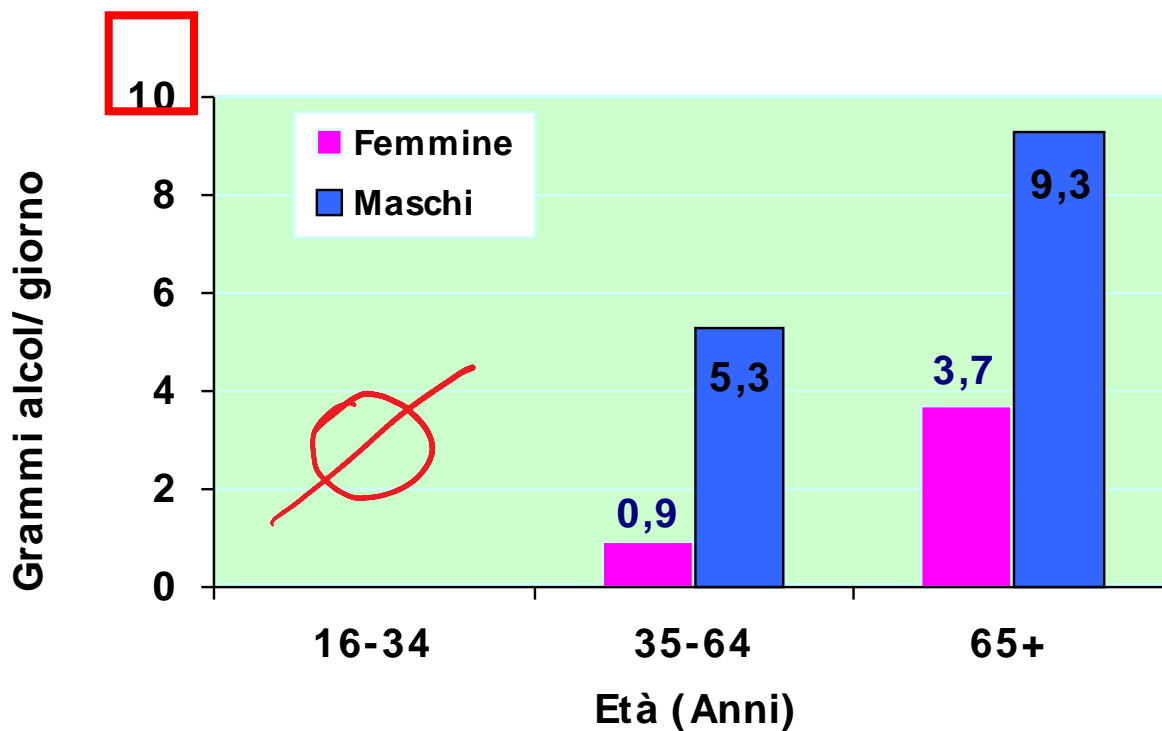
ZERO grammi al di sotto dei 35 anni;

- di 4 grammi (femmine) e 11 grammi (maschi) al giorno per gli ANZIANI

Fonte: White, BMJ 2002



Quantità di alcol (grammi) consumate per le quali si registra il più basso rischio di mortalità generale in relazione alle classi di età e sesso.



Conclusioni

Sostanziali incrementi nel rischio di mortalità per TUTTE le cause si può verificare anche tra gli individui che consumano al di sotto dei limiti consentiti e ciò in particolare tra i giovani

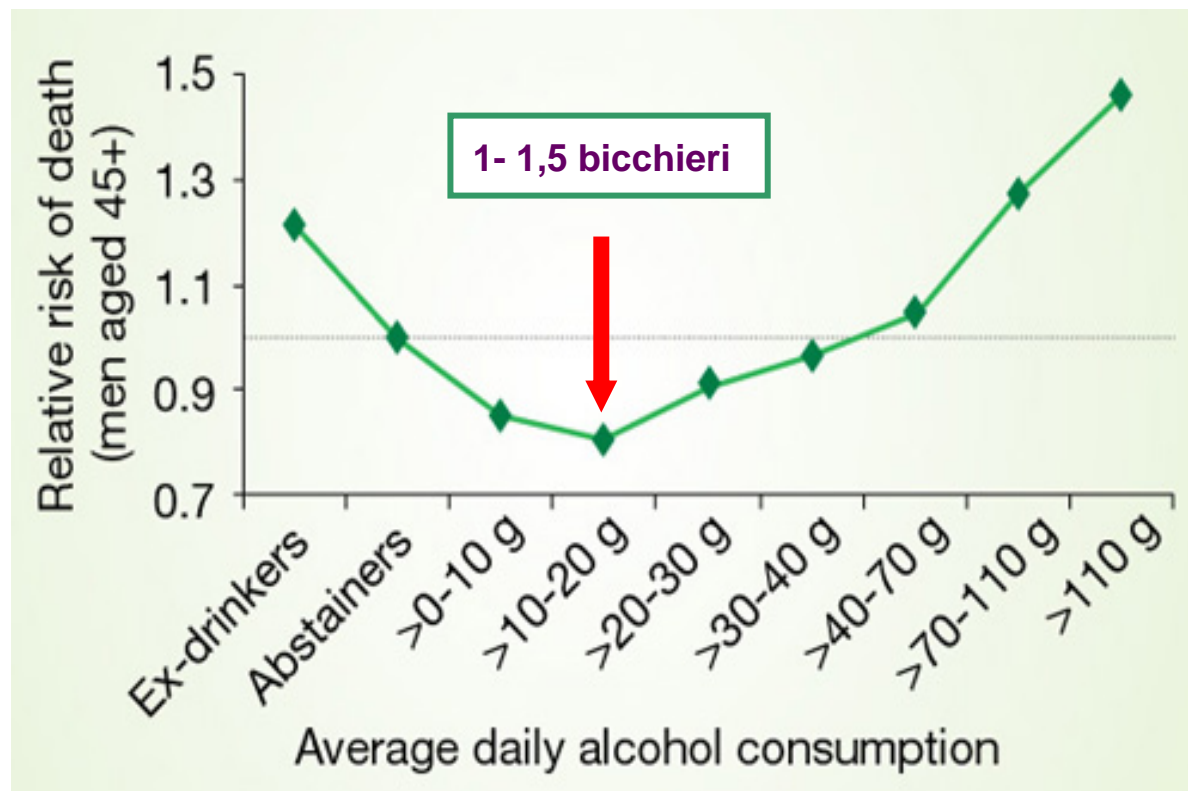
Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages.

Ian R White, Dan R Altmann, Kiran Nanchahal 2002;325;191- *BMJ*





Rischio di mortalità cardiocoronarica e consumo moderato di alcol



Mortalità per cardiopatia coronarica

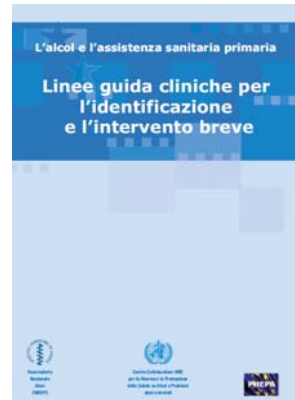
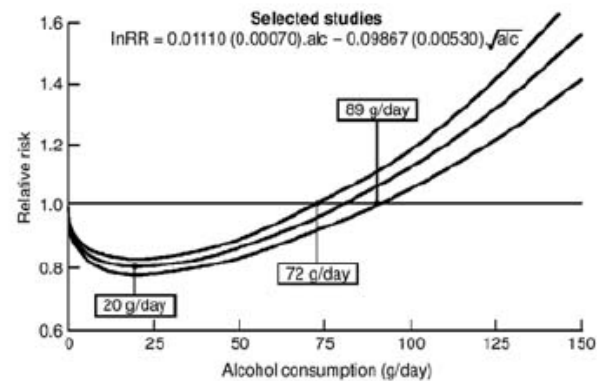
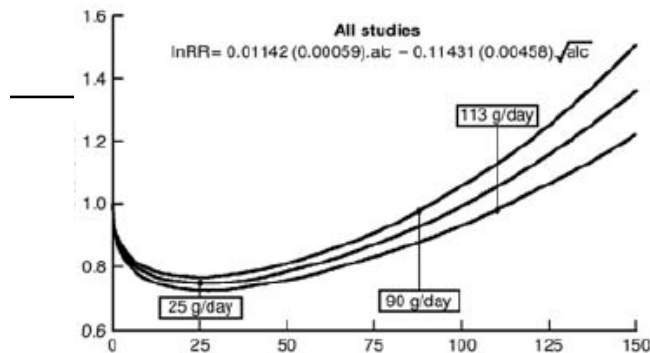
La relazione U-shaped tra quantità consumate e mortalità (RR) nei

MASCHI ultra45enni

Nature, 2004

Alcol & Cardiopatie

la “protezione” in discussione



L'alcol riduce il rischio di cardiopatie?

Un consumo di modeste quantità di alcol riduce il rischio di malattie cardiache, sebbene l'esatta entità della riduzione del rischio e il livello di consumo di alcol al quale si ha la maggiore riduzione siano ancora controversi. Da importanti studi sull'argomento che tengono conto di possibili fattori confondenti risulta che il rischio diminuisce a un livello piuttosto basso di consumo di alcol. La maggiore riduzione del rischio viene osservata per un consumo medio di 10 g di alcol al giorno. Oltre i 20 g di alcol al giorno il rischio di patologie coronariche e cardiache aumenta. Sembra essere proprio l'alcol a ridurre il rischio di problemi cardiaci, piuttosto che uno specifico tipo di bevanda. Il consumo eccessivo episodico aumenta il rischio di aritmie cardiache e di morte coronarica improvvisa.

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.



L'antiossidante al TOP...

Resveratrolo ottimo contro infarti, diabete e ictus

La sostanza è presente negli acini di uva rossa. Il vino rosso potrebbe essere un alleato dello stare bene. Il resveratrolo, ovvero la molecola presente negli acini d'uva nera, protegge i soggetti affetti da diabete e malattie cardiache. La scoperta arriva dai laboratori dell'Università di Maastricht, dove lo studio è stato condotto su 11 uomini obesi e con sindrome metabolica, ai quali è stata somministrata la molecola. Esattamente hanno assunto **150 mg di resveratrolo puro ogni**

giorno: il risultato è stata la riduzione del consumo energetico, con una riduzione dello zucchero nel sangue e dei grassi nel fegato.

Ottime notizie, ma questo non vuol dire che da oggi in poi si può fare un abuso di vino per curare il fegato o per prevenire ictus e diabete.

Ogni bicchiere di vino contiene infatti 1,5 mg di resveratrolo, quindi è impensabile curarsi con una bottiglia in più (figuriamoci 100).

Tabella 4
Concentrazione di trans-resveratrolo in alcuni vini italiani

	Regione	Annata	Trans-resveratrolo (mg/l)
Monferrato Dolcetto	Piemonte	1996	6,7 efg
Barbera d'Asti	Piemonte	1996	7,9 g
Oltrepò Pavese Barbera	Lombardia	1996	1,3 ab
Valtellina Rosso	Lombardia	1996	3,2 abcd
Bardolino classico	Veneto	1996	4,7 cdef
Cabernet Sauvignon passito	Emilia-Romagna	1996	1,9 abc
Lambrusco dell'Emilia	Emilia-Romagna	1996	0,3 a
Chianti Colli senesi	Toscana	1996	7,4 fg
Sangiovese + Canaiolo	Toscana	1996	4,5 cdef
Torgiano Rosso	Umbria	1995	4,1 bcde
Montepulciano d'Abruzzo	Abruzzo	1996	5 defg
Taurasi	Campania	1993	2,4 abcd
Nero d'Avola + Perricone	Sicilia	1995	5,1 defg
Nero d'Avola	Sicilia	1995	11,9 h

I valori con le stesse lettere non sono statisticamente differenti, secondo il test di Tukey al 5%.





La riduzione del rischio di cardiopatia ischemica. Considerazioni

DISCUTIBILE l'effetto di una bevanda rispetto ad un'altra

MAI DIMOSTRATO *in vivo* l'effetto del Resveratrol

MAI DIMOSTRATA O IDENTIFICATA la quantità di Resveratrol capace di DETERMINARE l'effetto di riduzione del rischio

IMPLAUSIBILI BIOLOGICAMENTE LE QUANTITÀ di resveratrol che dovrebbero essere veicolate attraverso le bevande alcoliche per produrre la riduzione del rischio

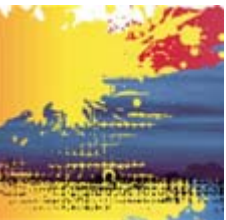
LA BIODISPONIBILITÀ del Resveratrol VEICOLATO attraverso l'alcol di qualunque bevanda alcolica è IRRILEVANTE

Le modificazioni biochimiche che possono ridurre il rischio di infarto derivano in pari misura dalla birra, dal vino o dai superalcolici (der Graag et al. 2000) e sono dovute sia ai polifenoli che all'etanolo (Gorinstein & TRakhtenberg 2003); sebbene il vino rosso presenti il più alto contenuto di polifenoli, le stesse modificazioni biochimiche non si hanno con l'uva o con il vino da cui sia stato estratto l'alcol (Sierksma 2003). Per contro esistono dati certi sul fatto che il consumo di alcol, in modo proporzionale alla dose assunta, e il consumo episodico eccessivo aumentino il rischio di calcificazioni delle arterie coronariche nei giovani adulti (Pletcher et al. 2005), un segnale di aterosclerosi che preannuncia future cardiopatie (Pletcher et al. 2004).

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



IL RESVERATROL è “nudo”



IJC International Journal of Cancer

Epidemiology

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

Dirk W Lachenmeier^{1,2,3,*}, Rolf Godelmann², Barbara Witt², Kerstin Riedel², Jürgen Rehm^{1,4,5}

DOI: 10.1002/ijc.28336

Copyright © 2013 UICC

Issue



International Journal of Cancer

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

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

Un bicchiere fa bene.....

ERRORI

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



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

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





I nuovi modelli del bere e il loro impatto sanitario e sociale

La constatazione di una platea così ampia di consumatori a rischio consolidatasi nel corso degli ultimi 10 anni induce ad una seria valutazione e riflessione sulla conoscenza dei fattori che possono condurre alla prevenzione o, al contrario, al rischio e ciò a partire da quello che

**i professionisti sanitari
le agenzie educative
le istituzioni
i media**

**DEVONO SAPERE (FORMAZIONE)
SAPER FARE (IDENTIFICAZIONE)
SAPERE INFORMARE (INTERVENTO)
in maniera
VALIDA e OGGETTIVA
alle persone**



Framework for alcohol policy in the WHO European Region



Issues related to drinking guidelines and recommendations

Governments have differed on the advisability of publicizing low-risk drinking guidelines for the general population. Research has shown that they can be difficult to interpret and may be perceived as a “safe” baseline from which to range upward in setting personal limits. Region-wide specific drinking guidelines are not advisable and WHO continues to promote the message that “less is better”. Should Member States consider formulating country-specific population-based drinking guidelines, existing drinking patterns and cultures need to be taken into account.

The health benefits of alcohol in the population on cardiovascular diseases appear at low or very low levels of drinking, at the most one standard drink per day for men at age 70, and less than half a standard drink per day for women at the same age. All consumption above these levels is associated with increased risk. Below the age of 40, no substantial beneficial effects of alcohol on health have been seen. Drinking to intoxication is always associated with increased risk.

There are no risk-free limits for drinking alcohol. On the other hand, there is no reason to discourage low-risk drinking in the adult population, provided that individual circumstances and situations have been taken into account.

These include, but are not limited to, medical and social factors such as operating machinery, pregnancy, certain pharmacological treatments that may interact unfavourably with alcohol, and the risk of dependency. By low-risk drinking, it is meant that (a) regular consumption of alcohol is low and (b) drinking to intoxication does not occur.

Individual drinking guidelines for problem drinkers are best delivered by health professionals in the health care setting, by using available instruments and guidelines (for example, those of Babor et al. (14)). When discussing alcohol habits with patients, professionals should give equal attention to the pattern and the volume of drinking. While there is evidence that light drinking on a regular basis in certain age groups is associated with reduced risk for cardiovascular disease and type 2 diabetes, controlled research does not support actively encouraging patients to drink alcohol as a means to reduce the risk of these diseases. Alcohol consumption cannot be recommended as a preventive medicine.



Uno per il cuore.....

Uno per il diabete....

Uno per la calcolosi della colecisti...

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

Framework on Alcohol Policies in the European Region . WHO





WHO. Framework on Alcohol

47.

Le politiche di salute pubblica che riguardano l'alcol devono essere formulate da **interessi di salute pubblica, senza interferenze da parte di interessi commerciali.**

Il coinvolgimento dei produttori di bevande alcoliche e delle industrie collegate in programmi di educazione rivolte ai giovani o in attività giovanili è discutibile in quanto il loro supporto, diretto o indiretto, può essere visto come un **tentativo di guadagnare credibilità presso una platea giovanile.**



Osservatorio Nazionale Alco 1
CNESPS - ISS



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



LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013

PER LE NUOVE LINEE GUIDA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE

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

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

Unità Alcoliche equivalenti (contenenti 12 g di alcol)

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

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità fino ai 16 anni		1 Unità Tra 18 e 20 anni ed oltre i 65 anni		1-2 Unità per le donne		2-3 Unità per gli uomini
0-18 anni 0 Unità		18-20 & 65+ 1 Unità		Donne 1 Unità		Uomini 2 Unità

sono inoltre considerati comportamenti a rischio

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

“Uno” spesso vuol dire già “troppo”.....

- Per i bambini
- Per gli adolescenti al di sotto dei 16 anni
- Per i giovani dai 17 e sino ai 20 anni circa
- Per le donne
- Per gli anziani
- Per chi guida
- Per molti contesti lavorativi
- Per chi programma una gravidanza
- Per chi è in gravidanza



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 (CNESPS), 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

Scalato 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?

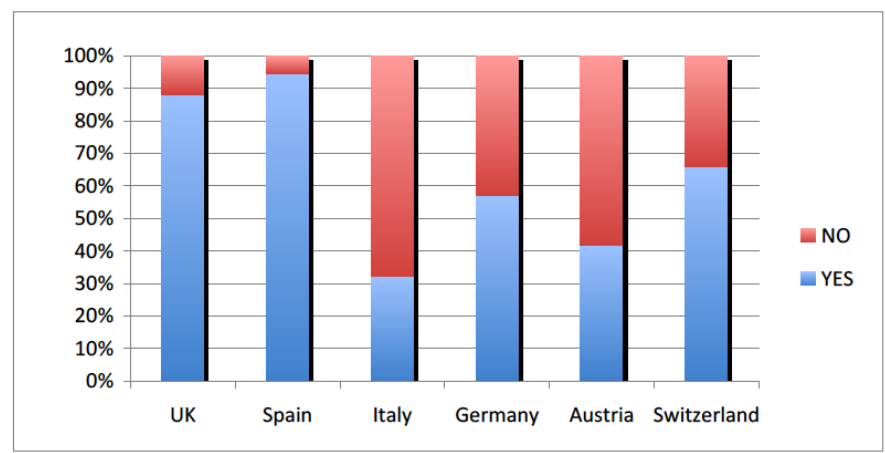
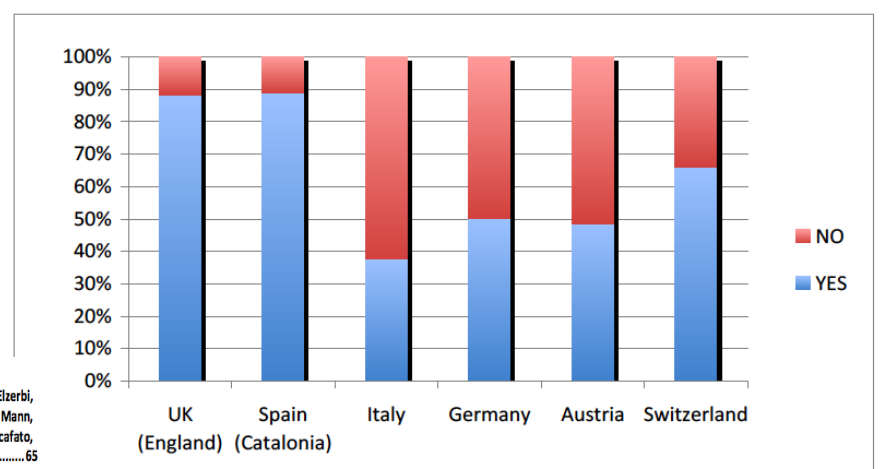


Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?





Osservatorio Nazionale Alcol
1
CNESPS – ISS



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

Le dimensioni virtuose della PREVENZIONE



ALCOL

PREVENZIONE, FORMAZIONE, IMPLEMENTAZIONE

Alcohol Prevention Day

Ministero della Salute
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
WHO COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH AND REPLY PROMOTION ON ALCOHOL AND ALCOHOL RELATED HEALTH PROBLEMS

guadagnare salute

brochure

- Alcol e lavoro: scegli la sicurezza... più sai meno rischi!
- Alcol: le strategie di prevenzione dell'OMS
- Alcol: le strategie di prevenzione della Comunità Europea
- Alcol: sai cosa bevi? più sai meno rischi!
- Decidi il cambiamento. Alcol: sai cosa bevi? Decidi di cambiare.
- Donna e alcol. Alcol: sei sicura?
- Il pilota. Se guidi non bere.
- Alcol: sai cosa bevi? più sai meno rischi! Guida utile.
- Alcol: sei sicura? Le ragazze e l'alcol.
- Un decalogo per i genitori.

posteri

- Alcol: qualche birra per i più giovani.
- Alcol e gravidanza: sei sicura?
- Alcol: sai cosa bevi?
- Alcol e gravidanza: sei sicura?
- Alcol: qualche birra per i più giovani.
- Alcol e gravidanza: sei sicura?
- Alcol: sai cosa bevi?
- Alcol e gravidanza: sei sicura?

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

**Programma di formazione I.P.I.B.
Identificazione Precoce
del consumo rischioso o dannoso di alcol
ed attuazione dell'Intervento Breve
finalizzato alla prevenzione**

29-30 novembre 2012

Istituto Superiore di Sanità
Aula Rossi

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/Lucid
- Indicazioni per lo svolgimento
- Documentazioni di lavoro

**ELEMENTARE,
MA NON TROPPO...**

Informazione, prevenzione e contrasto all'uso di droghe,
di alcol e dei fattori favoranti l'avvio al consumo

**CAMPAGNA RIVOLTA AI MINORI,
AI GENITORI E AI DOCENTI**

Progetto del
Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Politiche Antidroga

Affiliato a
Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Nazionale
Anti Droghe

Ente executive
moige
movimento giovani



Osservatorio
Nazionale Alco
1
CNESPS – ISS



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

CONCLUSIONI

Contrastare il consumo dannoso o rischioso di alcol e tutti i fattori **CONOSCIUTI** che lo determinano è un **IMPERATIVO** categorico.

La Salute Pubblica è il bene comune da privilegiare superando ignoranza, logiche legate alle convenienze, la corruzione del senso e della legittimità esclusiva del ruolo pubblico di tutela della salute che deve poter prevalere sui disvalori economici che fanno pagare alla collettività costi che la società non dovrebbe sostenere.

Nel rispetto dell'ETICA, delle norme legali e sociali ed in particolare di quelle rivolte alla salvaguardia dei più vulnerabili: i bambini, gli adolescenti, le donne, gli anziani.