



ALCOL e CIRROSI

Un obiettivo negletto della prevenzione, una sfida per il SSN.



ROMA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
AULA ROSSI
Viale Giano della Bella, 34
10 DICEMBRE 2019

Emanuele Scafato

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

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

Direttore, Osservatorio Nazionale Alcol

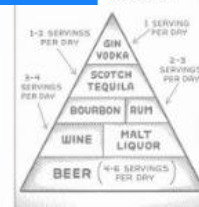
Centro Nazionale Dipendenze e Doping

Past Presidente Società Italiana di Alcologia- SIA

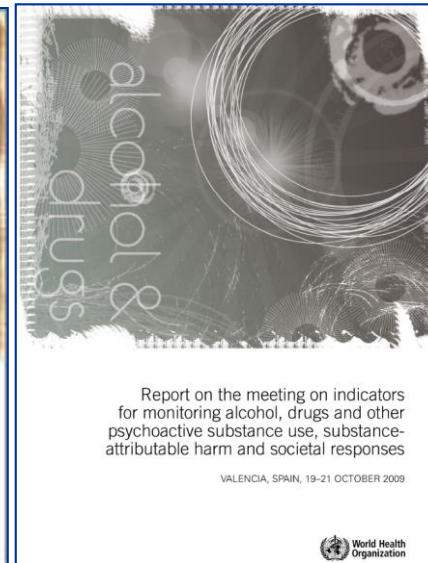
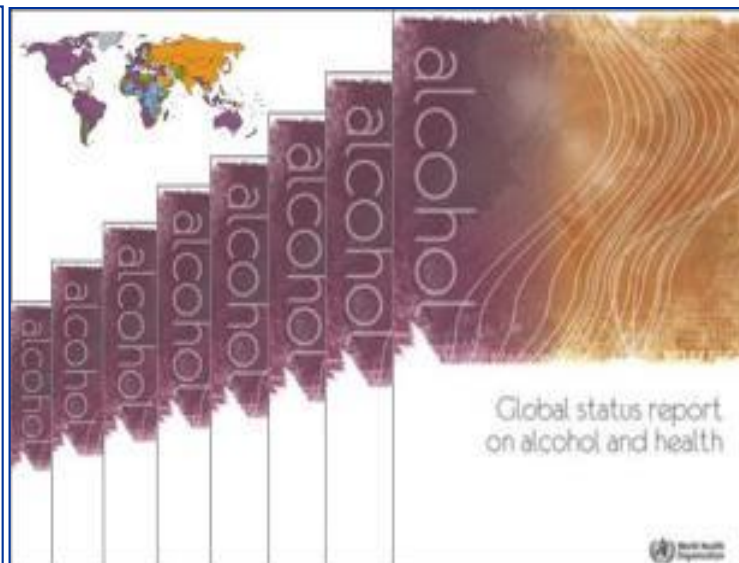
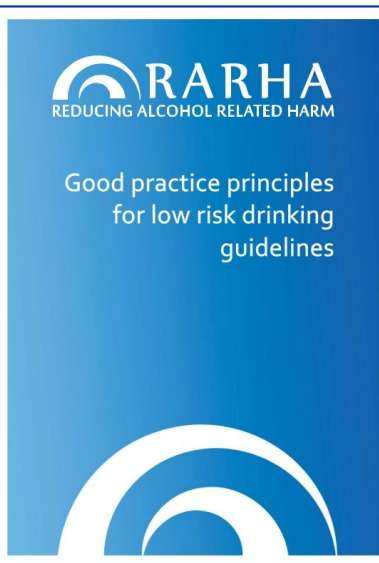
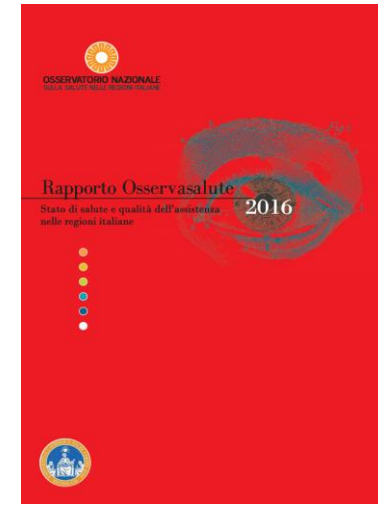
Vice Presidente EUFAS – Federazione Europea Società Scientifiche sulle DIPENDENZE

**LA REALTÀ ITALIANA DELLA
CIRROSI EPATICA TRA TERAPIE
E IMPATTO SOCIO ECONOMICO**

**2019 MOTORE
SANITÀ**
Centre il Cambiamento



Epidemiologia e monitoraggio alcolcorrelato Il contributo dell'ISS





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

ALCOL in ITALIA

Consumatori (11+)	35 milioni [M=20 milioni - F=15 milioni]
Consumatori quotidiani (11+)	11,6 milioni [M = 8,6 milioni - F = 3 milioni]
Consumatori a rischio (11+)	8,6 milioni [M = 6,1 milioni - F = 2,5 milioni]
Consumatori a rischio (11-25)	1.550.000
Consumatori a rischio (11-17)	700.000
Consumatori a rischio (18-20)	330.000
Consumatori a rischio (21-25)	520.000
Consumatori a rischio (65+)	2,7 milioni
Consumatori a rischio (65-74)	1.350.000
Consumatori a rischio (75-84)	1.050.000
Consumatori a rischio (85+)	300.000
Binge drinkers (11+)	4,0 milioni [M = 3 milioni - F = 1 milione]
Binge drinkers (11-25)	900.000
Binge drinkers (11-17)	100.000
Binge drinkers (18-20)	310.000
Binge drinkers (21-25)	490.000
Eccedenti le linee guida su base abituale (11+)	5,5 milioni [M = 3,9 milioni - F = 1,6 milioni]
Consumatori dannosi (18+)	690.000 [M = 440.000 - F = 250.000]
Alcol dipendenti	67.975 in carico

E. Scafato, APD 2019

ITALIA : CONSUMI PRO-CAPITE (2016)

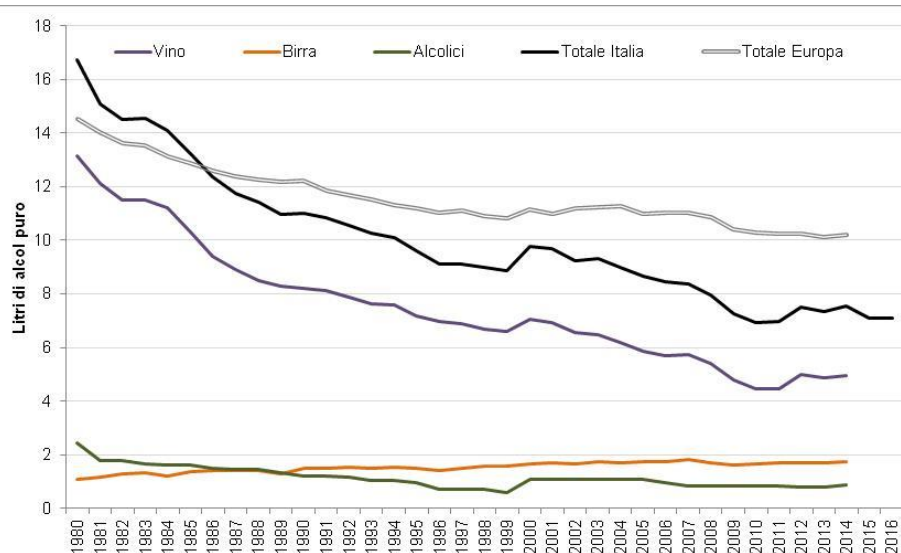


Figura 1. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Anni 1980-2016
Fonte Rapporto Istisan 19/5



RAPPORTI ISTISAN 19/5

Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni
Validazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol
sull'impatto del consumo di alcolici nel sistema sanitario
della attività del Piano Nazionale Alcol e Salute
Rapporto 2019

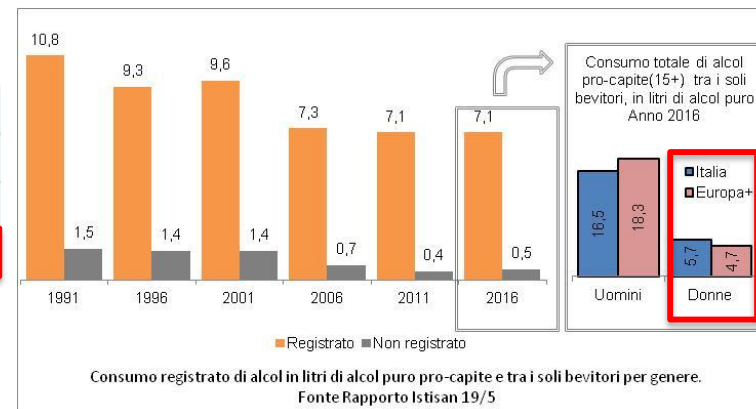
Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	2010*	2016*
Recorded	6.8	7.1
Unrecorded	0.4	0.5
Total**	7.0	7.5
Total males / females	11.6 / 2.8	12.5 / 2.8
WHO European Region	11.2	9.8

* Three-year averages of recorded and unrecorded for 2009-2011 and 2015-2017; ** adjusted for tourist consumption.

Total alcohol per capita (15+) consumption, **drinkers only** (in litres of pure alcohol), 2016

	Litres
Males (15+)	16.5
Females (15+)	5.7
Both sexes (15+)	12.0

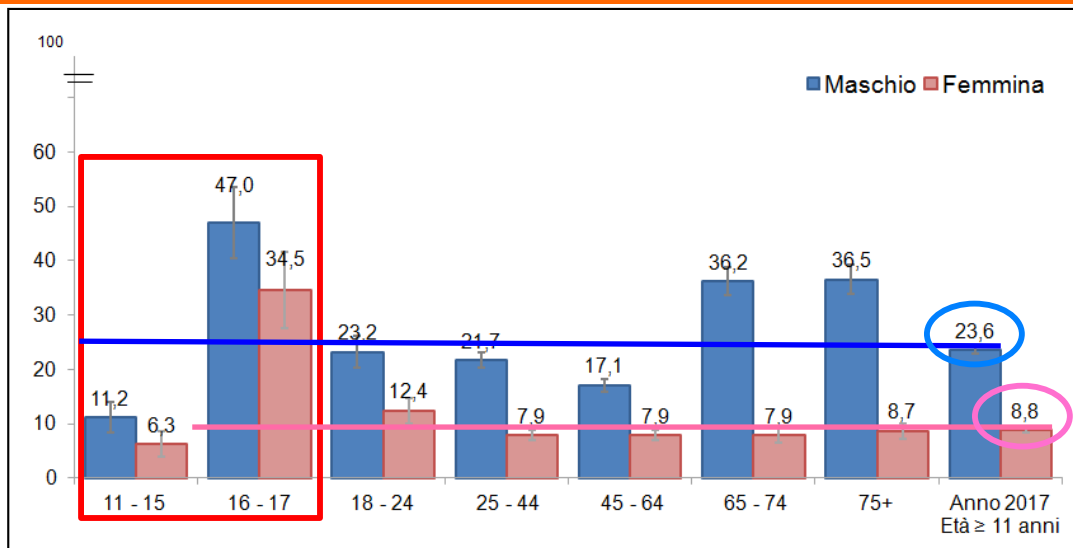


Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite e tra i soli bevitori per genere.
Fonte Rapporto Istisan 19/5

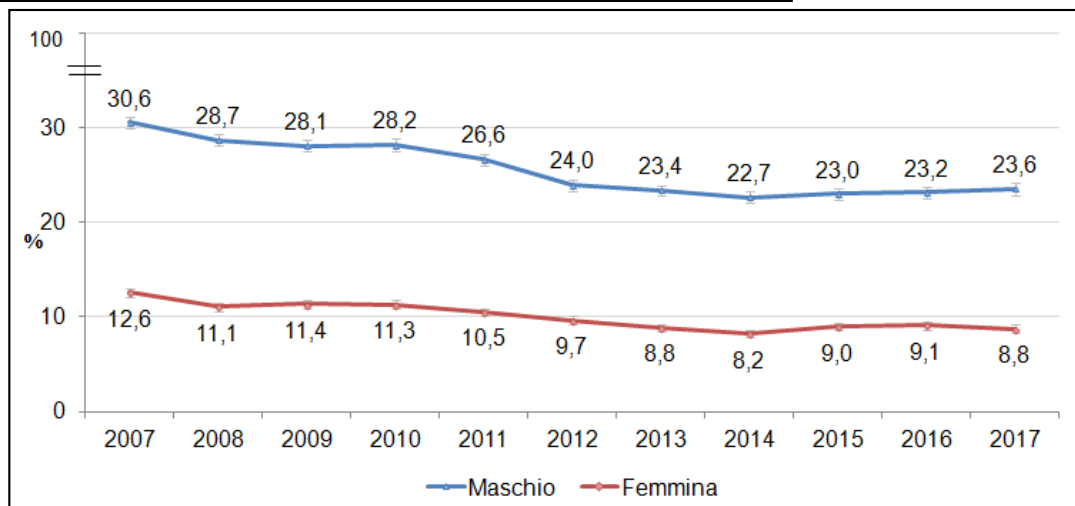
E. Scafato, APD 2019



8,6 milioni di consumatori a rischio ITALIA 2017



**GIOVANI & ANZIANI
MASCHI**
superano la media
nazionale e
rappresentano i picchi
dei consumatori a
rischio in ITALIA



E. Scafato, APD 2019



RAPPORTI ISTISAN 1915
ISSN 1120-3171 (online) • 2006-2019 (carta)

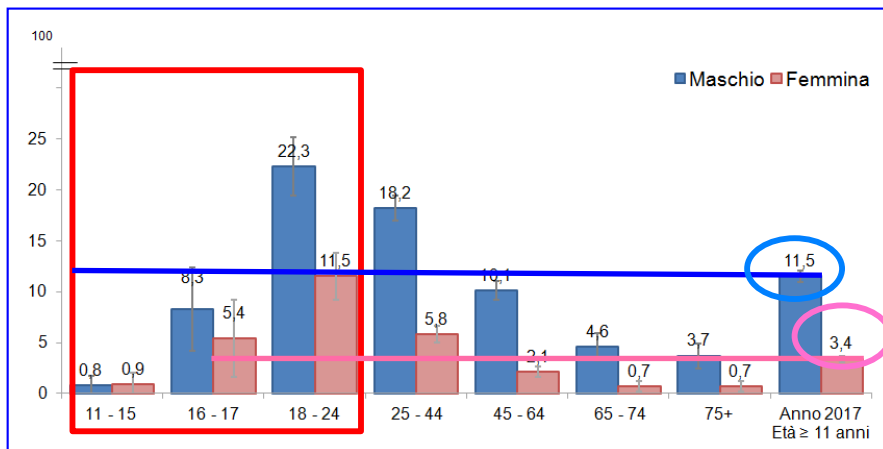
Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
della politica del Piano Nazionale Alcol e Salute

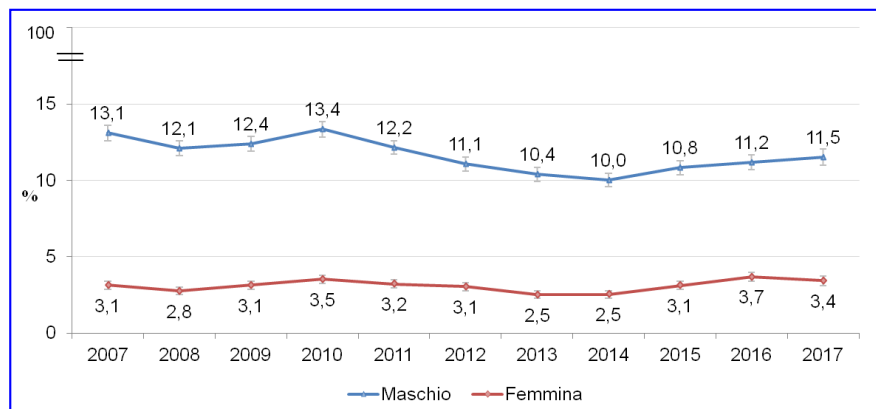
Rapporto 2019



Prevalenza (%) ISS consumatori *binge drinking* (12 mesi prec.) Prevalenza (%) OMS Heavy Episodic Drinking (ultimi 30 gg)



**4 milioni di BINGE DRINERS.
ITALIA 2017**



Global status report
on alcohol and health
2018

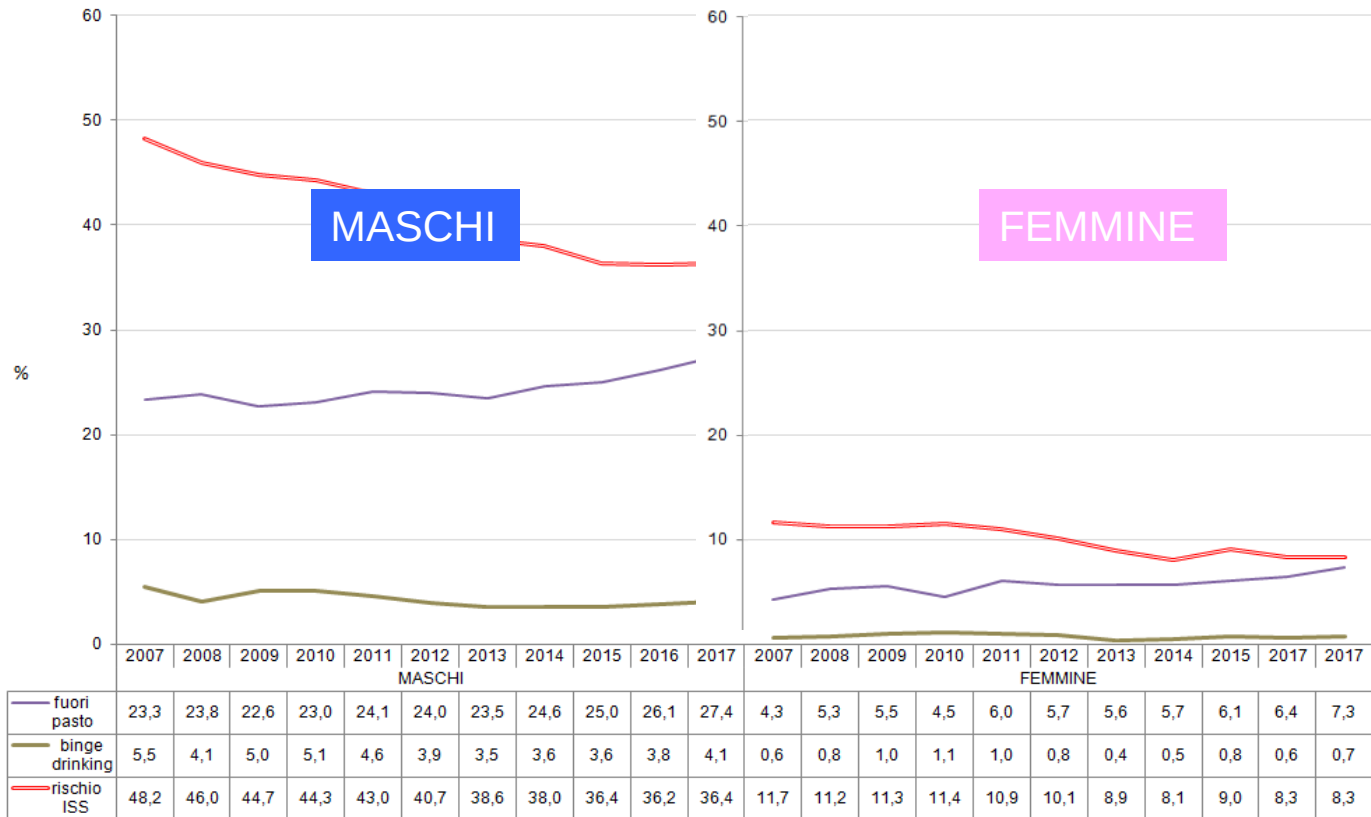


Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2016

	Population (15+ years)	Drinkers only (15+ years)	Population (15-19 years)	Drinkers only (15-19 years)
Males	36.4	44.9	37.1	57.6
Females	8.3	15.2	8.2	22.5
Both sexes	22.1	32.6	23.0	45.4

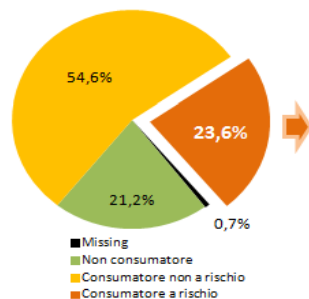
* Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Prevalenze(%) comportamenti a rischio Anziani 65+ anni



Incremento binge drinking (M) e fuori pasto (M F)
Plateau dei consumatori a rischio
Linee guida?

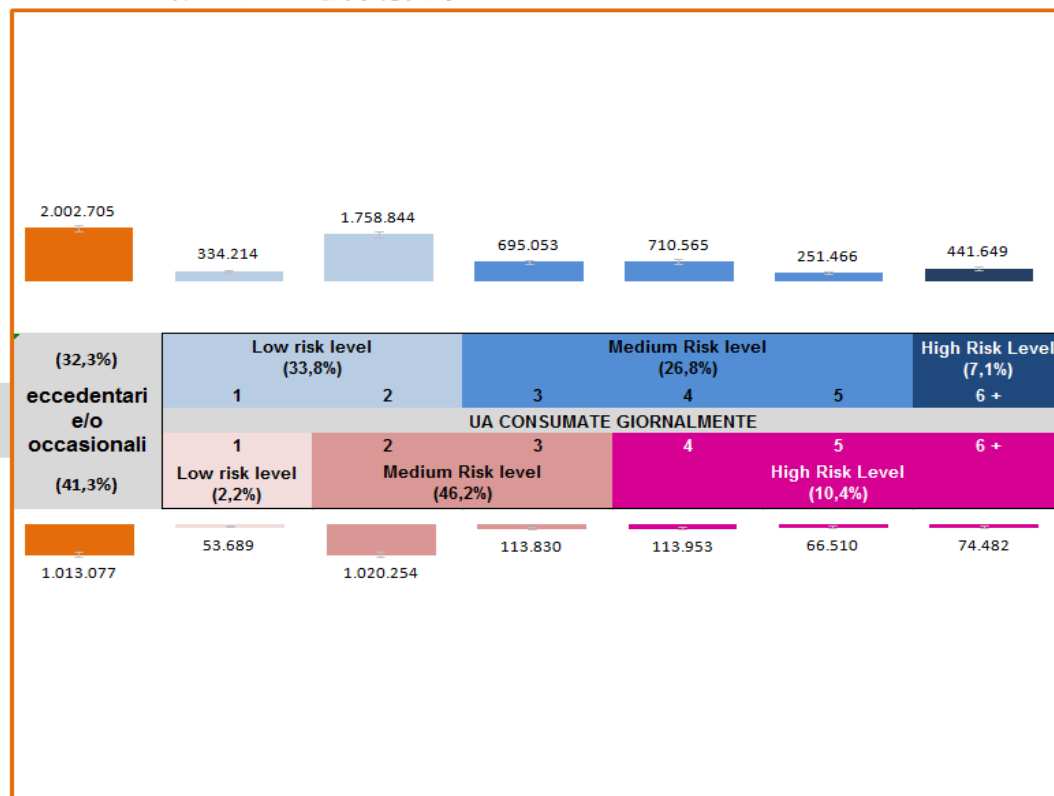
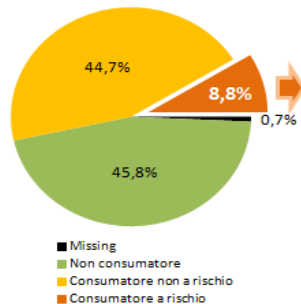
690.000 consumatori di età ≥ 11 anni "HIGH RISK "



Maschi (%)

POPOLAZIONE 11+

Femmine (%)

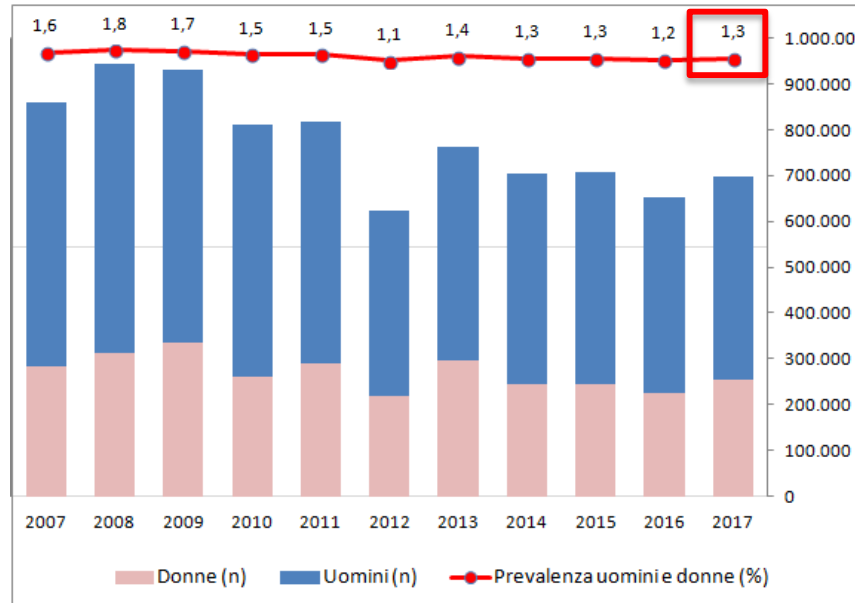


Dei circa **8,6 milioni di consumatori a rischio** di età superiore ai **11 anni** (M=23.6%; F=8.8%)
identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile stimare in:

440.000 i consumatori "dannosi"
250.000 le consumatrici giornaliere "dannose"

Prevalenza(%) consumatori DANNOSI

TREND 2007-2017 – ITALIA (DATI ISS e OMS)



Sostanzialmente invariato nel tempo il dato dei consumatori dannosi a testimonianza della carenza d'interventi volti a prevenire il consumo dannoso di alcol. Tra i consumatori dannosi sono ricompresi gli alcol dipendenti di cui SOLO il 9 % è in carico ai servizi del SSN rimanendo non intercettato il 91 % circa di coloro "in need for treatment"



Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2016*

	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	1.7	0.8
Females	1.0	0.5
Both sexes	1.3	0.6
WHO European Region	8.8	3.7

* 12-month prevalence estimates (15+); **including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

E. Scafato, APD 2019



ALCOLDIPENDENTI (Numero Utenti) Classi di età e proiezioni

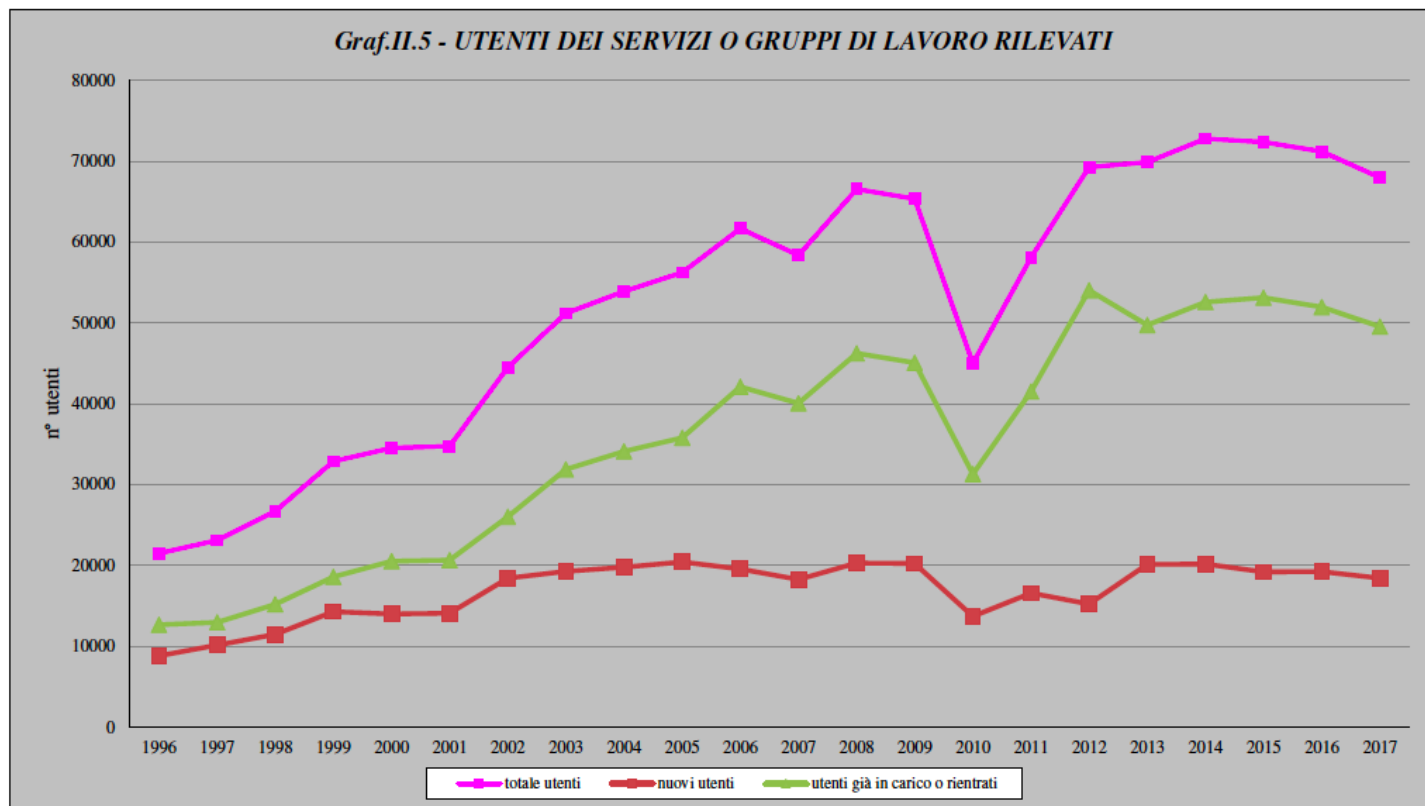
PERCHE' SOLO 69.000 dei 695.000 stimabili ?



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

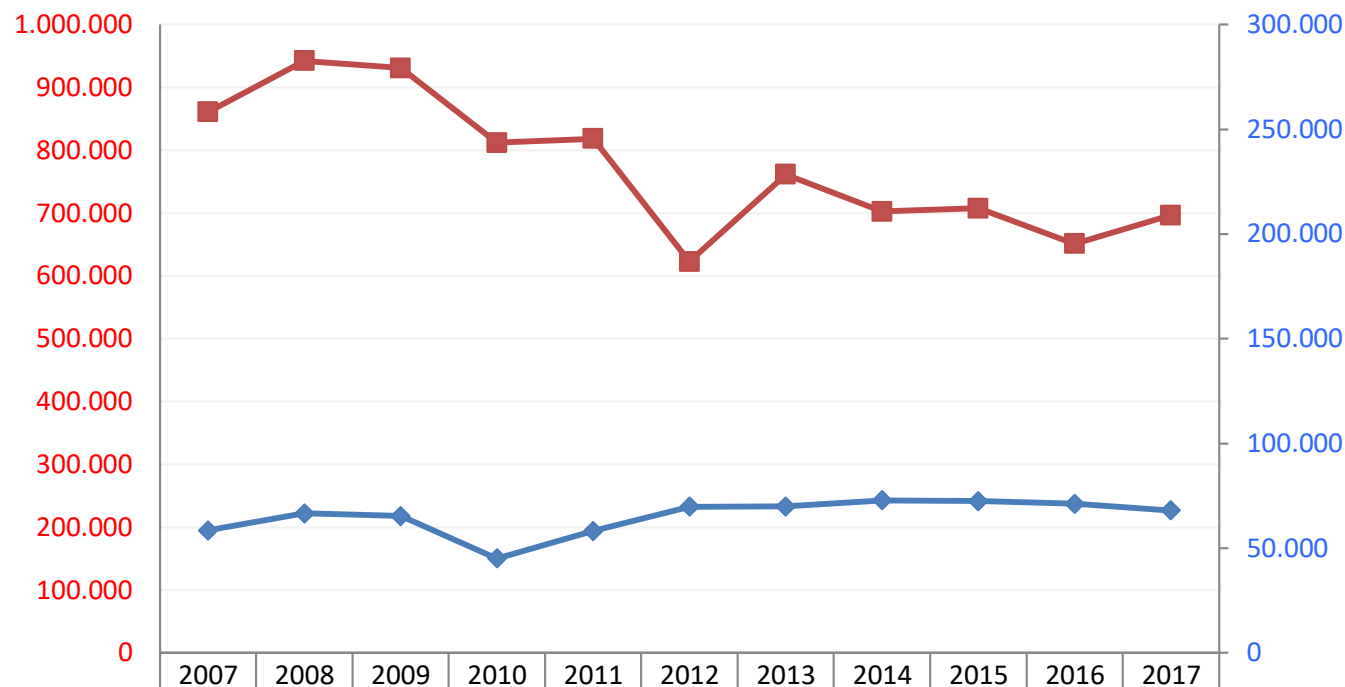


Graf.II.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI





CONSUMATORI DANNOSI (*in need for treatment*) e ALCOLDIPENDENTI : GAP DA COLMARE



Consumatori dannosi	860.782	942.529	931.186	812.209	818.474	622.849	761.585	702.640	707.782	651.062	696.595
Utenti totali	58378	66548	65360	45027	58122	69770	69880	72784	72377	71219	67975

**Oltre il 90 % dei consumatori con danno da alcol richiedenti un
INTERVENTO/TRATTAMENTO NON è INTERCETTATO dal SSN**

E. Scafato, APD 2019

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

Dei circa **8,6 milioni di consumatori a rischio** di età superiore ai 11 anni (M=23.6%; F=8.8%) identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile stimare in:

440.000 i consumatori "dannosi"
250.000 le consumatrici giornaliere "dannose"

**ALCOLDIPENDENTI
IN CARICO
AI SERVIZI**

**ALCOLDIPENDENTI
67.975**

**18.440
NUOVI UTENTI**

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

**Consumatori
Dannosi
690.000**

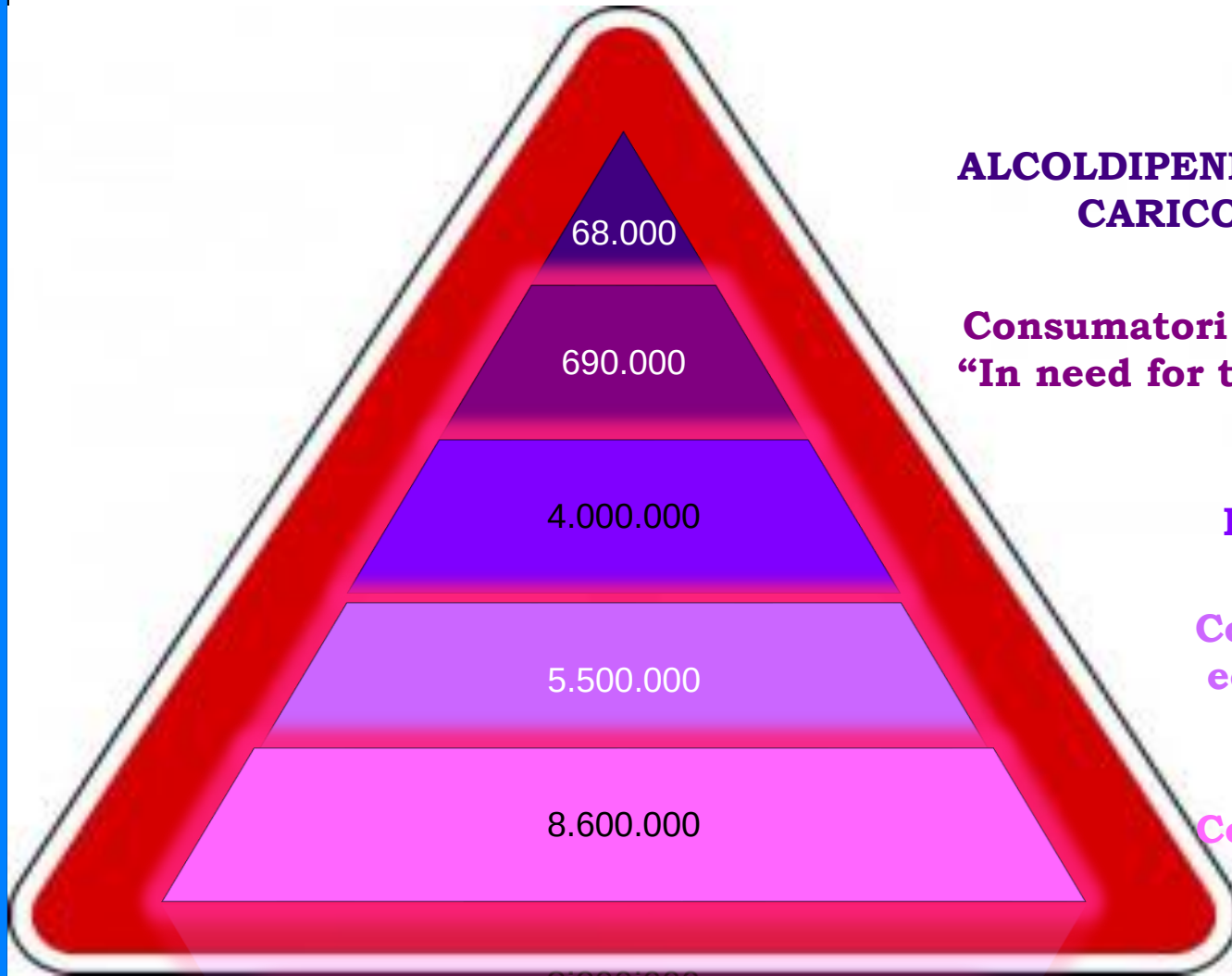
(M=440.000 -F=250.000)

ALCOLDIPENDENTI





PREVENZION...



**ALCOLDIPENDENTI IN
CARICO AL SSN**

**Consumatori DANNOSI
"In need for treatment"**

**BINGE
DRINKERS**

**Consumatori
eccedentari
quotidiani**

**Consumatori
a RISCHIO**



PREVENZIONE ALCOL-CORRELATA



Prevenire il rischio



Prevenire il danno

Prevenire o rallentare le complicanze



Prevenire le DIPENDENZE

ALCOL: IMPATTO SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Mortalità

Dimissioni ospedaliere

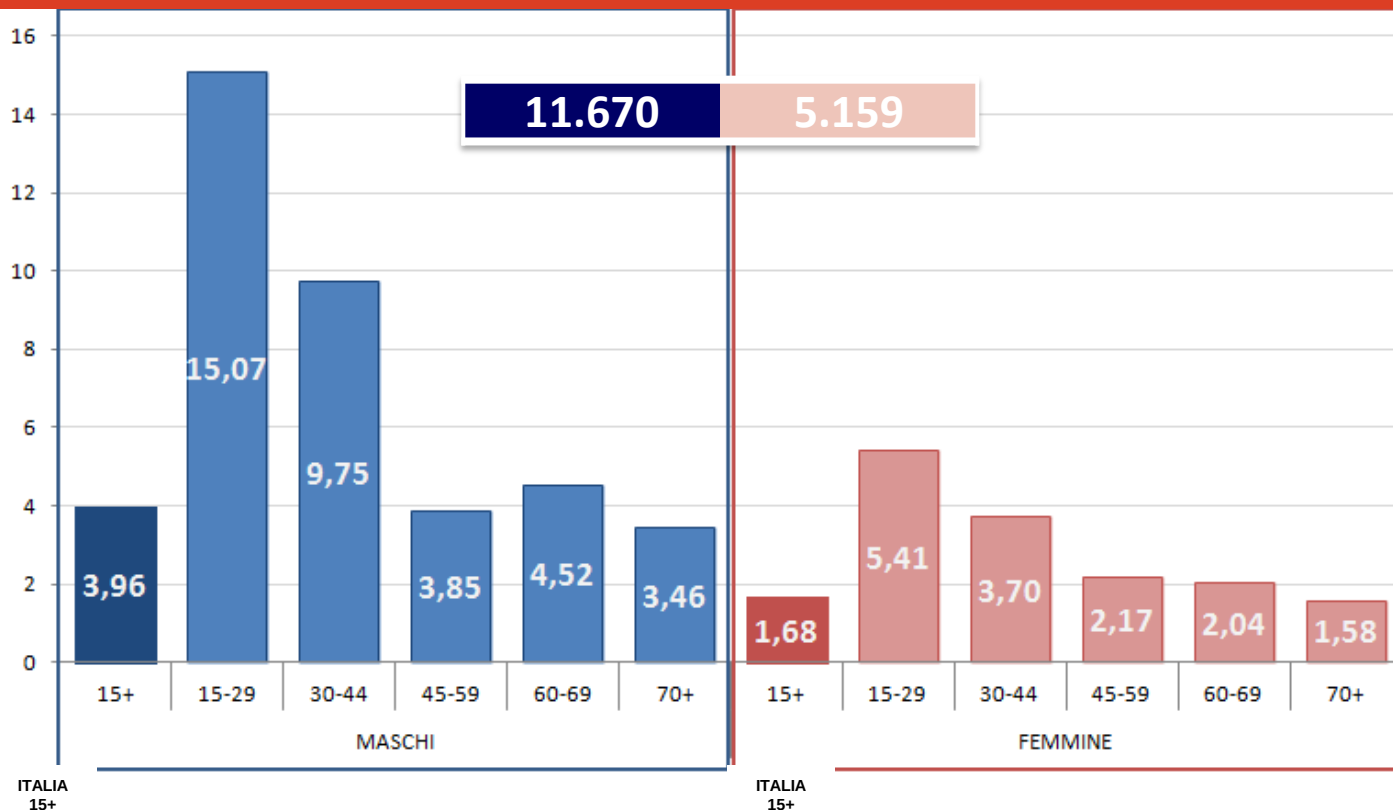
Accessi al Pronto Soccorso



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

17.000 morti /anno (ITALIA 2010)

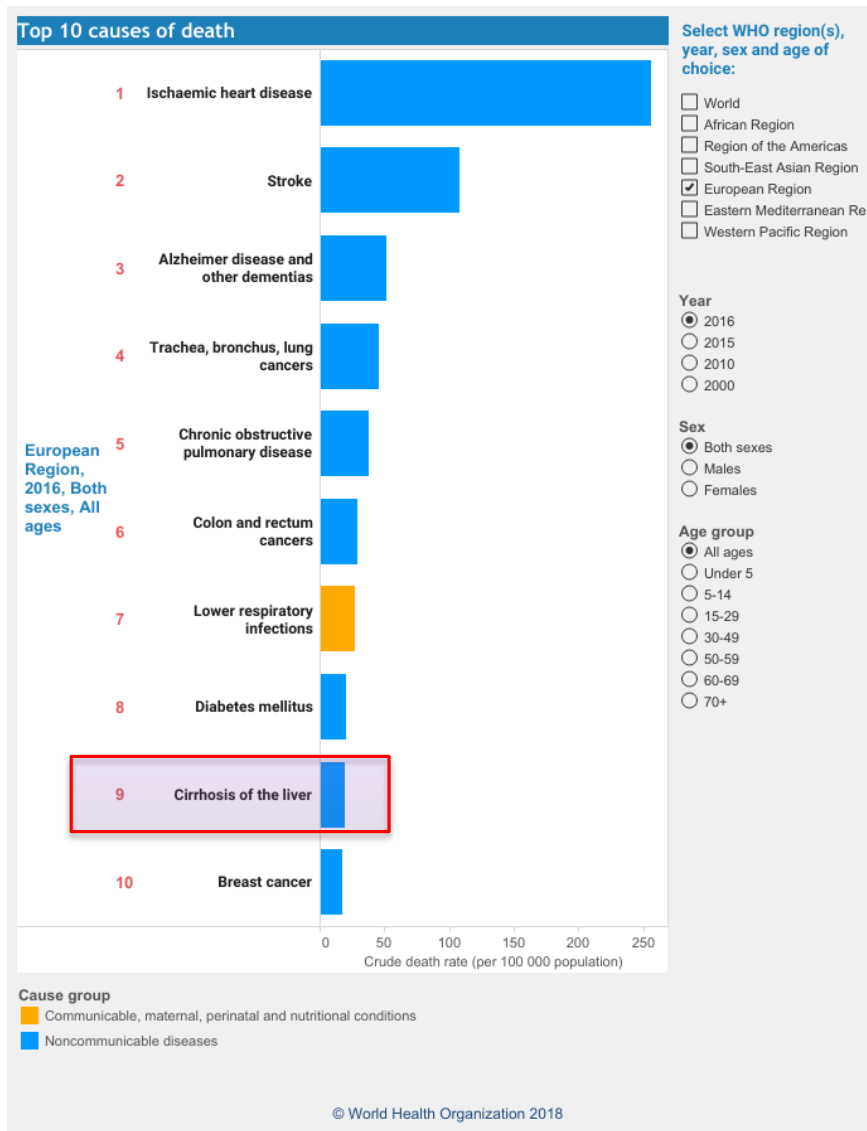
Prima causa di morte tra i GIOVANI



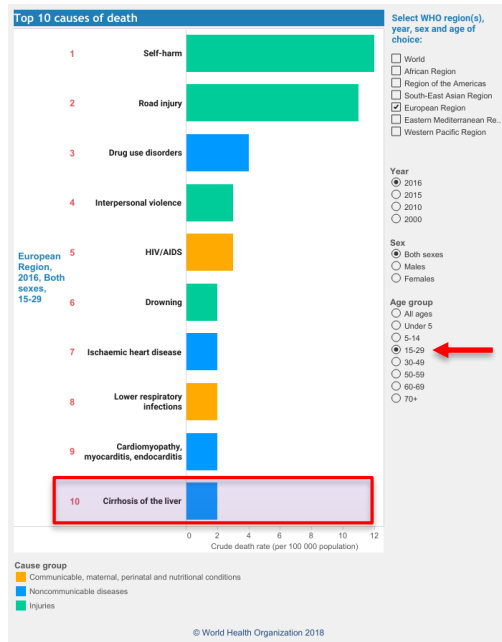
- **Circa 17.000 persone di età > a 15 anni** (circa 12.000 uomini e 5.000 donne), muoiono ogni anno in Italia per una causa di morte totalmente o parzialmente alcol correlata
- Tutti i decessi sono potenzialmente evitabili (parzialmente o totalmente) a fronte di un corretta interpretazione del bere

TOP 10 CAUSES OF DEATH

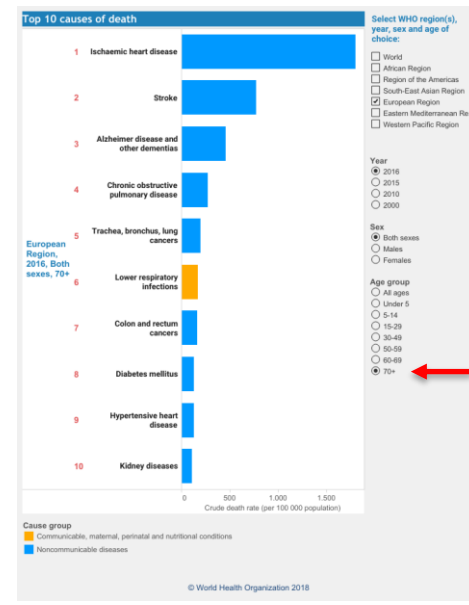
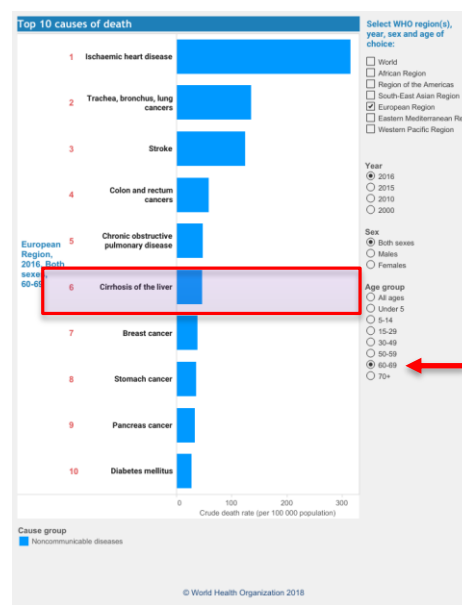
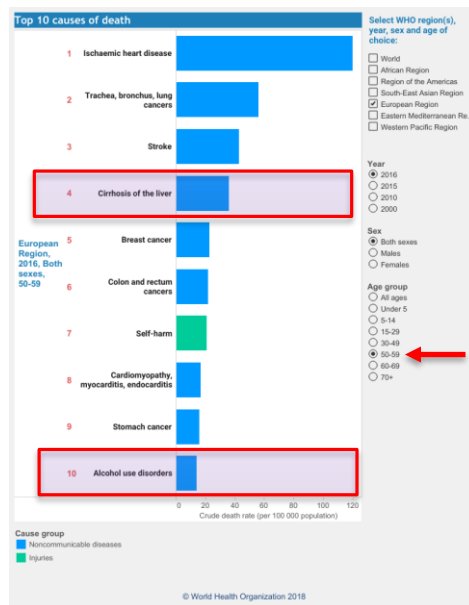
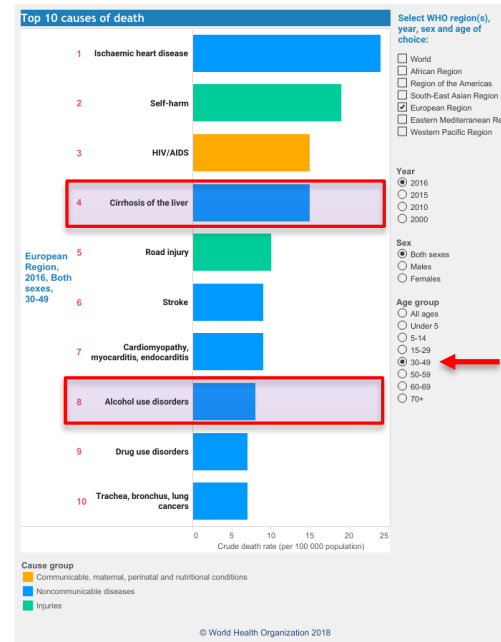
European Region. 2016



https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

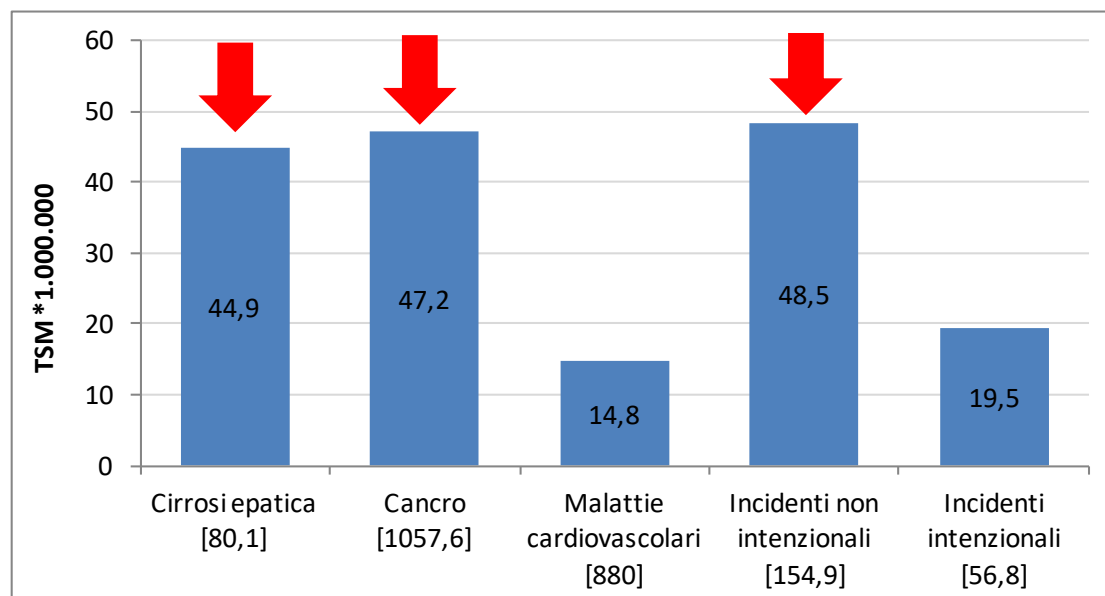


TOP 10 CAUSES OF DEATH 2016



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

Tasso standardizzato di mortalità (TSM/100.000) per decessi alcol-attribuibili



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

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



ISS. Decessi alcol-attribuibili

Tassi standardizzati (per 100.000) per sesso. TREND



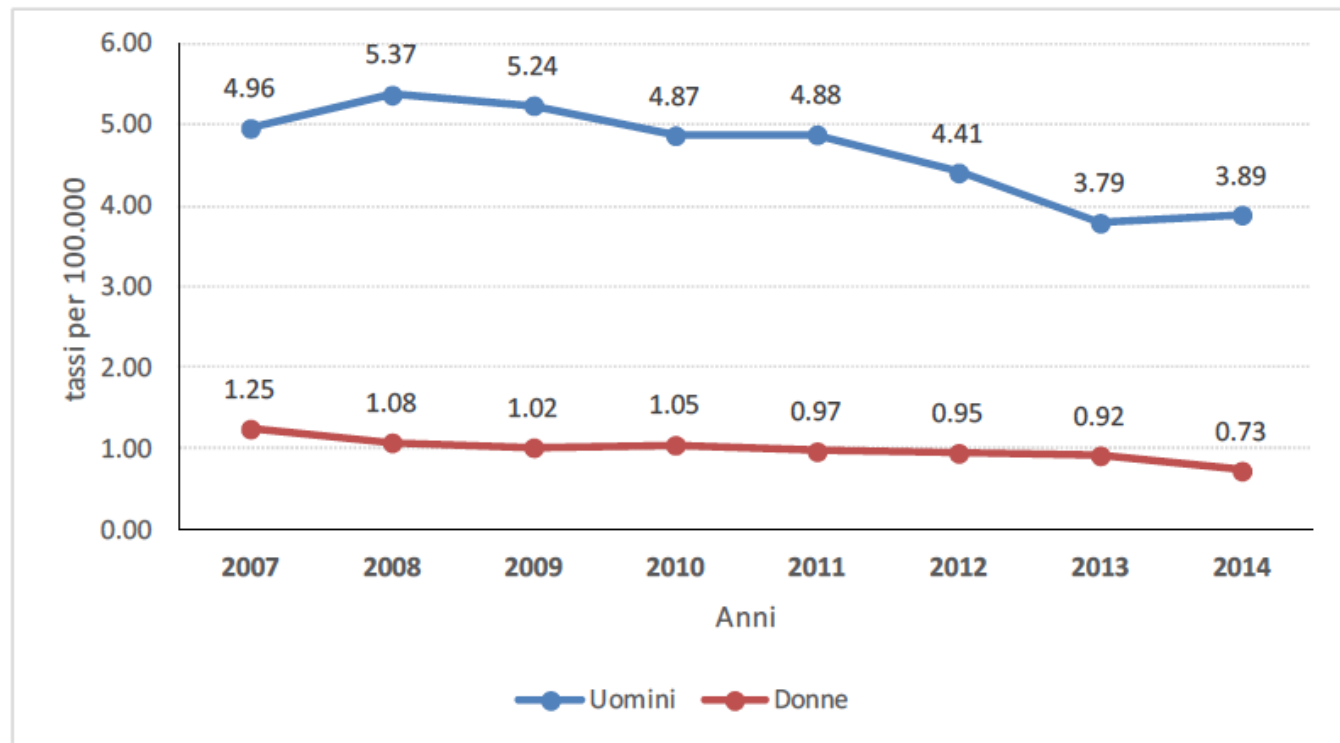
Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.9.85, N. 128
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI"



Alcohol
Prevention
Day

Figura I.11 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2014

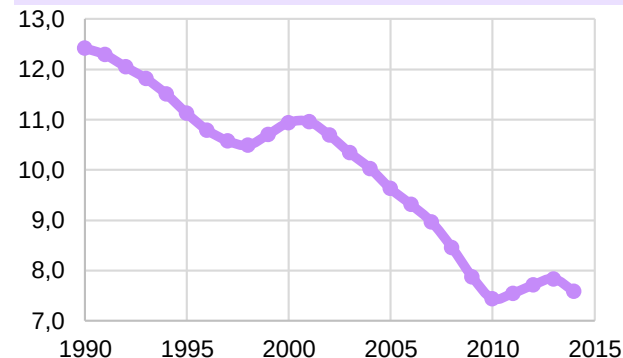




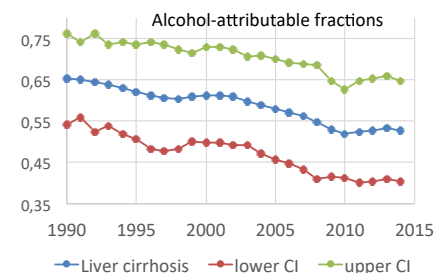
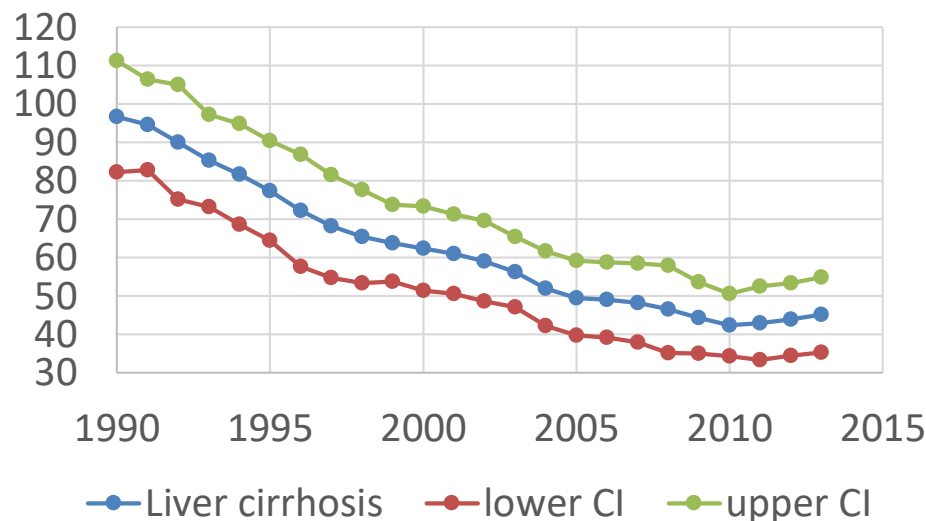
Consumo pro-capite e tassi standardizzati di mortalità attribuibile all'alcol

Per CIRROSI per l'Italia (trend 1990-2015)

Per capita pure alcohol consumption (lt/year)



Standardized mortality alcohol-attributable liver cirrhosis per 100,000

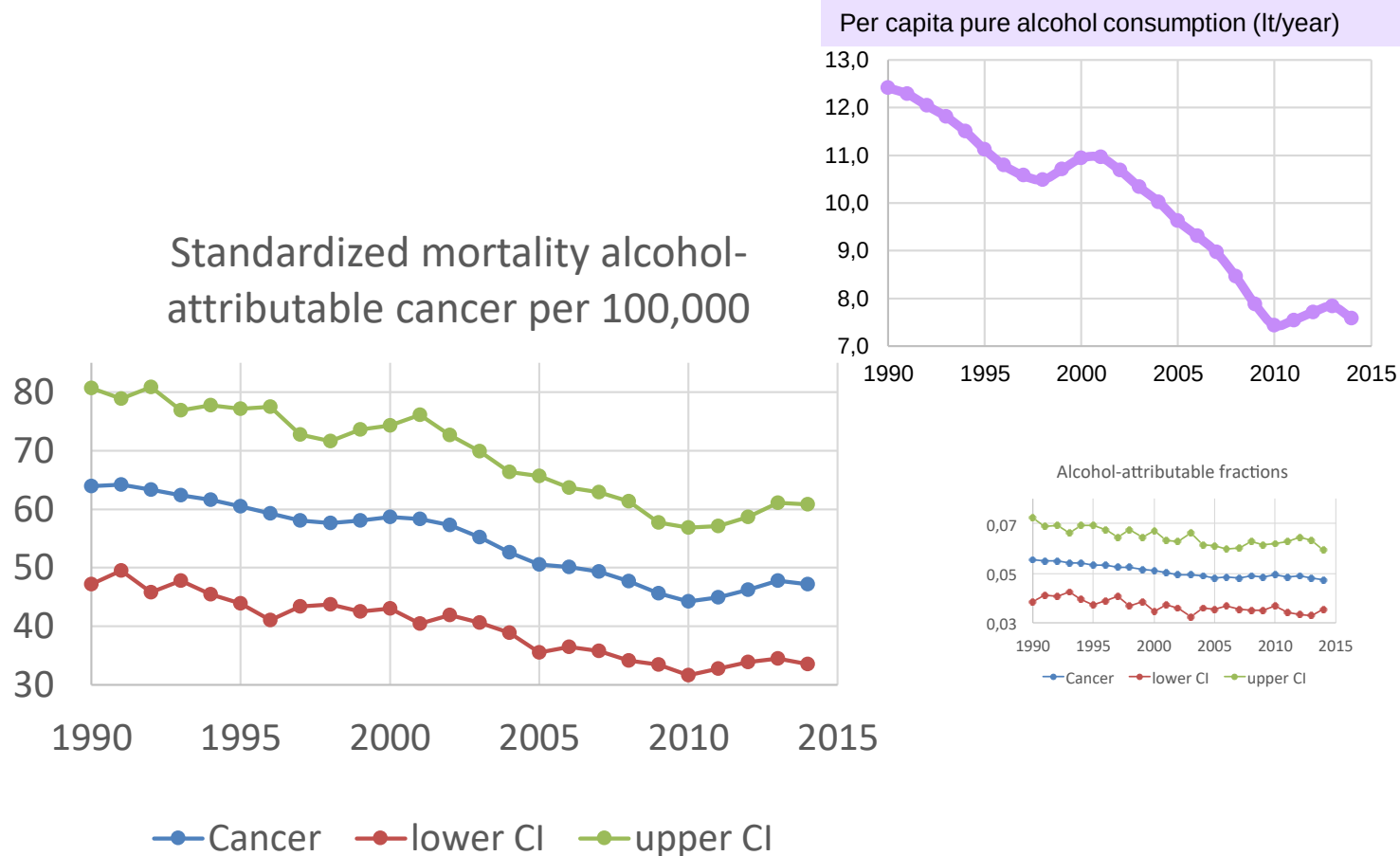


Exposure data ISS Scafato E, Ghirini S

REHM J. , APD 2016



Consumo pro-capite e tassi standardizzati di mortalità attribuibile all'alcol per **CANCRO** per l'Italia (trend 1990-2015)



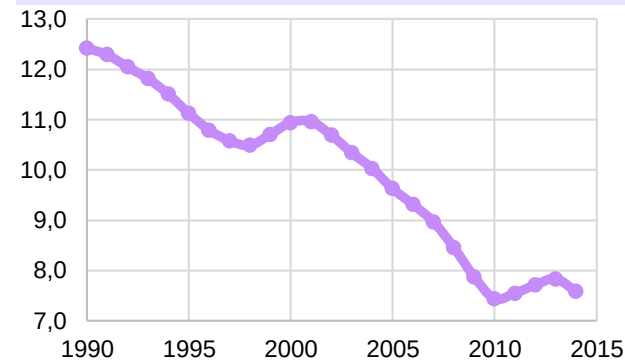
Exposure data ISS Scafato E, Ghirini S

REHM J. , APD 2016

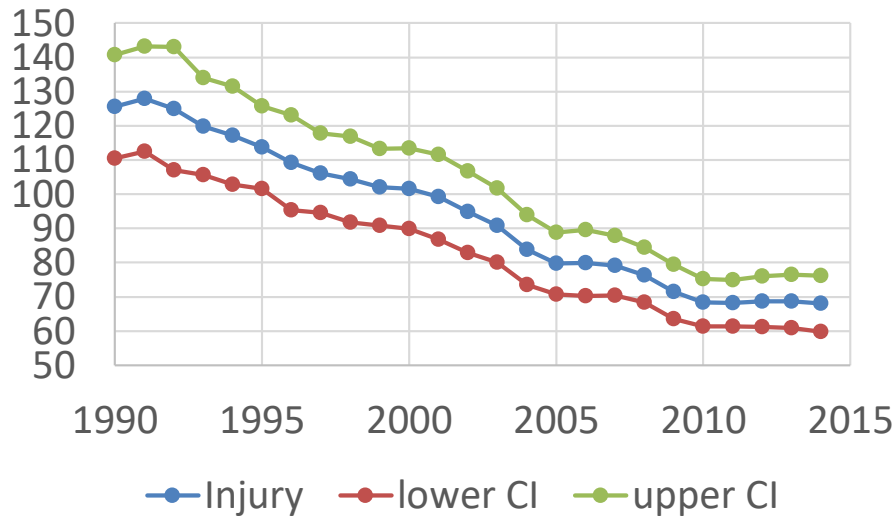


Consumo pro-capite e tassi standardizzati di mortalità attribuibile all'alcol per INCIDENTI per l'Italia (trend 1990-2015)

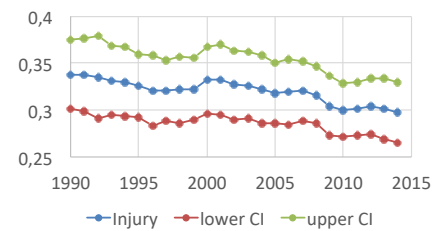
Per capita pure alcohol consumption (lt/year)



Standardized mortality alcohol-attributable injury per 100,000



Alcohol-attributable fractions



Exposure data ISS Scafato E, Ghirini S

REHM J. , APD 2016



Patologie totalmente Alcol Attribuibili (AA)

Tasso STD *100.000 abitanti (n.)

Mortalità



Dimissioni ospedaliere



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE (N.338) S. 128
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI"



Le 25 cause di morte più frequenti nel nostro Paese

Nel 2014, sono 25 le cause di morte in Italia che spiegano circa il 75% del totale dei decessi e tranne qualche eccezione, sono le stesse del 2003 (Tabella 1). Tra le prime dieci cause le malattie ischemiche del cuore (69.653 decessi, 11,6% del totale), le malattie cerebrovascolari (57.230, 9,6%) e le altre malattie del cuore (49.554, 8,3%) si confermano nelle prime tre posizioni. Sebbene queste siano ancora le cause di morte più rilevanti, vi è stata una forte diminuzione della frequenza assoluta dei decessi e soprattutto una riduzione di oltre il 35% dei tassi di mortalità. Queste tre cause, infatti, contribuiscono maggiormente al calo della mortalità complessiva osservata in Italia in questo periodo.

TABELLA 1. LE 25 CAUSE DI MORTE PIÙ FREQUENTI IN ITALIA. Rango (posizione nella graduatoria), valori assoluti e percentuali sul totale delle cause, tassi standardizzati per età (valori 10.000 residenti). Anni 2003 e 2014

Cause di morte (Ordinamento secondo il numero dei decessi nel 2014)	2003				2014				Variazione rango 2003-2014	Variazione % tasso 2003-2014
	Rango	Numero decessi	% su totale	Tasso	Rango	Numero decessi	% su totale	Tasso		
Malattie ischemiche del cuore	1	82.059	13,9	15,6	1	69.653	11,6	9,8	↔	-37,2
Malattie cerebrovascolari	2	68.927	11,7	13,4	2	57.230	9,6	8,0	↔	-40,5
Altre malattie del cuore	3	51.017	8,7	10,1	3	49.554	8,3	7,0	↔	-30,5
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	4	32.264	5,5	5,7	4	33.386	5,6	4,9	↔	-13,7
Malattie ipertensive	6	22.325	3,8	4,4	5	30.690	5,1	4,3	↑	-1,3
Demenza e Malattia di Alzheimer	9	14.685	2,5	2,8	6	26.600	4,4	3,7	↑	29,1
Malattie croniche basse vie respiratorie	5	23.325	4,0	4,5	7	20.234	3,4	2,8	↓	-36,8
Diabete mellito	7	19.759	3,4	3,7	8	20.183	3,4	2,8	↓	-23,0
Tumori maligni di colon, retto e ano	8	17.255	2,9	3,1	9	18.671	3,1	2,7	↓	-13,8
Tumori maligni del seno	10	11.589	2,0	2,1	10	12.330	2,1	1,8	↔	-13,5
Tumori maligni del pancreas	15	8.777	1,5	1,6	11	11.186	1,9	1,6	↑	3,9
Malattie del rene e dell'uretere	17	8.110	1,4	1,6	12	10.043	1,7	1,4	↑	-9,5
Tumori maligni del fegato	12	9.841	1,7	1,7	13	9.915	1,7	1,4	↓	-17,1
Tumori maligni dello stomaco	11	11.024	1,9	2,0	14	9.557	1,6	1,4	↓	-31,0
Influenza e Polmonite	14	8.878	1,5	1,8	15	9.413	1,6	1,3	↓	-25,6
Tumori non maligni	16	8.127	1,4	1,5	16	8.204	1,4	1,2	↔	-22,8
Setticemia	31	2.490	0,4	0,5	17	7.636	1,3	1,1	↑	131,1
Tumori maligni della prostata	18	7.707	1,3	1,4	18	7.174	1,2	1,0	↔	-29,8
Leucemia	20	5.561	0,9	1,0	19	6.049	1,0	0,9	↑	-12,3
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	13	9.742	1,7	1,7	20	6.035	1,0	0,9	↓	-48,7
Tumori maligni della vescica	21	5.116	0,9	0,9	21	5.610	0,9	0,8	↔	-14,5
Morbo di Hodgkin e Linfomi	22	4.885	0,8	0,9	22	5.175	0,9	0,8	↔	-13,3
Morbo di Parkinson	24	3.391	0,6	0,6	23	5.110	0,9	0,7	↑	10,8
Tumori maligni del cervello e del SNC	25	3.108	0,5	0,5	24	4.237	0,7	0,6	↑	17,6
Suicidio e autolesione intenzionale	23	4.075	0,7	0,7	25	4.147	0,7	0,6	↓	-8,5
Prime 25		444.037	75,4			448.022	74,8			
Altre		144.860	24,6			150.648	25,2			
Totale		588.897	100,0	110,8		598.670	100,0	85,3		-23,0



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE (N. 308) DEL 28
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI"



ALCOL: 57.000 DIMISSIONI OSPEDALIERE /ANNO

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate [TAB.I.6] mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,4% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (23,4%). I ricoveri per effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (14,2%).

TAB.I.6 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2016

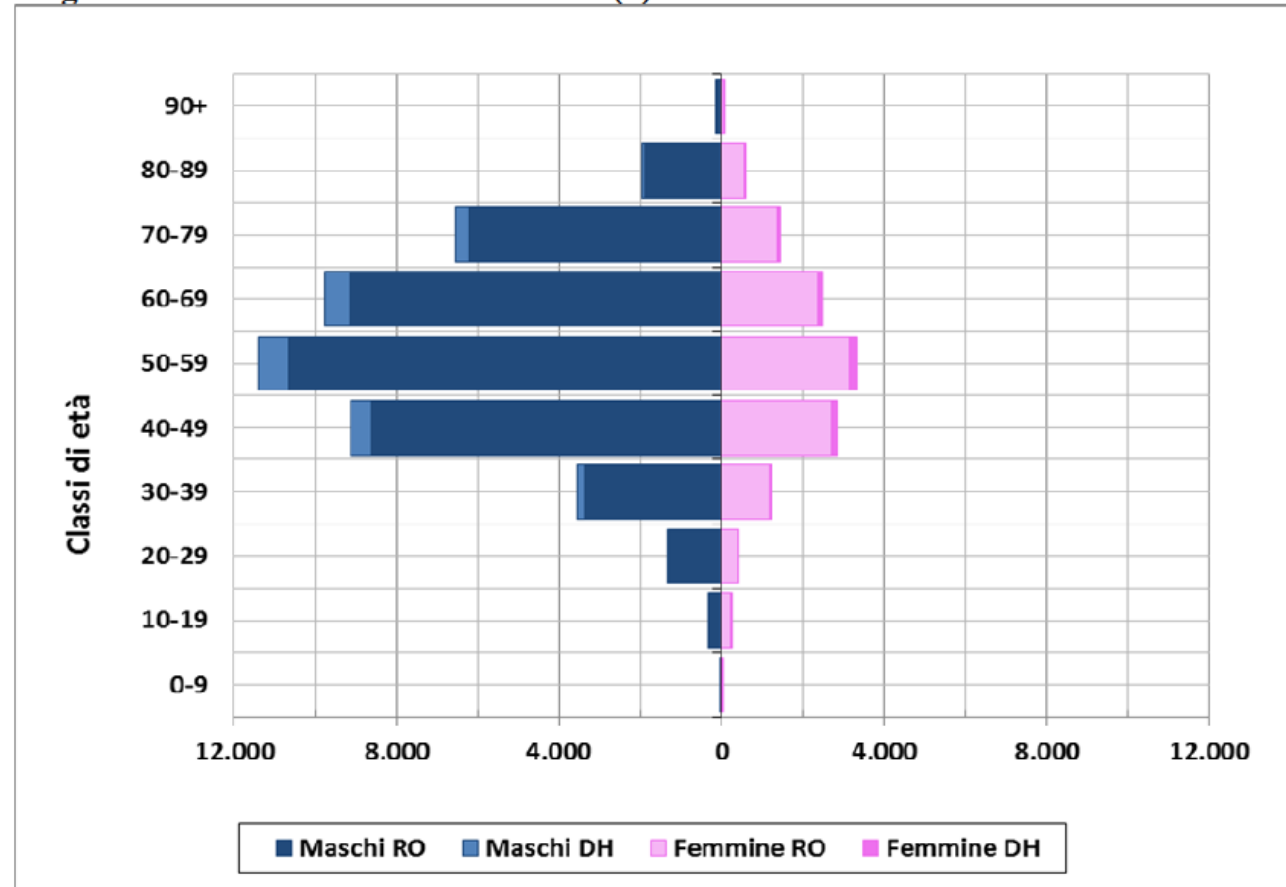
Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.739	3,9	466	3,7	2.205	3,9
Sindrome da dipendenza da alcol	303	9.623	21,8	3.667	28,9	13.290	23,4
Abuso di alcol	305.0	5.672	12,9	2.371	18,7	8.043	14,2
Polineuropatia alcolica	357.5	418	0,9	101	0,8	519	0,9
Cardiomiopatia alcolica	425.5	207	0,5	15	0,1	222	0,4
Gastrite alcolica	535.30 535.31	107	0,2	52	0,4	159	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	26.104	59,2	5.930	46,8	32.034	56,4
Effetti tossici dell'alcol	980	4	0,0	1	0,0	5	0,0
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	232	0,5	64	0,5	296	0,5
Totale		44.106	100	12.667	100	56.773	100

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

ALCOL: 57.000 DIMISSIONI OSPEDALIERE /ANNO

GRAF.I.2 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2016



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.9.85 N. 135
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI"



**Alcohol
Prevention
Day**

ALCOL: 57.000 DIMISSIONI OSPEDALIERE /ANNO (picco 45-64 anni)

La **TAB.I.9** fornisce indicazioni sul volume complessivo dei ricoveri per diagnosi attribuibili all'alcol, distinti per regione di ricovero, genere e classe di età. Il numero più elevato di ricoveri si rilevano in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

TAB.I.9 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2016

REGIONE	Maschi						Femmine					
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale
Piemonte	3	764	1.948	681	358	3.754	9	297	663	220	106	1.295
Valle d'Aosta	-	43	78	97	31	249	-	11	18	6	5	40
Lombardia	30	1.509	2.929	1.283	771	6.522	48	461	944	290	179	1.922
P.A. Bolzano	9	171	427	242	137	986	8	50	147	41	50	296
P.A. Trento	1	76	275	157	89	598	-	18	74	33	35	160
Veneto	7	739	1.995	1.071	609	4.421	5	294	699	297	176	1.471
Friuli V.G.	1	165	635	480	338	1.619	-	43	208	137	121	509
Liguria	4	418	815	341	173	1.751	5	124	311	91	48	579
Emilia Romagna	7	962	2.053	699	444	4.165	7	388	763	185	113	1.456
Toscana	14	413	1.109	444	220	2.200	9	236	434	130	110	919
Umbria	6	98	218	112	89	523	4	47	76	27	21	175
Marche	1	508	781	223	131	1.644	1	170	254	55	36	516
Lazio	15	671	1.783	526	322	3.317	14	208	384	119	79	804
Abruzzo	8	162	540	198	114	1.022	4	75	92	42	23	236
Molise	2	37	185	45	42	311	-	11	33	20	9	73
Campania	15	612	1.506	385	218	2.736	21	166	374	84	77	722
Puglia	17	555	1.218	397	200	2.387	22	121	254	87	34	518
Basilicata	1	73	251	118	84	527	-	18	46	12	9	85
Calabria	11	151	536	253	113	1.064	4	44	87	41	29	205
Sicilia	13	433	1.033	282	129	1.890	6	94	199	47	23	369
Sardegna	22	335	1.261	476	326	2.420	11	75	146	49	36	317
ITALIA	187	8.895	21.576	8.510	4.938	44.106	178	2.951	6.206	2.013	1.319	12.667

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE (N. 30) DEL 28
"LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI"



Alcohol
Prevention
Day



Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero
Dati SDO 2017

Gennaio 2019

Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio 6
Fonte: Elaborazione Banca Dati SDO Anno 2017

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio 6
Fonte: Elaborazione Banca Dati SDO Anno 2017

Tavola 2.2.6 - Descrizione dell'attività per DRG (versione 24) - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2017 (segue)

DRG		DIMISSIONI	GIORNI DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA (giorni)	DEGENZA MEDIA ENTRO VALORE SOGLIA	VALORE SOGLIA	DIMISSIONI DI GIORNO	1 % DIMISSIONI DI GIORNO	% DIMISSIONI DI 1-3 GIORNI	% DIMISSIONI TRA 4 GIORNI E VALORE SOGLIA	% DIMISSIONI OLTRE VALORE SOGLIA	GIORNI OLTRE VALORE SOGLIA	
(Segue MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente)													
571	M	Malattie maggiori dell'esofago	2.855	22.616	7,9	6,7	24	350	12,3	17,9	66,3	3,6	4.173
572	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	11.377	121.289	10,7	8,0	20	395	3,5	12,9	72,1	11,5	40.754
TOTALE MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente			554.650	3.897.567	7,0			99.924	18,0	23,1	55,6	3,3	563.509
MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas													
191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	8.317	138.867	16,7	14,4	57	156	1,9	13,4	81,3	3,4	23.127
192	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	7.744	65.106	8,4	7,7	37	458	5,9	23,4	69,1	1,6	6.546
193	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	2.184	40.701	18,6	17,0	60	44	2,0	6,5	89,2	2,3	4.477
194	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1.833	18.103	9,9	9,5	51	211	11,5	20,9	66,9	0,7	727
195	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	266	3.882	14,6	12,5	40	-	-	4,5	91,4	4,1	693
196	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	507	3.667	7,2	6,2	24	9	1,8	36,7	57,8	3,7	620
197	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	2.550	40.272	15,8	13,9	40	17	0,7	2,7	92,2	4,5	6.386
198	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.766	30.692	8,1	7,5	24	42	1,1	14,6	81,9	2,4	3.097
199	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	1.401	17.791	12,7	11,4	45	77	5,5	13,6	78,0	2,9	2.304
200	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	1.271	14.674	11,5	9,9	50	139	10,9	17,6	69,2	2,3	2.425
201	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	961	13.262	13,8	12,2	51	40	4,2	18,6	74,9	2,3	1.762
202	M	Cirrosi e epatite alcolica	26.138	262.730	10,1	8,7	27	1.166	4,5	14,4	76,7	4,4	45.134
203	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	40.367	379.135	9,4	8,8	35	2.938	7,3	20,4	70,6	1,7	31.659
204	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	25.099	228.379	9,1	8,1	24	900	3,6	12,1	80,5	3,8	33.782
205	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	14.145	141.820	10,0	8,7	27	668	4,7	13,6	77,2	4,4	24.253
206	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	12.756	93.805	7,4	6,6	21	883	6,9	19,7	70,0	3,4	13.106
207	M	Malattie delle vie biliari con CC	25.070	255.322	10,2	8,9	24	760	3,0	11,2	80,6	5,2	43.702
208	M	Malattie delle vie biliari senza CC	29.710	194.335	6,5	5,8	17	3.053	10,3	21,8	63,9	4,0	28.001
493	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.606	95.359	9,0	8,1	30	632	6,0	22,8	68,5	2,7	12.006
494	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	80.409	266.496	3,3	2,8	10	16.265	20,2	55,0	20,6	4,2	54.049
TOTALE MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas			295.100	2.304.398	7,8			28.458	9,6	27,2	59,5	3,7	337.856



Tavola 2.2.8 - Primi 60 DRG (versione 24) per numerosità di dimissioni - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2017 (segue)

RANGO			DRG	DIMISSIONI			% GIORNI DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA (giorni)
				NUMERO	%	% CUMUL.		
33	149	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	33.963	0,5	39,8	0,8	9,7
34	518	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	33.676	0,5	40,4	0,3	3,3
35	524	M	Ischemia cerebrale transitoria	33.461	0,5	40,9	0,5	6,8
36	055	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	33.454	0,5	41,4	0,2	2,0
37	088	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	33.304	0,5	42,0	0,7	8,6
38	124	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	32.745	0,5	42,5	0,5	7,0
39	290	C	Interventi sulla tiroide	32.668	0,5	43,0	0,2	3,0
40	337	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	32.574	0,5	43,5	0,3	4,3
41	090	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	32.228	0,5	44,0	0,6	8,6
42	210	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	31.090	0,5	44,5	0,9	13,0
43	381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	30.705	0,5	45,0	0,1	1,7
44	500	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	30.679	0,5	45,5	0,3	4,0
45	260	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	29.990	0,5	46,0	0,2	2,2
46	012	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	29.813	0,5	46,5	0,6	8,5
47	208	M	Malattie delle vie biliari senza CC	29.710	0,5	46,9	0,4	6,5
48	139	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	29.332	0,5	47,4	0,3	3,8
49	184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	26.957	0,4	47,8	0,2	3,3
50	379	M	Minaccia di aborto	26.894	0,4	48,3	0,3	4,7
51	202	M	Cirrosi e epatite alcolica	26.138	0,4	48,7	0,6	10,1
52	174	M	Emorragia gastrointestinale con CC	25.884	0,4	49,1	0,5	9,1
53	389	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	25.756	0,4	49,5	0,4	6,9
54	479	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	25.447	0,4	49,9	0,3	4,8
55	204	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	25.099	0,4	50,3	0,5	9,1
56	207	M	Malattie delle vie biliari con CC	25.070	0,4	50,7	0,6	10,2
57	298	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	24.798	0,4	51,1	0,2	3,7
58	098	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	24.292	0,4	51,5	0,3	4,5
59	538	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	24.254	0,4	51,9	0,1	2,6
60	227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	24.091	0,4	52,3	0,1	2,6
TOTALE (PRIMI 60 DRG)				3.270.830	52,3		48,6	



Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio 6
Fonte: Elaborazione Banca Dati SDO Anno 2017



Tavola 6.4 - Distribuzione della remunerazione teorica (euro) per DRG (versione 24) - Attività per Acuti - Anno 2017 (segue)

DRG			VALORE SOGLIA	REGIME ORDINARIO CASI DI 1 GIORNO	REGIME ORDINARIO CASI DI 2-3 GIORNI	REGIME ORDINARIO CASI TRA 4 GIORNI E VALORE SOGLIA	REGIME ORDINARIO CASI OLTRE VALORE SOGLIA	TOTALE REGIME ORDINARIO	TOTALE REGIME GIURNO
(Segue MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente)									
571	M	Malattie maggiori dell'esofago	24	83.080	1.709.568	6.397.312	620.874	8.810.834	242.792
572	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	20	92.880	5.072.704	28.366.728	6.845.060	40.377.372	208.800
TOTALE MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente				83.820.072	284.281.898	1.463.518.891	99.742.261	1.931.363.122	155.572.724
MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas									
191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	57	397.782	15.475.119	92.962.146	6.397.213	115.232.260	33.579
192	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	37	1.157.184	17.080.146	50.045.688	1.784.168	70.067.186	92.988
193	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	60	102.858	1.904.769	26.166.933	1.008.174	29.182.734	44.082
194	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	51	506.943	3.295.875	10.661.057	117.829	14.581.704	411.432
195	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	40	-	126.888	2.537.760	160.842	2.825.490	2.170
196	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	24	19.530	1.481.295	2.338.044	181.981	4.020.850	2.170
197	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	40	-	593.124	20.106.044	1.295.012	21.994.180	-
198	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	24	-	2.773.532	16.201.873	646.459	19.621.864	-
199	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	45	165.048	1.290.674	7.488.670	374.360	9.318.752	162.656
200	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	50	289.422	1.665.235	6.547.915	438.865	8.941.437	266.452
201	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	51	125.726	1.502.375	6.129.690	371.721	8.129.512	502.904
202	M	Cirrosi e epatite alcolici	27	314.949	15.040.724	80.099.480	7.140.257	102.595.410	6.676.531
203	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	35	849.998	33.092.585	115.670.860	4.067.889	153.681.332	5.890.954
204	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	24	188.139	9.591.390	64.245.060	4.613.560	78.638.149	381.703
205	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	27	155.760	7.177.840	40.890.000	3.489.876	51.713.476	1.917.736
206	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	21	161.460	3.472.476	12.468.834	985.467	17.088.237	5.226.000
207	M	Malattie delle vie biliari con CC	24	173.768	10.340.410	75.216.217	6.752.722	92.483.117	235.016
208	M	Malattie delle vie biliari senza CC	17	511.012	7.476.835	22.113.164	2.059.374	32.160.385	459.928
493	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	30	914.166	12.931.212	38.977.134	2.202.375	55.024.887	75.816
494	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	10	23.195.322	122.893.576	46.471.932	13.844.752	206.405.582	3.003.480
TOTALE MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas				29.229.067	269.206.080	737.338.501	57.932.896	1.093.706.544	25.385.597

Si evidenzia che la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero, poste a carico del S.S.N., è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni regione secondo i valori delle tariffe di riferimento nazionali ex d.m.18/10/2012 e la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. Pertanto, i valori riportati non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera.



ALCOL: 39.182 ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO, il 10 % a carico di MINORI (2017)

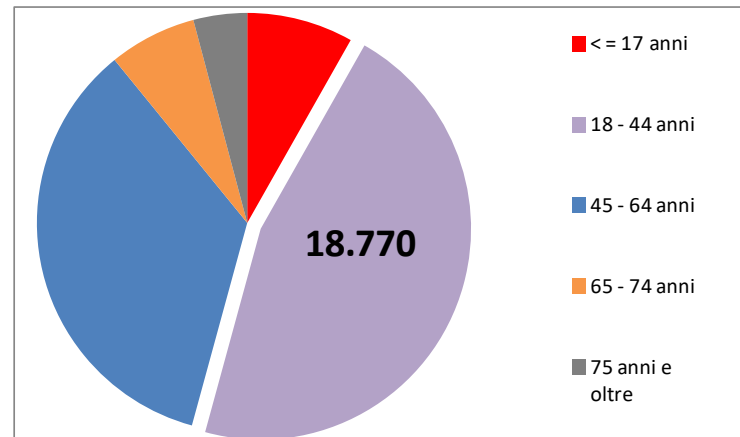
REGIONE	Maschi						Femmine						Totale
	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	
Piemonte	155	1.591	1.444	224	136	3.550	137	570	543	90	51	1.391	4.941
Valle d'Aosta	3	16	29	12	10	70	4	8	5	2		19	89
Lombardia	317	2.069	1.372	308	151	4.217	254	874	524	81	48	1.781	5.998
P.A. Bolzano	67	355	319	85	30	856	76	126	108	16	23	349	1.205
P.A. Trento	10	65	74	10	4	163	8	14	15	9	3	49	212
Veneto	93	610	544	164	106	1.517	67	269	173	50	46	605	2.122
Friuli V.G.	57	426	430	156	76	1.145	48	180	162	40	40	470	1.615
Liguria	104	587	387	81	37	1.196	85	275	164	36	15	575	1.771
Emilia Romagna	150	1.325	851	157	61	2.544	150	622	387	41	57	1.257	3.801
Toscana	207	1.363	709	105	53	2.437	166	625	359	37	26	1.213	3.650
Umbria	49	151	109	47	40	396	39	152	84	21	47	343	739
Marche	60	365	223	53	37	738	46	202	116	20	19	403	1.141
Lazio	153	1.433	1.174	169	106	3.035	120	727	347	67	61	1.322	4.357
Abruzzo	34	172	191	61	32	490	24	88	37	10	11	170	660
Molise	2	14	14	5		35	1	6	7	1	2	17	52
Campania*						1.309						475	1.784
Puglia	77	584	373	57	24	1.115	66	186	82	12	5	351	1.466
Basilicata	10	68	87	26	21	212	6	15	16	1	3	41	253
Calabria	36	152	92	32	22	334	20	82	29	8	7	146	480
Sicilia	150	732	454	87	46	1.469	101	340	119	19	26	605	2.074
Sardegna	57	186	257	75	28	603	28	72	50	9	10	169	772
ITALIA	1.791	12.264	10.442	1.914	1.020	27.431	1.446	5.433	3.802	570	500	11.751	39.182

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

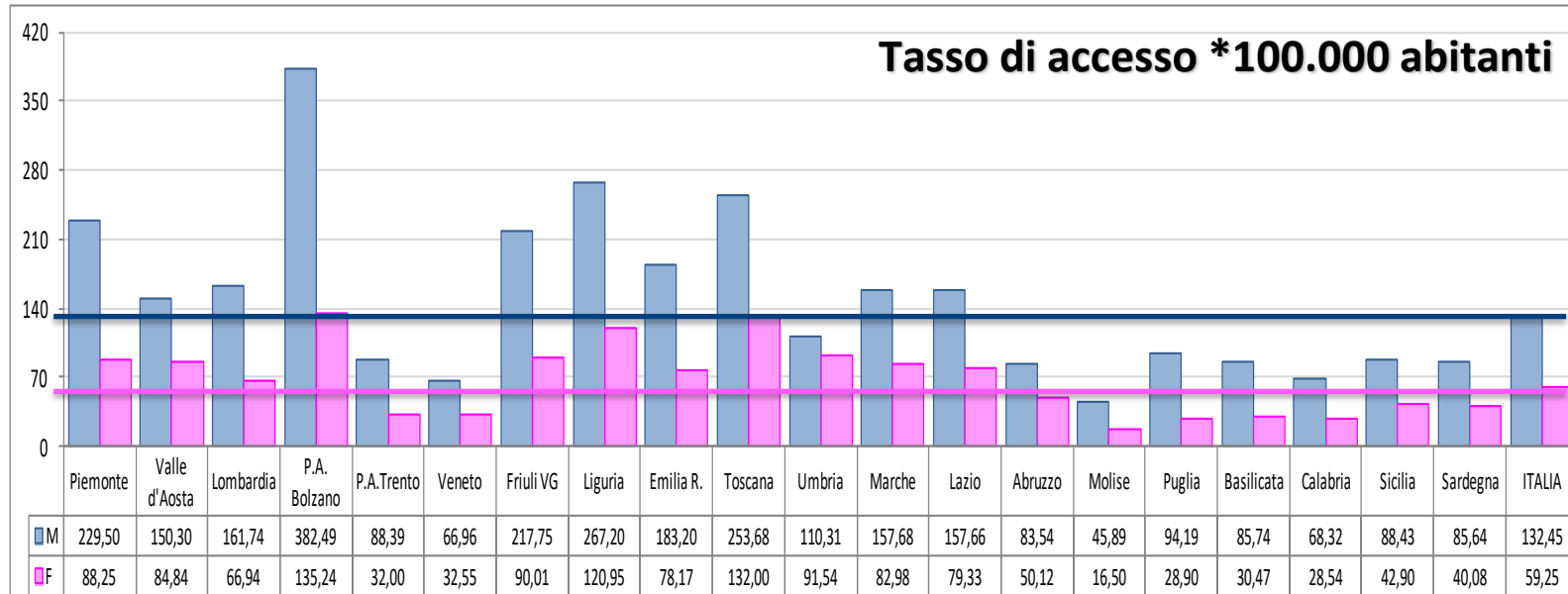
*non è possibile distinguere gli accessi per classi di età



Accesso al PS patologie totalmente AA

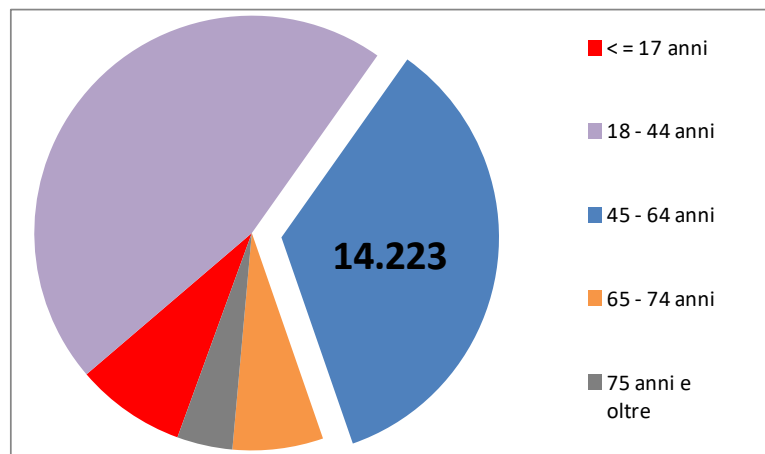


Giovani adulti
18-44 anni

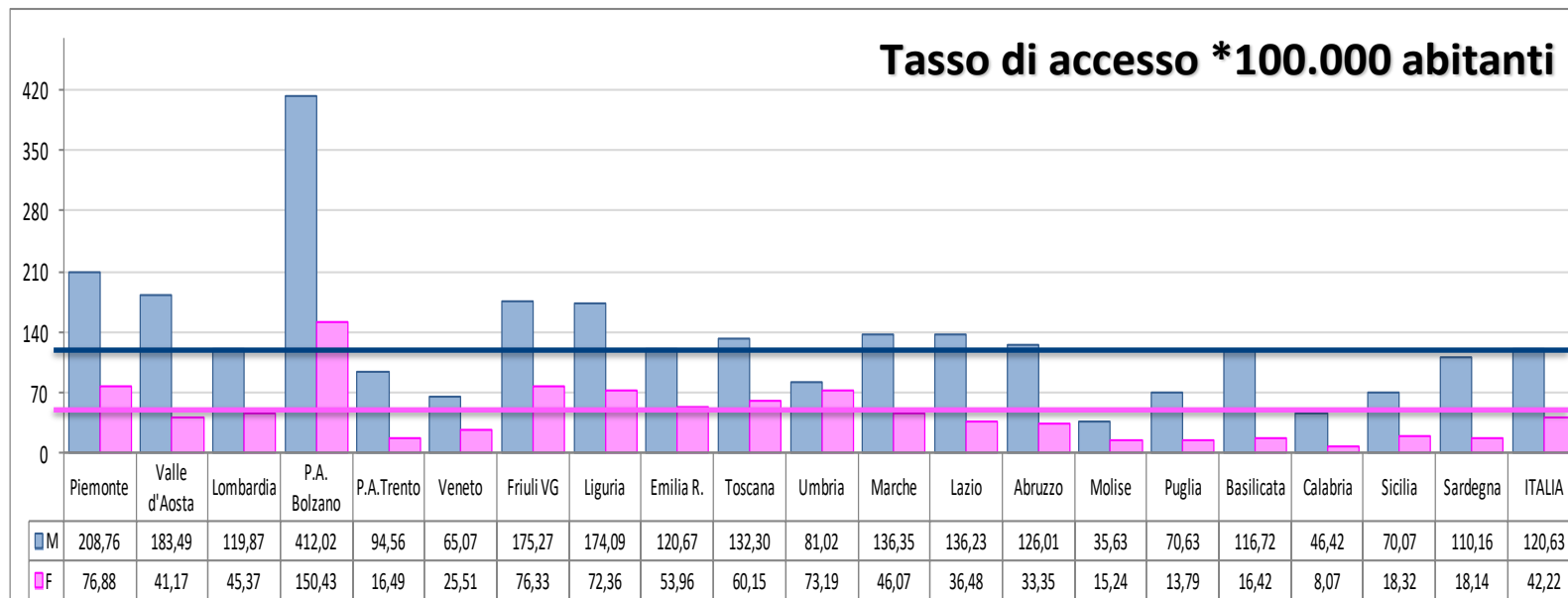


Fonte: Elaborazione dati Relazione del Ministro della salute al parlamento Sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" - Anno 2017

Accesso al PS patologie totalmente AA



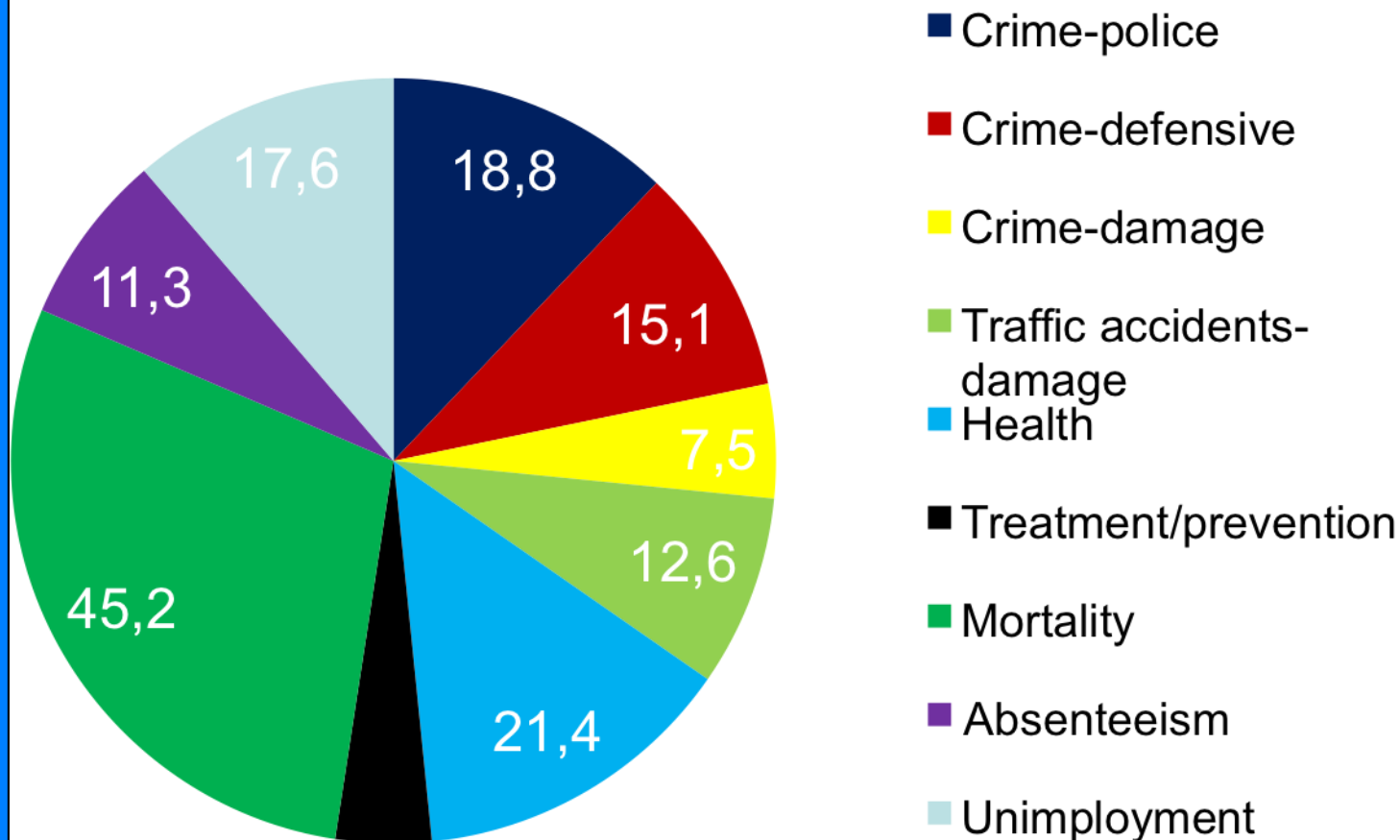
Adulti
45-64 anni



Fonte: Elaborazione dati 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" - Anno 2017



Costi dell'ALCOL in Europa – 1.3% del PIL (EU) 155.8 miliardi euro nel 2010 (25 mld in Italia)





COME
far funzionare
meglio
la prevenzione ?



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

PERSONA **ALCOL** POPOLAZIONE
SOCIETA'

LA PREVENZIONE ALCOLCORRELATA HA UNA
SUA SPECIFICITA'.

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



**LA PREVENZIONE ALCOL-CORRELATA
non è mai generalizzabile e si fa
in maniera integrata su
target specifici**

- a) Di popolazione generale**
- b) Di pazienti a alto rischio**

“age and gender oriented”



Prevenzione UNIVERSALE e SPECIFICA

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

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

INDEROGABILI

- LA REALIZZAZIONE DI UNA RETE ALCOLOGICA
- LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO

CENTRALE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CLUB AI PROGRAMMI



PREVENZIONE & EMPOWERMENT

AIUTARE LE PERSONE A CAMBIARE



INFORMARE LA POPOLAZIONE GENERALE

**LINEE GUIDA & INCREMENTO
CONSAPEVOLEZZA**



FORMARE I "PROFESSIONISTI"





Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva



HOME

CHI SIAMO

ORGANI E ISTITUZIONI

ATTIVITÀ SCIENTIFICA

NEWS

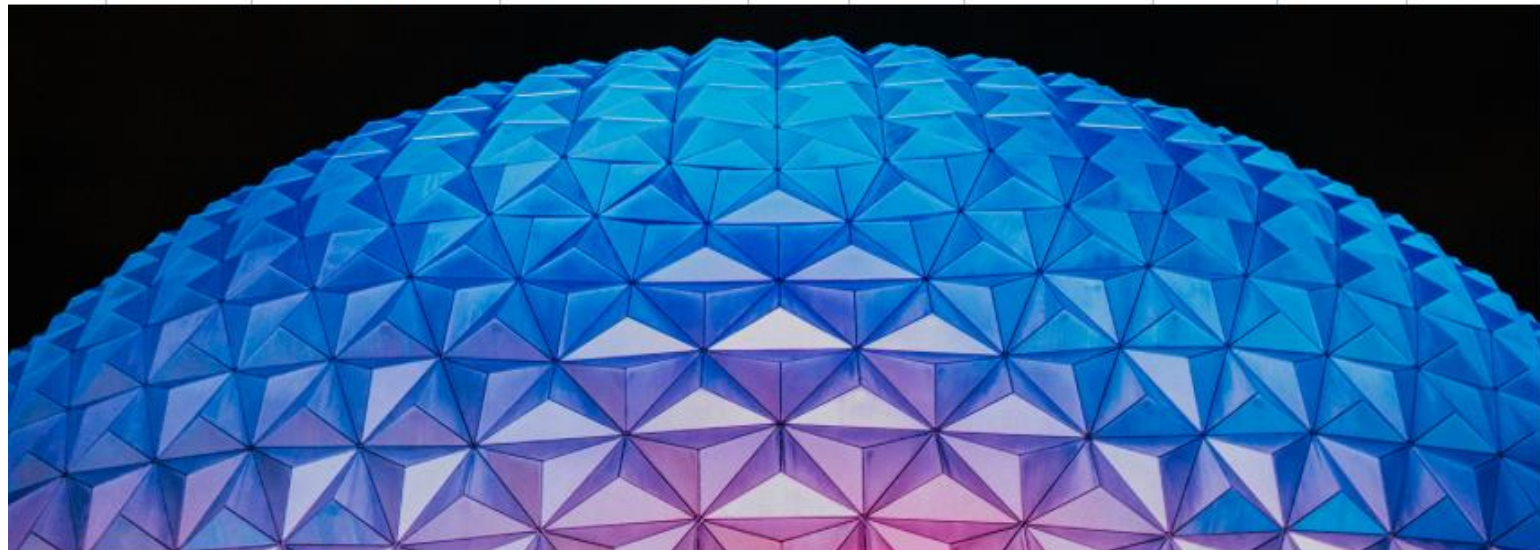
EVENTI

PHOTOGALLERY

MY SIGE

ARCHIVIO

CONTATTI



NEWS

RASSEGNA STAMPA: ALCOL E TUMORI

Data di pubblicazione: 13/06/2019

Continua l'impegno da parte di SIGE nel diffondere presso il grande pubblico una corretta informazione in materia di Gastroenterologia. Questo mese è stata cura della professoressa Carmelina Loguerzio, insieme al presidente Domenico Alvaro, fare chiarezza su un tema in cui troppo spesso la voglia di fare 'notizia' prevale sulla necessità di divulgare contenuti scientificamente accurati: il rapporto tra consumo di alcool e possibile sviluppo di tumori. La nostra posizione è nettamente contraria all'abuso di alcolici, ma al contempo non bisogna fare allarmismi: non possiamo, alla luce dei dati scientifici, affermare che un bicchiere di vino o una lattina di birra nella nostra alimentazione quotidiana, faccia venire qualunque tipo di cancro. Sul nostro sito www.sigeitalia.it troverete come sempre il comunicato stampa - dal titolo 'Elimina gli alcolici dalla tua giornata e non ti viene il cancro: Sì! No! Forse?' - accompagnato dalla rassegna delle testate che hanno ripreso le parole della professoressa e del presidente.



NON ESISTONO LIVELLI “SAFE”

Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies



Angela M Wood, Stephen Kaptoge, Adam S Butterworth, Peter Willeit, Samantha Warnakula, Thomas Bolton, Ellie Paige, Dirk S Paul, Michael Sweeting, Stephen Burgess, Steven Bell, William Astle, David Stevens, Albert Koulman, Randi M Selmer, W M Monique Verschuren, Shinichi Sato, Inger Njølstad, Mark Woodward, Veikko Salomaa, Børge G Nordestgaard, Bu B Yeap, Astrid Fletcher, Olle Melander, Lewis H Kuller, Beverley Balkau, Michael Marmot, Wolfgang Koenig, Edoardo Casiglia, Cyrus Cooper, Volker Arndt, Oscar H Franco, Patrik Wennberg, John Gallacher, Agustín Gómez de la Cámara, Henry Völzke, Christina C Dahm, Caroline E Dale, Manuela M Bergmann, Carlos J Crespo, Yvonne T van der Schouw, Rudolf Kaaks, Leon A Simons, Pagona Lagiou, Josje D Schoufour, Jolanda M A Boer, Timothy J Key, Beatriz Rodriguez, Conchi Moreno-Iribas, Karina W Davidson, James O Taylor, Carlotta Sacerdote, Robert B Wallace, J Ramon Quiros, Rosario Tumino, Dan G Blazer II, Allan Linneberg, Makoto Daimon, Salvatore Panico, Barbara Howard, Guri Skeie, Timo Strandberg, Elisabete Weiderpass, Paul J Nietert, Bruce M Psaty, Daan Kromhout, Elena Salamanca-Fernandez, Stefan Kiechl, Harlan M Krumholz, Sara Grioni, Domenico Palli, José M Huerta, Jackie Price, Johan Sundström, Larraitz Arriola, Hisatomi Arima, Ruth C Travis, Demosthenes B Panagiotakos, Anna Karakatsani, Antonia Trichopoulos, Tilman Kühn, Diederick E Grobbee, Elizabeth Barrett-Connor, Natasja van Schoor, Heiner Boeing, Kim Overvad, Jussi Kauhanen, Nick Wareham, Claudia Langenberg, Nita Forouhi, Maria Wennberg, Jean-Pierre Després, Mary Cushman, Jackie A Cooper, Carlos J Rodriguez, Masaru Sakurai, Jonathan E Shaw, Matthew Knudman, Trudy Voortman, Christa Meisinger, Anne Tjønneland, Hermann Brenner, Luigi Palmieri, Jean Dallongeville, Eric J Brunner, Gerd Assmann, Maurizio Trevisan, Richard F Gillum, Ian Ford, Naveed Sattar, Mariana Lazo, Simon G Thompson, Pietro Ferrari, David A Leon, George Davey Smith, Richard Peto, Rod Jackson, Emily Banks, Emanuele Di Angelantonio, John Danesh, for the Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group*

Interpretation In current drinkers of alcohol in high-income countries, the threshold for lowest risk of all-cause mortality was about 100 g/week. For cardiovascular disease subtypes other than myocardial infarction, there were no clear risk thresholds below which lower alcohol consumption stopped being associated with lower disease risk. These data support limits for alcohol consumption that are lower than those recommended in most current guidelines.



Prevenzione ONCOLOGICA

International Agency for Research on Cancer

World Health Organization

European Code Against Cancer

HOME 12 WAYS ABOUT CANCER SCIENTIFIC JUSTIFICATION ABOUT THE CODE

European Code Against Cancer

12 WAYS TO REDUCE YOUR CANCER RISK

You are here: 12 ways / Alcohol

Print the Code

Questions & Answers

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

OTHERS

- Pharmaceutical drugs

Alcohol

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

There is strong evidence that people can reduce their risk of cancer by adopting healthy dietary and activity behaviours. In European populations, people who follow a healthy lifestyle that adheres to the recommendations for **cancer prevention** have an estimated 18% lower risk of cancer compared with people whose lifestyle and body weight do not meet the recommendations. This risk reduction was estimated for a healthy lifestyle that includes: being a normal body weight (a body mass index [BMI] between 18.5 and 24.9 kg/m²) and avoiding foods that promote weight gain, such as sugary drinks and fast foods; being moderately active for at least 30 minutes per day; breastfeeding (for women); eating mostly foods of plant origin; limiting intake of red meat; avoiding processed meats; and limiting consumption of alcoholic drinks.

- Is drinking alcohol a cause of cancer?
- Apart from cancer, is alcohol consumption a cause of disease?
- Do all types of alcoholic drinks increase the risk of cancer?
- Why does drinking alcohol cause cancer?
- What if I drink alcohol and smoke tobacco?
- Can I reduce my risk of cancer if I stop drinking alcohol?
- What is worse, episodic heavy drinking or moderate drinking every day?

Società Italiana di Alcolologia

LE BEVANDE ALCOLICHE SONO CANCEROGENE PER L'UOMO*

L'ALCOL

CONTENUTO NELLE BEVANDE ALCOLICHE È CANCEROGENO PER L'UOMO*

L'ALCOL

È UNA SOSTANZA CANCEROGENA. COME IL FUMO DI TABACCO.



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

INFORMATI!

Rivolgiti al tuo medico di fiducia o ai servizi specialistici e di alcolologia.

*IARC, Int. Ag. Res. Cancer, WHO Monographs 2010

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

Effetto DOSE-RISPOSTA nel CANCRO della MAMMELLA

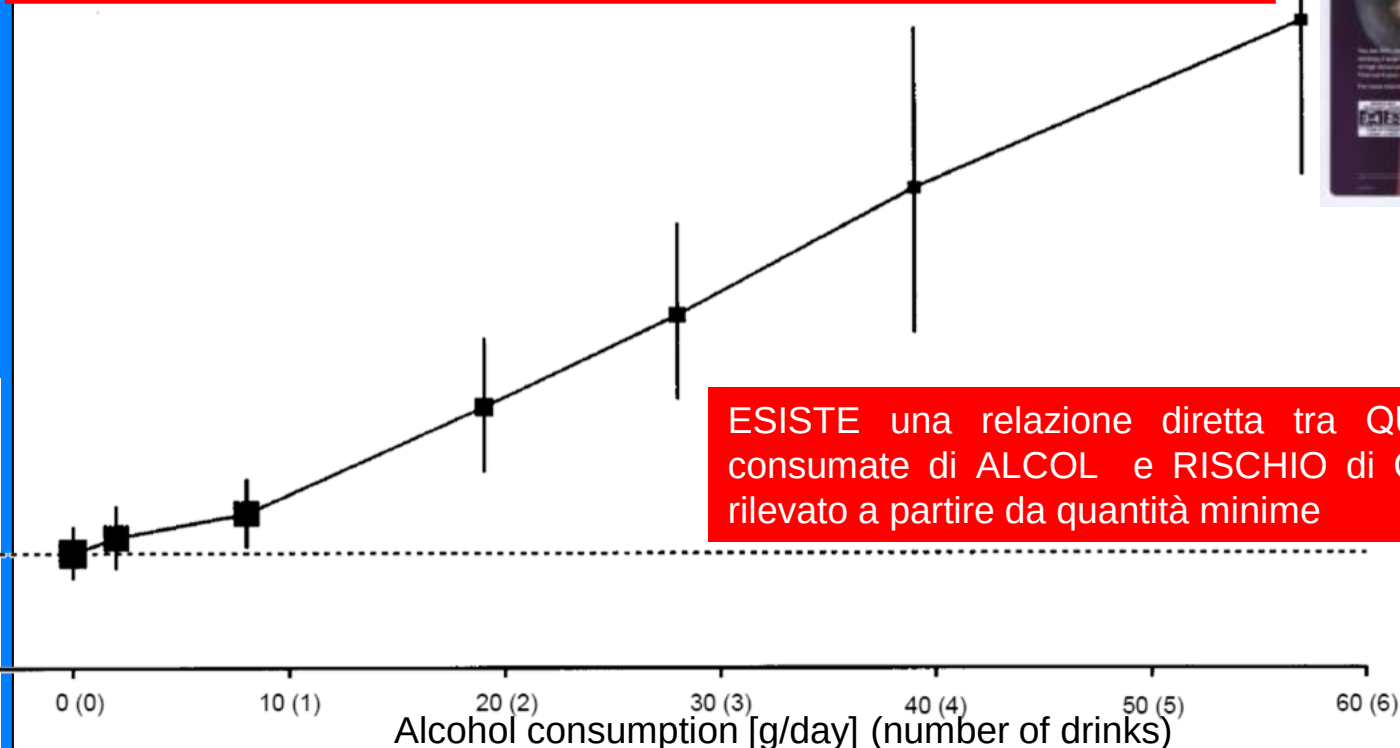
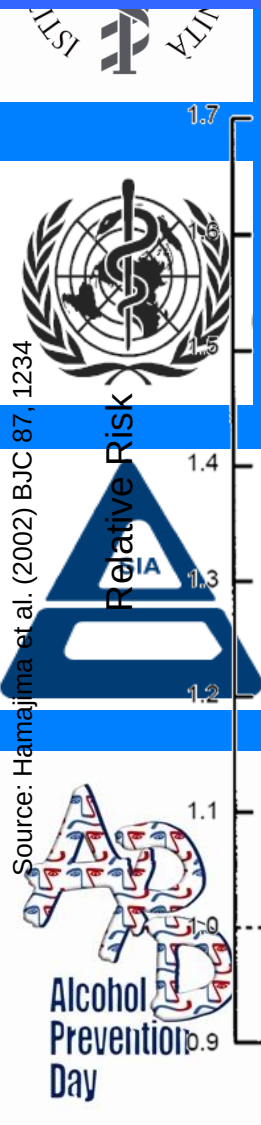
Valutazione studio mondiale: 58.515 donne con CANCRO della MAMMELLA e 95.067 controlli

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

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

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

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



ESISTE una relazione diretta tra QUANTITA' consumate di ALCOL e RISCHIO di CANCRO rilevato a partire da quantità minime



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?



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



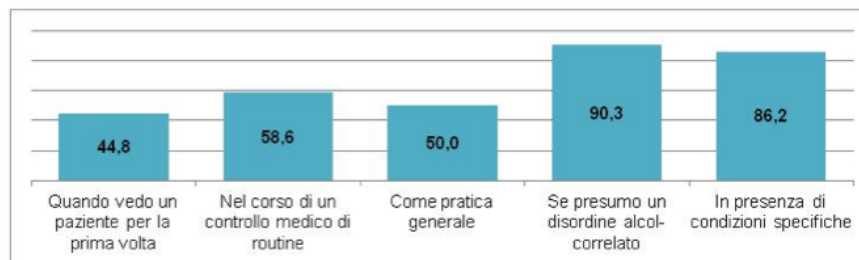
SNAMID
Società Nazionale di Aggiornamento
per il Medico di Medicina Generale



2. IDENTIFICAZIONE PRECOCE

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

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



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

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

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

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



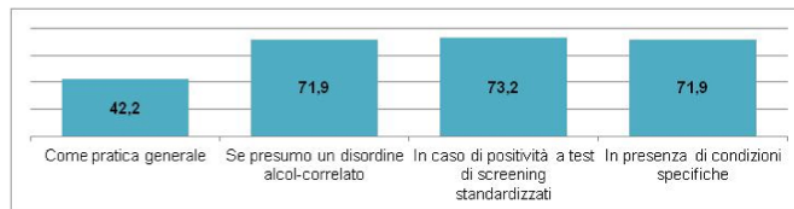
SNAMID
Società Nazionale di Aggiornamento
per il Medico di Medicina Generale



3. INTERVENTO BREVE

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

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



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

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

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



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 Gandini^{1*}, Silvia Ghirelli¹, Lucia Galluzzo¹, Sonia Martini¹, 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>

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 Gandini, 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 Gandini, Simon Coulton & Eileen Kaner..... 65

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

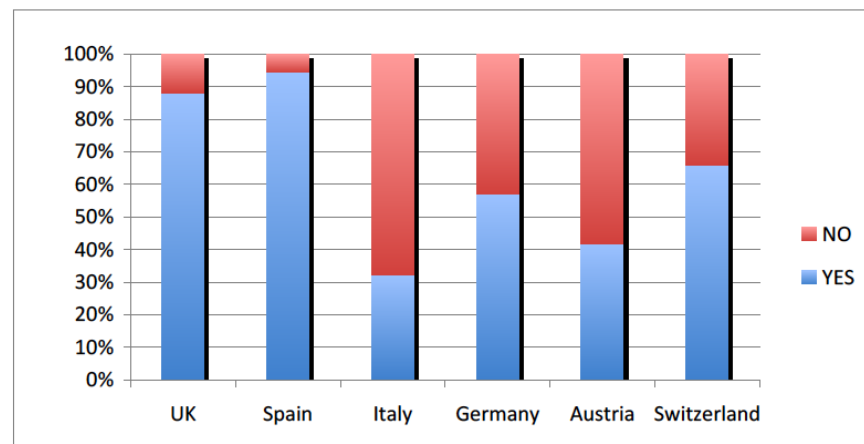
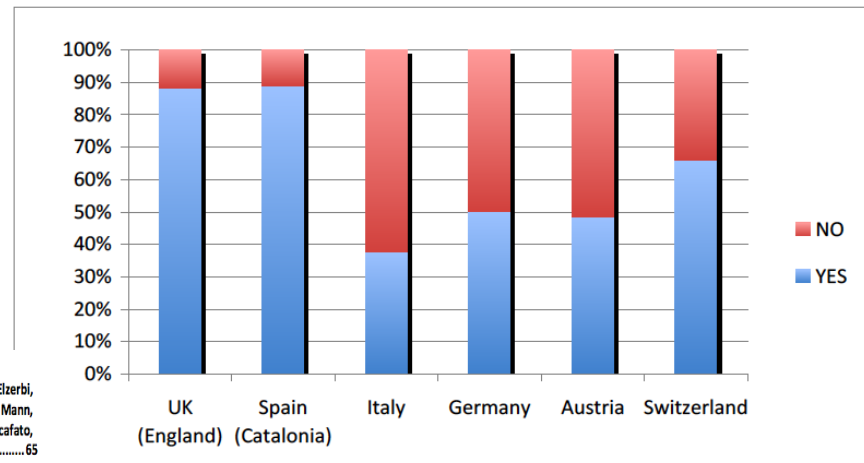


Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?



Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA

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



RETE , CASE MANAGEMENT E ADEGUAMENTO DEL SISTEMA DI ASSISTENZA

- a) E' da colmare il divario esistente nell'accesso e nel ricorso alle prestazioni destinate **al recupero dell'alcoldipendenza** prevedendo **l'adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento** attuali erogabili dai servizi di alcologia.
- b) Parallelamente è indispensabile la sollecitazione di **iniziative e di programmi volti a identificare e attirare gli alcolisti non ancora intercettati** da sistemi formalizzati e coordinati di identificazione del rischio alcolcorrelato nella popolazione.
- c) E', in tal senso, da privilegiare un **coordinamento delle risorse disponibili sul territorio e la costituzione e attivazione di una rete atta a garantire la verifica dell'esigenza di intervento per Patologie e Problematiche Alcol Correlate in atto per le quali è da AMPLIARE L'ACCESSO AL TRATTAMENTO di riabilitazione alcologica e, comunque, di arresto della progressione del danno e prevenzione delle complicanze.**

Come ampliare l'accesso al trattamento ?

Incrementare la consapevolezza

**Conoscere il rischio non basta;
anche rendere fruibili e di dominio pubblico
le soluzioni al rischio è determinante**

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

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



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



Come ampliare l'accesso al trattamento ?

RIMUOVERE LO STIGMA

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

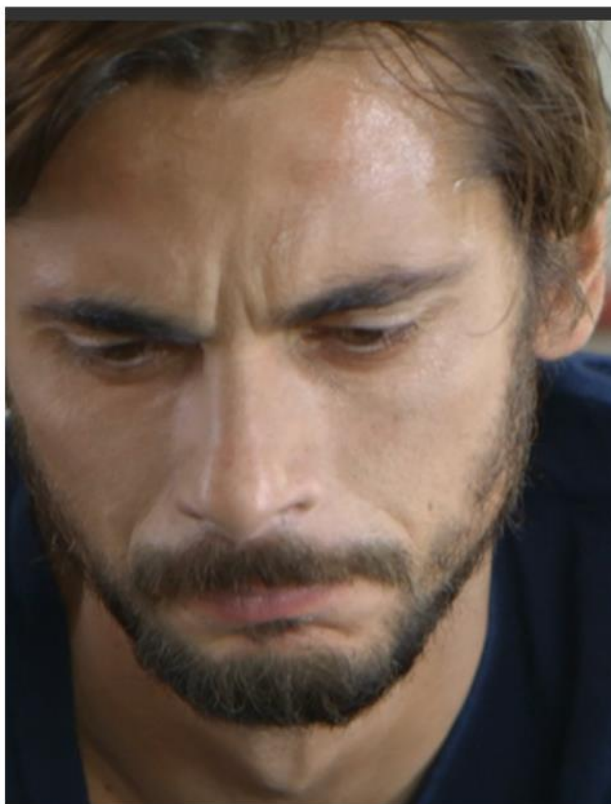
Ciò induce la persona a nascondere il problema e a non richiedere aiuto; stesso approccio viene spesso seguito dal nucleo sociale di riferimento.

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



INFORMARE, COMUNICARE, SENSIBILIZZARE

ALCOLDIPENDENZA : UN FINALE MIGLIORE



Guardami. Guardami bene,
perché io potrei essere te,
tuo fratello, tuo marito,
il tuo amico.

Non sono un parassita, un criminale.
Bevevo per rilassarmi, poi per non
pensare. Ora non so più perché
bevo, non riesco a farne a meno,
non riesco a controllarmi.

Sono un alcolista.

Ieri uno schiaffo a mia moglie,
oggi a lavoro ho perso il mio
cliente più importante.

Mia figlia mi evita.

Come finirà la mia storia?
Finale scontato.

No. Devo trovare, posso trovare.

un finale
migliore

La dipendenza da alcol è una malattia
e può essere curata.

Trova il tuo finale migliore.

Visita il sito www.unfinalemigliore.it





APPROCCIO DI POPOLAZIONE oppure sulla RELAZIONE ALCOL-PERSONA

CONSUMO DI ALCOL

USO DELL' ALCOL

La prevenzione costruisce alleanze per il benessere e la sicurezza




Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

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”

ANNO 2016

Al fine di migliorare il coordinamento degli interventi sul territorio nazionale ed in coerenza con quanto disposto dalla legge 125/2001, che aveva previsto l'istituzione di una Consulta Nazionale Alcol, attiva sino ad alcuni anni or sono, per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione alcolica, appare sempre più opportuna l'attivazione di un Tavolo di lavoro permanente presso il Ministero della Salute con la partecipazione di tutti gli Stakeholders, anche al fine di supportare il Gruppo tecnico interregionale per l'alcolologia della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni che ha interagisce direttamente sul territorio con le Autorità locali.

Beatrice Lorenzin

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





EMPOWERMENT

Un' azione d'investimento in salute non si limita a proporre per via di un autorità preposta e costituita una posizione “olimpica” ma **garantisce l'investimento in salute attraverso l'empowerment della persona per “dare voce”** all'individuo come risorsa principale e vero protagonista della propria salute, moltiplicandone la capacità preventiva responsabile perché resa consapevole, persuasa dall'informazione su un rischio **REALE** che è per definizione evitabile.



ALCOL & PREVENZIONE IMPLICAZIONI DI SALUTE



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



L'ALCOL SI SPIEGA



IL RISCHIO SI INTERCETTA

IL RISCHIO SI PREVIENE



BEVI
RESPONSABILMENTE
BEVI
CONSAPEVOLMENTE



E. Scafato, APD 2019

Linee Guida per la popolazione. Italia

IN QUALI CONDIZIONI È RACCOMANDABILE NON BERE

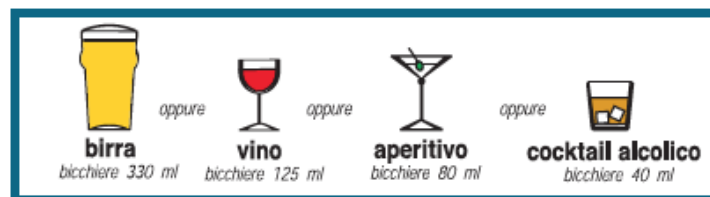
Al di sotto dei 18 anni la legge vieta la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche.

Ci sono altre situazioni in cui è raccomandata l'astensione completa dal consumo di bevande alcoliche:

- Se è stata programmata una **gravidanza**;
- Se si è in gravidanza o si sta **allattando**;
- Se si assumono **farmaci**;
- Se si soffre di una **patologia acuta o cronica**;
- Se si è **alcolisti**;
- Se si hanno o si sono avuti altri tipi di **dipendenza**;
- Se si è a **digiuno** o lontano dai pasti;
- Se ci si deve recare al lavoro o durante l'**attività lavorativa**;
- Se si deve **guidare un veicolo** o usare un macchinario.

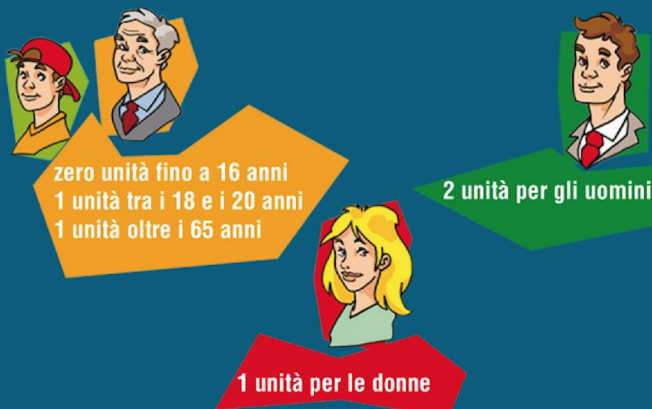


Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml), un aperitivo (da 80 ml) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40 ml) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr.



È da considerare **a basso rischio** una quantità di alcol giornaliera da assumersi durante i pasti principali (non fuori pasto) che non deve superare i 20 grammi per gli uomini e i 10 grammi per le donne.

Per non mettere a rischio la tua salute è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsti dalle linee guida nutrizionali.



se il consumo è zero non corri alcun rischio

Campagna di prevenzione promossa da

a'cat
Ass. Italiana dei Chir. degli Alcolisti in Trattamento

Aprile
Mese di prevenzione alcolologica

Alcol:
sai cosa bevi?
Più sai, meno rischi!

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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

LARN 2014 – da consumo raccomandabile a consumo a basso rischio

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

- **consumo a basso rischio:** è quello inferiore a 10 g/die – circa una unità alcolica (alcohol unit, UA) – per le donne adulte e a 20 g/die per gli uomini adulti;
- **consumo a rischio (hazardous):** è quel livello di consumo o modalità di bere che supera le quantità a basso rischio (20-40 g/die per le donne e 40-60 g/die per i maschi) e che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini;
- **consumo dannoso (harmful):** modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale (oltre i 40 g/die per le donne e 60 g/die per i maschi). A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto;
- **alcol-dipendenza:** insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

In conclusione è bene ricordare che alcune situazioni fisiologiche o patologiche impongono l'astensione totale dal consumo di bevande alcoliche di qualunque tipo: gravidanza e allattamento, **età <18 anni**, epatopatie, patologie digestive e comunque condizioni che richiedano l'assunzione di farmaci, intenzione di accingersi alla guida di veicoli o macchinari pericolosi per sé o per gli altri, pregressa storia di alcolismo o altra dipendenza.

La valutazione e l'analisi delle evidenze scientifiche disponibili non consentono di poter sostenere o promuovere il consumo pur moderato di bevande alcoliche.

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

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



COME ?

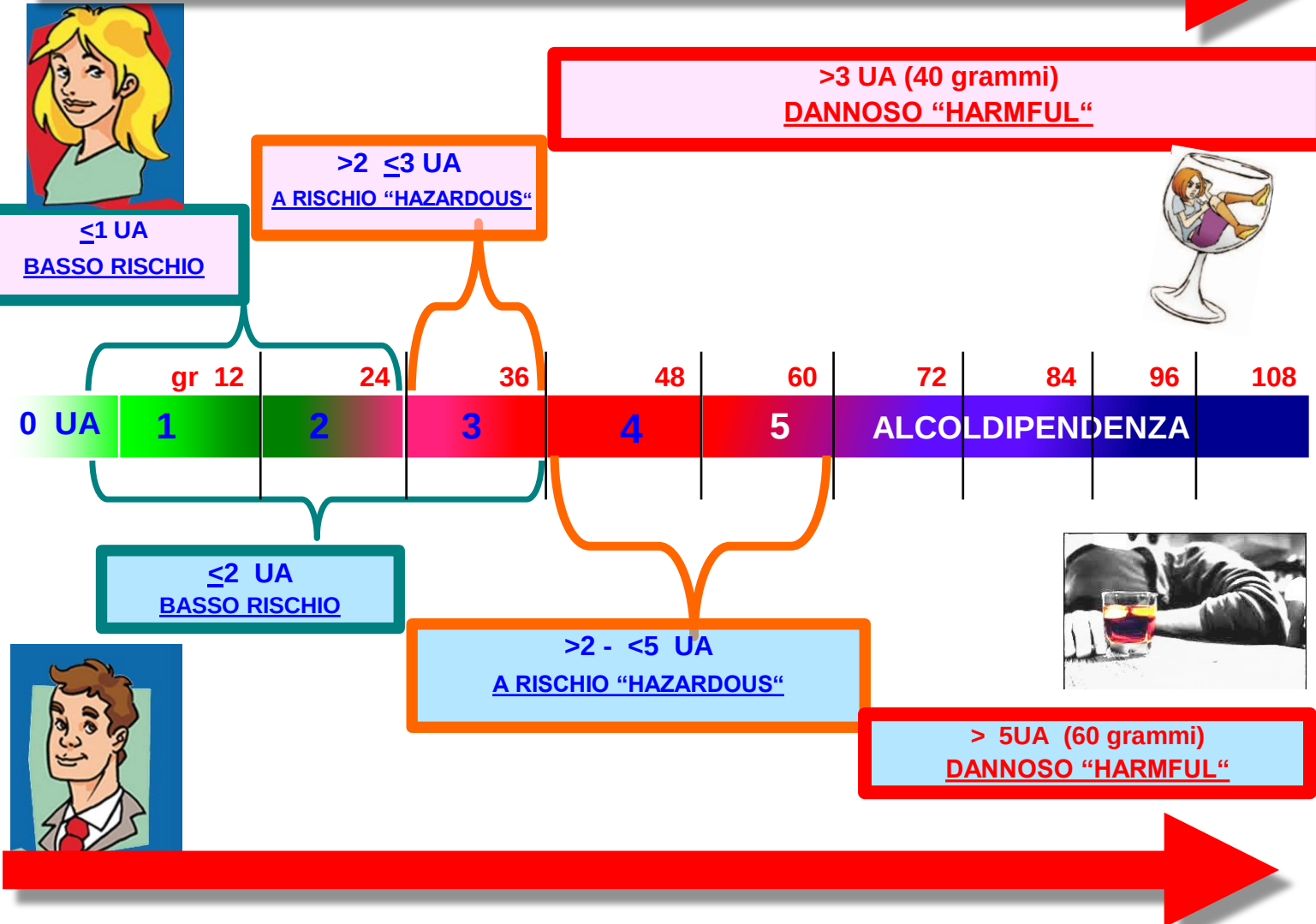




Società Italiana di Alcolologia – LARN & WHO

Alcohol drinking RISK as a *continuum*

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



Intervenire sugli stili di vita

INCREMENTO DELLA CONSAPEVOLEZZA

Unità Alcoliche
equivalenti
(12 g di alcol)



Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità

~~fino ai 16 anni~~



1 Unità

~~Tra 16 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**

EMANUELE SCAFATO 25/10/2012





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

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"

ANNO 2016

- Le linee guida del consumo di alcol a basso rischio devono includere informazioni/raccomandazioni (*advice*) per ridurre i rischi ed i danni immediati ed a lungo termine.
- Le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite separatamente per uomini e donne.
- Il messaggio deve essere concentrato sui rischi e non su potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute nella comunicazione del consumo a basso rischio.
- Il "consumo a basso rischio" non significa "assenza di rischio".
- Le linee guida sul consumo a basso rischio non sono utilizzabili per situazioni e gruppi di popolazione ad alto rischio per le quali l'opzione più sicura da comunicare è quella di non bere affatto (i minori, le donne in gravidanza, soggetti che assumono farmaci, con storia famigliare di alcoldipendenza, con problematiche relative alla salute mentale ed al consumo di sostanze, quando si è alla guida di veicoli, nell'ambiente di lavoro e per tutte le attività che richiedono concentrazione).
- L'alcol aumenta il rischio di cancro.
- L'alcol ha effetti negativi per la famiglia.
- Sono necessarie linee guida sul consumo a basso rischio per gli anziani, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità ed agli incidenti alcol-correlati.
- Fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio per i minori di 18 anni potrebbe essere controproducente.
- Nella comunicazione del rischio nel consumo episodico eccessivo è opportuno sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro; dovrà inoltre essere specificato l'arco temporale ed il fatto che il consumo episodico eccessivo è dannoso come il consumo eccedentario giornaliero.
- Le bevande alcoliche devono includere etichette con informazioni sul contenuto delle bevande in particolare il contenuto di calorie delle bevande, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti.
- E' necessario sostenere politiche a favore delle etichette con informazioni sui rischi per la salute (*warning messages*) sui contenitori delle bevande alcoliche.



RARHA - FINAL CONFERENCE

SHARING THE RESULTS

LOOKING HOW TO REDUCE ALCOHOL RELATED HARM

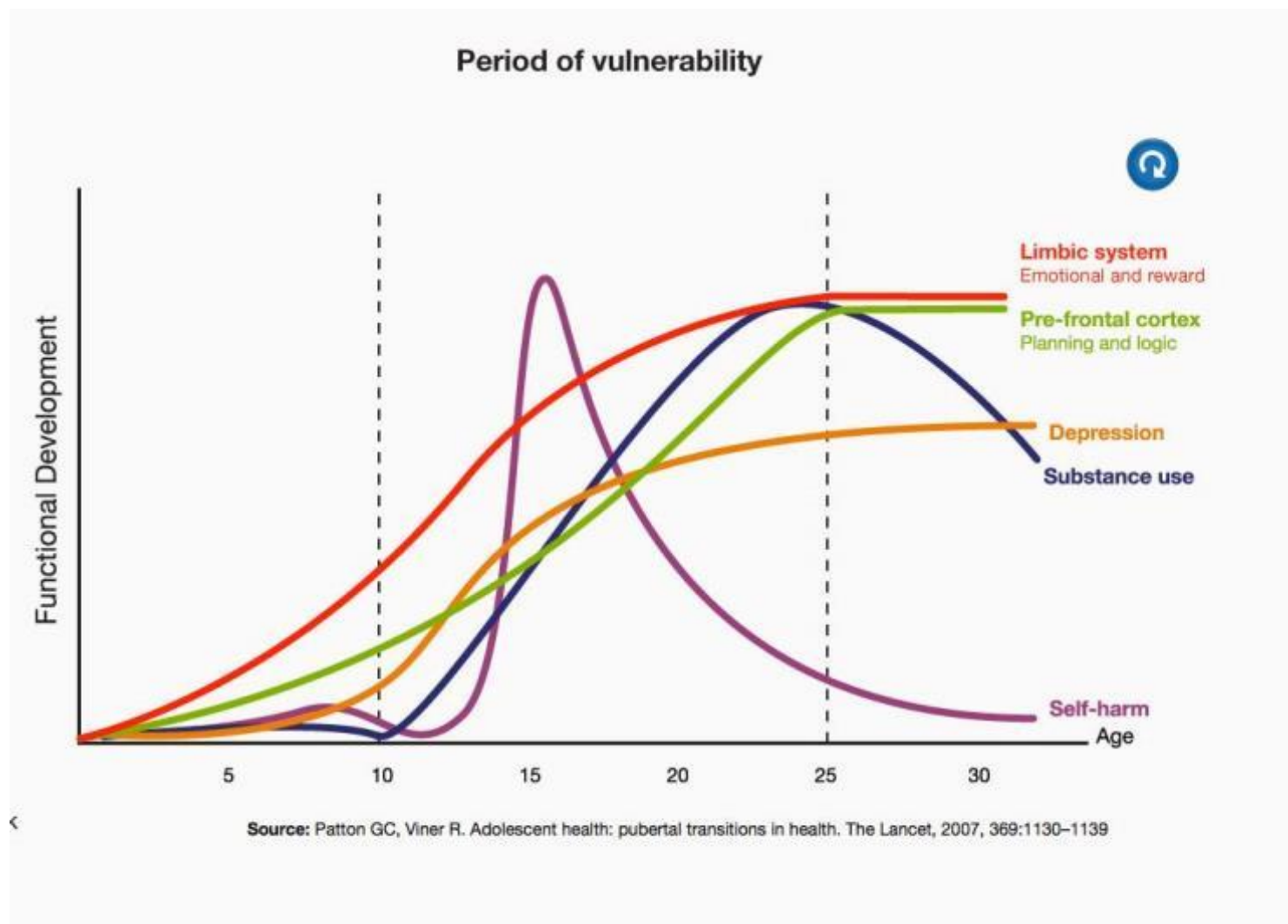
 **RARHA**
REDUCING ALCOHOL RELATED HARM

La «finestra» di VULNERABILITA' alle sostanze

A 25 anni la massima vulnerabilità

A 25 anni maturazione della corteccia prefrontale

A 25 anni maturazione del sistema limbico

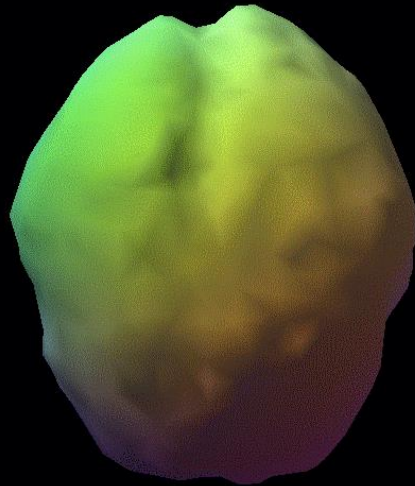




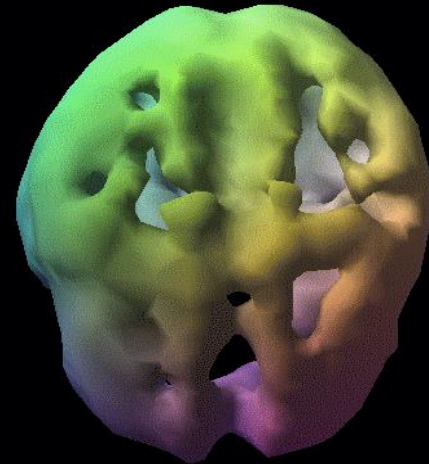
This is your Brain if you Smoke, Drink, or use Drugs



NORMALE



Fumo o Alcol o Cannabis o droghe



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9692384>

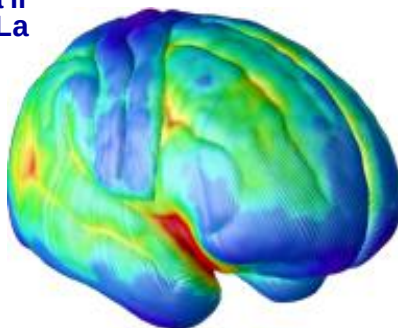




Perché l'ALCOL danneggia lo sviluppo del CERVELLO degli adolescenti

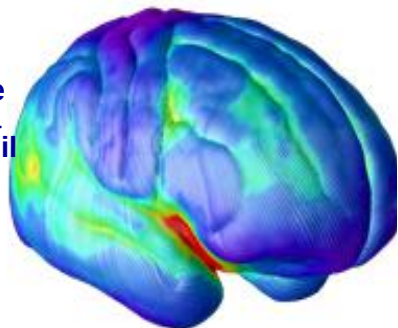
12 ANNI

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



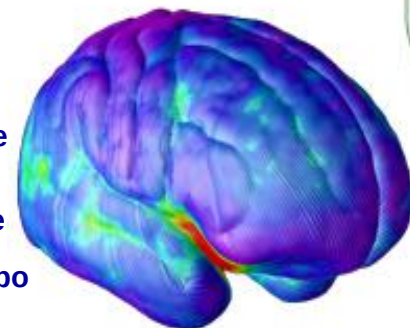
16 ANNI

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



21 ANNI

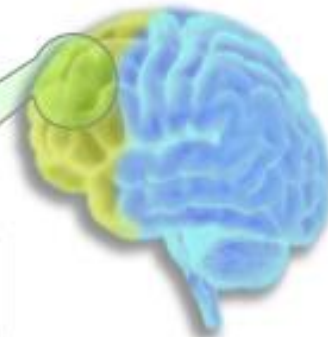
Lo sviluppo è completato. Le connessioni sono rimodellate irreversibilmente. Il risultato finale conferisce all'adulto le sue caratteristiche di razionalità grazie alla prevalenza prefrontale SE l'alcol non ha danneggiato lo sviluppo cerebrale.



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 sul RIMODELLAMENTO e BLOCCA lo sviluppo RAZIONALE verso lo stato cognitivo dell'adulto.

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



Source : modified from <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/factors/>





L'ALCOL non è per TUTTI

Implicazioni di Salute Pubblica
Ai **MINORI**, da tutelare sempre
attraverso rigorose norme
specifiche, e ai **GIOVANI**

**E' SCONSIGLIABILE
CONSUMARE ALCOL**

CONSUMARE ALCOL

E' SCONSIGLIABILE



PREVENZIONE & EMPOWERMENT

AIUTARE LE PERSONE A CAMBIARE



INFORMARE LA POPOLAZIONE GENERALE

**LINEE GUIDA & INCREMENTO
CONSAPEVOLEZZA**



FORMARE I "PROFESSIONISTI"



Il CEMENTO extra-sanitario e integrato DELLA PREVENZIONE



- Controllo informale della società
 - Marketing sociale
 - Empowerment
 - Lotta allo stigma
 - Inclusione
- Capitale umano / volontariato
- Integrazione delle risorse sociali

Approccio ecologico-sociale





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



Volendo privilegiare la "sfida" dell'approccio in chiave **bio-psico-sociale** ciò troverebbe applicazione nel contrasto ai principali fattori di rischio, non solo l'alcol, favorendo attraverso la capillarità del suo approccio di comunità attiva **l'incremento di consapevolezza dei RISCHI** e **l'identificazione precoce che sono la premessa per un intervento mirato e qualificato garante** dell'efficiente identificazione della popolazione a rischio e sua inclusione in contesti non solo di cura ma basato sul sostegno motivazionale alla persona e alla famiglia con risultati caratterizzati dal più elevato e favorevole rapporto costo-beneficio.



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



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



E' indispensabile garantire **il collegamento tra le “norme”** che sollecitano cambiamenti in senso salutare della popolazione e **le coerenti informazioni e le evidenze da fornire.**



Il tutto rappresenta il nodo dell'intervento bio-psico-sociale spesso proposto non a caso in chiave ecologico-sociale e di sistema, coinvolgendo non solo l'individuo a rischio ma la famiglia e la società.



PREVENZIONE ALCOL-CORRELATA



Intervenire sugli stili di vita

Prevenzione ONCOLOGICA

Prevenzione dell'INCIDENTALITA' STRADALE

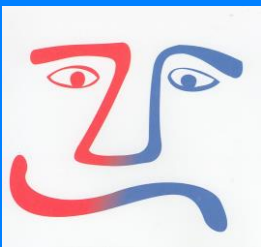
Prevenzione delle DIPENDENZE



Presidiare la SALUTE

Vicende recenti, come quella dei vaccini, insegnano che la salute va presidiata e tutelata anche attraverso il rafforzamento delle misure che si rendono indispensabili in risposta alle minacce alla salute emergenti

Ciò ha il valore aggiunto di salvaguardare la salute e il diritto alle scelte migliori di salute pubblica e alle misure, spesso non di stretta competenza sanitaria, che possono contribuire a mantenere, controllare e migliorare lo stato di salute individuale e collettivo.

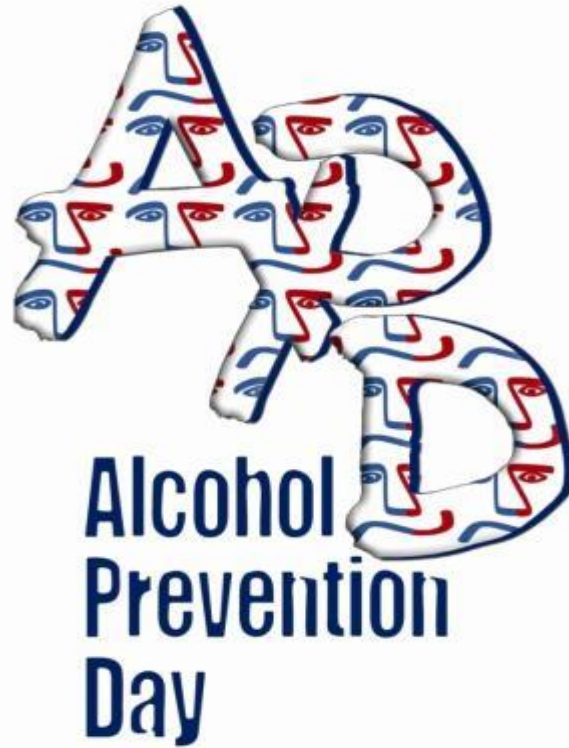



Alcohol
Prevention
Day

**TUTTO È POSSIBILE.
L'IMPOSSIBILE
RICHIEDE SOLO
PIÙ TEMPO**

 Istituto Superiore di Sanità

E. Scafato, APD 2019



*Grazie per
l'attenzione*

15 maggio 2019 Roma Istituto Superiore di Sanità



E. Scafato, APD 2019