

Alcologia oggi: epidemiologia, policy e management del rischio alcol correlato

 Società Italiana di Alcologia

XXIII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcologia

Alcologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società

ROMA
18 Settembre 2013
Angelicum Congress Center

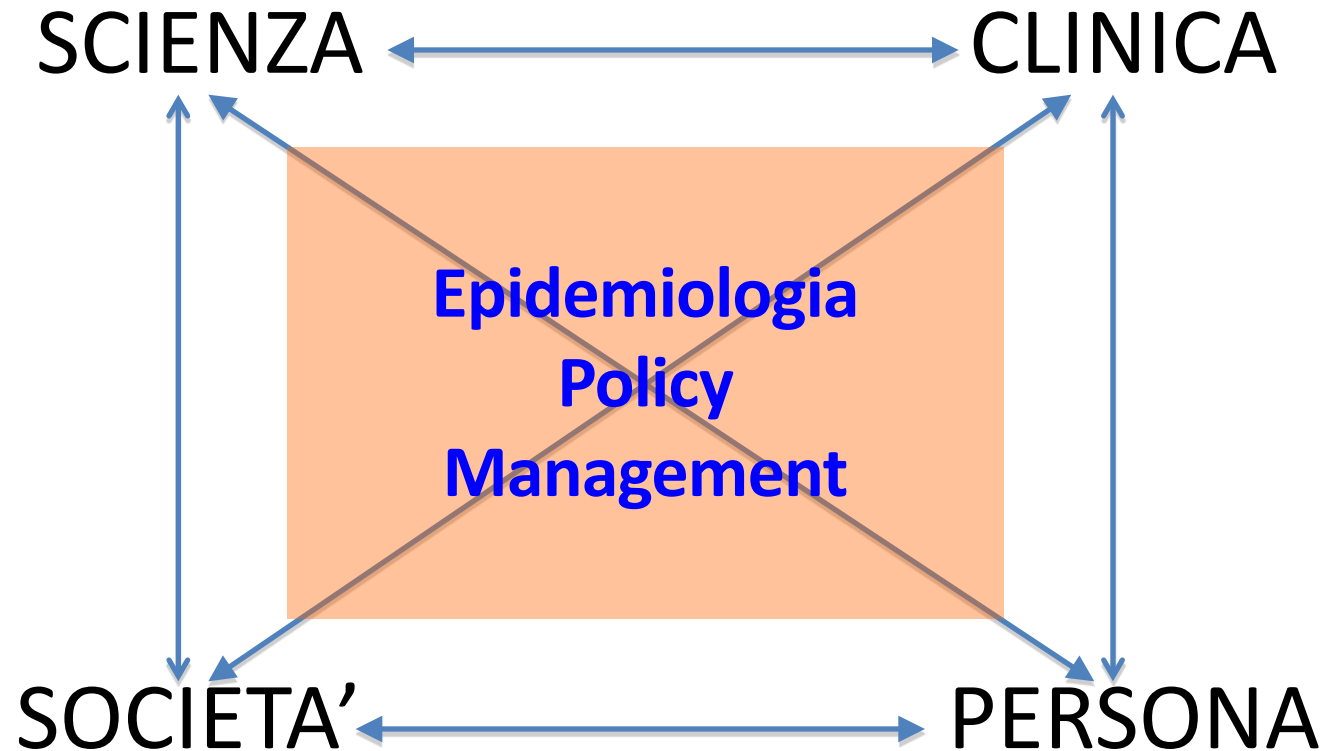
Emanuele Scafato

Presidente SIA, Società Italiana Alcologia



ALCOLOGIA E RISCHIO ALCOLCORRELATO

Scienze della Salute e Società
XXX Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolgia
Alcolgia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



Definizioni adottate a livello di MONITORAGGIO delle POLICY INTERNAZIONALI per la valutazione del RISCHIO del bere su base QUOTIDIANA



European Information System on Alcohol and Health (EISAH)
European Union Information System on Alcohol and Health (EUSAH)
GISAH Global Information System on Alcohol and Health

Definizioni adottate a livello SCIENTIFICO dalla **RICERCA INTERNAZIONALE** per la valutazione del **RISCHIO** del bere su base QUOTIDIANA

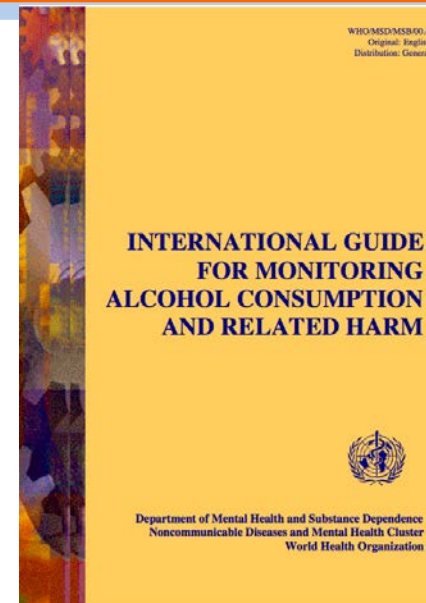


Scienze della Salute e Società
Alcologia oggi
dal 1981 Congresso Nazionale Società Italiana di Alcologia
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



Table 2.2.2: Low, Medium and High Risk average daily consumption levels for men and women long-term risk of serious illness (English *et al*, 1995)*

GENDER	LEVEL OF RISK		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Male	1-40g	41-60g	61+g
Female	1-20g	21-40g	41+g



Criteria for risk of consumption on a single drinking day – for comparative research purposes only

	Males	Females
Low Risk	1 to 40g	1 to 20g
Medium Risk	41 to 60g	21 to 40g
High Risk	61 to 100g	41 to 60g
Very High Risk	101+g	61+g

Livelli crescenti di consumo, livelli crescenti di rischio

Rischio come *continuum*

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

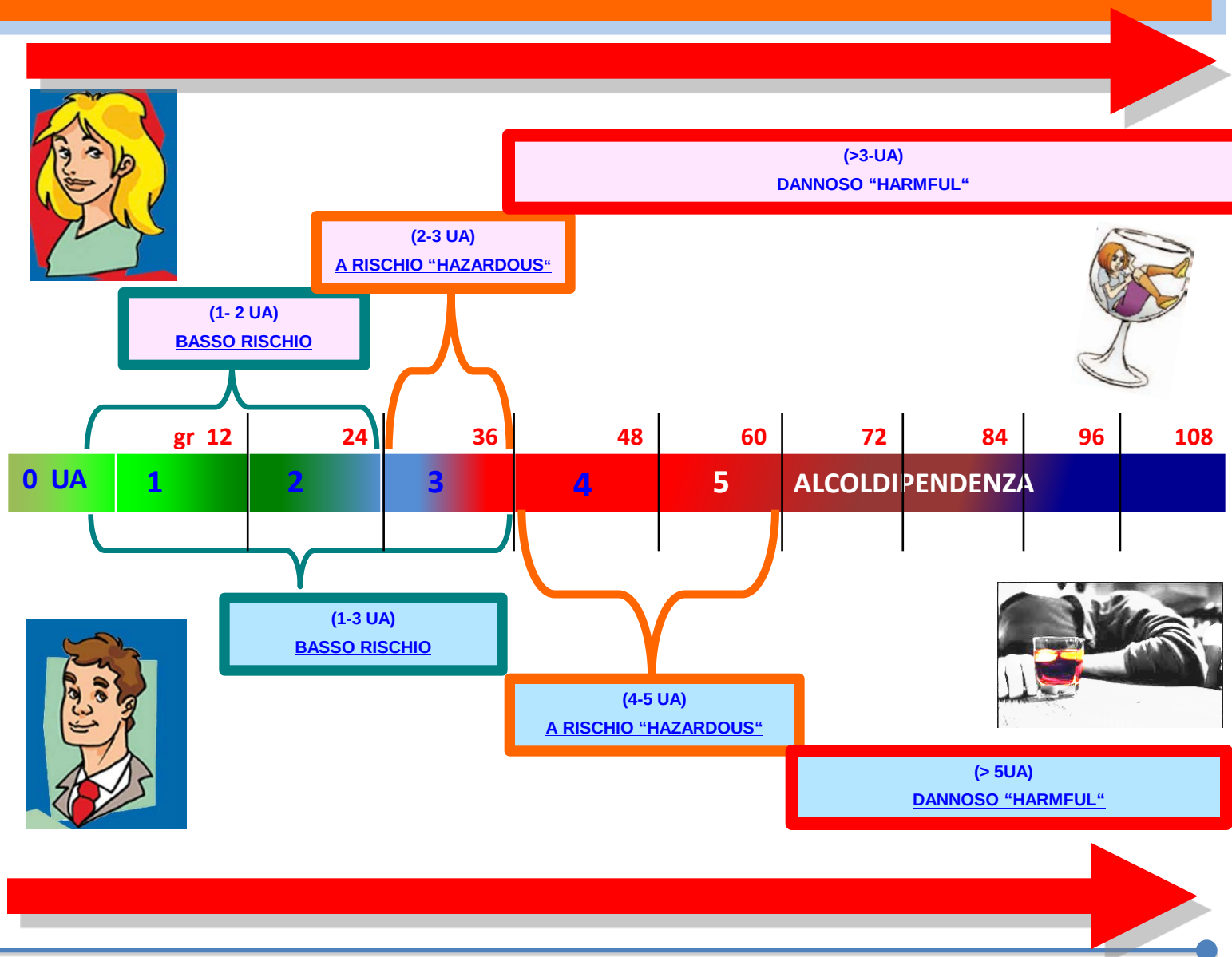
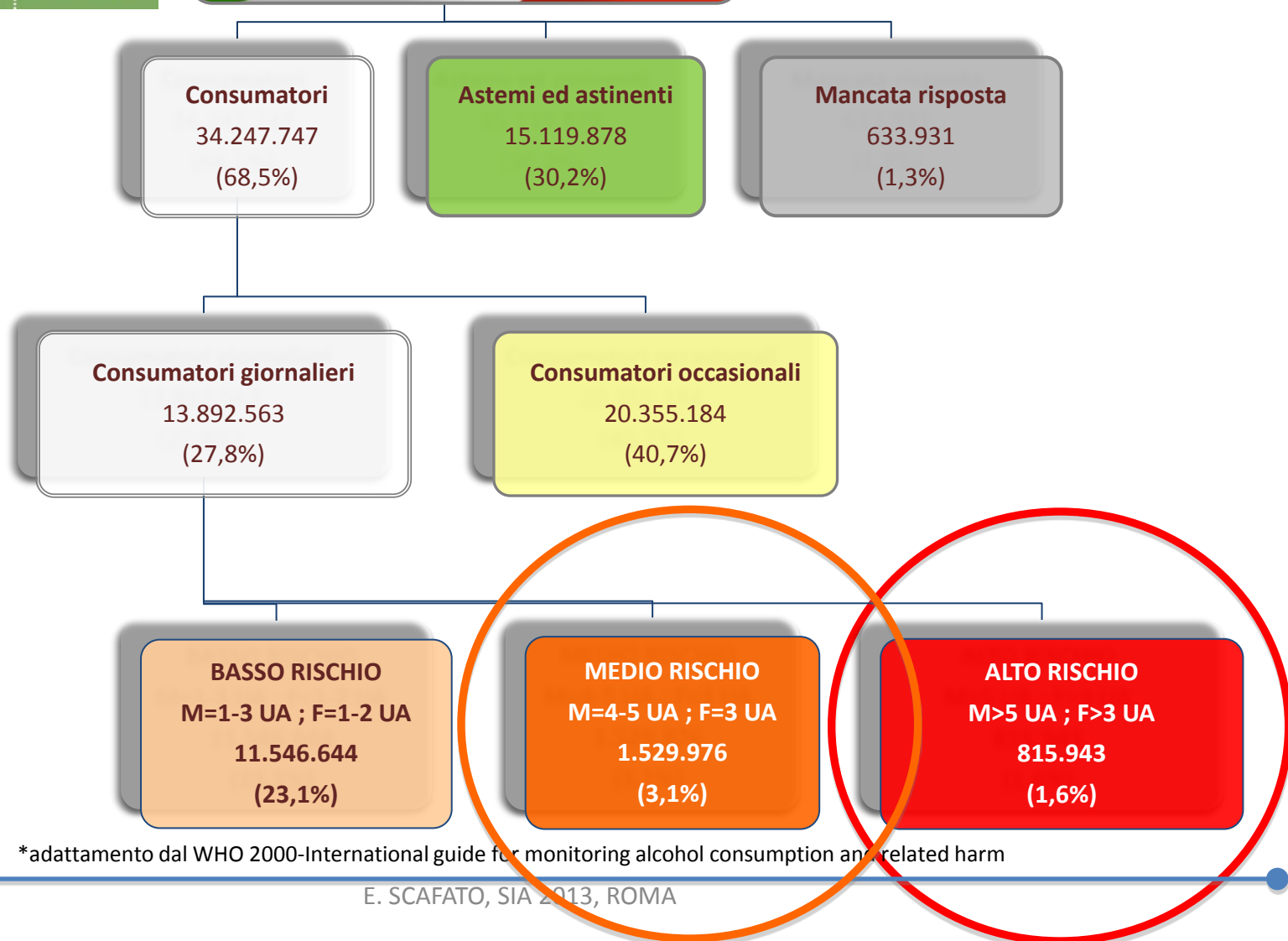




Table 2.2.2: Low, Medium and High Risk average daily consumption levels for men and women long-term risk of serious illness (English *et al*, 1995)*

GENDER	LEVEL OF RISK		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Male	1-40g	41-60g	61+g
Female	1-20g	21-40g	41+g



*adattamento dal WHO 2000-International guide for monitoring alcohol consumption and related harm



LA SCIENZA: QUALI DEFINIZIONI?

“Heavy substance use over time” come definizione epidemiologica e de-stigmatizzante per la categoria “substance use disorders”

Alcohol and Alcoholism Advance Access published August 7, 2013

Alcohol and Alcoholism pp. 1–8, 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt127

Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use?

J. Rehm^{1,2,3,4,5,*}, S. Marmet⁶, P. Anderson^{7,8}, A. Gual⁹, L. Kraus^{10,11}, D.J. Nutt¹², R. Room^{11,13,14}, A.V. Samokhvalov^{2,5}, E. Scafato¹⁵, M. Trapencieris¹⁶, R.W. Wiers¹⁷ and G. Gmel^{2,6,18,19}

¹Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Dresden Germany, ²Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada, ³Institute of Medical Science, University of Toronto, Toronto, Canada, ⁴Dalla Lana School of Public Health (DLSPH), University of Toronto, Toronto, Canada, ⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada, ⁶Addiction Switzerland, Lausanne, Switzerland, ⁷Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, UK, ⁸Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Netherlands, ⁹Addictions Unit, Psychiatry Department, Neurosciences Institute, Hospital Clinic, IDIBAPS, Barcelona, Spain, ¹⁰IFT Institut für Therapieforchung, Munich, Germany, ¹¹Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Stockholm, Sweden, ¹²Centre for Neuropsychopharmacology, Imperial College London, London, UK, ¹³Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Parkville, Australia, ¹⁴Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol & Drug Centre, Fitzroy, VIC, Australia, ¹⁵Population's Health and Health Determinants Units, National Observatory on Alcohol – CNESPS, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanita, Rome, Italy, ¹⁶Institute of Philosophy and Sociology, University of Latvia, Riga, Latvia, ¹⁷Addiction, Development and Psychopathology (ADAPT) Lab, Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, ¹⁸University of the West of England, Frenchay Campus, Coldharbour Lane, Bristol BS16 1QY, UK and ¹⁹Alcohol Treatment Center, Lausanne University Hospital, CH-1011 Lausanne, Switzerland

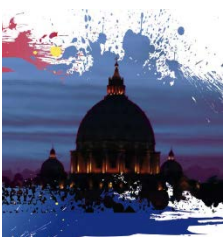
*Corresponding author: E-mail: jtrehm@gmail.com

(Received 27 April 2013; first review notified 3 June 2013; in revised form 16 June 2013; accepted 10 July 2013)

Abstract — Aims: The aim of the study was to explore whether the concept of heavy substance use over time can be used as definition of substance use disorder. **Methods:** Narrative review. **Results:** Heavy use over time clearly underlies the neurobiological changes associated with current thinking of substance use disorders. In addition, there is evidence that heavy use over time can explain the majority of social problems and of burden of disease (morbidity and mortality). A definition of substance use disorders via heavy use over time would avoid some of the problems of current conceptualizations, for instance the cultural specificity of concepts such as loss of control. Finally, stressing the continuum of use may avoid the high level of stigmatization currently associated with substance use disorders. **Conclusion:** ‘Heavy substance use over time’ seems to be a definition of substance use disorders in line with results of basic research and epidemiology. Additionally, it reduces stigmatization. This approach should thus be further explored.

Downloaded from <http://alcalc.oxfordjournals.org/> at Centre for Addiction and Mental Health on August 8, 2013





80th Congress National Society of Alcoholism
Alcologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



LA SCIENZA. DSM-5 la raccomandazione di combinare i criteri di abuso e dipendenza

Reviews and Overviews

Mechanisms of Psychiatric Illness

DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.

Marc Auriacombe, M.D.

Guilherme Borges, Sc.D.

Kathleen Bucholz, Ph.D.

Alan Budney, Ph.D.

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.

Thomas Crowley, M.D.

Walter Ling, M.D.

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc Schuckit, M.D.

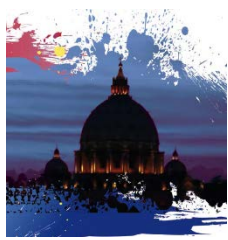
Bridget F. Grant, Ph.D.

Since DSM-IV was published in 1994, its approach to substance use disorders has come under scrutiny. Strengths were identified (notably, reliability and validity of dependence), but concerns have also arisen. The DSM-5 Substance-Related Disorders Work Group considered these issues and recommended revisions for DSM-5. General concerns included whether to retain the division into two main disorders (dependence and abuse), whether substance use disorder criteria should be added or removed, and whether an appropriate substance use disorder severity indicator could be identified. Specific issues included possible addition of withdrawal syndromes for several substances, alignment of nicotine criteria with those for

other substances, addition of biomarkers, and inclusion of nonsubstance, behavioral addictions.

This article presents the major issues and evidence considered by the work group, which included literature reviews and extensive new data analyses. The work group recommendations for DSM-5 revisions included combining abuse and dependence criteria into a single substance use disorder based on consistent findings from over 200,000 study participants, dropping legal problems and adding craving as criteria, adding cannabis and caffeine withdrawal syndromes, aligning tobacco use disorder criteria with other substance use disorders, and moving gambling disorders to the chapter formerly reserved for substance-related disorders. The proposed changes overcome many problems, while further studies will be needed to address issues for which less data were available.

(Am J Psychiatry 2013; 170:834–851)



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



UN'ALTRA SCIENZA ? La moderazione... Opinioni a confronto ...

Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2013) 23, 487–504



Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/nmcd

Nutrition,
Metabolism &
Cardiovascular Diseases

REVIEW

Moderate alcohol use and health: A consensus document



A. Poli ^{a,*}, F. Marangoni ^a, A. Avogaro ^b, G. Barba ^c,
 S. Bellentani ^d, M. Bucci ^e, R. Cambieri ^f, A.L. Catapano ^g,
 S. Costanzo ^h, C. Cricelli ⁱ, G. de Gaetano ^j,
 A. Di Castelnuovo ^k, P. Faggiano ^l, F. Fattorioli ^m, L. Fontana ⁿ, G. Forlani ^o,
 S. Frattini ^p, R. Giacco ^q, C. La Vecchia ^r, L. Lazzaretto ^s, L. Loffredo ^t,
 L. Lucchin ^u, G. Marelli ^v, W. Marrocco ^s, S. Minisola ^w, M. Musico ^x, S. Novo ^y,
 C. Nozzoli ^z, C. Pelucchi ⁱ, L. Perri ^t, F. Pieralli ^z, D. Rizzoni ^{aa}, R. Sterzi ^{ab},
 R. Vettor ^{ac}, F. Violi ^t, F. Visioli ^{ad}

^a NFI (Nutrition Foundation of Italy), Viale Tunisia 38, 20124 Milan, Italy

^b SIPREC (Italian Society for Cardiovascular Prevention) and University of Padova, Italy

^c SIIA (Italian Society of Hypertension), Institute of Food Science – Italian National Research Council – CNR, Avellino, Italy

^d Gastroenterology and Liver Center, Local Health Agency of Modena, "Ramazzini" Hospital, Carpi, Italy

^e SISA (Italian Society for the Study of Atherosclerosis) and Clinical Research Center Ce.S.I. "Università G. d'Annunzio" Foundation, University of Chieti, Italy

^f SNAMID (National Society of Medical Education), Milan, Italy

^g SITECS (Italian Society for Clinical and Experimental Therapy) and Department of Pharmacology and Biomolecular Sciences, University of Milan, Italy

^h Laboratory of Genetic and Environmental Epidemiology, Catholic University, Campobasso, Italy

ⁱ SIMG (Italian Society of General Medicine), Florence, Italy

^j Research Laboratories, "John Paul II" Foundation for Research and Treatment, Catholic University, Campobasso, Italy

^k Laboratory of Genetic and Environmental Epidemiology, "John Paul II" Foundation for Research and Treatment, Catholic University, Campobasso, Italy

^l ANMCO (Italian National Association of Hospital Cardiologists) and Chair of Cardiology, University of Brescia, Italy

^m ANMCO (Italian National Association of Hospital Cardiologists), Careggi Hospital and University of Florence, Italy

ⁿ AMD (Italian Association of Diabetologists), Dietology, Diabetology and Metabolic Diseases Unit, Sandro Pertini Hospital, Rome, Italy

^o AMD (Italian Association of Diabetologists), Unit of Metabolic Diseases & Clinical Dietetics Alma Mater Studiorum, University of Bologna, Italy

^p ANMCO (Italian National Association of Hospital Cardiologists) and Cardiology Unit – Istituti Ospitalieri di Cremona, Italy

^q SID (Italian Society of Diabetology) and Institute of Food Science – National Research Council-CNR, Avellino, Italy

^r "Mario Negri" Pharmacological Research Institute and Department of Clinical Sciences and Community Health, University of Milan, Italy

* Corresponding author.

E-mail address: poli@nutrition-foundation.it (A. Poli).

0939-4753/\$ – see front matter © 2013 Elsevier B.V. All rights reserved.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nmcd.2013.02.007>

Appendix 1. Scientific societies that have agreed to sign the consensus paper

ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica)
 AMD (Associazione Medici Diabetologia)
 ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
 CNR-ITB (Istituto di Tecnologie Biomediche del Centro Nazionale della Ricerca)
 FADOI (Italian Federation of the Associations of Internal Medicine Physicians)
 FIMMG (Federazione Italiana Medici Medicina Generale)
 NFI (Nutrition Foundation of Italy)
 SIC (Società Italiana di Cardiologia)
 SID (Italian Society of Diabetology)
 SIIA (Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa)
 SIMG (Società Italiana di Medicina Italiana)
 SIMI (Società Italiana Medicina Interna)
 SIO (Società Italiana dell'Obesità)
 SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro)
 SIPREC (Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare)
 SISA (Società Italiana per lo Studio della Arteriosclerosi)
 SITECS (Società Italiana Terapia Clinica e Sperimentale)
 SNAMID (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale)
 The Italian Stroke Forum

METODO : accettabile per Società Scientifiche ?

Methodology

The Nutrition Foundation of Italy coordinated a team of Italian experts, as follows: selected Italian scientific societies were contacted and required to provide topic-specific reviews of the alcohol–health relation. Twenty societies out of 23 agreed (see [Appendix 1](#)), although one finally chose not to contribute to this document. All contributions were merged, discussed and agreed upon by the entire Panel, which approved the final paper in September 2012.

- Selezione arbitraria delle pubblicazioni
- Alcune società (4/23) NON hanno aderito a seguito della procedura seguita :
 - Non è una revisione sistematica
 - Esclusione della letteratura “contraria”
 - Assegnazione arbitraria delle topics agli esperti selezionati ad hoc
 - Assenza di dichiarazione di conflitto di interessi da parte degli autori

Appendix 1. Scientific societies that have agreed to sign the consensus paper

ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica)
AMD (Associazione Medici Diabetologia)
ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
CNR-ITB (Istituto di Tecnologie Biomediche del Centro Nazionale della Ricerca)
FADOI (Italian Federation of the Associations of Internal Medicine Physicians)
FIMMG (Federazione Italiana Medici Medicina Generale)
NFI (Nutrition Foundation of Italy)
SIC (Società Italiana di Cardiologia)
SID (Italian Society of Diabetology)
SIIA (Società Italiana dell'Iipertensione Arteriosa)
SIMG (Società Italiana di Medicina Italiana)
SIMI (Società Italiana Medicina Interna)
SIO (Società Italiana dell'Obesità)
SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro)
SIPREC (Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare)
SISA (Società Italiana per lo Studio della Arteriosclerosi)
SITECS (Società Italiana Terapia Clinica e Sperimentale)
SNAMID (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale)
The Italian Stroke Forum

MISMATCHING ... one drink ...

The bulk of available data allows proposing some suggestions and guidelines, addressed to physicians and health professionals:

1) In adults and in the elderly (regardless of sex), spontaneous consumption of alcoholic beverages within 30 g ethanol/d, that is ~two drinks/d for men and 15 g/d, that is ~one drink/d for women are to be considered acceptable and do not deserve intervention by the primary care physician or the health professional in charge.

15 gr	30 gr
2UA	3 UA

10 gr	20 gr
1UA	2 UA

about 1.5% of cancers and cancer deaths in women. Restriction of alcohol drinking to the limits indicated by the European Code Against Cancer [143] (20 g/d for men and 10 g/d for women) would avoid about 90% of cancers and cancer deaths in men and over 50% of cancers in women, that is about 330/360,000 cancer cases and about 200/220,000 cancer deaths (Bagnardi et al., 2012). Avoidance or limitation of alcohol consumption to two drinks/d for men and one drink/d for women is, therefore, a global public-health priority.

Appendix 1. Scientific societies that have agreed to sign the consensus paper

ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica)
AMD (Associazione Medici Diabetologia)
ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
CNR-ITB (Istituto di Tecnologie Biomediche del Centro Nazionale della Ricerca)
FADOI (Italian Federation of the Associations of Internal Medicine Physicians)
FIMMG (Federazione Italiana Medici Medicina Generale)
NFI (Nutrition Foundation of Italy)
SIC (Società Italiana di Cardiologia)
SID (Italian Society of Diabetology)
SIIA (Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa)
SIMG (Società Italiana di Medicina Italiana)
SIMI (Società Italiana Medicina Interna)
SIO (Società Italiana dell'Obesità)
SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro)
SIPREC (Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare)
SISA (Società Italiana per lo Studio della Arteriosclerosi)
SITECS (Società Italiana Terapia Clinica e Sperimentale)
SNAMID (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale)
The Italian Stroke Forum

LE CRITICHE INTERNAZIONALI

Critique 119: A consensus statement on the association of moderate alcohol consumption and health — 13 August 2013

Poli A, Marangoni F, Avogaro A... de Gaetano G... et al (total of 36 authors). Moderate alcohol use and health: A consensus document. *Nutrition, Metabolism, & Cardiovascular Disease* 2013;23:487-504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2013.02.007>

Forum Comments

Note: One of the 36 authors of the consensus statement, G. de Gaetano, is a member of this Forum; he has not provided any comments on this Forum critique.

While giving a very good overall assessment of the current knowledge on alcohol and health, the report contains a number of statements that appear to reflect "political" rather than "scientific" beliefs. As stated by Forum member Waterhouse, "This document is a refreshing review; however, it appears to be primarily a political document with a number of key compromises. In particular, two of the four conclusions were issues that were not addressed in the review. First there is conclusion #3, that pregnant women should be discouraged from drinking, but the authors present zero data on this question, i.e. they do not cite data demonstrating the effect of moderate alcohol consumption on pregnancy outcomes. The authors also specifically conclude that abstainers should not be encouraged to drink when, again, they present no data or discussion of the problems associated with such a recommendation. Instead, the data they do present shows again and again that abstinence, compared to moderate consumption, is a major risk factor for heart disease, obesity, metabolic syndrome, and other diseases. Thus, while the review of the scientific data is sound, and generally well done and conclusions 1 and 2 are derived from the data presented, it seems that conclusions 3 and 4 were added to appease political agendas of the 19 societies." Reviewer Finkel stated: "This is an excellent, tempered overview of current understanding. However, I feel it implies more guilt to modest drinking vis-a-vis carcinogenesis than is deserved."

Forum member Skovenborg also considered this to be a useful paper, but agreed that "several of the conclusions are written with a political correctness agenda with no scientific evidence base or discussion." He added, "To their credit the authors confront the problem of underreporting of alcohol consumption — especially among heavy drinkers — and the problems of defining the limit of moderate and the start of harmful consumption. The authors also speak clearly in favour of the importance of total mortality as the most objective way to evaluate the role of alcohol and health. The authors conclude that 'a window of healthy consumption' exists, and indicate a reversion point where the mortality of drinkers equals or exceeds the mortality of abstainers. The conclusion of the quoted paper: 'Low levels of alcohol intake (1-2 drinks per day for women and 2-4 drinks per day for men) are inversely associated with total mortality in both men and women' is changed in the consensus document to '1-1.5 drinks/d in women and about 3 drinks/d in men.'" Reviewer Ursini added: "Too often solid science is tainted by biases of 'political correctness,' trying to minimize the disappointment of some people who had hoped for a different outcome."

IL RESVERATROL è “nudo”

Alcolologia oggi
dalla scienza alla clinica, dalla persona alla società



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 IJCC

Issue

IJC International Journal of Cancer

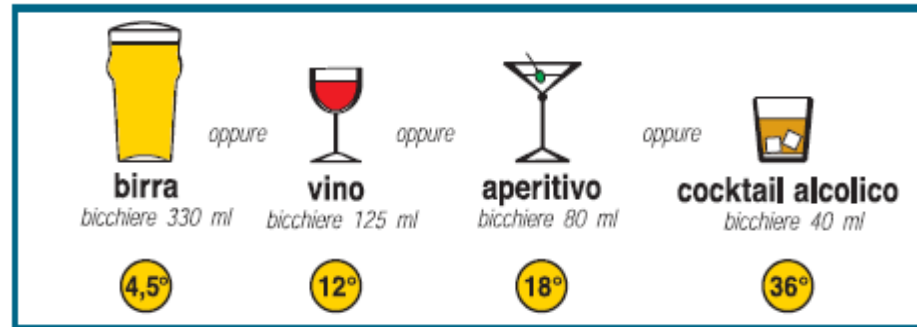
Accepted Article (Accepted, unedited articles published online and citable. The final edited and typeset version of record will appear in future.)

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.

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE 2013

PER LE NUOVE LINEE GUIDA SUL CONSUMO DI ALCOL

Unità Alcoliche equivalenti (contenenti 12 g di alcol)



Sei a rischio per la salute

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**

variabili di intervento

Rischio come continuum

M < 20 g / die (< 2 UA)
F < 20 g / die (< 2 UA)
BASSO RISCHIO

Medio RISCHIO

M = 40-50 g / die (4-5 UA)
F = 20-30 g / die (2-3 UA)
A RISCHIO „HAZARDOUS“

M > 50 g / die (> 5 UA)
F > 30 g / die (> 3 UA)
DANNOSO „HARMFUL“

Categorie
di INTERESSE CLINICO oltre che
Epidemiologico

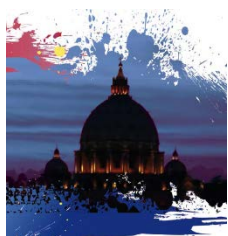
M > 60 g / die (> 6 UA)
F > 40 g / die (> 4 UA)
ALTO RISCHIO
“HEAVY DRINKERS”

La categoria di consumo di ALCOL QUOTIDIANO > 60 gr e > 40 gr è usata convenzionalmente **A LIVELLO INTERNAZIONALE** per stimare il numero di alcolodipendenti. **In questa categoria di consumo è massima la probabilità di una diagnosi suggestiva per alcoldipendenza**

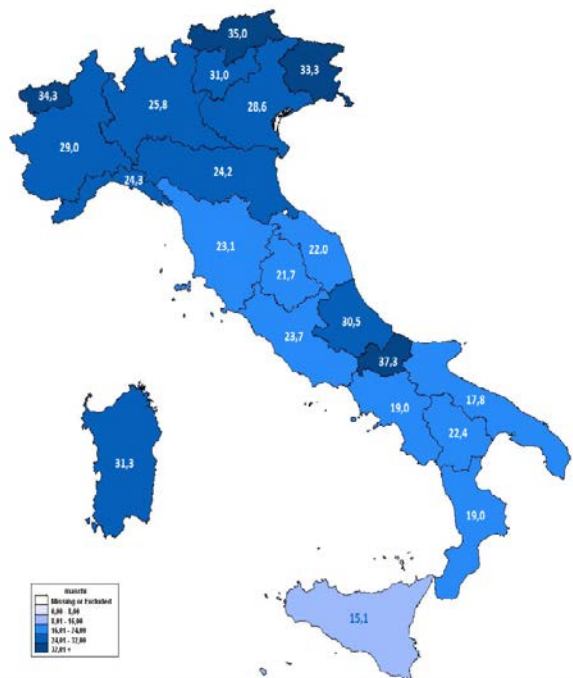
ALCOLDIPENDENZA

CONSUMATORI A RISCHIO –ITALIA

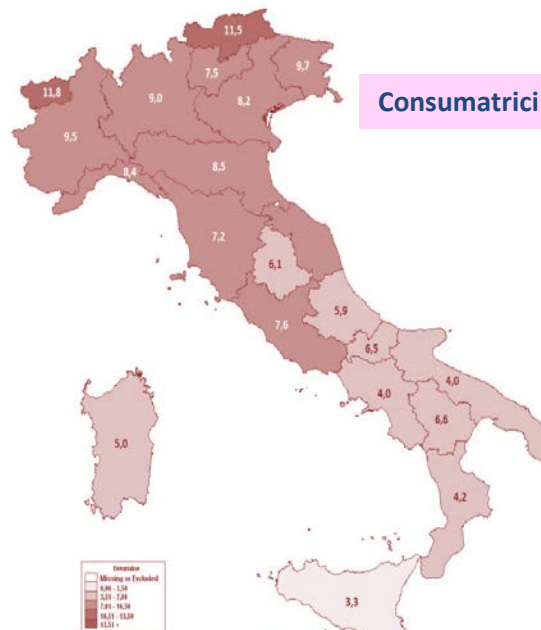
Prevalenze per Regioni (ISS-ISTAT)



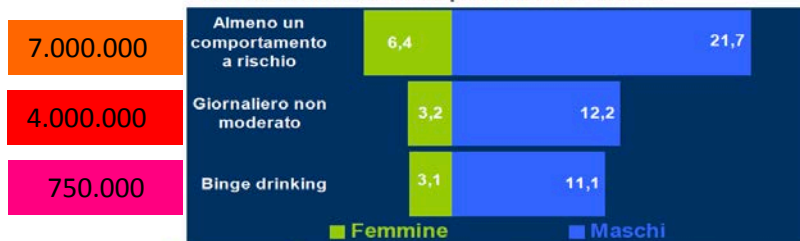
Consumatori a rischio (%) per Regione



Consumatrici a rischio (%) per Regione



L'abuso di alcol: i comportamenti a rischio



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 coinvolti nel binge drinking (6,9%).

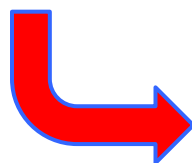
Comportamenti a rischio diffusi si osservano tra:
 - Anziani di 65 anni e più: il 40,7% degli uomini; l'10,1% delle donne;
 - Giovani di 18-24 anni: il 21,0% dei maschi e il 9,5% delle femmine;
 - Adolescenti di 11-17 anni: il 12,4% dei maschi e l'8,4% delle femmine.

E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA

I CONFINI DINAMICI DEI LIVELLI DI INTERVENTO

IDENTIFICAZIONE PRECOCE, INTERVENTO BREVE e TRATTAMENTO

Categorie di consumo		Popolazione italiana ≥18 anni		
		Genere	n. (stima)	%
MEDIO RISCHIO	INTERVENTO BREVE	Donne 3 UA	126.459	0,5
		Uomini 4-5 UA	1.403.517	5,8
ALTO RISCHIO	INTERVENTO BREVE ----- POTREBBE RICHIEDERE TRATTAMENTO IN FUNZIONE DEL LIVELLO DI CONSUMO	Donne: >3 UA	288.810	1,1
		Uomini >5 UA	527.133	2,2



GESTIONE DELL' INTERVENTO SULL' "ALTO RISCHIO" (in attesa di "evoluzioni") INTERVENTO BREVE, OPPURE

ALTO RISCHIO
M>5 UA ; F>3 UA
815.943
(1,6%)

LA SCIENZA: QUALI DEFINIZIONI?
"Heavy substance use over time" come definizione
epidemiologica e de-stigmatizzante per la categoria
"substance use disorders"

Alcohol and Alcoholism Advance Access published August 7, 2013
doi:10.1093/alcal/agt027

Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use?

J. Rehm^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,136,137,138,139,140,141,142,143,144,145,146,147,148,149,150,151,152,153,154,155,156,157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168,169,170,171,172,173,174,175,176,177,178,179,180,181,182,183,184,185,186,187,188,189,190,191,192,193,194,195,196,197,198,199,200,201,202,203,204,205,206,207,208,209,210,211,212,213,214,215,216,217,218,219,220,221,222,223,224,225,226,227,228,229,230,231,232,233,234,235,236,237,238,239,240,241,242,243,244,245,246,247,248,249,250,251,252,253,254,255,256,257,258,259,260,261,262,263,264,265,266,267,268,269,270,271,272,273,274,275,276,277,278,279,280,281,282,283,284,285,286,287,288,289,290,291,292,293,294,295,296,297,298,299,300,301,302,303,304,305,306,307,308,309,310,311,312,313,314,315,316,317,318,319,320,321,322,323,324,325,326,327,328,329,330,331,332,333,334,335,336,337,338,339,340,341,342,343,344,345,346,347,348,349,350,351,352,353,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,366,367,368,369,370,371,372,373,374,375,376,377,378,379,380,381,382,383,384,385,386,387,388,389,390,391,392,393,394,395,396,397,398,399,400,401,402,403,404,405,406,407,408,409,410,411,412,413,414,415,416,417,418,419,420,421,422,423,424,425,426,427,428,429,430,431,432,433,434,435,436,437,438,439,440,441,442,443,444,445,446,447,448,449,450,451,452,453,454,455,456,457,458,459,460,461,462,463,464,465,466,467,468,469,470,471,472,473,474,475,476,477,478,479,480,481,482,483,484,485,486,487,488,489,490,491,492,493,494,495,496,497,498,499,500,501,502,503,504,505,506,507,508,509,510,511,512,513,514,515,516,517,518,519,520,521,522,523,524,525,526,527,528,529,530,531,532,533,534,535,536,537,538,539,540,541,542,543,544,545,546,547,548,549,550,551,552,553,554,555,556,557,558,559,560,561,562,563,564,565,566,567,568,569,570,571,572,573,574,575,576,577,578,579,580,581,582,583,584,585,586,587,588,589,590,591,592,593,594,595,596,597,598,599,600,601,602,603,604,605,606,607,608,609,610,611,612,613,614,615,616,617,618,619,620,621,622,623,624,625,626,627,628,629,630,631,632,633,634,635,636,637,638,639,640,641,642,643,644,645,646,647,648,649,650,651,652,653,654,655,656,657,658,659,660,661,662,663,664,665,666,667,668,669,670,671,672,673,674,675,676,677,678,679,680,681,682,683,684,685,686,687,688,689,690,691,692,693,694,695,696,697,698,699,700,701,702,703,704,705,706,707,708,709,710,711,712,713,714,715,716,717,718,719,720,721,722,723,724,725,726,727,728,729,730,731,732,733,734,735,736,737,738,739,740,741,742,743,744,745,746,747,748,749,750,751,752,753,754,755,756,757,758,759,760,761,762,763,764,765,766,767,768,769,770,771,772,773,774,775,776,777,778,779,780,781,782,783,784,785,786,787,788,789,790,791,792,793,794,795,796,797,798,799,800,801,802,803,804,805,806,807,808,809,810,811,812,813,814,815,816,817,818,819,820,821,822,823,824,825,826,827,828,829,830,831,832,833,834,835,836,837,838,839,840,841,842,843,844,845,846,847,848,849,850,851,852,853,854,855,856,857,858,859,860,861,862,863,864,865,866,867,868,869,870,871,872,873,874,875,876,877,878,879,880,881,882,883,884,885,886,887,888,889,890,891,892,893,894,895,896,897,898,899,900,901,902,903,904,905,906,907,908,909,910,911,912,913,914,915,916,917,918,919,920,921,922,923,924,925,926,927,928,929,930,931,932,933,934,935,936,937,938,939,940,941,942,943,944,945,946,947,948,949,950,951,952,953,954,955,956,957,958,959,960,961,962,963,964,965,966,967,968,969,970,971,972,973,974,975,976,977,978,979,980,981,982,983,984,985,986,987,988,989,990,991,992,993,994,995,996,997,998,999,1000}

¹Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Dresden, Germany; ²Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada; ³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴Yasko Law School of Public Health (YLSPH), University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ²⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ³⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁴⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁵⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁸⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹¹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹²Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹³Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁴Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁵Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁷Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁸Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁹⁹Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁰⁰Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada

Abstract — Aims: The aim of the study was to explore whether the concept of heavy substance use over time can be used as definition of substance use disorders. Methods: Narrative review. Results: Heavy use over time clearly underlines the epidemiological changes associated with current thinking of substance use disorders. In addition, there is evidence that heavy use over time can explain the majority of social problems and burden of disease (morbidity and mortality). A definition of substance use disorders on heavy use over time would avoid some of the problems of current conceptualizations, for instance the cultural specificity of concepts such as loss of control. Finally, stressing the continuity of use may avoid the high level of stigmatization currently associated with substance use disorders. Conclusions: Heavy substance use over time seems to be a definition of substance use disorders in line with results of basic research and epidemiology. Additionally, it induces stigmatization. This approach should thus be further explored.

Downloaded from <http://alcal.oxfordjournals.org/> at Centre for Addiction and Mental Health on August 8, 2013

E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA

LA SCIENZA. DSM-5 la raccomandazione di
combinare i criteri di abuso e dipendenza

Reviews and Overviews

Mechanisms of Psychiatric Illness

DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.

Marc Auriacombe, M.D.

Guilherme Borges, Sc.D.

Kathleen Bucholz, Ph.D.

Alan Budney, Ph.D.

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.

Thomas Crowley, M.D.

Walter Ling, M.D.

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc Schuckit, M.D.

Bridget F. Grant, Ph.D.

Since DSM-IV was published in 1994, its approach to substance use disorders has come under scrutiny. Strengths were identified (notably, reliability and validity of diagnoses), but concerns have also arisen. The DSM-5 Substance-Related Disorders Work Group considered these issues and recommended revisions for DSM-5. General concerns included whether to retain the division into two main disorders (dependence and abuse), whether substance use disorder criteria should be added or removed, and whether an appropriate substance use disorder severity indicator could be identified. Specific issues included possible addition of withdrawal syndromes for several substances, alignment of nicotine criteria with those for

other substances, addition of biomarkers, and inclusion of nonsubstance, behavioral addictions. This article presents the major issues and evidence considered by the work group, which included literature reviews and extensive new data analyses. The work group recommendations for DSM-5 revisions included combining abuse and dependence criteria into a single substance use disorder based on consistent findings from over 200,000 study participants, dropping legal problems and adding craving as criteria, adding cannabis and caffeine withdrawal syndromes, aligning tobacco use disorder criteria with other substance use disorders, and moving gambling disorders to the chapter formerly reserved for substance-related disorders. The proposed changes overcome many problems, while further studies will be needed to address issues for which less data were available.

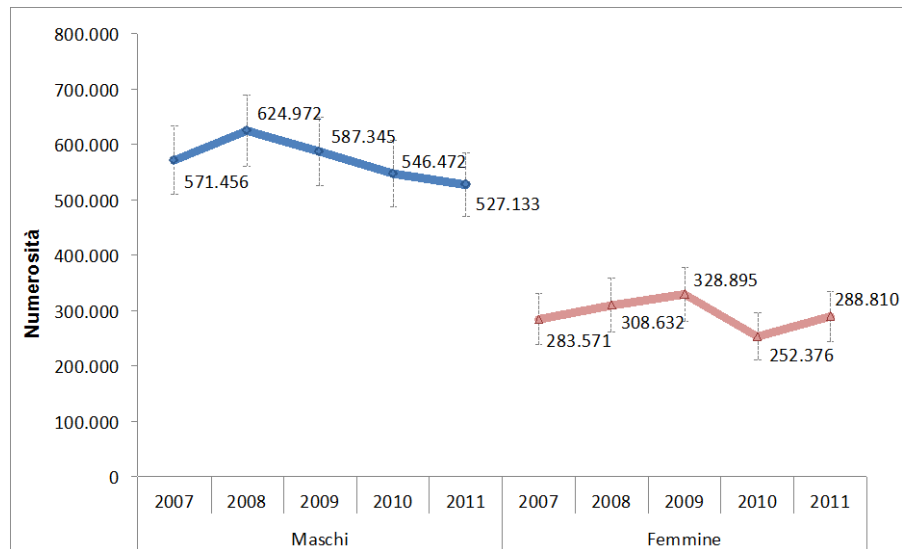
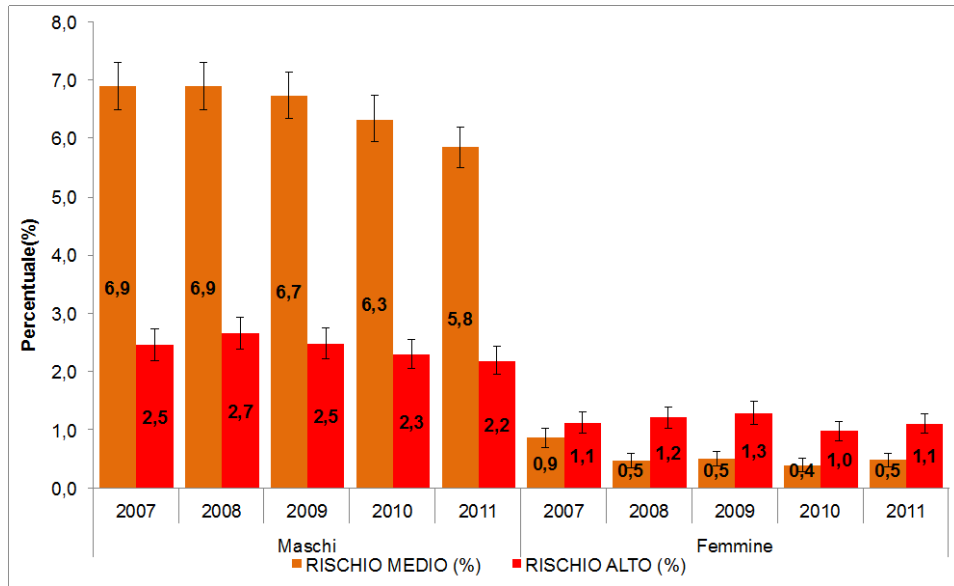
(Am J Psychiatry 2013; 170:434-451)

E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA

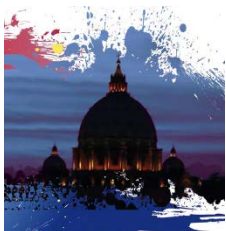
LO "ZOCCHOLO DURO" CHE NESSUNA POLICY HA SCALFITO



L'analisi del trend
delle categoria di
ALTO RISCHIO
[M>5 UA; F>3 UA]
mostra che nel corso
degli ultimi 5 anni
non si sono registrate
variazioni
significative di questi
consumatori ne tra gli
uomini ne tanto
meno tra le donne



PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO



Modelling the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions in Italy

An Adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model

Colin Angus, Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Aleksandra Torbica, Francesca Ferre, Pierluigi Struzzo, Robin Purshouse, Alan Brennan

Modelling the cost-effectiveness of screening and brief interventions in primary care in Italy

Colin Angus^{1*}, Emanuele Scafato², Silvia Ghirini², Aleksandra Torbica³, Francesca Ferre³, Pierluigi Struzzo⁴, Robin Purshouse⁵ and Alan Brennan¹

¹School of Health & Related Research (ScHARR), University of Sheffield, UK

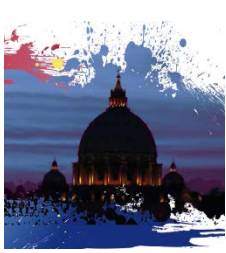
²Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, Rome, Italy

³Bocconi University, Via Roentgen, Milan, Italy

⁴Region Friuli Venezia Giulia, Regional Centre for the Training in Primary Care, Monfalcone, Italy

⁵Department of Automatic Control & Systems Engineering, University of Sheffield, UK





Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?

Nell'ambito del Progetto Europeo **ODHIN** (Ottimizzare gli interventi nei contesti di assistenza sanitaria) **l'intervento breve** è stato preso in considerazione dai ricercatori dell'ISS e dell'Università di Sheffield per stabilire la via ottimale per **incoraggiare i Medici ad integrare nelle attività professionali quotidiane pratiche** che la ricerca clinica ha dimostrato essere efficaci.

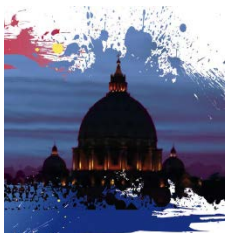


Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?

Attraverso un modello che ha ipotizzato l'attuazione in ITALIA di un **programma di screening ed intervento breve in una prospettiva di 10 anni di attività** è stato valutato l'impatto sanitario di modalità predefinite di azione su:

- Mortalità
- Morbilità
- Modifiche nei livelli di consumo alcolico

valutando COSTI e BENEFICI e le modifiche osservabili in una prospettiva di 30 anni .



Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?



Sono stati considerati, tra gli altri, DUE principali STRUMENTI DI SCREENING:

-AUDIT-C

-AUDIT-C + Full AUDIT

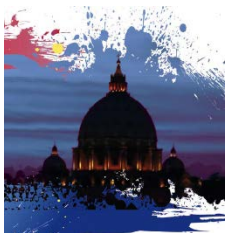


Le soglie dei punteggi utilizzati per la valutazione della categoria di rischio alcolcorrelato sono state quelle **VALIDATE in ITALIA dall'ISS** :

AUDIT-C : 5 per i maschi 4 per le donne

Full AUDIT : 8 per entrambi i sessi





Identificare precocemente e intervenire. QUALE MODALITA' DI PRATICA PROFESSIONALE ADOTTARE IN ITALIA ?



Il modello ha considerato **DUE principali SCENARI** di screening del paziente adottabili dai Medici di Medicina Generale in Italia:

- Screening attuato nel corso della **prossima visita medica di un paziente del MMG**
- Screening attuato a seguito della **registrazione di un nuovo paziente del MMG**



Il modello ha valutato sia la **PERCENTUALE di UTENTI RAGGIUNTA nel corso TEMPO che i COSTI sostenuti** calcolati sulla base dei costi correnti in Italia (comparati con quelli del Regno Unito)



I BENEFICI stimati dell'IPIB in ITALIA



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



Parameter
Screening arrival profiles for next registration and next consultation
Screening instrument diagnostic properties
Duration of screening
Effectiveness of brief intervention
Duration of brief intervention
Cost of GP's time
Cost of brief intervention materials
Population demographic data
Population alcohol consumption
Mortality data
Morbidity & cost data
Alcohol-attributable fractions

Al fine di valutare i **COSTI** e i **BENEFICI** registrabili a 30 anni dalle attività di screening svolte nel corso di 10 anni di attività sono state considerate e/o calcolate numerose variabili tra le quali:

- i costi dei salari medi dei MMG ,
- il numero di ore dedicate all'attività,
- il costo per minuto di attività professionale (costi 2008)
- i minuti dedicati allo screening e all'intervento
- l'efficacia stimata dell'intervento breve

INOLTRE

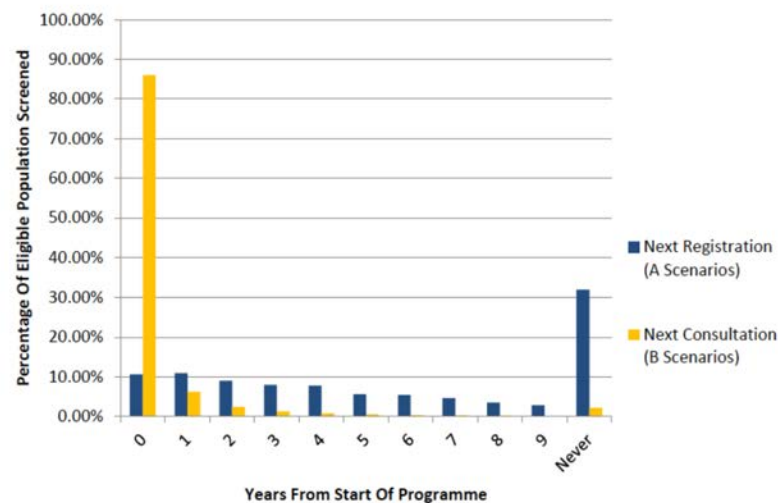
- Le frazioni e livelli di mortalità alcol-attribuibile,
- I ricoveri ospedalieri alcolcorrelati e i loro costi
- QALYs (quality AdjustedLife years, la qualità e la quantità di anni vissuti dalla popolazione
- ICER(incremental cost-effectiveness ratio) come proporzione di modifiche nei costi conseguenti a benefici incrementali legati all'intervento

SCEGLIERE BENE PER INTERCETTARE PRIMA

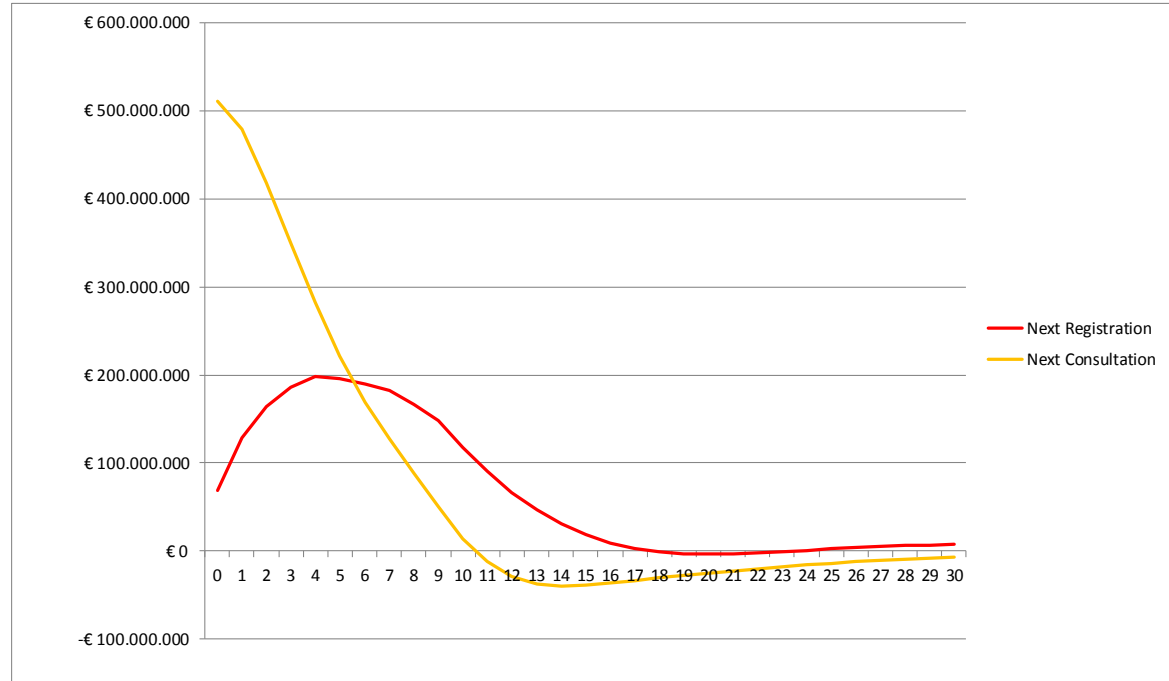
La copertura della popolazione che frequenta gli studi dei MMG nel corso di 10 anni ipotizzati di programmi di screening **è considerevolmente differente rispetto ai due scenari e ha rilevanti implicazioni nei profili dei COSTI.**

La DIAGNOSI PRECOCE attuata secondo una dinamica che **ESAMINA il PAZIENTE nella sua PROSSIMA VISITA** conduce alla “cattura” del **97 %** del bacino di utenza del medico con l’86 % screenato nel corso nel **PRIMO ANNO del programma**, con circa 6% al SECONDO ANNO e **solo il 2 %** (circa un milione di pazienti in Italia) **non sottoposti a screening dopo il 10° anno.**

Al contrario, la DIAGNOSI PRECOCE attuata all’atto di **REGISTRAZIONE DI UN NUOVO PAZIENTE** conduce ad una “cattura” del 70 % **chessi** si distribuisce nel corso dei 10 anni ipotizzati di intervento **ma con un 32 % circa di pazienti MAI screenati** (circa 19 milioni di pazienti in Italia) **non sottoposti a screening dopo i 10 anni.**



I COSTI cumulativi dei due scenari



Nella prospettiva del policy-maker la distribuzione dei costi per il SSN è sicuramente determinante nella scelta delle modalità da sostenere. Sottolineando che l'attività del medico è comunque considerata come integrata nelle attività già svolte e remunerate e che nessun incentivo è considerato nel modello è evidente che:

-Il programma di screening basato sulla **visita successiva del paziente** è gravato da un **costo annuale iniziale molto elevato** (0.5 milioni di euro circa) e diminuisce gradualmente dal 1° al 10° anno oltre il quale si cominciano a registrare un **RISPARMIO di COSTI**

-- Il **programma di screening basato sulla visita alla prossima registrazione** di un nuovo paziente ha un **costo annuale più graduale, crescente dal primo al 4°** e si azzera a partire dal 18° anno **non facendo registrare mai risparmi di costo**

I BENEFICI stimati dell'IPIB in ITALIA

Volendo prendere in considerazione i risultati dell'approccio del modello più "performante dei 14 modelli utilizzati, gli indicatori relativi ai costi e gli outcomes su mortalità, morbidità e sui ricoveri ospedalieri sono comunque sostanziale.

Con il programma IPIB , in uno scenario di screening effettuato nel corso della prossima visita al paziente si stima di poter registrare una riduzione di 148.694 ricoveri e 9627 decessi con **un incremento del QALY compreso di 128.500 QALYs, anni di vita vissuti in più e in migliore qualità.**

Nel corso di dieci anni il bilancio economico è:

Costo complessivo 591 milioni di euro

Costi ospedalieri - 598 milioni di euro

Costo netto SSN -7 milioni di euro

Un approccio da considerare alla luce dell'esigenza di prevenire il maggior numero possibile di consumatori a rischio e di possibili candidati all'ALCOLDIDENDENZA.



Carenza di formazione

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

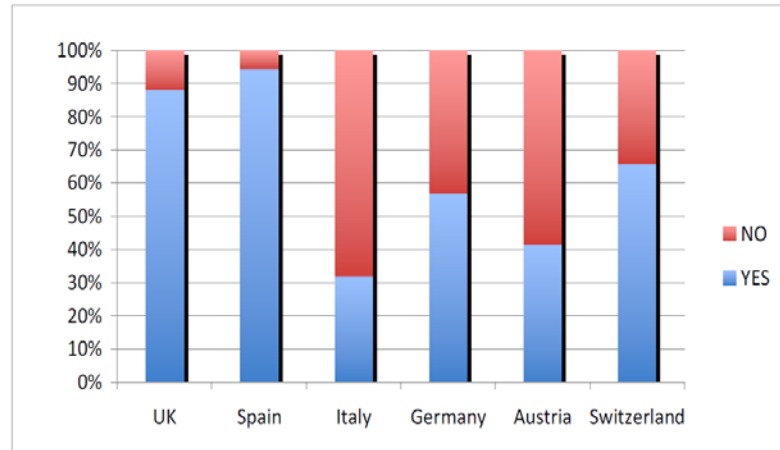
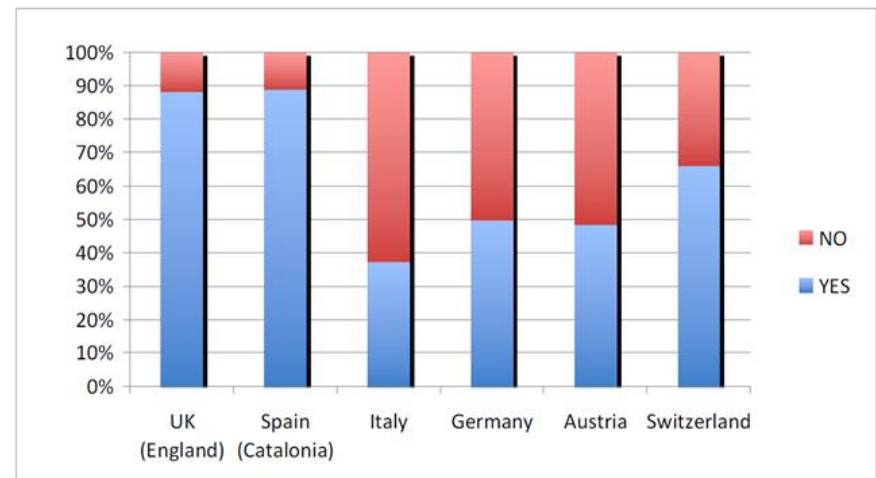


Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?



Attivazione



Adolescenti e alcool

Per proseguire è necessario inserire il CODICE FISCALE come identificativo

Le tue risposte, insieme a tutte le altre fornite dai colleghi, saranno elaborate con la garanzia dell'anonimato ai soli fini di costruire statistiche.



"Il sondaggio che l'Ordine dei Medici propone in questa pagina ai suoi iscritti è un'iniziativa scaturita dall'esperienza del Progetto Europeo AMPHORA coordinata dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità. L'acquisizione di informazioni sulle conoscenze, attitudini e percezione dei medici è una preziosa risorsa per la valutazione delle iniziative di salute pubblica che spaziano dalla formazione medica alla prevenzione e all'intervento."

Istruzioni:

Le chiediamo cortesemente di completare il questionario. Contrassegnare la casella corrispondente alla sua risposta o scriva la sua risposta dove indicato. Il questionario è anonimo e soltanto dati aggregati potranno essere utilizzati nel riportare i risultati dello studio.

Definizioni:

1) Disordini alcol-correlati: la classificazione internazionale delle malattie ICD-10 dell'OMS categorizza come disordini alcol-correlati 3 categorie di soggetti: soggetti con consumo rischioso, soggetti con consumo dannoso di alcol ed alcolodipendenti.

- **Consumo a rischio (hazardous)** è definito dall'OMS un livello di consumo o una modalità del bere che, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale. Rispetto al consumo dannoso, il consumo rischioso si riferisce a modalità di consumo che hanno un significato in sanità pubblica sebbene in assenza di disordini in atto nei consumatori.

- **Consumo dannoso (harmful)** è definito dalla classificazione internazionale ICD-10 dell'OMS una modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico (come ad esempio la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol). Rispetto al consumo rischioso, nel consumo dannoso vi sono evidenti problematiche alcol-correlate sebbene ad esse non corrisponda una richiesta di trattamento da parte del soggetto.

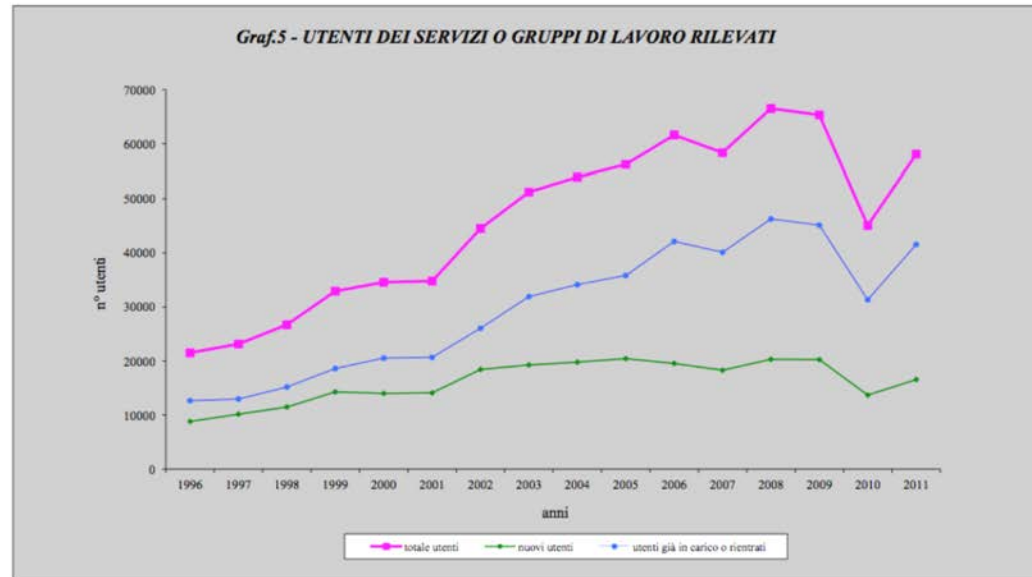
- **Alcolodipendenza** è definita dalla classificazione internazionale ICD-10 dell'OMS come un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l'individuo una priorità crescente rispetto ad abitudini che in precedenza rivestivano un valore maggiore e che progressivamente vengono abbandonate. Caratteristica centrale è il forte desiderio di bere, la difficoltà a controllarsi rispetto ad inizio, termine e livello di assunzione alcolica nonostante la consapevolezza delle conseguenze dannose per la salute, aumentata tolleranza e stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità.

2) Strumenti di screening: ci si riferisce all'uso regolare (su supporto cartaceo o elettronico) di test di screening standardizzati per l'identificazione del consumo rischioso, dannoso e dell'alcolodipendenza quali: AUDIT, AUDIT-C, CAGE, FAST, SASQ o altri.

3) Intervento breve: si riferisce ad un intervento effettuato in un contesto clinico non specialistico (ad esempio il suo ambito di medicina generale), da parte di personale non specializzato (cioè da personale non specializzato nel trattamento delle dipendenze da alcol) diretto a soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol non in cerca di trattamento per una problematica alcol-correlata. Questi interventi possono variare dai 5 ai 30/40 minuti, da una singola sessione a più sessioni ripetute.

ALCOLDIPENDENZA

“Non esiste ancora nel nostro Paese una stima puntuale e ufficiale del numero di alcol dipendenti”.



Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

ALCOLDIPENDENZA

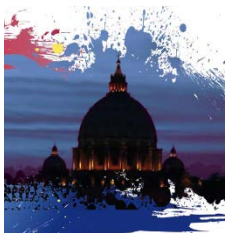


Nel 2011 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro, rilevati alla data della presente relazione, **58.122 soggetti alcolodipendenti**. Il **28,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi**, il rimanente 71,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva nel Friuli Venezia Giulia (67,3%), la più bassa in Valle d'Aosta (12,9%).

Tab.6 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

UTENTI TOTALI

REGIONE	2005				2006				2007				2008				2009				2010				2011			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	3.704	1.227	4.931	3,0	4.200	1.378	5.578	3,0	4.360	1.478	5.838	2,9	4.757	1.494	6.251	3,2	4.741	1.444	6.185	3,3	5.384	1.637	7.021	3,3	5.127	1.618	6.745	3,2
VALLE D'AOSTA	198	56	254	3,5	203	63	266	3,2	223	58	281	3,8	266	69	335	3,9	291	68	359	4,3	279	74	353	3,8	239	72	311	3,3
LOMBARDIA	7.237	2.017	9.254	3,6	7.434	2.094	9.528	3,6	6.983	2.089	9.072	3,3	8.742	2.420	11.162	3,6	9.716	2.418	12.134	4,0	1.660	437	2.097	3,8	7.965	1.887	9.852	4,2
PROV.AUTON.BOLZANO	1.539	504	2.043	3,1	1.876	571	2.447	3,3	1.695	550	2.245	3,1	1.875	579	2.454	3,2	1.744	548	2.292	3,2	1.328	369	1.697	3,6	1.291	421	1.712	3,1
PROV.AUTON.TRENTO	1.841	446	2.287	4,1	1.890	476	2.366	4,0	1.985	527	2.512	3,8	2.132	595	2.727	3,6	2.225	717	2.942	3,1	1.802	604	2.406	3,0	2.526	562	3.088	4,5
VENETO	8.242	3.000	11.242	2,7	9.225	2.701	11.926	3,4	8.341	2.237	10.578	3,7	10.949	3.099	14.048	3,5	11.492	3.010	14.502	3,8	6.082	1.510	7.592	4,0	5.734	1.518	7.252	3,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.398	627	4.025	5,4	3.733	789	4.522	4,7	1.902	367	2.269	5,2	2.617	557	3.174	4,7	3.198	758	3.956	4,2	2.799	627	3.426	4,5	555	100	655	5,6
LIGURIA	2.441	440	2.881	5,5	2.518	470	2.988	5,4	697	269	966	2,6	1.340	471	1.811	2,8	1.207	461	1.668	2,6	1.735	694	2.429	2,5	1.191	432	1.623	2,8
EMILIA ROMAGNA	3.731	1.358	5.089	2,7	3.663	1.355	5.018	2,7	3.911	1.428	5.339	2,7	3.961	1.595	5.556	2,5	4.113	1.573	5.686	2,6	353	126	479	2,8	980	416	1.396	2,4
TOSCANA	1.139	454	1.593	2,5	1.899	818	2.717	2,3	2.732	1.033	3.765	2,6	3.361	1.318	4.679	2,6	779	278	1.057	2,8	3.363	1.311	4.674	2,6	3.696	1.434	5.130	2,6
UMBRIA	1.421	289	1.710	4,9	1.392	282	1.674	4,9	1.594	358	1.952	4,5	1.696	394	2.090	4,3	2.221	488	2.709	4,6	1.301	238	1.539	5,5	2.756	634	3.390	4,3
MARCHE	1.647	529	2.176	3,1	932	298	1.230	3,1	1.195	350	1.545	3,4	1.167	383	1.550	3,0	1.321	352	1.673	3,8	901	325	1.226	2,8	715	298	1.013	2,4
LAZIO	844	242	1.086	3,5	2.040	563	2.603	3,6	2.155	590	2.745	3,7	2.313	678	2.991	3,4	1.701	501	2.202	3,4	693	204	897	3,4	2.270	651	2.921	3,5
ABRUZZO	921	281	1.202	3,3	1.047	291	1.338	3,6	945	305	1.250	3,1	868	268	1.136	3,2	617	253	870	2,4	855	293	1.148	2,9	722	255	977	2,8
MOLISE	-	-	-	-	264	62	326	4,3	-	-	-	-	105	20	125	5,3	368	74	442	5,0	360	72	432	5,0	246	48	294	5,1
CAMPANIA	1.209	223	1.432	5,4	1.105	243	1.348	4,5	1.747	334	2.081	5,2	1.586	313	1.899	5,1	1.100	237	1.337	4,6	1.643	344	1.987	4,8	1.998	475	2.473	4,2
PUGLIA	1.388	244	1.632	5,7	1.513	243	1.756	6,2	1.327	292	1.619	4,5	1.446	336	1.782	4,3	1.754	364	2.118	4,8	1.226	317	1.543	3,9	966	208	1.174	4,6
BASILICATA	307	86	393	3,6	316	89	405	3,6	335	95	430	3,5	350	92	442	3,8	356	100	456	3,6	93	30	123	3,1	375	78	453	4,8
CALABRIA	1.168	191	1.359	6,1	-	-	-	-	1.082	162	1.244	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.401	229	1.630	6,1
SICILIA	1.397	248	1.645	5,6	1.848	346	2.194	5,4	1.812	334	2.146	5,4	1.960	376	2.336	5,2	2.350	422	2.772	5,6	1.497	253	1.750	5,9	1.828	322	2.150	5,7
SARDEGNA	-	-	-	-	1.226	200	1.426	6,1	418	83	501	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.771	437	2.208	4,1	3.190	693	3.883	4,6
ITALIA	43.772	12.462	56.234	3,5	48.324	13.332	61.656	3,6	45.439	12.939	58.378	3,5	51.491	15.057	66.548	3,4	51.294	14.066	65.360	3,6	35.125	9.902	45.027	3,5	45.771	12.351	58.122	3,7

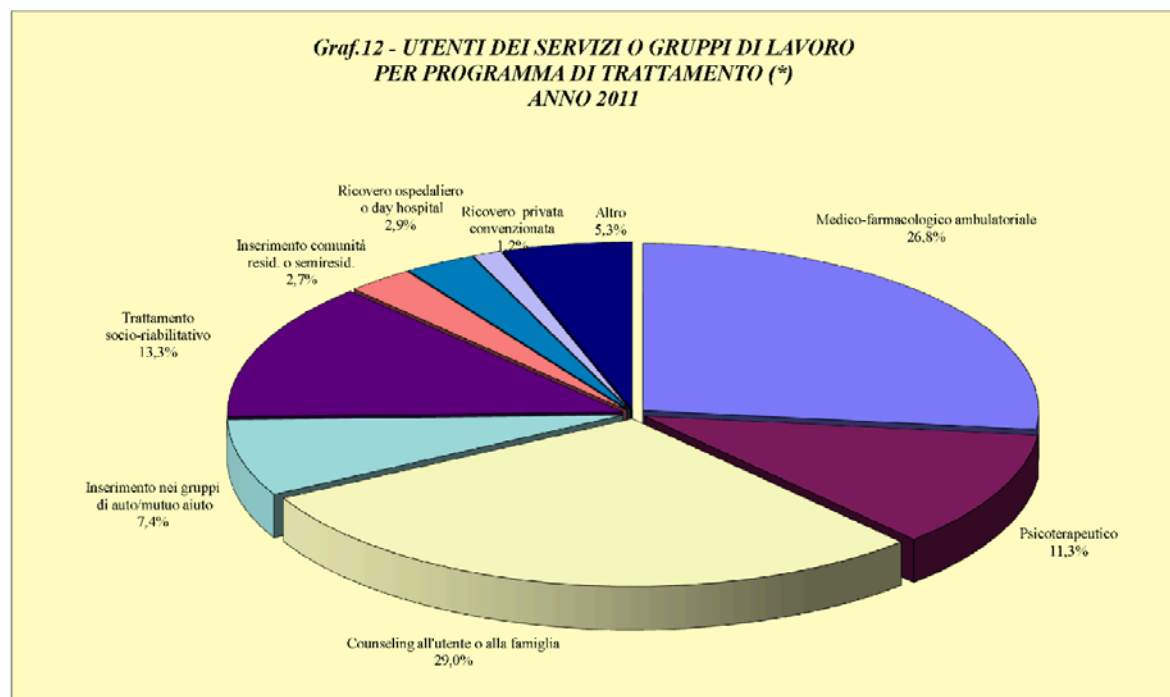


Alcoldipendenti in carico ai servizi

- Gli alcoldipendenti al di sotto dei 30 anni in trattamento nei servizi alcolologici territoriali rappresentano nel 2011 il 9,8% dell'utenza totale, una quota consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%).

ALCOLDIPENDENZA

Il 26,8 % riceve un trattamento medico farmacologico. Era il 28.9 % nel 2009.

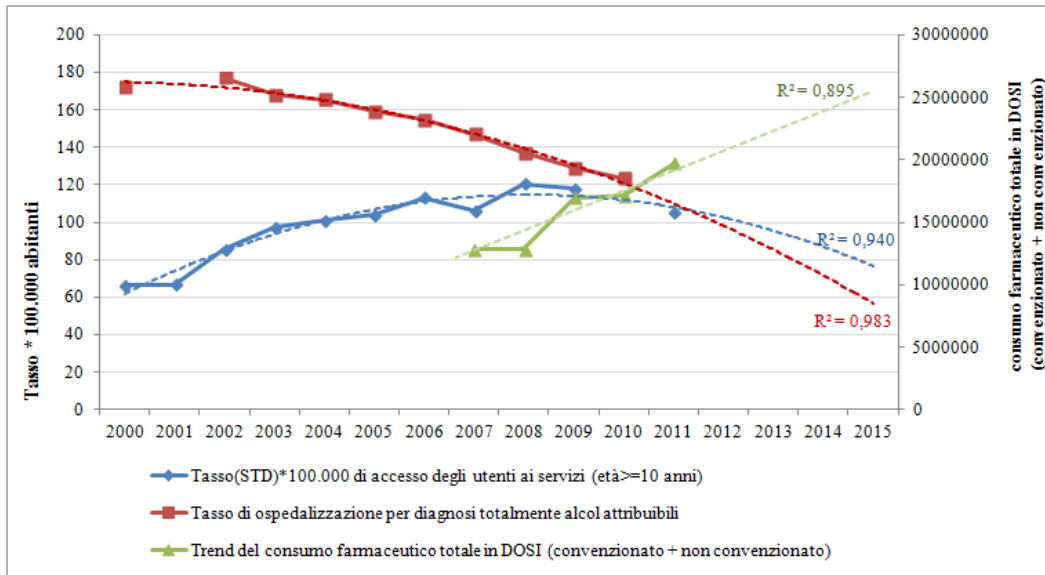


(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

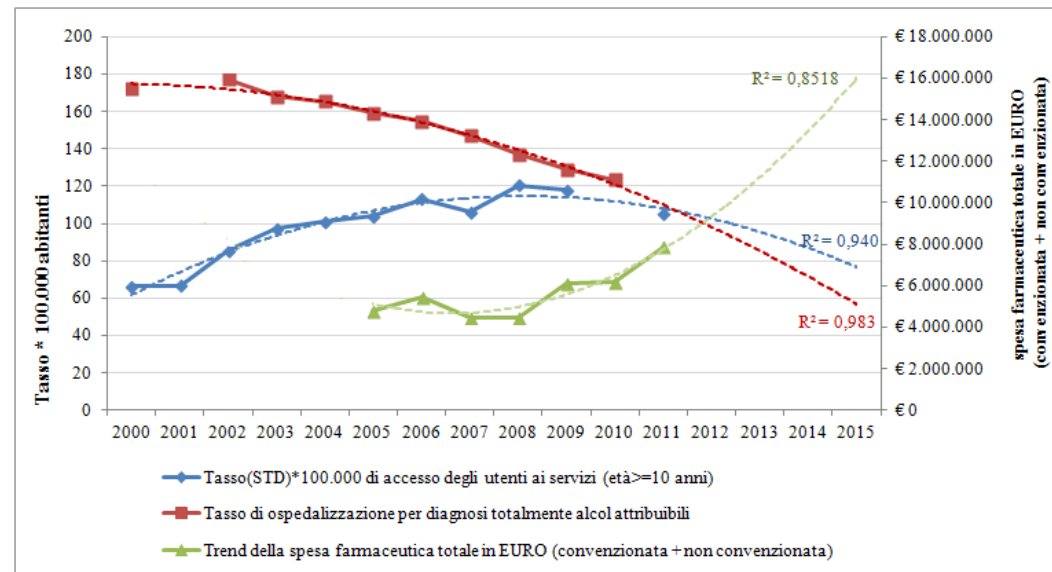
Ministero della salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale della prevenzione - Ufficio VII

ALCOLDIPENDENZA

Nel corso degli ultimi anni
sono stati rilevati
il consumo di farmaci in
dosi
(dal 2007) e
la spesa farmaceutica
(dal 2005)



Nonostante la diminuzione del tasso STD degli utenti totali dei servizi e quella dei tassi di ospedalizzazione si registra un continuo incremento sia del consumo di farmaci espresso in dosi che della spesa farmaceutica espressa in euro. CIO' INDUCE A STIMARE CHE GLI ALCOLDIPENDENTI in carico SIANO in realtà AUMENTATI
Parametrando i costi e gli alcol dipendenti del 2009 al 2011 la stima dei pazienti in carico sarebbe di circa 87.000



I dati dei servizi relativi all'anno 2010 sono stati esclusi dall'analisi

E. SCAFATO, SIA 2013, ROMA

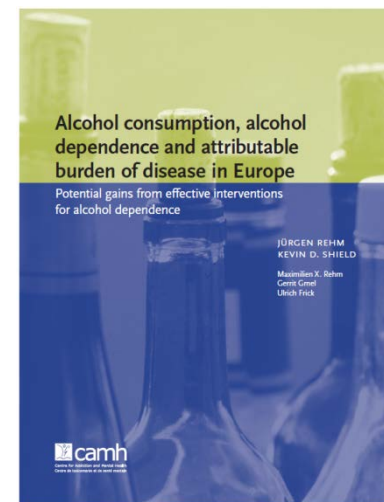


Accesso al TRATTAMENTO ALCOLDIPENDENZA (Stime 2004)

Web Appendix 16: Treatment Access for People with AD

The tables below outline data on treatment access for people with AD, aged 15+, living in European countries in 2004.

	People with AD: women	People with AD: men	Inpatient	Outpatient & other: 1 st estimate	Outpatient & other: 2 nd estimate	% treated 1 st estimate	% treated 2 nd estimate	Source, if not WHO database (see note below)
Austria	85,000	255,000	22,400	10,577	41,608	10%	19%	
Belgium	68,200	190,500	11,866	13,065	22,041	10%	13%	
Bulgaria	39,500	197,900	10010	10,112	18,593	8%	12%	
Cyprus	4,700	14,600	68	1,015	126	6%	1%	
Czech Republic	30,000	182,800	14,522	13,158	26,974	13%	20%	
Denmark	35,200	88,600	6,549	6,664	12,165	11%	15%	
Estonia	10,500	48,000	2467	1,726	4,582	7%	12%	
Finland	32,900	123,800	17,327	6,565	32,185	15%	32%	
France	314,100	1,073,800	94,569	75,399	175,660	12%	19%	
Germany	378,900	1,558,200	55,171	118,743	118,743	9%	9%	Reference 203
Greece	59,100	188,200	10427	14,413	19,368	10%	12%	
Hungary	140,700	632,600	12,688	39,308	39,308	7%	7%	http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/phepa_final_rep_ort_annex4_hungary.pdf
Iceland	970	3,300	419	364	778	18%	28%	
Ireland	28,300	90,400	5005	4,973	9,297	8%	12%	
Italy	104,900	162,600	19,613	11,783	11,783	12%	12%	Reference 204
Latvia	13,800	63,800	11,736	2,983	21,799	19%	43%	
Lithuania	23,800	110,100	7,671	4,318	14,249	9%	16%	
Luxembourg	2,200	8,200	1,518	563	2,820	20%	42%	
Malta	1,100	4,000	225	504	418	14%	13%	
Netherlands	28,300	56,400	3,564	20,182	6,620	28%	12%	
Norway	54,600	164,600	2,869	5,952	5,329	4%	4%	
Poland	222,300	1,111,900	15,699	48,402	29,161	5%	3%	
Portugal	64,500	201,500	11216	13,446	20,833	9%	12%	
Romania	54,400	164,700	9238	27,623	17,160	17%	12%	
Slovakia	21,700	192,800	11,901	6,789	22,106	9%	16%	
Slovenia	14,500	75,500	2,527	2,600	4,694	6%	8%	
Spain	31,200	186,000	7,679	56,248	14,264	29%	10%	
Sweden	101,000	236,700	6,176	37,938	37,938	13%	13%	http://www.socialstyrelsen.se/List/s/Artikeltatalog/Attachments/10443/2004-125-3_20041253.pdf
Switzerland	42,300	206,800	13,688	9,901	25,425	9%	16%	
UK	796,400	1,994,700	42,503	74,844	78,949	4%	4%	
EU	2,707,200	9,213,300	414,335	623,944	803,442	9%	10%	



**IL 12 % degli
ALCOLDIPENDENTI
in ITALIA
AVREBBERO ACCESSO AL
TRATTAMENTO
(STIMA 2001-2003)**

Notes: The green-shaded information is from the European Hospital Morbidity Database. Regarding sources (final column), most data are drawn from the WHO's European Hospital Morbidity Database (HMDB). Retrieved August 2, 2011, from <http://data.euro.who.int/hmdb/index.php>.

ALCOLDIPENDENZA. Prevalenze in EU.

Web Appendix 12: Prevalence of Alcohol Dependence, by Country

This table outlines the prevalence of adults (15+) with alcohol dependence in European countries. (The figures represent the best estimates for 2005.)

Country	Women	Men	Women affected	Men affected	Year
Austria	2.5	7.5	85,000	255,000	2008
Belgium	1.6	4.7	68,200	190,500	2001
Bulgaria	1.2	6.4	39,500	197,900	2004
Cyprus	1.4	4.7	4,700	14,600	2004
Czech Republic	0.7	4.5	30,000	182,800	2004
Denmark	1.6	4.3	35,200	88,600	2005
Estonia	1.7	9.9	10,500	48,000	2004
Finland	1.5	6.1	32,900	123,800	2000
France	1.3	4.7	314,100	1,073,800	2001-2002
Germany	1.1	4.7	378,900	1,558,200	1997-1999
Greece	1.3	4.2	59,100	188,200	2004
Hungary	3.2	16.5	140,700	632,600	2004
Iceland	0.9	3	970	3,300	2004
Ireland	1.8	5.8	28,300	90,400	2004
Italy	0.4	0.7	104,900	162,600	2001-2003
Latvia	1.3	7.6	13,800	63,800	2004
Lithuania	1.6	8.9	23,800	110,100	2004
Luxembourg	1.2	4.7	2,200	8,200	2000
Malta	0.7	2.5	1,100	4,000	2004
Netherlands	0.4	0.9	28,300	56,400	2007/2009
Norway	2.9	9.4	54,600	164,600	1994-1997
Poland	1.4	7.7	222,300	1,111,900	2004
Portugal	1.4	4.9	64,500	201,500	2004
Romania	0.6	2	54,400	164,700	2007
Slovakia	1.1	10.2	21,700	192,800	2000/2001
Slovenia	2	10.5	14,500	75,500	1999
Spain	0.2	1.2	31,200	186,000	2000/2001
Sweden	2.8	6.7	101,000	236,700	1998-2003
Switzerland	1.4	7.2	42,300	206,800	2007
UK	3.2	8.7	796,400	1,994,700	2007
EU	1.3	4.8	2,707,200	9,213,300	
For comparison					
Russia	3.3	16.5	2,129,200	8,701,200	2004

STIME ALCOLDIPENDENTI (AD) IN EU 12 milioni di alcodipendenti in E

Le stime calcolano in

267.500 gli alcodipendenti in ITALIA
(anni 2001-2003 con "best estimate" al 2005)

Sulla base dei dati REALI

Negli anni 2001-3 in ITALIA si sono registrati in media

43.484 ALCOLDIPENDENTI IN CARICO AI SERVIZI

Avrebbe accesso al trattamento in ITALIA

Il 16,2 % di TUTTI gli AD STIMATI

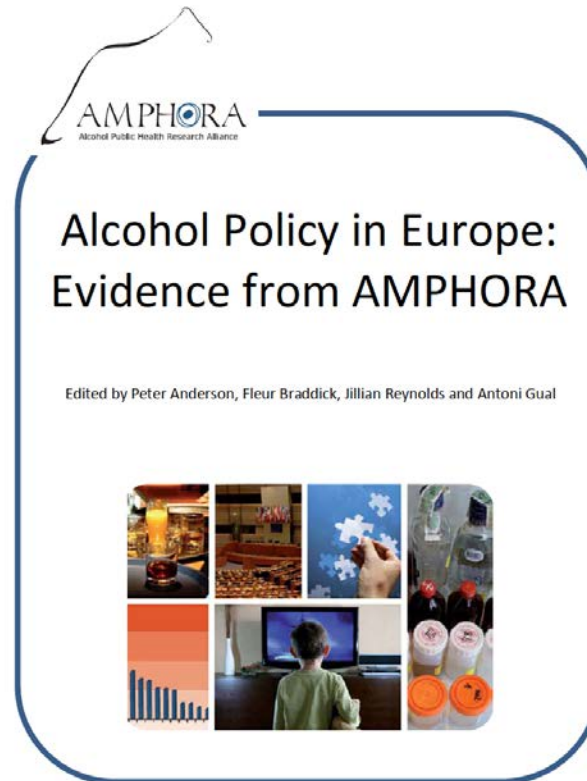
Il 21 % se si considerano

i 56.234 AD REALMENTE in carico nel 2005

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

REGIONE	2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.581	800	3.381	3,2	2.591	818	3.409	3,2	2.666	916	3.582	2,9	3.128	1.073	4.201	2,9
VALLE D'AOSTA	96	40	136	2,4	137	59	196	2,3	175	57	232	3,1	151	55	206	2,7
LOMBARDIA	4.055	1.444	5.510	2,8	4.395	1.501	5.896	2,9	5.171	1.821	6.992	2,8	6.002	3.073	9.075	2,0
PROV. AUTON. BOLZANO	1.638	467	2.105	3,5	1.679	426	2.105	3,9	1.781	501	2.282	3,6	1.654	503	2.157	3,3
PROV. AUTON. TRENTO	1.544	361	1.905	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2.350	652	3.002	3,6
VENETO	6.023	1.861	7.884	3,2	7.400	2.358	9.758	3,1	7.271	2.455	9.726	3,0	7.898	2.633	10.531	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.210	882	3.092	2,5	2.416	513	2.929	4,7	2.816	590	3.406	4,8	2.318	434	2.752	5,3
LIGURIA	344	93	437	3,7	332	100	432	3,3	1.301	242	1.543	5,4	1.676	324	2.000	5,2
EMILIA ROMAGNA	2.049	667	2.716	3,1	2.330	760	3.090	3,1	2.659	887	3.546	3,0	3.062	1.107	4.169	2,8
TOSCANA	2.040	755	2.795	2,7	2.040	832	2.872	2,5	2.191	992	3.123	2,4	1.875	807	2.682	2,3
UMBRIA	871	184	1.055	4,7	-	-	-	-	970	222	1.192	4,4	1.159	263	1.422	4,4
MARCHE	940	236	1.176	4,0	798	204	1.002	3,9	963	296	1.259	3,3	1.088	391	1.479	2,8
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	1.048	336	1.384	3,1	874	223	1.097	3,9
ABRUZZO	409	105	514	3,9	-	-	-	-	512	126	638	4,1	-	-	-	-
MOLISE	176	51	227	3,5	234	57	291	4,1	261	60	321	4,4	-	-	-	-
CAMPANIA	291	53	344	5,5	557	99	656	5,6	746	129	875	5,8	1.080	184	1.264	5,9
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	882	142	1.024	6,2	1.050	159	1.209	6,0
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	740	119	859	6,2	929	144	1.073	6,5
SICILIA	321	78	399	4,1	940	221	1.161	4,3	968	220	1.188	4,4	1.308	305	1.613	4,3
SARDEGNA	720	162	882	4,4	796	185	981	4,3	1.070	248	1.318	4,3	1.018	236	1.254	4,3
ITALIA	26.319	8.239	34.558	3,2	26.645	8.133	34.778	3,3	34.191	10.299	44.490	3,3	38.626	12.566	51.196	3,1

Cap. 9 Alcol, interventi e trattamenti in Europa



CHAPTER 9. ALCOHOL INTERVENTIONS AND TREATMENTS IN EUROPE

Amy Wolstenholme, Colin Drummond, Paolo Deluca, Zoe Davey, Catherine Elzerbi, Antoni Gual, Noemí Robles, Cees Goos, Julian Strizek, Christine Godfrey, Karl Mann, Evangelos Zois, Sabine Hoffman, Gerhard Gmel, Hervé Kuendig, Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Simon Coulton & Eileen Kaner

Table 5. Gap analysis of specialist treatment for alcohol dependence

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

Results (what we found)

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

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

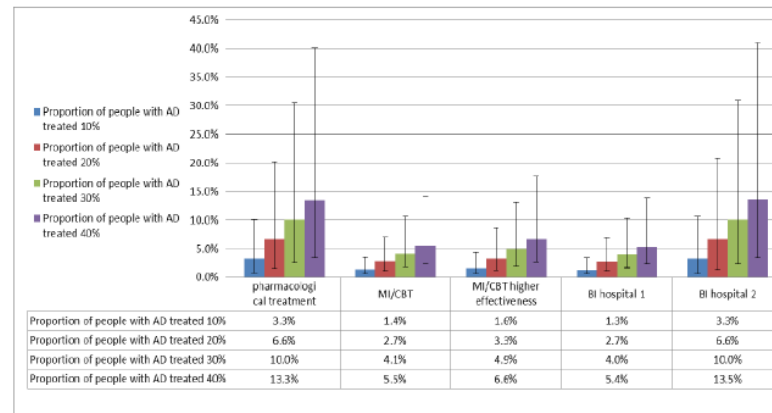
Stima Oss. Naz. Alcol ISS.
E. Scafato, APD 2013

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

ALCOLDIPENDENZA e MORTALITA'.

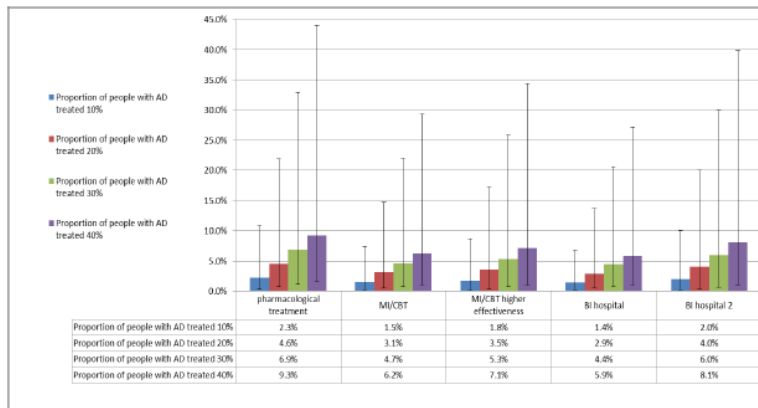
Effetto dell'ampliamento del numero di trattati

Figure 20a: Deaths avoided in men



There are treatment interventions available, in the form of psychotherapies and pharmacotherapies, that could reduce the burden of alcohol-attributable mortality. The most efficacious current options would reduce the death rate by some 13% in men (more than 10,000 deaths avoided), and by some 9% in women (more than 1,700 deaths avoided). This improvement could be accomplished within 12 months. This estimate assumes a treatment coverage of 40% of all people with AD, and also assumes that the average treatment effect (derived from past randomized trials) holds true.

Figure 20b: Deaths avoided in women



Ampliando la copertura del trattamento al 40 % degli alcol dipendenti si otterrebbe una riduzione della mortalità del 13 % negli uomini e del 9 % tra le donne in un anno in Europa.

Come ampliare l'accesso al trattamento ?



Esistono vari elementi che possono non consentire ad un alcol dipendente di richiedere e ricevere un trattamento, primo tra tutti, l'incapacità della persona di ammettere di aver bisogno di aiuto o di richiedere aiuto per una condizione che non si riconosce come rischiosa o dannosa e che, purtroppo, non viene intercettato come dovrebbe dal settore di assistenza primaria, sostanzialmente impreparata e poco formata rispetto al resto d'Europa. E' questo il motivo per il quale è indispensabile, soprattutto con i giovani, mantenere sempre aperto un canale di ascolto di quanti hanno problemi con l'alcol, per potere cogliere il momento giusto per potersi "insinuare" nella crepa del muro della negazione del problema per proporre un colloquio con un medico, un equipe, un gruppo di auto o mutuo aiuto formale o informale, per sollecitare, anche forzare gentilmente la persona ad un primo, importante passo verso il cambiamento.

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 alcol dipendenti e tossicodipendenti o malati mentali, un accoglienza quanto più possibile dedicata all'alcol dipendente.



Come ampliare l'accesso al trattamento ?



Spesso può esserci una ritrosia a frequentare un ambiente che è noto essere un SERT in quanto la persona riferisce di non sentirsi un “drogato”; questa osservazione andrebbe tenuta in stretta considerazione per favorire l'accoglienza di una sua precisa attesa.



Un altro fattore determinante è l'offerta di diversi trattamenti per i quali non sono state definite linee guida univoche in ambito alcolologico e, quindi, di presenza di culture disomogenee nell'orientamento medico e psicologico sottesi alle procedure e alle metodologie di diagnosi, cura e riabilitazione. L'Italia, da questo punto di vista, è piuttosto variegata con zone in cui il trattamento farmacologico è prevalente, se non addirittura unico, ed altre in cui è quello bio-psico-sociale o comunque si voglia definire quello psicologico individuale o di gruppo e di supporto motivazionale è il trattamento di riferimento.



Come ampliare l'accesso al trattamento ?



Inutile sottolineare che il trattamento è multidimensionale e multiprofessionale e che **la cultura del trattamento, spesso orientata a proporre obiettivi di lungo termine miranti all'astensione completa dall'alcol, potrebbe avvantaggiarsi di rinnovati approcci capaci di "agganciare" in un programma l'alcol dipendente restio a collaborare attraverso la proposta di obiettivi intermedi percepiti più realistici e alla portata delle capacità individuali di cambiamento quali quelli proposti a livello internazionale di riduzione del bere a rischio.**

In tale ottica, un giusto utilizzo delle tante molecole farmacologiche a disposizione ed un idoneo e valido uso delle tecniche più moderne di supporto, calibrate sulla base delle esigenze individuali, **potrebbero rappresentare il valore aggiunto per molti di quegli individui che altrimenti resterebbero esclusi dal sistema di trattamento** di cui invece si può e deve disporre soprattutto se si perseguisse anche la finalità primaria di attuare una valutazione relativa all'efficacia del trattamento ad oggi disattesa in Italia.

E' proponibile in alternativa all'astinenza totale la riduzione del bere rischioso come goal intermedio del trattamento dell'alcoldipendenza?

Original Article

Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence

Jan van Amsterdam* and Wim van den Brink¹

Abstract

This review describes and discusses studies related to reduced-risk drinking as an additional treatment option for patients with problematic alcohol use and alcohol dependence. The review provides some empirical support for the following statements: (a) reduced-risk drinking is a viable option for at least some problem and dependent drinkers; (b) abstinence and non-abstinence-based treatments appear to be equally effective; (c) allowing patients to choose their treatment goal increases the success rate. The relatively short follow-up period (1–2 years) of the studies hampers a proper evaluation of the added value of the reduced-risk drinking approach.

Keywords

Alcohol dependence, reduced-risk drinking, controlled drinking, abstinence, alcohol disorder

The online version of this article can be found at:
<http://jop.sagepub.com/content/early/2013/07/02/0269881113495320>

Psychopharm

Journal of Psychopharmacology

0(0) 1–11

© The Author(s) 2013

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0269881113495320

jop.sagepub.com

 SAGE

E' condivisibile proporre all'alcol dipendente obiettivi intermedi più realistici ?



L'alcol dipendenza è subdola, **il rischio nel bere è un *continuum*** in cui **la persona passa attraverso livelli crescenti di consumo di alcol in condizioni che sono caratterizzate dal rischio, dal danno e, infine, dall'alcol dipendenza** secondo modalità mai completamente prevedibili clinicamente e, anzi, soggette alla più estrema variabilità individuale legata alle condizioni personali che sono sociali oltre che sanitarie o di salute, a quelle familiari e addirittura genetiche, a quelle fisiologiche connesse all'età e al sesso.

Se il rischio è per definizione crescente in relazione a crescenti quantità di alcol consumate sono ipotizzabili opzioni alternative, oggi oggetto di dibattito scientifico, **tra cui quella di proporre come obiettivo realistico e concordato una riduzione graduale e concordata dei consumi a rischio, con obiettivi intermedi di cui attuare una valutazione dell'efficacia dell'intervento** che consentano di poter configurare raggiungibile la meta finale, condivisa, non negoziabile e indiscutibile della

astensione totale, il *gold standard* della terapia e riabilitazione efficace ed efficiente dell'alcol dipendente.

E' possibile ripercorre a ritroso il *continuum* del rischio alcolcorrelato ?



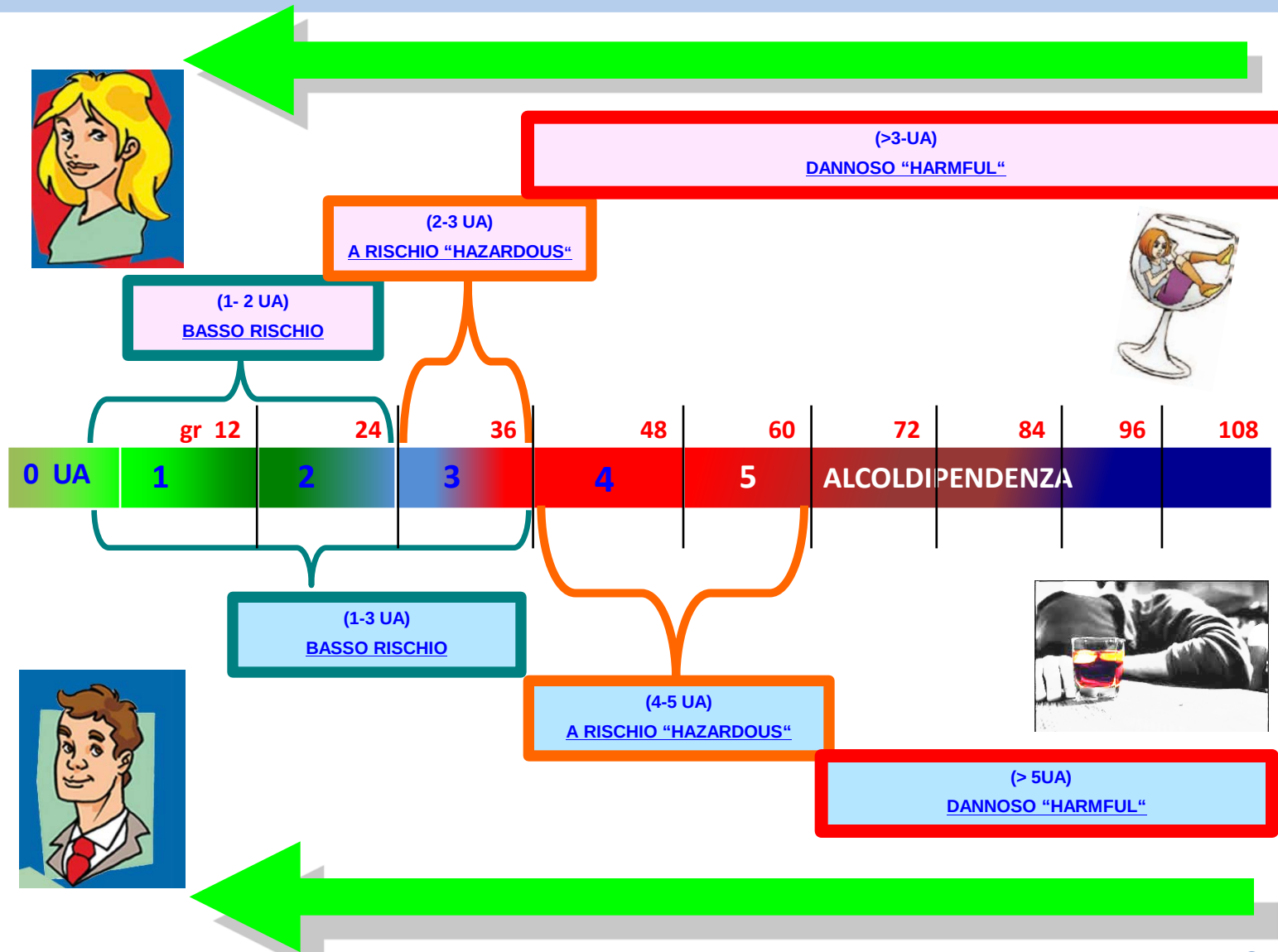
E' da prendere in considerazione l'attribuzione di ruolo della famiglia rispetto agli scenari con cui si confronta la quotidianità e che può anche proporre, in casi selezionati, un rinnovato impegno, non impossibile, nel far ripercorrere all'alcol dipendente in maniera graduale in senso inverso il *continuum* del rischio dall'alcol dipendenza all'astensione ripercorrendo al contrario le fasi che lo hanno condotto, bicchiere dopo bicchiere, alla dipendenza.

Ridurre le occasioni del bere, del bere in eccedenza può e deve essere oggetto di "tutoraggio" familiare e ambientale che può essere anche facilitato in condizioni opportune e selezionate da proposte di riduzione progressiva, monitorate come spesso accade dal convivente, favorevoli comunque il raggiungimento nel tempo dell'astensione totale.

Livelli DECRESCENTI di rischio, livelli variabili di intervento

PREVENZIONE come *continuum* ...

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





Società Italiana di Alcolologia

Alcolologia oggi

epidemiologia, policy e management
del rischio alcol correlato

Roma 18 Settembre 2012

Angelicum Congress Center
Pontificia Università San Tommaso D'Aquino

Grazie per l'attenzione