

Alcologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute

Publicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia e di Eurocare Italia

Abstract
2022

Alcologia

Alcologia

Editor Associazione Solidarietà Arcobaleno - Istituto Andrea Devoto ODV

Editor-in-chief: Valentino Patussi

Deputy editor-in-chief: Donatello Cirone

Assistant Editors

Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

Advisory Board

Martina Cianti (Centro Alcologico Regione Toscana)

Chiara Cresci (SOD Alcologia AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Andrea Quartini (SOD Alcologia AOU Careggi)

Maria Raffaella Rossin (Referente SIA)

Fabio Voller (ARS Toscana)

Tobacco Section Chief

Mateo Ameglio, Giuseppe Gorini

Gambling Section Chief

Adriana Iozzi, Aniello Baselice

Nutrition Section Chief

Andrea Ghiselli, Francesco Sofi

English Section Chief

Fabio Caputo

Traslation inglese/italiano

Marcus Perryman

Editorial Office

Martina Cianti

Past Editor

Giovanni Gasbarrini, Remo Naccarato, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini, Calogero Surrenti

International editorial board

Henry-Jean Aubin, Jonathan Chick, Michel Craplet, Philippe DeWitte, James C. Garbut, Antoni Gual, Paul Haber, Susumo Higuchi, Evgeny Krupitsky, Lorenzo Leggio, George Kenna, Otto Michael Lesch, Jannis Mouzas, Jurge Rehm, Katrin Skala, Rainer Spanagel, Robert Swift, Nicolas Tzavaras, Henriette Walter, Marcin Wojnar, Tomas Zima

National editor board

PierLuigi Allosio, Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Maria Francesca Amendola, Patrizia Balbinot, Claudio Annovi, Giovanni Aquilino, Mauro Bernardi, Mauro Cibir, Roberto Ciccocioppo, Paolo Cimarosti, Giancarlo Colombo, Giuseppe Corlito, Giovanni Corrao, Elia Del Borrello, Cristina Di Gennaro, Marco Domenicali, Angelo Fioritti, Diego Fornasari, Lucia Golfieri, Giovanni Greco, Simona Guerzoni, Luigi Janiri, Ina Hinnenthal, Ilaria Londi, Mario Maggi, Filomena Maggino, Patrizia Malaspina, Guido Mannaioni, Franco Marcomini, Fabio Marra, Giovanni Martinotti, Cristina Meneguzzi, Davide Mioni, Maria Cristina Morelli, Luca Morini, Antonio Mosti, Umberto Nizzoli, Andrea Noventa, Daniela Orlandini, Giuseppe Palasciano, Michele Parisi, Raimondo Pavarin, Francesco Piani, Luigi Alberto Pini, Antonio Daniele Pinna, Massimo Pinzani, Doda Renzetti, Fabio Roda, Maria Raffaella Rossin, Maria Teresa Salerno, Bruno Scutтери, Stefano Taddei, Federica Vigna-Taglianti, Teo Vignoli, Valeria Zavan.

Local editorial board

Mateo Ameglio, Ioannis Anifantakis, Gabriele Bardazzi, Marco Becattini, Massimo Cecchi, Valerio Cellesi, Ugo Corrieri, Paolo Costantino, Paolo Eduardo Dimauro, Fabrizio Fagni, Susanna Falchini, Fabio Faloml, Angela Guidi, Guido Guidoni, Guido Intaschi, Dino Lombardi, Mario Lupi, Antonella Manfredi, Henry Margaron, Milo Meini, Daniela Monali, Donatella Paffi, Patrizia Panti, Mario Pellegrini, Ellena Pioli, Lamberto Scali, Graziella Soluri, Maura Tedici, Paola Trotta, Tommaso Vannucchi, Maurizio Varese.

INDICE

Gianni Testino	9
SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA. Attività 2018-2022	
Documento SIA	14
DOCUMENTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA: Analisi delle principali tematiche affrontate nella seconda conferenza nazionale alcol	
Paolo Berretta, Ricercatore, Simona Pichini, Adele Minutillo	42
LA SINDROME FETO ALCOLICA UNA DISABILITÀ PERMANENTE E TRASPARENTE, POCO CONOSCIUTA IN ITALIA	
Roberto Biagiotti	43
RUOLO DELL'ECOGRAFIA NELLA DIAGNOSI PRENATALE DELLO SPETTRO DEI DISORDINI FETO-ALCOLICI (FASD)	
Roberta Agabio, Clelia Madeddu, Paolo Contu, Sofia Cosentino, Fabrizio Angius, Monica Deiana, Elena Massa, Alessandra Mereu, Carola Politi, Julia Sinclair Claudia Sardu	44
ALCOL E TUMORE ALLA MAMMELLA	
Laura Calviani, Marianna Galaverni, Luca Maggiorelli, Ilaria Magini, Benedetta Moschitta, Bianca Pananti, Donatella Stecchini, Maria Grazia Torrenti, Adriana Iozzi	45
UN PROGRAMMA INTENSIVO E BREVE RIVOLTO ALLE DONNE CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (DUA): Un' esperienza di integrazione residenziale-ambulatoriale e pubblico-privato sociale a Firenze	
Mauro Cibin, Luciano Pasqualotto, Cristiano Chiamulera	46
CF E RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE: Promuovere la recovery nei disturbi da uso di alcol	
Maria Raffaella Rossin, Lina Galvagno	47
I GIOVANI E I RITI DI PASSAGGIO: Il significato dell'alcol	
Ginetta Fusi, Laura Calviani, Simona Bartolini, Aurelia Caramet, Adriana Iozzi	48
MADRI E SPOSE DI ALCOLISTI: Amorevoli carceriere o avide salvatrici?	
Claudia Gandin, Emanuele Scafato	49
LA NECESSITÀ DI STRUMENTI INTERNAZIONALI DIAGNOSTICI E DI SCREENING PER IL DISTURBO DA GIOCO (GAMING): Il progetto collaborativo dell'organizzazione mondiale della sanità	

Aniello Baselice, Flavia Russo, Sara Buccafusca, Immacolata Lettieri, Teresa Volino	50
LA CONDIZIONE DELLA DONNA NEL SISTEMA FAMILIARE CON I CONGIUNTI CON DGA: La somministrazione del cer-survey nei programmi di trattamento del gruppologos salerno	
Giovanni Battista Modonutti, Fulvio Costantinides	51
CONOSCENZE SULLA NATURA, LE PROPRIETÀ E GLI EFFETTI ED I RISCHI DEL FUMO DI TABACCO ESPRESSE DAGLI DAGLI/LLI ADOLESCENTI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)	
Paola Trotta, Giuseppe Roberto Troisi, Laura Angelica Berni, Massimo Lupi, Sonia Degli Innocenti, Walter Tuberoni, Valentina Cappelletti, Leonardo Pallecchi, Nadia Ricceri, Samuela Morandi,	52
POGGIO ASCIUTTO E IL VIRUS SARS-COV-2. L'ESPERIENZA DI UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA PUBBLICA PER ALCOLDIPENDENTI E TOSSICODIPENDENTI IN DUE ANNI DI PANDEMIA 2020-2022	
Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Emanuele Scafato	53
L'AUMENTO DEI CONSUMATORI A RISCHIO DURANTE LA PANDEMIA	
Silvia Ghirini, Alice Matone, Claudia Gandin, Emanuele Scafato	54
L'AUMENTO DEI CONSUMATORI DANNOSI DI ALCOL REGISTRATO TRA IL 2019 E IL 2020	
Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	55
IL MONITORAGGIO DELL'ALCOLDIPENDENZA E DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL IN ITALIA	
Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	56
GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E LE DIMISSIONI OSPEDALIERE IN SOGGETTI CON DISTURBI DA USO DI ALCOL: L'importanza dell'aggancio in pronto soccorso e delle collaborazioni tra ospedale e territorio	
Silvia Formentin, Alessia Grigolin, Mascia Ortolan, Serena Vicario, Giancarlo Zecchinato, Salvatore Lobello	58
L'AVVIO DI UN NUOVO GRUPPO TERAPEUTICO PER GIOVANI IN RELAZIONE PROBLEMATICA CON L'ALCOL: La realizzazione di un evento inaugurale alle origini dello spazio mente-gruppo	
Patrizia Balbinot, Gianni Testino	59
ALCOL, FUMO, CANNABIS, NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE, FARMACI NON PRESCRITTI E ALTRI PARAMETRI IN UNA POPOLAZIONE STUDENTESCA DELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE.	
Mauro Semenzato, Stefano Canali, Cristian Chiamulera, Ina Hinnenthal, Mauro Cibin	60
L'IMPULSIVITÀ COME DIMENSIONE DELL'ADDICTION. FOCUS SUI DISTURBI DA USO DI ALCOL	

Francesco Traccis, Roberta Agabio	61
INTERAZIONI TRA ALCOL E FARMACI: Revisione sistematica della letteratura e meta-analisi	
Lucia Coco	62
IL MODELLO DELLA TERAPIA DI COPPIA FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI APPLICATA AL TRATTAMENTO DELLE COPPIE CON UNA PROBLEMATICHE DI DGA	
Sara Ceccatelli, Fiammetta Cosci	63
IL BENESSERE PSICOLOGICO IN FIGLI DI GENITORI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL	
Ginetta Fusi, Maria Anna Donati, Caterina Primi, Adriana Iozzi, Claudia Prestano	64
L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO COGNITIVO ALL'INTERNO DEI GRUPPI PSICOEDUCATIVO-MOTIVAZIONALI PER IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	
Giovanni Battista Modonutti, Fulvio Costantinides	65
IL VISSUTO CON IL FUMO DI TABACCO DEGLI/LLE ADOLESCENTI ALL'INIZIO DEL PERCORSO DIDATTICO NELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO IN PROVINCIA DI GORIZIA (ANNO 2019)	
Centro di documentazione del Centro Alcológico Regione Toscana InfomAlcol	66
Ministero Della Salute	67
LIBRO BIANCO: "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"	

Alcologia intende promuovere uno scambio di opinioni e di informazioni su patologie e problemi alcol-relati, comportamenti e stili di vita. Particolare attenzione viene data a questi argomenti dal punto di vista medico, sociologico, psicologico, epidemiologico economico, legale e di igiene pubblica. La rivista pubblica articoli originali, la loro pubblicazione è di competenza del Comitato di Redazione e degli Esperti, individuati di volta in volta, che collaborano nella valutazione dei testi. Alcologia ha sottoscritto il Farmington Consensus Statement, pertanto anche gli autori degli articoli sono tenuti al rispetto dei principi in esso contenuti.

Inoltro dei lavori

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere all'indirizzo

e-mail rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it

(Referente Dr. Valentino Patussi).

In caso di accettazione tutto il materiale pubblicato resterà di proprietà esclusiva della rivista e sarà sottoposto alla revisione editoriale.

Per ogni articolo i tempi di validazione scientifica saranno contenuti entro le 12 settimane, qualora la revisione del testo comporti un riesame completo, la risposta sarà inoltrata entro 4 settimane.

La pubblicazione dei contributi avverrà entro 12 mesi dal loro invio.

I lavori non pubblicati verranno restituiti agli Autori.

Si raccomanda di conservare una seconda copia del lavoro, in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale.

Norme editoriali

- ✓ **Editoriali:** non devono superare i 15.000 caratteri e devono essere così strutturati:

Carattere Helvetica 11 spazio 1,5

1. titolo

2. cognome e nome dell'autore, qualifica, indirizzo a cui inviare la corrispondenza (anche e-mail)

3. presentazione o premessa

4. oggetto della trattazione

5. discussione

6. conclusioni

7. bibliografia in ordine di citazione nel testo

- ✓ **Articoli:** non devono superare i 30.000 caratteri e devono essere così strutturati:

1. Pagina introduttiva

• Titolo del lavoro

• Cognome e nome degli autori

• Istituti di appartenenza

- Cognome e nome, indirizzo, numero di fax e indirizzo e-mail dell'Autore a cui dovrà essere inviata la corrispondenza

2. Riassunto e parole chiave, in italiano e in inglese

Deve essere conciso, comunque inferiore ai 1.000 caratteri, e riportare gli scopi, i risultati e le conclusioni del lavoro. Evitare abbreviazioni, note in calce, riferimenti bibliografici. Vanno completati con le parole chiave, in italiano ed in inglese.

3. Testo dell'articolo

- introduzione
- materiale e metodi
- risultati
- discussione
- conclusioni

4. Bibliografia

- Le voci bibliografiche andranno numerate nell'ordine in cui vengono citate nel testo.
- Quelle riguardanti riviste dovranno essere complete di: cognome, iniziale del nome degli autori, titolo completo del lavoro, nome abbreviato della rivista, volume, prima e ultima pagina, anno di pubblicazione
(es. Kaufman R.H.: Livercopper levels in liver disease. Studies using neutron analysis. Am. J. Med., 65, 607-613, 1978).
- Quelle riguardanti libri, invece, dovranno essere complete di: cognome e iniziale del nome degli Autori, titolo complete del lavoro, titolo del libro in cui è contenuto il lavoro, curatore, casa editrice, eventuali pagine, anno di pubblicazione (es. Weistein M.C., Fineberg H.V.: Clinical diagnostic process: an analysis. In Clinical decision analysis. Eds: Glambos J.T., Williams R., Saunders W.B., Philadelphia, 4-8, 1984).
- Nel caso di citazioni relative a pubblicazioni di atti: titolo, a cura di (cognome ed iniziale nome), casa editrice, pagine citate, anno di pubblicazione (es. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcolologia, a cura di Ceccanti M., Patussi V., Scientific Press s.r.l. (FI), p. 49, 1995).
- La bibliografia può contenere un elenco dei Siti web consultati con la denominazione dell'ente di riferimento o persona fisica (es. Nel caso di Blog) e la data dell'ultima consultazione (gg/mm/aaaa).
- Esempio di corretta formulazione: Siti web consultati: www.alcolonline.it ultima consultazione 8/02/2019.

5. Figure e tabelle

- Figure e tabelle dovranno essere numerate con numeri arabi e citate nel testo
 - Ogni figura deve avere la propria legenda, breve e specifica
- ✓ **Altri contributi** (segnalazioni, recensioni, documenti, lettere): Non devono superare i 5.000 caratteri.

Note

L'Editore non può essere ritenuto responsabile per errori o qualunque azione derivante dall'uso di informazioni contenute nella rivista; le opinioni espresse non riflettono necessariamente quelle dell'Editore.

È condizione necessaria per la pubblicazione che gli articoli inviati non siano già stati pubblicati altrove e che non vengano inviati contemporaneamente ad altre testate.

Gli articoli pubblicati sono coperti da Copyright, pertanto qualunque forma di riproduzione, totale o parziale, deve essere autorizzata dall'Editore con documento scritto.

Gianni Testino, Presidente Nazionale, Società Italiana di Alcologia, Bologna

SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA

Attività 2018-2022

L'attività della Società Italiana di Alcologia (SIA) nel quinquennio 2018-2022 è stata intensa e caratterizzata da un lato dalla riorganizzazione societaria e dall'altro dall'attività scientifica su alcuni temi emergenti.

Attraverso la riorganizzazione dell'assetto societario la SIA è stata inserita nell'elenco delle società tecnico-scientifiche accreditate dal Ministero della Salute con determina 23 settembre 2021.

Ciò è stato un riconoscimento di rilievo per una società scientifica caratterizzata da una storia culturale di spessore e diretta da presidenti di chiara fama nazionale ed internazionale (Prof. Giovanni Gasbarrini, Prof. Remo Naccarato, Prof. Mario Salvagnini, Prof. Giuseppe Francesco Stefanini, Prof. Calogero Surrenti, Prof. Valentino Patussi, Prof. Emanuele Scafato).

Scientificamente il comitato direttivo con l'ausilio di quello scientifico ha prodotto position papers e raccomandazioni che mancavano da anni, soprattutto in alcuni settori controversi e non ben definiti [1-4]. Sono stati organizzati 16 incontri scientifici, fra cui due monotematiche e due congressi nazionali. Ciò ha consentito di garantire un considerevole numero di crediti formativi ai soci e non solo.

Inoltre, la SIA ha dato il suo contributo in un complicato periodo del nostro Paese come la pandemia da Sars-Cov-2. Contributo caratterizzato da indicazioni scientifiche specifiche relative allo stile di vita per affrontare al meglio tale disagio e prendendo una chiara posizione nel raccomandare la vaccinazione per pazienti fragili come quelli affetti da "disturbo da uso di alcol e patologie correlate" [5-8].

Chiara è stata anche la posizione societaria nell'appoggiare, insieme a numerose altre istituzioni e associazioni, l'iniziativa della Commissione Europea di suggerire l'inserimento, nelle etichette delle bevande alcoliche, dell'informazione che vi è un rapporto diretto fra alcol e cancro senza livello soglia di sicurezza (Special Committee on Beating Cancer (European Parliament) – Sezione Consumo di Bevande Alcoliche (paragrafi 15 e 16) [9]. Il documento prodotto è stato inviato a tutti i parlamentari Europei ed è stato accolto favorevolmente da una significativa parte di questi. Tale posizione purtroppo non è stata approvata dalla maggioranza del Parlamento Europeo; tuttavia, sono state poste delle solide basi scientifiche per riattivare un'iniziativa doverosa a favore della tutela del consumatore e della salute pubblica [10].

Un aspetto di grande rilievo è l'interazione che la SIA ha promosso con le altre società scientifiche di riferimento e cioè la Società Italiana delle Tossicodipendenze (SITD) e la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD) [11, 12].

Il gruppo di lavoro ha prodotto un importante documento inter-societario che potrà essere utilizzato dai decisori politici.

Tale documento contiene elementi di grande rilevanza finalizzati alla tutela culturale dell'alcolologia e alla valorizzazione di tanti operatori che operano con passione e dedizione in questo settore.

Qui riporto i dieci punti caratterizzanti tale lavoro:

1. Collocazione della Alcolologia Territoriale Autonoma nei Dipendenze Autonomi
2. Valorizzazione delle équipes alcolologiche nei Ser.D. e presenza di una Unità Operativa Semplice o Complessa di Alcolologia che rappresenti l'hub specialistico in ogni ASL.
3. Valorizzazione, come necessario anche per le altre Dipendenze Patologiche, di un'area specialistica in Alcolologia Ospedaliera, in regime di ricovero, nell'ambito dei Dipartimenti Internistici, o delle Dipendenze, con la mission di favorire e promuovere l'integrazione ospedale-territorio e il trattamento delle urgenze e patologie correlate.
4. Promozione e diffusione delle collaborazioni tra Aziende Socio Sanitarie Territoriali (Ser.D./Centri Alcolologici) e Aziende Ospedaliere (Unità Operative di Alcolologia, ambulatori intraospedalieri e progetti di aggancio in Pronto Soccorso). Definizione di percorsi riabilitativi specifici residenziali e semiresidenziali, sia ospedalieri che nell'ambito delle comunità terapeutiche accreditate, per pazienti con dipendenza da alcol.
5. Promozione della rete locale socio-sanitaria e sociale con le associazioni ed in particolare con le Associazioni degli Alcolisti Anonimi (programma dei dodici passi"), dei Narcotici Anonimi e dei Club Alcolologici Territoriali e Club Alcolisti In Trattamento (Metodo Hudolin) (AICAT/ARCAT/ACAT).
7. Sistematizzazione della formazione alcolologica, nell'ambito di una formazione specialistica sulle Dipendenze, rivolta ai Medici di Medicina Generale e Pediatri delibera scelta, ad opera di esperti del settore e personale dei Ser.D./Centri Alcolologici territoriali, sull'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'intervento breve per i soggetti con consumo dannoso di alcol.
8. Creazione di mappe della rete di servizi formali e informali socio-sanitari che ruotano attorno alle problematiche alcolologiche in ogni territorio
9. Lavoro di concertazione per la definizione, in ambito sanitario, di una disciplina professionale in Medicina delle Dipendenze, e di un insegnamento universitario specifico in Alcolologia durante il Corso di laurea come previsto dalla Legge 125/2001 ed estensione a tutti i Corsi di laurea per psicologo e professioni sanitarie.
10. Impegno per promuovere una revisione strutturale della legislazione in materia di Dipendenze e Uso Dannoso che valorizzi l'attività dei Servizi e l'approccio di sanità pubblica e riabilitativo, multidisciplinare e multiprofessionale, ridimensionando le istanze repressive e di controllo, e promozione della riduzione del rischio.

Detto tutto ciò però la SIA deve perseguire una sua visione e cioè proporre programmi di comunità che, nei confronti del consumo di alcolici, promuovano e implementino la responsabilità personale e la libera scelta senza alcuna volontà di imporre atti di proibizionismo.

Tali programmi possono avere molto più successo di quelli che sostengono solo la teoria della malattia (soprattutto quella psichiatrica) [13].

In questo modo l'alcologia può diventare un modello di intervento (anche da esportare ad altre discipline) multidisciplinare, ma soprattutto multiprofessionale. Questo modello può essere esteso a tutti i settori sanitari e socio-sanitari tradizionali. In tale contesto le persone (anche quelle non coinvolte dal problema) possono partecipare attivamente al cambiamento e diventare protagonisti di un processo di auto-tutela e promozione della salute [14].

Corrispondenza

Gianni Testino, gianni.testino@asl3.liguria.it; gianni.testino@hsanmartino.it

Bibliografia

1. Caputo F., Agabio R., Vignoli T et al. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. Intern Emerg Med 2019; 14: 143-160
2. Pezzilli R., Caputo F., Testino G. et al. Alcohol-related chronic exocrine pancreatic insufficiency: diagnosis and therapeutic management. A proposal of treatment by the Italian Association for the Study of the Pancreas (AISP) and the Italian Society on Alcoholology (SIA). Minerva Med 2019; 110: 425-38
3. Testino G., Bottaro L.C., Patussi V. et al. Addiction disorders: a need for change. Proposal for a new management. Position paper of Italian Society on Alcohol (Società Italiana di Alcologia). Minerva Med 2018; 109: 369-85
4. Testino G, Vignoli T, Patussi V, Scafato E, Caputo F and SIA board (Balbinot P as a member). Management of end-stage alcohol related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). Dig Liver Dis 2020; 52: 21-32
5. Testino G, Caputo F, Patussi V, Renzetti D, Balbinot P, Allosio PL et al. Management dei disturbi da uso di alcol in era Covid-19: raccomandazioni della Società Italiana di Alcologia. Alcologia 2020; 40 Speciale Covid-19: 16-45 (20 Maggio 2020) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Raccomandazioni_SIA_management_disturbi_da_alcol_COVID19.pdf
6. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Alcohol use disorder in the Covid-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). Addiction Biology 2022; 27: e13090
7. Testino G, Matone A, Ghirini S et al. Thrombosis following Covid-19 vaccination: a possible role of alcohol consumption? A suggestion from the Italian Society on alcohol. Minerva Med 2021; 112: 692-694
8. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Alcohol related liver disease in the Covid-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). Dig Dis Science 2022; 67: 1975-1986
9. 9] REPORT on strengthening Europe in the fight against cancer – towards a comprehensive and coordinated strategy (2020/2267(INI)) Special Committee on Beating Cancer. Rapporteur: Véronique Trillet-Lenoir. European Parliament 2019-2024
10. Report Società Italiana di Alcologia (SIA) – Special Committee on Beating Cancer. Rapporto Consumo di Alcol e Cancro inviato alla Commissione e al Parlamento (vedere Centro Studi ASL3 www.asl3.liguria.it; Società Italiana di Alcologia – www.alcologiaitaliana.it)
11. Vignoli T, Zavan V, Cozzolino E... and **Testino G**. Proposal for the enhancement of alcoholology (prevention, treatment and rehabilitation of alcohol problems): the position of Società Italiana di Alcologia (SIA), Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle

Dipendenze (FeDerSerD) and Società Italiana Tossicodipendenze (SITD). *Panminerva Med* 2022; 64: 311-313

12. Vignoli T, Zavan V, Cozzolino E, Addolorato G, Amendola MF, Caputo F, Cibir M, Lucchini A, Nava FA, Faillace G, Stella L, Testino G. Le società scientifiche: proposte per la valorizzazione dell'alcolologia Italiana. In: Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'alcol. Libro Bianco: "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia Italiana"; Roma: Ministero della Salute 2022; pagg. 270-276
13. Quartini A, Testino G, Patussi V. Doppia diagnosi o complessità diagnostic-terapeutica? Una lettura critica. *Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of Addiction* 2021; 42: 19-20
14. Patussi V, Fanucchi T, Marcomini F, Balbinot P, Testino G, Caputo F. Alcohol use disorders: illness or other? *Panminerva Med* 2019; 61: 429-431

Valentino Patussi, Direttore SOD Alcologia Ospedale AOU Careggi Firenze. Centro Alcologico Regionale Toscana

Andrea Quartini, SOD Alcologia Ospedale AOU Careggi Firenze

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Gianni Testino, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcologico Regionale Ligure. Centro Studi "Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver", ASL 3 Liguria, Genova

Fabio Caputo, Dipartimento di medicina interna, Ospedale di SS Annunziata, Cento (Ferrara), Università di Ferrara, (FE). Società Italiana di Alcologia

Valentino Patussi, Ex Direttore Azienda Sanitaria Universitaria Integrata-TS

**DOCUMENTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA:
ANALISI DELLE PRINCIPALI TEMATICHE AFFRONTATE NELLA SECONDA
CONFERENZA NAZIONALE ALCOL**

Abstract

L'articolo ha lo scopo di analizzare le principali tematiche affrontate nel corso della seconda Conferenza Nazionale Alcol 2022, dal titolo "*Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana*", tenutosi dal 15 al 17 marzo 2022 dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni. Inevitabilmente i temi affrontati sono stati confrontati anche con i nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dalla pandemia e dall'emergenza COVID-19 essendo riferita alla presentazione dei dati ufficiali del monitoraggio alcol-correlato relativo al 2020.

L'evento, che è stato organizzato sia in streaming che sui canali ufficiali del Ministero della Salute, ha visto la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni di auto mutuo aiuto, delle Regioni, dell'ANCI, degli operatori del settore, delle società scientifiche, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di altre istituzioni.

L'articolo sintetizza il punto di vista della Società Italiana di Alcologia affrontate dalla Conferenza, analizzando le principali tematiche prendendo spunto dai dati e dalle conclusioni diffuse dal rapporto ISTISAN sull'epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni a cura dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, pubblicato in occasione di questa Conferenza Nazionale Alcol

(<https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-1+web.pdf/cf1f2067-5130-6461-88d8-f10060619b39?t=1647416994198>).

Introduzione

Il consumo di alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) sono stati causati dall'alcol, per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi alcol-attribuibili), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali, atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) [1-3]; la percentuale più alta di decessi alcol-attribuibili è riscontrata nei giovani adulti [2].

Delle circa 800 persone che ogni giorno in Europa muoiono per cause alcol-attribuibili, una percentuale relativamente alta di danni causati dal consumo di alcol si verifica in età giovanile, dove una morte su quattro dei ragazzi di età compresa tra 20 e 24 anni è causata dall'alcol [2].

Almeno 40 delle malattie e condizioni riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie, decima revisione (*International Classification of Diseases 10th revision, ICD-10*) [4] sono totalmente alcol-attribuibili e oltre 200 sono invece parzialmente alcol-attribuibili. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche) e la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) [5-9]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e ha un impatto diretto su molti obiettivi sanitari di sviluppo sostenibile "Sustainable development goals – SDG" da raggiungere entro il 2030 [10-13].

Il consumo di alcol *pro-capite* in litri di alcol puro all'anno è uno dei due indicatori per l'obiettivo di salute SDG 3.5 – "Rafforzare la prevenzione e il trattamento da abuso di sostanze, compreso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol" [13].

Il consumo di alcol causa circa tre milioni di morti ogni anno nel mondo, nonché disabilità e cattive condizioni di salute di milioni di persone. Complessivamente, il consumo dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e la Regione europea dell'OMS ha la più alta percentuale di consumatori e il più alto consumo di alcol nel mondo.

L'alcol è una sostanza cancerogena in grado di provocare *addiction*: qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a numerosi danni prevenibili dovuti a molteplici condizioni di salute come malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, disturbi da uso di alcol (*Alcohol Use Disorders, AUDs*), danni d'organo ad esempio le malattie del fegato, eventi traumatici acuti come gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro anche con danni a persone diverse dai bevitori, a disturbi del comportamento ed ad eventi psicotici [10-13].

Nonostante siano riportate in letteratura associazioni protettive tra consumo occasionale di alcol e cardiopatia coronarica, ictus ischemico e diabete, secondo l'OMS, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi del consumo di alcol per la salute sono comunque preponderanti [14-16]. È infine dimostrato

che il consumo di alcol ha ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose / dannose e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e lavorative, degli atti criminali (come vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria [16].

Nella Regione europea dell'OMS si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane artefice o vittima di un incidente stradale causato dall'alcol alla guida, prima causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattia di lunga durata o di disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra i 14 e i 28 anni di età) [10]. Sono state individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: le malattie croniche non trasmissibili (i disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali [10, 12]. Si stima inoltre che, nello stesso anno, 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol [11].

1.1. I dati di monitoraggio in Italia

Le evidenze epidemiologiche di studi a livello nazionale e internazionale continuano a confermare la correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause. Il rischio di danni per la salute cresce generalmente con la quantità di alcol consumata [10-13, 18,19]. La frequenza e l'intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali l'infarto e le malattie coronariche.

I dati sul consumo di bevande alcoliche e sulle patologie alcol-attribuibili sono monitorati e pubblicati ogni anno sulla 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" e in un Rapporto ISTISAN sul monitoraggio alcol-correlato in Italia a cura dell'Istituto Superiore di Sanità [17-19]. A tal riguardo, dall'*Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana* condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) si ottengono i dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana che vengono elaborati dall'*Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità*. Tale attività di monitoraggio rientra nell'ambito del *programma SIAS-SISTIMAL International* ed è stabilita dal DPCM del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020-2022 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati "Il consumo di alcol in Italia" dell'ISTAT [20-22]. Tale attività rappresenta un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, effettuato in collaborazione con il Ministero della Salute e finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" [17].

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato, nel corso degli anni, linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* [23-25].

In Italia, le linee guida nazionali per il consumo a basso rischio e quindi i limiti oltre i quali si configura un consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA). Aggiornate di recente [26,27], esse ribadiscono che non esistono livelli sicuri per la salute di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore anche per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) presenti in quantità inefficaci a determinare un qualunque effetto se non a fronte di un'ingestione letale di litri di bevanda alcolica.

Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è necessario monitorare le diverse modalità di consumo: oltre al consumo abituale eccedentario, i consumi occasionali possono anche causare danni immediati alla salute come il consumo fuori pasto e il *binge drinking* (assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol, 60 o più grammi di alcol, equivalenti a 6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro) [18,19].

Le linee guida stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra sessantacinquenni) il consumo giornaliero non deve superare 1 UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Inoltre, è importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerarsi a rischio poiché il sistema enzimatico in questa fascia di età non è ancora in grado di metabolizzare l'alcol: è per questo motivo che in questa fascia di popolazione è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica [18,19,27,28].

Le attività di monitoraggio nazionali dimostrano che negli ultimi anni continuano ad aumentare i consumi fuori pasto, soprattutto nelle giovanissime, così come il binge drinking continua ad essere una modalità di consumo diffusa nei giovani. Aumentano i consumatori rischiosi (i target di popolazione più vulnerabili sono oggi in Italia i minori, soprattutto donne, e gli anziani) [18] e, ancora più allarmante, aumenta la quota dei consumatori dannosi, quelli cioè con danno d'organo già presente in gran parte non intercettati precocemente dai servizi alcolologici per le cure del caso (allo stato attuale sono intercettati meno del 10% dei consumatori dannosi, in calo rispetto agli anni precedenti). Risulta altresì importante sottolineare la disomogeneità nazionale in termini di interventi e servizi erogati e la mancanza di linee guida comuni, di personale dedicato nei servizi e infine di protocolli per i casi acuti che giungono al pronto soccorso o nei reparti di degenza. A quest'ultimo riguardo, nel 2020 sono stati 120.000 i minori intossicati di cui solo 3.300 hanno fatto ricorso ad un Pronto Soccorso, rappresentando comunque il 10 % circa dei 29.362 accessi per intossicazione alcolica.

La pandemia COVID-19 ha ulteriormente peggiorato l'insufficienza funzionale e operativa dei servizi.

In calo per mancata intercettazione e inaccessibilità delle strutture di ricovero e cura anche le dimissioni ospedaliere per cause dovute all'alcol che sono state 43.445 con perdita di continuità assistenziale e capacità di screening precoce della rilevazione di epatopatie causate dall'alcol e dello spettro dei Disturbi da Uso da Alcol [18,19].

Rispetto ai consumi e ai modelli di consumo nelle Regioni d'Italia, quelle con la maggior criticità, sia in termini di tipologia di bevande alcoliche consumate che di comportamenti dannosi per la salute sono, anche per il 2020, quelle nord orientali.

Per quanto riguardano i dati di mortalità in Italia, nell'anno 2018, in Italia il numero di decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili (in soggetti > a 15 anni) è stato pari a 1.257, (1024 uomini, 81,5% e 233 donne, 18,5%). Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi totalmente alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=749; F=174) e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (M=213; F=45) che, nel complesso, causano circa il 94% dei decessi alcol-attribuibili sia gli uomini e tra le donne [18,19].

Nel 2018, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente alcol-attribuibili è stato di 3,98 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,80 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne.

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, sia per gli uomini che per le donne. Per ulteriori dettagli si rimanda agli articoli dedicati al monitoraggio epidemiologico pubblicati in questo numero e/o alla bibliografia di riferimento [17-19].

Relativamente all'alcoldipendenza, nel 2020 sono 64.527 gli alcoldipendenti in carico ai servizi in Italia, ancora una volta in decrescita nonostante l'incrementata platea di consumatori dannosi affetti da Disturbo da Uso di Alcol [19]. Peggiora quindi la capacità d'intercettazione da parte dei servizi del SSN e del sistema di diagnosi e cura: solo il 7,8% degli 830.000 consumatori dannosi in necessità di trattamento è preso in carico ai servizi territoriali per le dipendenze, inaccessibili nel lockdown durante la pandemia COVID-19, in sofferenza di risorse e personale, con grave stigma degli utenti già in carico e di coloro che non hanno potuto fare ricorso alle prestazioni del SSN. Nonostante l'incremento del numero delle strutture, nel 2020 è proseguito e si è consolidato il calo degli utenti che si rivolgono ai servizi (o di cui è richiesta la presa in carico da parte dei servizi stessi). Quest'ultimo fenomeno è verosimilmente, almeno in parte, da attribuirsi alla chiusura dei servizi in lockdown e alle restrizioni di accesso imposte dalla pandemia COVID-19.

È dato diffuso che la maggior parte dei pazienti giunge all'attenzione dei servizi in fase avanzata di malattia a testimonianza della carenza di una rete per identificare e trattare precocemente la malattia da cui, nell'era post-COVID, l'urgenza di avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve nella popolazione generale e attuare la formazione specifica dei professionisti sanitari: i medici di medicina generale, i pediatri, i medici competenti nei luoghi di lavoro.

Indispensabile anche assicurare protocolli d'invio alla rete curante e sociosanitaria da riorganizzare e dotare di linee d'indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione aggiornate e uniformi sul territorio nazionale affinché sia garantito il principio di equità a supporto delle persone e delle famiglie che combattono con la dipendenza da alcol.

Infine, i dati sugli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol. Nel 2020 sono 29.362 gli accessi al pronto soccorso e 43.445 le dimissioni ospedaliere per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol con forte riduzione della fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie influenzata dalla carenza di posti letto negli ospedali e dalla restrizione agli accessi in PS per l'emergenza COVID. I pazienti hanno sofferto ovunque della sospensione prolungata delle attività ordinarie e di screening delle patologie croniche e alcol-correlate. L'8% di tutti gli accessi maschili al Pronto Soccorso e il 18% di quelli femminili ha riguardato 3.103 minori per intossicazione alcolica o per effetti dannosi dell'alcol, complessivamente l'11% del totale. Permane il riscontro dell'assenza di modalità formalizzate e uniformi di *case management* dei minori intossicati, dimessi dopo la disintossicazione e la fase acuta senza alcun invio per valutazioni di merito. Analogamente, nel 2020 c'è stata una forte contrazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia (-20%) sia per le epatopatie croniche che per le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol. Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve dei soggetti affetti da disturbi da uso di alcol prima della dimissione dal pronto soccorso, assicurando la formazione dei professionisti sanitari nel setting dell'emergenza e del pronto soccorso. Risulta inoltre indispensabile promuovere una rete territoriale e assicurare protocolli d'invio secondo linee guida, adattabili al contesto territoriale, ma uniformi sul territorio nazionale.

1.2 Alcol e lavoro

L'assunzione di bevande alcoliche rappresenta sempre un importante fattore di rischio aggiuntivo rispetto al "normale" rischio presente in tutte le attività lavorative. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima i costi sociali e sanitari del consumo di alcolici nel 2-5% del Prodotto Nazionale Lordo di uno stato. Di questa quota una parte rilevante è dovuta a licenziamenti o declassazioni in mansioni lavorative meno qualificate o con minore responsabilità. È necessario quindi sperimentare interventi di sensibilizzazione ed informazione rispetto ai rischi alcol correlati rivolta a tutti i lavoratori e di individuare modelli di intervento rivolti a quei lavoratori che presentano un problema alcol correlato in modo da attivare percorsi alternativi a quello del licenziamento, oltre che di cura ed aiuto.

L'assunzione di bevande alcoliche rappresenta un importante rischio aggiuntivo in tutte le attività lavorative: gli effetti della stessa possono comportare un danno alla salute dei lavoratori e di terze persone determinando, ad esempio:

- un aumento del rischio infortunistico
- maggiore suscettibilità a malattie anche come interferenza tra alcol e sostanze presenti in ambiente di lavoro.

Tuttavia, gli effetti dell'assunzione di bevande alcoliche influiscono anche sul contesto aziendale, interferendo anche con il sistema di gestione della sicurezza sul lavoro:

- effetti sui rapporti sociali interni
- assenze dal lavoro
- riduzione della performance lavorativa.

Inoltre, tali effetti possono determinare un danno economico per l'azienda, conseguenti a:

- incidenti
- errori e danni alla produzione
- problemi nei rapporti con clienti/utenti

Infine, tali effetti comportano gravi danni indiretti per il lavoratore e la sua famiglia, legati alla perdita del posto di lavoro o a frequenti cambi di occupazione, con possibili costi sociali.

I settori nei quali è maggiore il rischio infortunistico legato all'assunzione di alcolici sono rappresentati da quelli delle costruzioni e dei trasporti.

Relativamente agli infortuni mortali le forme di accadimento più frequenti nel settore delle costruzioni sono rappresentate dalla caduta dall'alto e dagli incidenti stradali/alla guida di mezzi. Gli studi disponibili evidenziano, tra gli infortuni mortali dovuti a cadute dall'alto nel settore delle costruzioni, una prevalenza del 9 - 9,5 % di infortunati che presentavano una alcolemia elevata [31-34].

I dati disponibili relativi all'associazione tra infortuni che hanno comportato lesioni midollari e assunzione di alcolici prima dell'evento identificano la guida (66% degli eventi con evidenza di assunzione di alcolici) e le cadute dall'alto (33%) come cause principali [35].

I principali riferimenti normativi in merito alla problematica "alcol e lavoro" sono rappresentati dalla Legge 30 marzo 2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (con il relativo provvedimento attuativo: Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006), dal c.d. "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro", cioè il decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, e dal Codice della strada: decreto legislativo 30 aprile 1992 n. 285 (e successive modifiche ed integrazioni).

Con la L.125/01, all'art. 15, sono stati affrontati gli specifici aspetti legati al rischio lavorativo derivante dall'assunzione di alcolici durante l'attività lavorativa.

La norma, mirata prevalentemente alla prevenzione di infortuni di lavoratori e di terze persone, prevede espressamente il divieto di assunzione di alcolici e la possibilità di effettuare l'esame alcolimetrico ai

lavoratori adibiti alle specifiche lavorazioni a rischio individuate con l'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006.

Il tutto nella logica dello schema sottostante:

- Obiettivo: salute
- Evento negativo: infortunio sul lavoro o infortuni/danni a terze persone

Fattore determinante l'evento: diminuzione delle capacità del soggetto derivante dall'assunzione di alcolici

- Azione preventiva: impedire un comportamento a rischio
- Strumento di controllo: verifica dell'eventuale avvenuta assunzione

Il D.lgs. 81/2008, c.d. "Testo unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro" prevede che il medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria da lui svolta, verifichi l'".assenza di condizioni di alcol dipendenza" (art. 41), condizione che può portare anche all'espressione di un giudizio di idoneità alla mansione, pur essendo previsto (art. 42) che in tal caso il datore di lavoro, ove possibile, debba adibire il lavoratore ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute.

Ma la norma non prevede soltanto questo e, tra le misure di tutela della salute dei lavoratori, include di fatto anche la valutazione dello specifico rischio aggiuntivo legato all'assunzione di alcolici, gli interventi di messa in sicurezza di strutture, macchine ed impianti, la programmazione della prevenzione e l'informazione e formazione dei lavoratori, dei dirigenti, dei preposti e degli stessi rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Ricordiamo infine come il "Codice della strada" (D.lgs. 30 aprile 1992, n. 285) preveda il reato di guida sotto l'influenza dell'uso di bevande alcoliche e la sospensione in tal caso della patente di guida, oppure, qualora il conducente abbia provocato un incidente sotto l'effetto dell'assunzione di alcolici o sia conducente di autobus o di veicolo destinato al trasporto merci, la revoca della stessa.

Viene prevista la possibilità di effettuare l'accertamento del tasso alcolemico (obbligatorio nel caso in cui il conducente sia coinvolto in un incidente stradale); il rifiuto di sottoporsi allo stesso costituisce inoltre reato.

Lo stesso Codice della Strada prevede che la revoca della patente di guida a seguito del rilievo dell'avvenuta assunzione di alcolici possa costituire giusta causa di licenziamento.

La repressione di comportamenti scorretti rappresenta comunque soltanto un aspetto marginale della prevenzione devono prima essere messe in atto tutte le azioni che mirano a creare una cultura della sicurezza, basata sulla conoscenza del rischio, sull'informazione, sulla formazione e sull'assistenza. Il controllo costituisce un elemento di dissuasione, deve essere ben conosciuto dai lavoratori e, allo stesso tempo, vi deve essere certezza nella sua effettuazione. La presa in carico e la cura delle persone con problemi alcol-correlati sono essenziali, ma non devono mai costituire una scusa per delegare, ed evitare il corretto percorso di prevenzione nell'ambito del sistema di gestione della sicurezza aziendale.

È essenziale a tal fine che si crei una stretta collaborazione tra le Aziende sanitarie e le figure istituzionali presenti nel mondo del lavoro (datori di lavoro, referenti dei servizi di prevenzione e protezione, dirigenti e preposti, lavoratori e loro rappresentanze, organizzazioni di categoria, organismi paritetici, ecc.), che costituisca una rete sanitaria territoriale mirata a favorire corretti percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione (medico competente, medico di medicina generale, servizio di alcolologia, servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, volontariato) attivabili sulla base di procedure definite, che non lascino mai i soggetti coinvolti senza referenti istituzionali e sociali.

1.3 Situazioni “alcohol free”

Esistono condizioni, evidenze inconfutabili, sulle quali la stessa cultura del bere si è dovuta arrendere, che pongono gli individui in situazioni di vulnerabilità tale da sconsigliare in assoluto il consumo di alcol:

- Se si ha meno di 18 anni di età
- Se è stata programmata una gravidanza
- Se si è in gravidanza o si sta allattando
- Se si assumono farmaci
- Se si fuma tabacco o prodotti similari
- Se si assumano sostanze psicotrope legali o illegali
- Se si soffre di una patologia acuta o cronica
- Se si hanno problemi alcolcorrelati
- Se si hanno o si sono avuti altri tipi di addiction
- Se si è a digiuno o lontano dai pasti
- se si è o ci si predispone alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione
- se siamo o ci predisponiamo a svolgere attività lavorativa

L'etica e la tutela del cittadino consumatore dovrebbero suggerire al riguardo delle situazioni “alcohol free” un'informazione più incisiva e campagne di prevenzione e sensibilizzazione estese a tutta la popolazione generale.

2. I programmi alcolologici nella realtà attuale – Esame della realtà di cura

L'organizzazione della risposta alle problematiche alcol-correlate a livello nazionale, regionale e locale, presenta ancora una frammentazione che riflette pratiche che si sono consolidate sulla base di iniziative sviluppate a partire da disponibilità volontaristiche da parte di singoli professionisti sia dell'ambito ospedaliero, con prevalenza delle gastroenterologie, sia, prevalentemente, dei servizi per le tossicodipendenze, sia infine con forme organizzative che per la singolarità vanno assimilate alla sperimentazione e che si sono collocate nel sistema delle cure primarie con particolare riferimento alla salute mentale, senza tuttavia collocarsi nei dipartimenti di psichiatria che, in ottemperanza a quanto stabilito dalla legge di riforma psichiatrica, legge 180 del 1978, non si occupano primariamente di alcolologia.

Negli ultimi anni la tendenza è stata quella di collocare prevalentemente l'alcolologia all'interno delle articolazioni SerD dei dipartimenti per le dipendenze, con diverse forme organizzative che vanno dal

gruppo di lavoro informale, funzionale e part time, alle unità operative semplici, con diverso grado di autonomia rispetto all'organizzazione del dipartimento. Vi sono inoltre esperienze, che rimangono isolate, di unità operative di alcologia al di fuori dei dipartimenti per dipendenze. Sostanzialmente la frammentazione si è ridotta o sarebbe meglio dire diluita per un aumento di interesse formale nei confronti dell'alcologia che è presente in quasi tutti i dipartimenti per le dipendenze che tuttavia rimangono strutturalmente ed organizzativamente definiti dall'ambito di interesse nei confronti delle droghe illegali, come del resto definito dalla normativa sulla cui base sono stati istituiti. Si deve rilevare che al di là della lodevole capacità dei singoli prevale un modello fortemente condizionato dal modo di funzionare dei SerD nei quali si delineano alcune contraddizioni che rischiano di condizionare o comunque limitare l'attività alcologica:

1. Il concetto di dipendenza, peraltro non ancora rigorosamente definito e accettato da tutti gli autori/operatori, è nei fatti fuorviante e mistificatorio, in quanto, anche in relazione allo stesso vincolo legislativo, politicamente ideologizzato, la stigmatizzazione sociale e culturale porta a considerare l'uso stesso delle sostanze illegali come un DUS (senza mediazioni, come dimostra l'evidente scarsa distinzione per le diverse tipologie di sostanze psicoattive).

Viceversa nel campo delle sostanze legali, nella fattispecie in campo alcologico, è palese che si rischia di non far emergere la consapevolezza sociale che una solida quantità di problemi è associata al consumo di quantità di alcol culturalmente accettate (tuttavia sappiamo che nessuna dose è biologicamente sicura); ne prova il fatto che lo stesso legislatore non può applicare analogo criterio delle sostanze illegali a quelle legali, rispetto alle quali si enfatizza solo lo stato di dipendenza derivante da consolidate abitudini di consumo di grandi quantità di alcolici con perdita del controllo dell'impulso e potenzialità di pericolosità sociale.

Questa mistificazione appare evidente in tutta la sua potenza quando si continua a ragionare in termini di riduzione del danno piuttosto che di riduzione del rischio. Negli ambiti alcol-tabaccologici la riduzione del danno è praticata da secoli e ne osserviamo la scarsa efficacia clinica e sociale. A maggior ragione se pensiamo che alcol e tabacco restano ad oggi le vere droghe di passaggio. Non a caso l'evoluzione del fenomeno addiction si è trasformato generando complessità e multiproblematicità ulteriori (poliaddiction, comorbilità, sia negli individui che nei gruppi familiari e nelle comunità).

2. Le modalità certificative dei dipartimenti per le dipendenze risentono del punto precedente, attivando ancora modelli poco evoluti e capaci di affrontare le nuove (e vecchie) complessità; il rischio resta di una grossolana semplificazione criteriologica che sconfinata nell'assenza di criteri e che è poco compatibile con la complessità dei fenomeni posti in essere in campo alcologico.

3. Il preponderante schiacciamento dei Dipartimenti per le Dipendenze all'interno di una visione politica e culturale che ruota intorno alla illegalità e di conseguenza a logiche di tipo proibizionista diventa spesso tale, e perciò incompatibile con le attività alcologiche che implicano consumi sono liberi e "regolamentati".

L'alcologia ha il primato, e non è un merito, di aver verificato sul campo il fallimento delle politiche

proibizioniste; in tal senso, pur con una necessaria correzione capace di regolamentare l'eccesso di liberalità nei sistemi di commercio delle bevande alcoliche, con coerenza le offerte di counseling, cura, riabilitazione, e di promozione della salute in campo alcologico appartengono alla stessa matrice culturale e scientifica che si è costituita a partire proprio da quel fallimento.

La collocazione dei servizi di alcologia nell'ambito dei dipartimenti per le dipendenze ha fornito un contributo per il superamento della frammentazione, pur con i limiti messi in evidenza nei punti precedenti e che devono essere affrontati anche sul piano organizzativo, con l'obiettivo di garantire la presenza di una funzione contenutistica/sostanziale dell'alcologia e non di una mera funzione nominalistico/formale.

Una criticità importante è rappresentata dalla riforma del titolo quinto della costituzione che introducendo, di fatto, un'autonomia differenziata nell'organizzazione su base regionale della sanità, ha implementato il rischio di variazioni e disuguaglianze sostanziali nell'accesso alle cure sul territorio nazionale. In questo caso il rischio maggiore non è determinato dalla mancanza di un chiaro indirizzo istituzionale che nei fatti obbliga la concertazione tra i diversi livelli dello stato in materie che sono concorrenti e non esclusive, ma per il ripetersi di velleitarismi professionali che confondono l'autonomia, che significa piena assunzione di responsabilità all'interno di una cornice vincolante, armonizzata e concertata, con l'indipendenza, che genera estemporaneità di iniziative. Il rischio, nel contesto alcologico (ma non solo) è di vanificare in parte la stessa legge 125 del 2001 che risulta insufficiente rispetto al vincolo di concorrenza tra i diversi livelli di organizzazione imposto dall'ordinamento della Repubblica, nell'ambito delle materie concorrenti.

Ma oltre che una coerenza di assetto istituzionale si pone con forza un problema che comunque è sempre stato presente: la garanzia per tutti i cittadini di poter usufruire dei livelli essenziali di assistenza con risorse e metodologie che siano:

1. omogenee su tutto il territorio nazionale,
2. coerenti con gli indirizzi dell'Unione Europea,
3. compatibili con le linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed in particolare con i piani ed i documenti espressi nella regione europea
4. basate sulle evidenze scientifiche esistenti
5. fondate sulle buone pratiche e sui relativi programmi che hanno dimostrato maggiore efficacia, negli ultimi decenni, nella loro applicazione nei contesti territoriali.

Per quanto riguarda gli ultimi due punti, si dovrebbe implementare fortemente la disponibilità e sostenibilità dei programmi che si riferiscono alle comunità locali favorendo esplicitamente e sostanzialmente i percorsi di auto-aiuto (programma dei 12 passi di AA/NA/Alanon, etc) e quelli delle comunità multifamiliari dei Club Alcologici Territoriali (approccio ecologico sociale).

L'ambizione dovrebbe essere quella di rendere i programmi territoriali, di concerto con il mondo del volontariato e dell'auto-aiuto, nel rispetto delle autonomie di ciascun soggetto, veri e propri LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) con relativa disponibilità delle risorse necessarie ed appropriate (dalla necessaria formazione degli operatori e della cittadinanza, alla facilitazione nella logistica per le riunioni dei gruppi).

La gestione delle situazioni di alta complessità clinica e sociale, sempre maggiormente rappresentate in tutti i servizi, con il loro carico poli-patologico e multiproblematico, rappresenta da sempre, un vero e proprio ostacolo oggettivo e soggettivo a causa della elevata intrinseca difficoltosa identificazione dei ruoli nel management. Eppure, dovrebbe andare da sé, che la corresponsabilità co-progettuale e di co-programmazione degli attori in campo sarebbe la modalità più virtuosa per mettere a disposizione tutte le competenze necessarie in tali casi, nel contesto di una integrazione degli interventi.

Lo stesso PSSRI (Piano Socio-Sanitario Regionale Integrato) della Regione Toscana, rivisto e approvato dal Consiglio Regionale della Toscana pone l'accento su una sorta di cambiamento "epocale" di paradigma, laddove inserisce la necessità di definire non più solo i PDTA (Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali), ma i PT DAS (Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Sociali). Sta poi ai servizi fare in modo che questa novità non resti lettera morta, visto che l'integrazione non può essere fatta per decreto o basti aggiungere una "S" ad un acronimo, ma si deve agire con concretezza. Sta alle altre regioni adottare analoghe misure se ritenute necessarie (vista la concorrenza legislativa prevista costituzionalmente (art 117 della Carta costituzionale)).

È, peraltro, del tutto evidente che l'alta complessità clinica e sociale non può che trovare risposte integrate nel territorio, che anche in seguito alle evidenze pandemiche deve trovare nuovo slancio qualificativo e dovrà essere oggetto di finanziamenti specifici per la sua implementazione.

La sfida, dunque, è quella di una concertazione tra servizi che riescano, alla pari, a sentirsi ciascuno AutoRe (Autonomia e Responsabilità, citazione di Ivan Cavicchi) attivo della necessaria integrazione nel contesto dell'alta complessità.

Obiettivo di fondo è che nessun cittadino si senta non preso in carico nella sua complessità e che nessun servizio si senta lasciato come unico responsabile.

È del tutto pacifico ipotizzare che il luogo di concertazione di un modello di intervento di questa importanza territoriale sia la Casa della Salute (per il PNRR: Comunità della Salute) che per definizione legislativa e contenutistica è anche il luogo dell'integrazione partecipata di cittadini e delle reti formali e informali delle comunità locali.

La pandemia ha evidenziato che oggi più che mai c'è bisogno di riqualificare il territorio a partire dalle zone-distretto e dalle loro articolazioni: le Comunità della Salute.

In particolare, le molteplici funzioni che il territorio è chiamato a svolgere devono essere recuperate e implementate in modo significativo. Ne citiamo alcune, mettendo in risalto la specificità di questa premessa/introduzione:

1. valutare i bisogni della comunità, alla ricerca dei gruppi di popolazione a maggiore rischio sanitario e sociale, al fine dei necessari interventi di prevenzione;
2. promuovere la salute e l'alfabetizzazione sanitaria, necessaria per favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte che li riguardano;
3. intervenire proattivamente (sanità d'iniziativa) sulle patologie sia infettive acute (vedi Covid-19) che su quelle croniche per diagnosticarle precocemente, per prevenire aggravamenti, scompensi e ospedalizzazioni;
4. organizzare i servizi in funzione della comunità e delle persone (e non delle malattie) favorendo il lavoro multidisciplinare, l'integrazione socio-sanitaria e la sistematica presa in carico dei casi complessi (compresi i pazienti psichiatrici, pazienti con alcolfarmacotossicodipendenza e affetti da addiction comportamentali, come gioco d'azzardo, gaming, sex-addiction);
5. garantire la continuità delle cure governando attivamente le relazioni tra reparti ospedalieri e servizi territoriali;
6. impedire la segregazione delle persone non-autosufficienti in strutture tipo RSA, individuando soluzioni alternative rispettose della loro dignità.

Ciascun AutoRe ha chiaro quanto sia difficile e complessa la direzione e la gestione di queste funzioni, cosa questa che, peraltro, spesso contribuisce a rendere ancora più complessa, se possibile l'alta complessità. Per questo si rende importante pensare ad un'organizzazione: meglio strutturata? Concertata? Maggiormente collegiale? Con procedure, protocolli, linee di indirizzo, linee guida condivise? Certamente tutto ciò è indispensabile. Ma le difficoltà operative che ciascun AutoRe incontra, insieme alle tante contraddizioni, pongono imperativamente la necessità di integrare, arricchendoci, le differenze di compiti e ruoli e sentirsi squadra nella gestione di situazioni multiproblematiche, complesse, caratterizzate da grande sofferenza multidimensionale (biopsicosociale, relazionale e di comunità).

La missione delle Aziende del SSN è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza assicurando:

- azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione e servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia in ambienti di vita e di lavoro, alla cura, alla riabilitazione psico-fisica;
- la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, come individuati dal Piano Sanitario Nazionale e definiti dai diversi stadi di programmazione-nazionale, regionale e locale- avvalendosi anche delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, efficienza e di economicità;
- la gestione integrata di attività socio-sanitarie da perseguirsi attraverso la creazione di reti di servizi socio-sanitari per la presa in carico di patologie croniche;
- l'integrazione fra la funzione di assistenza e quella di formazione e di ricerca il cui sviluppo è indispensabile per garantire la costante innovazione del sistema.

2.1 Programmi alcolologici e Servizi specifici di Alcologia

In alcune realtà i Servizi di Alcologia sono sorti indipendenti dai Servizi per le tossicodipendenze e dai dipartimenti delle dipendenze e si sono sempre occupati esclusivamente di problemi di alcol o di dipendenza nicotinic.

2.2 Servizi di alcologia realizzati in ambiti ospedalieri e/o universitari

Quando e dove creati, tali servizi sono riusciti a coniugare fortemente la necessità e l'indispensabilità di una continuità assistenziale sia intra che extra ospedaliera (ospedale-territorio).

Potrebbe essere molto interessante ipotizzare la realizzazione di programmi territoriali specifici per le addictions da sostanze e comportamenti legali, integrati o integrabili nei contesti della promozione di stila di vita sani, con l'obiettivo di produrre salute/benessere e non limitarsi alla sola cura.

3. Gruppi di auto mutuo aiuto

Negli ultimi 30 anni il panorama italiano di riferimento ai percorsi di trattamento ai problemi alcolcorrelati, si è ulteriormente arricchito.

Oltre alla presenza dei gruppi degli Alcolisti Anonimi, le nostre comunità si sono accresciute anche della presenza importante dei Club Alcolologici Territoriali, con oltre 3000 gruppi di sostegno attivi sull'intero territorio nazionale.

Lo sviluppo di questa rete è stato senza dubbio un contributo importantissimo per una risposta ai problemi alcolcorrelati presenti nelle nostre comunità e da non trascurare il fatto che sono a bassissimo costo e di forte diffusibilità.

Le due filosofie, che si discostano nella interpretazione del concetto di malattia (non solo), hanno approcci diversi al contesto della produzione di progetti di prevenzione, a cui sono estranei i 12 passi, in quanto

considerano i DUA problemi individuali (al massimo della famiglia) e non si esprimono sul bere collettivo; al contrario i CAT esprimono con enfasi e un intenso lavoro di rete l'importanza di intervenire sugli stili di vita collettivi, identificando i DUA come problema di tutti.

Infatti, il lavoro dei Club, che definito come una "Comunità multifamiliare", insieme di famiglie e persone che con la presenza di un servitore/insegnante formato ed aggiornato, hanno favorito un processo di cambiamento della cultura generale di riferimento ai problemi alcolcorrelati del proprio territorio, grazie anche al fatto, che il Club non solo è inserito, ma fa parte della propria comunità.

Tale percorso di sensibilizzazione sia delle famiglie con problemi alcolcorrelati che delle famiglie dell'intera comunità, è stato possibile anche per la continua territorializzazione dei programmi, e cioè con l'apertura di nuovi Club e la realizzazione di interventi di informazione denominati Scuole Alcolologiche Territoriali, interventi che sono utili sia per le famiglie che partecipano al Club ma soprattutto per sensibilizzare la cittadinanza sui problemi alcolcorrelati.

Va anche ricordato che tutte le ricerche sia di carattere nazionale che locale hanno mostrato l'efficacia dell'approccio dei gruppi di aiuto (CAT o 12 passi): più del 60% anche dopo anni mantiene l'astinenza/sobrietà.

Tutto questo ci fa dire che lo sviluppo di questi programmi territoriali va sostenuto, con sempre più significative collaborazioni con i Servizi Pubblici che si occupano dei problemi alcolcorrelati.

Favorendo così tutti assieme la promozione e la protezione della salute sia delle famiglie che già hanno sviluppato problemi alcolcorrelati, che le famiglie dell'intera comunità.

Tutto questo ci pare possa essere coerente con ciò che l'Organizzazione Mondiale della Sanità chiede, da tempo, ai suoi Stati membri, e cioè di intervenire con misure sempre più efficaci e di comunità, in risposta ai numerosi problemi alcolcorrelati presenti nei nostri territori.

4. Servizi di Alcologia e SerD

In tutte le sue articolazioni territoriali (Servizi di Alcologia e SerD) i servizi promuovono strategie multidisciplinari e multiprofessionali di assistenza medico-infermieristica, psicologica, educativa, riabilitativa e sociale, implementando progetti di presa in carico di utenti e famiglie nel contesto delle stesse equipe multiprofessionali.

La presa in carico è finalizzata non solo alla cura dei disturbi di interesse clinico, ma anche al miglioramento della qualità della vita degli utenti e dei loro familiari.

Ai servizi suddetti (Servizi di Alcologia e SerD) si possono rivolgersi, oltre alle persone portatrici dei bisogni specifici e ai loro familiari, anche medici, professionisti sociosanitari, insegnanti, servizi ed enti che necessitano di informazioni, indicazioni o consulenza rispetto al problema delle dipendenze patologiche.

4.1 Indirizzi e strategie nei dipartimenti per le dipendenze

Nell'accordo Stato/Regioni del 21/01/99¹ si trovano tracciate le linee programmatiche per l'organizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti e alle persone con problemi alcolcorrelati: nel provvedimento vengono definiti i ruoli delle diverse istituzioni in gioco, ma soprattutto vengono definiti i principi, gli indirizzi generali e i modelli organizzativi deputati ad "affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze". Il modello organizzativo proposto è quello "dipartimentale" in cui "concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'azienda unità sanitaria locale..., nonché altri soggetti e enti pubblici e privati...".

Nel paragrafo seguente non approfondiremo tutti gli aspetti riguardanti l'organizzazione del Dipartimento, ma ci limiteremo ad osservare, in linea generale, alcune di queste scelte organizzative, in particolare cercheremo di capire quali sono le priorità che si esprimono nella prassi del lavoro dei servizi, quanto spazio viene dato in generale al settore delle tossicodipendenze e quanto al settore dell'alcolologia.

La premessa, a cui teniamo, è sostenuta dalla evidenza che le droghe "legali" (tabacco e alcol) sono ampiamente diffuse nella popolazione e, assieme l'uso di psicofarmaci, rappresentano un fattore di rischio (se assunte) o protettivo (se non assunte) rispetto all'uso delle droghe illegali.

Se i servizi pubblici che si occupano di questo tipo di problemi (SerD, Servizi di Alcolologia) seguissero pedissequamente le indicazioni epidemiologiche per impostare le priorità e le strategie di intervento, dedicherebbero, ovviamente a parità di qualità prestazionali:

- un impegno ancor più specifico rispetto al contrasto nei confronti del fumo dei problemi tabacco-correlati
- un impegno medio/alto rispetto alle problematiche alcol-correlate, cocaina-correlate e ai consumatori di cannabis
- un impegno medio/basso rispetto all'uso di eroina.

Una tale politica avrebbe un forte impatto sulla salute della popolazione generale sia a livello di cura che, come sostenuto da più parti, a livello di prevenzione.

4.2 Utenza nei dipartimenti per le dipendenze in Italia

Anche nella ultima relazione al parlamento sul contrasto alla tossicodipendenza si trova conferma che il settore dell'alcolologia non sia adeguatamente sviluppato e che l'offerta di servizi data alla popolazione in alcune zone d'Italia sia veramente scarso e non significativo. Solo il 16% degli operatori dedicati anche all'alcolologia lo fa a tempo pieno, contro il 33% dedicato a tempo pieno per impegnarsi sulle altre sostanze.

C'è da notare, tra l'altro, che in questa analisi non è stato preso in considerazione il personale delle comunità terapeutiche notoriamente molto più dedicate alle tossicodipendenze piuttosto che all'alcolologia. Una parte dell'accordo Stato/Regioni del 1999 era dedicato all'esigenza di "incrementare l'attività e la diffusione di questi servizi (alcolologici), che dovranno essere posti in grado di rispondere ad una domanda di assistenza e di prevenzione sempre attuali e di crescente ampiezza e complessità...". "Si raccomanda

¹ Accordo Stato/Regioni, *Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*, G.U. n° 61 del 15/03/1999.

l'inserimento delle attività di assistenza alle persone con problemi di alcolismo nell'ambito del dipartimento delle dipendenze...". "nell'ambito della concreta operatività dei servizi sarà però opportuno salvaguardare con molta forza la specificità (anche logistica) di alcuni spazi destinati alla dipendenza da alcool, soprattutto per quanto attiene al trattamento e alla riabilitazione."

Gli indirizzi legislativi sembrano essere chiari, quando si parla di Dipartimento, si pensa ad un insieme di unità operative specifiche, coordinate fra loro, che si occupano dei vari aspetti dell'uso di sostanze.

Dall'osservazione dei dati epidemiologici si evince che il lavoro da fare sia ancora molto, i cittadini non sembrano avere omogenei servizi rispetto al territorio di residenza e molte volte sono costretti ad andare altrove per avere un servizio adeguato.

Riteniamo, nel contesto del servizio pubblico, implementare due percorsi:

- una maggiore autonomia delle unità di lavoro alcolologiche con un riequilibrio delle ore dedicate;
- dare priorità nei Piani triennali per le dipendenze, ad interventi capillari su alcol e tabacco.

5. Ipotesi organizzative

Dall'analisi della situazione attuale risulta evidente come si renda necessario riorganizzare i servizi pubblici che si occupano delle problematiche alcolcorrelate.

5.1 Criteri per l'organizzazione dei programmi alcolologici

Ogni regione deve prevedere l'attivazione di una rete di servizi di alcologia territoriali che abbiano alcune caratteristiche come:

1. Autonomia rispetto all'attuale gestione dei servizi socio sanitari
2. Allargamento comunitario delle sue azioni
3. Articolazione della competenza dai comportamenti legati al consumo di bevande alcoliche, alle problematiche alcol correlate fino alle complicità che complessificano le situazioni imponendo la realizzazione di programmi di supporto specifici e coerenti. È chiaro che a questo livello vi è una sovrapposizione di competenza con le azioni che riguardano i consumatori di droghe illegali che nella maggioranza dei casi manifestano problemi alcol correlati e che comunque riconoscono nell'alcol un fattore di rischio fondamentale anche per quanto riguarda la compliance ai trattamenti
4. Programmazione costruita sulla base dell'evidenza epidemiologica e sulla partecipazione dei cittadini,
5. Azioni e programmi radicati nelle comunità locali.

A partire da queste considerazioni ne consegue che i criteri fondativi per la costruzione di un programma e di un servizio di alcologia dovrebbero essere i seguenti:

A. Riconoscimento formale e legale dei Servizi di Alcologia (autonomia dai SerD): l'autonomia organizzativa di un servizio di alcologia collocato nell'ambito dei modelli organizzativi predisposti a livello locale ed armonizzati in ambito regionale, naturalmente vincolati al rispetto dei livelli essenziali di assistenza e delle relative risorse per soddisfarli in modo omogeneo ed ugualmente appropriato su tutto il

territorio nazionale, è una preconditione per affrontare un insieme di problemi, quelli alcolcorrelati, la cui rilevanza epidemiologica ne fa una priorità di salute pubblica. In alcologia è necessario un modello di funzionamento i cui parametri non trovano riscontro né nelle pratiche né nello stesso committente politico che caratterizza l'attuale organizzazione dei Ser.T. In particolare, si sottolinea che:

1. L'alcol è una sostanza legale e culturalmente accettata e promossa che necessita di azioni di contenimento della pubblicità e di sensibilizzazione per un consumo critico, consapevole dei rischi, con l'obiettivo esplicito della riduzione dei consumi e della promozione della salute e di stili di vita sobri e senza alcol.
2. L'interesse alcologico si è sempre orientato ad una visione allargata dei problemi correlati ai consumi e non solo agli stati di dipendenza, con conseguente enfasi delle funzioni di diagnosi precoce e counselling, oltre che di diagnosi, cura, trattamento e riabilitazione.
3. In campo alcologico si è sviluppato un ampio e duplice movimento rispettivamente di auto aiuto, gli Alcolisti Anonimi, e di cittadinanza attiva, le comunità multifamiliari dei Club Alcologici Territoriali. Tale movimento, soprattutto per quanto riguarda la cittadinanza attiva ha fortemente condizionato l'organizzazione del lavoro in campo alcologico in termini partecipativi. Non vi è analogo riscontro per le tossicodipendenze.
4. Il movimento alcologico da molti anni ha aderito ai programmi di promozione della salute proposti dall'OMS che ha prodotto due piani europei sull'alcol e solidi documenti scientifici ed indirizzi di politiche pubbliche per la salute che hanno creato un'omogeneità di indirizzo assente in altre aree delle dipendenze.
5. L'alcologia, più e prima di altri ambiti legati ai consumi voluttuari ed in particolare illegali, ha posto attenzione ai consumi a rischio e alle necessarie verifiche e certificazioni che si rendono necessarie per l'idoneità a svolgere attività che richiedono una licenza.

B. Personale di alcologia adeguatamente formato: l'alcologia da 30 anni ha sviluppato un ampio sistema di sensibilizzazione, educazione e formazione che ha coinvolto operatori pubblici e privati, cittadini senza problemi di alcol, bevitori e no, persone direttamente coinvolte con i problemi alcolcorrelati. Si sono inoltre istituiti master e dottorati specifici in ambito universitario. La figura dell'alcolologo è sempre più consolidata sul piano della sostanza formativa, anche se non pienamente formalizzata a livello istituzionale, questo implica che per la gestione dei problemi alcolcorrelati deve essere garantita la presenza di personale specificamente formato. Non si può lasciare la gestione dei problemi alcolcorrelati ad una generica esperienza e/o anche formazione specifica nel campo delle dipendenze derivanti dal consumo di sostanze illegali. La specifica formazione alcologica del personale deve rappresentare un requisito ineludibile dell'accreditamento dei servizi pubblici e privati. È importante che l'organico del personale dei Servizi di Alcologia sia composto, oltre che dai medici e dagli infermieri, da educatori professionali, assistenti sociali e psicologi.

C. Logistico (setting e spazi dedicati): i problemi alcol correlati riguardano fasce diversificate della popolazione, sia per fasce di età che per reddito, posizione sociale, livello culturale, posizione lavorativa. Nel complesso rappresentano uno specchio fedele della struttura della popolazione e quindi non è possibile confinare il fenomeno in un ambito logistico che concentra o una fascia di popolazione prevalentemente giovanile e/o emarginata. Il luogo deve essere differenziato e al suo interno prevedere spazi diversi per le attività certificative, di counselling e di trattamento.

D. Programmazione propria: la specificità dei problemi alcolcorrelati impone una programmazione che sia orientata alla definizione di obiettivi specifici concertati a livello territoriale con gli enti locali e, all'interno della struttura sanitaria, con i diversi ambiti specialistici che in misura diversa sono coinvolti nella gestione dei problemi alcol correlati.

E. Fondi dedicati: il fondo differenziato per l'alcologia deve riguardare sia la gestione ordinaria con conseguente definizione degli standard del personale, sia la progettualità specifica definendo che il fondo nazionale lotta alla droga, nella sua forma attualmente regionalizzata, avvalendosi del fondo sociale previsto dalla legge 328 del 2000, eventualmente integrato a livello di singole regioni, deve prevedere un'assegnazione variabile dal 40% al 60% del totale, sulla base della valutazione epidemiologica e delle priorità accertate.

F. Interventi ospedalieri specifici: si devono definire linee guida tra i servizi di alcologia ed i reparti ospedalieri, individuando un numero di posti letto di circa 15 ogni milione di abitanti, assegnando a tali posti letto la gestione di situazioni multiproblematiche acute e subacute con prevalente perdita del controllo dell'impulso. La forma organizzativa deve essere quella della comunità terapeutica collocata in ambito ospedaliero.

G. Strutture residenziali e semiresidenziali: vanno differenziate a seconda della tipologia del deficit riscontrato, ma in ogni caso le residenze non devono superare i tre mesi. La scansione temporale breve evita l'equivoco alienante della prospettiva manicomiale che la pratica della comunità terapeutica ha superato e che la legge 180 ha sancito. Ovviamente la residenza breve deve essere accompagnata da un programma di continuità assistenziale.

H. Gruppi di auto aiuto: insieme alla cittadinanza attiva rappresentano un tratto distintivo dell'alcologia e pertanto un elemento fondamentale nel processo di accreditamento. L'auspicio è che queste forme partecipative alla gestione dei problemi alcolcorrelati si trasformino in advocacy permanente che sollecita una programmazione dei servizi di alcologia coerente con la partecipazione.

5.2 I Servizi di Alcologia Territoriali

Ogni AUSL deve attivare uno o più Servizi di Alcologia territoriali che trovano una loro collocazione presso i distretti sociosanitari.

La dotazione di personale varia in relazione al numero ed alla tipologia dell'utenza. A questo proposito devono essere definiti dei criteri di ponderazione della complessità dell'utenza.

Il Servizio di Alcologia è composto da un'equipe alcolologica di comprovata competenza ed esperienza nel settore alcolologico.

Il Servizio di Alcologia è coordinato da un responsabile con specifico curriculum alcolologico ed è costituito da personale in pianta organica in modo da garantire l'attività del servizio su cinque giorni settimanali, anche su sedi diverse e può avere una valenza sovra-zonale.

Le figure professionali che vanno a comporre l'equipe alcolologica sono le seguenti: medico di comprovata competenza specifica (curriculum alcolologico), infermiere/assistente sanitario, assistente sociale, educatore professionale, psicologo con comprovata competenza ed esperienza specifica.

5.3 Mission dei Servizi di Alcologia Territoriali

A. Attività di promozione ed educazione alla salute

- progettazione e realizzazione di attività preventive sul territorio con la comunità in generale e con gruppi specifici di popolazione: parroci, sindaci e amministratori, altre figure significative e carismatiche della comunità, Associazioni presenti sul territorio (es. associazioni sportive, di volontariato ecc.);

- progettazione e realizzazione di incontri con operatori sociali e sanitari, dell'ASL o di altri Enti. Questi incontri si propongono di sensibilizzare e informare le figure sanitarie e sociali sui problemi alcolcorrelati, sull'esistenza e le attività del Servizio di Alcologia e del privato-sociale in materia alcolologica al fine di definire anche possibili canali di collaborazione funzionali alla crescita dei programmi alcolologici e quindi all'aumento del benessere di comunità.

- sensibilizzazione dei Medici di Medicina generale

- realizzazione di incontri di sensibilizzazione con i rappresentanti delle forze dell'ordine, con l'Agenzia del Lavoro, del Tribunale, delle Carceri, delle Comunità terapeutiche e di accoglienza e delle Associazioni e Cooperative del privato-sociale.

- progettazione e realizzazione di interventi nelle scuole di vario grado dalle materne alle superiori, all'università:

nelle scuole materne, elementari e medie i progetti dovranno sempre prevedere la formazione dei formatori e quindi essere rivolti agli insegnanti

nelle scuole superiori e nelle università gli interventi possono essere dedicati sia agli insegnanti, ma prevedere anche degli interventi nelle classi

- formazione di opinion leader tra pari: consci della difficoltà di far giungere e far recepire messaggi salutistici alla fascia giovanile, in particolar modo se tali messaggi provengono dal mondo degli adulti, è importante realizzare progetti per formare piccoli gruppi di giovani che possano fungere da riferimento positivo nel gruppo dei pari.

- formazione degli insegnanti e istruttori delle Scuole Guida
- interventi di formazione e sensibilizzazione nel mondo del lavoro
- interventi di formazione e sensibilizzazione nel mondo dello sport particolarmente rivolti agli allenatori delle squadre giovanili delle varie Federazioni
- realizzazione di progetti di comunità per la riduzione dei consumi come previsto dal progetto europeo dell'OMS per la riduzione dei consumi
- advocacy e stimolo presso le Amministrazioni pubbliche, attraverso la costituzione di Coordinamenti interistituzionali nell'implementazione di politiche di regolamentazione comunale, regionale e nazionale rispetto a somministrazione e vendita di bevande alcoliche

B. Attività di diagnosi, cura e riabilitazione

La filosofia ispiratrice dei Servizi di Alcologia deve essere quella di andare incontro alle famiglie con disagi dovuti al consumo di alcol e non limitarsi ad attenderle nei servizi. Tale strategia si concretizza con la realizzazione di vari interventi sulla persona e la famiglia con problemi alcolcorrelati:

- Colloquio alcolologico motivazionale che si pone come scopo principale quello di delineare la situazione e il disagio della persona e della famiglia, approfondire la motivazione al cambiamento, tracciare insieme le possibili strade risolutive percorribili, puntare all'inserimento in un programma alcolologico di cambiamento anche in collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto (Club Alcologici Territoriali, Gruppi di Alcolisti Anonimi, Alanon, Alateen, Narcotici Anonimi) o, quando necessario, il ricovero in ospedale - in accordo con il medico curante - nelle situazioni in cui la situazione psico-fisica è seriamente compromessa. Nelle situazioni particolarmente complesse vengono realizzati dei successivi incontri di verifica e supporto allo scopo di verificare con la persona e la famiglia l'andamento del progetto con loro attivato e ricorrendo anche all'attivazione di un lavoro di rete che veda coinvolto, oltre al Servizio di Alcologia, altri Servizi o Associazioni del privato-sociale.
- Visite sul territorio e a domicilio: qualora non sia possibile per la persona raggiungere la sede del servizio o sia restio a farlo, è importante effettuare il colloquio direttamente a casa della famiglia interessata o in altre particolari strutture (casa circondariale, comunità di accoglienza, casa di riposo, ecc.).
- Colloqui alcolologici in ospedale: sono effettuati con persone ricoverate nei diversi reparti ospedalieri. Sarebbe importante attivare personale dei reparti perché possano loro stessi effettuare questo colloquio dopo aver seguito un percorso di formazione.
- Consulenze varie sul territorio: sono previsti incontri di consulenza, consiglio, supporto anche a livello informativo sulle procedure e sulle metodologie possibili, con altre figure professionali e della comunità. In situazioni complesse le diverse figure coinvolte si trovano a lavorare in un rapporto di équipe mirato alla realizzazione di un progetto riabilitativo il più possibile efficace e coerente ai bisogni della persona e della famiglia.
- Consulenze per la Commissione Patenti: collaborare con la Commissione Provinciale Patenti per attivare consulenze ed eventuali percorsi specifici (informativi per tutti, riabilitativi per le persone con

problemi alcol correlati).

- Contatti e collaborazioni con le Associazioni private: pur nella chiarezza delle diverse competenze del servizio pubblico (Servizi di Alcologia) e delle associazioni del privato sociale (Club Alcologici Territoriali e gruppi dei 12 Passi) è fondamentale la massima collaborazione, scambio e confronto fra queste realtà.
- Realizzazione di corsi di disassuefazione dal fumo: se nessun'altra realtà del pubblico si occupa di tale problema, è importante, vista l'importanza epidemiologica nella morbilità e mortalità, che i Servizi di Alcologia organizzino anche i corsi per smettere di fumare, anche in collaborazione con associazione del privato sociale.

C. Lavoro di rete

Nelle attività di prevenzione e di trattamento è imprescindibile per i Servizi di Alcologia l'attivazione del lavoro di rete sia con le altre agenzie del pubblico sia del privato.

È indispensabile la collaborazione con i Dipartimenti delle Dipendenze e con i Dipartimenti di prevenzione.

D. Monitoraggio del fenomeno, programmazione, ricerca e verifica, altre attività

I Servizi di Alcologia tengono un'informatizzazione dei dati relativi alle principali attività al fine di poterne misurare e confrontare l'efficacia nel tempo.

Questa attività comprende, oltre alla raccolta di informazioni sulle persone e famiglie prese in carico dal Servizio di Alcologia, l'identificazione dei bisogni, la preparazione di programmi di promozione e protezione della salute, il monitoraggio dei problemi legati all'uso di alcol, la verifica degli interventi di sensibilizzazione, informazione e regolamentazione implementati sul territorio, la verifica sull'adesione e l'efficacia dei programmi alcolologici e di disassuefazione da fumo, le indagini per il miglioramento della preparazione degli stessi operatori e della qualità del servizio e la preparazione di materiale didattico e di pubblicazione.

È importante monitorare tutte le fasce della popolazione ed individuare quelle fasce sulle quali indirizzare interventi di diagnosi precoce, in quanto di volta in volta, al cambiare della cultura e delle pressioni commerciali si votano al consumo e divengono a rischio.

5.4 Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche

In ogni regione deve essere istituito/implementato/valorizzato almeno un Centro o Agenzia alcolologica regionale che si occupi di coordinare le attività di prevenzione e promozione della salute e coordini le attività dei vari Servizi di Alcologia.

Il Servizio riferimento per le attività alcolologiche assolve una funzione regionale di riferimento in merito ai problemi alcolcorrelati, per gli interventi di formazione, prevenzione, documentazione, monitoraggio e ricerca, anche in campo epidemiologico. Collabora con i Servizi di Alcologia della zona a cui afferisce garantendo l'omogeneità dell'approccio e l'uniformità territoriale delle attività di prevenzione e di promozione della salute mantenendo le collaborazioni attive con le associazioni dei gruppi di auto mutuo aiuto.

5.5 Modulo ospedaliero di alcolologia

È prevista altresì l'individuazione di posti letti ospedalieri per le persone con problemi alcol correlati complessi che richiedono interventi specifici, intensivi e multidisciplinari e multiprofessionali. Il modulo potrà essere inserito, secondo le esigenze delle varie regioni, in medicina, neurologia, ecc. Il personale del Servizio di Alcologia territoriale si collegherà funzionalmente con il personale del modulo ospedaliero e garantirà, con l'aiuto delle Associazioni del volontariato il collegamento per il futuro trattamento a lungo termine.

5.6 Strutture residenziali o semiresidenziali

In rapporto alle esigenze delle varie regioni possono essere istituiti servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle persone con problemi alcolcorrelati secondo l'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999.

Le strutture residenziali e semiresidenziali hanno lo scopo di dare un valido supporto alle persone con problemi particolarmente complessi non risolvibili con il solo percorso territoriale. Le strutture si coordinano con i Servizi di Alcologia per un migliore inquadramento diagnostico e per la programmazione del successivo trattamento sul territorio.

Le strutture devono essere coordinate da un responsabile con specifico curriculum alcolologico.

Le figure professionali che possono operare nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono le seguenti: medico di comprovata competenza specifica (curriculum alcolologico), psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sociale con una comprovata competenza ed esperienza specifica.

5.7. Gruppi di auto mutuo aiuto

La rete territoriale delle associazioni che si occupano di problemi alcolcorrelati (Club degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi, o altre a carattere locale) svolge un ruolo essenziale nel trattamento delle persone e famiglie con problemi di alcol. La possibilità di "appoggiare" a questi gruppi molte delle persone con problemi alcolcorrelati, almeno le situazioni meno complesse, contribuisce a ridurre il numero di

soggetti in carico permanente ai Servizi di Alcologia e di conseguenza di limitare in modo cospicuo le spese per il SSN. I Servizi di Alcologia debbono quindi instaurare delle collaborazioni strette con tali Associazioni.

Bibliografia

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf; ultima consultazione 24.02.2022.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018). Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf ; ultima consultazione 07.02.2022.
3. World Health Organization. Targets of Sustainable Development Goal 3 (2020). Geneva: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/sustainable-development-goals-sdgs/targets-of-sustainable-development-goal-3> ; ultima consultazione 23.02.2022.
4. World Health Organization. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
5. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
6. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
7. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
8. Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
9. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-422.
10. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 24.05.2022.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol->

- use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019 ; ultima consultazione 24.02.2022.
12. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Policy brief: tackling harmful alcohol use. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>; ultima consultazione 24.05.2022.
 13. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York, NY: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 24.02.2022.
 14. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
 15. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
 16. Anderson P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO-Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
 17. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
 18. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *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 delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
 19. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *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"*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf; ultima consultazione 23.05.2022.
 20. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017*.
 21. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592> ultima consultazione 24.02.2022.

22. Istituto Nazionale di Statistica. Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222> ; ultima consultazione 23.02.2022.
23. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
24. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
25. Montonen M. RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 23.02.2022.
26. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Pepparai M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. p. 979-1086.
27. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780>; ultima consultazione 23.05.2022.
28. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>; ultima consultazione 23.02.2022.
29. Italia. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale,, n. 263 del 10 novembre 2012 - Serie generale
30. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. I danni legati al consumo di alcol in gravidanza: il progetto europeo FAR SEAS e il contributo dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS per la prevenzione della sindrome fetoalcolica. *Alcologia*, 2022; 48:18-24

31. Colak B. , Etiler N. , Bicer U. Fatal Occupational Injuries in the Construction Sector in Kocaeli, Turkey, 1990-2001. *Ind. Health*, 2004; 42 (4): 424-430
32. Baker S.P., MPH; Samkoff J.S., ScM; Fisher R.S., MD; et al. Fatal Occupational Injuries. *Giama* 1982;248:692-697
33. Mustard C. ScD, Cole C. MD, MSc, Shannon H. PhD, et al. Declining Trends in Work-Related Morbidity and Disability, 1993–1998: A Comparison of Survey Estimates and Compensation Insurance Claims. *American Journal of Public Health* 93, 2003; 8: 1283-1286. doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1283
34. Kurachek S. C., Titus S.L., Olesen M. Medical Examiners' Attitudes Toward Organ Procurement from Child Abuse/Homicide Victims. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1995; 16(1):1-10
35. McKinley W. , McNamee S., Meade M., Kandra K., Nicole Abdul. Incidence, Etiology, and Risk Factors for Fever Following Acute Spinal Cord Injury: *Journal of Spinal Cord Medicine*, 2006;29: 501-506

Paolo Berretta, Ricercatore, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Simona Pichini, Primo Ricercatore, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Adele Minutillo, Ricercatore, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

LA SINDROME FETO ALCOLICA UNA DISABILITÀ PERMANENTE E TRASPARENTE, POCO CONOSCIUTA IN ITALIA

Riassunto

L'alcol è la sostanza d'abuso più utilizzata al mondo, il suo consumo, in costante aumento, è un fenomeno che si registra anche durante la gravidanza. L'esposizione prenatale all'etanolo può causare danni irreversibili al feto. Lo Spettro dei Disturbi Feto Alcolici (FASD) e la Sindrome Feto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome - FAS) che è l'estremo più grave, sono una serie di condizioni malformative che possono condurre ad un ritardo mentale che colpisce neonati e bambini esposti all'alcol durante la gestazione o l'allattamento. L'approccio al fenomeno deve essere multidisciplinare e deve comprendere la gestione delle condizioni di comorbidità, il supporto nutrizionale, la gestione dei problemi comportamentali / difficoltà educative e l'informazione specifica dei genitori. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e altre organizzazioni scientifiche non conoscono la quantità minima di alcol da poter assumere durante la gravidanza e quindi raccomandano sempre la completa astinenza.

Parole Chiave: FASD, gravidanza, alcol

Abstract

Alcohol is the most widely used drug worldwide, its consumption has been increasing, and it is reported even during childbearing. Prenatal exposure to ethanol can lead to irreversible damages of the fetus. Knowledge about this risk could prevent these damages. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) and Fetal Alcohol Syndrome (FAS) which is the most severe extreme, are a range of malformative conditions leading to mental retardation that affect newborns and children who have been exposed to alcohol during pregnancy or breastfeeding. Management is multidisciplinary and includes managing comorbid conditions, providing nutritional support, managing behavioral problems and educational difficulties, referring patients for rehabilitative therapies, and specific information to parents. The World Health Organization and other organizations recognize no safe amount of alcohol consumption during pregnancy and recommend complete abstinence.

Key Word: FASD, pregnancy, alcohol,

Roberto Biagiotti, Responsabile SOSA Diagnosi Prenatale e dei Difetti Congeniti – Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze.

RUOLO DELL'ECOGRAFIA NELLA DIAGNOSI PRENATALE DELLO SPETTRO DEI DISORDINI FETO-ALCOLICI (FASD)

Riassunto

Il consumo di alcol in gravidanza può determinare uno spettro di deficit fisici, cognitivi e comportamentali noto come FASD (fetal alcohol spectrum disorders).

Il sospetto diagnostico prenatale di FASD in un feto esposto all'alcol deriva da una serie di valutazioni ecografiche biometriche e morfologiche. I segni ecografici potenzialmente utilizzabili in epoca prenatale sono rappresentati da dismorfismi faciali (la presenza di un filtro lungo e bombato e di un lieve retrognatismo sono stati occasionalmente descritti, ma nella maggior parte dei casi questi segni non vengono rilevati); restrizione di crescita fetale; anomalie strutturali del sistema nervoso centrale (microcefalia); anomalie strutturali in altri organi e apparati come cuore (anomalie conotruncali, in particolare la tetralogia di Fallot), reni, apparato gastroenterico e fegato.

Tuttavia, la presenza di segni ecografici è dimostrabile in una piccola percentuale di feti esposti all'alcol e resta ancora da definire il valore predittivo dell'ecografia prenatale nell'individuare tra i feti esposti, quelli a rischio per esiti neuroevolutivi alcol-correlati.

Parole Chiave

Spettro dei Disordini Feto-Alcolici, alcol, ecografia, esposizione prenatale all'alcol, basso peso alla nascita

Abstract

Drinking alcohol during pregnancy can lead to a spectrum of physical, cognitive and behavioral deficits known as FASD (fetal alcohol spectrum disorders).

The prenatal suspicion of FASD in a fetus exposed to alcohol derives from a series of biometric and morphological ultrasound assessments. The ultrasound features potentially detectable in prenatal diagnosis are represented by facial dysmorphisms (the presence of a smooth philtrum and a slight retrognathism have occasionally been described); fetal growth restriction; structural abnormalities of the central nervous system (microcephaly can be considered a proxy of brain development); structural abnormalities in other organs and systems such as the heart (a significant association with conotruncal anomalies was highlighted, in particular the tetralogy of Fallot), kidneys, gastrointestinal tract and liver. However, the presence of ultrasound signs is evident in a small percentage of fetuses exposed to alcohol and the predictive value of prenatal ultrasound in identifying among the exposed fetuses those at risk for alcohol-related neurodevelopmental disorders remains to be defined.

Key Words

Fetal alcohol spectrum disorders, alcohol, ultrasound, prenatal alcohol exposure, low birth weight

Roberta Agabio, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari, Italia

Clelia Madeddu, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

Paolo Contu, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

Sofia Cosentino, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

Fabrizio Angius, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Microbiologia e Virologia, Università di Cagliari, Italia

Monica Deiana, Dipartimento di Scienze Biomediche, Unità di Patologia Sperimentale, Università di Cagliari, Italia

Elena Massa, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

Alessandra Mereu, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

Carola Politi, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

Julia Sinclair, Facoltà di Medicina, Università di Southampton, Southampton, Regno Unito

Claudia Sardu, Dipartimento di Scienze Biomediche, Unità di Patologia Sperimentale, Università di Cagliari, Italia

ALCOL E TUMORE ALLA MAMMELLA

Riassunto

Scopi: Il consumo di alcol è un fattore di rischio per il tumore alla mammella ma la maggior parte delle donne non ne sono consapevoli. Ci siamo posti l'obiettivo di valutare tale conoscenza in un campione di donne italiane per stabilire se siano necessari interventi finalizzati a migliorare la conoscenza dei fattori di rischio per il tumore alla mammella.

Risultati: Abbiamo intervistato 507 donne: 160 partecipavano allo screening per il tumore alla mammella, 44 avevano un tumore alla mammella e 303 non partecipavano allo screening. L'alcol è stato identificato come un fattore di rischio da meno del 20% delle donne, senza differenze tra i gruppi. Oltre il 70% delle donne intervistate non è stato in grado di quantificare in unità standard le bevande alcoliche.

Conclusioni: La scarsa consapevolezza che l'alcol è un fattore di rischio per il tumore alla mammella e l'incapacità di quantificare il consumo di alcol in unità alcoliche indica l'urgente necessità di appropriate campagne di informazione.

Parole Chiave

Alcol, tumore alla mammella, fattori di rischio, unità alcolica

Abstract

Aims: Alcohol consumption is a risk factor for breast cancer, but most women are unaware of it. We aimed at evaluating this awareness among a sample of Italian women to establish if prevention programs are needed to improve knowledge of breast cancer risk factors.

Results: We interviewed 507 women: 160 were screened for breast cancer, 44 had breast cancer, and 303 women were not screened. Alcohol was identified as a risk factor by less than 20% of women in the three groups, with no differences between the groups. Over 70% of women interviewed were unable to quantify alcoholic beverages into standard units.

Conclusions: The lack of awareness that alcohol is a risk factor for breast cancer and the inability to quantify alcohol consumption into alcoholic units indicates the urgent need for appropriate information campaigns.

Key Word

Alcohol, breast cancer, risk factors, alcohol units

Laura Calviani, Dirigente medico, Referente Alcologia UFS SERD C
Marianna Galaverni, Assistente Sociale Progetto Arcobaleno
Luca Maggiorelli, Responsabile programma Progetto Arcobaleno
Ilaria Magini, Educatrice Professionale Alcologia UFS SERD C
Benedetta Moschitta, Educatrice Professionale Progetto Arcobaleno
Bianca Pananti, Psicologa-Psicoterapeuta Progetto Arcobaleno
Donatella Stecchini, Infermiera professionale Alcologia UFS SERD C
Maria Grazia Torrenti, Istruttrice di Yoga Progetto Arcobaleno
Adriana Iozzi, Direttrice UFS SERD C-UFC SERD

**UN PROGRAMMA INTENSIVO E BREVE RIVOLTO ALLE DONNE CON DISTURBO DA USO DI
 ALCOL (DUA): UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE RESIDENZIALE-AMBULATORIALE E
 PUBBLICO-PRIVATO SOCIALE A FIRENZE**

Riassunto

Il programma intensivo breve rivolto alle donne con Disturbo da Uso di Alcol è un progetto sperimentale finanziato con fondi della Regione Toscana che vede l'integrazione di Pubblico e Privato sociale.

Unisce il concetto di residenzialità breve e intensiva con la specificità di un programma rivolto al genere femminile. Si articola in 3 fasi fondamentali: la prima fase, semiresidenziale, prevede la frequenza presso Il Centro Diurno Alcologico della UFS SERD C Firenze, della durata di quattro settimane, la seconda fase della residenzialità vera e propria della durata di quattro mesi ed il follow up della durata di 6 mesi con un trattamento territoriale e ambulatoriale di prevenzione delle ricadute.

Gli obiettivi principali del programma sono rappresentati dall'affrancamento dalla sostanza, e dal mantenimento dell'astensione attraverso un lavoro personale di consapevolezza del legame con la sostanza, l'aggancio e il legame con i gruppi di Auto Aiuto sul territorio, un lavoro di mappatura sociale per individuare precocemente le risorse che possano rappresentare una rete intorno alle pazienti.

Tale programma inoltre individua e dedica particolare attenzione alle caratteristiche di genere dell'alcol dipendenza al femminile.

Parole Chiave

Medicina di genere, alcolismo femminile, trattamenti residenziali brevi

Abstract

The short intensive program, aimed at women with Alcohol Use Disorder, is an experimental project financed with funds from the Tuscany Region which sees the integration of public and private social sectors.

It combines the concept of short and intensive residency with the specificity of a program aimed at the female gender. It is divided into 3 fundamental phases: the first semi-residential phase involves attendance at the Daytime Alcoholic Center of UFS SERD C Florence and lasts four weeks, the second phase of actual residency lasts four months, and the follow-up consisting of regional outpatient treatment for relapse prevention lasts 6 months.

The main aims of the program are represented by the withdrawal from the substance, the maintenance of abstinence through a personal work of awareness of the bond with the substance, the engagement with local self-help groups, and the work of social mapping to identify ahead of time the resources that can represent a network around patients.

Finally, this program also identifies and pays particular attention to the gender characteristics of female alcohol addiction.

Key Word

Gender medicine, female alcoholism, short residencies

Mauro Cibir, Medico, specialista in Psichiatria e Gastroenterologia Centro Soranzo, Venezia
Luciano Pasqualotto, Docente, Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona
Cristiano Chiamulera, Docente Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Diagnostica e Salute Pubblica, Università di Verona

ICF E RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE: PROMUOVERE LA RECOVERY NEI DISTURBI DA USO DI ALCOL

Riassunto

La crescita della richiesta riabilitativa, nei Disturbi da Uso di Alcol (DUA) è legata alle caratteristiche della malattia alcolica, alla comorbidità organica e psichiatrica, ed all'invecchiamento della popolazione in trattamento. Introdurre la Riabilitazione Psicosociale nei programmi significa modificare il proprio modo di pensare e di agire orientandosi alla *recovery*, cioè verso il recupero di una condizione di funzionamento personale e sociale soddisfacente. La riabilitazione psicosociale si occupa di salute e stile di vita, delle condizioni abitative, di lavoro e tempo libero, di relazioni e rete sociale oltretutto, più specificamente, dell'uso di alcol/sostanze e del benessere psicofisico attraverso la riabilitazione al piacere. Per la definizione del percorso riabilitativo è necessario valutare i diversi fattori, personali ed ambientali ed i loro cambiamento a seguito degli interventi introdotti. A questo scopo è stato costruito il set di strumenti denominato ICF-Recovery.

Parole Chiave

Riabilitazione, recovery, ICF, benessere

Abstract

The growth in rehabilitation demand in Alcohol Use Disorders (DUA) is linked to the characteristics of alcoholic disease, organic and psychiatric comorbidity, and the aging of the population being treated. Introducing Psychosocial Rehabilitation into programs means changing one's way of thinking and acting by orienting towards recovery, that is a satisfactory personal and social functioning condition. Psychosocial rehabilitation deals with health and lifestyle, conditions, work and leisure time, relationships and social networks as well as, more specifically, the use of alcohol / substances and psychophysical well-being through rehabilitation for pleasure. To define the rehabilitation process, it is necessary to evaluate the various personal and environmental factors and their changes following the interventions introduced. For this purpose, the set of tools called ICF-Recovery was built.

Keywords

Rehabilitation, recovery, ICF, well-being

Maria Raffaella Rossin, Psicologa - Psicoterapeuta – collabora con l'ambulatorio per il disagio giovanile di Casa Pediatrica Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

Lina Galvagno, Dirigente medico, psicoterapeuta, facente funzioni Responsabile NOA Perini – UOC Dipendenze – Dipartimento Psichiatra – Dipendenze – ASST Fatebenefratelli – Sacco – Milano.

I GIOVANI E I RITI DI PASSAGGIO: IL SIGNIFICATO DELL'ALCOL

Riassunto

L'analisi storica dei cambiamenti che, in Italia, negli ultimi secoli hanno radicalmente modificato il percorso adolescenziale dei ragazzi e delle ragazze viene spesso poco considerata quando si analizzano le problematiche comportamentali dei giovani con le sostanze alcoliche. In questo articolo le autrici riportano le riflessioni emerse nel corso degli anni attraverso il lavoro clinico con i genitori alcolodipendenti, i loro partner e i figli e la collaborazione con i Servizi territoriali e ospedalieri milanesi sulle difficoltà che i preadolescenti e gli adolescenti evidenziano nei riti di passaggio con l'utilizzo delle bevande alcoliche. Vengono considerati i *Miti da sfatare* riguardo all'alcol e le situazioni problematiche che i ragazzi si trovano ad affrontare quando il contesto familiare non ha gli strumenti adeguati a costruire una rete protettiva adeguata e aiutarli a fare un passaggio armonico nella fase di vita del giovane adulto.

Parola Chiave

adolescenza – riti di passaggio- alcol e miti da sfatare

Abstract

The historical analysis of the changes that have radically modified the adolescent journey of boys and girls in recent centuries in Italy is often poorly considered when analysing the behavioural problems of young people with alcoholic substances. In this article, the authors report the reflections that emerged over the years through clinical work with alcohol-dependent parents, their partners and children and the collaboration with the Milanese territorial and hospital services on the difficulties that pre-adolescents and adolescents highlight in the rites of transition with the use of alcoholic beverages. The *Myths to be dispelled* with regard to alcohol and the problematic situations that young people face when the family context does not have the appropriate tools to build an adequate protective network and help them make a harmonious transition in the life phase of young adults are considered.

Keywords

adolescence - rites of transition – alcohol and myths to be dispelled

Ginetta Fusi, Educatrice professionale Centro Alcológico UFS SerD C Firenze
Laura Calviani, Medico tossicologo Centro Alcológico UFS SerD C Firenze
Simona Bartolini, Infermiera professionale Centro Alcológico UFS SerD C Firenze
Aurelia Caramet, Infermiera professionale Centro Alcológico UFS SerD C Firenze
Adriana Iozzi, Medico psichiatra Direttore Centro Alcológico UFS SRD C Firenze

MADRI E SPOSE DI ALCOLISTI: AMOREVOLI CARCERIERE O AVIDE SALVATRICI?

Riassunto

Il Centro Alcológico UFS SERD C Firenze ha adottato un programma strutturato parallelo per la presa in carico dei familiari delle persone alcol dipendenti. In particolare, la presa in carico si struttura in cinque step che prevedono l'accoglienza, l'ascolto, la valutazione di possibili comportamenti alternativi, eventuale invio ad approfondimenti specialistici. Lo scopo è svelare i bisogni o le emozioni individuali che vengono soppressi o soffocati dalla cura dell'alcolista. Si pone il focus su un'esperienza grupale effettuata lo scorso anno. Le sessioni erano polarizzate su storie tratte dalla letteratura contemporanea o mitologica. Per le donne familiari il riconoscersi o rispecchiarsi nelle esperienze altrui ha rappresentato il primo passo di disvelamento necessario per portare un cambiamento nella propria vita

Parole Chiave

Familiari di alcolisti, co-dipendenza, terapia grupale

Abstract

The Centre for Alcohol related problems in Florence (UFS SERD C) has adopted a structured program aimed to alcoholist family members.. Taking charge is structured in five steps wich consists in listening, assessment of family dynamics and foresee a change, and possible sending to specialistic therapies . The purpose is to reveal individual needs or stifled and suppressed emotions obecause of taking care of alcholist. It's focused on a group experience in the last year. Every single group was based about a female story taken from contemporary or mythologic literature. The women family member recognize each other and the mirroring in other experiences has been the first step toward the change process

Key Word

Alcoholist's families, co-dependence, groups therapy

“Esiste più di un genere di libertà, diceva zia Lydia. La libertà *DI* e la libertà *DA*. Nei tempi dell'anarchia, c'era la libertà *Di*. Adesso vi viene data la libertà *DA*. Non sottovalutatelo.”

(Il racconto dell'ancella. - M. Atwood).

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità

**LA NECESSITÀ DI STRUMENTI INTERNAZIONALI DIAGNOSTICI E DI SCREENING PER IL
DISTURBO DA GIOCO (GAMING): IL PROGETTO COLLABORATIVO
DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ**

Riassunto

La mancanza e l'urgenza di disporre di strumenti diagnostici e di screening per il disturbo da gioco d'azzardo – *gambling* e in particolare, per il disturbo da gioco - *gaming*, di recente incluso nella sezione dei disordini del comportamento legati a dipendenze (“*disorders due to addictive behaviours*”) della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. È questo il principale obiettivo del Progetto collaborativo dell'OMS sullo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici e di screening internazionali per il disturbo da gioco e da gioco d'azzardo (*gambling / gaming*) denominato “*WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder*” al quale partecipa l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale Dipendenze e Doping.

L'articolo sintetizza i diversi passaggi del progetto, attualmente in corso, che si concluderà nel 2023.

Parola Chiave

Disturbo da gioco, screening, diagnosi, OMS

Abstract

The lack and urgency of having diagnostic and screening tools for gambling and in particular, gaming, recently included in the section "disorders due to addictive behaviors" of the International Classification of Diseases of the World Health Organization. This is the main objective of the “*WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder*” with the active participation of the National Alcohol Observatory of the National Center for Addiction and Doping of the Istituto Superiore di Sanità.

The article summarizes the different steps of the project, currently underway, which will end in 2023.

Keywords

Gaming, screening, diagnosis, WHO

Aniello Baselice, Medico Psicoterapeuta - Gruppo LOGOS Salerno

Flavia Russo, Psicologa Clinica - Gruppo Logos Salerno

Sara Buccafusca, Psicologa Clinica - Gruppo Logos Salerno

Immacolata Lettieri, Counselor - Gruppo LOGOS Salerno

Teresa Volino, Psicologa Clinica - Gruppo LOGOS Salerno

**LA CONDIZIONE DELLA DONNA NEL SISTEMA FAMILIARE CON I CONGIUNTI CON DGA:
LA SOMMINISTRAZIONE DEL CER-SURVEY NEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL
GRUPPO LOGOS SALERNO.**

Riassunto

Nell'ambito degli studi sul Disturbo da Gioco d'Azzardo, poca rilevanza viene data al rapporto – diretto o indiretto – tra le donne ed il gioco stesso. Alla luce di un approccio ecologico che tenga conto dell'intero sistema familiare nella presa in carico del disagio, lo studio presentato ha inteso approfondire gli stati affettivi, cognitivi e relazionali delle donne coinvolte nei programmi trattamentali offerti dal Gruppo Logos.

Restando ferma la necessità di continuare a lavorare su assertività, costruzione di relazioni supportive e gestione della rabbia - specialmente con le mogli di persone con DGA -, la somministrazione dell'intervista CER-Survey, strutturata ad hoc, fa emergere che la partecipazione a tali programmi costituisce un fattore di protezione rispetto a potenziali esiti clinicamente disfunzionali.

Parola Chiave

Gioco d'azzardo, donne, ecologia sociale

Abstract

In the context of gambling studies, little relevance is given to the bond – direct or indirect – between women and gambling itself. In the light of an ecologic approach that considers the entire family system in the assessment of the difficulties, the present study has sought to deepen the affective, cognitive and relational states in the women involved in treatment programs provided by Gruppo Logos. There is an evident need to continue the work on assertiveness, on building supportive relationships and on anger management – especially with GD men wives -, the CER-Survey interview, specifically structured, reveals that the participation in such programs represents a protection factor for clinically dysfunctional potential outcomes.

Keywords

Gambling, women, social ecology

Giovanni Battista Modonutti, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste
Fulvio Costantinides, Professore a contratto, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli Studi di Trieste

**CONOSCENZE SULLA NATURA, LE PROPRIETÀ E GLI EFFETTI ED I RISCHI DEL FUMO DI
TABACCO ESPRESSE DAGLI DAGLI/LLE ADOLESCENTI
IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)**

Riassunto

La ricerca sullo stile di vita degli adolescenti scolarizzati ha evidenziato l'handicap culturale che li penalizza fin dall'accesso alla BREIMACODA e messo in luce che le conoscenze sulla natura, le proprietà, gli effetti ed i rischi del fumo di tabacco non raggiungono livelli ottimali neanche alla fine della carriera scolastica. I risultati acquisiti suggeriscono di rivisitare la programmazione didattica e di adeguarla ai bisogni culturali espressi dalla comunità scolastica con l'intento di modificare le conoscenze scorrette presenti nel background culturale degli/le studenti/esse in modo da favorire scelte critiche e responsabili nei confronti del fumo di tabacco a favore della salute.

Parola Chiave

Adolescenti, fumo di tabacco, conoscenze, natura, proprietà, rischi

Abstract

The research on the lifestyle of adolescents in school has highlighted the cultural handicap that penalizes them from the moment they enter BREIMACODA and highlighted that knowledge on the nature, properties, effects and risks of tobacco smoke do not reach optimal levels. not even at the end of the school career. The results obtained suggest revisiting the didactic programming and adapting it to the cultural needs expressed by the school community with the aim of modifying the incorrect knowledge present in the cultural background of the students in order to favor critical and responsible choices towards smoking. of tobacco for health.

Keywords

Adolescents, tobacco smoking, knowledge, nature, property, risks

Paola Trotta, Psichiatra, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 1. Ponte a Niccheri (FI).

Giuseppe Roberto Troisi, Psicologo, psicoterapeuta, Formatore, Didatta Centro di Studi e di Applicazione della Psicologia Relazionale. Prato.

Laura Angelica Berni, Tossicologa, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 2. Figline Valdarno (FI).

Massimo Lupi, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Luca Bacci, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Sonia Degli Innocenti, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Walter Tuberoni, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Valentina Cappelletti, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Leonardo Pallecchi, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Nadia Ricceri, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

Samuela Morandi, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

POGGIO ASCIUTTO E IL VIRUS SARS-COV-2.

L'ESPERIENZA DI UNA COMUNITA' TERAPEUTICA PUBBLICA PER ALCOLDIPENDENTI E TOSSICODIPENDENTI IN DUE ANNI DI PANDEMIA.

2020-2022

Riassunto

La Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto è nata nel luglio 1986. Ha svolto ininterrottamente la sua attività per oltre 35 anni adeguando i suoi protocolli ai bisogni degli utenti con problematiche alcol correlate e di tossicodipendenza. Nel 2020 la pandemia da Sars-CoV-2 ha evidenziato la crescente e mutevole multidimensionalità del disagio giovanile e la necessità di dare a questo una risposta. Nel presente articolo elencheremo le cose che sono cambiate nella Comunità in questi due anni, sia a livello strutturale che procedurale, e analizzeremo il motivo di tali necessari adattamenti

Parole Chiave

Comunità Terapeutica, problematiche alcol correlate e tossicodipendenza, COVID-19

Abstract

The public Rehabilitation Centre Poggio Ascianto was born in July 1986. It worked continuously for over 35 years adapting its protocols to the needs of its patients with alcohol related problems and drug addiction. In 2020 the Sars-CoV-2 pandemic highlighted the growing and changing of youth distress multidimensionality and the need to answer this. In this article we will list the things that have changed in the rehabilitation centre in these two years, both structurally and procedurally, and we will analyze the reason for these necessary adaptations.

Key Word

Rehabilitation centre, alcohol related problems and drug addiction, COVID-19.

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

L'AUMENTO DEI CONSUMATORI A RISCHIO DURANTE LA PANDEMIA

Riassunto

Il monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche in Italia ha evidenziato che durante la pandemia circa 8,6 milioni di persone hanno consumato bevande alcoliche in modalità a rischio per la loro salute e che, rispetto al 2019, si è registrato un aumento sia per gli uomini (+6,6%) che per le donne (+5,3%). L'impatto maggiore è stato registrato per i target più vulnerabili della popolazione quali i minori (760.000) e gli anziani (2.600.000). Aumentano le criticità tra le donne ed in particolare preoccupa l'aumento delle minorenni: tra i 16 e i 17 anni la frequenza delle consumatrici a rischio (40,5%) raggiunge quella dei coetanei maschi (43,8%). La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancora più problematico il consumo rischioso di tutte le bevande alcoliche tra quanti erano già consumatori a rischio. L'articolo riassume i dati sul monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche in Italia in funzione anche a quanto verificatosi durante l'emergenza COVID-19.

Parole Chiave

Consumo di alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

The monitoring of alcoholic beverages consumption in Italy showed that during the pandemic about 8.6 million people consumed alcoholic beverages in a way that was at risk for their health and that, compared to 2019, there was an increase for both men (+ 6.6%) and for women (+ 5.3%). The greatest impact was recorded for the most vulnerable targets of the population such as minors (760,000) and the elderly (2,600,000). Critical issues among women are increasing and in particular the increase in minors is worrying: between 16 and 17 the frequency of at-risk consumers (40.5%) reaches that of male peers (43.8%). The SARS-CoV-2 pandemic has made the risky consumption of all alcoholic beverages even more problematic among those who were already at risk consumers. The article summarizes alcohol consumption monitoring in Italy, also in function of the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

Keyword

Alcohol consumption, monitoring, risk factors, epidemiology

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

L'AUMENTO DEI CONSUMATORI DANNOSI DI ALCOL REGISTRATO TRA IL 2019 E IL 2020

Riassunto

Messo ai margini il 92% di consumatori dannosi che a oggi non hanno richiesto o avuto accesso al trattamento a causa di una sofferenza del sistema e per mancata intercettazione da parte delle strutture del SSN. I dati evidenziano, come mai prima d'ora, il bisogno urgente di un rinnovo dei servizi di salute pubblica e di politiche a favore della gestione del trattamento del consumo dannoso alcol, che siano volti alla promozione del benessere per tutti i cittadini. L'articolo riassume i dati sul consumo dannoso di alcol in Italia in funzione dell'emergenza da COVID-19.

Parola Chiave

Disturbo da Uso di Alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

The 92% of harmful consumers who to date have not requested or had access to treatment due to a suffering system and a failure to intercept by the NHS structures have been put on the sidelines. The data highlight, as never before, the urgent need for a renewal of public health services and policies in favor of the management of the treatment of harmful alcohol consumption, which are aimed at promoting well-being for all citizens.

The article summarizes data on harmful alcohol consumption in Italy, also in function of the COVID-19 emergency.

Keyword

Alcohol Use Disorder, monitoring, risk factors, epidemiology

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia.

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia.

IL MONITORAGGIO DELL'ALCOLDIPENDENZA E DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL IN ITALIA

Riassunto

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa.

L'articolo riassume le problematiche principali emerse dalle elaborazioni del Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA, (DPCM 3/3/2017), a cura dell'Istituto Superiore di Sanità e/o del Ministero della Salute sui dati trasmessi dai servizi di alcolologia per quanto concerne l'alcoldipendenza in funzione anche dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'emergenza COVID-19.

Nel 2020 sono 64.527 gli alcoldipendenti in carico ai servizi in Italia, in costante e preoccupante decrescita nonostante l'incrementata platea di consumatori dannosi affetti da Disturbo da Uso di Alcol. Peggiora quindi la capacità d'intercettazione da parte dei servizi del SSN e del sistema di diagnosi e cura: solo il 7,8% degli 830.000 consumatori dannosi in necessità di trattamento è preso in carico ai servizi territoriali per le dipendenze, inaccessibili nel lockdown durante la pandemia COVID-19, in sofferenza di risorse e personale, con grave stigma degli utenti già in carico e di coloro che non hanno potuto fare ricorso alle prestazioni del SSN.

Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve nella popolazione generale e attuare la formazione specifica dei professionisti sanitari: i medici di medicina generale, i pediatri, i medici competenti nei luoghi di lavoro. Indispensabile assicurare protocolli d'invio alla rete curante e sociosanitaria da riorganizzare e dotare di linee d'indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione aggiornate e uniformi sul territorio nazionale affinché sia garantito il principio di equità a supporto delle persone e delle famiglie che combattono con la dipendenza da alcol.

Parole Chiave

Alcoldipendenza, monitoraggio, disturbi da uso di alcol

Abstract

Alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as the third risk factor for disease and premature death after smoking and high blood pressure.

The article summarizes the main problems that emerged from the processing of the Alcohol-related Monitoring System - SISMA, (DPCM 3/3/2017), by the Istituto Superiore di Sanità and / or the Ministry of Health on the data transmitted by the alcoholology as regards alcohol dependence also in function of the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

In 2020 there were 64,527 alcohol addicts in charge of services in Italy, in constant and worrying decline despite the increased number of harmful consumers suffering from Alcohol Use Disorder. Therefore, the interception capacity of the NHS services and the diagnosis and treatment system worsens: only 7.8% of the 830,000 harmful consumers in need of treatment are taken over by the territorial services for addictions, inaccessible in the lockdown during the COVID-19 pandemic, suffering from resources and personnel, with serious stigma from users already in charge and those who have not been able to use the services of the NHS.

In the post-COVID era, it is urgent to launch systematic programs for early identification and brief intervention in the general population and to implement specific training for health professionals: general practitioners, pediatricians, competent doctors in the workplace. It is essential to ensure sending protocols to the healthcare and socio-health network to be reorganized and equipped with updated and uniform guidelines for prevention, treatment and rehabilitation throughout the national territory so that the principle of fairness is guaranteed in support of people and families who fight with alcohol addiction.

Keywords

Alcohol dependence, monitoring, alcohol use disorders

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

**GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E LE DIMISSIONI OSPEDALIERE IN SOGGETTI CON
DISTURBI DA USO DI ALCOL: L'IMPORTANZA DELL'AGGANCIO IN PRONTO SOCCORSO E
DELLE COLLABORAZIONI TRA OSPEDALE E TERRITORIO**

Riassunto

Il pronto soccorso ed i reparti di degenza sono contesti a cui afferiscono soggetti con disturbi da uso di alcol ove almeno una diagnosi principale o secondaria è totalmente attribuibile all'alcol in fase acuta o cronica riacutizzata.

L'articolo riassume gli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol del sistema EMUR (EMergenza-URgenza) del Ministero della Salute (DM 17/12/2008, a regime dal 01/01/2012) sui dati trasmessi per la relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.03.2001 n.125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" in funzione anche a quanto verificatosi durante l'emergenza COVID-19. Nel 2020 sono 29.362 gli accessi al pronto soccorso e 43.445 le dimissioni ospedaliere per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol con forte riduzione della fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie influenzata dalla carenza di posti letto negli ospedali e dalla restrizione agli accessi in PS per l'emergenza COVID. I pazienti hanno sofferto ovunque della sospensione prolungata delle attività ordinarie e di screening delle patologie croniche e alcol-correlate. L'8% di tutti gli accessi maschili al Pronto Soccorso e il 18% di quelli femminili ha riguardato 3.103 minori per intossicazione alcolica o per effetti dannosi dell'alcol, complessivamente l'11% del totale. Permane il riscontro dell'assenza di modalità formalizzate e uniformi di case management dei minori intossicati, dimessi dopo la disintossicazione e la fase acuta senza alcun invio per valutazioni di merito. Analogamente, nel 2020 c'è stata una forte contrazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia (-20%) sia per le epatopatie croniche che per le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol. Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve dei soggetti affetti da disturbi da uso di alcol prima della dimissione dal pronto soccorso, assicurando la formazione dei professionisti sanitari nel setting dell'emergenza e del pronto soccorso. Risulta inoltre indispensabile promuovere una rete territoriale e assicurare protocolli d'invio secondo linee guida, adattabili al contesto territoriale, ma uniformi sul territorio nazionale.

Parole Chiave

Pronto soccorso ed emergenza, monitoraggio, disturbi da uso di alcol

Abstract

The emergency room and hospital wards are contexts to which people with alcohol use disorders belong where at least one main or secondary diagnosis is totally attributable to alcohol in an acute or chronic flare-up phase. The article summarizes access to the emergency room and hospital discharges in subjects with alcohol use disorders of the EMUR system (EMergenza-URgenza) of the Ministry of Health (Ministerial Decree 17/12/2008, effective from 01/01/2012) on the data transmitted for the report to Parliament on the interventions carried out pursuant to law no. 125 of 30.03.2001 "Framework law on alcohol and alcohol-related problems" also in relation to what occurred during the COVID-19 emergency. In 2020 there were 29,362 accesses to the emergency room and 43,445 hospital discharges for diagnosis totally attributable to alcohol with a strong reduction in the use of facilities and health services influenced by the shortage of beds in hospitals and by the restriction of access to emergency rooms for the emergency COVID. Patients everywhere suffered from prolonged suspension of routine activities and screening for chronic and alcohol-related diseases. 8% of all male accesses to the emergency room and 18% of female ones involved 3,103 minors due to alcoholic intoxication or the harmful effects of alcohol, a total of 11% of the total. There is still evidence of the absence of formalized and uniform case management methods for intoxicated minors, discharged after detoxification and the acute phase without being sent for merit assessments. Similarly, in 2020 there was a sharp decline in hospitalizations and therefore hospital discharges during the pandemic (-20%) for both chronic liver disease and addiction syndromes and alcohol use disorders. In the post-COVID era, it is urgent to launch systematic programs for the early identification and brief intervention of subjects suffering from alcohol use disorders before discharge from the emergency room, ensuring the training of health professionals in the emergency and health care setting. emergency room. It is also essential to promote a territorial network and ensure sending protocols according to guidelines, adaptable to the territorial context, but uniform throughout the country.

Keywords

First aid and emergency, monitoring, alcohol use disorders

Silvia Formentin, PhD, Dirigente psicologo, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco

Alessia Grigolin, Educatore Professionale socio-sanitario, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco

Mascia Ortolan, Dirigente Medico, Specialista in Psichiatria. Dipartimento Dipendenze AUIss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco

Serena Vicario, PhD, Assistente Sociale, Dipartimento Dipendenze AUIss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco.

Giancarlo Zecchinato, Specialista in Psichiatria, Direttore UOC Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea.

Salvatore Lobello. Dirigente Medico, Gastroenterologo, Specialista in Scienze dell'Alimentazione. Direttore U.O.S. Alcolgia, Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Serd Padova e Piove di Sacco.

L'AVVIO DI UN NUOVO GRUPPO TERAPEUTICO PER GIOVANI IN RELAZIONE

PROBLEMATICA CON L'ALCOL: LA REALIZZAZIONE DI UN EVENTO INAUGURALE ALLE ORIGINI DELLO SPAZIO MENTE-GRUPPO

Riassunto

Il lavoro descrive e analizza l'avvio di un nuovo gruppo terapeutico per giovani pazienti del Serd con problemi di alcol, che si intreccia con i primi passi del costituirsi di una nuova equipe terapeutica dedicata alle problematiche relative all'alcol. Attraverso la strutturazione di un evento inaugurale che vede l'articolarsi di tre sessioni di gruppo in una sequenza di azioni che prevede l'incontro tra il gruppo giovani e il gruppo equipe, si descrive il processo di nascita di un nuovo spazio mentale-grupale dedicato al trattamento delle problematiche di alcol nei giovani. L'osservazione delle dinamiche gruppali di questo evento diventa l'occasione per riflettere su alcuni punti specifici: il processo di formazione della "pelle psichica" del gruppo; le tematiche nascenti di una nuova cultura grupale dedicata al problema dell'alcol nei giovani; le tecniche di conduzione più idonee a questo contesto, e il ruolo della co-progettazione pazienti ed equipe, al fine di costruire i presupposti per un investimento significativo nei confronti di una nuova realtà terapeutica grupale che accompagnerà il cambiamento dell'individuo.

Parole Chiave

mente grupale; processo nascente; co-progettazione; alcol dipendenza; giovani

Abstract

The work describes and analyses the start of a new outpatient therapeutic group for young patients with alcohol problems. The evolution of this group is intertwined with the first steps in setting up a new therapeutic team dedicated to alcohol-related issues. Through the structuring of an inaugural event that sees the articulation of three group sessions in a sequence of actions that includes the meeting between the youth group and the equipe-group, the process of birth of a new mental-group space is described to the treatment of alcohol problems in young people. Observing the group dynamics of this event becomes an opportunity to reflect on some specific points: the process of formation of the group's "psychic skin"; the emerging issues of a new group culture dedicated to the problem of alcohol in young people; the management techniques most suitable for this context, and the role of patient and team co-planning, in order to build the conditions for a significant investment in a new group therapeutic reality that will accompany the change of the individual.

Key Words

group mind; nascent process; co-design; alcohol addiction; young people

Patrizia Balbinot, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcolologico Regionale Ligure. Centro Studi "Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver", ASL 3 Liguria, Genova

Gianni Testino, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcolologico Regionale Ligure. Centro Studi "Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver", ASL 3 Liguria, Genova

ALCOL, FUMO, CANNABIS, NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE, FARMACI NON PRESCRITTI E ALTRI PARAMETRI IN UNA POPOLAZIONE STUDENTESCA DELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE.

Riassunto

Introduzione: I disturbi da uso di alcol e/o sostanze sono noti per essere un fenomeno significativo nel mondo occidentale. Lo scopo del presente studio era di valutare il consumo di alcol, fumo di sigaretta, cannabis, nuove sostanze psicoattive (NSP)/farmaci non prescritti (NPD) in una popolazione studentesca del nord-ovest dell'Italia (area metropolitana di Genova).

Metodo: quattordici Istituti Scolastici Comprensivi dell'area metropolitana di Genova (Italia) hanno chiesto di partecipare agli incontri di Educazione al Corretto Stile di Vita (dal 16 dicembre 2021 al 30 maggio 2022). Prima di ogni incontro si è tenuto un incontro con i docenti di riferimento. Sono stati coinvolti 3805 studenti dai 9 ai 17 anni. Il Gruppo è stato suddiviso per fasce di età: 9-11, 12-13, 14-15 e 16-17 anni. Prima della lezione, agli studenti è stato somministrato un questionario relativo a vari argomenti legati allo stile di vita o derivanti da uno stile di vita scorretto (consumo di alcol, fumo di sigaretta, cannabis, NPS/NPD, percorso psicologico). Il questionario era anonimo ed è stato approvato dai docenti nella fase di preparazione dell'incontro. **Risultati:** l'analisi di regressione logistica ha rilevato che l'uso di cannabis nell'età di 14-15 anni aumenta il rischio di consumo di NPD/NPD di oltre 26 volte (odds ratio 26,3012; IC 95% da 15,9656 a 43,3275; $p < 0,0001$). Nell'età di 16-17 anni, questo rischio aumenta di circa 14 volte (odds ratio 14,0625; IC 95% da 6,1729 a 32,0360; $p < 0,0001$). Nell'età di 14-15 anni, consumo di cannabis, consumo di alcol > 2 unità alcoliche (AU)/unica occasione, NPD aumenta la probabilità della necessità di un percorso psicologico (cannabis: odds ratio 14,0254, IC 95% 10,9-17,9, $p < 0,0001$; alcool: odds ratio 3,68, IC 95% 3-4,4, $p < 0,0001$; NPS/NPD: odds ratio 20,98, 16,4-38,4, $p < 0,0001$). Nell'età di 14-15 e 16-17 anni, rispettivamente, il 53% (95% CI 50-58%) e il 68% (95% CI 66-71%) degli studenti ha dichiarato di non avere riferito né ai genitori né allo psicologo di aver fatto uso di alcol e/o sostanze. **Conclusione:** questi dati dovrebbero essere utili ai decisori politici per attuare politiche di prevenzione e promozione della salute attraverso la didattica (Education for Correct Lifestyles) da inserire stabilmente nei programmi scolastici ed essere riconosciuti nel percorso curricolare.

Parole Chiave:

Alcol, fumo, cannabis, nuove sostanze psicoattive, farmaci non prescritti, adolescenti, scuola

Abstract

Introduction: Alcohol and/ or substance use disorders are known to be a significant phenomenon in the Western world. The aim of the present study was to evaluate the consumption of alcohol, cigarette smoking, cannabis, new psychoactive substances (NSP)/ non prescribed drug (NPD) in a student population in the north-west of Italy (metropolitan area of Genoa). **Method:** fourteen Comprehensive Schools in the metropolitan area of Genoa (Italy) have requested to participate in the Education for Correct Lifestyles meetings (from December 16, 2021 to May 30, 2022). Before each meeting, a meeting was held with the reference teachers. 3805 students aged 9 to 17 were involved. The Group was divided by age group: 9-11, 12-13, 14-15 and 16-17 years. Before the lesson, the students were given a questionnaire relating to various topics related to lifestyle or resulting from an incorrect lifestyle (alcohol consumption, cigarette smoking, cannabis, NPS/ NPD, psychological path). The questionnaire was anonymous and was approved by the teachers in the preparation phase of the meeting. **Results:** logistic regression analysis found that cannabis use in the age of 14-15 increases the risk of consuming NPD/ NPD by more than 26 times (odds ratio 26.3012; 95% CI 15.9656 to 43.3275; $p < 0.0001$). In the age of 16-17, this risk increases approximately 14 times (odds ratio 14.0625; 95% CI 6.1729 to 32.0360; $p < 0.0001$). In the age of 14-15 years, cannabis consumption, alcohol consumption > 2 alcoholic units (AUs)/ in single occasion, NPD increases the probability of the need for a psychological path (cannabis: odds ratio 14.0254, 95% CI 10.9-17.9, $p < 0.0001$; alcohol: odds ratio 3.68, 95% CI 3-4.4, $p < 0.0001$; NPS/ NPD: odds ratio 20.98, 16.4-38.4, $p < 0.0001$). In the age of 14-15 and 16-17 years, respectively, 53% (95% CI 50-58%) and 68% (95% CI 66-71%) of the students stated that they had not reported to their parents or to the psychologist that they had used alcohol and / or substances. **Conclusion:** these data should be useful to policy makers to implement prevention and health promotion policies through teaching (Education for Correct Lifestyles) to be permanently included in school programs and to be recognized in the curricular path.

Key Words

Alcohol, tobacco smoking, cannabis, new psychoactive substances, non-prescribed drugs, adolescent, students

Mauro Semenzato, Centro Soranzo, Venezia

Stefano Canali, Cattedra di Storia delle Scienze della Mente e del Cervello, Dipartimento di Filosofia, Comunicazione e Spettacolo, Università di Roma Tre

Cristian Chiamulera, Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Diagnostica e Salute Pubblica, Università di Verona.

Ina Hinnenthal, Direttore SC SerD ASL 3, Genova

Mauro Cibir, Centro Soranzo, Venezia

L'IMPULSIVITÀ COME DIMENSIONE DELL'ADDICTION. FOCUS SUI DISTURBI DA USO DI ALCOL

Riassunto

Le principali correlazioni tra impulsività e DUA/DUS vengono esplorate con riferimento alla letteratura scientifica. L'impulsività emerge come importante fattore di rischio per DUA/DUS e correla in modo significativo con diversi disturbi mentali che si incontrano spesso in comorbidità con le dipendenze. Ciò corrobora l'ipotesi che essa debba essere considerata come un aspetto dimensionale, da trattare in modo specifico a prescindere dalla diagnosi categoriale. Le poche evidenze scientifiche al momento disponibili non consentono di trarre indicazioni utili in merito al trattamento farmacologico dell'impulsività. Al tempo stesso emergono evidenze sempre più solide a favore di interventi comportamentali come mindfulness e yoga per il potenziamento dell'autocontrollo e la regolazione degli impulsi.

Parole Chiave

Impulsività, compulsione, autocontrollo, DUA/DUS

Abstract

Main correlations between impulsivity and AUD/SUD are explored with reference to scientific literature. Impulsivity emerges as an important risk factor for AUD/SUD and as a correlate of several mental disorders that are frequently found in comorbidity with addiction. This supports the hypothesis that impulsivity needs to be considered as a dimensional aspect, to be treated in specific ways regardless of categorical diagnoses. The little scientific evidence available at the moment does not allow drawing useful indications concerning pharmacological treatment of impulsivity. At the same time, a growing body of evidence is emerging in support of behavioural interventions, such as mindfulness and yoga, for self-control improvement and impulses regulation.

Key Words

Impulsiveness, compulsion, self-control, DUA / DUS

Francesco Traccis, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari, Italia, francesco.traccis@gmail.com

Roberta Agabio, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari, Italia, agabio@unica.it

INTERAZIONI TRA ALCOL E FARMACI: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E META-ANALISI

Riassunto

L'alcol e altri xenobiotici possono limitare gli effetti terapeutici e alterare la sicurezza dei farmaci attraverso l'insorgenza di interazioni di tipo farmacodinamico e/o farmacocinetico. L'obiettivo dello studio è stato quello di realizzare una revisione sistematica e una meta-analisi degli studi controllati con placebo (RCT) che hanno investigato le interazioni alcol-farmaci (AMI) dopo l'esclusione degli effetti confondenti attribuibili ad altri xenobiotici. Dall'analisi degli articoli inclusi (107 studi, 3097 partecipanti) è emerso che la co-assunzione di alcol durante un trattamento con farmaci prescritti a scopo terapeutico produce alterazioni significative della farmacocinetica di benzodiazepine (diazepam), cannabis (THC), farmaci oppioidi (morfina e ossicodone) e metilfenidato (grado di evidenza da basso a elevato). Abbiamo riscontrato AMI anche per altri farmaci ma non è stato possibile valutare il grado di evidenza a causa del limitato numero di studi disponibili. I medici dovrebbero conoscere le AMI per sconsigliare ai loro pazienti di assumere alcol quando sono in trattamento farmacologico con farmaci.

Parole Chiave

Interazioni farmacologiche; alcol; farmaci; xenobiotici.

Abstract

Efficacy and safety of commonly used medications may be affected by alcohol and other xenobiotics, due to pharmacodynamic and/or pharmacokinetic interactions. The aim of this study was to carry out a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled studies (RCTs) that evaluated alcohol-medication interactions (AMI) after the exclusion of confounding effects linked to other xenobiotics. In the present study we included 107 articles (3097 participants) finding that, when taking therapeutic medications, alcohol consumption induces significant changes in the pharmacokinetic profile of benzodiazepines (diazepam), cannabis (THC), opioid drugs (morphine and oxycodone) and methylphenidate (low to high certainty of evidence). We also found AMIs for most of the other evaluated medications, although the certainty of evidence could not be assessed because of the limited number of RCTs available. Physicians should be aware of these AMIs to advise their patients to avoiding alcohol when they are taking therapeutic medications.

Key Words

Alcohol-medication interactions; alcohol; medications; xenobiotics

Lucia Coco, Psicologa Psicoterapeuta, Referente Centro per il trattamento del DGA Foligno USL Umbria 2

IL MODELLO DELLA TERAPIA DI COPPIA FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI APPLICATA AL TRATTAMENTO DELLE COPPIE CON UNA PROBLEMATICA DI DGA

Riassunto

L'articolo propone l'applicazione dell'EFT (la terapia di coppia focalizzata sulle emozioni) e del modello AIRM per la riparazione delle ferite d'attaccamento per il trattamento di coppie con una problematica di DGA. L'esperienza del gruppo multicoppiale del Centro per il DGA di Foligno

Parole Chiave

Terapia di coppia, DGA, esperienza di gruppo

Abstract

The article proposes the application of EFT (couple therapy focused on emotions) and the AIRM model for the repair of attachment wounds for the treatment of couples with ADI problems. for the DGA of Foligno

Key Words

Couples therapy, DGA, group experience

Sara Ceccatelli, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze
Fiammetta Cosci, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; Dipartimento di Psichiatria e Neuropsicologia, Maastricht University

IL BENESSERE PSICOLOGICO IN FIGLI DI GENITORI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL

Riassunto

Il benessere psicologico è un costrutto centrale nello sviluppo cognitivo, emotivo, comportamentale, sociale e fisico di bambini e adolescenti, ed è una variabile di protezione individuale. In questo studio ci siamo posti l'obiettivo di indagare l'affettività positiva e negativa di figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol e il livello di benessere psicologico in questa realtà familiare. Dai risultati emerge che i bambini figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol presentano maggiori sintomi negativi internalizzanti ed esternalizzanti, con sentimenti di colpa, paura, nervosismo, ansia, depressione e acting out rispetto ai loro pari figli di genitori senza disturbo da uso di alcol. Essi mostrano difficoltà nel raggiungere e mantenere stati di calma e serenità e tendono a sperimentare maggiore disagio psicologico. Emerge il bisogno di attivare percorsi di sostegno terapeutico mirati all'accrescimento del benessere individuale di questi bambini, per favorire la crescita della resilienza personale e lo sviluppo di strategie di coping efficaci.

Parole Chiave

Benessere psicologico, figli, disturbo da uso di alcol

Abstract

Psychological well-being has notable impact on cognitive, emotional, behavioral, social, and physical development of children and adolescents, being a self-protection factor. The aim of the present study was to investigate positive and negative affect in children living with parents who harmfully consume alcohol as well as their psychological well-being if compared to children of non-alcoholic parents.

The results show that children living with parents who harmfully consume alcohol have more negative internalizing and externalizing symptoms, with feelings of guilt, fear, nervousness, anxiety, depression, and acting-out. They also have difficulties in reaching and maintaining calm and happiness and feel more severe psychological distress. Interventions aimed at increasing the individual level of well-being of children living with parents who harmfully consume alcohol would be of benefit to build up personal resilience and develop adequate coping strategies.

Key Words

Psychological well-being, children of alcoholics, alcohol use disorders

Ginetta Fusi, Educatrice Professionale. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Azienda USL Toscana centro. SerD C. Firenze Q. 5.

Maria Anna Donati, Ricercatrice a Tempo Determinato in Psicometria-Dipartimento Neurofarba. Università degli Studi di Firenze.

Caterina Primi, Professoressa Ordinaria di Psicometria. Dipartimento Neurofarba. Università degli Studi di Firenze.

Adriana Iozzi, Psichiatra, Psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Azienda USL Toscana Centro. Direttore UFC SERD e UFS SERD C Firenze.

Claudia Prestano, Professore Associato in Psicologia clinica, Università degli Studi Niccolò Cusano-Roma

L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO COGNITIVO ALL'INTERNO DEI GRUPPI PSICOEDUCATIVO-MOTIVAZIONALI PER IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Riassunto

L'utilizzo del setting gruppale favorisce, come anche nelle altre dipendenze, un'esperienza evolutiva, dove si attivano meccanismi trasformativi potenti attraverso la nascita di legami identificativi, lo sviluppo di relazioni transferali fra pari e la creazione di una cultura comune. Nei gruppi monosintomatici la costituzione di questa area è piuttosto facilitata: essere portatori di una medesima

problematica riduce l'angoscia persecutoria e di frammentazione tipica della presenza dell'estraneo. La valutazione dei risultati mette in evidenza l'impatto positivo sui giocatori dell'intervento cognitivo durante il ciclo di gruppi, sia rispetto al comportamento di gioco che sulle distorsioni cognitive. Queste ultime sono spesso responsabili dell'avvio e del mantenimento del disturbo, e sono correlate ad un alto grado di impulsività, oltre alla gravità del comportamento di gioco. Questo concetto è supportato dalla Teoria del Doppio Processo secondo la quale la mente umana esegue due tipologie di pensiero: razionale e intuitivo.

Appare rilevante il risultato, ottenuto attraverso confronti per campioni dipendenti, che indicano un cambiamento statisticamente significativo per ambedue le variabili studiate, e cioè sia per le distorsioni cognitive sia per il comportamento di gioco d'azzardo. Tali cambiamenti risultano inoltre essere caratterizzati da buone dimensioni dell'effetto.

Parole Chiave

Distorsioni cognitive, intervento cognitivo, gruppo psicoeducativo-motivazionale, disturbo da gioco d'azzardo

Abstract

The use of the group setting favors, as also in other addictions, an evolutionary experience, where powerful transformative mechanisms are activated through the birth of identifying bonds, the development of transference relationships between peers and the creation of a common culture. In monosymptomatic groups, the constitution of this area is rather facilitated: being carriers of the same problematic reduces the persecutory and fragmentation anxiety typical of the presence of the stranger. The evaluation of the results highlights the positive impact of the cognitive intervention on the gamblers during the group cycle, both with respect to gambling behavior and cognitive distortions. The latter are often responsible for initiating and maintaining the disorder, and are related to a high degree of impulsiveness, in addition to the severity of the gambling behavior. This concept is supported by the Dual Process Theory, according to which the human mind performs two types of thinking: rational and intuitive. The results obtained during the cycles of educational-motivational groups show statistically significant changes for gambling-related cognitive distortions and gambling behavior. The reductions were associated with good effect sizes.

Key Words

Cognitive distortions, cognitive intervention, psychoeducational-motivational group, gambling disorder

Giovanni Battista Modonutti, Gruppo di Ricerca sulla Educazione alla Salute (GRES), Trieste.
Fulvio Costantinides, Professore a contratto, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
 Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli Studi di Trieste.

**IL VISSUTO CON IL FUMO DI TABACCO DEGLI/LLE ADOLESCENTI ALL'INIZIO DEL
 PERCORSO DIDATTICO NELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO
 IN PROVINCIA DI GORIZIA (ANNO 2019).**

Riassunto

Il fumo di tabacco fa parte del vivere quotidiano degli/le matricole BREIMACODA quattro su dieci delle quali affermano di aver già provato a fumare, sperimentazione avvenuta in media a 12,8aa, per i due terzi degli/le sperimentatori/trici prima di accedere alla Scuola Secondaria di 2° grado. Buona parte degli sperimentatori - sei su dieci - hanno dato un seguito alla loro prima esperienza con il fumo di tabacco - un maschio su due e due femmine su tre - diventando fumatori mediamente a 12,9aa. Otto sperimentatori su dieci - tre maschi su quattro e quattro femmine su cinque - hanno iniziato la carriera tabagica entro un anno dal primo approccio al fumo di tabacco. Uno/a studente/ssa su quattro afferma di fumare - un maschio su cinque e una femmina su tre -, la popolazione fumatrice ha un'età media di 14,6aa, sei fumatori su dieci - un maschio su due e due femmine su tre - sono quattordicenni, tutti/e i/le fumatori/trici sono minorenni. I consumi tabagici medi licitati dai/le fumatori/trici ammontano a 2,8sig/die, un decimo della comunità scolastica è un/a fumatore/trice occasionale (fuma <1,0sig/die), un sesto un/a fumatore/trice abituale (fuma ≥1,0sig die). Fumare non mette a rischio la salute è l'opinione che accomuna i due terzi degli/delle adolescenti - due studenti/esse su tre hanno espresso una opinione in proposito - e le femmine - tre su quattro - appaiono più propense dei coetanei - uno su due - a riconoscere l'innocuità del fumo di tabacco. La popolazione studentesca è dell'idea che fumare in media 2,6sig/die non mette a repentaglio la salute e le adolescenti - 3,2sig/die - si rivelano più permissive dei compagni di scuola - 2,0sig/die -. Per i maschi fumatori non rappresentano un rischio consumi tabagici medi (2,8sig/die) superiori a quelli che i coetanei non fumatori ritengono innocui (1,8sig/die), mentre nella popolazione femminile sono le non fumatrici (3,7sig/die) ad essere più tolleranti delle fumatrici (2,6sig/die). I consumi tabagici ritenuti privi di rischio dalle studentesse non fumatrici sono nettamente più elevati di quelli ammessi dalla corrispondente popolazione maschile. I due terzi della popolazione fumatrice, tre maschi su quattro ed una femmina su due, dichiara consumi tabagici quotidiani superiori a quelli indicati da loro stessi a rischio di problemi psico medico sociali tabacco correlati.

Parola Chiave: adolescenti, sperimentazione, comportamenti, carriera tabagica, percezione del rischio, contraddizioni

Abstract

Tobacco smoking is part of the daily life of BREIMACODA freshmen, four out of ten of whom claim to have already tried smoking, experimentation occurred on average at 12.8aa, for two thirds of the experimenters before accessing the 2nd grade secondary school. Most of the experimenters - six out of ten - followed up on their first experience with tobacco smoking - one out of two males and two out of three females - becoming smokers on average at 12.9ya. Eight out of ten experimenters - three out of four males and four out of five females - started their smoking careers within a year of first taking tobacco smoking. One in four students say they smoke - one in five male and one in three female -, the smoking population has an average age of 14.6 years, six out of ten smokers - one out of two males and two out of three females - are fourteen, all smokers are minors. The average tobacco consumption bidden by smokers amounts to 2.8sig / day, one tenth of the school community is an occasional smoker (smokes <1.0sig / day), one sixth is a smoker / trice habitual (smokes > 1.0sig day). Smoking does not endanger health is the opinion shared by two thirds of adolescents - two out of three students have expressed an opinion on the subject - and females - three out of four - appear more inclined than their peers - one in two - to recognize the harmlessness of tobacco smoke. The student population is of the idea that smoking on average 2.6sig / day does not endanger health and adolescents - 3.2sig / day - are more permissive than schoolmates - 2.0sig / day -. For male smokers, average tobacco consumption (2.8sig / day) does not represent a risk higher than those that non-smoking peers consider harmless (1.8sig / day), while in the female population they are non-smokers (3.7sig / day) to be more tolerant than smokers (2.6sig / day). The consumption of tobacco considered risk-free by non-smoking students is much higher than those admitted by the corresponding male population. Two thirds of the smoking population, three out of four males and one out of two females, declare daily tobacco consumption higher than those indicated by themselves at risk of tobacco related psycho-medical social problems.

Keyword: adolescents, experimentation, behavior, smoking career, risk perception, contradictions

Centro di Documentazione **InformAlcol**

Dal 2001 il Centro Alcologico Regione Toscana, ospita il Centro di documentazione InformAlcol, unico in tutta Italia ospita al suo interno materiale attinente al tema Alcol.

Il Centro InformAlcol nasce grazie ad una grossa donazione che la famiglia dello psichiatra Andrea Devoto fece alla Regione Toscana dopo la sua morte.

Andrea Devoto fu un psichiatra fiorentino che lavorò come psichiatra in vari ospedali della Toscana (tra gli altri, fu primario all'ospedale psichiatrico di Maggiano, dove ebbe come collega Mario Tobino) e come psichiatra partecipò a numerosi congressi internazionali e collaborò a riviste specifiche del settore quali la "Rivista di psicologia" e la "Rivista di psicologia sociale", e offrì contributi originali a periodici autorevoli di altre discipline. Durante il suo lavoro si interessò anche alle problematiche alcol correlate e su tale tema raccolse molto materiale.

Nella prima metà degli anni 1980 Devoto lascerà l'istituzione psichiatrica per dedicarsi alla promozione dei gruppi di auto mutuo aiuto, soprattutto per quel che riguarda la lotta alla dipendenza dall'alcolismo.

Affianco al materiale del Dr Devoto è conservato il Fondo Foggi, appartenuto all'intellettuale fiorentino Franco Foggi. Uomo poliedrico, ricco di interessi e conoscenza fu un pilastro per le attività culturali della città gigliata, ma soprattutto lavorò per affrontare le problematiche legate all'uso dell'alcol, tema a lui estremamente caro, soprattutto perché lui stesso aveva combattuto contro tale dipendenza.

Nel corso della sua carriera raccolse tutto ciò che poteva sull'argomento, sia di contemporaneo che di storico.

Il centro ha una collezione di documenti specializzata sui temi connessi ai problemi alcolcorrelati e alla complessità della vita. La documentazione privilegiava i temi dei gruppi di auto-mutuo aiuto (formati da persone che condividono lo stesso problema o perseguono identici obiettivi e si sostengono reciprocamente) e di quello che all'epoca veniva definito alcolismo, ma negli ultimi anni ha assunto una visione più ampia, verso la promozione della salute, gli stili di vita (fumo, alimentazione, il gioco d'azzardo, ecc.) e gli stili di relazione, inoltre, ha un'ampia raccolta di tesi di laurea, di specializzazione e mater a disposizione degli utenti.

INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano - Via Ippocrate, Padiglione 13B, - Clinica Medica- Careggi

50134 Firenze FI - Tel. 055 794 9650 cart@aou-careggi.toscana.it

<https://www.facebook.com/CentroAlcologicoRegionaleToscano/>

[Sitohttps://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/](https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/)

Ministero della Salute, 2022

Libro Bianco

"Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"

Abstract

Il Libro Bianco è stato curato dal Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol. Si tratta di uno strumento diretto agli operatori del settore con la finalità di diffondere le conoscenze che sono state discusse nell'ambito della "Conferenza Nazionale Alcol" si è svolta presso il Ministero della Salute dal 15 al 17 marzo 2022

Presentazione

Il Libro Bianco che ho il piacere di presentare, quale strumento dotato di autorevolezza, intende rappresentare un riferimento concreto, di alto profilo professionale, per tutti gli stakeholder dell'area dell'alcolologia italiana ed internazionale, avvalendosi dei contributi prodotti nei documenti di analisi e di consenso elaborati durante i tre anni di preparazione alla Conferenza Nazionale, frutto di una prolungata consultazione rivolta alla creazione partecipata del consenso sulle tematiche trattate. Con tale rilevante iniziativa si è inteso far convergere tutto il panorama scientifico e culturale che opera nel settore dell'alcolologia per inquadrare il problema e fare il punto sullo stato dell'arte nell'applicazione dei principi fondanti che nell'ultimo decennio sono stati il drive delle azioni promosse a livello nazionale, regionale e locale sul tema alcolico. Dai dati epidemiologici diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale. Nei 30 Paesi dell'Unione Europea il 5,5% di tutti i decessi sono stati causati dall'alcol, in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) (1-3). Oramai sono purtroppo ben conosciuti i danni diretti ed indiretti alla salute causati dal consumo dannoso di alcol, sappiamo infatti che al danno biologico si associano i danni causati da comportamenti irresponsabili che conducono ad azioni violente, ad incidenti mortali o invalidanti, senza tralasciare le ripercussioni in ambito lavorativo, familiare e sociale che ne conseguono. Ai rischi e ai danni precedentemente menzionati vanno aggiunti i costi sostenuti per l'assistenza socio-sanitaria e per la comunità, oltre a perdite di produttività. La pandemia da coronavirus (Sars-CoV-2) ha riportato prepotentemente all'attenzione dei policy makers il fenomeno dei consumi del bere rischioso e dannoso di bevande alcoliche che ha superato i consumi degli anni precedenti, avvalendosi

anche di canali d'acquisto alternativi quali quelli di consegna a domicilio o di vendita online. L'allarme è stato lanciato subito dal contesto europeo ed internazionale, imprimendo una forte accelerazione al documento sul quale si stava già lavorando, il "Piano d'Azione sull'Alcol - Global alcohol action plan 2022-2030 WHO - per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol". Le consultazioni mondiali presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno confermato la necessità di rafforzamento delle azioni e delle politiche internazionali, europee e nazionali da dedicare al trattamento e presa in carico nell'ambito dei disturbi da uso di alcol (DSM-V) ma anche e soprattutto a prevenirli attraverso la riduzione dei 14 consumatori a rischio, come già fortemente raccomandato dall'Agenda 2030 di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (Obiettivo 3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso stupefacenti e uso dannoso di alcol). Tenuto conto del contesto che si è andato a delineare in questi anni, come precedentemente rappresentato, si è inteso richiamare l'attenzione sulle problematiche correlate al consumo dannoso di alcol attraverso iniziative che potessero agevolare un dibattito costruttivo sulle criticità e le possibili soluzioni da proporre per il loro superamento anche alla luce di possibili elementi innovativi. Pertanto, il Ministero della Salute ha finanziato progetti su tematiche algologiche; organizzato la seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol nelle date del 15-16-17 marzo; costituito un Tavolo di Lavoro sull'Alcol all'indomani della Conferenza con il compito di redigere il presente Libro Bianco. La Conferenza ha rappresentato un importante momento di confronto indispensabile per evidenziare i risultati e gli insegnamenti derivanti da 20 anni di esperienza nel settore. Si tratta, infatti, di un lavoro svolto da quanti, professionisti e cittadini, che impegnandosi presso servizi, strutture ed associazioni, si sono adoperati nello sforzo comune di delineare risposte sempre più in linea con le nuove esigenze delle persone e delle famiglie richiedenti assistenza. L'esperienza ed il know-how, in particolare dei Servizi territoriali delle Regioni, trova una propria collocazione nel dialogo con i maggiori livelli programmatori, che per la prima volta hanno prodotto e condiviso documenti di consenso o di buone prassi, insieme alla forte motivazione a perseguire l'importante obiettivo di rimuovere eventuali disequità sul piano nazionale attraverso proposte operative finalizzate a ridurre i gap. A tutto ciò va ad aggiungersi la spinta all'evoluzione e all'innovazione di un sistema di rete ancora più rispondente alla domanda di cura attuale, una presa in carico multidisciplinare ed integrata che prevede il passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care", del "prendersi cura", in cui il Budget di Salute può costituire lo strumento più appropriato, garantendo interventi in grado di rispondere ai bisogni socio-sanitari e terapeutici, finalizzati al reinserimento e all'inclusione sociale. In questa ottica di rete, cui si intende dare ulteriore impulso, occorre porre particolare attenzione al sistema integrato di presa in carico territoriale per la persona con disturbo da uso di alcol e ai loro familiari, cogliendo anche la concreta opportunità che offre il PNRR di ridisegnare l'assistenza territoriale con la previsione delle Case della Comunità. È evidente che il lavoro di ridisegnare la rete di assistenza territoriale 15 necessita di una manutenzione e aggiornamento ai continui cambiamenti e alle esigenze del territorio. L'importanza di questo Libro Bianco, a mio parere, è data non solo dalla scelta dei temi trattati ma anche dalla metodologia utilizzata che ha visto attivate significative collaborazioni scientifiche e operative, coordinate dal Ministero della Salute, attraverso l'ufficio 6 della Direzione Generale

della Prevenzione, competente per materia, in stretta collaborazione con il coordinamento tecnico delle Regioni che, attraverso il lavoro in Gruppi, hanno permesso un'ampia partecipazione a molteplici stakeholders: rappresentanti delle Regioni, Associazione Nazionale Comuni Italiani, Istituzioni, professionisti dei Servizi pubblici, delle Società scientifiche, delle Comunità Terapeutiche, delle Associazioni; tutti impegnati nel comune intento di condividere i rispettivi saperi e competenze che abbiamo inteso raccogliere nel presente Libro Bianco.

Ministro della Salute Roberto Speranza

Scarica il documento attraverso la lettura dell'Qr Code



Alcohol and COVID-19: what you need to know



Facing the COVID-19 (new coronavirus disease) pandemic, the countries of the world must take decisive action to stop the spread of the virus. In these critical circumstances, it is essential that everyone is informed about other health risks and hazards so that they can stay safe and healthy.

The following factsheet provides important information that you should know about alcohol consumption and COVID-19. It addresses, among other things, the misinformation that is being spread through social media and other communication channels about alcohol and COVID-19.

The most important point to remember:

In no way will consumption of alcohol protect you from COVID-19 or prevent you from being infected by it

General facts about alcohol and your body



Ethyl alcohol (ethanol) is the substance in alcoholic beverages that is responsible for most of the harms that arise from their consumption, irrespective of whether it is consumed in the form of wine, beer, spirits or anything else.

Unfortunately, other toxic substances that may smell like ethanol can be added in adulterated beverages that are produced informally or illegally; or they may be present in alcoholic products that are not intended for human consumption, such as hand disinfectant. Added substances such as methanol can be fatal even in small amounts or may lead to blindness and kidney disease, among other problems. According to media reports and anecdotal sources, deaths related to the ingestion of such alcoholic products, based on the mistaken belief that they will somehow offer protection against the virus, have already occurred in some countries during the COVID-19 outbreak.

These are the general facts you should know about the consumption of alcohol and health:

- Alcohol has effects, both short-term and long-term, on **almost every single organ of your body**. Overall, the evidence suggests that there is **no "safe limit"** – in fact, the risk of damage to your health increases with each drink of alcohol consumed.
- Alcohol use, especially heavy use, **weakens the immune system** and thus reduces the ability to cope with infectious diseases.
- Alcohol, even in very small quantities, is known to **cause certain types of cancer**.
- Alcohol **alters your thoughts, judgement, decision-making and behaviour**.

- Alcohol, even in small amounts, is a **risk to the unborn child** at any time during pregnancy.
- Alcohol increases the risk, frequency and severity of **perpetration of interpersonal violence** such as intimate partner violence, sexual violence, youth violence, elder abuse, and violence against children.
- Alcohol increases the risk of death and injury from **road traffic injuries, drowning and falls**.
- Heavy use of alcohol **increases the risk of acute respiratory distress syndrome (ARDS)**, one of the most severe complications of COVID-19.

General myths about alcohol and COVID-19



Myth Consuming alcohol destroys the virus that causes COVID-19.

Fact **Consuming alcohol will not destroy the virus**, and its consumption is likely to increase the health risks if a person becomes infected with the virus. Alcohol (at a concentration of at least 60% by volume) works as a disinfectant on your skin, but it has no such effect within your system when ingested.

Myth Drinking strong alcohol kills the virus in the inhaled air.

Fact **Consumption of alcohol will not kill the virus in the inhaled air**; it will not disinfect your mouth and throat; and it will not give you any kind of protection against COVID-19.

Myth Alcohol (beer, wine, distilled spirits or herbal alcohol) stimulates immunity and resistance to the virus.

Fact **Alcohol has a deleterious effect on your immune system** and will not stimulate immunity and virus resistance.

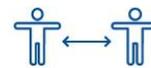
Alcohol: what to do, and what not to do, during the COVID-19 pandemic



- Avoid alcohol altogether so that you do not undermine your own immune system and health and do not risk the health of others.
- Stay sober so that you can remain vigilant, act quickly and make decisions with a clear head, for yourself and others in your family and community.
- If you drink, keep your drinking to a minimum and avoid getting intoxicated.
- Avoid alcohol as a social cue for smoking, and vice versa: people tend to smoke, or smoke more, if they drink alcohol, and smoking is associated with more complicated and dangerous progression of COVID-19. Remember, too, that indoor smoking is harmful to others in your household and should be avoided.
- Make sure that children and young people do not have access to alcohol and do not let them see you consume alcohol – be a role model.

- Discuss with children and young people the problems associated with drinking and COVID-19, such as violations of quarantine and physical distancing, which can make the pandemic worse.
- Monitor the screen time of your children (including TV), as such media are flooded with alcohol advertising and promotion; they also spread harmful misinformation that may stimulate early initiation and increased consumption of alcohol.
- Never mix alcohol with medications, even herbal or over-the-counter remedies, as this could make them less effective, or it might increase their potency to a level where they become toxic and dangerous.
- Do not consume alcohol if you take any medication acting on the central nervous system (e.g. pain killers, sleeping tablets, anti-depressants, etc), as alcohol might interfere with your liver function and cause liver failure or other serious problems.

Alcohol and physical distancing during the COVID-19 pandemic



To slow down the spread of the virus, the World Health Organization (WHO) recommends physical distancing of at least one meter from sick people as a protective measure. Bars, casinos, night clubs, restaurants and other places where people gather to consume alcohol (including in the home) increase the risk of transmission of the virus.

Physical distancing therefore reduces the availability of alcohol, so it presents a great opportunity to reduce your drinking and become healthier.

Alcohol and home isolation or quarantine



To limit the spread of COVID-19, countries have progressively introduced community-wide lockdowns and periods of quarantine for those who are suspected of having contracted the virus or have been in contact with someone infected by the virus. This means that an unprecedented number of people are now staying in their homes.

It is important to understand that alcohol poses risks to your health and safety and should therefore be avoided during periods of home isolation or quarantine.

- When working from home, adhere to your usual workplace rules and do not drink. Remember that after a lunch break you should still be in a fit state to work – and that is not possible if you are under the influence of alcohol.
- Alcohol is not a necessary part of your diet and should not be a priority on your shopping list. Avoid stockpiling alcohol at home, as this will potentially increase your alcohol consumption and the consumption of others in your household.
- Your time, money and other resources are better invested in buying healthy and nutritious food that will maintain good health and enhance your immune system response. For further ideas, take a look at the food and nutrition tips during self-quarantine issued by WHO.¹

- You might think that alcohol helps you to cope with stress, but it is not in fact a good coping mechanism, as it is known to increase the symptoms of panic and anxiety disorders, depression and other mental disorders, and the risk of family and domestic violence.
- Instead of consuming alcohol to pass your time at home, try an indoor workout. Physical activity strengthens the immune system and overall – from both a short-term and a long-term perspective – is a highly beneficial way of spending a period of quarantine.²
- Do not introduce your children or other young people to drinking and do not get intoxicated in front of them. Child abuse and neglect can be aggravated by alcohol consumption, especially in crowded housing situations where isolation from the drinker is not possible.
- Disinfectant alcohol can easily become accessible for consumption purposes in home isolation. It is important, therefore, to keep such products out of the reach of children and underage drinkers and others who may misuse them.
- Alcohol use can increase during self-isolation and both, isolation and drinking, may also increase the risk of suicide, so reducing your alcohol consumption is very important. If you have suicidal thoughts, you should call your local or national health hotlines
- Alcohol is closely associated with violence, including intimate partner violence. Men perpetrate most of the violence against women, which is worsened by their alcohol consumption, while women experiencing violence are likely to increase their alcohol use as a coping mechanism. If you are a victim of violence and are confined with the perpetrator in home isolation, you need a safety plan in case the situation escalates. This includes having a neighbour, friend, relative or shelter to go to in the event that you need to leave the house immediately. Try to reach out to supportive family members and/or friends and seek support from a hotline or local services for survivors. If you are under quarantine and need to leave the house immediately, call a local support hotline and reach out to someone you trust.

Alcohol use disorders and COVID-19



Alcohol use disorders are characterized by heavy alcohol use and loss of control over alcohol intake. Although they are among the most prevalent mental disorders globally, they are also among the most stigmatized.

People with an alcohol use disorder are at greater risk of COVID-19 not only because of the impact of alcohol on their health but also because they are more likely to experience homelessness or incarceration than other members of the population. It is therefore essential, under the current conditions, that people who need help because of their alcohol use get all the support they need.

¹Food and nutrition tips during self-quarantine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine/_recache).

²How to stay physically active during COVID-19 self-quarantine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/stay-physically-active-during-self-quarantine>).

If you, or a person close to you, have problems in relation to alcohol use, please consider the following:

- The present situation is a unique opportunity to quit drinking, or at least to cut down considerably, as various social cues and peer pressure situations, such as parties, friends' gatherings, restaurants and clubs, are (by necessity) avoidable.
- Online interventions for alcohol use disorders by professionals and mutual help groups can be less stigmatizing as they offer greater anonymity and privacy, so check out what help you can get online.
- Create a buddy and self-support system with someone you trust and reach out for extra help if needed, such as online counselling, interventions and support groups.
- Practise physical distancing, but do not socially isolate: call, text and/or write to your friends, colleagues, neighbours and relatives. Use new and creative ways of connecting to others without actual physical contact.
- Avoid alcohol cues and triggers on TV and media where there is pervasive marketing and promotion of alcohol; be careful to avoid links to social media that are sponsored by the alcohol industry.
- Try to maintain your daily routine as much as you can, focus on things that you can control and try to keep grounded – for instance, through a daily workout, hobbies or mind relaxation techniques.
- If you become infected, discuss with health personnel your alcohol consumption so that they can make the most appropriate decisions with respect to your overall health condition.

How to find reliable information and how to spot misinformation



- Seek trusted sources of information, such as WHO, national health authorities and your health professional. For updated information on COVID-19, check the WHO website³
- Always double-check the information you receive. Beware of websites and texts that use the same messages and have the same writing and overall style, as these are likely to be viral messages produced for mass distribution that are intended to mislead.
- Beware of false and misleading claims, particularly in relation to the effects of alcohol on health and immunity. Such claims should be categorically discounted as a source of health information as there is no evidence that drinking alcohol offers any protection against COVID-19 or has a positive effect on the course and outcomes of any infectious disease.
- Beware of claims made online that alcohol offers any essential benefits that you really need to have during your period of home isolation or quarantine. Alcohol is in no way a necessary component of your diet and lifestyle.

³ Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [online information portal]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>).

- Be aware that websites and social media posts offering online sale and home delivery of alcoholic beverages can lead to increased alcohol consumption and may easily target children.
- If you do not drink, do not let any supposed health reason or claim persuade you to start.

Finally, the key point to remember:

Under no circumstances should you drink any type of alcoholic product as a means of preventing or treating COVID-19 infection.

Acknowledgements

This document was coordinated by Carina Ferreira-Borges, Programme Manager, Alcohol, Illicit Drugs and Prison Health, under the leadership of Dr João Breda, Head of the WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, and in consultation with the Incident Management Team of the WHO Health Emergencies Programme, WHO Regional Office for Europe, and WHO headquarters, Geneva, Switzerland.

The document was prepared by Maria Neufeld, Consultant, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, and revised by Carina Ferreira-Borges, Programme Manager, Alcohol, Illicit Drugs and Prison Health, and Maristela Monteiro, Senior Advisor Alcohol, Pan American Health Organization.

Additional inputs were received from Elena Yurasova, Technical Officer, WHO Office in the Russian Federation; Jürgen Rehm, Senior Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada; Khalid Saeed, Regional Advisor, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; Isabel Yordi Aguirre, Programme Manager, Gender and Human Rights, WHO Regional Office for Europe; Jonathon Passmore, Programme Manager, Violence and Injury Prevention, WHO Regional Office for Europe; Michael Thorn, Consultant, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; and Vladimir Poznyak, Coordinator, Management of Substance Abuse, WHO headquarters.

This publication was developed with financial assistance from the Government of Norway, the Government of Germany and the Government of the Russian Federation in the context of the WHO European Office for the Prevention and Control of NCDs.



© World Health Organization 2020

ALCOL: più sai, meno rischi!

Consumare alcol NON PROTEGGE da Covid-19

L'ALCOL DISINFETTA IL CAVO ORALE? FALSO

Consumare bevande alcoliche o nebulizzarle in gola **NON** disinfetta e **NON** igienizza il cavo orale. L'alcol danneggia la mucosa della bocca e la rende più vulnerabile alle infezioni. Un effetto igienizzante si ha con altissimi livelli di gradazione alcolica che, tuttavia, espongono la mucosa a un danno diretto, fino a causare tumori al cavo orale, alla faringe e all'esofago.

L'ALCOL È UN IMMUNOSOPPRESSORE? VERO

Il consumo di bevande alcoliche **pregiudica il sistema immunitario, riduce gli anticorpi e rende più vulnerabili alle infezioni virali**, comprese quella da Covid-19.

L'ALCOL AUMENTA LA LUCIDITÀ E I RIFLESSI? FALSO

L'assunzione di alcol, anche in piccole quantità, **riduce i riflessi e la lucidità mentale**. L'iniziale disinibizione dovuta al suo consumo, può portare a sottovalutare e trasgredire le norme di distanziamento sociale necessarie per l'epidemia da Covid-19.

L'ALCOL È ANTIDEPRESSIVO E AIUTA A SOPPORTARE LE ATTUALI LIMITAZIONI? FALSO

L'alcol **aggrava i sintomi della depressione e aumenta l'irritabilità e l'ansia**, anche se inizialmente i suoi effetti possono essere percepiti come benefici e illuderci di vivere meglio le limitazioni imposte dal Covid-19, in realtà l'alcol va a deprimere il sistema nervoso e l'attività cerebrale con un effetto sedativo che può portare a isolarci più del necessario peggiorando i rapporti sociali.

ALCOL E FUMO: MAI INSIEME!

Consumare bevande alcoliche facilita l'assorbimento delle sostanze cancerogene contenute nel fumo di tabacco, aumenta il rischio di tumore alla bocca, all'esofago e al tratto respiratorio superiore. **In caso di malattia Covid-19, chi usa alcol e fuma rischia un decorso più grave.**



alcologia@aou-careggi.toscana.it
www.aou-careggi.toscana.it

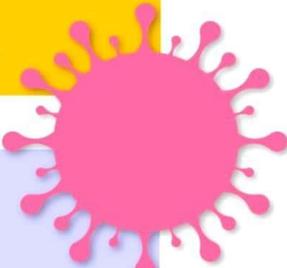


nuovo coronavirus

Attenzione (anche) al...
fumo di sigaretta



Fumare nuoce gravemente la salute.
Ma nuoce di più nei tempi del COVID-19.



Studi recenti condotti in Cina indicano un aumento significativo del rischio (di almeno 3 volte) di sviluppare polmonite severa da COVID-19 in pazienti con storia di uso di tabacco rispetto a non fumatori.



Sfrutta il maggior tempo libero e la necessità di cambiamento delle abitudini giornaliere per abbandonare il consumo dei prodotti del tabacco e di nicotina.
Chiama il Numero Verde ISS contro il Fumo
800 554088 per informazioni e sostegno nel cambiamento.

A cura del Gruppo ISS "Comunicazione Nuovo Coronavirus"
Fonte ISS • 11 marzo 2020



Assunzione di bevande alcoliche e COVID-19

Le cose da sapere, le *fake news* da sfatare

La situazione emergenziale che stiamo vivendo, così diversa dai contesti di vita convenzionali che la maggior parte delle persone ha condotto sino ai primi di marzo, rende necessario, e urgente, porre maggiore attenzione agli effetti negativi e pregiudizievoli per la salute delle bevande alcoliche. È inoltre fondamentale smentire con l'evidenza scientifica le *fake news* che circolano riguardo presunte proprietà benefiche dell'alcol nei confronti del virus SARS-CoV-2.



L'alcol è un immunosoppressore e favorisce le infezioni virali e polmonari

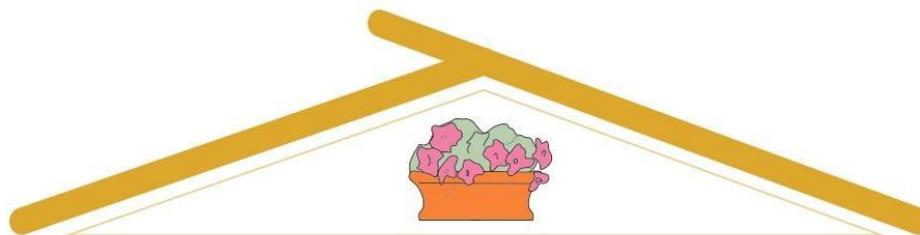
È evidenza da tempo consolidata dalla revisione sistematica della letteratura scientifica che il consumo di bevande alcoliche pregiudica il sistema immunitario e la risposta anticorpale, esponendo i consumatori a una maggiore vulnerabilità alle infezioni virali, soprattutto da virus respiratori e polmonari, categoria a cui appartiene il virus SARS-CoV-2, responsabile della COVID-19.



L'alcol non disinfetta né igienizza

Come di recente ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non esiste alcuna evidenza scientifica che un consumo moderato di vino o la nebulizzazione di superalcolici possa contribuire a una migliore igienizzazione del cavo orale e della faringe. Infatti, affinché l'alcol abbia un effetto disinfettante dovrebbe avere una gradazione di almeno 63° esponendo tuttavia la mucosa a un potenziale danno diretto, come testimoniato dal noto e diffuso effetto cancerogeno alcolcorrelato.





Il corpo femminile è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol



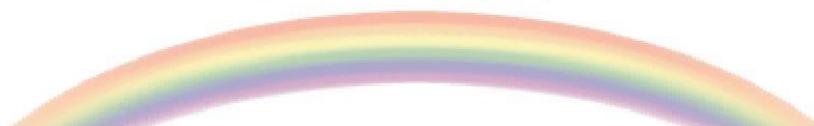
L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò spiega il perché bevono, in media, meno dell'uomo. Considerando inoltre che le donne hanno una mortalità inferiore da COVID-19, è evidente quanto sia importante che mantengano al minimo il consumo di alcol. In questo modo si esporrebbero al minor rischio possibile e potrebbero anche influire positivamente sul consumo alcolico e i livelli di rischio del partner e dei conviventi. Bere meno o nulla è sicuramente meglio.



L'alcol toglie lucidità

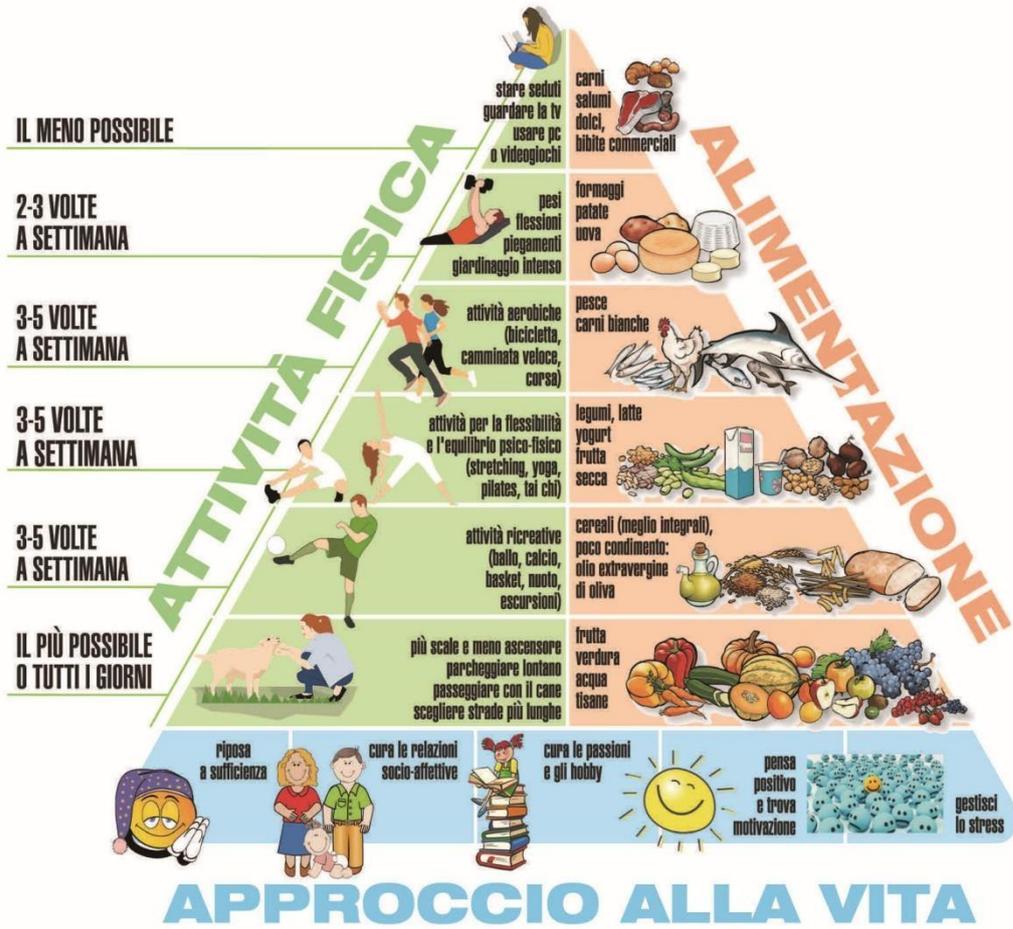
L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale che stiamo vivendo. Inoltre, in caso di intossicazione, si renderebbe necessario un intervento medico in Pronto Soccorso che, nella attuale situazione, è da evitare.

Autori: Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini e Alice Matone - Centro OMS Promozione della Salute e Ricerca sull'Alcol, Centro nazionale dipendenze e doping (ISS)



**Passo
dopo
passo
verso**

stili di vita sostenibili

Vivi ecologicaMENTE... 

Piccole scelte quotidiane che fanno la differenza per noi e per il nostro pianeta





Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi



i/WHP/01-B marzo 2019





DLGS ANTIFUMO

#SMOKEFREE

NIENTE FUMO CON MINORI

Vietato fumare in auto se sono presenti minori e donne in gravidanza; nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli Irccs pediatrici e nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia.

1



Ridurre il fumo passivo

NO AROMI

Divieto di utilizzare aromi all'interno di sigarette e tabacco sfuso, perché potrebbero dare l'impressione che fumare sia meno dannoso e attirare giovani a sperimentare.

2



Rendere meno allettante fumare

MAGGIORI AVVERTENZE

Le avvertenze combinate (immagini e testo) relative alla salute dovranno coprire il 65% della superficie esterna del fronte e retro della confezione di sigarette o di tabacco da arrotolare.

3



Scoraggiare la vendita

STOP AI PACCHETTI DA 10

Stop ai pacchetti da 10 e alle mini confezioni di tabacco per rendere meno facile l'acquisto ai giovani.

4



Scoraggiare l'acquisto

NO MOZZICONI A TERRA

Vietato gettare mozziconi ed altri piccoli rifiuti a terra.

5



Proteggere l'ambiente e il pianeta

