



OSSERVATORIO
NAZIONALE
ALCOL
CNESPS



SOCIETÀ
ITALIANA
ALCOLOGIA



SOCIETÀ ITALIANA
MEDICI DI MEDICINA
GENERALE

CAR 

CENTRO ALCOLOGICO
REGIONALE
REGIONE TOSCANA



WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND HEALTH
PROMOTION ON ALCOHOL AND
ALCOHOL-RELATED HEALTH
PROBLEMS

Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati

ALCOL: sai cosa bevi?

Più sai, meno rischi!



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*



**guadagnare
salute**

rendere facili le scelte salutari



L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute; bere è una libera scelta individuale e familiare, ma è necessario essere consapevoli che rappresenta comunque un rischio per la propria salute e, spesso, anche per quella degli altri.

A differenza del fumo, i cui effetti negativi sulla salute si possono subire dopo decenni di uso abituale di sigarette, l'alcol può esporre a forti rischi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come moderato. In termini di sicurezza stradale è infatti noto che possono essere sufficienti appena due bicchieri di una bevanda alcolica per incrementare notevolmente il rischio di incidenti causati dall'inevitabile rallentamento della capacità di reagire prontamente agli stimoli acustici, luminosi e spaziali.

Anche per questa ragione non è possibile sulla base delle conoscenze attuali identificare quantità di consumo alcolico raccomandabili o "sicure" per la salute.

Sarebbe peraltro improprio "raccomandare" l'assunzione di una sostanza tossica (lo stato di ebbrezza non a caso si definisce "intossicazione alcolica") o capace di indurre dipendenza, essendo una droga.

Oggi è considerato più adeguato per la tutela della salute dell'individuo parlare di quantità a basso rischio, evidenziando che il rischio esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate.

La regola generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è : **Alcol? Meno è meglio!**

COS'E' L'ALCOL?

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e capace di indurre dipendenza (alcol-dipendenza) superiore rispetto alle sostanze o droghe illegali più conosciute. I giovani (al di sotto dei 16 anni), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche a causa di una ridotta capacità dell'organismo a metabolizzare l'alcol. L'alcol, pur apportando circa 7 Kcalorie per grammo, non è un nutriente (come le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni; risulta invece fonte di danno diretto delle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.

- QUANTITÀ DI ALCOL E APPORTO CALORICO DI ALCUNE BEVANDE ALCOLICHE

| Bevanda alcolica | Misura standard alcoliche (U.A.) | Quantità (ml) | Contenuto di alcol (g) | Apporto calorico (kcal) | Unità |
|--|----------------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|-------|
| Vino da pasto (12 gradi) | 1 bicchiere | 125 | 12 | 84 | 1 |
| Vino da pasto (11 gradi) | 1 bicchiere | 125 | 11 | 77 | 0.9 |
| Vino da pasto (13.5 gradi) | 1 bicchiere | 125 | 13 | 91 | 1.1 |
| Birra normale (4.5 gradi) | 1 lattina | 330 | 12 | 100 | 1 |
| Birra doppio malto (8 gradi) | 1 boccale | 200 | 12 | 170 | 1 |
| Vermouth dolce (16 gradi) | 1 bicchierino | 75 | 10 | 113 | 0.8 |
| Vermouth secco (19 gradi) | 1 bicchierino | 75 | 11 | 82 | 0.9 |
| Porto, aperitivi (20 gradi) | 1 bicchierino | 75 | 12 | 115 | 1 |
| Brandy, Cognac, Grappa Whisky (40 gradi) | 1 bicchierino | 40 | 13 | 94 | 1.1 |

N.B.: Sulle etichette di qualsiasi bevanda alcolica è riportato il contenuto di alcol, ma è espresso in gradi, cioè in volume su 100 ml. Per ottenere i grammi di alcol in 100 ml bisogna moltiplicare tale valore per 0.8. L'apporto calorico è riferito alla quantità riportata in tabella e tiene conto anche di eventuali calorie apportate da altri componenti, principalmente zucchero.

ASSORBIMENTO ED ELIMINAZIONE DELL'ALCOL

L'alcol viene assorbito per il 20% dallo stomaco e per il restante 80% dalla prima parte dell'intestino. Se lo stomaco è vuoto, l'assorbimento sarà più rapido. L'alcol assorbito passa nel sangue e dal sangue al fegato, che ha il compito di metabolizzarlo. Finché il fegato non ha completato la digestione enzimatica attraverso l'alcoldeidrogenasi, l'alcol continua a circolare diffondendosi nei vari organi.

Circa il 90%-98% dell'alcol ingerito viene rimosso dal fegato e torna in circolo attraverso la circolazione del sangue. Il restante 2-10% viene eliminato attraverso l'urina, le feci, il respiro, il latte materno, le lacrime, il sudore, la traspirazione.

Le quantità di alcol che vengono metabolizzate dall'organismo variano da 60 a 200 mg/kg/ora. Questo significa che un soggetto di 70 kg può metabolizzare circa 7 g di alcol ogni ora.

In alcuni individui, in alcuni gruppi etnici negli adolescenti e nei giovani in genere, negli anziani e nelle donne l'efficienza di questo sistema è molto ridotta: queste persone sono quindi più vulnerabili all'alcol.

A causa dei citati tempi fisiologici di metabolismo dell'alcol è raccomandabile non concentrare in breve tempo il consumo di bevande alcoliche onde evitare di "saturare" il sistema di rimozione dell'alcol dal sangue determinando la libera diffusione dell'alcol immodificato negli organi e nei tessuti dell'organismo; tali conseguenze sono evitabili a fronte di un modifica delle abitudini e dello stile di consumo.

Cosa sono i problemi e le patologie alcol-correlati (PPAC)? Tutte le situazioni di disturbo riconducibili all'uso episodico e/o protratto di bevande alcoliche.

Cos'è l'ubriachezza? Uno stato di intossicazione acuta.

Cos'è l'alcolismo? Un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) associato all'assunzione (episodica e cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo. L'alcolismo è definito dalla contemporanea presenza di:

- a) **perdita di controllo del consumo di alcolici** evidenziabile dal "fenomeno del primo bicchiere", dai tentativi inefficaci di controllo, dalla continuazione del potus nonostante le gravi conseguenze legate a tale consumo
- b) **modificazione del modello di consumo** con comparsa di desiderio compulsivo di assumere alcolici anche in assenza di intossicazione in atto (craving)
- c) **dipendenza** incapacità di rinunciare all'assunzione di alcol e conseguente sforzo per procurarselo, dovuto all'irresistibile desiderio legato al piacere dell'assunzione (dipendenza psichica), con tendenza ad aumentare la dose per mantenere il medesimo effetto (tolleranza) e al timore dell'insorgenza della sintomatologia organica di privazione o astinenza (dipendenza fisica)
- d) **cambiamento dello stile di vita** caratterizzato dalla tendenza all'isolamento, dal deterioramento fino alla perdita delle abituali relazioni sociali.
- e) **problemi familiari**, o comunque della rete sociale personale, di diversa entità, che possono giungere alla disgregazione del tessuto familiare e alla comparsa di franche manifestazioni di sofferenza psichica, emozionale e relazionale nel partner e negli altri conviventi.

Identificare correttamente i problemi e le patologie alcol-correlate e la dipendenza può essere difficoltoso perché i portatori di tali problemi:

- non sono facili al dialogo
- generalmente non ammettono di avere un problema con l'alcol
- tendono a non riferire in modo corretto i dati anamnestici o non ne attribuiscono una relazione con l'alcol
- I problemi alcol-correlati sono spesso minimizzati dalla famiglia e dagli amici.

Sono soggetti che spesso negano o minimizzano

- con **negazione** si intende un atteggiamento di non riconoscimento di quanto è evidenziato dal dato di realtà (“non è vero che...”)
- con **minimizzazione** si intende un atteggiamento simile ma più blando e che tende a giustificare (“è vero, ma.../ “ posso fare da solo/non è così grave/da domani cambio senza problemi...”)

Per questo motivo è importante raccogliere quanti più elementi diretti e indiretti da tutte le fonti a disposizione:

- **soggetto**
- **familiari**
- **altri referenti significativi: amici, compagni di lavoro**
- **medico di medicina generale**
- **assistente sociale**
- **pediatra**
- **figure significative della comunità locale**
- **cartelle cliniche**
- **agenzie sanitarie, territoriali, del privato sociale**

Si ricordi che sono elementi indiretti anche:

- **incidenti stradali e traumatismi in genere**
- **incidenti domestici**
- **licenziamenti e frequenti cambi di lavoro**
- **ripetuto utilizzo del pronto soccorso (stati ansiosi, stati confusivi)**
- **lesioni/percosse ai familiari**
- **ritiro patente**
- **problemi legali (arresti per oltraggio, risse, abusi sessuali..)**
- **comportamenti aggressivi**
- **violenza su minori**

L'inquadramento diagnostico delle patologie alcol-correlate avviene seguendo i criteri diagnostici comunemente accettati a livello internazionale: il DSM IV (Manuale Statistico e Diagnostico delle Malattie Mentali, IV ed.) e la Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS (ICD-10).

DSM IV:

- **L'alcolismo** viene definito un "disturbo del comportamento in cui può sfociare una modalità patologica di consumo di bevande alcoliche che compromette le attività sociali, professionali del soggetto".
- Per poter diagnosticare la presenza di **alcoldipendenza** il soggetto deve aver presentato *almeno 3 dei seguenti criteri diagnostici*:
 1. presenza di **tolleranza**, ovvero necessità di aumentare il consumo per raggiungere gli stessi effetti psichici, oppure effetti clinici ridotti mantenendo costante il consumo;
 2. sintomi di **astinenza** (tremore grossolano alle mani, alla lingua o alle palpebre, sudorazione, nausea o vomito, astenia, iperattività autonoma, ansietà, umore depresso o irritabilità, allucinazioni transitorie, cefalea, insonnia, convulsioni epilettiformi ecc.) e assunzione della sostanza per ridurre i sintomi di astinenza;
 3. assunzione della sostanza per **periodi prolungati** o in **quantità maggiori** di quelle previste dal soggetto;
 4. persistente **desiderio di smettere** o di **ridurre il consumo alcolico** con ripetuti insuccessi;
 5. una grande **quantità di tempo spesa** in attività necessarie a **procurarsi l'alcol**, ad **assumerlo** o a **riprendersi dagli effetti**;
 6. **interruzione** o **riduzione** di importanti **attività** sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso di alcol;
 7. **uso continuativo** dell'alcol nonostante la consapevolezza di avere un problema, persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica causato o esacerbato dall'uso di alcol.
- E' **abusatore** un soggetto che ha una modalità patologica di uso di bevande alcoliche con conseguenze avverse ricorrenti e correlate all'uso ripetuto. Il DSM-IV definisce **l'abuso** alcolico attraverso i seguenti criteri:

1. uso ricorrente di sostanze alcoliche che **incide negativamente su impegni** lavorativi, scolastici o quotidiani;
2. uso ricorrente di sostanze **in situazioni** che sono **fisicamente rischiose**;
3. **problemi legali** relativi all'uso di alcol;
4. uso continuativo di alcol nonostante vi sia evidenza di ricorrenti **problemi sociali e interpersonali** causati o esacerbati dall'alcol.

La presenza di una o più delle citate condizioni nell'ultimo anno e l'assenza dei criteri della dipendenza permettono di porre diagnosi di abuso alcolico.

ICD-10

Dipendenza

1. un forte desiderio o senso di compulsione a usare una o più sostanze
2. evidente compromissione della capacità di controllare l'uso di una o più sostanze. Ciò può essere in relazione a difficoltà nell'evitare l'uso iniziale, difficoltà nel sospenderne l'uso, difficoltà di controllo del livello d'uso
3. stato di astinenza, o uso della sostanza per attenuare o evitare sintomi di astinenza, e consapevolezza soggettiva dell'efficacia di tale comportamento
4. presenza di tolleranza agli effetti della sostanza
5. progressiva trascuratezza dei piaceri, comportamenti o interessi a favore dell'uso della sostanza
6. uso persistente della sostanza nonostante la evidente presenza di conseguenze dannose

Sono richiesti almeno 3 item positivi.

Uso dannoso

Chiara evidenza che l'uso di una o più sostanze è stato responsabile degli attuali danni fisici o psichici dell'utilizzatore.

STRUMENTI DIAGNOSTICI

Viene riportata una serie di elementi che sarebbe indispensabile valutare per una corretta diagnosi, che va intesa come un processo di identificazione dei problemi e patologie correlate al consumo di bevande alcoliche tramite un'attenta anamnesi individuale, familiare, la somministrazione di questionari e test, l'esecuzione di esami biochimici e strumentali.

Nessuno di questi singoli elementi valutativi è sufficiente da solo per identificare i problemi alcol-correlati o l'alcoldipendenza, ma l'insieme delle rilevazioni può concorrere alla loro certezza o a sopprimerne la presenza.

QUESTIONARI

CAGE

Consiste in quattro semplici domande che possono facilmente essere inserite nel colloquio col soggetto o con i familiari:

- **ha mai sentito la necessità di ridurre (C cut down) il bere?**
- **è mai stato infastidito (A annoyed) da critiche sul suo modo di bere?**
- **ha mai provato disagio o senso di colpa (G guilty) per il suo modo di bere?**
- **ha mai bevuto alcolici appena alzato (E eye opener)?**

Una risposta positiva = sospetto negli adolescenti, negativo negli adulti

Due risposte positive = alta probabilità

Tre risposte positive = certezza

A.U.D.I.T.

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1 bicchiere = 1 bicchiere di birra (330 ml), di vino (125 ml), di aperitivo (80 ml) oppure di superalcolico (40 ml) che si suppone contenga 12 g di alcol.

1) Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- da 2 a 4 volte al mese (2 punti)
- da 2 a 3 volte alla settimana (3 punti)
- 4 o più volte alla settimana (4 punti)

2) Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 8 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

- 3) Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bevande in un'unica occasione?**
- mai (0 punti)
 - meno di una volta al mese (1 punto)
 - 1 volta al mese (2 punti)
 - 1 volta alla settimana (3 punti)
 - ogni giorno o quasi (4 punti)
- 4) Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?**
- mai (0 punti)
 - meno di una volta al mese (1 punto)
 - 1 volta al mese (2 punti)
 - 1 volta alla settimana (3 punti)
 - ogni giorno o quasi (4 punti)
- 5) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?**
- mai (0 punti)
 - meno di una volta al mese (1 punto)
 - 1 volta al mese (2 punti)
 - 1 volta alla settimana (3 punti)
 - ogni giorno o quasi (4 punti)
- 6) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?**
- mai (0 punti)
 - meno di una volta al mese (1 punto)
 - 1 volta al mese (2 punti)
 - 1 volta alla settimana (3 punti)
 - ogni giorno o quasi (4 punti)
- 7) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?**
- mai (0 punti)
 - meno di una volta al mese (1 punto)

- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

8) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

9) Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?

- no (0 punti)
- sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)
- sì, nell'ultimo anno (4 punti)

10) Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?

- no (0 punti)
- sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)
- sì, nell'ultimo anno (4 punti)

Punteggio minore di 8 = consumo a basso rischio

Punteggio maggiore o uguale a 8, ma minore o uguale a 15 = consumo a maggior rischio

Punteggio maggiore o uguale a 16, ma minore o uguale a 19 = consumo dannoso

Punteggio maggiore o uguale a 20 = alcoldipendenza

L'AUDIT-C (VERSIONE ABBREVIATA DELL'A.U.D.I.T.)

1) Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

Punteggio minore di 5 per gli uomini e minore di 4 per le donne = consumo a basso rischio

Punteggio maggiore o uguale a 5 per gli uomini e maggiore o uguale a 4 per le donne = consumo a maggior rischio

Gli **esami di laboratorio** possono essere suddivisi in:

ROUTINARI: GGT = più sensibili e meno specifici; MCV/GGT+MCV = meno sensibili e più specifici; AST/ALT/Acido urico, trigliceridi, urea = meno sensibili e meno specifici .

NON ROUTINARI: più utilizzati = CDT; meno utilizzati = 5-HTLO/ Beta esosaminidasi / Malonildialdeide / Dolicolo urinario.

Attualmente non è disponibile un singolo esame di laboratorio ideale con alta specificità e sensibilità. Pertanto è meglio associare più marker biologici per ottenere indicazioni più accurate.

GGT:GAMMA-GLUTAMIL TRASFERASI

Risulta essere un test di primo livello nella diagnosi di consumo di alcol. La GGT sierica che aumenta per un meccanismo di induzione enzimatica indipendentemente dalla presenza o meno di danno epatico alcol-correlato.

Emivita: é compresa tra 14 e 26 giorni, il livello si regolarizza dopo 4-5 settimane di astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: pancreatite, diabete, obesità, disturbi cardiovascolari, ipertensione, azione enzimoinducente di alcuni farmaci (barbiturici, antiepilettici, anticoagulanti).

Sensibilità: maggiore negli uomini, 20-50% nei consumatori a rischio, 60-90% nell'alcolismo cronico

Specificità: 11-85%

MCV: VOLUME CELLULARE MEDIO

L'aumento dell'MCV riscontrabile negli alcolisti è secondario sia all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare, sia all'interferenza esercitata dall'etanolo sull'assorbimento intestinale di acido folico e vit. B12.

Emivita: circa 3 mesi dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: carenza di folati, vit. B12, patologie epatiche non alcol-correlate, ipotiroidismo, tabagismo.

Sensibilità: maggiore nelle donne (40%), 20-30% nei consumatori a rischio, 40-50% nell'alcolismo cronico

Specificità: 94%

GGT+MCV

L'incremento combinato di tali parametri garantisce una maggiore specificità e sensibilità nell'identificazione del consumo eccessivo di bevande alcoliche.

Sensibilità: 17-63%

Specificità: 74-98%

ALCOLEMIA E ALCOLURIA

Dati i limiti determinati dalla rapida metabolizzazione dell'etanolo, il loro valore come marker di assunzione di alcol è limitato alla verifica e analisi dello stato in corso. Trovano impiego in ambito di medicina legale e pronto soccorso.

Emivita: 1 g/kg/h dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Sensibilità: 0-98%

Specificità: 98%

AST (SGOT): ASPARTATO AMINOTRANSFERASI

ALT (SGPT) : ALANINÀ AMINOTRANSFERASI

Tali enzimi sono più indicati per constatare un danno epatico piuttosto che un consumo di bevande alcoliche.

Un maggiore incremento delle AST rispetto alle ALT fa propendere per un danno epatico alcol-correlato.

L'isoenzima mitocondriale della AST non è più considerato un marker specifico in quanto l'attività sierica di tale isoenzima, presente nel 92% dei soggetti con consumo di bevande alcoliche, può innalzarsi anche nel 48% dei pazienti con epatopatie non alcol-correlate.

Emivita: (AST e ALT): 2-3 settimane dopo completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: epatopatia non alcolica (incremento AST + ALT), disordini muscolari (incremento AST), infarto miocardico (incremento AST).

Sensibilità (AST): 15-69%

Specificità (AST): bassa

Sensibilità (ALT): 26-58%

Specificità (ALT): bassa

ACIDO URICO, TRIGLICERIDI, UREA

In caso di consumo di bevande alcoliche possiamo ritrovare tali parametri biochimici incrementati per i danni metabolici conseguenti.

CDT: TRASFERRINA DESIALATA

Rappresenta uno dei più recenti marcatori biologici di consumo alcolico. Nei soggetti alcolisti l'aumento della CDT è secondario all'inibizione della glicosilazione proteica indotta dall'etanolo e dall'acetaldeide. I valori della CDT aumentano dopo almeno 7 giorni di assunzione di etanolo in quantità comprese tra 50-80 g/die e si mantengono elevati per almeno 15-20 giorni. È stato evidenziato che tale marker possiede una maggiore sensibilità (39%) nell'uomo rispetto alla donna, nella quale è stata riscontrata una maggiore sensibilità dell'MCV (40%). Inoltre è da rilevare come nei pazienti giovani (tra 20 e 40 anni nell'uomo e tra 20 e 30 anni nella donna) la CDT aumenta più spesso rispetto ai restanti convenzionali marker di consumo alcoli (MCV e GGT).

Nel gruppo di soggetti adulti (tra 41 e 50 anni di età) il marker più sensibile è risultato la GGT senza il riscontro di alcuna differenze tra i due sessi. Infine nella popolazione adulta/anziana (>50 anni di età) la CDT è risultata possedere una sensibilità moderatamente superiore rispetto alla GGT e all'MCV, ma nelle donne anziane l'MCV ha mostrato una sensibilità più elevata. Non va utilizzato da solo come screening del consumo a rischio, in quanto ha una sensibilità ridotta (12-45%) nella popolazione generale

Emivita: 2 settimane dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: danno epatico non alcol-correlato quale: cirrosi biliare primitiva, epatite cronica virale, epatite cronica virale attiva, epatocarcinoma, epatopatia iatrogena; variante D genetica della transferrina; disordini ereditari del metabolismo glicoproteico; trapianti combinati di pancreas e rene.

Sensibilità: 25-60% nei consumatori a rischio, 65-95% nell'alcolismo cronico

Specificità: 82-98%

5-HTLO: 5 IDROSSITRIPTOLOLO URINARIO

Il rapporto fra il 5-HTLO e la creatinina o l'acido 5 idrossiindolacetico (5-HIAA) urinario, è stato recentemente proposto come marcatore specifico dose-dipendente di assunzione di etanolo. Il 5-HTLO e il 5-HIAA sono

prodotti finali alternativi del metabolismo della serotonina; il consumo di etanolo determinerebbe una maggiore produzione di 5-HTLO rispetto al 5-HIAA (assunzione di alcol >20 g/die = 5-HTLO/5-HIAA >20).

Emivita: 5-20 ore dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: cibi ricchi in serotonina, fattori genetici, farmaci inibenti l'aldeide deidrogenasi.

Sensibilità: 0-90%

Specificità: >90%

BETA ESOSAMINIDAS

Una normale glicosidasi presente nel fegato (epatociti, endotelio, sinusoidi, cellule del Kupffer). Nei soggetti con consumo alcolico l'aumento è legato sia al danno epatocellulare anche lieve che ad alterazioni del flusso biliare.

Falsi positivi: gravidanza, epatopatia, diabete mellito, tireotossicosi.

Sensibilità: 85-95%

Specificità: >90%

MALONILDIALDEIDE

Deriva dalla perossidazione lipidica delle membrane indotta dai prodotti di ossidazione dell'etanolo. Risulta più elevata in etilisti (con o senza epatopatia) rispetto ai controlli.

Sensibilità: 73%

Specificità: 98%

DOLICOLO URINARIO

Un aumento di tale parametro è stato osservato sia in soggetti alcolisti che in neonati di madri alcolodipendenti. Il meccanismo responsabile di tale incremento è tuttora sconosciuto.

Sensibilità: 45-90%

Specificità: >90%

ADDOTTI DELL'ACETALDEIDE

Sia l'alcol che l'acetaldeide possono formare addotti chimici stabili con una varietà di substrati biologici (amine, proteine plasmatiche, emoglobina, proteine intracellulari). Al momento attuale non vi sono evidenze significative che il dosaggio di tali addotti nei liquidi biologici apporti ulteriori elementi di specificità e sensibilità nella diagnosi di assunzione alcolica acuta e cronica.

VALUTAZIONE AREA FISICA

Si basa sulla rilevazione dei seguenti elementi essenziali:

- presenza/assenza di intossicazione acuta/cronica
- presenza/assenza di segni di astinenza
- patologie organiche alcol-correlate attuali/pregresse
- patologie psichiche alcol-correlate attuali/pregresse
- altre patologie organiche o psichiche attuali/pregresse

SEGNI E SINTOMI RILEVABILI DALL'ESAME OBIETTIVO

I SEGNI E SINTOMI PIÙ FREQUENTEMENTE RILEVABILI NEL CORSO DELL'ESAME OBIETTIVO POSSONO ESSERE SINTETIZZATI COME SEGUE.

- **Segni rilevabili durante il colloquio:**
 - Congiuntiva iniettata o "acquosa".
 - Arco senile (bordo opaco a livello della cornea di materiale grasso).
 - Bruciate di sigarette tra il dito indice e medio e sul petto.
 - Contusioni, lividi e altri traumi.
 - Acne rosacea.
 - Obesità.
 - Malnutrizione e deperimento.
- **Segni e sintomi di epatopatia e gastroenterologici:**
 - Epatomegalia con o senza splenomegalia.
 - Eritema palmare e spider nevus suggestivi per cirrosi epatica, non per alcolismo.
 - Epigastralgia associata in alcuni casi a irradiazione dorsale (pancreatite).
 - Conati di vomito mattutini.
 - Diarrea.
- **Segni e sintomi di neurologici:**
 - Alterazioni della sensibilità degli arti inferiori (indice di iniziale neuropatia periferica).
 - Sensazione di calore agli arti inferiori.
 - Tremori arti superiori.

- **Segni e sintomi astinenziali:**

| | |
|--------------------|--|
| Stadio I: | inizia dopo 6-12 ore dall'ultima ingestione: lieve agitazione ansia irrequietezza inappetenza tremori insonnia sudorazione ipertensione tachicardia |
| Stadio II: | inizia 24 ore dopo l'ultima assunzione: sintomi I stadio più: allucinazioni uditive, tattili e olfattive |
| Stadio III: | dalle 6 alle 48 ore dalla sospensione di alcol: sintomi del I-II stadio più: possibili convulsioni (40% singole, 3% stato epilettico) |
| Stadio IV: | (Delirium Tremens) Inizia 2-3 giorni dopo la sospensione del potus ma l'esordio può essere anche fino a 10 giorni se sono coinvolte altre sostanze sintomi degli stadi precedenti più: profonda confusione disorientamento ipertermia ipertensione frequenza cardiaca rapida allucinazioni visive e uditive. |

Il Delirium Tremens è un'emergenza medica con una percentuale di mortalità di circa il 20% (deve essere gestito con estrema attenzione).

1. MENO FREQUENTI:

- Discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito.
- Capelli di "seta".
- Tachicardia.
- Stato confusionale, riduzione del campo visivo.
- Tumefazione paratiroidea, "facies cushingoide", segni di stasi circolatoria con edemi variabili.

CONSEGUENZE DELL'ASSUNZIONE CRONICA DI ALCOL

| ORGANICHE | PSICOLOGICHE | SOCIALI |
|--|-------------------------|---|
| Steatosi epatica | Insonnia | Problemi familiari |
| Cirrosi | Disturbi di personalità | Senza fissa dimora |
| Demenza | Amnesie | Difficoltà sul lavoro |
| Epatocarcinoma | Allucinazioni | Instabilità lavorativa |
| Varici esofagee | Tentati suicidi | Incidenti sul lavoro |
| Gastroduodeniti | Problemi psicologici | Disoccupazione |
| Pancreatiti | dei figli | Problemi giudiziari |
| Carcinoma bocca, laringe, esofago, fegato, colon, seno | | Problemi finanziari |
| Danni al sistema nervoso | | Gioco d'azzardo |
| Obesità | | Assunzione di altre sostanze |
| Diabete | | Poliassunzioni di sostanze nei figli |
| Miopatie | | |
| Neuropatie | | |
| Deficienze nutrizionali | | |
| Disfunzioni sessuali | | |
| Impotenza | | |
| Ipogonadismo | | |
| Alterazioni mestruali | | |
| Alterazioni del sistema immunitario | | |
| Patologie oculari | | |
| Patologie dermatologiche | | |
| Danni ai reni | | |
| Iperensione Arteriosa | | |
| Gotta | | |

CONSEGUENZE DELL'ASSUNZIONE ACUTA DI ALCOL

| ORGANICHE | PSICOLOGICHE | SOCIALI |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Epatiti | Riduzione delle capacità cognitive | Violenze familiari |
| Esofagite | Depressione | Disgregazione familiare |
| Dispesia | Ansia | Abuso sui minori |
| Gastrite | Tentati suicidi | Incidenti domestici |
| Uricemia | Insonnia | Incidenti sul lavoro |
| Pancreatite | | Difficoltà sul lavoro |
| Aritmie cardiache | | Problemi di ordine pubblico |
| Traumi | | Gravidanze indesiderate |
| Reazioni con altre sostanze | | |
| Danni al feto | | |
| Reazioni con i farmaci | | |

ALCOL E FARMACI

Estrema attenzione deve essere posta al problema delle interazioni tra alcol e farmaci. Chi segue una qualsiasi terapia farmacologica deve consigliarsi con il proprio medico curante sulla opportunità di bere alcolici. Identica attenzione deve essere rivolta anche ai comuni farmaci da banco, per molti dei quali è da suggerire l'astensione dal consumo concomitante di alcolici. In ogni caso **è sconsigliata l'assunzione di alcol con qualsiasi farmaco.**

L'alcol è in grado di modificare la farmacocinetica di numerosi farmaci con vari meccanismi:

- azione sull'assorbimento
- azione sul legame proteico
- modificazione del flusso epatico
- azione sul metabolismo cellulare

SINDROME FETO-ALCOLICA (FAS)

Gli studi hanno confermato che dopo 40-60 minuti di assunzione di una bevanda alcolica da parte della madre, il feto raggiunge la stessa concentrazione di alcol nel sangue. L'incidenza di sindrome feto alcolica varia nella popolazione occidentale **da 1 a 3 casi per 1000 nati vivi**, mentre l'incidenza di FAE (effetti sigoli dell'alcol sul feto) sale ad almeno 10 casi per 1000 nati vivi.

Il bambino con FAS presenta:

- 1. deficit della crescita pre e/o postnatale**
 - peso corporeo, lunghezza e circonferenza cranica < 10° centile corretto per età
- 2. caratteristiche e anomalie cranio-facciali** (almeno 2 su 3)
 - microcefalia
 - microftalmia e/o rima palpebrale breve
 - scarso sviluppo del filtro e labbro superiore sottile
 - appiattimento dell'area mascellare
- 3. disfunzioni del sistema nervoso centrale**
 - anomalie neurologiche (irritabilità nell'infanzia, iperattività nell'adolescenza)
 - ritardo di sviluppo neurologico (ipotonia)
 - alterazioni intellettive (ritardo mentale da lieve a moderato)

SUGGERIMENTI PER LA VALUTAZIONE

- Informarsi sui livelli di consumo di bevande alcoliche (quando si misura la pressione sanguigna o durante la visita medica)
- Chiedere se crede che il suo consumo di bevande alcoliche abbia un effetto sulla salute e sulla sua vita
- Prendere nota delle sue abitudini: consumo settimanale/tipo di bevande/giorni in cui beve
- Parlare con la persona e/o la sua famiglia riguardo ai rischi del bere:
 - incidenti e lesioni
 - problemi del peso
 - gastralgia
 - disfunzioni al fegato
 - postumi di una sbornia
 - ansia e depressione
 - difficoltà sessuali
 - difficoltà a prendere sonno
 - aumento della pressione sanguigna

L'alcol generalmente compromette la sfera relazionale e familiare dell'individuo, nella valutazione bisogna considerare:

- gravità dei problemi comportamentali
- gravità della conflittualità familiare
- presenza/assenza di referenti e loro validità
- uso di sostanze psicoattive e stupefacenti nei familiari e nel partner
- presenza/assenza di problemi psichici nei familiari e nel partner
- livello di adattamento sociale
- stabilità occupazionale
- recenti eventi stressanti

INDICI PRECOCI DI TIPO COMPORTAMENTALE RILEVABILI DAL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

Possono essere individuati all'interno di due aree:

1. AREA SOCIALE

- **problemi nel lavoro:** calo del rendimento, assenze, infortuni frequenti, ricorso a certificati di malattia, conflittualità con i colleghi, instabilità lavorativa
- **problemi familiari:** conflitti, gelosie, deterioramento del rapporto di coppia, separazione, difficoltà nella vita affettiva e sentimentale, carente progettazione, violenze e percosse
- **problemi finanziari**
- **problemi legali:** guida in stato d'ebbrezza, risse, oltraggi, maltrattamenti
- **problemi relazionali:** oltre alla famiglia e all'ambiente lavorativo scarse e/o superficiali relazioni sociali
- **deterioramento dell'igiene personale e dell'abbigliamento**
- **scarsità di interessi**

2. AREA PSICHICA

- **instabilità emotiva** (depressione alternata a euforia)
- **irritabilità, ansia, insonnia, disattenzione**
- **pensiero confuso, amnesie, difficoltà di concentrazione**
- **deficit cognitivi, in particolare nell'affrontare nuovi compiti**
- **gelosie patologiche, idee di suicidio**

L'alcol può mimare qualsiasi patologia psichiatrica sia durante l'intossicazione che l'astinenza. È buona norma pertanto fare una valutazione degli eventuali sintomi psichiatrici associati almeno tre-quattro settimane dopo la disintossicazione.

Esistono infatti:

Disturbi indotti dal consumo bevande alcoliche:

Problemi e patologie alcol-correlate - Dipendenza -
Delirium - Demenza - Disturbo amnestico
Allucinosis alcolica - Disturbo dell'umore - Disturbo d'ansia
Disfunzioni sessuali - Disturbi del sonno

VALUTAZIONE STORIA ALCOLOGICA

Durante il colloquio andranno presi in esame:

- inizio e durata dei problemi alcol-correlati
- precedenti periodi di astinenza da alcolici
- stato fisico e psicologico in tali periodi
- uso di altre sostanze
- pregressi tentativi di affrontare il problema
- pregressi trattamenti

Anni d'uso e insorgenza PPAC: la conoscenza della durata del consumo e dell'inizio della comparsa di PPAC risulta importante al fine di valutare la presenza di problemi fisici in atto o la compromissione delle aree socio-psicologiche, anche se può risultare difficile l'esatta collocazione nel tempo.

Precedenti periodi di astensione dall'alcol e condizioni psichiche durante tali periodi: la presenza di eventuali condizioni psico-patologiche associate va indagata in corso di astensione dall'alcol.

Polidipendenza: la presenza di dipendenza oltre che da alcolici anche da altre sostanze o da farmaci costituisce una situazione sempre più frequente, in particolare tra i giovani, e tale da condizionare il tipo di approccio e la prognosi del trattamento. Ciò rende anche necessario un diverso tipo di intervento farmacologico.

Pregressi tentativi di affrontare il problema e tipologia dei servizi di riferimento: costituiscono elemento diagnostico per valutare il grado di dipendenza e determinanti per la ripresa di un nuovo percorso terapeutico.

Per valutazione motivazionale si intende la valutazione della disposizione al cambiamento rispetto a un determinato comportamento. Il soggetto può essere infatti più o meno propenso a modificare il proprio comportamento. Tale propensione non è naturalmente correlabile alla comprensione o ammissione del danno causato dal comportamento stesso.

- **Per colloquio motivazionale** si intende uno stile di approccio centrato sul soggetto e caratterizzato da modalità empatica di relazione, non conflittuale, non coercitiva, non di contrapposizione volta a incoraggiare e coadiuvare il passaggio da uno stadio di cambiamento a uno successivo.
- **Il counselling motivazionale** è una precisa modalità di intervento spesso usata e consigliata anche in situazioni non altamente professionali in forma breve (counselling motivazionale breve) che ha come scopo lo sviluppo di un rapporto fiduciario volto a affrontare problemi contingenti e obiettivi parziali attraverso “contrattazioni”. Il colloquio e il counselling motivazionale possono essere considerati utili strumenti per un più fluido svilupparsi della relazione con il soggetto e, contemporaneamente, una modalità di intervento.
- **L'approccio e il counselling motivazionale** possono essere strumenti estremamente utili nel colloquio sia con il soggetto alcolodipendente che in quello che presenti già problemi alcol-correlati e ogni qualvolta si intenda sondare le abitudini alcoliche di un soggetto. Permettono di affrontare in modo adeguato la negazione e di avere con maggior facilità le informazioni necessarie alla valutazione.
- **La valutazione del grado di motivazione al cambiamento risulta importante** sia nell'aiutare lo sviluppo del colloquio di valutazione che nel suggerire strategie successive nel soggetto con problemi alcol-correlati.

Dalla letteratura internazionale si evidenzia che l'intervento del medico di medicina generale è in grado di modificare le abitudini degli assistiti in relazione al consumo di alcolici.

L'intervento breve consiste nella valutazione del consumo di alcol, nell'informazione sui rischi o danni di un consumo problematico o dannoso e su un suggerimento preciso rivolto all'assistito.

Questo tipo di intervento è in grado di indurre una riduzione del consumo nel 18%-31% degli assistiti.

Elementi caratterizzanti l'intervento breve:

- presentare i risultati dello screening
- identificare i rischi e discutere le conseguenze
- fornire informazioni di tipo medico (fornire informazioni costituisce una forma di supporto)
- sollecitare l'impegno del paziente
- identificare gli obiettivi (riduzione del bere o astinenza)
- dare consigli e rinforzi
- il tono del colloquio deve essere positivo, empatico non giudicante o accusatorio

| Livello di rischio | Intervento | punteggio AUDIT |
|--------------------|-------------------------|-----------------|
| Zona 1 | Informazioni sull'alcol | 0-7 |

Astinenti o bevitori a basso rischio

Indicazioni: informazioni su cos'è un'unità alcolica ed il perché è importante tenersi all'interno dei limiti. Rinforzare il non bere. Considerare che queste persone potrebbero avere un ruolo chiave nel cambiamento del bere di un familiare.

| | | |
|--------|-------------------------|------|
| Zona 2 | Informazioni e consigli | 8-15 |
|--------|-------------------------|------|

Bevitori a rischio di problemi cronici per la salute dovuti all'uso regolare di alcol, oppure di problemi al lavoro, legali, sociali, incidenti dovuti a episodi di intossicazione acuta.

Indicazioni: informazioni sulle unità alcoliche, su quanto alcol è contenuto nelle differenti bevande, sugli effetti per la salute del consumo di alcol, esplorare se la persona abbia mai riportato alcuni di questi problemi. Fornire consigli esplorando insieme la brochure.

| | | |
|--------|--|-------|
| Zona 3 | Informazioni, counseling breve, monitoraggio | 16-19 |
|--------|--|-------|

Bevitori ad alto rischio

Indicazioni: iniziare fornendo informazioni sulle unità alcoliche, su quanto alcol è contenuto nelle differenti bevande, su cosa si intende per bere ad alto rischio, le modalità del colloquio non sono né persuasive, né coercitive, ma garantiscono sostegno alle risorse e possibilità della persona. L'obiettivo del counseling breve è quello di ridurre il rischio di danni dovuti al bere eccessivo. Collaborare a far crescere la motivazione in modo che essa parta dall'individuo stesso; discutere degli effetti che si determinano nel continuare l'utilizzo di alcolici o nel cambiarlo; valutare i danni presenti, le difficoltà o preoccupazioni connesse al possibile cambiamento. Esplorare insieme la brochure. Esplorare insieme quali sono le situazioni in cui la persona è più a rischio di bere e trovare insieme le strategie per non bere o per evitarle.

| | | |
|--------|---|-------|
| Zona 4 | Invio specialistico per una valutazione diagnostica e trattamento | 20-40 |
|--------|---|-------|

Bevitori con probabile dipendenza da alcol

Indicazioni: fornire informazioni su quanto il suo bere sia lontano da una soglia a basso rischio, esplorare quali problemi legati al bere sono presenti, esplorare se sono presenti sintomi di dipendenza da alcol. Sottolineare la presenza di un forte rischio per la salute e per la vita sociale. Considerare insieme che questo stile di bere oltre ad essere altamente dannoso per la persona lo è anche per i familiari. Cercare il coinvolgimento della famiglia, proporre l'invio ai gruppi di auto aiuto o un centro specialistico ed eventualmente coinvolgere un rappresentante del gruppo nel colloquio. L'obiettivo è quello di assicurarsi che il paziente contatti un centro specialistico e/o un gruppo di auto aiuto.

Il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 41% degli omicidi ed il 45% di tutti gli incidenti stradali è attualmente attribuibile, direttamente o indirettamente, al consumo di alcol; il 9% della mortalità prematura, delle invalidità e delle malattie croniche (di lunga durata) che annualmente colpiscono la popolazione è causata dall'alcol (World Health Report, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002). In Europa, il 25% dei decessi registrati tra i giovani è causato dall'alcol; l'alcol rappresenta la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Ogni anno 30-40.000 individui muoiono in Italia a causa dell'alcol. Nell'anno 2000, 8.000 decessi, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 invalidità permanenti sono causate dagli incidenti stradali (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005); l'alcol è causa di circa 4000 degli 8000 decessi ("attivi e "passivi") conseguenti ad incidenti stradali (prima causa di morte per gli uomini al di sotto dei 40 anni) e del 50% circa delle conseguenze non fatali e delle condizioni ad essi collegate. Complessivamente, il 10% dei ricoveri è attribuibile all'alcol (Società Italiana di Alcologia); nell'anno 2000 è stimabile tale numero in 1.267.156. Nello stesso anno 99.321 ricoveri (1% circa) sono stati e ufficialmente registrati in sede di ricovero con diagnosi totalmente attribuite all'alcol; nel 2004 i ricoveri sono aumentati a circa 108.000 (Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2001-2002 e 2005-2006. Ministero della Salute). La stima grezza dell'impatto sui ricoveri totali dovuto a malattie indirettamente attribuibili all'alcol è conseguentemente del 9% sul totale dei ricoveri, pari a circa 1.000.000 di dimissioni l'anno.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i costi annuali sociali e sanitari sostenuti a causa di problemi collegati all'alcol sono stimati pari al 2-5% del Prodotto Interno Lordo. Secondo tale stima i costi dell'alcol in Italia nell'anno 2003 (1324 miliardi di euro di PIL) ammonterebbero a 26 – 66 miliardi di euro (52.000 – 128.000 miliardi di vecchie lire).

ALCOL E GIOVANI

Nell'infanzia e nell'adolescenza occorre evitare del tutto l'uso di bevande alcoliche, sia per una non perfetta capacità di trasformare l'alcol, sia perché più precoce è il primo contatto con l'alcol, maggiore è il rischio di abuso.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1999 un decesso su quattro, nei giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni che vivono nella Regione Europea, è causato dal consumo di alcol: nello stesso anno circa 55 000 giovani sono morti a causa degli effetti legati al consumo di sostanze alcoliche.

Un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità ha evidenziato che i giovani di 14-19 anni non appaiono particolarmente consapevoli dei rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza o comunque della necessità di evitare il consumo di bevande alcoliche prima di porsi alla guida (il 40 % dichiara di essere inconsapevole, solo il 33 % afferma di ritenere che "dipende dalla quantità"). Un'altra indagine dell'Istituto Superiore di Sanità-Osservatorio Nazionale Alcol ha registrato che in soli 3 anni (2003-2006) è considerevolmente aumentato il numero di giovani al di sotto dell'età legale (11 e i 15 anni) che consumano birra, aperitivi alcolici e super alcolici ed il numero di coloro che usano farlo fuori pasto.

GIOVANI CONSUMATORI IN ITALIA (ISTAT 2006)

| Età | maschi | femmine |
|--------|--------|---------|
| 11- 15 | 20,7% | 16,2% |
| 16- 17 | 61,3% | 47,6% |
| 18- 24 | 78,4% | 61,5% |
| 25- 44 | 87,1% | 64,1% |

Il consumo di alcol fra i giovani è un fenomeno preoccupante e in forte incremento a livello internazionale e nazionale. La cultura del bere attualmente diffusa tra i giovani segue sempre più frequentemente standard orientati verso modelli di binge-drinking, di abuso concentrato in singole occasioni, che rifuggono le modalità mediterranee a cui le generazioni precedenti erano tradizionalmente conformate e che privilegiavano il consumo del vino ai pasti quale parte integrante dei pasti (e dell'alimentazione). Le evidenze dimostrano che bere alcolici (birra e superalcolici) fuori pasto è la modalità caratterizzante per le giovani generazioni e inaspettatamente elevata anche tra i quattordicenni.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un notevole aumento del consumo di alcol, in particolare tra le giovanissime.

Le donne hanno una massa corporea inferiore rispetto all'uomo, minor quantità di acqua corporea e meno efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol. Infatti la dotazione enzimatica di ADH, anch'essa inferiore rispetto al sesso maschile, rende più vulnerabile il sesso femminile agli effetti dell'alcol e, a parità di consumo, determina la rilevazione di un'alcolemia elevata.

L'alcol può essere responsabile di:

- Minor produzione degli ormoni femminili con insufficienza ovarica che si manifesta con irregolarità mestruali fino all'amenorrea secondaria, presenza di cicli anovulatori ed infertilità
- Irregolarità nel ciclo mestruale, ritardo o assenza di ovulazione che sono state evidenziate anche nelle bevitrici sociali.

La menopausa è un momento critico durante il quale possono manifestarsi disturbi psico-organici legati alle modifiche dell'equilibrio ormonale.

Il consumo di bevande alcoliche può costituire un elemento che influisce negativamente su queste disfunzioni alternando il già precario equilibrio ormonale.

GRAVIDANZA

Le donne che bevono abitualmente una o più volte al giorno hanno un maggior numero di aborti soprattutto durante il secondo trimestre di gravidanza. Ciò sarebbe imputabile ad un'azione fetotoxica dell'alcol, confermata anche dalla soppressione dei movimenti respiratori fetali dopo assunzione di dosi modeste (30 g di liquore nella gravidanza avanzata). Esiste un passaggio transplacentare maggiore al termine della gravidanza in rapporto alla progressiva perdita di efficienza della barriera ematoplacentare

E' presente inoltre un effetto serbatoio del liquido, per cui il livello di alcol nel liquido amniotico si innalza più lentamente dell'alcolemia fetale, ma persiste anche dopo la sua scomparsa dalla circolazione fetale.

ALCOL E ANZIANO

Nell'anziano l'efficienza dei sistemi di metabolizzazione dell'etanolo diminuisce in maniera rilevante, e il contenuto totale di acqua corporea è più basso; è perciò consigliabile limitare il consumo di alcolici ad 1 U.A. al giorno. Bisogna tener presente inoltre che l'anziano è spesso sotto terapia farmacologica e che i farmaci interagiscono con l'alcol.

L'incidenza di alcolismo negli ultrasessantacinquenni sembra variare, a seconda dei vari studi, dal 5% al 20% con una maggiore incidenza fra gli anziani ospedalizzati e istituzionalizzati.

Problemi correlati al consumo di bevande alcoliche costituiscono circa il 25% delle cause di ammissione nelle R.S.A.

L'anziano è più suscettibile agli effetti negativi delle bevande alcoliche con conseguente progressiva compromissione della sfera neurologica e psichica (deficit motori, mnestici, disturbi comportamentali).

ALCOL E PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

È importante ricordare che sia l'OMS sia il National Institute of Health (NIH) ribadiscono che nessun individuo può essere sollecitato al bere o al consumo anche moderato di bevande alcoliche a fronte del rischio che l'uso di alcol comporta per l'organismo. Da questo punto di vista oltre che da quello etico, nessun medico dovrebbe "prescrivere" alcol per fini di prevenzione, pur in quantità moderate, ad un soggetto astemio. Anche eventuali suggerimenti proposti dal medico al paziente non astemio e orientati all'uso di moderate quantità di alcol ai fini di una diminuzione del rischio di mortalità cardiovascolare (effetto evidenziato da numerosi studi epidemiologici) dovrebbero comunque essere sempre accompagnati da una informazione rigorosa riguardanti i risultati di ulteriori studi epidemiologici che hanno dimostrato che alle stesse quantità moderate di alcol, indicate come potenzialmente "protettive" per il cuore, corrisponde un aumentato rischio di cirrosi epatica, di cancro dell'esofago, di stroke emorragico, di mortalità per incidenti e di varie altre condizioni.

È comunque opportuno sapere che gli effetti "protettivi" di moderate quantità di alcol (1-2 bicchieri) sulle coronarie e ancor più la riduzione dei rischi per mortalità cardiovascolare sono più efficacemente raggiunti attraverso l'azione sui fattori di rischio di tali patologie e, specificamente, attraverso la abolizione del fumo, dalla diminuzione del peso corporeo, dalla riduzione dei grassi alimentari, dall'incremento dell'attività fisica e, non ultimo, dall'uso dei farmaci specifici.

ALCOL E VIOLENZA

L'alcol può essere associato a comportamento violento e/o fornire una scusa per atteggiamenti o comportamenti violenti, in particolare all'interno della famiglia.

Le donne che bevono hanno inoltre maggiore probabilità di diventare vittime di aggressioni fisiche e/o sessuali, in quanto, sotto l'effetto dell'alcol, possono apparire più indifese.

Su un totale di uomini responsabili di maltrattamento intrafamiliare la percentuale di soggetti alcolodipendenti varia dal 4 al 12%.

ALCOL E GUIDA

Il numero degli incidenti stradali causati dalla guida in stato di ebbrezza è elevatissimo: quasi un incidente stradale su 2 in Italia è legato all'uso di alcol (il 40-50%). Si tratta di incidenti gravi o mortali, che causano ogni anno circa 8.000 morti, 10.000 invalidi gravi e 60.000 ricoveri.

Secondo il codice della strada, il guidatore fermato può essere sottoposto a un accertamento alcolimetrico attraverso la misura dell'alcol contenuta nell'aria espirata (etilometro).

Ai fini di dimostrare la guida in stato di ebbrezza, è sufficiente che l'esame dell'aria espirata, ripetuto 2 volte a distanza di 5 minuti, superi il limite legale, di 0,5 gr/l, tale limite si supera con un bicchiere e mezzo di vino (tot. circa 187 ml), con una lattina e mezzo di birra 33cl (tot. circa 495 ml) o con un bicchierino di superalcolici da 40 ml (tot. circa 60 ml).

Aspettare più di 1 ora prima di guidare, il tempo minimo per metabolizzare un bicchiere di birra o vino.

(Questo tempo può variare da 1 a 4 ore, a seconda delle condizioni di salute, del sesso, età, se si consuma ai pasti o lontano dai pasti).

Aumento del tempo di frenata: con un'alcolemia di 0.5g/l il tempo di frenata passa da 0.75 secondi circa ad 1.5 secondi.

Riduzione del campo visivo: una persona normale ha un campo visivo di circa 180°, che consente di vedere anche gli ostacoli che si trovano ai lati. Dopo aver bevuto alcolici, il campo visivo si restringe, fino ai casi estremi

di visione a tunnel.

Senso delle distanze e della velocità: sotto l'effetto dell'alcol l'automobilista azzarda dei sorpassi poiché giudica male le distanze, così che un'automobile più vicina sembra più distante.

In generale si raggiunge il limite di 0.5 g/l con circa due bicchieri di qualunque bevanda alcolica. Ciò avviene più rapidamente a stomaco vuoto e nel sesso femminile.

Le nuove norme relative alla guida in stato di ebbrezza sono più severe, dopo la conversione in legge del decreto Bianchi.

Sanzioni progressive

Da 0,50 a 0,80 gr/l

sanzione da **500** a **2.000** euro;

sospensione da **3** a **6 mesi**;

sottrazione di **10 punti** dalla patente di guida

Da 0,80 a 1,50 gr/l

sanzione da **800** a **3.200** euro;

sospensione da **6** a **12 mesi**;

sottrazione di **10 punti** dalla patente di guida

arresto fino a 6 mesi

Oltre 1,50 gr/l

sanzione da **1.500** a **6.000** euro;

sospensione da **12** a **24 mesi**;

sottrazione di **10 punti** dalla patente di guida

arresto da 3 mesi a 1 anno; revoca della patente in caso di recidiva entro un biennio.

EFFETTI PSICOFISICI DOPO L'ASSUNZIONE DI ALCOL

| Quantità (U.A.) | Alcolemia (g per litro) | Effetti sulla capacità di attenzione, sulla capacità di guida e sull'organismo in generale |
|----------------------|---|--|
| 1-1.5 (M) 1 (F) | 0.2 - 0.3 | Alterazione del senso di benessere con comportamento imprudente, tendente alla sopravvalutazione delle proprie capacità, alla euforia e alla sottovalutazione dei rischi. I riflessi sono già, debolmente, alterati. Movimenti e manovre diventano più bruschi |
| 2 (M) 1,2 (F) | 0.4 | Diminuzione dell'elaborazione mentale delle percezioni sensoriali |
| 2.5 (M) 1,5 (F) | 0.5 Limite legale per la guida | Riduzione della visione laterale (quindi, ad esempio, difficoltà ad accorgersi dei segnali stradali) |
| 3-5 (M) 2.5-4 (F) | 0.6 | Si commettono facilmente errori gravi durante la guida |
| | 0.7 | Forte prolungamento dei tempi di reazione |
| | 0.8 | Deterioramento delle reazioni motorie e perdita della capacità di precisione |
| | 0.9 | Forte diminuzione della capacità di valutazione delle distanze, degli ingombri e dei movimenti |
| | 1.0 | Ebbrezza e confusione nell'eloquio; comincia a peggiorare la coordinazione motoria, livello di capacità di valutazione delle distanze, degli ingombri e dei movimenti fortemente compromesso |
| 6-13 (M) 4-10 (F) | 1.1-3.0 | Intossicazione sempre più grave a secondo dei livelli, atassia, nistagmo, visione confusa |
| > 14 (M) > 11 (F) | 3.1-5.0 | Intossicazione ingravescente, convulsioni, ipotermia, iporefflessia, depressione respiratoria fino alla morte |

Si stima che gli infortuni da attribuire all'abuso di alcol siano in Italia il 10-40% del totale che equivale a circa 100.000 infortuni l'anno di cui 15 mila mortali. Con un'alcolemia di 0.5 g/l è presente un rischio 2 volte superiore di subire un infortunio.

Gli infortuni sono più frequenti nelle ore immediatamente successive l'assunzione di alcolici: le prime ore del mattino e successivamente alla pausa pranzo.

Dopo aver assunto una bevanda alcolica chi svolge lavori pesanti non elimina più in fretta l'alcol rispetto ai lavoratori d'ufficio o sedentari.

L'International Labour Organisation (ILO) indica:

- ci sono oltre 50 milioni di persone dipendenti da alcol e droghe nel mondo
- risulta che dal 12-15% degli adulti bevono a livelli pericolosi per sé stessi e per gli altri
- circa il 10% degli incidenti sul lavoro sono imputabili a lavoratori che hanno abusato di bevande alcoliche (intossicazione etilica)
- i lavoratori con problemi di droghe e alcol richiedono assistenza medica triplicata e quintuplicati rimborsi alle assicurazioni
- gli infortuni sul lavoro attribuibili all'alcol sono stimati essere il 25% di quelli totali verificati in un anno.

FALSI MITI SULL'ALCOL

- 1. Non è vero che l'alcol aiuti la digestione.** Al contrario la rallenta e produce ipersecrezione gastrica con alterato svuotamento dello stomaco.
- 2. Non è vero che il vino fa buon sangue.** Il consumo di di alcol può essere responsabile di varie forme di anemia e di un aumento dei grassi presenti nel sangue.
- 3. Non è vero che le bevande alcoliche sono dissetanti.** Ma disidratano: l'alcol richiede una maggior quantità di acqua per il suo metabolismo, in quanto provoca un blocco dell'ormone antidiuretico, quindi fa urinare di più aumentando la sensazione di sete.
- 4. Non è del tutto vero che l'alcol ci riscaldi.** In realtà la vasodilatazione di cui è responsabile produce soltanto una momentanea e ingannevole sensazione di calore in superficie che in breve comporta un ulteriore raffreddamento del corpo e che, in un ambiente non riscaldato, aumenta il rischio di assideramento.
- 5. Non è vero che l'alcol aiuti a riprendersi da uno shock.** Al contrario, provocando vasodilatazione periferica, determina un diminuito afflusso di sangue agli organi interni e soprattutto al cervello.
- 6. Non è vero che l'alcol da forza.** Essendo un sedativo produce soltanto una diminuzione del senso di affaticamento e di dolore. Inoltre solo una parte delle calorie fornite dall'alcol possono essere utilizzate per il lavoro muscolare.
- 7. Non è vero che l'alcol rende sicuri.** È un'idea comune che l'alcol sia un eccitante, invece dal punto di vista farmacologico è un potente depressivo del sistema nervoso centrale. Agisce sulla parte del cervello che controlla il comportamento, provocando una disinibizione e una diminuzione della percezione del rischio e delle sensazioni di dolore.
- 8. Non è vero che la birra fa latte.** In realtà la donna non ha bisogno di birra per produrre latte, ma soltanto di liquidi: acqua, succhi di frutta e cibi nutrienti. L'alcol che la donna beve passa nel latte materno e viene assunto dal bambino.

CARTA EUROPEA SULL'ALCOL PARIGI, DICEMBRE 1995

Cinque principi etici e obiettivi: A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati Membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed i seguenti obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali. Tutti hanno diritto ad una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche. Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società. Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche. Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili. Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.

Dieci strategie per una azione sull'alcol: Le ricerche ed il successo degli interventi in diversi Paesi hanno dimostrato che si possono ottenere benefici a livello sanitario ed economico in tutta la Regione Europea qualora vengano implementate le seguenti 10 strategie per la promozione della salute nell'ambito di un'azione sull'alcol, al fine di rendere effettivi i principi e gli obiettivi sopra elencati, nel rispetto delle differenze culturali e dei diversi contesti giuridici, sociali ed economici di ciascuno Stato Membro: **1** Informare le persone degli effetti che il consumo di bevande alcoliche può avere sulla famiglia e la società e delle misure efficaci che si possono prendere per prevenirne o ridurne i possibili danni, realizzando, a partire dalla

prima infanzia, programmi educativi di vasta portata. **2** Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche. **3** Emanare ed applicare leggi che scoraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche. **4** Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - ed attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche - ad esempio tramite la tassazione. **5** Attuare severe misure di controllo, tenendo conto dei limiti o dei divieti esistenti in alcuni Paesi sulla pubblicità, diretta e indiretta, di bevande alcoliche e assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente diretta ai giovani, ad esempio collegando alcol ed eventi sportivi. **6** Assicurare l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di trattamento e riabilitazione, con personale opportunamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi ed alle loro famiglie. **7** Incoraggiare un maggiore senso di responsabilità etica e giuridica tra coloro che operano nei settori del marketing o del commercio di bevande alcoliche e incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto ed attuare norme appropriate contro la produzione e le vendite illegali. **8** Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità. **9** Sostenere le organizzazioni non-governative e i gruppi di auto-aiuto che promuovono stili di vita sani, in particolare coloro che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcol-correlati **10** Formulare programmi di ampia portata negli Stati membri, tenendo conto di questa Carta Europea sull'Alcol: definire chiaramente obiettivi e indicatori di risultato; monitorare i progressi e assicurare l'aggiornamento periodico dei programmi basati sulla valutazione.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005

“La promozione della salute consiste nel dare corrette informazioni sul possibile rischio genetico, sulla

contraccezione, sulla necessità di abolire il fumo, l'alcool e le droghe, sulle problematiche della nutrizione, sulla necessità di profilassi con acido folico e di un supporto sociale ed emozionale tempestivo". Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita. La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze dimostrano che gli individui (ed i giovani in particolare) che abusano di alcol risultano più frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per sé e per gli altri (quali guida di autoveicoli e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate), nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. L'alcol agisce come "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio a sostanze illegali, le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute della persona che ne fa direttamente uso. Benché il consumo di bevande alcoliche in Italia sia andato diminuendo dal 1981, notevoli sforzi devono essere posti in essere per raggiungere gli obiettivi adottati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcol. Il fumo e le abitudini alimentari scorrette (compreso l'eccessivo consumo di alcol) sono fattori di rischio riconosciuti, per molte categorie di tumori, con peso etiologico variabile, e possono spiegare circa i 2/3 di tutti i casi di tumore. Gli interventi per contrastare questi fattori, cui sono dedicati specifici capitoli dell'attuale Piano Sanitario, sono, quindi, di fondamentale importanza. I dati relativi agli incidenti stradali, indicano un incremento a partire dalla fine degli anni '80, soprattutto nel Nord dell'Italia, con un quadro che comporta circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti. Il fenomeno costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni. Gli incidenti stradali sono pertanto un'emergenza sanitaria che va affrontata in modo radicale al fine di rovesciare l'attuale tendenza e pervenire, secondo l'obiettivo fissato dall'OMS per l'anno 2020, ad una riduzione almeno del 50% della mortalità e disabilità.

DICHIARAZIONE DI STOCOLMA GIOVANI E ALCOL

La salute e il benessere di molti giovani appaiono seriamente minacciati dall'uso di alcol e di altre sostanze psicoattive. Da un punto di vista di salute pubblica, il messaggio è chiaro: non esistono evidenze scientificamente fondate per stabilire un limite sicuro di consumo di alcol e ciò in particolare per i giovani e gli adolescenti, che costituiscono i gruppi più vulnerabili. Molti bambini sono vittime delle conseguenze del consumo di alcol di altri, in particolare dei membri della famiglia, causa di rotture familiari, povertà economica ed emotiva, abbandoni, abusi, violenze e perdita di opportunità (sociali, n.d.t.). Le politiche sanitarie relative all'alcol dovrebbero essere ispirate agli interessi della salute collettiva, senza interferenze da parte di interessi commerciali. Una delle principali cause di preoccupazione è costituita dai tentativi dell'industria che produce bevande alcoliche e dei ristoratori di commercializzare la cultura dello sport e della gioventù attraverso le attività di promozione e sponsorizzazione. Come indicato nel Piano d'Azione Europeo sull'Alcol 2000-2005, è necessario sviluppare obiettivi, politiche e attività di supporto specifiche per i giovani. Gli Stati Membri, tenendo conto delle differenti condizioni sociali, giuridiche ed economiche e del contesto culturale proprio di ciascun paese, faranno in modo di stabilire i seguenti obiettivi che dovrebbero essere raggiunti entro l'anno 2006:

- a) ridurre in maniera rilevante il numero dei giovani che iniziano a consumare alcol;
- b) ritardare l'età in cui i giovani cominciano a consumare alcol;
- c) ridurre in maniera rilevante le occasioni e la frequenza del consumo ad alto rischio da parte dei giovani, specialmente degli adolescenti e dei giovani adulti;
- d) proporre e/o sviluppare delle alternative significative al consumo di alcol e di altre sostanze, e migliorare la formazione teorica e pratica di quanti lavorano a contatto con i giovani;
- e) incrementare il livello di coinvolgimento dei giovani nella definizione delle politiche giovanili legate alla salute, in particolare per le questioni che riguardano l'alcol;
- f) aumentare l'educazione dei giovani sull'alcol;
- g) ridurre al minimo le pressioni esercitate sui giovani per incitarli al consumo, specialmente quelle derivanti dalle

promozioni, distribuzioni gratuite, pubblicità, sponsorizzazioni e disponibilità relativi all'alcol, con particolare attenzione alle manifestazioni (di grande richiamo sociale, ndt);

h) sostenere le azioni contro la vendita illegale di alcol;

i) garantire e/o migliorare l'accesso ai servizi sanitari e di counselling, specialmente per i giovani con problemi alcol correlati e/o i genitori o i membri della famiglia alcol dipendenti;

j) ridurre in modo significativo i danni alcol correlati, in particolar modo gli incidenti, le aggressioni e gli atti di violenza, soprattutto quelli che riguardano i giovani.

SALUTE 21- SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO

Alcol. I prodotti alcolici sono responsabili di circa il 9% del totale delle malattie nella Regione Europea, aumentando il rischio di cirrosi epatica, di alcuni tipi di tumore, dell'aumento della pressione sanguigna, di infarto e di malformazioni congenite.

Sebbene il consumo di alcol riduca il rischio di malattie cardiovascolari, la maggior parte di questa riduzione viene ottenuta a livelli inferiori a 10 grammi al giorno, ed è comunque significativa solo per gli individui di età superiore ai 50 anni.

A livelli alti di consumo, l'alcol aumenta il rischio di improvvisa morte coronarica. Inoltre, il consumo di alcol accresce il rischio di problemi familiari, lavorativi e sociali quali l'alcoldipendenza, gli incidenti (compresi gli incendi), le aggressioni, i comportamenti criminali, le ferite non intenzionali, la violenza, gli omicidi e i suicidi, gli incidenti sulla strada e quelli sulle navi che a volte possono provocare ingenti danni ambientali.

Sul totale delle morti dovute a ferite intenzionali o non intenzionali, tra il 40% e il 60% sono attribuibili al consumo di alcol. I danni alcol-correlati sono particolarmente alti nella parte orientale della Regione Europea e sono responsabili di una larga parte dell'aumento di morti per patologie cardiovascolari e della diminuzione della speranza di vita.

Il 90% dei Paesi della Regione Europea ha un consumo annuale pro capite che supera i 2 litri di alcol puro (il limite suggerito dall'evidenza scientifica come il più basso rischio di mortalità per la popolazione).

I costi dell'alcol per la Società, intesi come costi diretti e costi

legati alla perdita di produttività, sono stimati tra il 2 e il 5% del Prodotto Interno Lordo.

Target 12. Riduzione dei danni da alcol, droga e tabacco

Entro l'anno 2015 le conseguenze negative per la salute derivanti dal consumo di sostanze come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovranno subire una riduzione significativa in tutti gli Stati Membri.

In particolare: **12.1** in tutti i Paesi, la proporzione di non fumatori dovrebbe essere: 80% nella popolazione sopra i 15 anni e quasi zero nella popolazione sotto i 15 anni. **12.2** in tutti i Paesi, il consumo pro capite di alcol non dovrebbe aumentare o comunque superare i 6 litri all'anno, e dovrebbe essere quasi zero nella popolazione sotto i 15 anni. **12.3** in tutti i Paesi, la prevalenza dell'uso di droghe psicoattive illegali dovrebbe ridursi almeno del 25% e la mortalità di almeno il 50%.

Strategie proposte

Esistono evidenze scientifiche nei Paesi della Regione Europea dell'O.M.S. che dimostrano come si possono ottenere benefici sanitari e economici sostanziali se si prendono iniziative sull'alcol.

La Carta Europea sull'Alcol delinea le principali strategie di promozione della salute, che comprendono l'istituzione e il rafforzamento di leggi efficaci, la tassazione delle bevande alcoliche e il controllo della pubblicità diretta e indiretta di bevande alcoliche. La valutazione dell'impatto sanitario da parte del mondo produttivo costituisce una importante strategia complementare.

La Carta sull'Alcol e il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol forniscono le indicazioni per ridurre i danni prodotti dal consumo di alcol.

L'aumento delle tasse sui prodotti alcolici riduce i danni alcol-correlati, in particolare per i giovani e i grandi bevitori. La diminuzione del 10% del consumo individuale corrisponde alla diminuzione di circa il 20% della mortalità alcol-correlata maschile e della diminuzione del 5% di incidenti mortali, suicidi e omicidi nella popolazione generale.

Sono necessarie regole per controllare il contenuto alcolico delle bevande, per escludere la possibilità di stabilire correlazioni ingiustificate tra il prodotto e la salute, per controllare il tipo di confezione in cui i prodotti alcolici vengono

venduti e per assicurarsi che queste confezioni abbiano le necessarie informazioni (come il contenuto di etanolo della bevanda alcolica in questione).

Le bevande alcoliche mascherate da bevande analcoliche, che sono pensate e messe sul mercato per attirare gli adolescenti, aumentano il rischio di dipendenza e intossicazione e dovrebbero essere bandite. La pubblicità ha un impatto considerevole sull'uso dei prodotti alcolici; alcune restrizioni portano ad una riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati. Se la pubblicità di alcolici è consentita, dovrebbe essere limitata a mezzi di informazione di stampa e limitata alle informazioni sul prodotto.

Alcune restrizioni sugli orari e sui giorni di vendita e regole su numero, tipo o collocazione delle licenze diminuiscono i consumi. L'aumento dell'età minima legale per consumare alcol può contribuire a ridurre gli incidenti stradali alcol-correlati, oltre che il consumo di alcol e le morti alcol-correlate.

I programmi di formazione rivolti al personale che serve bevande alcoliche, insieme a una maggiore responsabilità legale di queste figure, aiutano a ridurre il numero di incidenti in cui l'alcol è coinvolto. La migliore tecnologia disponibile può essere usata per ottenere bevande alcoliche di alta qualità e a prezzi competitivi con basso contenuto alcolico.

Le morti dovute a ferite intenzionali o non intenzionali, arresti cardiaci e numerose conseguenze sociali dovute all'uso di alcol sono tutte risultati di intossicazioni acute da alcol. Le strategie mirate a ridurre i danni provocati dall'uso di alcol dovrebbero concentrarsi sulla diminuzione degli episodi di intossicazione e sulla separazione del bere dal tipo di comportamento che causa il danno.

I programmi per prevenire il consumo di alcol nei luoghi di lavoro sono particolarmente importanti, così come iniziative e pesanti sanzioni destinate a prevenire la guida in stato di ebbrezza. Interventi brevi in ambiti di assistenza primaria sono efficaci per ridurre il consumo di alcol oltre il 25% nella popolazione che presenta un livello di consumo rischioso o dannoso. Sono efficaci dal punto di vista dei costi, riducono i costi dell'assistenza sanitaria e ottengono un miglioramento della salute. Programmi di intervento per la comunità possono essere efficaci per ridurre gli incidenti stradali legati all'alcol,

destinate a prevenire la guida in stato di ebbrezza. Interventi brevi in ambiti di assistenza primaria sono efficaci per ridurre il consumo di alcol oltre il 25% nella popolazione che presenta un livello di consumo rischioso o dannoso. Sono efficaci dal punto di vista dei costi, riducono i costi dell'assistenza sanitaria e ottengono un miglioramento della salute. Programmi di intervento per la comunità possono essere efficaci per ridurre gli incidenti stradali legati all'alcol, limitare la vendita a coloro che sono troppo giovani, promuovere la responsabilità di quelli che servono alcol e facilitare l'adozione di legislazioni locali.

Autori:

Emanuele Scafato (Istituto Superiore di Sanità), Valentino Patussi (Università degli Studi di Firenze), Calogero Surrenti (Università degli Studi di Firenze), Alessandro Rossi (SIMG), Laura Mezzani, Oreste Bazzani, Nicola Parisi (ISS), Rosaria Russo (ISS), Claudia Gandin (ISS), Lucia Galluzzo (ISS), Lucilla di Pasquale (ISS), Silvia Ghirini (ISS), Francesco Cicogna (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Settore Salute).

In collaborazione con:

- Centro Collab. dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi Alcol-correlati
- Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS
- Telefono Verde Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
- Associazione Nautilus
- Eurocare
- Società Italiana di Alcologia
- Società Italiana di Medicina Generale
- Centro Alcologico Regionale della Toscana - AUOC

Numeri utili:

Telefono Verde Alcol
Istituto Superiore di Sanità
tel. 800 632000

AICAT-Associazione
Italiana dei Club degli Alcolisti
in Trattamento
tel. 089 405484

AA-Alcolisti Anonimi
tel. 06 6636620

Gruppi Al-Anon/Alateen
per familiari ed amici di alcolisti
tel. 02 504779

Consulta anche i siti:

www.iss.it/alcol

www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp

www.ministerosalute.it

www.dfc.unifi.it/sia

www.alcolonline.it

Info:

alcol@iss.it

Alcol:
sai cosa bevi?

Più sai, meno rischi!

