



SERVIZIO
SANITARIO
NAZIONALE



REGIONE
ABRUZZO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LANCIANO-VASTO-CHIETI

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA
ANNO 2015**

“ASSISTENZA AL PAZIENTE CON PROBLEMI DI ABUSO”

A Cura Di :

**Dott. ssa Meri Luisa Bonatti
Dott. Fernando Fantini**

OBIETTIVI GENERALI DEL CORSO :

Coinvolgere in maniera organizzata il Medico di Famiglia nella rete di assistenza ai pazienti con problemi di abuso nelle forme più comuni sul territorio

OBIETTIVI SPECIFICI E SCOPI:

Fornire ai Discenti:

- gli elementi teorici fondamentali per individuare il paziente con problemi di abuso
- i presupposti pratici per affrontare in modo efficiente ed efficace il problema del paziente fornendogli il supporto più adatto durante i momenti di emergenza.
- i presupposti pratici per indirizzare i pazienti all'uso corretto dei Servizi ed inserirli in un ottica di collaborazione attiva e propositiva con i SERD competenti per i loro territori.
- gli elementi pratici fondamentali per essere di supporto ai familiari

INTRODUZIONE

Il fenomeno del consumo di sostanze da abuso è in continua crescita ed assume proporzioni sempre più preoccupanti, sia per la sempre maggiore diffusione di nuove sostanze, che per la costante tendenza all'abbassamento dell'età d'inizio, anche nella nostra Regione. Nel contempo i quadri di intossicazioni acute con sostanze di abuso sono sempre più frequenti e l'uso di sostanze ha assunto negli ultimi anni caratteristiche sostanzialmente diverse da quelle che si riscontravano anche pochissimi anni fa.

Come si inserisce l'azione del Medico di Medicina Generale in questo campo?

Se si dovesse limitare l'intervento professionale della Medicina Generale, in maniera miope, a quelle che sono dichiarate come priorità del Sistema Sanitario (cronicità (Chronic Care Model), continuità assistenziale (H24, AFT, UCCP ecc.), contenimento della spesa) allora il discorso relativo ad un possibile ruolo dello stesso MMG nell'assistenza al paziente affetto da *addiction* sarebbe chiuso in partenza. Ma gli scenari che riguardano *l'addiction* oramai coinvolgono nuovi consumatori e nuovi modelli di consumo. Forse questo è lo scenario medico che negli ultimi anni ha subito i maggiori cambiamenti in termini sia di caratteristiche del paziente (normalizzazione sociale) sia del tipo di dipendenza (poliabuso, ludopatie e altre new addiction). I nuovi consumatori sono sempre più inseriti in un normale contesto lavorativo e sociale e non gradiscono lo stigma rappresentato dai Servizi specialistici delle Dipendenze. Oltre a ciò, sia le diverse modalità di assunzione delle sostanze (inalatorie, fumo ecc.) sia *l'addiction in assenza di sostanze* (ludopatie, internet addiction ecc.) fanno sentire questi soggetti come "non tossici" o comunque "non pazienti". Poiché l'efficacia dell'azione riguardo la prevenzione, il trattamento ed il recupero del disagio sociale e delle dipendenze di ogni genere, discende dalla capacità delle figure professionali impegnate nel settore di operare sinergicamente "in rete" con interventi multidirezionali e pluriprofessionali integrati, la sfida per la Medicina Generale è quella di ricavarsi un ruolo definito nell'intercettazione e nella co-gestione di questi problemi che sempre più si configurano come malattie croniche (e da qui l'indiscutibile riconduzione alla priorità del SSN di cronicità) e priorità di salute pubblica.

Per questo motivo l'azione formativa congiunta operata da più figure professionali impegnate in questo campo diventa uno strumento strategico fondamentale.

Epidemiologia e Dimensione Del Problema

Trattare di abuso oggi comporta innanzitutto una prima difficoltà: il poliabuso (anche in caso di *addiction senza sostanze*) è diventato un fenomeno comunissimo e oggi è molto più raro trovare soggetti con dipendenze singole che non soggetti che presentano la commistione di più di una di esse.

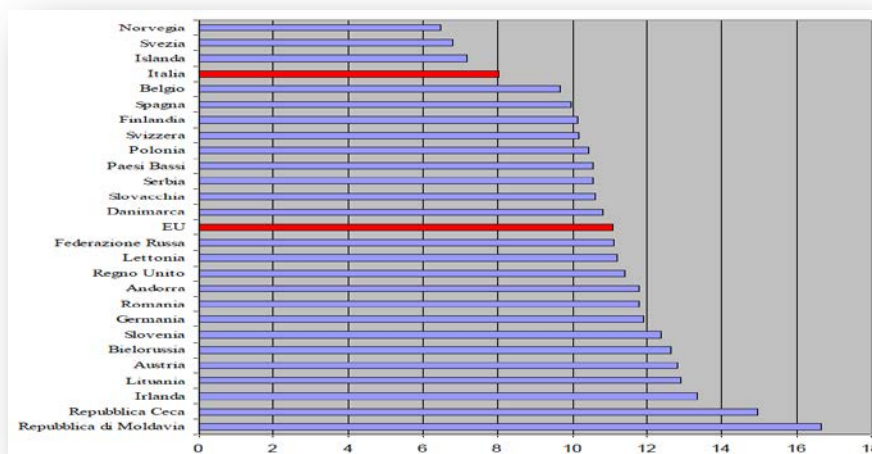
Per semplificare la trattazione didattica dell'argomento tuttavia è nostra intenzione trattare separatamente i diversi fenomeni.

Abuso di sostanze Alcoliche

L'abuso di alcol è presente nel 10-20% e la dipendenza da alcol nel 3-10% della **popolazione mondiale**, soprattutto maschile, di età dai 20 ai 35 anni, con responsabilità di oltre 2,5 milioni di decessi annui soprattutto tra i giovani dei paesi in via di sviluppo. L'OMS prevede entro il 2015 un consumo medio pro capite non superiore a 6 litri di alcol/anno.

In **Europa** l'alcolismo è un importante problema di sanità pubblica. Il consumo di alcol è più alto nei paesi centro-orientali e orientali e più basso nei paesi nordici ed è responsabile del 9% della spesa sanitaria, rappresentando una delle principali cause di morbilità e mortalità, compreso secondo l'OMS il 40-60% di tutte le morti traumatiche.

Consumo annuo pro-capite (litri) di alcol puro (>15 anni) in Europa



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, 2011

Negli adolescenti è la sostanza d'abuso più comune. In Europa, un decesso su quattro tra quelli registrati nei giovani tra i 15 e i 29 anni, è dovuto all'alcol. L'alcol rappresenta dunque il primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia cronica in questa fascia d'età

In **Italia**, secondo i dati Istat 2011, il 26,7% della popolazione beve alcolici quotidianamente, mentre il 39,9% ha consumato alcol almeno una volta fuori dai pasti. Complessivamente gli italiani che consumano quotidianamente bevande alcoliche sono 12,8 milioni. Beve vino il 53,3% della popolazione (11 anni e più), birra il 46,2% e aperitivi alcolici, amari, superalcolici o liquori il 40,6%. Beve vino tutti i giorni il 23,6% della popolazione e birra il 4,5%. Tra il 2001 e il 2011 appare in netto calo il consumo giornaliero di alcol che scende dal 34,8% al 26,7%. In aumento, tuttavia, la percentuale di consumi di alcolici fuori pasto passata dal 24,9% al 27,7%. Gli Italiani

che esagerano con gli alcolici sono il 7,5% e cioè il 12,2% dei maschi e il 3,2% delle femmine. Sebbene il nostro Paese abbia ridotto i consumi attestandosi a 6,10 litri di alcol puro annuali pro/capite, tale riduzione non sembra essere stata conseguita dai consumatori definiti "**heavy drinkers**", bevitori pesanti: infatti, nel 2012 gli uomini che hanno consumato più di 5 bicchieri di alcol al giorno (come detto, 1 bicchiere equivale a 12 grammi) sono stati circa 400mila e le donne 220mila. Una quota stabile negli anni.

Classificazione del consumo alcolico:

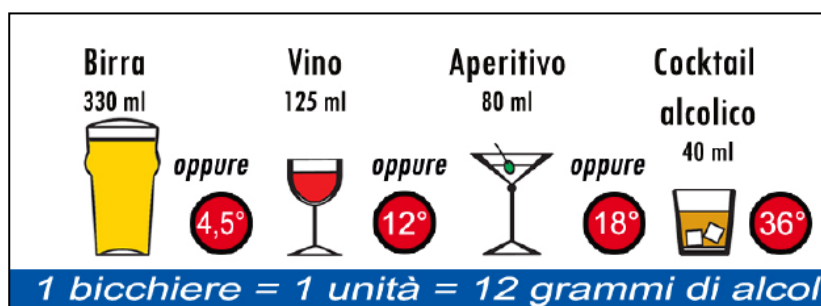
Il consumo alcolico "preoccupante" può essere classificato in tre distinti gradi

1. **CONSUMO A RISCHIO:** un livello di consumo o una modalità del bere che *possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.*
2. **CONSUMO DANNOSO:** una modalità di consumo alcolico che *causa danno alla salute, a livello fisico o mentale.* A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.
3. **ALCOLDIPENDENZA:** *insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti.* La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Si definiscono *a rischio* i consumi quantitativi oltre i quali gli effetti dell'alcol influiscono negativamente sull'individuo. Secondo le linee guida italiane per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (ISS) gli individui da considerarsi **a maggior rischio** sono :

- Donne che superano 20 g di alcol al giorno (1-2 UA)
- Uomini che superano 40 g di alcol al giorno (2-3 UA)
- Giovani di età inferiore ai 15 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche.
- Giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno.
- Ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno.
- E' inoltre **a maggior rischio** il consumo in un'unica occasione di 5 o più bevande alcoliche (*Binge drinking*)

Come calcolare le UA (Unità Alcoliche)



I consumatori **a maggior rischio** sono più frequenti tra gli anziani di età pari o superiore a 65 anni (il 43,0% degli uomini e il 10,9% delle donne) e tra i giovani di 18-24 anni (il 22,8% dei maschi e l'8,4% delle femmine) e tra gli adolescenti di 11-17 anni (il 14,1% dei maschi e l'8,4% delle femmine). Tra i giovani di 18-24 anni il comportamento a rischio più diffuso è il **binge drinking**

(consumo di grandi quantità di alcool in un periodo di tempo molto limitato come una serata o un fine settimana): secondo i dati dell'ONA sono più di 4 milioni i binge drinker e quelli che almeno una volta nel corso dell'ultimo anno hanno consumato più di 6 drink alcolici in un'unica volta.

Nel complesso, i comportamenti di consumo a rischio (consumo giornaliero non moderato, binge drinking, consumo di alcol da parte di adolescenti di 11-15 anni) riguardano 8 milioni e 179 mila persone.

I gruppi di popolazione che assumono con maggiore frequenza comportamenti a rischio corrispondono **agli adolescenti di 11-17 anni** (14,1% dei maschi e 8,4% delle femmine), **ai giovani di 18-24 anni** (22,8% dei maschi e 8,4% delle femmine) e **agli anziani di 65 anni e più** (43% uomini 10,9% donne).

Alcool e adolescenti

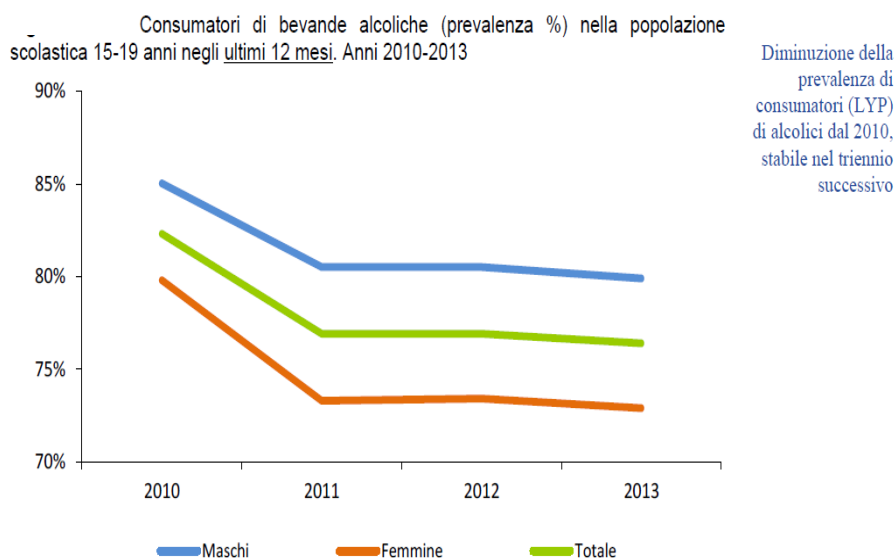
I dati riguardanti *i soggetti adolescenti* sono particolarmente allarmanti data l'alta pericolosità del consumo alcolico per lo sviluppo neuronale nei soggetti adolescenti. Per questo motivo, nei giovani di 11-15 anni viene considerato come comportamento a rischio anche il consumo di una sola bevanda alcolica durante l'anno.

Secondo la *relazione 2013 del Dipartimento Politiche antidroga della Presidenza del Consiglio* la percentuale di giovani che ha consumato alcolici negli ultimi 12 anni è rilevante: 14,0% dei maschi e 9,7% delle femmine. Già a partire dai 18-19 anni i valori di consumo si avvicinano a quelli della media della popolazione: nel caso delle ragazze sono più elevati rispetto alla popolazione femminile (53.7 % vs 52.1%).

Anche il consumo di bevande alcoliche *al di fuori dai pasti* è in significativo aumento tra gli adolescenti (11-17 anni), che sono saliti dal 44,4% del 2010 al 54% del 2011.

Tra i ragazzi di 16-17 anni la diffusione di comportamenti di consumo a rischio è piuttosto critico ed interessa il 14,3% dei ragazzi e il 5,1% delle ragazze, nella stessa fascia di età il **binge drinking** raggiunge livelli prossimi a quelli medi della popolazione giovanile.

Il binge drinking (21,8% dei maschi e 7,9% delle femmine tra i 18-24 anni) è particolarmente legato ai momenti di socializzazione. Infatti, i comportamenti di consumo a rischio sono più diffusi tra i giovani che frequentano discoteche (31,9%), rispetto ai coetanei che non vanno in discoteca (7,8%).



Fonte: Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

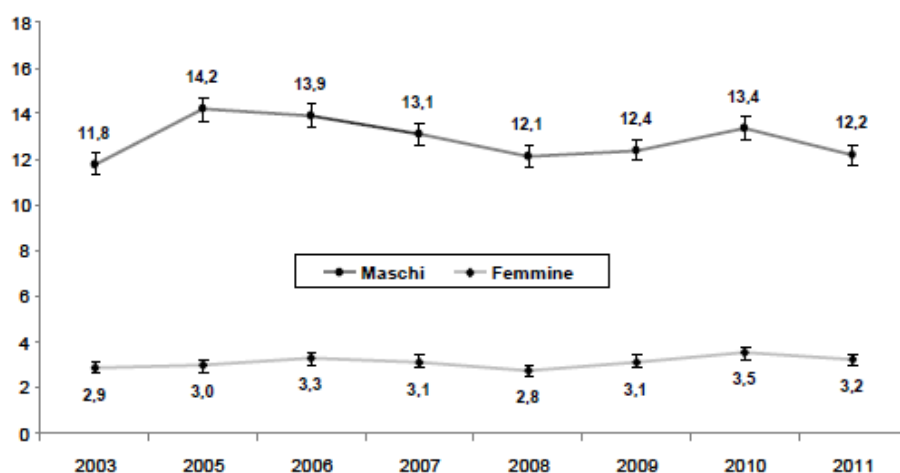
Il Ministero della salute con l'indagine ESPAD 2013 mette in luce l'importanza di un altro fenomeno frequente negli adolescenti e diverso dal "binge" quello delle **ubriacature**.

L'indagine, espletata mediante un questionario distribuito nelle scuole medie superiori, ha rilevato che il 47,5% dei ragazzi e dal 39,9% delle ragazze si è ubriacato almeno una volta nella vita, tra questi rispettivamente al 18,3% ed al 13,3% lo aveva fatto negli ultimi 30 giorni.

Il quesito posto agli studenti chiariva : "Quante volte (se ti è accaduto) ti sei ubriacato bevendo alcolici, per esempio, barcollando nel camminare; oppure non riuscendo a parlare correttamente, vomitando o dimenticando l'accaduto?".

Il fenomeno delle ubriacature sembra interessare meno gli studenti dell'Italia meridionale/insulare, per i quali comunque nel 2013 si registra un evidente aumento (statisticamente significativo) di tale fenomeno rispetto al biennio precedente trazione. Per quanto riguarda le altre aree geografiche si osserva nel triennio una iniziale flessione, seguita da un lieve aumento, che ha portato i valori delle prevalenze a livelli uniformi.

Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003-2011)



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol dati Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nello stesso studio ESPAD 2013 è indagato inoltre il **policonsumo** di sostanze psicoattive, legali ed illegali, sempre più diffuso tra i soggetti più giovani.

Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte dai poliassuntori negli ultimi 30 giorni relativamente al 2013.

Facendo riferimento agli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa di sostanze è quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 64,8% degli studenti che dichiara di averle assunte negli ultimi 30 giorni (65,1% nei maschi e 64,3% nelle femmine). Una percentuale decisamente minore si osserva se si considera l'assunzione di alcol e cannabis negli ultimi 30 giorni, pari all'8,8% (11,1% per i maschi e 5,0% per le femmine) e il consumo di tabacco e cannabis, pari al 6,6% (5,7% per i maschi e 8,2% per le femmine).

Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni

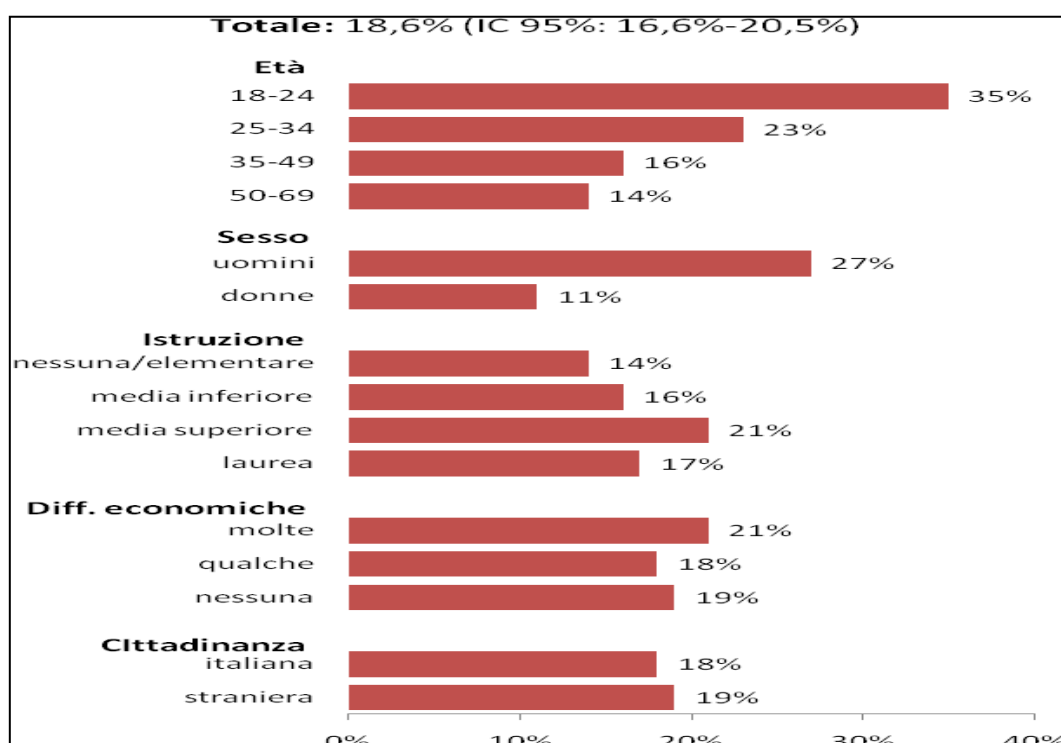
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	370	11,06	105	5,04	475	8,75
Tabacco+Cannabis	190	5,68	171	8,21	361	6,65
Consumo di 2 sostanze - altro	50	1,49	85	4,08	135	2,49
Alcol+Tabacco+Cannabis	2.178	65,11	1.341	64,35	3.519	64,82
Consumo di 3 sostanze - altro	113	3,38	104	4,99	217	4,00
Più di 3 sostanze	444	13,27	278	13,34	722	13,30
Totale	3.345	100,0	2.084	100,0	5.429	100,0

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

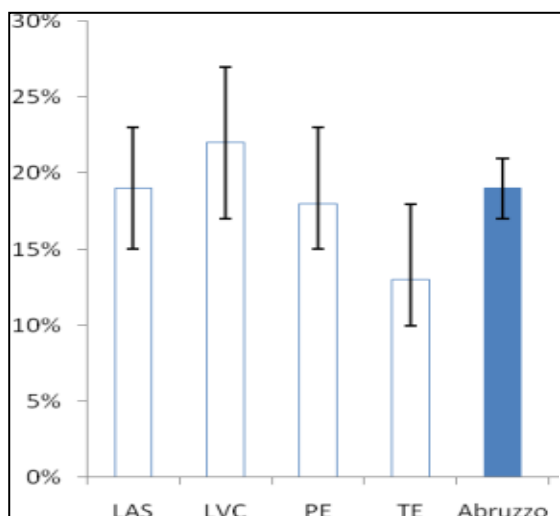
Dati del rapporto regionale 2008-2011 del sistema di sorveglianza Passi sull'Abruzzo

In Abruzzo la percentuale di consumatori di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni) è risultata pari al 51%, mentre il consumo fuori pasto era del 6% e il consumo abituale elevato del 5%. Relativamente al periodo 2010-11 le prevalenze del consumo binge sono state dell'11% e del consumo a maggior rischio del 19% (pool ASL Italiane media del 17%).

Consumo a maggior rischio-Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche **Abruzzo** 2010-11



Consumo a maggior rischio-Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



LAS : l'Aquila Avezzano Sulmona
 PE : Pescara
 LVC : Lanciano Vasto Chieti
 TE: Teramo

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-superiore; minima è la differenza per quanto riguarda le difficoltà economiche e la cittadinanza.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio sono:

- per gli uomini, l'età ;
- per le donne l'età ed il livello di istruzione.

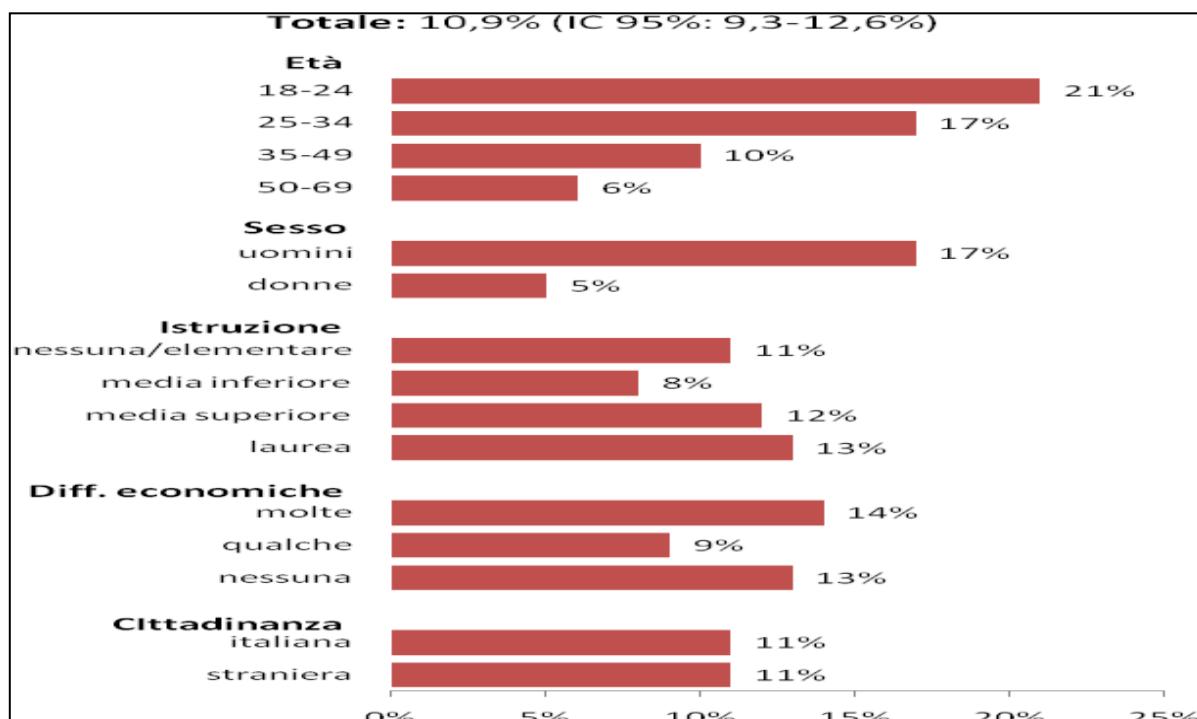
Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 13% di Teramo al 22% di Lanciano-Vasto-Chieti).

Confronto su pool omogeneo	anno 2010	anno 2011
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	22,7% (19,6-25,8)	15,5% (13,0-18,0)

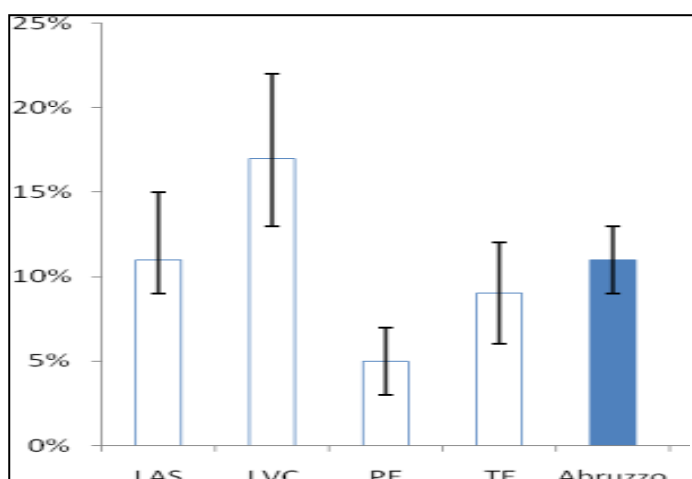
Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore nei due anni abbia subito una flessione statisticamente significativa.

Nella tabella dei dati per regione di residenza PASSI il consumo di alcol a rischio per l'Abruzzo nell'anno 2013 è stato del 14,26% (IC95% 12.84-15.8), realizzando quindi un'ulteriore flessione.

Consumo binge -Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Abruzzo 2010-11



Consumo binge -Prevalenze per ASL di residenza - regione Abruzzo 2010-11



LAS : l'Aquila Avezzano Sulmona
 PE : Pescara
 LVC : Lanciano Vasto Chieti
 TE: Teramo

Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione alto; non c'è differenza per la cittadinanza mentre per quanto riguarda le difficoltà economiche la prevalenza è maggiore in chi ha molte o nessuna difficoltà rispetto a chi ha solo qualche difficoltà.

L'analisi multivariata considerando separatamente i due sessi, evidenzia, negli uomini, l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa del consumo binge con l'età, con il livello di istruzione e con le condizioni difficoltà economiche; per le donne solo con l'età.

Nelle ASL regionali il range relativo al consumo binge varia dal 5% di Pescara al 17% di Lanciano-Vasto-Chieti(ambedue questi valori sono significativamente differenti dal dato regionale).

Confronto su pool omogeneo	anno 2010	anno 2011
Consumo binge (% con IC95%)	10,8% (8,3-13,2)	11,1% (8,8-13,3)

Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia stabile nei due anni.

Nella *tabella dei dati per regione di residenza PASSI* il consumo binge per l'Abruzzo nell'anno 2013 è stato del 7,565% (IC95% 6,628-8,623) realizzando quindi una flessione

Riguardo all'abuso di alcol e la **guida**, nel report *Passi 2008-2011 nella regione Abruzzo*, una minoranza consistente (il 12% circa dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri. Il problema presenta un andamento altalenante con valori che subiscono delle fluttuazioni annuali anche se la percentuale è scesa dal 14% del 2008 al 10% del 2011.

I controlli sistematici con etilotest rilevano la concentrazione ematica di alcol o *BAC, Blood Alcohol Concentration*, con limite legale pari e al di sotto di 0,5 grammi per litro. Purtroppo in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione superiore. Gli etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione di questa mortalità, ma risultano ancora diffusi solo nel 10% dei guidatori fermati dalle forze dell'ordine

Un esempio di ambulatorio alcolologico dalla relazione del Ser.T. di Chieti e Vasto anni 2005-10

L'ambulatorio di Alcologia presso il Ser.T. di Vasto fu istituito nell'anno 1996. L'affluenza di un gran numero di pazienti provenienti dalla vicina area Frentana, ha permesso che fosse istituito presso il Distretto Sanitario di Base di Lanciano un ulteriore ambulatorio alcolologico nell'anno 2007. L'utenza dei due ambulatori viene presa in carico dal Ser.T. di Vasto e mediamente gli alcolisti costituiscono il 32 % dei pazienti in carico. Il Servizio di Alcologia di Chieti fu istituito nel 1998 per rispondere alle problematiche alcolologiche del territorio della ex ASL di Chieti.

Stando al rapporto sul fenomeno delle dipendenze della regione Abruzzo (*Il fenomeno delle dipendenze nella Regione Abruzzo, Rapporto anno 2010, cit., 2011, p. 212 ss*), la **bevanda d'abuso**, anche nel 2010, come per gli anni precedenti, è rappresentata dal vino. Ne abusa il 61% degli utenti dei servizi (59% maschi e 66% femmine). Anche gli alcolisti consumatori di birra rappresentano in ambito regionale una fetta non trascurabile dell'utenza con delle percentuali che si aggirano intorno al 25% del totale assistiti. Tra le altre tipologie di bevande alcoliche invece i superalcolici rappresentano, almeno a livello regionale, quote minoritarie appannaggio più della componente maschile (10% contro il 3% delle donne). Tra i consumatori di aperitivi e amari invece le quote regionali si mostrano rovesciate rispetto a quelle di chi beve preferibilmente superalcolici (9% donne e 5% uomini).

Nel SerA di Chieti gli assistiti consumatori di vino rappresentano comunque più del 90% degli assistiti (90% dei maschi e 97% delle femmine).

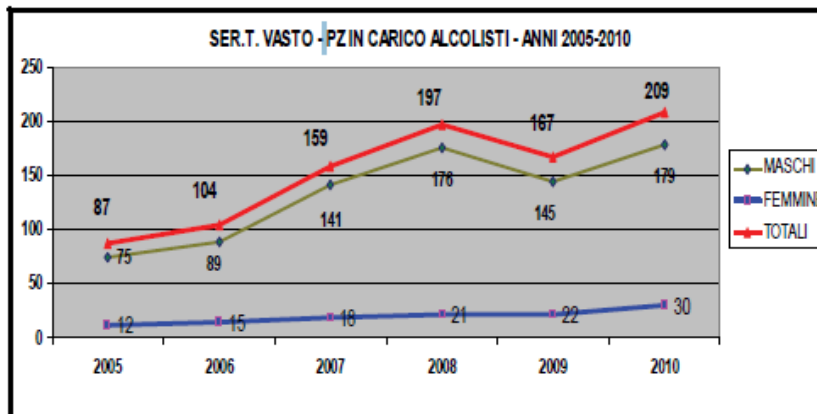
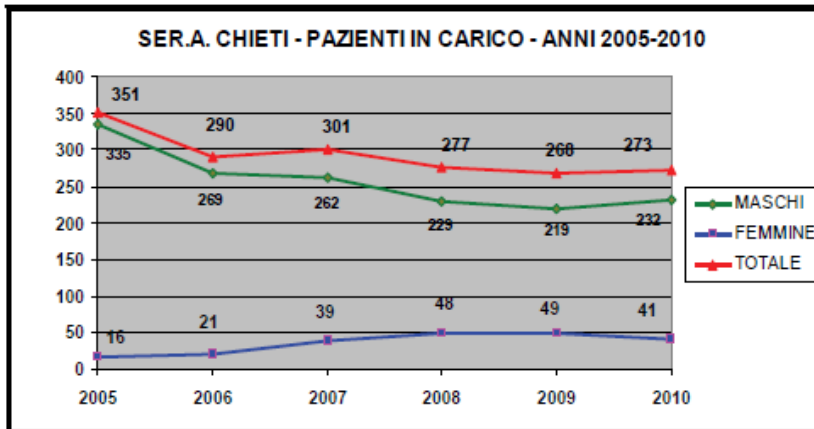
Nell'ambulatorio di Vasto tutte le donne sono consumatrici di vino contro il 78% degli uomini. L'ulteriore quota appannaggio della componente maschile, pari al 22%, è in trattamento invece per abuso di superalcolici.

Il periodo di latenza dei pazienti alcolisti è molto maggiore rispetto ai tossicodipendenti. In media sia al Ser.T. di Vasto sia al Ser.A. di Chieti l'arco di tempo tra l'età di uso problematico e il primo

contatto con il Servizio è di circa 17 anni. L'andamento è parallelo a quello fatto registrare dagli alcolisti in carico presso il Ser.T. di Vasto.

Rilevante è inoltre l'enorme **differenza tra l'età di uso problematico e l'età di primo contatto con il Ser.T.** tra gli alcolisti e i tossicodipendenti da altre sostanze stupefacenti e psicotrope.

Si evince un ritardo di circa 10 anni rispetto all'eroina e 6-7 anni rispetto alla cocaina. Infatti l'età media nel momento del primo contatto con le strutture sanitarie che per Chieti è pari a 42,3 anni per maschi e 40,6 per le femmine, mentre per Vasto gli omologhi sono 42,2 e 41,5.



Abuso Di Sostanze stupefacenti

Le novità nel fenomeno

Il Piano di Azione Nazionale Antidroga (a cura Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio) individua **le caratteristiche salienti che evidenziano la variazione intervenute nel fenomeno dell'abuso** negli ultimi 5 anni:

1. Variazione delle offerte

In questi anni le organizzazioni criminali hanno imposto variazioni alla loro rete di distribuzione utilizzando strategie di marketing su strada e di web marketing che hanno reso estremamente più semplice l'accesso alle sostanze. Lo spacciatore tende ad offrire qualsiasi tipologia di sostanza per rendere più appetibile l'offerta, anche in "baby dosi" a prezzi ridotti al fine di accostare i giovanissimi, e raccoglie gli ordinativi attraverso gli sms dei cellulari. Questo metodo garantisce al cliente discrezione e rapidità nell'acquisto e allo spacciatore maggiore mobilità e capillarità di azione. Vengono spesso utilizzati come vettori soggetti minorenni meno legalmente perseguiti e più propensi ad accettare rischi. Le strategie di marketing includono anche promozioni, gadget e veri e propri "sconti comitiva". L'offerta via web è divenuta un affare di proporzioni impensabili. Secondo l'Osservatorio Europeo sono oltre 200 i prodotti psicoattivi commercializzati on line in Europa da veri e propri drugstore dei quali ben il 52% ha sede nel Regno Unito e il 37% in Olanda. Nel 2013 sono stati identificati complessivamente 106 siti web esclusivamente dedicati alla vendita di sostanze con server in Italia. Accanto alla offerta via internet è da segnalare, anche se in diminuzione, l'affare dei cosiddetti "smart shop": veri e propri punti vendita aperti a centinaia in tutta Italia (maggiore concentrazione Emilia Romagna e Lazio) specializzati nei cannabinoidi sintetici sottoforma di "incensi" o "profumatori ambientali", prodotti con effetti tossici simili a quelli del THC (delta 9 tetraidrocannabinolo uno dei più noti principi attivi della Cannabis) per i quali sono già documentati numerosi casi di intossicazione acuta.

2. Età di inizio

L'uso di sostanze da abuso diventa sempre precoce coinvolgendo soggetti la cui età comporta una capacità sempre più bassa di consapevolezza dei rischi correlati all'uso di sostanze o di alcool. L'uso precoce di sostanze rappresenta un fattore fortemente negativo soprattutto per la dimostrata interferenza delle sostanze da abuso con i processi cerebrali di maturazione e sviluppo soprattutto adolescenziali. L'uso di sostanze in età evolutiva è infatti in grado di interferire negativamente sui sistemi dei cannabinoidi endogeni, della dopamina, sul sistema GABAergico in grado di interferire significativamente sui processi di plasticità neuronale e quindi in definitiva sui processi di sviluppo e maturazione cerebrali.

3. Sostanze di iniziazione

Attualmente si osserva come le sostanze psicoattive di primo accesso ai comportamenti di assunzione di sostanze stupefacenti siano sempre più frequentemente costituite da **alcool, tabacco ed energy drink** a causa della facilità del loro reperimento e della "accettabilità" sociale della loro assunzione soprattutto nella prima fase quando la loro assunzione può ancora essere volontariamente tenuta entro quantitativi ragionevoli. L'accettabilità sociale dell'assunzione di queste sostanze è soprattutto legata alla loro formulazione accattivante e falsamente innocua. Sono comparsi sul mercato una serie di **soft-drink che mescolano in quantità variabile alcool a sostanze eccitanti legali** quali caffeina anche ad alto dosaggio, taurina ed altri stimolanti che mischiati a superalcolici creano pericolosi mix psicoattivi eccitanti e disinibenti.

Ultimamente infine sono comparse sul mercato una quantità di **droghe sintetiche (smart-drugs) vendute in negozi specializzati (smart-shop)** come droghe legali creando nel consumatore una percezione di bassa pericolosità che favorisce il consumo, allo stesso modo dell'acquisto via internet divenuto molto diffuso nelle giovani generazioni. Molte di queste sostanze, contrariamente a ciò che viene percepito dai consumatori, risultano assai più pericolose e attive dello stesso fitocannabinoide più comune (delta 9 THC).

4. Rituali di uso e modalità di assunzione

Sempre più spesso il pattern di uso di sostanze è orientato al **consumo di più di una sostanza sequenzialmente o contemporaneamente e quasi costantemente assieme ad alcool**. E' in forte aumento il **consumo occasionale/episodico** (prevalentemente il fine settimana, in occasione di impegni lavorativi particolarmente pesanti) anche in relazione alla minore disponibilità economica legata alla crisi. Le sostanze sempre più frequentemente vengono usate per sfruttare la loro capacità disinibente allo scopo di facilitare le relazioni sociali o di aumentare l'autostima dei ragazzi. Alcune attività "socializzanti" o ludiche arrivano ad essere considerate non più attraenti o divertenti se svolte in assenza dell'effetto delle sostanze stesse.

5. Tipi di Sostanze d'abuso

Per venire incontro alle diverse esigenze dei consumatori il mercato in questi ultimi anni ha variato molto l'offerta. Si è assistito alla comparsa di sostanze sempre più "specializzate" soprattutto nel campo delle **anfetamine e metanfetamine, Ketamina e LSD** che associate tra loro in una variabile quantità sono in grado di fornire effetti di tipo allucinatorio ed eccitatorio variamente modulabili. Da qualche anno ha preso piede anche la cosiddetta "droga dello stupro" **Gamma-Hydroxybutirato o Ecstasy liquida** (utilizzata dagli uomini per mantenere più a lungo l'erezione) i cui metaboliti sono stati trovati nei liquidi organici di numerosi soggetti coinvolti in azione di stupro collettive o meno.

Anche per la **cannabis** sono da segnalare la recente **comparsa di prodotti a più alto contenuto di principio attivo, e di derivati** a sintesi chimica più facilmente commercializzabili perché non inseriti nell'elenco delle sostanze stupefacenti.

Anche per la **cocaina** si segnalano le stesse variazioni e cioè **la comparsa sul mercato italiano di partite contenenti percentuali molto più elevate di 6-monoacetilmorfina** al punto da avere causato una serie di decessi droga-correlati e la **associazione a sostanze che ne prolungano e potenziano gli effetti**.

6. Integrazione sociale e comportamenti mimetici dei consumatori

La perfetta integrazione sociale e la conservazione per lungo tempo di uno status di apparente normalità caratterizza da alcuni anni anche i consumatori abituali di sostanze, rendendo molto più difficile la loro caratterizzazione (in sostanza ci si trova spesso di fronte a consumatori insospettabili). Gli adolescenti sono divenuti particolarmente abili ad eludere i controlli dei genitori (sanno perfettamente come eludere i tests antidroga, per esempio) e sono divenuti esperti nel gestire eventuali incidenti. Spesso inoltre è l'ambiente in cui vivono che inserisce il loro consumo quasi in una aura di normalità ("lo fanno tutti") se non addirittura da "status symbol" (usare coca è da status sociale elevato, è "in"). Anche senza andare a cercare in certi ambienti notoriamente vicini all'uso di sostanze (spettacolo, finanza, politica) si è notata nel tempo una sempre più esplicita tolleranza verso l'uso di certe sostanze che induce, specialmente le persone più giovani, a percepire l'uso di sostanze come comportamento accettato e accettabile e soprattutto a basso rischio.

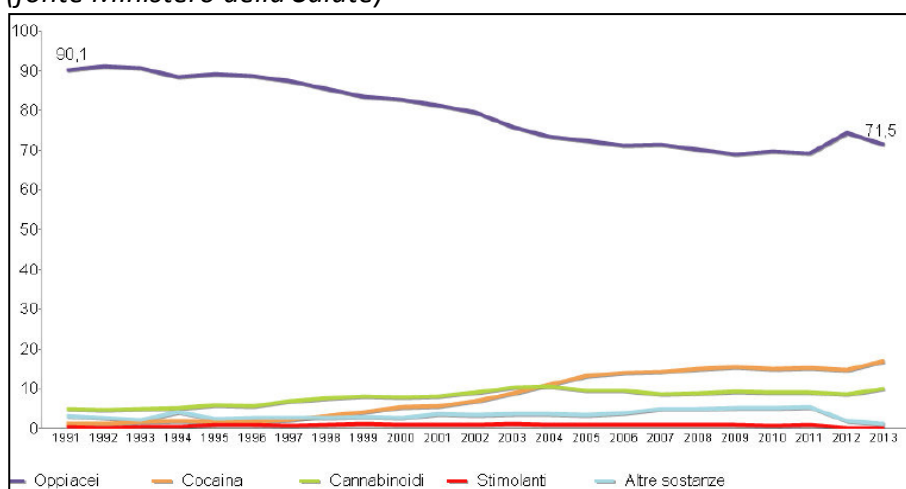
7. Accesso ai trattamenti

Si deve segnalare innanzitutto il costante aumento in questi anni, tra gli utenti dei Servizi di cura, dei soggetti con **alcolismo e poliabuso** per i quali sono necessari protocolli di trattamento integrati e più complessi.

Per ciò che riguarda i consumatori di eroina con uso inalatorio si è notato negli ultimi anni una **maggiore precocità dell'utilizzo dei servizi di cura** rispetto ai vecchi consumatori

della sostanza per via endovenosa. Di solito il primo accesso avviene dopo sei mesi un anno dall'inizio dell'uso in seguito ad una crisi astinenziale di solito accolta con sorpresa dal consumatore convinto di essere ben lungi dalla fase della dipendenza. Questo fenomeno dipende soprattutto dalla erronea, ma diffusa convinzione che l'uso inalatorio non conduca alla dipendenza. Rispetto ad alcuni anni fa inoltre **è aumentato il numero di donne** che si rivolgono ai servizi ed **è aumentata l'utenza nella fascia compresa tra 18 e 24 anni**. **Sono aumentati gli utenti consumatori di cocaina e cannabis** variamente associate tra loro e con altre sostanze, molti di essi, soprattutto tra i consumatori più giovani, si rivolgono ai servizi per la comparsa di disturbi psichiatrici di tipo dissociativo; **resta bassa la presenza di consumatori di anfetamine e metanfetamine**.

Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi secondo la sostanza primaria (fonte Ministero della Salute)



Come si può notare la stragrande maggioranza degli utenti in trattamento presso i Servizi è rappresentata dai consumatori di oppioidi, in gran parte pazienti di abituale frequentazione per l'appunto "cronici e stabilizzati". Le regioni con il maggior numero di utenti in carico per uso di oppioidi sono nell'ordine: Abruzzo, Valle d'Aosta, Trentino e Marche.

Strumenti di monitoraggio del fenomeno e interventi

Da circa 4 anni sono stati attivati nuovi strumenti di sorveglianza che si avvalgono del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento per le Politiche Antidroga collegato ad una rete di laboratori e strutture del sistema emergenza/urgenza.

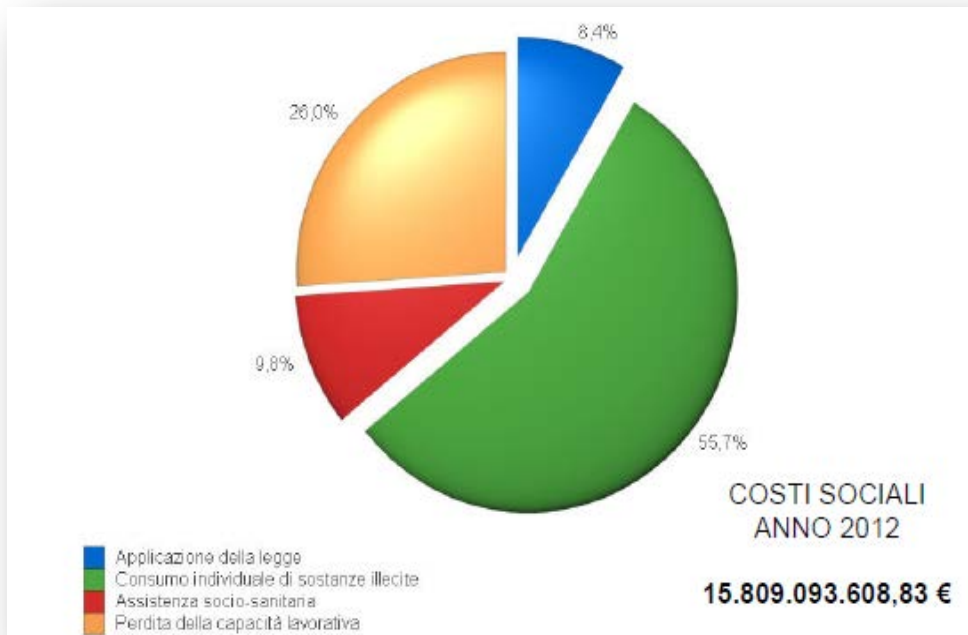
E' stato creato uno specifico Osservatorio Nazionale in grado di integrare i dati provenienti dalle varie Amministrazioni centrali e sono state attivate procedure più rapide per l'identificazione delle nuove sostanze da abuso e il loro inserimento nelle tabelle delle sostanze psicoattive. L'istituto Superiore di Sanità ha inoltre provveduto a fornire ai propri centri collaborativi e laboratori gli standard analitici indispensabili per identificare velocemente le nuove droghe sintetiche. Queste azioni hanno reso molto più veloce l'azione delle forze dell'ordine nel sequestro e identificazione delle sostanze sequestrate e nel perseguire efficacemente gli spacciatori. Ad oggi sono state identificate ben 370 nuove sostanze entrate nel territorio nazionale dal 2009. E' stato inoltre potenziato il collegamento con le altre strutture europee e non che si occupano di politiche antidroga che hanno fornito strumenti di miglioramento del sistema nazionale.

Purtroppo è emerso con forza come la frammentazione degli interventi in questo campo determinata dalla regionalizzazione abbia indebolito moltissimo la lotta al fenomeno droga.

Pur riconoscendo la necessità e l'opportunità delle azioni autonome delle Regioni in molti campi, non si può infatti negare che le differenze, talvolta anche profonde, tra le diverse azioni messe in campo dalle singole regioni abbiano spesso giocato un ruolo paralizzante delle attività di integrazione degli interventi stabiliti dai Piani di Azione Nazionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga. Ci si augura quindi che in futuro tutto ciò cambi e la collaborazione tra i

Decisori centrali e quelli periferici diventi veramente operativa riacquistando almeno una buona parte della efficacia persa in questi anni, tutto questo anche perché i costi sociali relativi all'uso di sostanze risultano veramente imponenti e in questi periodi assumono sempre più l'aspetto della insostenibilità.

Distribuzione per macrocategorie di costi relative all'uso di sostanze stupefacenti (fonte: Dipartimento Politiche Antidroga)

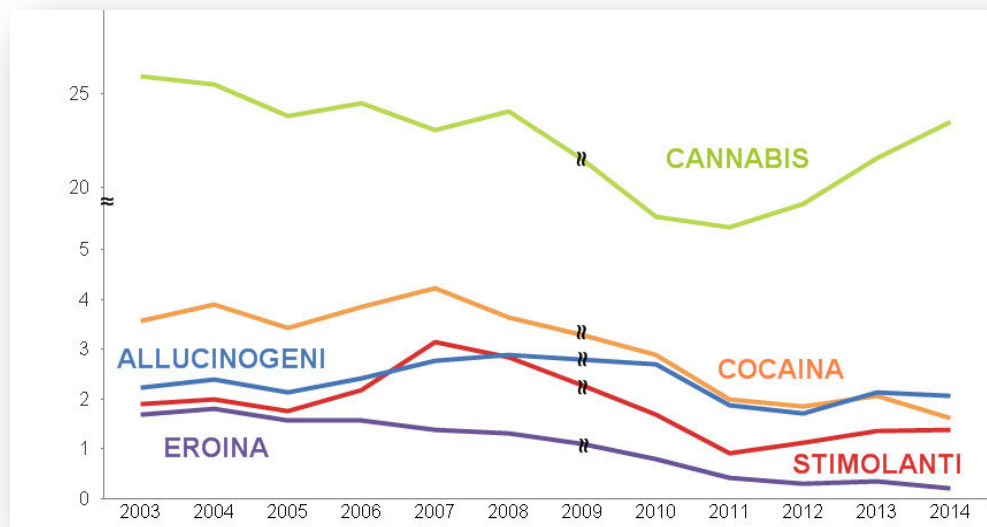


ALCUNI DATI EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI E LOCALI

Consumo di sostanze da abuso nella popolazione tra i 15 e i 19 anni

Il consumo di sostanze stupefacenti tra gli studenti mostra una contrazione progressiva del consumo di **eroina e cocaina** fino al 2011, successivamente una stabilizzazione e una diminuzione nell'uso, diverso è l'andamento della per le altre sostanze: **la cannabis** dal 2003 segue un andamento in decrescita come l'eroina, ma dal 2011 ha un andamento in forte e costante ripresa e lo stesso andamento è osservabile per le **sostanze stimolanti e gli allucinogeni**. Confrontando i nostri dati relativi ai ragazzi 16enni con quelli europei si nota come il nostro paese si posiziona al 10° posto per il consumo di cocaina, al 5° posto per il consumo di eroina, 12° per il consumo di cannabis, al 19° e 18° per anfetamine ed ecstasy.

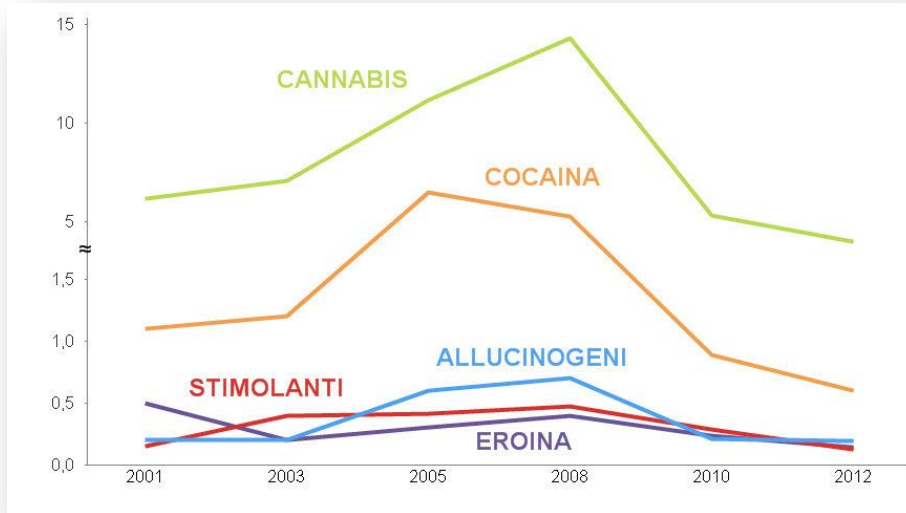
Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica dai 15 ai 19 anni (consumo di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi) (fonte Dipartimento Politiche antidroga)



Consumo di sostanze da abuso nella popolazione generale (tra i 15 e i 64 anni)

L'analisi della popolazione generale conferma una sostanziale contrazione del numero dei consumatori almeno fino al 2012, non si rileva quindi la ripresa del consumo che è presente nella popolazione scolastica tra i 15 e i 19 anni. Confrontando i nostri dati relativi alla popolazione generale con quelli europei si nota come il nostro paese si posiziona al 18° posto per il consumo di cocaina, al 23° per il consumo di cannabis, al 26° e 29° per anfetamine ed ecstasy, non si ha il dato per il consumo di eroina

Consumo di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi riferiti alla popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). (fonte: elaborazione da dati IPSAD Italia 2001-2008, dati GPS-DPA 2010-2012)

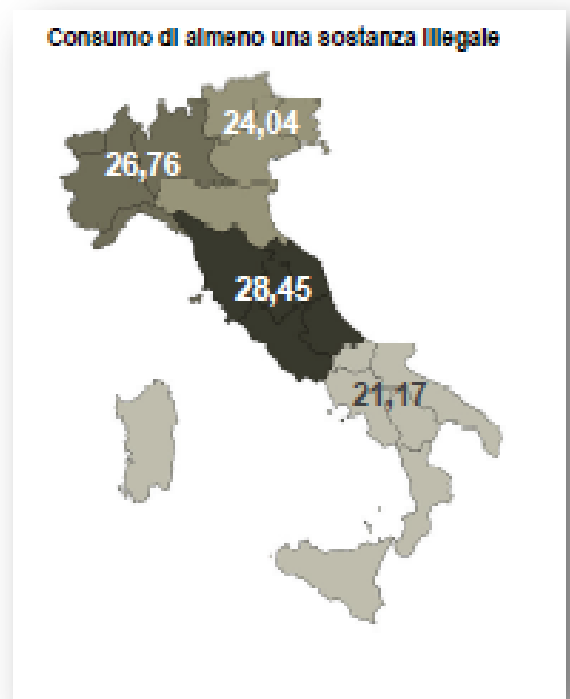


Distribuzione geografica del consumo di sostanze da abuso in Italia

(fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga)



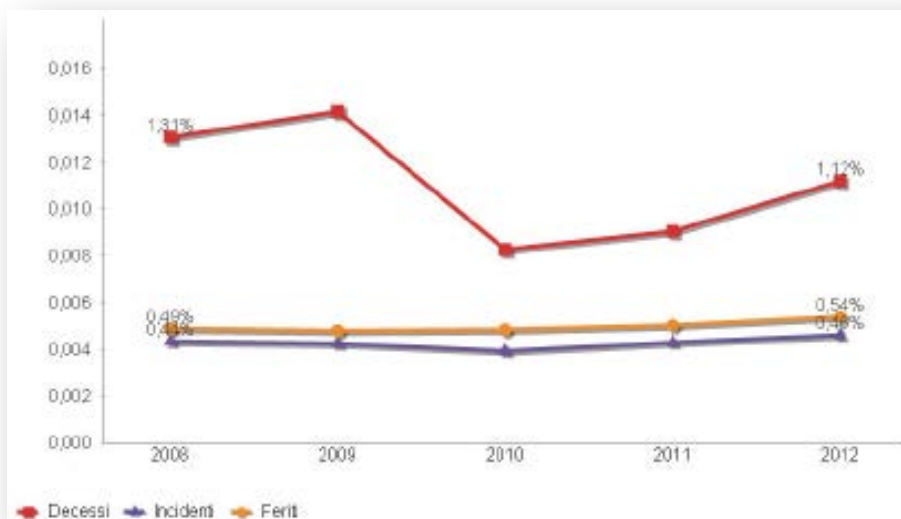
Popolazione generale
(15-64 anni)



Popolazione in età scolastica
(15-19 anni)

Andamento degli incidenti stradali, decessi e feriti droga correlati

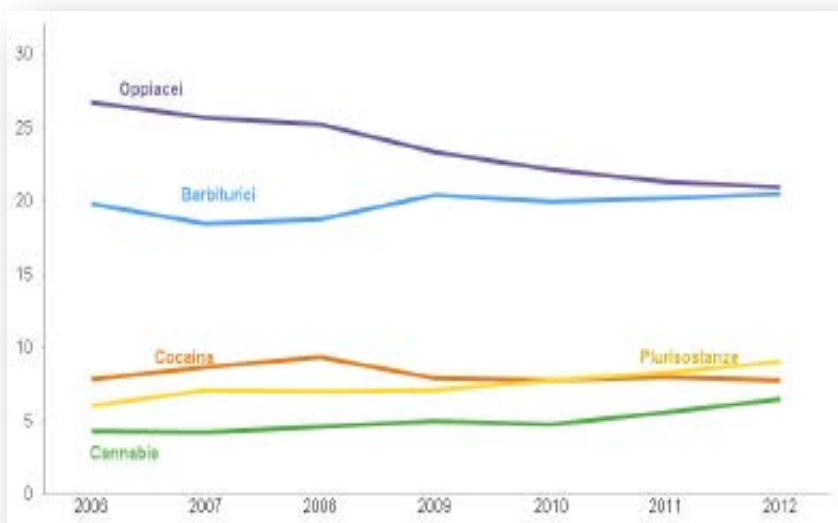
(fonte: elaborazione ISTAT)



Nel 2012 gli incidenti alcol-droga correlati sono risultati 6.301 di cui 5441 alcool correlati e 860 droga correlati. Relativamente agli incidenti stradali legati al solo consumo di droghe si rileva una diminuzione degli incidenti stradali e dei feriti, ma il numero dei decessi è aumentato (+17%).

Distribuzione dei ricoveri ospedalieri droga-correlati rispetto alla sostanza utilizzata

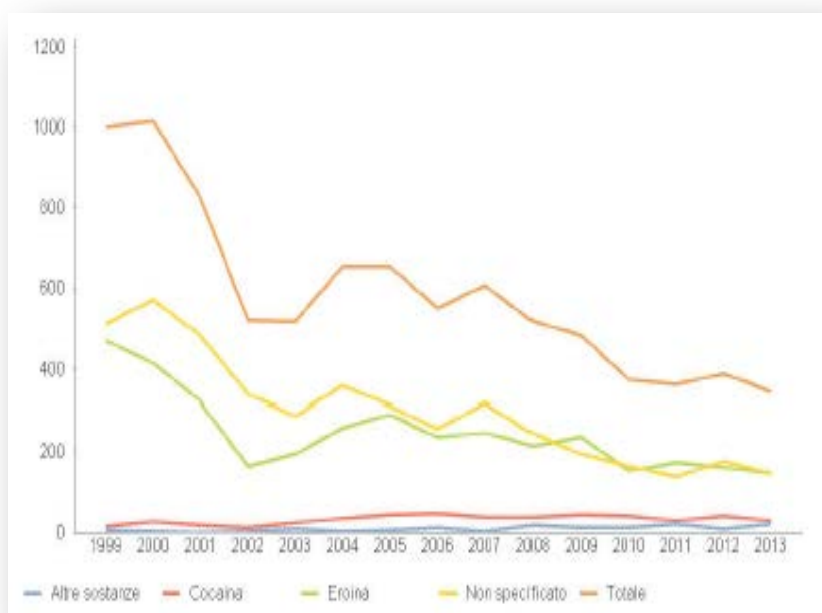
(fonte: Elaborazione su dati SDO- Ministero della Salute)



Anche il ricorso alle cure ospedaliere riflette l'aumento dei consumi di cannabis: l'età più rappresentata tra i pazienti ricoverati per abuso di questa sostanza è tra i 20 e i 24 anni. Via via più elevata per cocaina (35-39) ed eroina (40-44). In costante inesorabile aumento il numero di ricoveri per poliassunzione.

Decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza

(fonte: Ministero dell'Interno-DCSA)



I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito una impennata negli anni ottanta e primi anni novanta. Dal 1997 al 2002 in Italia il trend di mortalità è andato progressivamente in diminuzione forse per la maggiore disponibilità di strutture deputate ai servizi terapeutici ad hoc. Successivamente il trend si è sostanzialmente stabilizzato. Per quanto riguarda i dati relativi al 2013 l'eroina è la sostanza che ha causato il maggior numero di vittime seguita dalla cocaina, ma in ben il 45% dei casi la sostanza presunta causa del decesso non è stata identificata.

New Addiction : dipendenze senza sostanze

Si definiscono **“new addiction”** le nuove forme di dipendenza collegate all'uso distorto e/o all'abuso delle «Nuove droghe» come Gioco d'Azzardo, Internet, Shopping, Lavoro, Sesso, Cibo, Relazioni Affettive, Sport.

Le nuove dipendenze comprendono tutte quelle forme di dipendenza in cui NON è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica; *l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata.*

Per la maggior parte delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze.

Fornire dati epidemiologici circa le nuove forme di dipendenza non è facile, anche perché ci troviamo di fronte ad un fenomeno in continua evoluzione. I dati più attendibili sono quelli riguardanti il cosiddetto “Gambling” cioè il gioco d'Azzardo Patologico che è stato oggetto di uno specifico corso di aggiornamento l'anno scorso.

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La stima dei giocatori **d'azzardo problematici** varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei **giocatori d'azzardo patologici** varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012).

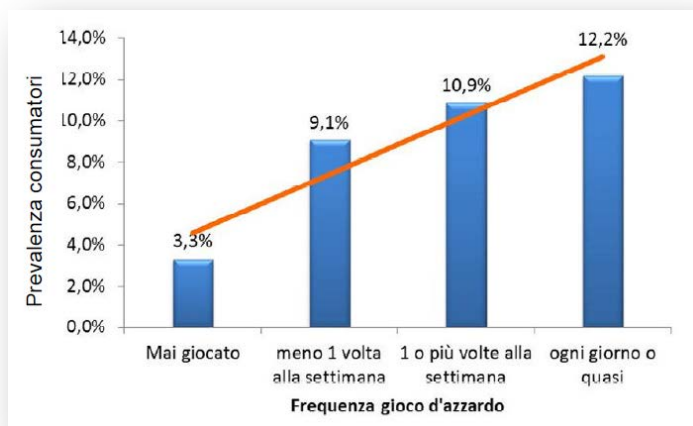
Nel 2011, è stato registrato un forte investimento in denaro da parte dei giocatori, con importanti differenze tra le singole Regioni. Le tre Regioni che, nell'ordine, hanno speso di più in termini assoluti in gioco d'azzardo sono state la Lombardia (14,8 miliardi), il Lazio (9,1 miliardi) e la

Campania (8,9 miliardi). Mentre quelle meno impegnate nel gioco d'azzardo sono la Basilicata, il Molise e la Valle d'Aosta.

Se si valuta, però, il denaro giocato pro capite, considerando la popolazione maggiorenne, nel 2011, le quattro regioni che hanno un maggior indice di spesa sono il Lazio, la Campania, l'Abruzzo, la Lombardia. Mentre quelle con valori più bassi sono Sardegna, Sicilia, Basilicata, Calabria.

Nel 2012, l'Abruzzo ha raggiunto il primato nazionale rispetto alla spesa pro - capite per il gioco d'azzardo.

Relazione tra consumo di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi e frequenza del gioco d'azzardo (fonte: studio GPS-DPA 2012. Dipartimento Politiche Antidroga)



Ricordiamo inoltre come il fenomeno del gambling si inserisce in pieno all'interno del concetto del cosiddetto "poliabuso". E' stata dimostrata infatti una correlazione lineare tra la frequenza del gioco d'azzardo e il consumo di sostanze stupefacenti.

Il modello di cure misto: uno sguardo al futuro

Nel futuro prossimo è possibile prevedere un'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con problemi di abuso che tenga conto delle mutate condizioni cliniche e delle nuove opportunità terapeutiche.

I pazienti dipendenti dovrebbero essere trattati il più "normalmente" possibile, senza ricorrere a regolamenti stigmatizzanti e soprattutto senza separarli dal loro contesto, azioni che rischiano di rivelarsi un metodo inefficiente, che va incontro a un reinserimento traumatico, soggetto a rischi elevati di inevitabili ricadute, tipiche di una patologia cronica e recidivante quale è la dipendenza da sostanze.

Come per tutte le altre patologie croniche l'assistenza andrà organizzata **per livelli di intervento.**

LIVELLI DI INTERVENTO

- **il livello 1** (primo livello di intervento) sarà rappresentato dal medico di medicina generale;
- **il livello 2** (secondo livello di intervento) comprenderà i servizi specialistici per le dipendenze;
- **il livello 3** (terzo livello di intervento) sarà rappresentato dai servizi offerti dalle Università e centri altamente specialistici.

In questo modello **il medico di medicina** generale opererà come una figura di raccordo fra la popolazione generale ed i centri specialistici.

I servizi specialistici opereranno come strutture ambulatoriali e come strutture di ricovero attraverso convenzioni con le Comunità Terapeutiche (primo livello di ricovero) e, in prima persona, presso gli Ospedali (2 livello di ricovero).

L'Università opererà nell'assistenza con specifici servizi ambulatoriali e di ricovero per i pazienti resistenti; e nella formazione del personale coinvolto a qualsiasi livello attraverso forme di insegnamento di base (laurea in medicina, in discipline infermieristiche, psicologiche e sociologiche); specialistiche, di ricerca e di didattica post-laurea (master 1 e 2 livello, ECM in medicina)

Nella realtà Italiana, seguendo l'esempio che proviene dal Regno Unito con gli opportuni adattamenti alla nostra realtà, è quindi inevitabile coinvolgere il Medico di Medicina Generale nella assistenza dei pazienti con abuso.

Nell'ottica del lavoro dei Gruppi e delle nuove Forme Associative si potrebbe immaginare dunque la presenza di un Medico di Medicina Generale con particolare interesse nelle Dipendenze, un MMG che ha acquisito maggiori competenze nella prevenzione, diagnosi e terapia delle Dipendenze Patologiche e che svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.

Al contrario di ciò che si verifica per l'abuso di sostanze stupefacenti, nel campo dell'abuso di alcool esistono diverse esperienze (europee e nazionali) riguardanti l'azione possibile della Assistenza Primaria in termini di livelli di intervento e definizione di ruoli. La tabella che segue è il frutto di esperienze congiunte tra Gruppi di Medici di MG danesi e Servizi di Alcologia nel campo dell'abuso di sostanze alcoliche e definisce molto analiticamente i possibili ruoli.

Da: Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996

	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
Basso	<280g/settimana uomini <140g/settimana donne	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
Rischioso "hazardous" *	280-349 g/settimana uomini 140-209 g/settimana donne	Consigli in forma breve ■ MEDICI MG ■ SERVIZI DI PREVENZIONE ■ SERVIZI ALCOLOGIA ■ EQUIPE ALCOLOGICHE ■ DIP. PROMOZIONE SALUTE	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve
Dannoso "harmful"	>=350g/settimana uomini >=210 g/settimana donne <u>Presenza di danno alla salute</u>	Consigli accompagnati da breve consulenza psicologica e monitoraggio continuo ■ MEDICI MG, Ambul. & Osped. ■ SERVIZI DI PREVENZIONE ■ SERVIZI ALCOLOGIA ■ EQUIPE ALCOLOGICHE ■ DIP. PROMOZIONE SALUTE	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve, follow-up clinico
Alto (alcol-dipendenza)	Criteri ICD-10	Intervento specialistico ■ SERT ■ SERVIZI DI ALCOLOGIA	Identificazione, valutazione, consulenza specialistica, follow-up

Specifichiamo che per intervento breve si intende una modalità di colloquio della durata di 5/30 minuti che prevede l'utilizzo di strumenti di indentificazione precoce validati e standardizzati e strumenti motivazionali rivolti all'aumento di consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcool.

L'intervento breve ha un modello standardizzato che prevede diverse fasi:

1. chiedere/valutare se la persona consuma bevande alcoliche
2. concordare obiettivi di cambiamento
3. assistere la persona nel raggiungimento degli obiettivi prefissati
4. organizzare un follow-up di sostegno

La **diagnosi precoce** e l'**intervento breve** rappresentano due aree strategiche nell'azione precoce del paziente con abuso di alcool.

Almeno nel campo del consumo di alcolici molti studi hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento breve nel campo del consumo rischioso e dannoso e le sue caratteristiche eccellenti dal punto di vista del rapporto costo/beneficio.

Anche secondo la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) il Medico di MG dovrebbe occuparsi prioritariamente dei seguenti aspetti:

- Prevenzione e diagnosi precoce
- Sorveglianza sul trattamento
- Rapporti con la famiglia

Tuttavia, per quanto riguarda la **diagnosi precoce**, occorre definire ancora in modo condiviso un pattern di fattori di vulnerabilità, che aiutino a individuare le popolazioni a rischio su cui intervenire proattivamente, con interventi di supporto sulla famiglia o sul soggetto a rischio.

Dalle indagini svolte dall'Osservatorio Nazionale Alcool del CNESPS risulta infatti che in Italia, rispetto agli altri paesi europei, la sensibilità e la capacità del Medico di MG di identificare precocemente i consumatori a rischio e di intervenire è bassa. In particolare manca la dimestichezza con gli strumenti di screening e la capacità di dare adito ad un intervento breve.

La azione di sorveglianza sul **trattamento** riguarderebbe certamente una fetta dei pazienti dipendenti da oppiacei. In particolare andrebbero selezionati quelli stabilizzati sia da un punto di vista clinico che psicologico. Nella diversa gamma di farmaci a disposizione, occorre individuare quelli che presentano caratteristiche farmacologiche, ma anche modalità prescrittive idonee e trasferibili alla Medicina Generale. In particolare, buprenorfina/ naloxone hanno dimostrato, grazie al basso potenziale di abuso ed alla praticità di somministrazione, di essere in grado di rappresentare una potenzialità per sviluppare l'auspicato network tra MMG e Servizi Specialistici delle Dipendenze a livello territoriale. Si lavorerebbe quindi all'interno di un modello organizzativo di tipo "hub e spoke" in cui i Servizi per le Dipendenze rappresenterebbero gli hub la cui attività verrebbe integrata con "centri" distribuiti sul territorio a livello distrettuale limitando i movimenti degli assistiti a situazioni specifiche o a specifiche fasi temporali.

I rapporti con **la famiglia** rappresentano una prerogativa peculiare della Medicina Generale o Medicina di Famiglia. Nei confronti della famiglia il MMG potrebbe svolgere azione di supporto in tutte le fasi della malattia di un familiare : dalla identificazione delle abitudini a rischio, alla diagnosi precoce, al trattamento presso i Servizi e successivamente a domicilio. L'azione del Medico di Famiglia sarebbe sicuramente più ben accetta e "mimetica" rispetto a quella degli Operatori dei Servizi. La vicinanza fisica degli ambulatori dei Medici di MG, capillarmente diffusi sul territorio, faciliterebbe il contatto con un interlocutore discreto e disponibile a fornire aiuto nei momenti di crisi familiare o indicazioni (anche di tipo socio sanitario/legale) durante la gestione del quotidiano.

Seguirà al testo fin qui scritto il file relativo al materiale che il Docente di contenuto proietterà durante la lezione frontale.

Poiché la lezione del Docente di contenuto è impostata in maniera molto interattiva ci potranno essere variazioni nell'ordine o nel contenuto di alcune diapositive, ma comunque le slide che verranno pubblicate costituiscono il corpo fondamentale ed indispensabile per la azione didattica.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Peppe C., Fantini F., Verrone D.: Le attività del Ser. A. di Chieti e degli ambulatori alcolologici di Lanciano e Vasto anni 2005-2010
2. CNESPS presso ISS – pubblicazione anonima per “9 aprile 2014 Alcohol Prevention Day”
3. La sorveglianza PASSI Consumo di alcol **Dati nazionali 2013**
4. Morgan B. , Ford M.: Etanolo -Medicina d'emergenza J M Hovell - F Cosentino, Delfino Editore 2001, IV volume, 137: 1399-1405
5. Piano di azione nazionale antidroga 2010-2013. Dipartimento Politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
6. Relazione annuale al parlamento 2013 e primo semestre 2014. Dipartimento Politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
7. Sartori N. : L'alcolismo - Medicina Generale di Caimi e Tombesi, UTET 2003 - 25: 301-309
8. Sistema di sorveglianza Passi Rapporto regionale 2008-2011 Abruzzo
9. The 2012 ESPAD impact survey – ESPAD Italia
10. Tossicodipendenze e società: uso e abuso di sostanze psicoattive in provincia di Chieti. Rapporto di ricerca dell'Osservatorio Provinciale per le Tossicodipendenze. Volume pubblicato a cura di Gabriele Di Francesco.