

SERVIZIO  
SANITARIO  
NAZIONALE



REGIONE  
ABRUZZO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LANCIANO-VASTO-CHIETI

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER  
MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
ANNO 2014**

# **“TRATTAMENTO DELLE INTOSSICAZIONI ACUTE CON SOSTANZE DI ABUSO”**

**A Cura Di :**

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

### **OBIETTIVI GENERALI DEL CORSO :**

Permettere la gestione delle intossicazioni acute da sostanze di abuso sul territorio mediante la elaborazione di procedure condivise ed attuabili nel “setting” della Continuità Assistenziale

### **OBIETTIVI SPECIFICI E SCOPI:**

- Fornire ai Discenti gli elementi teorici fondamentali per individuare il paziente in condizione di intossicazione acuta da sostanze di abuso
- Fornire ai Discenti i presupposti pratici per affrontare in modo efficiente ed efficace la situazione.

## INTRODUZIONE

Dal punto di vista epidemiologico i quadri di intossicazioni acute con sostanze di abuso sono sempre più frequenti e contemporaneamente l'uso di sostanze ha assunto negli ultimi anni caratteristiche sostanzialmente diverse da quelle che si riscontravano anche pochissimi anni fa. Ciò ha imposto un cambiamento nei modelli di intervento orientati ad una maggiore efficacia e più congruenti alle variazioni del fenomeno.

Nasce da qui la necessità di mettere in condizione i Medici, e in modo particolare quelli della Continuità Assistenziale che sempre più spesso si trovano a dover intervenire situazioni di criticità, di poter intervenire in maniera appropriata e con criteri accettabili di efficacia ed efficienza.

### LE VARIAZIONI DEL FENOMENO DELL'ABUSO DI SOSTANZE

A cura di: Meri Luisa Bonatti

Il fenomeno dell'abuso di sostanze è molto cambiato negli ultimi anni assumendo caratteristiche diverse per motivi sociali e culturali, ma anche per la diversificazione delle fonti di approvvigionamento e per l'ampliamento del numero delle sostanze utilizzate. In questi ultimi anni abbiamo assistito infatti alla comparsa di una serie molto nutrita di nuove sostanze come i nuovi cannabinoidi sintetici più pericolosi dei cannabinoidi naturali (tra l'altro oggi molto più concentrati di quelli tradizionali) perché più tossici e meno conosciuti nei loro effetti consumatori stessi.

Il Piano di Azione Nazionale Antidroga (a cura Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio) individua **10 caratteristiche salienti che caratterizzano la variazione del fenomeno 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 perseguitabili 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 sta

inoltre crescendo 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. 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-HydrossiButirrato o Exstasy 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.

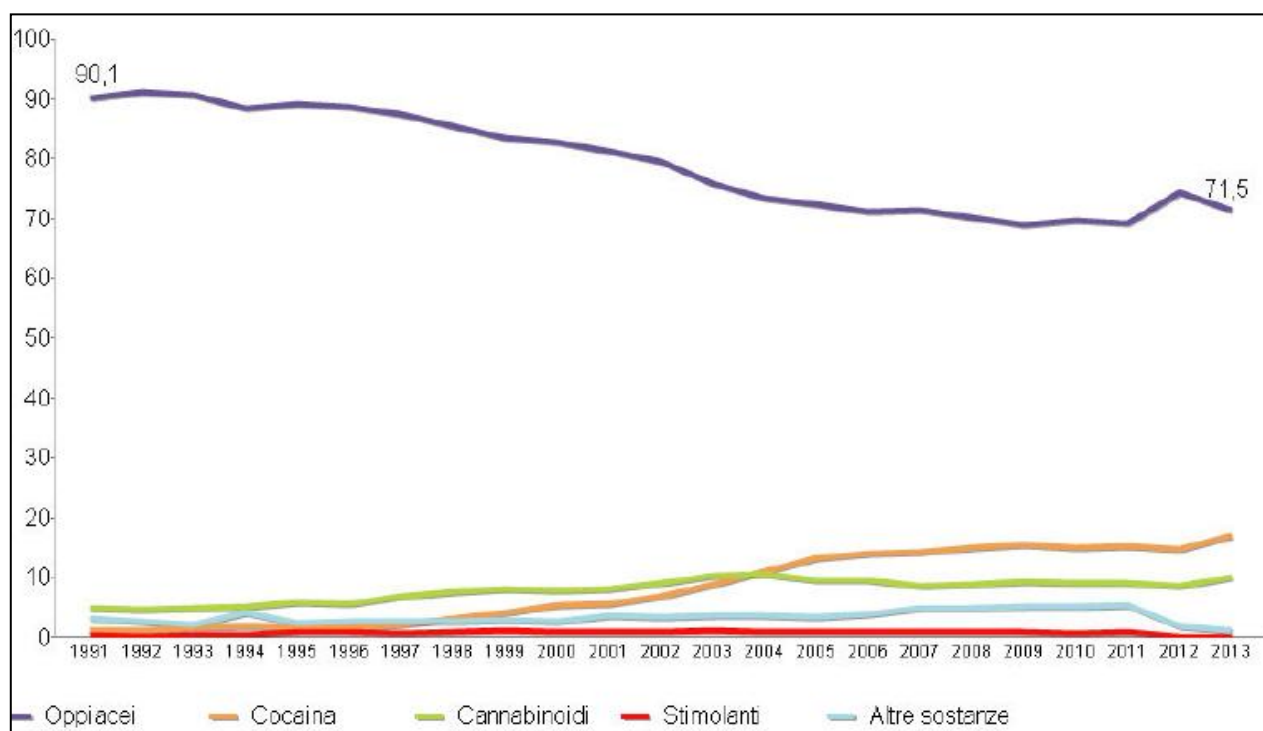
Per ciò che riguarda i consumatori di eroina con uso inalatorio si è notato negli ultimi anni una **maggiore precocità dell'utilizzo dei servizi di cura** rispetto ai vecchi consumatori della sostanza per via endovenosa. Di solito il primo accesso avviene dopo sei mesi un anno dall'inizio dell'uso in 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**.

## 8. Risorse disponibili e loro utilizzo

Come per molti altri campi della Sanità anche per la lotta all'abuso le risorse sono andate in questi anni progressivamente diminuendo a fronte di un fenomeno in piena espansione. Inoltre gran parte delle risorse disponibili vengono impegnate ai trattamenti di quelli che potrebbero essere definiti "pazienti cronici e stabilizzati" orientati al mantenimento stabilizzato dello stato di dipendenza mediante farmaci sostitutivi. Poco rimane per la prevenzione e la lotta alla diffusione dell'uso.

Fig. 1: 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.

## 9. Strumenti di monitoraggio del fenomeno

Da circa 3 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.

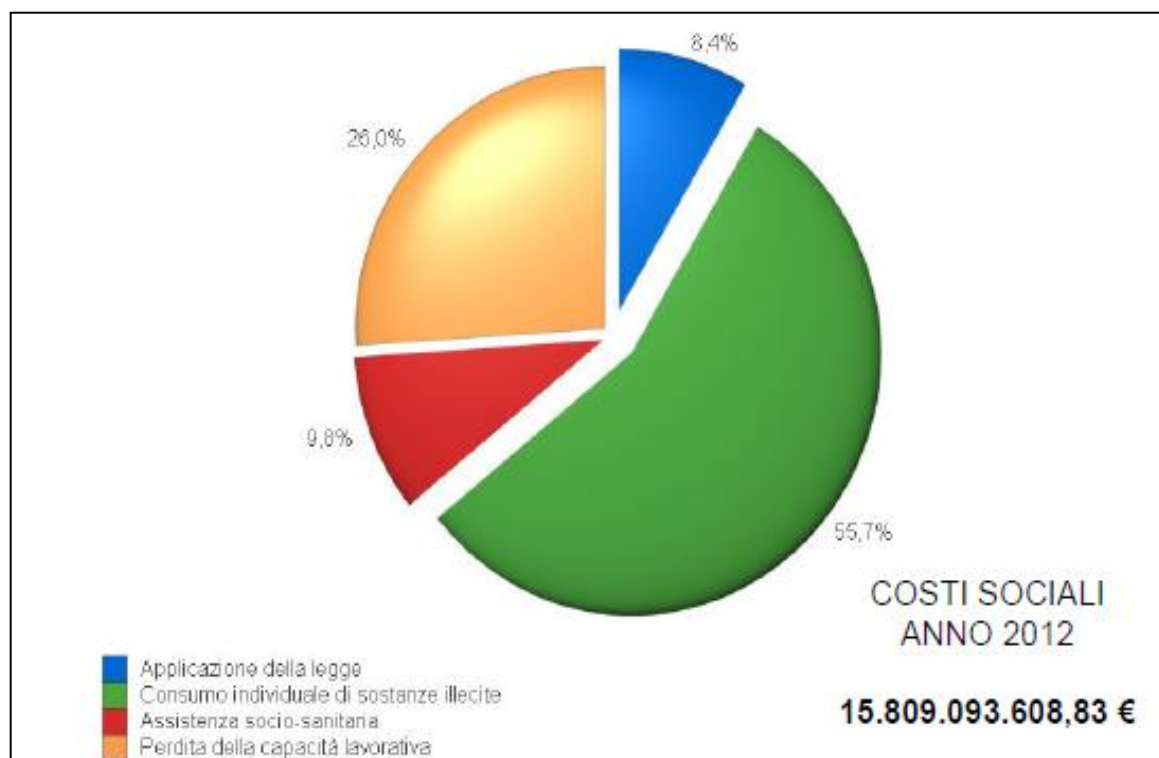
E' stato creato uno specifico Osservatorio Nazionale in grado di integrare i dati provenienti dalle varie Amministrazioni centrali e sono state attivate procedure più rapide per l'identificazione delle nuove sostanze da abuso e il loro inserimento nelle tabelle delle

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.

## **10. Politiche nazionali e interventi regionali**

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. La Fig.2 da una idea dei costi relativi al solo 2012

Fig.2: distribuzione per macrocategorie di costi relative all'uso di sostanze stupefacenti (fonte: Dipartimento Politiche Antidroga)

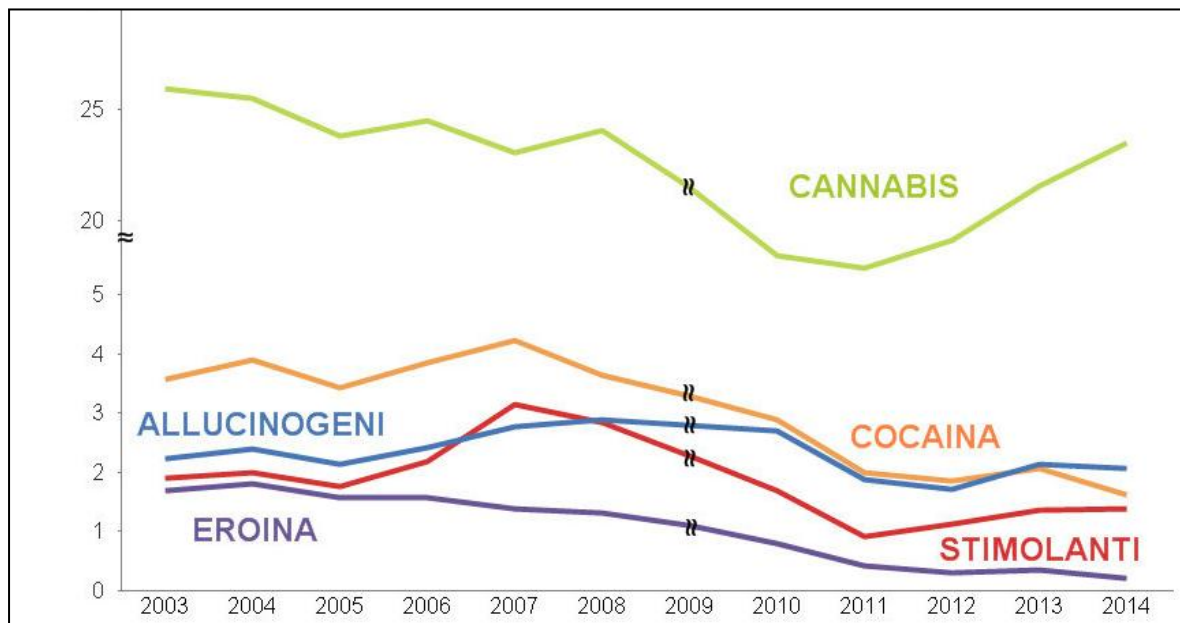


## ALCUNI DATI EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI E LOCALI

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

Come si può osservare dalla Fig.2, 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.

**Fig.3: 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)**



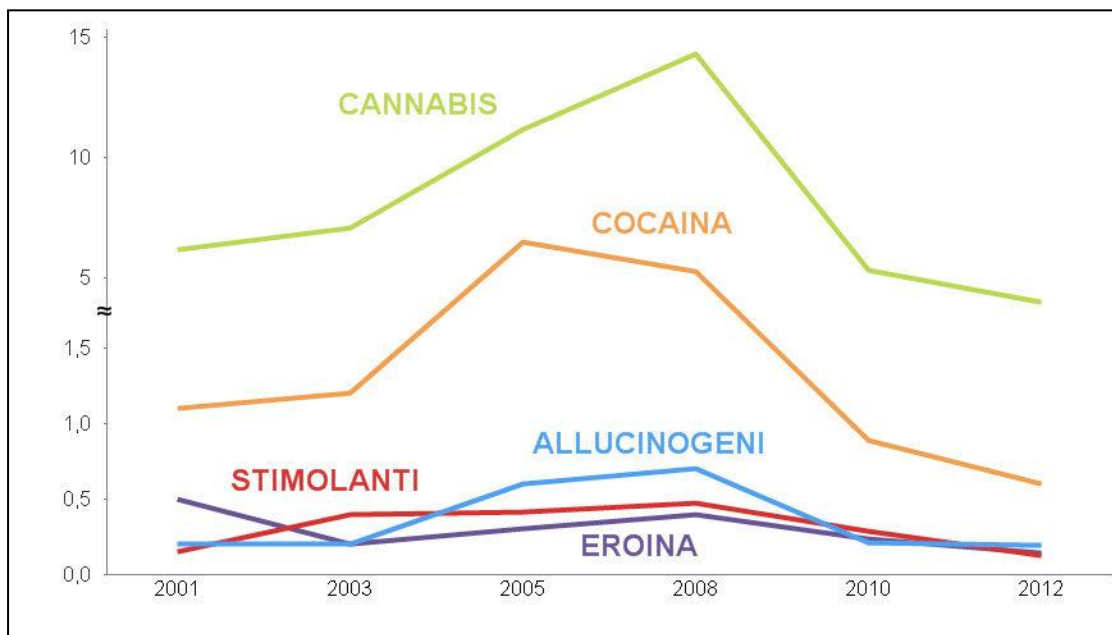
### Consumo di sostanze da abuso nella popolazione generale (tra i 15 e i 64 anni)

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

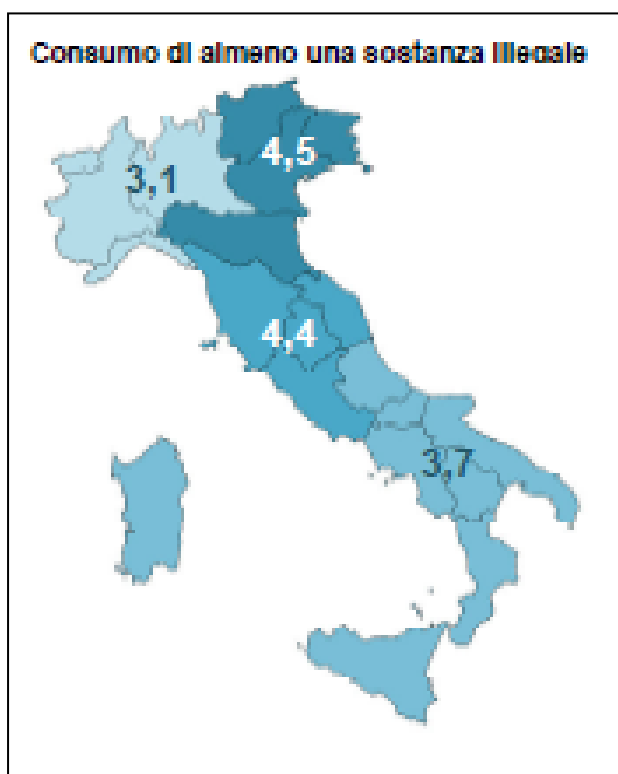


popolazione scolastica tra i 15 e i 19 anni. Confrontando i nostri dati relativi alla popolazione generale con quelli europei si nota come il nostro paese si posiziona al 18° posto per il consumo di cocaina, al 23° per il consumo di cannabis, al 26° e 29° per anfetamine ed ecstasy, non si ha il dato per il consumo di eroina

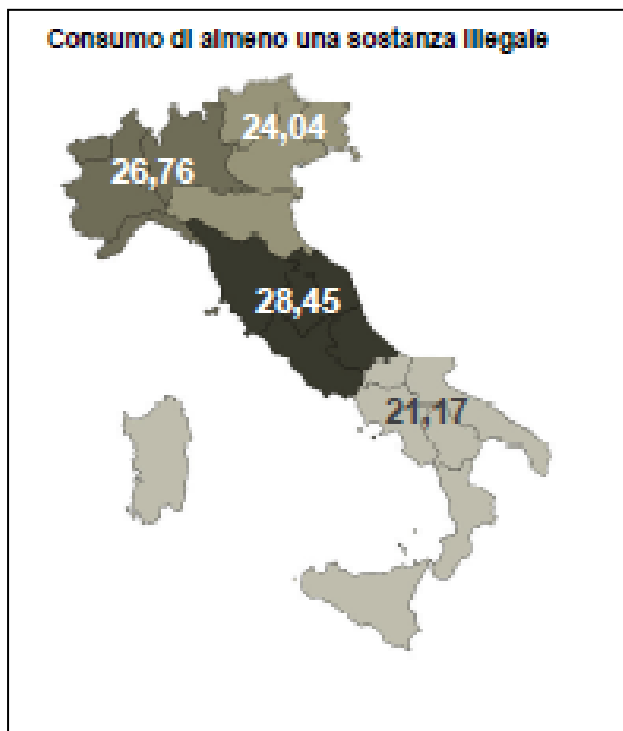
**Fig.4 :consumo di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi riferiti alla popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi).** (fonte: elaborazione da dati IPSAD Italia 2001-2008, dati GPS-DPA 2010-2012)



**Fig. 5: Distribuzione geografica del consumo di sostanze da abuso in Italia**  
(fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga)

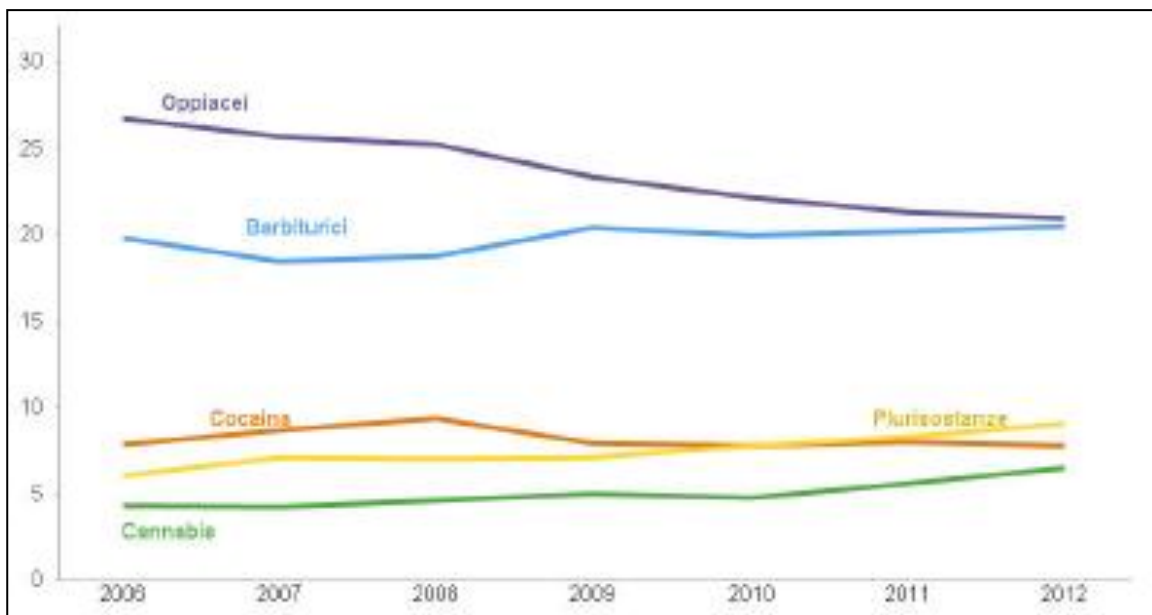


**Popolazione generale**  
(15-64 anni)



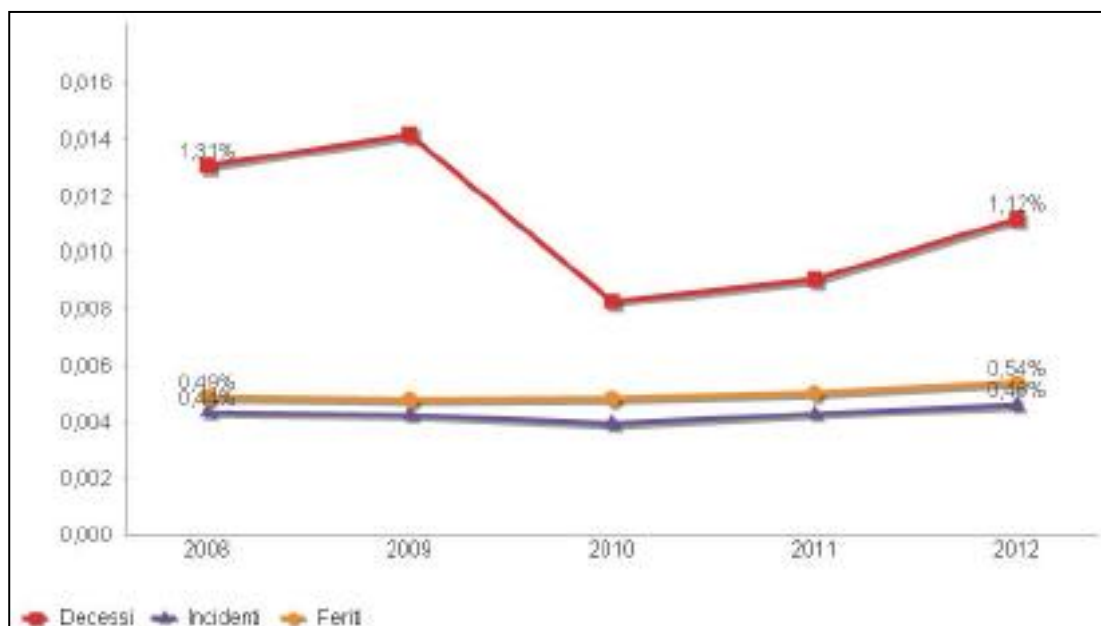
**Popolazione in età scolastica**  
(15-19 anni)

**Fig.6 : Distribuzione dei ricoveri ospedalieri droga-correlati rispetto alla sostanza utilizzata**  
(fonte: Elaborazione su dati SDO- Ministero della Salute)



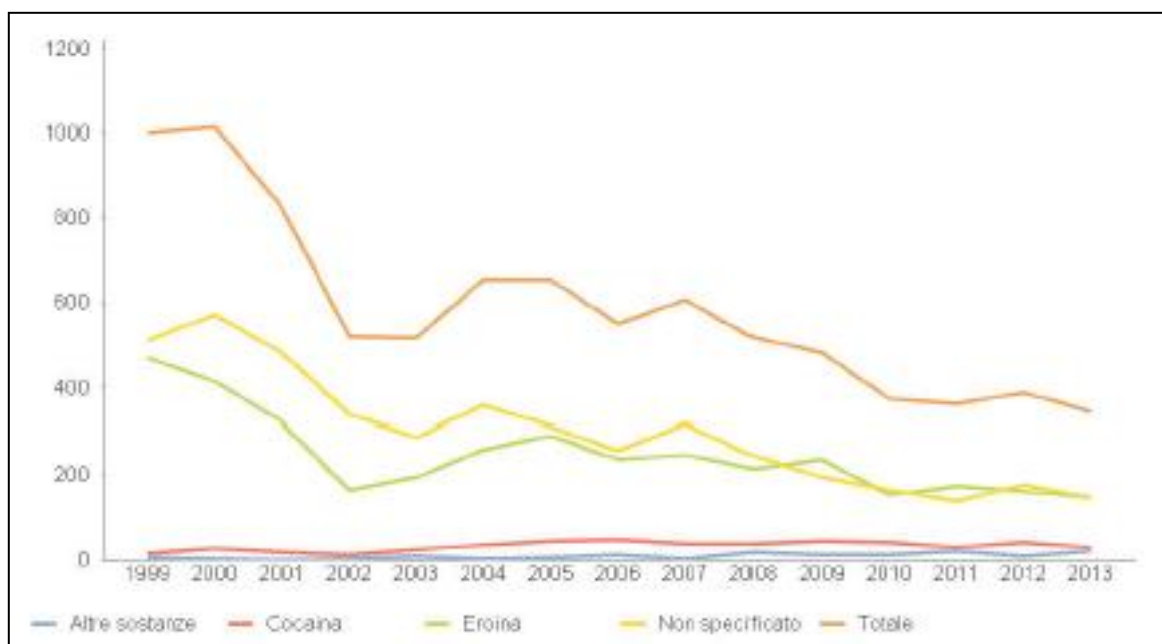
Anche il ricorso alle cure ospedaliere riflette l'aumento dei consumi di cannabis : l'età più rappresentata tra i pazienti ricoverati per abuso di questa sostanza è tra i 20 e i 24 anni. Via via più elevata per cocaina (35-39) ed eroina (40-44). In costante inesorabile aumento il numero di ricoveri per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

**Fig. 7: 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%).

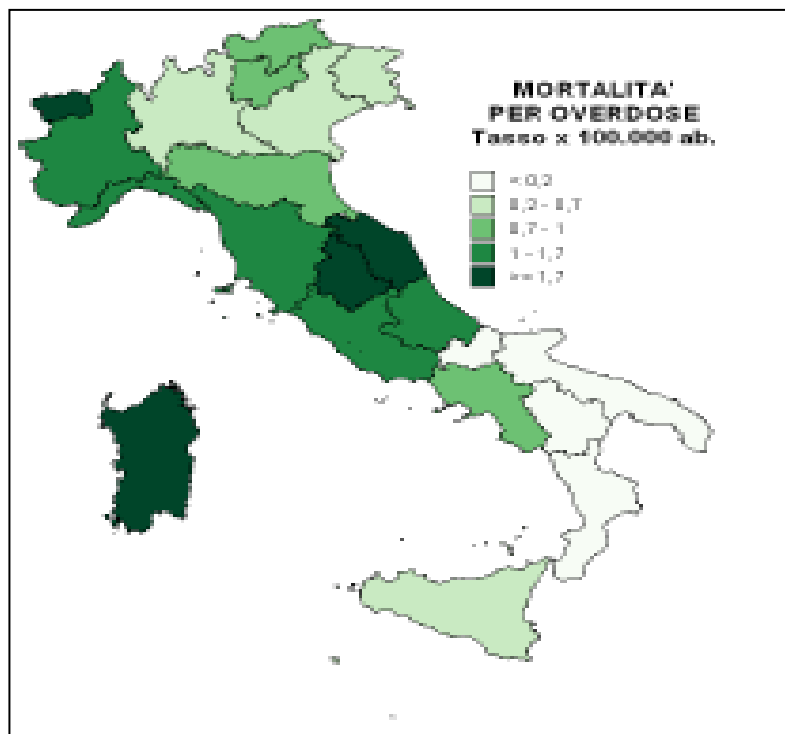
**Fig.8: Decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza**  
(fonte: Ministero dell'Interno-DCSA)



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.

**Fig. 9: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da sostanze (decessi per 100.000 residenti): distribuzione geografica**

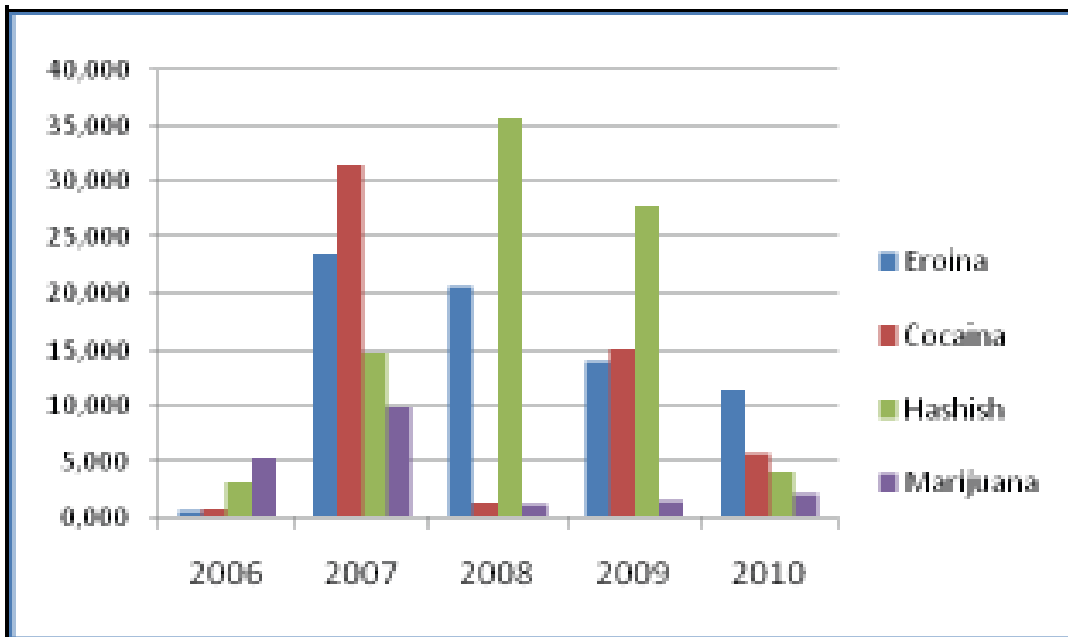
(fonte: Ministero dell'Interno – DCSA)



L'Umbria risulta essere la regione con il più alto tasso di mortalità acuta droga correlata anche nel 2013 riportando il triste primato di 3 decessi ogni 100.000 residenti. Seguono la Valle d'Aosta, la Sardegna e Le Marche. Ma se gli altri piangono noi abruzzesi non ridiamo: veniamo infatti immediatamente dopo.

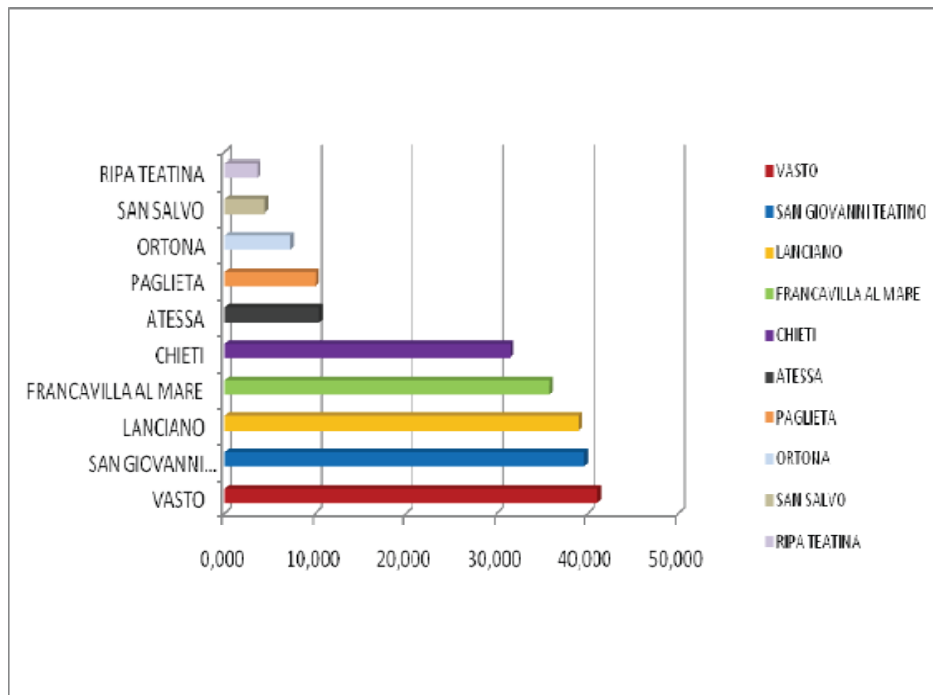
## LA REALTA' LOCALE

**Fig. 10: distribuzione quantitativa di sostanza intercettati nel quinquennio 2006/2010 nella provincia di Chieti**



*Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA*

**Fig.11: Distribuzione dei quantitativi complessivi di sostanze intercettate dal 2006 al 2010 nei 10 comuni maggiormente coinvolti nella provincia di Chieti (fonte: elaborazione di dati)**



## UN ABUSO PARTICOLARE: L'ALCOL

### A cura di Stefania Plessi

#### PREMESSA

L'uso di bevande alcoliche è profondamente radicato nella cultura di molte civiltà con ruoli relazionali, medici e alimentari. Negli ultimi anni emergono particolarmente la funzione socializzante, gli effetti benefici sull'apparato cardiovascolare e digerente del consumo moderato: (2 bicchieri vino die, cioè 20-25 g alcool nei maschi e 1 bicchiere, cioè 10-15 g nelle femmine) e purtroppo l'uso come automedicamento, per le sue proprietà ansiolitiche, ipnoinducenti, disinibenti ed euforizzanti, in caso di sindromi ansiose o nelle più comuni situazioni stressanti della vita, innescando nel tempo assuefazione e dipendenza,

L'alcolismo è una malattia caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol e spesso associate a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari, tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc.

L'alcol è causa di patologie e problematiche correlate anche quando il suo consumo non è arrivato al punto da poter definire "alcolista" un individuo, poiché l'alcol deprime il sistema nervoso centrale con effetto immediato, riduce i freni inibitori e influenza pensieri, emozioni e capacità di giudizio. Può causare dunque problemi di vario grado di gravità che coinvolgono non solo il soggetto ma anche la sua famiglia e la società come incidenti stradali, infortuni sul lavoro, abbandoni scolastici, atti di violenza, comportamenti sessuali a rischio e problemi con la legge.

*Maggiore è il consumo alcolico, maggiore è il rischio per salute e sicurezza e non esistono quantità considerabili "sicure" di consumo alcolico.* Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Si misura il consumo di alcol in *unità alcoliche standardizzate (UA) o drink*. L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo) e cioè a 330 ml di birra (al 4.5% di alcol), 125 ml di vino (al 12%) e 40 ml di superalcolico (al 40%).

Quindi il **consumo di alcol** si definisce a **maggior rischio**, se vengono superati tali limiti e si differenzia:

- **consumo abituale elevato** (degli "heavy drinkers", bevitori pesanti): per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni
- **consumo binge**: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione
- **consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.**

La **dipendenza alcolica** è caratterizzata da un comportamento ossessivo di ricerca compulsiva di bevande alcoliche (tipica la necessità di bere al mattino, appena svegliati) e da assuefazione e **tolleranza** (per raggiungere un determinato effetto desiderato dall'individuo è costretto a bere quantità sempre maggiori di bevande alcoliche). Anche per l'alcoldipendenza, come per qualunque tossicodipendenza da droghe illegali, la brusca interruzione del consumo di alcol causa la **sindrome da astinenza** caratterizzata da tachicardia, tremori, nausea e vomito, agitazione, allucinazioni e convulsioni.

In conclusione è fondamentale l'identificazione del sommerso e l'emersione degli Alcohol Use Disorders. Molto spesso la diagnosi è occasionale e legata all'**intossicazione acuta** che non è un evento molto frequente per il Medico di Assistenza Primaria, ma interessa più spesso (a parte nei casi più gravi il collega del Pronto Soccorso Ospedaliero) il Medico di Continuità Assistenziale per il fatto che l'ubriachezza si osserva soprattutto di sera o nei giorni festivi

## FATTORI ALLA BASE DEL FENOMENO

- *Fattori biologici e genetici:*

Soggetti con genitori affetti da alcolismo hanno una probabilità pari a 4 volte quella dei soggetti con familiarità negativa di sviluppare alcolismo.

Ruolo significativo della presenza di alterazione dei principali networks neurotrasmettitoriali (dopamina, gaba, glutammato, serotonina).

- *Fattori psicosociali:*

Sebbene l'abitudine al bere possa essere influenzata da fattori culturali, sociali e familiari, l'evoluzione in abuso/dipendenza da alcol non viene direttamente influenzata da essi.

Gli aspetti di rinforzo positivo determinati dall'alcol sono la sensazione di benessere e euforia con riduzione dell'ansia.

Le teorie psicoanalitiche si sono concentrate sull'ipotesi di un Super-Io eccessivamente punitivo, che verrebbe attenuato con il consumo della sostanza, e sulla fissazione alla fase orale dello sviluppo psico-sessuale.

## EPIDEMIOLOGIA E DIMENSIONE DEL PROBLEMA

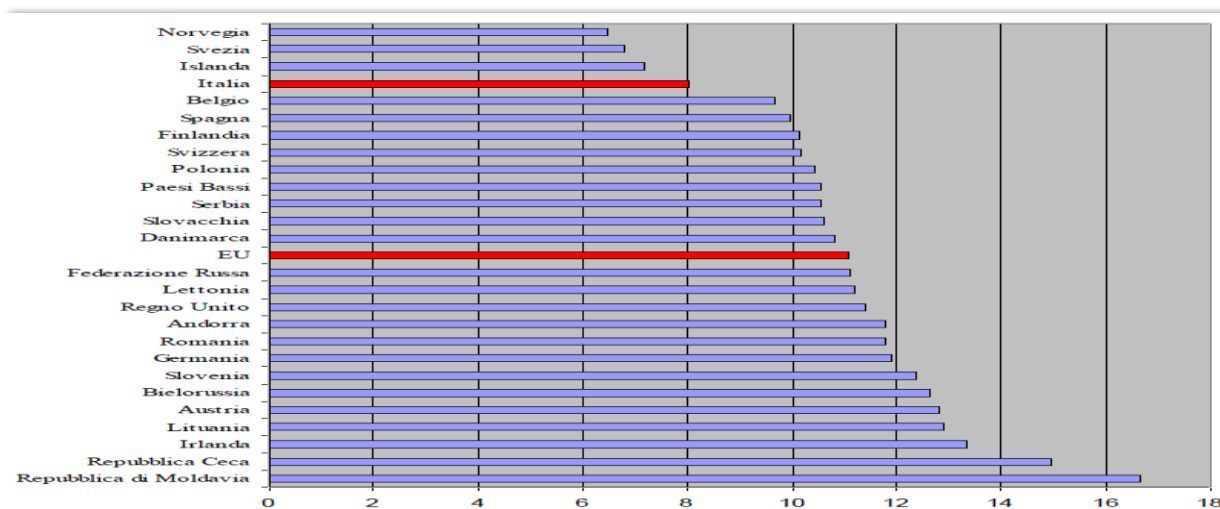
### Dati 2011 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

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 auspica entro il 2015 un consumo medio pro capite non superiore a 6 litri di alcol/anno.

### Dati 2013 per l'Europa dal sito del Ministero della Salute italiano

Nelle società occidentali 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.

Fig. 12 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

### Dati per l'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%.

Generalmente l'alcolismo colpisce gli uomini con una frequenza doppia rispetto alle donne; più precoce è l'avvio al consumo alcolico, maggiore è il rischio e la probabilità di insorgenza di alcolismo in età adulta. 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. E' di conseguenza possibile stimare in almeno 620.000-720.000 gli individui di età superiore a 11 anni che secondo l'OMS non sono solo a rischio ma che secondo i criteri clinici correnti rientrano in una condizione di dipendenza.

I consumatori a maggior rischio, secondo le definizioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono più frequenti tra: anziani di età pari o superiore a 65 anni (il 43,0% degli uomini e il 10,9% delle donne), 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: 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.

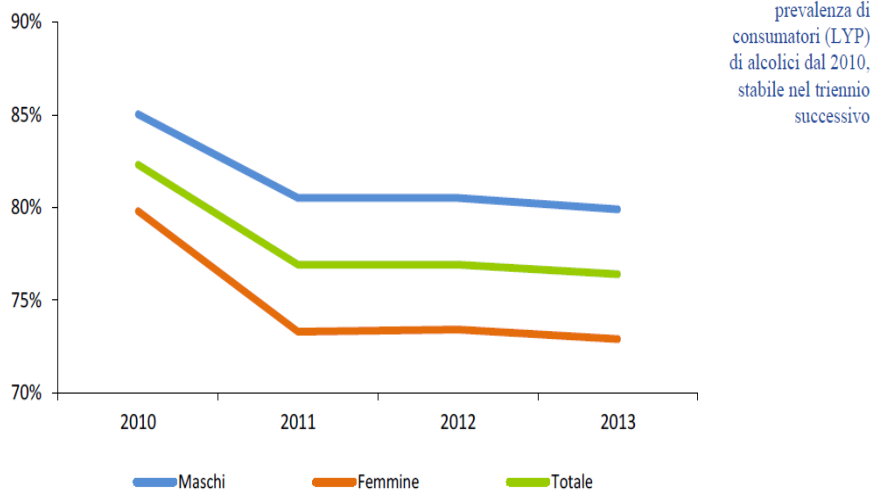
Nel complesso, i comportamenti di consumo a rischio (consumo giornaliero non moderato, binge drinking, consumo di alcol da parte di adolescenti di 11-15 anni) riguardano 8 milioni e 179 mila persone. Tuttavia, si riducono i comportamenti di binge drinking che passano dall'8,3% del 2010 al 7,5% del 2011. 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).

L'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni: per questo, 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%). Il consumo di bevande alcoliche al di fuori dai pasti è in significativo aumento soprattutto tra gli adolescenti (11-17 anni), che sono saliti dal 44,4% del 2010 al 54% del 2011. Anche tra i ragazzi di 16-17 anni la diffusione di comportamenti di consumo a rischio è piuttosto critica ed interessa il 14,3% dei ragazzi e il 5,1% delle ragazze. Inoltre, già a questa età il binge drinking raggiunge livelli prossimi a quelli medi della popolazione. Il 15,1% della popolazione giovanile (18-24 anni) pratica il binge drinking (21,8% dei maschi e 7,9% delle femmine) soprattutto durante i 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%).

Simili sono i *dati del 2012 del Progetto ESPAD Italia del Ministero della Salute* che ricerca i comportamenti d'abuso tra gli studenti delle superiori tramite questionari anonimi, distintamente per periodi di osservazione "almeno 1 volta nella vita", "negli ultimi 12 mesi" e "negli ultimi 30 giorni": 12,8 milioni di giovani consumano quotidianamente bevande alcoliche, il 7,5% di essi (12,2% maschi e 3,2% femmine) in modo esagerato soprattutto occasionalmente (binge drinking nel 14,8% dei 18-24enni) e il 9,1% degli under30 è in cura per alcoldipendenza.

Fig. 13 : Consumatori di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2010-2013



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

*Sempre secondo l'ONA-CNESPS* in Italia nel 2010 complessivamente 16.829 persone, di cui 11.670 uomini e 5.159 donne di età superiore ai 15 anni sono morte per cause totalmente o parzialmente attribuibili al consumo di alcol. La percentuale dei **decessi alcol-attribuibili** varia in base al sesso e all'età delle persone. La tipologia di decesso che caratterizza maggiormente le classi di età giovanili e rappresentata da quelli avvenuti a causa di cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti; nelle fasce di età anziane (ultra 60enni) il maggior contributo deriva dalle malattie **parzialmente attribuibili** al consumo di alcol e da cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti ad indicare che l'alcol è un fattore di rischio per numerose patologie diffuse quali patologie vascolari, gastroenterologiche e neuropsichiatriche.

In Italia, il 20 % per i maschi e il 6.9 % per le donne di tutti i decessi registrabili per neoplasie maligne è attribuibile all'alcol; i decessi per cancro causato dal consumo di alcol (oltre 4000/anno) incidono per 1/3 sul totale del numero di decessi maschili alcolcorrelati ponendosi come prima causa di morte parzialmente attribuibile tra i maschi. Il 56 % delle cirrosi epatiche tra i maschi e il 24 % di quelle femminili è attribuibile all'alcol. La frazione alcol-attribuibili dei decessi per incidenti stradali è del 37 % per i maschi e del 18 % per le donne ; 1 decesso su 3 per i maschi e 1 su 5 per le donne potrebbe essere evitato non ponendosi alla guida dopo aver bevuto. La netta prevalenza nel sesso maschile di un elevato numero di decessi per neoplasie maligne e incidenti sollecita l'urgente necessità di attivare iniziative di sensibilizzazione di prevenzione oncologica mirata e di rafforzamento della sicurezza stradale.

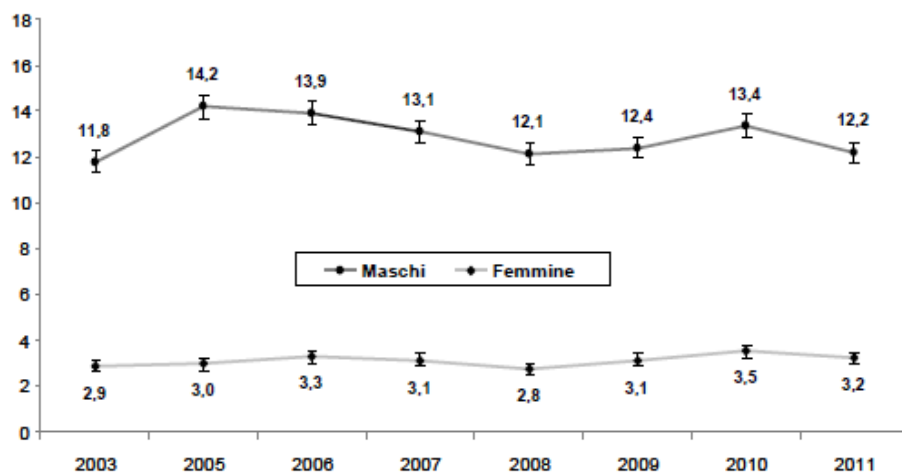
**Il tasso di mortalità alcol-attribuibili**, disaggregato per sesso e relativo al 2010, mostra una variabilità regionale molto elevata con range che variano da un minimo di 3,03 decessi nelle Marche ad un massimo di 8,23 in Valle d'Aosta ogni 10.000 uomini ed un minimo di 0,19 decessi nel Lazio ed un massimo di 2,66 decessi in Molise ogni 10.000 donne.

*Nell'indagine ESPAD 2013* sono stati indagati anche i comportamenti dei giovani riguardo alle **ubriacature**; il quesito posto agli studenti è stato il seguente: "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?". Le ubriacature una volta nella vita, da parte degli studenti rispondenti sono state riferite dal 47,5% dei ragazzi e dal 39,9% delle

ragazze, valori che scendono rispettivamente al 18,3% ed al 13,3% per l'abuso di alcol negli ultimi 30 giorni. 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.

Oltre agli episodi delle ubriacature, lo studio ESPAD 2013 ha indagato il fenomeno del binge drinking, definito come il consumo negli ultimi 30 giorni di eccessive quantità di alcol. Nel 2013, questo fenomeno, riferito agli ultimi 30 giorni, ha interessato il 29,4% degli studenti partecipanti all'indagine. Una quota maggiore si è registrata per il genere maschile con il 35,7% contro il 22,9% delle femmine. La distribuzione per età del fenomeno di binge drinking negli ultimi 30 giorni, evidenzia una prevalenza maggiore nelle 15enni, 16enni rispetto ai loro coetanei maschi: rispettivamente 10,7% vs 9,0% per le 15enni e 18,5% vs 17,1% per le 16enni; mentre si registrano prevalenze più alte per i 18enni e i 19enni rispetto alle femmine. Episodi più frequenti (10 volte o più) si registrano nel genere maschile rispetto alle femmine (7,9% vs 4,0%).

Fig. 14 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).

Fig. 15 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
<b>Totale</b>	<b>3.345</b>	<b>100,0</b>	<b>2.084</b>	<b>100,0</b>	<b>5.429</b>	<b>100,0</b>

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

In base ai dati nazionali del 2010-2013 del sistema di sorveglianza Passi (ricavati dal personale delle ASL, tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale), poco meno della metà della popolazione adulta italiana (45%) non consuma bevande alcoliche, il 38% beve moderatamente, mentre il 17% ha un **consumo di alcol a “maggior rischio”** per quantità o modalità di assunzione.

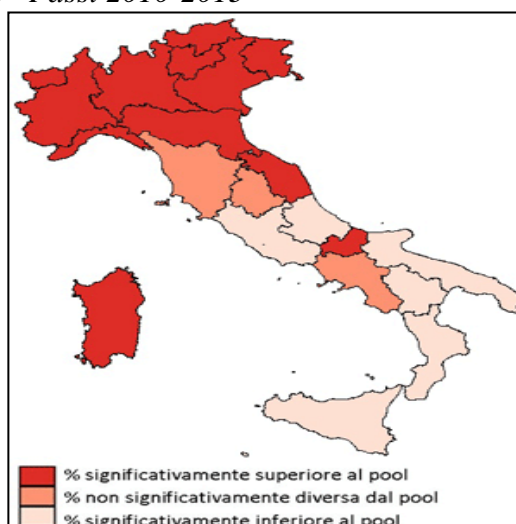
La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 34%) e gli uomini (23%), fra le persone senza difficoltà economiche (19%) e fra quelle con un titolo di studio più elevato (19%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni, ma se condotta separatamente per genere, consente di mettere in evidenza che fra gli uomini non esiste differenza per i diversi livelli di istruzione mentre per le donne è significativa la differenza per cittadinanza, a sfavore per le italiane.

Inoltre risulta decisamente alta la proporzione di persone che assumono alcol, pur avendo una controindicazione assoluta: ben il 46% dei pazienti con malattie del fegato e il 28% delle donne in gravidanza consumano alcol nonostante le avvertenze.

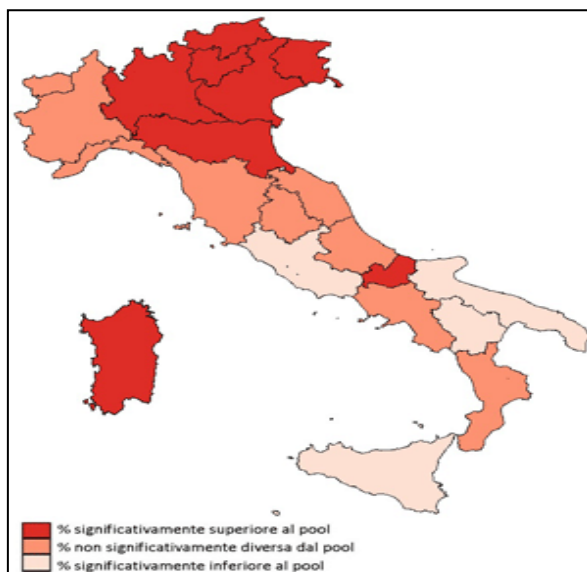
Nelle successive figure sono rappresentati in base alla regione di residenza rispettivamente il consumo a maggior rischio e quello binge.

**Fig. 16 Consumo a maggior rischio**

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013



**Fig. 17 Consumo binge**  
*Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013*



**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%).

**Fig.18 Consumo a maggior rischio-Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Abruzzo 2010-11**

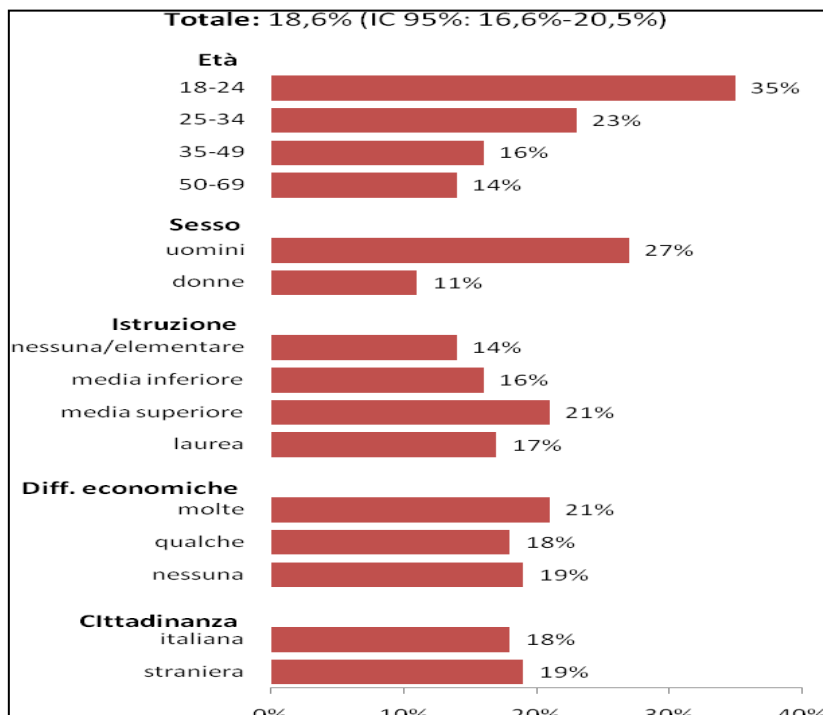
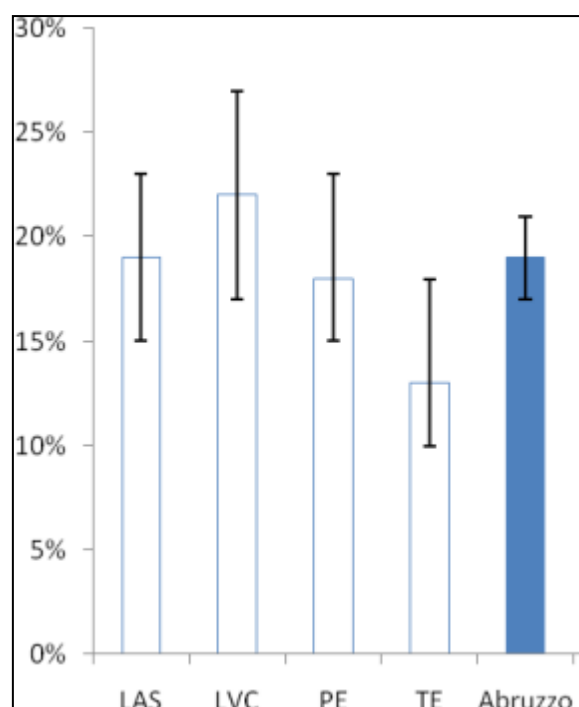


Fig. 19 Consumo a maggior rischio-Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



LAS = l'Aquila Avezzano Sulmona  
LVC = Lanciano Vasto Chieti

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.

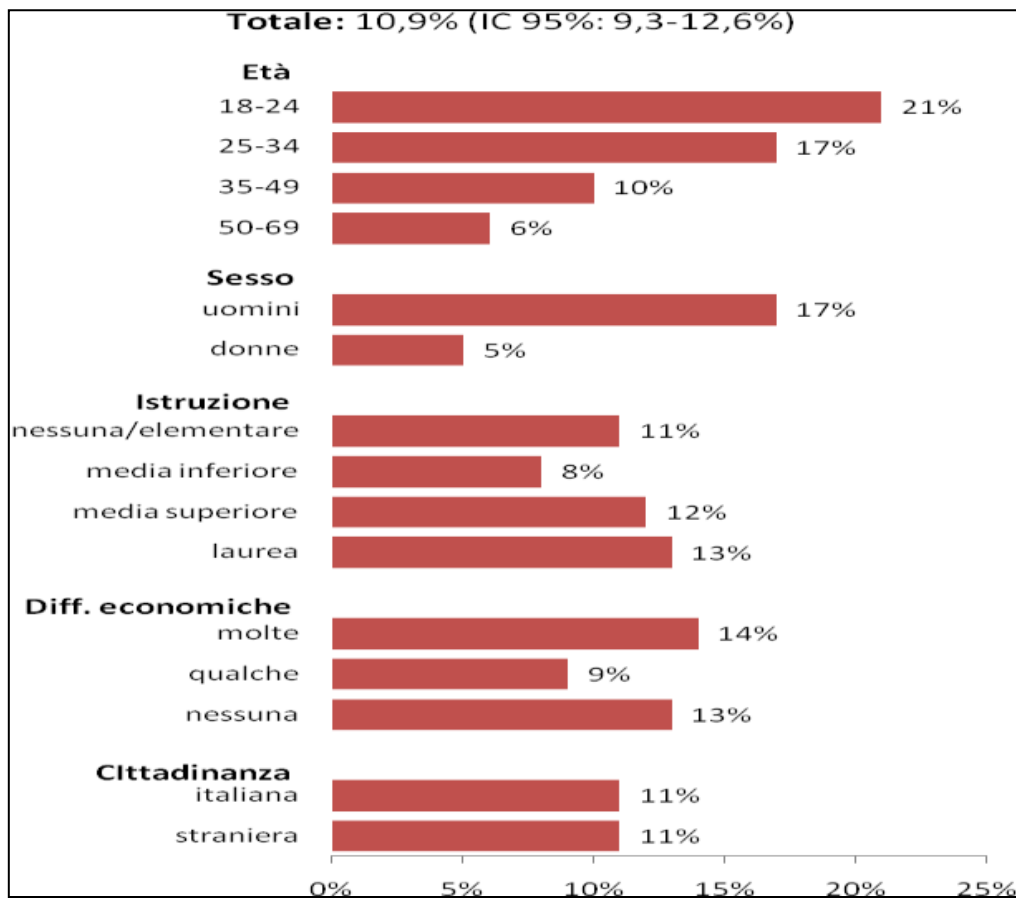
Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 13% di Teramo al 22% di Lanciano-Vasto-Chieti).

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

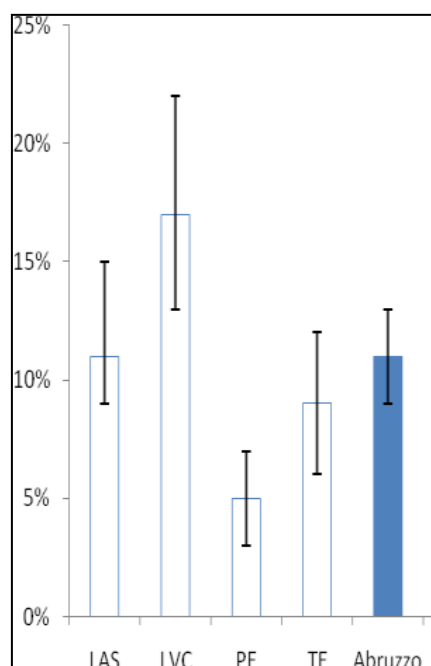
Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore nei due anni abbia subito una flessione statisticamente significativa.

*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.

Fig, 20 **Consumo binge** -Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Abruzzo 2010-11



Fig, 21 **Consumo binge** -Prevalenze per ASL di residenza - regione Abruzzo 2010-11



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
<b>Consumo binge</b> (% 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.

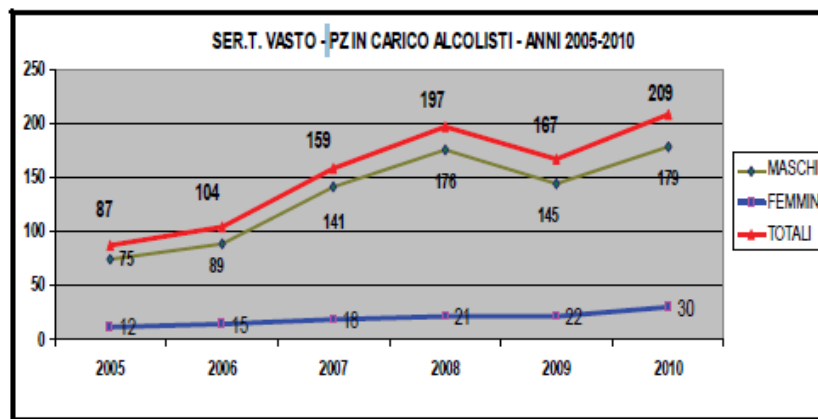
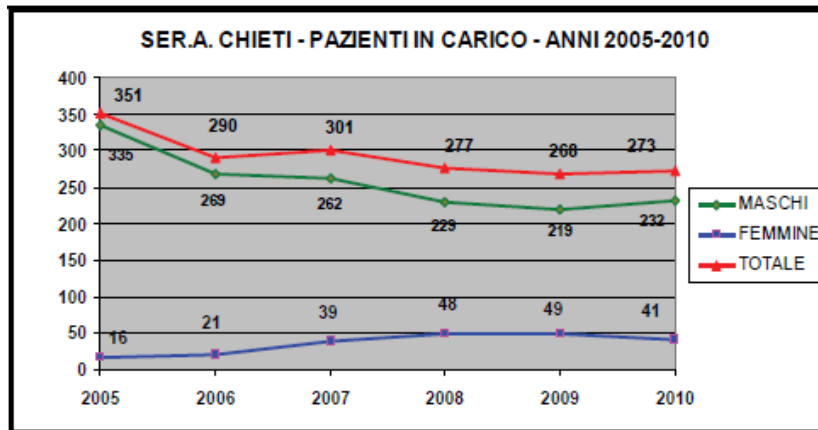
I controlli sistematici con etilotest rilevano la concentrazione ematica di alcol o *BAC, Blood Alcohol Concentration*, con limite legale pari e al di sotto di 0,5 grammi per litro. Purtroppo in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione 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 alcologico 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 alcologico 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 alcologiche 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.

## **Materiale didattico relativo alla lezione del Docente di Contenuto per la ASL di Chieti: Fernando Fantini**

Si allegano al testo fin qui scritto 3 file relativi 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 pubblicate costituiscono il corpo fondamentale ed indispensabile per la azione didattica.

E' intenzione del team didattico (Animatori di Formazione e Docenti di Contenuto) ripubblicare sul sito delle rispettive ASL il materiale didattico relativo alla lezione del Docente di Contenuto considerabile definitivo al termine delle tre giornate formative, qualora dovessero rendersi necessarie modifiche o aggiunte al materiale attualmente disponibile.

### ***BIBLIOGRAFIA***

1. Di Peppe C., Fantini F., Verrone D.: Le attività del Ser. A. di Chieti e degli ambulatori alcologici 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.