

# Alcologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

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

MARTA BABETTO, FRANCO MARCOMINI, La Pop Alcologia (ovvero del Logos nell'Alcol)  
• GIANNI TESTINO, SILVIA LEONE, Il ruolo della riduzione del consumo • ANDREA GHISELLI, Il capitolo sull'etanolo dei nuovi LARN • ALBERTO SALOMONE, VALENTINA PIRRO, SERGIO PELLEGRINO, MARCO VINCENTI, L'influenza dei diversi fattori interindividuali nella determinazione dell'etilglucoronato nel capello • GIUSEPPE CORLITO, ELENA BARBAFIERA, FRANCESCO CORLITO, VANESSA AGNOLETTI, GIOVANNI BATTISTA MODONUTTI, Bere giovanile: ragazzi e famiglie in un'indagine sulle prime medie di una scuola di Grosseto • SARAH SANTINI, L'intervento breve applicato durante la seduta d'igiene orale professionale mediante l'utilizzo del test Audit: analisi e valutazione dei primi 4 anni di ricerca • IOANNIS ANIFANTAKIS, ARIANNA BORSACCHI, ILARIA LONDI, Il campo dei miracoli: la peer education nella prevenzione del gioco d'azzardo • ANGELO GI MAREMMANI, MATTEO PACINI, SILVIA BACCIARDI, MAURO CECCANTI, ICRO MAREMMANI, Current use of cannabis and past use of heroin as markers of alcohol and concomitant cocaine use disorder • MAURO CIBIN, GIAMPIETRO SPOLAOR, IRA HINNENTAL, ELISA SGUALDINI, CRISTIANO CHAIMULERA, Residential treatment of Alcohol Use Disorders: thinking about the future • VALENTINO PATUSSI, Recensione a Gianni Testino, Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere • PIERO FERRANTE, Recensione a Salvatore Giancane, Eroina. La malattia da oppioidi nell'era digitale • AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI, Regolamento sul divieto di fumo nell'Azienda Ospedaliero Universitaria • SOCIETÀ SCIENTIFICHE DI SANITÀ PUBBLICA ITALIANE, A favore di una strategia di endgame del tabacco in Italia • TAVOLA ROTONDA, Interventi sul fumo di tabacco come parte integrante delle politiche regionali di tutela della salute: da progetto a processo

# Alcologia

Rivista quadrimestrale della Fondazione Istituto Andrea Devoto pubblicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia e di Eurocare Italia.

Abbonamento annuale (3 numeri) €50  
Un fascicolo € 18  
Fascicolo arretrato €23  
C/c postale n. 85621886  
IBAN IT-82-J-07601-02800-000085621886

Spogli ed indici presenti su: [www.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it)

Per reprint articoli: [rivista.alcologia@gmail.com](mailto:rivista.alcologia@gmail.com)

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

## GARANZIA DI RISERVATEZZA PER GLI ABBONATI

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne la rettifica o la cancellazione scrivendo a Fondazione Istituto Andrea Devoto Onlus, via di Ripoli 118, 50126 Firenze (e-mail: [rivistaalcologia@alcolonline.it](mailto:rivistaalcologia@alcolonline.it), [alcologia.rivista@hotmail.it](mailto:alcologia.rivista@hotmail.it)). Le informazioni custodite nell'archivio elettronico verranno utilizzate al solo fine di inviare informazioni importanti per gli abbonati (Legge 196/2003 -codice privacy).

## COPYRIGHT 2007 FONDAZIONE ISTITUTO ANDREA DEVOTO ONLUS

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta per nessun motivo in qualsiasi forma, elettronica o meccanica, senza il permesso scritto dell'editore.

Iscritto presso l'elenco della stampa periodica del Tribunale di Firenze n. 5548 del 22 gennaio 2007  
ISSN 0394-9826

Published quarterly by Fondazione Istituto Andrea Devoto, under the auspices of the Italian Society of Alcoholology (SIA) and Eurocare Italia.

Subscription price for 3 issues per year €50  
Per volume €18  
Back issues (per volume) €23  
C/c postale n. 85621886  
IBAN IT-82-J-07601-02800-000085621886

Abstracting and Indexing Services: [www.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it)

To receive reprint write to: [rivista.alcologia@gmail.com](mailto:rivista.alcologia@gmail.com)

The Editor cannot be held responsible for errors or any consequences arising from the use of information contained in this review, the views and opinions expressed do not necessarily reflect those of the Editor.

## SUBSCRIBERS' PRIVACY

The Editor guarantees that information supplied by subscribers will be treated as confidential and can be amended or deleted on request to Editor (Fondazione Istituto Andrea Devoto Onlus, via di Ripoli 118, 50126 Florence, Italy - e-mail: [rivistaalcologia@alcolonline.it](mailto:rivistaalcologia@alcolonline.it), [alcologia.rivista@hotmail.it](mailto:alcologia.rivista@hotmail.it)). Electronic access to such information will be made just for the purposes of sending information important to subscribers (Italian personal data protection act no. 196/2003).

## COPYRIGHT 2007 FONDAZIONE ISTITUTO ANDREA DEVOTO ONLUS

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or transmitted in any form or by any means without the prior permission in writing from the copyright holder.



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI  
CENTRO ALCOLOGICO REGIONALE

# Alcolologia

Alcolologia

**Editore/ Editor**

Fondazione Istituto  
Andrea Devoto

**Direttore responsabile/Editor in chief**

Valentino Patussi

**Comitato di Direzione/Assistant Editors**

Fabio Caputo  
Emanuele Scafato

**Comitato di Redazione/Advisory Board**

Arcangelo Alfano (Firenze)  
Mauro Ceccanti (Roma)  
Tiziana Codenotti (Padova)  
Gabriele Magri (CAR, Firenze)  
Fabio Voller (ARS, Firenze)  
Raffaella Rossin (Referente SIA)

**INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD**

Henry-Jean Aubin (Paris, F)  
Jonathan Chick (Edinburgh, UK)  
Michel Czaplet (Paris, F)  
Philippe DeWitte (Louvain-la-Neuve, B)  
James C. Garbyl (Chapel Hill, USA)  
Antoni Gual (Barcelona, E)  
Paul Haber (Sidney, AUS)  
Susumo Higuchi (Tokyo, J)  
Evgeny Krupitsky (Sankt-Peterburg, RU)  
Lorenzo Leggio (Washington, USA)  
George Kenna (Providence, USA)  
Otto Michael Lesch (Wien, O)  
Jannis Mouzas (Heraklion, GR)  
Jurge Rehm (Toronto, CDN)  
Katrin Skala (Wien, O)  
Rainer Spanagel (Mannheim, D)  
Robert Swift (Providence, USA)  
Nicolas Tzavaras (Alexandropolis, GR)  
Henriette Walter (Wien, O)  
Marcin Wojnar (Warszawa, PL)  
Tomás Zima (Praha, CZ)

**NATIONAL EDITORIAL BOARD**

Giovanni Addolorato (Roma)  
Roberta Agabio (Cagliari)  
Claudio Annovi (Modena)  
Mauro Bernardi (Bologna)  
Mauro Cibir (Dolo)  
Roberto Ciccocioppo (Camerino)  
Paolo Cimaroni (Pordenone)  
Giancarlo Colombo (Cagliari)  
Giuseppe Corlito (Grosseto)  
Giovanni Corrao (Milano)  
Elia Del Borrello (Bologna)  
Simona Del Vecchio (Sanremo)

**Sezione tabacco/Tabacco Section Chief**

Mateo Ameglio  
Giuseppe Gorini

**Sezione inglese/English Section Chief**

Fabio Caputo

**Direzione operativa/Assistant Editor**

Tiziana Fanucchi  
Centro Alcolico Regionale  
Toscano

**Redazione/Editorial Office**

Centro Alcolico Regionale  
Toscano  
Azienda Ospedaliero  
Universitaria di Careggi  
Tel/Fax 0557949650  
rivista.alcologia@gmail.com

Cristina Di Gennaro (Parma)  
Marco Domenicali (Bologna)  
Marco Faccini (Verona)  
Fulvio Fantozzi (Reggio Emilia)  
Angelo Fioritti (Bologna)  
Diego Fomasari (Milano)  
Andrea Ghiselli (Roma)  
Lucia Golfieri (Bologna)  
Giovanni Greco (Ravenna)  
Simona Guerzoni (Modena)  
Luigi Janiri (Roma)  
Ina Hinnenthal (Imperia)  
Ilaria Lodi (Firenze)  
Fabio Lugoboni (Verona)  
Filomena Maggino (Firenze)  
Patrizia Malaspina (Roma)  
Franco Marcomini (Padova)  
Giovanni Marinotti (Chieti)  
Davide Mioni (Padova)  
Maria Cristina Morelli (Bologna)  
Luca Morini (Pavia)  
Antonio Mosti (Piacenza)  
Umberto Nizzoli (Reggio Emilia)  
Andrea Noventa (Bergamo)  
Daniela Orlandini (Venezia)  
Giuseppe Palasciano (Bari)  
Raimondo Pavarin (Bologna)  
Francesco Piani (Udine)  
Luigi Alberto Pini (Modena)  
Antonio Daniele Pinna (Bologna)  
Massimo Pinzani (Firenze)  
Fabio Roda (Brescia)  
Raffaella Rossin (Milano)  
Maria Teresa Salerno (Bari)  
Bruno Sciutteri (Salerno)  
Saulo Sirigatti (Firenze)  
Stefano Taddei (Firenze)  
Federica Vigna-Taglianti (Torino)  
Teo Vignoli (Lugo)  
Valeria Zavan (Novi Ligure)

**Correzione di bozze e impaginazione/Proofreading and Layout**

Simone Ticciati  
CentroAlcolico Regionale  
Toscano

**Consulente di lingua inglese/English Language Consultant**

Susan West  
susan.west@aranchodoc.com

**Stampa/Printed by**

Premiato Stabilimento Tipografico dei Comuni Soc. Coop., Santa Sofia (FC)

**Editori Precedenti/Past Editors**

Giovanni Gasbarrini (Roma)  
Remo Naccarato (Padova)  
Mario Salvagnini (Vicenza)  
Giuseppe Francesco Stefanini (Faenza)  
Calogero Surrenti (Firenze)

**LOCAL EDITORIAL BOARD**

Mateo Ameglio (Colle Valdelsa)  
Ioannis Anifantakis (Prato)  
Gabriele Bardazzi (Firenze)  
Marco Becattini (Arezzo)  
Massimo Cecchi (Firenze)  
Valerio Cellesi (Volterra)  
Ugo Corrieri (Grosseto)  
Paolo Costantino (Firenze)  
Maria Luisa Cucinelli (Arezzo)  
Fabrizio Fagni (Montecatini - Pistoia)  
Susanna Falchini (Firenze)  
Fabio Falomi (Grosseto)  
Angela Guidi (Mugello - Firenze)  
Guido Guidoni (Firenze)  
Guido Intaschi (Viareggio)  
Adriana Iozzi (Firenze)  
Dino Lombardi (Valle del Serchio - Lucca)  
Mario Lupi (Orbetello)  
Antonella Manfredi (Prato)  
Henry Margaron (Livorno)  
Milo Meini (Pisa)  
Daniela Monali (Massa Carrara)  
Donatella Paffi (Pisa)  
Patrizia Panti (Firenze)  
Mario Pellegrini (Siena)  
Ellena Pioli (Pisa)  
Andrea Quartini (Firenze)  
Lamberto Scali (Prato)  
Graziella Soluri (Pistoia)  
Maura Tedici (Empoli)  
Paola Trota (Firenze)  
Tommaso Vannucchi (Prato)  
Maurizio Varese (Lunigiana - Massa Carrara)



# Alcologia

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALI

**Marta Babetto, Franco Marcomini**

La Pop Alcologia (ovvero del Logos nell'Alcol)

p. 5

**Andrea Ghiselli**

Il capitolo sull'etanolo dei nuovi LARN

p. 8

### ARTICOLI

**Alberto Salomone, Valentina Pirro, Sergio Pellegrino, Marco Vincenti**

L'influenza dei diversi fattori interindividuali nella determinazione dell'etilglucuronato nel capello

p. 11

**Giuseppe Corlito, Elena Barbafiera, Francesco Corlito, Vanessa Agnoletti, Giovanni Battista Modonutti**

Bere giovanile: ragazzi e famiglie in un'indagine sulle prime medie di una scuola di Grosseto

p. 19

**Sarah Santini**

L'intervento breve applicato durante la seduta d'igiene orale professionale mediante l'utilizzo del test Audit: analisi e valutazione dei primi 4 anni di ricerca

p. 25

**Ioannis Anifantakis, Arianna Borsacchi, Ilaria Londi**

Il campo dei miracoli: la peer education nella prevenzione del gioco d'azzardo

p. 29

### ENGLISH SECTION

**Angelo Gi Maremmani, Matteo Pacini, Silvia Bacciardi, Mauro Ceccanti, Icro Maremmani**

Current use of cannabis and past use of heroin as markers of alcohol and concomitant cocaine use disorder

p. 35

**Mauro Cibin, Giampietro Spolaor, Ina Hinnenthal, Elisa Sgualdini, Cristiano Chiamulera**

Residential treatment of Alcohol Use Disorders: thinking about the future

p. 41

### RECENSIONI

**Valentino Patussi**

Gianni Testino, *Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere*

p. 48

**Piero Ferrante**

Salvatore Giancane, *Eroina. La malattia da oppioidi nell'era digitale*

p. 50

### TABACCO

**Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi**

Regolamento sul divieto di fumo nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

p. 51

**Società scientifiche di sanità pubblica italiana**

A favore di una strategia di endgame del tabacco in Italia

p. 57

**Tavola rotonda**

Interventi sul fumo di tabacco come parte integrante delle politiche regionali di tutela della salute: da progetto a processo

p. 60

# Alcoholism

## Editorial

Editorial Introduction

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature

## Alcoholism

Alcoholism: A Review of the Literature



MARTA BABETTO, FRANCO MARCOMINI

Dipartimento Dipendenze ULSS 16 Padova

## La Pop Alcolologia (ovvero del Logos dell'Alcol)

### Apertura

La barbarie irrompe nella storia dell'umanità attraverso nuove ed ebbre incursioni, che rievocano riti dionisiaci, dissipati ed involgariti dall'assenza del mistero e dal trionfo del godimento consumista che si inerpica nel vandalismo istintuale. Il sacro si allontana per lasciare posto alla presunzione della tecnica che tutto vuole razionalizzare, anche e soprattutto ciò che non è in grado di spiegare. La devastazione della Barcaccia (usata nell'antica Roma per il trasporto fluviale delle botti di vino) del Bernini, l'arte massacrata, forse perché evoca il mistero, riecheggia lo spettacolo triste delle menti incorporate che si trascinano ferite nei luoghi di cura e nei bacchanali contemporanei. Il soma e l'anima, inscindibili componenti della mente ecologica attraversata dalla sacra appartenenza universale (1), risultano troppo spesso irriducibilmente ebbri o sedate, non solo di alcol e di farmaci. Anche nel terreno delle cure senza empatia, si scorge il nuovo irrompere del mistero e di un ancestrale disagio spirituale che nel Logos dell'alcol trova un terreno esemplare.

### I desiderata

Con questo spirito tentiamo un'incursione nel fenomeno Alcolologico per formulare delle "considerazioni inattuali" (2) che prestino le ali ad un volo affascinante negli spazi infiniti della sofferenza umana, un volo che renda fecondo e bello il lavorare in un campo ricco di potenzialità di conoscenza, ma costretto a subire la mortificazione di pratiche operative riduttive e stereotipate nel concetto restrittivo di una malattia per molti versi indefinita.

Desideriamo innovare l'agire, raccogliendo il timido profilarsi, da anni, di un approccio definito ecologico sociale ed antropospirituale che può dare molto se sottratto alla identificazione con la sola pratica dei club, siano essi alcolologici territoriali o degli alcolisti in trattamento, ridotti ad auto aiuto e a volontariato, simulacri del post cura della cronicità. I club restano essenziali se si trasformano in sintonia con la radicale modificazione culturale che annovera tra i suoi tratti fondamentali la globalizzazione delle culture, delle merci, delle strategie pubblicitarie, e quindi anche dei comportamenti e dei loro stili espressivi delle scelte esistenziali. Stiamo parlando della globalizzazione della rimozione della sofferenza e del dominio della tecnica e del godimento nel registro dell'imma-

ginario. Di fronte al mutamento globale che pone una domanda critica sui modelli interpretativi e sulle pratiche si trova ancora una risposta provinciale e retrodatata nelle strategie del prendersi cura del fenomeno alcolologico per tutelare e promuovere la salute.

Desideriamo focalizzare la necessità di un cambiamento che si impone a partire dalla domanda inespresa, ma latente, del mondo giovanile che paga il prezzo della cultura del godimento (3) del mondo adulto.

Desideriamo alimentare il coraggio di andare oltre l'oggettivismo esplicativo con relative pratiche di controllo piuttosto obsolete anche per la medicina, che sempre più si apre alle molte sfide della complessità.

Desideriamo sottolineare l'esigenza di un'alcolologia che vada oltre se stessa allargando l'orizzonte di riferimento in una matrice multidisciplinare che spinga gli esperti ad andare oltre le tradizionali divisioni disciplinari, riscoprendo il tratto comune nella centralità della persona, e non di un organo o di una funzione, nella rete mutevole delle sue relazioni, come elemento fondamentale della formazione e della "cura".

### Verso il pop nel tempo del craving e dell'addiction

L'alcolologia si faccia pop ed includa cultura e discipline anziché ridursi ad un minuscolo sapere specialistico nella terra di nessuno. La pop alcolologia, analogamente alla filosofia (4) che si fa pop, si contamina con le forme sociali, culturali, politiche, filosofiche, mediatiche del contemporaneo per contribuire a vivere meglio, anziché fare la manutenzione della malattia alcolica, complesso sintomatico di natura culturale, nobilitato dal paradigma medico, dal quale deve liberarsi per trascinare la risposta alla sofferenza mentale e spirituale della contemporaneità nell'ambito di una nuova "clinica del sintomo dell'intossicazione", una clinica del conflitto dialettico ed empatico, una clinica che non sia clinica, ma incontro poetico e quindi poetico nella sua sostanziale erotizzazione.

L'alcolismo e le problematiche alcol correlate, si usi la terminologia che si sente essere più conforme alla propria formazione e visione, sono fenomeni per i quali vale quanto ha affermato Friedrich Nietzsche: "non ci sono fatti, ma interpretazioni." Sono fatti che

ALCOLOGIA



richiedono una rigorosa descrizione della procedura descrittiva soggettiva, con il suo senso estetico e di conseguenza etico, che può allargare o restringere i confini del fenomeno, determinarne sfumature cromatiche, intensità espressiva, profondità di campo. La realtà esiste e va messa tra parentesi (5) per inaugurare una stagione di scienza e pratiche partecipate a partire dalla soggettività che si traduce in un coinvolgimento personale del "soggetto supposto sapere" (6), come accadde per la psicoanalisi è più tardi per le teorie sistemiche nell'approfondimento dell'*observing system* (7).

L'alcol, come la follia, non abita semplicemente noi stessi per stratificazione filogenetica, ma è ontologico al nostro esser-ci nella fisiologia del craving e dell'*addiction* che ci seducono e ci sfidano in un gioco reiterato di asservimento e liberazione.

Gli eventi accadono nel tempo della consapevolezza della globalizzazione, e quindi della ineludibilità della relazione interdipendente, culturale, antropologica e geografica. Siamo di fronte ad una evidenza sistemica, in quanto produzione di senso, dell'"Abbandono" (8) heideggeriano dell'esser-ci nell'appartenza dell'esistere al radicamento alla terra, preludio ad un'ecologia dell'esistente che è al contempo sociale e meditante nel pensiero aperto al mistero. Tale posizione ci spinge ad una riconsiderazione delle pratiche, tutte le pratiche, comprese quelle di tutela e promozione della salute, che debordi dai confini disciplinari di saperi confinati in un ambito riduttivo dove la parola abbonda nel dire ciò che non sa. Un dire ed un parlare che è incessante nel trionfo del paradigma della comunicazione. Dal talk show alle neuro immagini la narrazione, politica o scientifica, non vi è differenza, esteticamente povera, continua a velare ciò che pretende di svelare. Prevalgono la rete, la manutenzione del sintomo ed il suo accudimento nutritivo, come ci ha fatto notare recentemente un amico saggio, attraverso le pratiche supposte curative, ma non liberanti e trasformative. La psicofarmacologia e la psicoterapia della sofferenza esistenziale, rassicurata dalla possibilità della formattazione cognitivo/comportamentale o bio psico sociale multimodale, inseguono l'ovvietà della riduzione del danno o della rimozione della sofferenza e del conflitto. Evitano che irrompa la forza eversiva del desiderio, foraggiando il crescente riempimento di un bisogno insaziabile. Un nuovo disegno conservatore si profila, nel quale vetero moralismo bigotto e borghese e liberismo sfrenato, gaudente ed episodico, possano convivere. Nelle pratiche si osserva la pervadente presenza del pensiero calcolante che inaridisce l'esistenza. Cerchiamo di porre con forza la questione attuale e contemporanea del Logos dell'alcol oggi, il tempo della potenza della tecnica e dello sprofondamento nel godimento, dell'agire fine a se stesso, orri-

bilmente pragmatico e contrapposto all'agire poetico che, nella sua funzione erotica, è generatore del bene. Ma passiamo a percorrere un piccolo e significativo sentiero visionario quanto l'amore per la conoscenza.

### Una prospettiva concreta

A partire dagli anni sessanta il Prof. Hudolin favorì un processo di deistituzionalizzazione della cura dei problemi alcolcorrelati ed istituì dei gruppi, terapeutici in un primo momento e successivamente ridefiniti comunità multi familiari, per gli alcolisti e le loro famiglie non all'interno degli ospedali psichiatrici ma nel territorio di provenienza dei pazienti stessi.

Tali gruppi/comunità, denominati Club degli Alcolisti in Trattamento, hanno avuto fin da subito l'obiettivo di favorire il coinvolgimento delle comunità locali nei processi di prevenzione e di trattamento dei problemi alcolcorrelati.

Il consumo di alcolici non è una malattia ma un tipo di comportamento, uno stile di vita dell'individuo; pertanto il Club serve a facilitare il cambiamento del comportamento. Tale approccio viene definito ecologico sociale ed è assolutamente originale rispetto ad altri trattamenti perché si pone come obiettivo ideale quello di cambiare la cultura generale e favorire interazioni basate sulla solidarietà, la giustizia sociale e la pace.

A distanza di anni però la cultura generale è cambiata, prevalgono altri sentimenti e valori come la competizione, la visibilità, la protezione del proprio privato, l'assuefazione all'ingiustizia, il bisogno di sicurezza indotto da una propaganda che dipinge il diverso come pericoloso. Non dobbiamo dimenticare, inoltre, che il mezzo che più influenza culturalmente le famiglie è la televisione, rudimentale, ma ancora efficace, strumento dello scivolamento nel registro dell'immaginario.

Visto che i Club sono luoghi dove si creano le condizioni di un processo di cambiamento socio-culturale e di approfondimento della *Consciousness* e della *dimensione etica* dei sistemi familiari e relazionali che li costituiscono, non possono non tenere in considerazione il cambiamento socioculturale ed aprirsi ad altre condizioni di disagio: uso di sostanze psicoattive a scopo voluttuario, disagio psichico, precarietà sociale, difficoltà relazionali, disagio spirituale, "l'incapacità di accettare se stessi".

Da questo emerge la necessità che i Club diventino luoghi in cui per ogni membro è possibile prendersi cura del proprio disagio nella sua *globalità*, ma anche scoprire e attivare le proprie risorse per scegliere e realizzare un nuovo e migliore stile di vita.

La nostra è diventata una società complessa, dove non è facile vivere, e siamo sollecitati da più parti da una serie interminabile di stimoli di ogni tipo; una



società che chiede molto ai suoi membri in termini di efficienza, di prestazione, di rapidità. È una società che chiede molto anche ai giovani. Di per sé l'adolescenza è un'età critica, l'età delle scelte e del giudizio. Nei ragazzi possono emergere dei disagi quando in questa situazione di crisi mancano le risorse per gestire le pressioni, le tensioni, i conflitti. E talvolta l'autostima è talmente mortificata che il ragazzo arriva a rifiutare la sfida e a fuggire attraverso soluzioni che al momento sembrano le uniche possibili. Ecco che la droga, l'alcol, la violenza e le ideologie aberranti diventano per alcuni l'unica via percorribile in grado di dare un senso all'esistenza.

In un documento elaborato dall'OMS si definiscono come competenze psicosociali le capacità di una persona di rispondere efficacemente alle esigenze e alle prove della vita quotidiana. Queste svolgono un ruolo essenziale nella promozione della salute intesa come benessere fisico, mentale e sociale. Se la salute dipende dai comportamenti, dalle abitudini e dalla capacità di reagire di un individuo di fronte ad un evento negativo si capisce l'importanza di rafforzare tali competenze. Appendere un cartello contro la droga, l'alcol o il tabacco può apparire molto facile ma non si va lontano se non si affrontano alla radice i motivi per cui un ragazzo fa determinate scelte e non lo si aiuta a fronteggiare il problema. Il Club può diventare un luogo che aiuta anche i ragazzi e le loro famiglie a diventare consapevoli delle proprie risorse, a riflettere, capire e scegliere comportamenti più corretti. In altri termini i giovani, frequentando il Club, vengono stimolati a scegliere cosa è meglio fare per vivere bene e diventano loro stessi una grande risorsa per il Club e per l'intera Comunità.

### La poiesis alcologica, pop

Di fronte a questa elegante ed estetica prospettiva di migliorare la qualità della vita si accende un nuovo ambito di ricerca e di strategia che ha trovato un autorevole luogo di riflessione scientifica, culturale e spirituale nel seminario organizzato dal Mind and Life Institute dal titolo "Craving, Desire and Addiction" (9). In particolare troviamo stimolante quanto viene affermato nell'analisi dei termini Addiction e craving da Marc Lewis in una breve riflessione sul "The craving cycle" (10): "sia per lo sviluppo umano che per l'Addiction, il desiderio agisce come uno strumento di intaglio, facendo collassare la flessibilità in favore di obiettivi fissati. Questa è la ragione per la quale la nostra comprensione dell'addiction può beneficiare maggiormente della prospettiva in stile Buddista sullo sviluppo normale, anziché del modello di malattia favorito dalla scienza occidentale e dalla medicina. La prospettiva Buddista offre inoltre un vantaggio, quando si riferisce alla guarigione: un'enfasi sul valore di piena coscienza/consapevolezza

(mindfulness) ed autocontrollo per liberare noi stessi da attaccamenti non necessari", e più avanti, alla luce di recenti scoperte scientifiche, afferma: "se questi risultati vengono replicati, forniranno una solida evidenza che la guarigione, come l'Addiction, è un processo di sviluppo che può trarre beneficio da avanzate capacità cognitive facilitate da una formazione della coscienza piena (mindfulness training)", che, tradotto nel linguaggio Hudoliniano contenuto nell'approccio ecologico sociale ed antropospirituale, significa formazione per la crescita e maturazione, senza limiti di tempo, ma senza il peso della cronicità avvilente, o la leggerezza ingannevole di una guarigione effimera fino alla prossima recidiva. La vita non può essere guarita dalla morte che della vita è l'atto preliminare nel l'intrinseca finitudine dell'umano. La vita deve essere vissuta coltivandola nella costante formazione esistenziale. L'esempio buddista ci porta alla centralità della dimensione spirituale ed antropologica che dovrebbe infondere maggiore coraggio nel percorrere sentieri e strade demedicalizzate di fronte ad un fenomeno che ha anche conseguenze sanitarie molto importanti, ma che può trovare nuove ed efficaci risposte se riesce a farsi pop, poetico, poetico ed erotico.

### Bibliografia

1. Bateson Gregory, Una sacra unità, Adelphi 1997
2. Nietzsche Friedrich, Considerazioni inattuali, Einaudi 1987
3. Recalcati Massimo, L'uomo senza inconscio, Raffaello Cortina, 2010
4. Curi Umberto, Prolegomeni per una popsophia, Mimesis 2013
5. Maturana Humberto R., Autopoesi e cognizione. La realizzazione del vivente, Marsilio 1985
6. Lacan Jacques, Seminario XI, Einaudi, 2003
7. Heinz Von Foerster, Sistemi che osservano, Astrolabio, 1987
8. Heidegger Martin, L'abbandono, il Nuovo Melangolo, 1995
9. <http://www.mindandlife.org/research-and-initiatives-category/craving-desire-addiction/>
10. <http://www.mindandlife.org/research-and-initiatives/craving-cycle/>



**ANDREA GHISELLI**

Dirigente di ricerca – Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (Roma)

Per corrispondenza:

ghiselli@inran.it

## Il capitolo sull'etanolo dei nuovi LARN

Allo scadere del 2014, dopo 7 anni di lavoro, la quarta revisione dei LARN ha visto finalmente la luce (1). I LARN, acronimo di "Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia" sono le raccomandazioni nutrizionali rivolte alla popolazione italiana, ma riferibili a qualsiasi essere umano appartenente a qualsiasi area geografica.

Il documento, che è un prodotto della Società Italiana di Nutrizione Umana, con la collaborazione dell'INRAN per il coordinamento editoriale, rappresenta da sempre la base scientifica per la ricerca e la pianificazione nutrizionale, sia di singoli che di gruppi di popolazione, per la definizione di politiche sanitarie e commerciali, per la formulazione di indicazioni di salute, per l'etichettatura nutrizionale, per lo sviluppo di nuovi alimenti o integratori alimentari e, in buona sostanza, costituiscono il riferimento per chiunque abbia necessità di approfondire le conoscenze e le metodologie sull'adeguatezza nutrizionale, sulla sorveglianza nutrizionale e sulla dietetica clinica. Ultimo ma non ultimo, costituiscono la base di partenza per la formulazione delle raccomandazioni alimentari, altrimenti dette "Linee Guida per una sana alimentazione" o "Food-based Dietary Guidelines" in lingua anglosassone, i documenti che recepiscono le raccomandazioni nutrizionali e le trasformano in raccomandazioni alimentari.

La quarta revisione era attesa da tempo tra gli addetti ai lavori ed i motivi erano diversi: il naturale aggiornamento della letteratura scientifica della precedente edizione, che risaliva al 1996 *in primis*, ma anche l'esigenza di recepire la pubblicazione di molti documenti analoghi in diversi Paesi e soprattutto la necessità di adeguarsi all'evoluzione del concetto di rappresentazione dei valori dell'adeguatezza nutrizionale, valori che da "raccomandati" delle edizioni precedenti, diventano "di riferimento" nell'edizione attuale, in linea con i documenti degli altri Paesi.

Nelle oltre 650 pagine che costituiscono il corposo documento vengono ampiamente dettagliati e discussi, nutriente per nutriente, le specifiche caratteristiche metaboliche, il ruolo nutrizionale, la valutazione dello stato nutrizionale, la carenza e la tossicità, le fonti alimentari nella dieta e infine i valori di riferimento, con ampia discussione e indicazione delle eventuali modifiche rispetto all'edizione precedente.

Accanto alla descrizione dei nutrienti propriamente detti, vengono tuttavia presi in esame ed acclusi nel documento anche se in una sezione a parte, altri componenti della dieta non propriamente nutrienti come molecole bioattive ed etanolo.

Trattare di alcol in un documento il cui scopo è quello di offrire la base scientifica per la definizione dei fabbisogni nutrizionali e della loro copertura in individui o segmenti di popolazione, potrebbe sembrare quanto meno poco opportuno, se non addirittura fuori luogo e la decisione della sua inclusione nel documento è stata molto dibattuta. La scelta è stata, tuttavia, sostenuta da diversi fattori: intanto la continuità, poiché precedenti edizioni contemplavano un capitolo sull'etanolo, anche se nettamente separato dal contesto degli altri capitoli sui nutrienti. Ovviamente la continuità non rappresenterebbe motivo valido se non fosse di estrema importanza che un documento che costituisce la base per i professionisti della dietetica e della nutrizione clinica, metta bene in luce le caratteristiche dell'etanolo ed i pericoli connessi al suo consumo. E in ultimo è importante che le Linee Guida per una sana alimentazione, che sono la traduzione dei LARN in comportamenti alimentari di tutti i giorni, possano basarsi anche per l'etanolo su una valida base di consenso scientifico.

Il capitolo pone una svolta netta rispetto alle edizioni precedenti nelle quali si usavano ancora terminologie desuete e ingannevoli, come "consumo moderato" o "abuso" e venivano indicate come ammissibili assunzioni quotidiane di 40 grammi di alcol nella popolazione maschile e 30 grammi in quella femminile, che equivalgono rispettivamente al doppio e al triplo dei valori riferiti oggi ai "consumi a basso rischio" e che ricadono nella modalità di consumo definita ora a rischio. È un cambiamento di non poco conto per un Paese come il nostro, in cui il vino rappresenta uno dei tre piedi del tripode mediterraneo insieme ad olio e grano e larga parte della popolazione non lo percepisce nemmeno come bevanda alcolica e lo ritiene benefico per la salute. Non solo il grande pubblico e i media hanno questa percezione ma, in modo molto preoccupante, anche una certa quota di operatori sanitari che vede nel "buon" bicchiere di vino un alleato per la salute e spesso ne favorisce il consumo. Che sia buono è certamente indiscutibile, così come sono buoni, anzi ottimi, molti dei prodotti di



eccellenza della trasformazione italiana, dalle creme alla gianduia ai salumi; che faccia bene all'economia del nostro Paese e alle esportazioni è altrettanto indiscutibile; ma è certamente discutibile che possa far bene alla salute un alimento che contiene sostanze cancerogene e per il quale non è possibile stabilire una quantità di consumo sicura.

Del resto la precedente edizione dei LARN risale al 1996 (2) e raccoglie le evidenze scientifiche degli anni immediatamente precedenti. All'epoca non erano disponibili le evidenze scientifiche forti che ci sono oggi sui rischi connessi a quantità di etanolo molto basse, nell'ordine dei 10 grammi al giorno. Le prime evidenze sui rischi di cancro per le basse dosi sono cominciate ad emergere qualche anno dopo (3), mentre durante la stesura del vecchio documento si respirava ancora l'aria del Paradosso francese del 1992 (4) e del Lion Heart Study il cui report conclusivo sarebbe stato pubblicato di lì a qualche anno (4). Insomma il capitolo "etanolo" nei nuovi LARN è quanto mai opportuno e propedeutico per la stesura delle nuove Linee Guida per una sana alimentazione che presumibilmente vedranno la luce tra qualche mese, subito dopo la pausa estiva di quest'anno e che proporranno non solo una drastica riduzione del consumo "ammissibile" che sarà di 20 grammi al giorno per l'uomo e 10 per la donna, ma un cambiamento di rotta rispetto alle presunte qualità salutistiche di alcune bevande alcoliche. Nei precedenti LARN infatti, l'enfasi sui componenti minori delle bevande alcoliche era molto forte, poiché era il ventennio degli "antiossidanti" ed in particolar modo dei polifenoli, ritenuti a torto o a ragione componenti estremamente importanti, ai quali si attribuiva, in maniera un po' troppo spregiudicata, proprietà preventiva nei confronti dello stress ossidativo e delle malattie da esso sostenute come malattie cardiovascolari e cancro. Anche questi componenti della dieta vengono trattati in un apposito capitolo dei nuovi LARN, per l'esattezza il capitolo che precede quello sull'etanolo e il loro ruolo viene, per non dire ridefinito, quanto meno contenuto in quanto si conclude che al momento attuale delle conoscenze non c'è supporto per indicazioni precise sull'effetto di questi composti sulla salute umana. Il resveratrolo contenuto nel vino infatti non solo non può essere ritenuto responsabile di supposte azioni protettive, come emerge chiaramente da evidenze scientifiche pubblicate molti anni dopo il 1996 (5), ma non è il vino la fonte maggiore, come ben evidente in un data-base online sviluppato in questi ultimi anni e che riporta il contenuto di polifenoli di diversi alimenti (6); il contenuto di resveratrolo del vino è nettamente inferiore a quello che può trovarsi in vari frutti e ciò toglie quell'aureola salvifica dalla quale i lavori scientifici di quegli anni erano circondati e dal quale, devo dire,

anche chi scrive era influenzato.

Il capitolo "etanolo" quindi è un'opportunità ghiotta per un netto cambio di orientamento nella percezione dei rapporti tra salute e bevande alcoliche, permettendo la redazione di Linee Guida più restrittive di qualche anno fa ed in linea con quelle di tutti i Paesi moderni.

## Bibliografia

1. SINU, *Società italiana di Nutrizione Umana*. LARN - Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana. IV Revisione. Coordinamento editoriale SINU-INRAN. 2014, SICS Milano.
2. SINU, *Società italiana di Nutrizione Umana*. LARN - Livelli di Assunzione Raccomandati di energia e Nutrienti per la popolazione italiana. Revisione 1996. Milano.
3. Bagnardi, V., et al., *Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis*. Alcohol Res Health, 2001. 25(4): p. 263-70.
4. Renaud, S. and M. de Lorgeril, *Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease*. Lancet, 1992. 339 (8808): p. 1523-6.
5. Lachenmeier, D.W., et al., *Can resveratrol in wine protect against the carcinogenicity of ethanol? A probabilistic dose-response assessment*. Int J Cancer, 2014. 134 (1): p. 144-53.
6. Rothwell, J., et al. *Phenol-Explorer 3.0: a major update of the Phenol-Explorer database to incorporate data on the effects of food processing on polyphenol content*. Database, 10.1093/database/bat070. 2013.

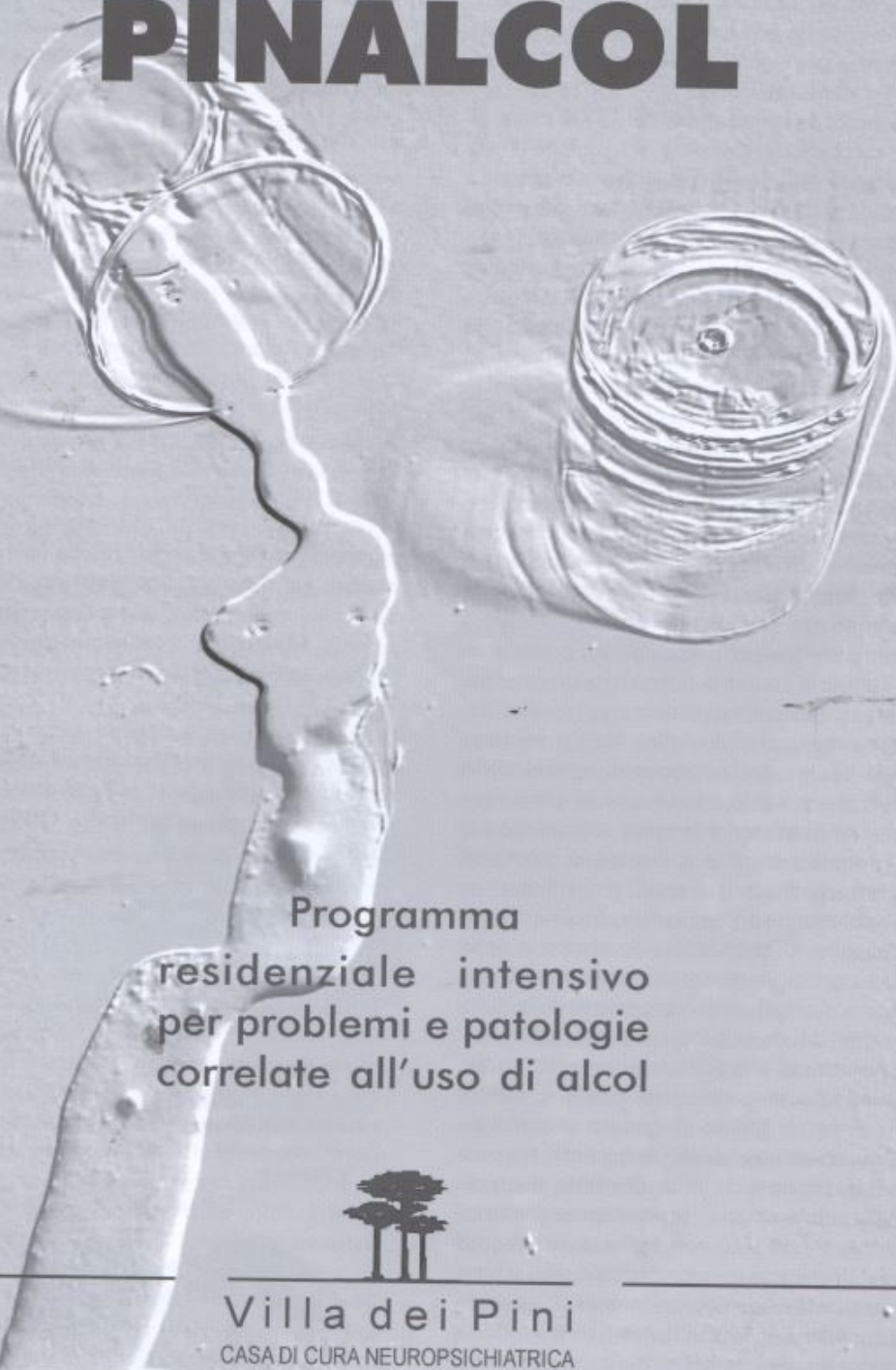


## LARN

Livelli di Assunzione di Riferimento  
di Nutrienti ed energia  
per la popolazione italiana  
IV Revisione



# PINALCOL



Programma  
residenziale intensivo  
per problemi e patologie  
correlate all'uso di alcol



Villa dei Pini

CASA DI CURA NEUROPSICHIATRICA

Direttore Sanitario Dr. Vezio Polidori  
Primario Dr. Fosco Bandinelli  
Via Ugo Foscolo, 78 - 50124 FIRENZE  
tel. 055 221 691 - fax 055 228 0617  
pinalcol@villadeipini.it - www.villadeipini.it



ALBERTO SALOMONE<sup>1</sup>, VALENTINA PIRRO<sup>1,2</sup>, SERGIO PELLEGRINO<sup>1</sup>, MARCO VINCENTI<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centro Regionale Antidoping e di Tossicologia "A. Bertinaria", Regione Gonzole 10/1, 10043 Orbassano (Torino), Italy

<sup>2</sup>Dipartimento di Chimica, Purdue University, 560 Oval Drive, West Lafayette 47907, Indiana, USA

<sup>3</sup>Dipartimento di Chimica Analitica, Università degli Studi di Torino, via P. Giuria 5, 10125 Torino, Italy

Corresponding author: Alberto Salomone, Centro Regionale Antidoping e di Tossicologia "A. Bertinaria", Regione Gonzole 10/1, 10043 Orbassano (Torino), Italy.

Tel.: +39 011 90 22 4232; fax: +39 011 90 22 42 61.

Per corrispondenza:

E-mail: alberto.salomone@antidoping.piemonte.it

## L'influenza di diversi fattori interindividuali nella determinazione dell'etilglucuronato nel capello

### Riassunto

La determinazione quantitativa dell'EtG nel capello è utile a discriminare tra le diverse tipologie di consumatori di alcol. In questo studio, abbiamo raccolto i dati di un ampio gruppo di campioni (più di 20000) analizzati nel nostro laboratorio, per valutare se alcuni fattori biologici interindividuali, quali ad esempio l'età, il genere, l'area e il periodo di campionamento, potessero causare variazioni significative nell'andamento dei risultati. Circa il 12% dei campioni è risultato positivo, ad una concentrazione di EtG superiore a 30 pg/mg. Applicando gli opportuni test statistici, si è verificato che non esiste una differenza significativa per genere (uomini e donne) e zona di prelievo (capello o pelo toracico). Diversamente, l'età sembra essere un fattore discriminante. Infine, è stato osservato un effetto di "stagionalità", per cui la percentuale di campioni positivi più elevata si registra in inverno (16,7%) e la più bassa in estate (8,3%). In conclusione, appare fondamentale che tutte le caratteristiche dell'EtG siano prese in considerazione, al fine di poterne migliorare l'utilizzo come biomarcatore dell'abuso di alcol e indirizzare correttamente l'interpretazione del risultato.

**Parole chiave:** alcolismo, etilglucuronato, capello

### Introduzione

Un obiettivo fondamentale nella Tossicologia forense e clinica è di poter identificare appropriati marcatori biologici per la diagnosi del consumo cronico di alcol o, al contrario, valutarne l'astinenza (1). La visita alcolologica utilizza un protocollo fatto di diversi strumenti, dal questionario all'esame anamnestico, dalla visita medica alla determinazione di biomarcatori. Mentre questo approccio multidisciplinare, così strutturato, è rimasto più o meno immutato nel corso degli anni, enormi passi in avanti sono stati fatti nel campo delle analisi di laboratorio dei biomarcatori, e nell'interpretazione del loro significato diagnostico (2,3). I biomarcatori possono essere distinti tra marcatori indiretti e marcatori diretti. I biomarcatori

### Abstract

Ethyl glucuronide in hair (HEtG) is the most accredited marker to prove chronic alcohol abuse. In this study, we evaluated the comprehensive results of HEtG determination obtained during four years of activity (2009-2013) in our laboratory across over 20,000 subjects to provide a general perspective on HEtG analysis and dependence on group-level factors (e.g., age, gender, site and period of hair collection). About 12% of the subjects presented HEtG concentrations over 30 pg/mg. Upon non-parametric hypothesis tests, distributions of HEtG in independent populations categorized by age proved statistically different, while no differences were found by considering gender and site of sampling (head vs. chest hair). A "seasonality" factor was evaluated by comparing periods of collection, and a seasonal trend was observed showing the highest HEtG levels in winter (16.7%) and minimum levels in summer (8.3%). The experimental HEtG distributions confirm that chest hair sampling can be trusted as an alternative to scalp. Furthermore, age and season of sampling may significantly influence the measured HEtG concentration, and this potential source of bias should be taken into account when the results are interpreted.

**Key words:** Alcoholism, ethylglucuronide, hair

tradizionali sono definiti indiretti poiché subiscono evidenti variazioni non in funzione della quantità di alcol assunta, bensì in funzione della presenza di danni epatici derivanti dall'esposizione all'alcol. Oltretutto, possono essere influenzati da molti fattori biologici, quali età, sesso, indice di massa corporea, variazioni genetiche e ormonali, che contribuiscono fortemente ad incrementare la variabilità inter- e intra-individuale. Grandi discrepanze si manifestano anche nei tempi di normalizzazione dei livelli ematici a seguito dell'interruzione nell'assunzione di alcolici. I marcatori indiretti presentano sia scarsa sensibilità diagnostica, perché aumentano significativamente solo dopo assunzioni elevate e regolari di alcol, sia scarsa specificità, poiché molti fattori non strettamente correlati al consumo di etanolo inducono mo-



dificazioni significative, ad esempio patologie epatiche di origine non alcolica, assunzione di farmaci o altre sostanze illecite. I biomarcatori diretti sono invece metaboliti dell'alcol, le cui concentrazioni nei campioni biologici sono quindi strettamente correlate alla quantità di alcol ingerita. Sebbene la maggior parte dell'alcol che viene consumato è metabolizzata da processi ossidativi epatici, una sua piccola quantità viene invece trasformata attraverso un meccanismo non ossidativo in molecole che possono essere misurate nei liquidi biologici e nei tessuti per un periodo di tempo più lungo dopo il consumo. Tra i biomarcatori diretti, i più utilizzati sono senza dubbio gli esteri etilici degli acidi grassi (FAEE) e soprattutto l'etilglucuronato (EtG). L'EtG è rilevabile nel sangue per alcune ore e nell'urina per alcuni giorni, ma è la sua concentrazione nel capello ad offrire gli aspetti applicativi più interessanti (4,9).

La determinazione quantitativa dell'EtG nel capello è utile a discriminare tra le diverse tipologie di consumatori, in particolare tra consumatori ad alto e basso-medio rischio. Questa capacità discriminante è ormai riconosciuta dalle principali società scientifiche internazionali che operano da riferimento nel settore forense e medico-legale; il 16 giugno 2009, infatti, la Society of Hair Testing (SOHT) ha fissato a 30 pg/mg il valore soglia di concentrazione di etilglucuronato nel capello da utilizzare per distinguere il consumo ad alto e basso-medio rischio (6), confermando anche nei documenti successivi tale indicazione (17). La ragione principale per cui l'EtG si è imposto sugli altri marcatori risiede nell'altissima specificità (99%) e sensibilità (90-97%), grazie anche alle sofisticate strumentazioni che vengono attualmente utilizzate per eseguire tali analisi.

Ciononostante, diversi aspetti che contribuiscono al risultato dell'EtG nel capello devono ancora essere investigati, in modo da raggiungere una conoscenza esaustiva del significato di questa analisi. Uno dei problemi principali è la scelta di quale matrice cheratinica alternativa al capello sia utile prelevare, ogni qual volta ci si presenti un soggetto calvo o rasato. Diversi studi hanno dimostrato come né l'ascella, né il pelo pubico, siano matrici adatte alla valutazione del consumo cronico di alcol (10,13), mentre i peli delle gambe e del torace sono al momento considerate le migliori alternative al capello (13,14). Altri aspetti non sono stati ancora sufficientemente chiariti, soprattutto in relazione a fattori biologici inter-individuali, quali ad esempio l'età, il genere, l'area e il periodo di campionamento.

Il nostro laboratorio riceve ed analizza ogni anno migliaia di campioni di matrice cheratinica per la determinazione dell'EtG. In questo studio, abbiamo raccolto i dati degli ultimi anni ed utilizzato questo ampio gruppo di campioni (più di 20000), per valuta-

re se alcuni dei suddetti fattori potessero causare variazioni significative nell'andamento dei risultati.

## Materiali e metodi

### Determinazione di EtG con UHPLC-MS/MS

Le analisi per EtG sono state eseguite con un metodo validato e accreditato ai sensi della norma ISO 17025 (15). In breve, tutti i campioni vengono lavati due volte, prima con diclorometano e poi con metanolo. Dopo averli asciugati, i capelli sono sminuzzati in segmenti < 1mm e pesati. L'EtG viene estratto con incubazione overnight a temperatura ambiente, utilizzando una miscela acqua-metanolo. Dopo un'ultima sonicazione, un'aliquota di estratto è iniettata nello strumento per l'analisi in UHPLC-MS/MS. I limiti di rilevabilità (LOD) e quantificazione (LOQ) sono rispettivamente di 3 e 10 pg/mg. Le performance del metodo sono costantemente monitorate attraverso la partecipazione a due circuiti di controllo e valutazione esterna di qualità, uno gestito dal Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (University Hospital of Geneva, Switzerland) per conto della Society of Hair Testing, e l'altro organizzato dalla GTFCh.

### Selezione dei campioni

Nel periodo compreso tra il 4 settembre 2009 e il 31 dicembre 2013, abbiamo analizzato più di 20000 soggetti, sottoposti a visita medica ed esami specialistici richiesti dai Servizi di Alcolologia o dalle Commissioni Mediche Locali del Piemonte (92% del totale).

Tutti i campioni sono stati tagliati alla base del cranio o alla superficie della pelle, usando forbici decontaminate. Tutti i campioni sono stati conservati a temperatura ambiente ed analizzati entro 10 giorni dal prelievo. Soltanto il segmento 0-3 è stato preso in considerazione, anche quando il capello era di lunghezza superiore. Campioni di lunghezza uguale o inferiore a 3 cm, così come campioni di pelo ascellare o toracico, sono stati analizzati interamente.

### Analisi statistica: valutazione interindividuale

L'intero gruppo di risultati di EtG è stato ripetutamente suddiviso sulla base di diversi criteri di classificazione, quali zona di prelievo, età, genere e periodo di campionamento, per poi comparare i gruppi con l'ausilio di opportuni test statistici di significatività.

### Zona di prelievo

L'informazione relativa alla zona di prelievo era disponibile per 25.533 campioni. I rimanenti, per i quali l'origine non è stata specificata sul modulo di prelievo al momento del campionamento, sono stati esclusi dalla seguente elaborazione. I campioni inclusi in questa valutazione si dividevano tra capello (22.825 campioni), pelo ascellare (762 campioni) e pelo toracico (1946 campioni). Scopo di questa classificazione era valutare le differenze di distribuzione dei campio-



ni positivi, espresse in percentuale e in funzione di diversi valori di cut-off, incluso ovviamente il valore di riferimento di 30 pg/mg.

Considerando le popolazioni di campioni come indipendenti, è stato applicato il test chi-quadrato. Per ogni coppia di matrici cheratiniche, sono state costruite le tabelle di contingenza 2x2 che includevano il numero di campioni positivi (EtG > 30 pg/mg) e negativi. La percentuale totale di campioni positivi è stata considerata come il valore osservato, e come tale utilizzata per calcolare la frequenza attesa. Infine, il test chi-quadrato è stato corretto per il fattore di Yates quando le popolazioni confrontate erano significativamente differenti, come già fatto in altri lavori precedenti (12). Quando il valore critico chi-quadrato è risultato maggiore del valore chi-quadrato di Yates, l'ipotesi nulla  $H_0$  (cioè che non esistano differenze significative tra i due gruppi) è stata accettata. All'intervallo di confidenza (CI) del 95% e 1 grado di libertà, il valore critico chi-quadrato è 3.84.

#### *Età e genere*

Le informazioni relative a età e genere erano disponibili per 20293 campioni. La popolazione esaminata consisteva di 18920 uomini (93%) e 1373 donne (7%). Nel complesso, il 23% (n=4684) era nella fascia di età 18-30 anni (gruppo A), il 29% (n=5878) nella fascia 31-40 anni (gruppo B), mentre la maggioranza (48%, n=9731) aveva un'età superiore ai 40 anni (gruppo C).

Il test U di Mann-Whitney è stato utilizzato per verificare le eventuali differenze statisticamente significative tra due popolazioni indipendenti, differenziate dal genere. L'ipotesi nulla  $H_0$  è quella che i due campioni siano tratti da una popolazione singola, e che dunque per questa ragione le loro distribuzioni di probabilità siano eguali. Applicando un valore P di 0.05 (95%), l'ipotesi  $H_0$  è stata rifiutata quando il valore P era inferiore al valore critico.

Il test di Kruskal-Wallis è stato scelto per verificare che i tre gruppi di soggetti suddivisi per fasce d'età (18-30; 31-40; > 40 anni) provengano da una stessa popolazione, o al contrario che esistano differenze statisticamente significative tra popolazioni indipendenti. Come per la valutazione dell'età, anche in questo caso è stato utilizzato un valore P di 0.05 (95%) per accettare o rifiutare l'ipotesi nulla  $H_0$ .

#### *Periodo di campionamento (stagionalità)*

La correlazione tra periodo di crescita del capello e periodo di campionamento è possibile solo per il capello, mentre la diversa velocità di crescita e i lunghi periodi di quiescenza rendono questa valutazione impossibile per pelo ascellare e toracico. Solo i campioni raccolti tra il giorno 15 e il giorno 30 dei mesi di Marzo, Giugno, Settembre e Dicembre sono stati

presi in considerazione. In questo modo, il segmento di capello 0-3 rappresentava approssimativamente un campione di capello cresciuto nei tre mesi precedenti, essendo quindi corrispondente ad un campione di capello cresciuto, rispettivamente, in inverno, primavera, estate e autunno (16). Tra tutti i campioni pervenuti al nostro laboratorio tra l'autunno 2009 e l'autunno 2013, 4503 rispettavano questi criteri di inclusione.

Come in precedenza, anche in questo caso il test di Kruskal-Wallis è stato scelto per verificare eventuali differenze significative tra quattro popolazioni indipendenti, divise in base alle stagioni del calendario. Anche in questo caso è stato utilizzato un valore P di 0.05 (95%) per accettare o rifiutare l'ipotesi nulla  $H_0$ .

## **Risultati**

### **Zona di prelievo**

L'11% (n=22825) dei campioni di capello è risultata positiva, utilizzando il cut-off di 30 pg/mg. Se si alza il valore soglia a 50 pg/mg, la percentuale dei campioni positivi scende a 6.4%. Diversamente, solo nel 2.6% dei campioni di pelo ascellare si è ottenuto una concentrazione di EtG superiore a 30 pg/mg, mentre nel caso dei campioni di pelo toracico, i positivi sono stati il 10%. Il 5.2% dei campioni di pelo toracico ha fornito un risultato superiore a 50 pg/mg, in misura quindi simile ai campioni di capello.

I valori ottenuti dal test chi-quadrato di Yates indicano che l'ipotesi  $H_0$  deve essere rifiutata per il pelo ascellare ( $\chi^2 = 51.11$ ), mentre è accettata per il pelo toracico ( $\chi^2 = 3.76$ ), a dimostrazione che le due matrici (capello e pelo toracico) non sono significativamente diverse. Tale similitudine è ancora più evidente ( $\chi^2 = 0.04$ ) se si considerano solo le popolazioni di soggetti maschi. Come si vedrà successivamente, infatti, la popolazione femminile (che ovviamente non può produrre campioni di pelo toracico) presenta una percentuale sensibilmente inferiore di soggetti positivi. Le tabelle di contingenza 2x2 sono mostrate in Tabella 1. Nella prima, sono mostrate le frequenze osservate ed attese per il pelo ascellare. In questo caso, i campioni positivi ottenuti (frequenza osservata, n=20) sono in numero di gran lunga inferiore ai campioni positivi attesi (n=85). Rifiutando l'ipotesi nulla  $H_0$ , in pratica si conferma che la valutazione del consumo di alcol venga sottostimata, se si utilizza un campione di pelo ascellare.

La seconda tabella di contingenza considera invece i campioni di pelo toracico (solo soggetti di sesso maschile). Le frequenze osservate ed attese sono molto simili, e il test chi-quadrato di Yates prova che il capello e il pelo toracico non sono statisticamente differenti. La forte similitudine che esiste tra queste due matrici appare ancora più evidente dai risultati elencati in Tabella 2 e rappresentati in Figura 1. Il numero



di campioni di capello e pelo toracico classificati come positivi, infatti, diminuisce in maniera del tutto analoga, aumentando il cut-off progressivamente fino a 500 pg/mg. In particolare, è degno di nota il fatto che ci sia un numero considerevole di campioni positivi anche a concentrazioni superiori a 200 pg/mg, configurando quindi una situazione di pesante consumo cronico di alcol in soggetti consapevoli di essere sottoposti a controllo medico.

### Età e genere

Tra i 25533 campioni analizzati, le informazioni complete su età e genere erano disponibili in 20293 casi. La percentuale di positivi sul totale dei campioni è stata del 11.9% (n=2417), con un contributo predominante dei soggetti di sesso maschile (93% della popolazione, n=18920). Nella popolazione maschile, la percentuale di campioni con valori di EtG superiori a 30 pg/mg è stata del 12.3% (n=2327), mentre una percentuale significativamente inferiore (6.6%) si è osservata nei soggetti di sesso femminile (n=1373). Il test di Mann-Whitney U rivela però che la distribuzione dei valori di EtG, quando superiori a 10 pg/mg, non differisce statisticamente tra i due gruppi. La situazione è ben rappresentata dai grafici box-plot presentati nella Figura 2b, mentre le distribuzioni dei dati sono riportate in Tabella 3.

Tra tutti i campioni positivi, solo il 7% (n=173) appartiene al gruppo A (età 18-30) e il 20% (n=480) al Gruppo B (età 31-40), mentre la maggioranza dei campioni positivi (73%; n=1764) proviene dal gruppo di soggetti con l'età più alta (Gruppo C). Parimenti, solo il 4% di tutti i campioni analizzati facenti parte del Gruppo A (n= 4684) è risultato positivo; la percentuale si alza all'8% per il gruppo B (n=5878), mentre è il Gruppo C a registrare la percentuale più alta di campioni positivi (18% dei 9731 campioni analizzati).

Il Test di Kruskal-Wallis conferma che la distribuzione dei valori di EtG è statisticamente differente nei tre gruppi. I risultati sono rappresentati graficamente nella Figura 3, mentre la Figura 2a mostra i grafici box-plot. Le distribuzioni dei risultati sono elencate in Tabella 3.

### Stagionalità

Nel periodo esaminato, la percentuale media di campioni di capello positivi, cioè riferiti alla quantità di alcol consumata nelle stagioni inverno, primavera, estate e autunno, è stata, rispettivamente del 17%, 12%, 7% e 11%. I risultati sono rappresentati in Figura 4 e dettagliati nella Tabella 4. Considerando tutti i campioni con concentrazioni di EtG >10 pg/mg e applicando l'opportuno test statistico di Mann-Whitney U test, si osserva che i risultati ottenuti per inverno e autunno non sono significativamente diversi tra loro, così come avviene per estate e primavera ( $P>0.05$ ).

Al contrario, se si mettono a confronto le stagioni fredde (inverno + autunno) con quelle calde (estate + primavera), allora si ottiene una differenza statisticamente significativa ( $P<0.05$ ).

### Discussione e conclusioni

Questo studio mirava ad approfondire la conoscenza del significato diagnostico dell'analisi di EtG sulla matrice cheratinica, sfruttando i risultati ottenuti in questi ultimi anni di attività del nostro laboratorio. In particolare, l'utilizzo di una grande mole di dati ottenuta da una vasta popolazione, è servito per valutare alcune tendenze dei più comuni parametri di classificazione. La popolazione esaminata era costituita soprattutto da utenti delle Commissioni Mediche Locali, cioè da soggetti incorsi in sanzioni per guida in stato di ebbrezza. I risultati ottenuti offrono quindi una duplice valenza: (i) esaminare alcune caratteristiche dell'EtG come biomarcatore dell'abuso di alcol, in modo da migliorarne l'utilizzo e l'interpretazione, e (ii) caratterizzare la nostra popolazione di consumatori di alcol, sulla base di variabili biologiche ed ambientali.

L'uso di grandi popolazioni, infatti, permette di considerare i soggetti sotto esame come un'entità globale con proprietà specifiche, piuttosto che come un gruppo di singoli individui. Inoltre, i comportamenti individuali sono spesso mediati dal contesto sociale, che a sua volta può dipendere da una variabile biologica (ad esempio, l'età o il genere). In pratica, i nostri risultati ottenuti da una popolazione di oltre 20000 soggetti, ognuno associati ad una variabile individuale, possono essere analizzati come un unico gruppo. Tra le valutazioni più importanti, rientra sicuramente quella sull'utilizzo del pelo toracico come alternativa affidabile e comparabile al capello per la valutazione del consumo cronico di alcol attraverso la determinazione dell'EtG. I dati riportati nelle Tabelle 1 e 2 e in Figura 1 depongono decisamente a favore dell'equivalenza tra le due matrici cheratiniche, al punto che tale conclusione è stata fatta propria dal più recente documento di consenso della Society of Hair Testing (17).

La seconda considerazione significativa riguarda le abitudini nei confronti del bere dei due generi della popolazione, maschile e femminile. Alcuni studi hanno già osservato diversità di genere nella dipendenza da alcol, sebbene questo divario si stia riducendo progressivamente (18-20). Pur con la limitazione dello scarso numero di soggetti di sesso femminile rappresentati nel nostro studio, possiamo dire, con i risultati ottenuti, che le donne sono ancora meno inclini degli uomini all'abuso di alcol. Tuttavia, quando l'EtG nel capello raggiunge livelli misurabili, la sua distribuzione non è, in modo rilevante, così diversa tra i due generi.



L'età sembra ugualmente essere un fattore discriminante. Infatti, è nella fascia di età più alta che si osserva la percentuale maggiore di soggetti classificabili come consumatori cronici. È interessante sottolineare come conclusioni simili siano state ottenute dall'analisi di EtG in campioni urinari di soggetti di età diverse (21). Non è chiaro se ciò sia riconducibile a diverse abitudini del bere, a fenomeni di tolleranza o variabilità metaboliche, anche se tutte le interpretazioni restano possibili. Ad esempio, diverse attività enzimatiche coinvolte nel metabolismo dell'alcol, così come alterate funzionalità renali ed epatiche, sono già state ipotizzate (22). Anche i diversi comportamenti (binge-drinking rispetto a consumo quotidiano di alcol, es. vino ai pasti) sono stati proposti per spiegare la diversa incorporazione di EtG nel capello, per via dei più o meno prolungati periodi di esposizione all'EtG ematico (22). Infine, un fenomeno di tolleranza si sviluppa senz'altro con gli anni, portando così gli individui ad aumentare la dose di alcol assunto quotidianamente. In tali circostanze, colpisce ancora di più il fatto che, pur consapevoli di essere sottoposti a regolari visite di controllo, i soggetti in età più avanzata non riescano ad astenersi, o quantomeno a ridurre, il loro consumo di bevande alcoliche. Diversamente da età e genere, il periodo di campionamento è un parametro esterno, scevro da ogni connotazione individuale. Partendo ancora una volta dal presupposto che fattori interindividuali che posano in qualche modo influenzare la concentrazione di EtG (abitudini igieniche, caratteristiche del capello, utilizzo di prodotti cosmetici, età e genere, patologie epatiche), siano tutti resi nulli dalla elevata dimensione della coorte esaminata, diventa evidente un effetto della stagione sulla distribuzione dei risultati dell'EtG. La percentuale significativamente più alta di campioni positivi ottenuta nelle stagioni invernali può avere molteplici ragioni, radicalmente diverse tra loro. La spiegazione più semplice e immediata è che tale effetto sia dovuto alla quantità di alcol ingerito nelle stagioni fredde, sia per un'augmentata frequenza di consumo, sia per una diversa tipologia di bevande a più alto contenuto alcolico. Altrimenti, un'influenza sui risultati legata ad effetti di lavaggio e sudorazione nelle stagioni calde è da considerarsi altrettanto realistica, essendo l'EtG una molecola idrofila. Altri fattori, quali ad esempio la diversa velocità di crescita del capello a seconda delle stagioni, appaiono invece meno probabili.

Infine, è assolutamente da rimarcare il trend in discesa della percentuale dei risultati positivi (Figura 4) nel corso degli anni della nostra attività. Ciò sta a riprova che l'analisi dell'EtG nel capello, in virtù delle sue elevate capacità diagnostiche, è un potente strumento per rafforzare le strategie di controllo del consumo a rischio o dell'abuso di bevande alcoliche, al

punto da produrre un significativo effetto deterrente nella popolazione sottoposta agli esami.

## Bibliografia

1. Pragst, F. and Balikova, M. (2006). State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clin. Chim. Acta.* 370, 17–49.
2. Vincenti, M., Salomone, A. and Pirro, V. (2013). How has screening of harmful drinking changed over the years? *Bioanal.* 5, 2981–3.
3. Pirro, V., Oliveri, P., Scutteri, B., Salvo, R., Salomone, A., Lanteri, S. and Vincenti, M. (2013). Multi-variate strategies for screening evaluation of harmful drinking. *Bioanal.* 5, 687–99.
4. Marques, P., Tippetts, S., Allen, J., Javors, M., Alling, C., Yegles, M., Pragst, F. and Wurst, F. (2010). Estimating driver risk using alcohol biomarkers, interlock blood alcohol concentration tests and psychometric assessments: initial descriptives. *Addiction* 105, 226–39.
5. Agius, R., Nadulski, T., Kahl, H.-G. and Dufaux, B. (2012). Ethyl glucuronide in hair - A highly effective test for the monitoring of alcohol consumption. *Forensic Sci. Int.* 218, 10–4.
6. Kintz, P. (2012). Consensus of the Society of Hair Testing on hair testing for chronic excessive alcohol consumption 2011. *Forensic Sci. Int.* 218, 2.
7. Kharbouche, H., Faouzi, M., Sanchez, N., Daepfen, J. B., Augsburg, M., Mangin, P., Staub, C. and Sporkert, F. (2012). Diagnostic performance of ethyl glucuronide in hair for the investigation of alcohol drinking behavior: a comparison with traditional biomarkers. *Int. J. Legal Med.* 126, 243–50.
8. Morini, L., Politi, L. and Poletti, A. (2009). Ethyl glucuronide in hair. A sensitive and specific marker of chronic heavy drinking. *Addiction* 104, 915–20.
9. Pirro, V., Valente, V., Oliveri, P., Bernardis, A., Salomone, A. and Vincenti, M. (2011). Chemometric evaluation of nine alcohol biomarkers in a large population of clinically-classified subjects: pre-eminence of ethyl glucuronide concentration in hair for confirmatory classification. *Anal. Bioanal. Chem.*
10. Kerekes, I., Yegles, M., Grimm, U. and Wennig, R. (2009). Ethyl glucuronide determination: head hair versus non-head hair. *Alcohol Alcohol* 44, 62–6.
11. Kintz, P., Villain, M., Vallet, E., Etter, M., Salquebre, G. and Cirimele, V. (2008). Ethyl glucuronide: unusual distribution between head hair and pubic hair. *Forensic Sci. Int.* 176, 87–90.
12. Pirro, V., Di Corcia, D., Pellegrino, S., Vincenti, M., Scutteri, B. and Salomone, A. (2011). A study of distribution of ethyl glucuronide in different keratin matrices. *Forensic Sci. Int.* 210, 271–7.
13. Pianta, A., Liniger, B. and Baumgartner, M. R. (2013). Ethyl glucuronide in scalp and non-head hair: an intra-individual comparison. *Alcohol Alcohol* 48,



295–302.

14. Salomone, A., Pirro, V., Lombardo, T., Di Corcia, D., Pellegrino, S. and Vincenti, M. (2014). Interpretation of group-level factors from a large population dataset in the determination of ethyl glucuronide in hair. *Drug Test. Anal.*

15. Pirro, V., Di Corcia, D., Seganti, F., Salomone, A. and Vincenti, M. (2013). Determination of ethyl glucuronide levels in hair for the assessment of alcohol abstinence. *Forensic Sci. Int.* 232, 229–36.

16. Kintz, P. (2012). Value of the concept of minimal detectable dosage in human hair. *Forensic Sci. Int.* 218, 28–30.

17. <http://www.sohr.org/index.php/consensus>, ultimo accesso 27 novembre 2014

18. Gareri, J., Rao, C., Koren, G. (2014) Examination of sex differences in fatty acid ethyl ester and ethyl glucuronide hair analysis. *Drug Testing Anal.* 2014, DOI: 10.1002/dta.1653

19. Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. The social epide-

miology of substance use. (2004) *Epidemiol. Rev.*, 26, 36

20. Khan, S., Okuda, M., Hasin, D.S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.H., Grant, B., Blanco, C. Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. (2013) *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 37, 1696.

21. Wurst, F.M., Wiesbeck, G.A., Metzger, J.W., Weinmann, W. On sensitivity, specificity, and the influence of various parameters on ethyl glucuronide levels in urine – results from the WHO/ISBRA study. (2004) *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 28, 1220.

22. Crunelle, C.L., Yegles, M., van Nuijs, A.L., Covaci, A., De Doncker, M., Maudens, K.E., Sabbe, B., Dom, G., Lambert, W.E., Michielsen, P., Neels, H. Hair ethyl glucuronide levels as a marker for alcohol use and abuse: a review of the current state of the art. (2014) *Drug Alcohol Depend.*, 134, 1.

Tabella 1. Frequenze osservate ed attese per capello, pelo ascellare e pelo toracico

	Frequenza osservata			Frequenza attesa	
	Capello	Pelo ascellare	Totale	Capello	Pelo ascellare
Positivi	2603	20	2623	2538	85
Negativi	20222	742	20964	20287	677
Totale	22825	762	23587	22825	762

	Frequenza osservata			Frequenza attesa	
	Capello	Pelo toracico	Totale	Capello	Pelo toracico
Positivi	2102	192	2294	2099	195
Negativi	18871	1754	20625	18874	1751
Totale	20973	1946	22919	20973	1946

Tabella 2. Distribuzione dei campioni positive (EtG > cut-off) per capello e pelo toracico a differenti valori di cut-off

Cut-off (pg/mg)	Capello		Pelo toracico	
	Campioni positivi	% campioni positivi	Campioni positivi	% campioni positivi
30	2603	11.4	192	9.9
50	1469	6.4	101	5.2
100	528	2.3	39	2.0
200	164	0.7	8	0.4
500	19	0.1	1	0.1



Tabella 3. Distribuzione dei livelli di EtG divisi per età e genere

	Numero totale di campioni	% risultati positivi	Media	Deviazione Standard	Mediana	IQR	Range (pg/mg)
<i>Genere</i>							
Maschile	18920	12	53	158	21	25	LOD-1726
Femminile	1373	7	43	62	23	29	LOD-1431
<i>Età</i>							
18-30 anni	4684	4	24	21	17	13	LOD-247
31-40 anni	5878	8	35	62	21	22	LOD-1431
> 40 anni	9731	18	51	77	27	37	LOD-1726

Tabella 4. Distribuzione dei risultati di EtG secondo il periodo di campionamento

Stagionalità	Totale campioni	% campioni positivi	Range (pg/mg)	Media	Deviazione Standard	Mediana	IQR
Autunno 2009	100	11	LOD-151	50	41	28	52
Inverno 2009	140	22	LOD-209	48	45	31	47
Primavera 2010	85	16	LOD-322	58	73	28	67
Estate 2010	112	9	LOD-277	38	50	23	21
Autunno 2010	276	10	LOD-204	38	40	20	26
Inverno 2010	103	17	LOD-381	46	81	22	23
Primavera 2011	358	9	LOD-335	33	45	19	18
Estate 2011	253	8	LOD-123	25	19	18	22
Autunno 2011	269	12	LOD-179	38	38	23	30
Inverno 2011	325	16	LOD-527	50	75	26	35
Primavera 2012	360	16	LOD-409	37	47	23	25
Estate 2012	363	8	LOD-355	39	49	22	25
Autunno 2012	289	13	LOD-183	35	32	21	28
Inverno 2012	379	13	LOD-345	37	44	26	23
Primavera 2013	341	5	LOD-227	28	38	16	17
Estate 2013	366	4	LOD-229	28	32	17	21
Autunno 2013	384	8	LOD-653	38	76	19	21

Figura 1

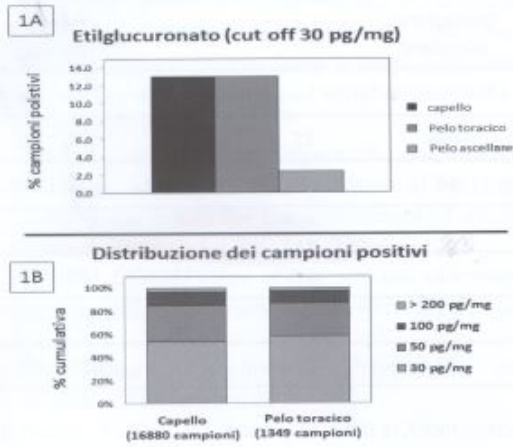


Figura 3

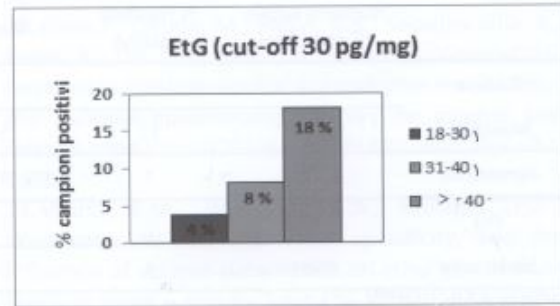


Figura 2

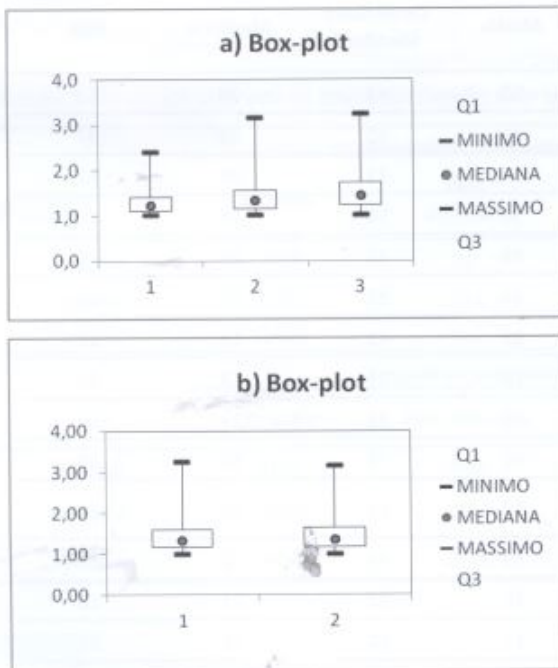
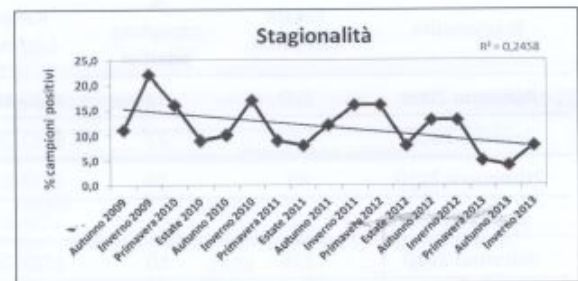


Figura 4





GIUSEPPE CORLITO<sup>1</sup>, ELENA BARBAFIERA<sup>2</sup>, FRANCESCO CORLITO<sup>3</sup>, VANESSA AGNOLETTI<sup>4</sup>, GIOVANNI BATTISTA MODONUTTI<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Psichiatra, responsabile del Centro di Documentazione per gli stili di vita sani di Grosseto

<sup>2</sup> Psicologa, volontaria ACAT Grosseto Nord presso il Centro di Documentazione per gli stili di vita sani di Grosseto

<sup>3</sup> Psicologo, Punto Famiglia COESO SdS, Cooperativa Uscita di Sicurezza di Grosseto

<sup>4</sup> Assistente Sociale, volontaria ACAT Grosseto Nord il Centro di Documentazione per gli stili di vita sani di Grosseto

<sup>5</sup> Specialista in Igiene e medicina preventiva

## Bere giovanile: ragazzi e famiglie in un'indagine sulle prime medie di una scuola di Grosseto

### Riassunto

Alcol zero per i minori di 18 anni, questa è l'indicazione che arriva dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nonostante ciò nel nostro Paese si registra un aumento del consumo di bevande alcoliche tra i minori, rispetto a una diminuzione procapite di alcolici della popolazione generale.

Il consumo di alcol (quantità consumata e modalità di assunzione) viene indagato con la Scheda Questionario, in un campione n. 89 studenti delle classi I della Scuola Media Inferiore Pascoli-Ungaretti di Grosseto (età media 11 anni, ds 0.41, range 10-13 anni, femmine n.40). Il questionario utilizzato indaga anche il comportamento alcolico delle famiglie. Lo studio ha previsto anche un approfondimento rispetto ai livelli di autostima, esaminata attraverso il Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima di Bracken.

La distribuzione percentuale di avvenuta alcolizzazione, nel campione in esame, risulta essere 48.3%. Il 65.2% dei soggetti è non bevitore, il 33.7% è bevitore occasionale (<5g/die) e l'1.1% è bevitore abituale (>5g/die). Nelle famiglie, in cui ci sono componenti che usano alcol, gli studenti bevitori sono il 45.6%, mentre laddove i familiari conviventi siano non bevitori, la percentuale di ragazzi che consuma sostanze alcoliche scende al 13.2%.

Nonostante le indicazioni dell'OMS e in linea con i dati registrati dall'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol, nello studio in questione emerge che i minori di 13 anni, che hanno già effettuato la loro prima alcolizzazione, usano alcol per lo più in maniera occasionale e in una certa percentuale hanno comportamenti chiaramente a rischio. Inoltre emerge chiaramente un'associazione tra famiglie i cui conviventi bevono e le abitudini alcoliche dei soggetti indagati. Un approfondimento dell'indagine potrebbe proporsi di indagare meglio questa relazione.

**Parole chiave:** bere giovanile, prima alcolizzazione, vino ai pasti, famiglia, autostima, rendimento scolastico

### Introduzione

Uno studio esplorativo italiano relativo ai consumi di alcol, nel trentennio 1970-2000 (1), evidenzia la tendenza alla diminuzione del consumo procapite di alcol nella popolazione generale e, di contro, un aumento del consumo di bevande alcoliche nei minori (2).

### Abstract

Zero alcohol to children under 18 years old, this is an indication that arrives by the World Health Organization. Nevertheless, in our country there is an increase in the consumption of alcoholic beverages among children, compared to a decrease in per capita alcohol of the general population.

The consumption of alcohol (amount consumed and mode of application) is investigated with the Board Questionnaire, in a sample n. 89 students of Class I Junior High School Pascoli-Ungaretti of Grosseto (mean age 11 years, SD 0.41, range 10-13 years, 40 females). The questionnaire also investigates the behavior of the alcoholic families.

The percentage distribution of alcoholization took place, in the sample, turns out to be 48.3%. The non-drinkers are 65.2%, 33.7% are occasional drinkers (<5 g / day) and 1.1% are regular drinkers (> 5 g / day). In families where there are components that use alcohol, students are drinkers 45.6%, while if family members are living with non-drinkers, the percentage of young people who consume alcohol drops to 13.2%.

Although the WHO guidelines and in line with the data recorded by the Permanent Observatory on Youth and Alcohol, in this study results that children under 13 years old, that have already made their first alcoholisation, use alcohol occasionally and have risk behaviors.

**Key word:** youth drinking, first alcoholization, wine to meals, family, self-esteem, school performance

L'Organizzazione Mondiale della Sanità esprime la necessità che i consumi di alcol nei minori di 18 anni siano pari allo zero, in forza delle conoscenze medico-scientifiche, che evidenziano come ci sia una difficoltà nella metabolizzazione dell'alcol e un danno tissutale specifico, laddove lo sviluppo fisico complessivo



non sia terminato.

Nel corso degli ultimi anni in Italia si sono consolidate abitudini di consumo di alcol, in particolare tra i giovani, tipiche dei Paesi del Nord Europa e coerenti con il trend rilevato tra il 1998 e il 2009 (3). La consuetudine a bere fuori dai pasti è in consistente aumento; dati ISTAT evidenziano come nella fascia d'età dai 14 ai 17 anni, questa modalità di assunzione di alcol abbia visto un aumento di 3 punti percentuali in 10 anni (1999-2009, dal 15.4% al 18.9%).

Un fenomeno giovanile in preoccupante espansione, risulta essere inoltre il "binge drinking", ovvero il consumo di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, in un lasso di tempo breve.

Gli individui acquisiscono aspettative, abitudini e atteggiamenti rispetto all'alcol, a partire dall'infanzia, in un processo di conoscenza informale, che è alla base della socializzazione stessa con le bevande alcoliche. Gli agenti impegnati nella socializzazione con l'alcol comprendono sia attori sociali, quali la famiglia e il gruppo dei pari, sia le istituzioni, come la scuola, i media e la religione (4). Beccaria (5) riporta come il processo di familiarizzazione con le bevande alcoliche avvenga attraverso due forme: una indiretta, quando cioè si guardano gli altri nel loro modo di rapportarsi all'alcol, e l'altra diretta, ovvero nel fare le prime esperienze di consumo, sottolineando così il ruolo della cultura di appartenenza.

Il primo assaggio generalmente avviene piuttosto precocemente all'interno della famiglia di origine (6; 5). Beccaria e Rolando (7), in una ricerca retrospettiva realizzata nel 2010, riportano come le modalità e i significati dei primi assaggi, siano immutati tra le generazioni: avvengono generalmente con il vino durante il pasto in famiglia o con lo spumante in occasioni di festa, sempre con l'incoraggiamento degli adulti.

L'ISTAT (3) riporta che la quota di ragazzi di 11-15 anni che hanno consumato una o più bevande alcoliche almeno una volta all'anno è del 18.5% tra i maschi e il 15.5% tra le femmine. A sostegno di questi dati, Guarino, nel testo "Alcol e stile giovane. Un'interpretazione sociologica" (8) riporta come il consumo minimo, inteso come il consumo di alcol almeno una volta all'anno, sia, nei minori, del 30% (19.9% nella fascia d'età 11-15 anni).

In linea con questi dati, il presente studio ha l'obiettivo primo di indagare l'uso di alcol negli studenti delle prime classi delle scuole medie inferiori.

In soggetti così giovani, il consumo di bevande alcoliche crea problematiche sia fisiche che psicologiche. L'ADH (alcol-deidrogenasi), l'enzima che permette la metabolizzazione dell'alcol, nei ragazzi sotto i 16 anni ha un funzionamento ridotto. Attraverso la PET (Positron Emission Tomography) è stato osservato che l'alcol riduce il metabolismo cerebrale e l'ubria-

catura rallenta l'attività cerebrale stessa. Inoltre la funzione tossica dell'alcol si esplica soprattutto nella corteccia orbito-frontale, sede dei processi decisionali e dell'elaborazione dei processi emozionali e motivazionali e nell'ippocampo, deputato all'apprendimento e alla memoria. In organismi in fase di sviluppo, quali quelli dei ragazzi sotto i 16 anni, tale attività risulta essere ancora più nociva, poiché va a ostacolare la normale crescita e lo sviluppo delle suddette strutture cerebrali, danneggiandole e/o limitandole irreparabilmente.

Il Ministero della Salute, nel 2011, riporta che chi inizia a bere prima dei 16 anni ha un rischio quattro volte maggiore di sviluppare seri problemi alcolcorrelati in età adulta, rispetto a chi non beve prima dei 21 anni, ed ha maggiori difficoltà ad interrompere tale assunzione. Tale evidenza è nota fin dallo studio di Von Knorring et al. (9).

Alla luce di ciò, questa indagine conoscitiva auspica di poter stimolare l'avvio di politiche di promozione della salute, in linea con il Piano Sanitario Regionale toscano 2008-2010, ribadite da quello in via di approvazione, che sottolinea la necessità di un passaggio definitivo da una "medicina d'attesa" ad una "sanità di iniziativa", ovvero da una medicina che risponde ad un bisogno manifesto, ad una sanità che punta a prevenire l'insorgenza di patologie croniche, attraverso l'adozione di stili di vita sani.

L'altro obiettivo dello studio è indagare se nelle famiglie i cui membri conviventi bevono, la percentuale di ragazzi che fa uso di alcol sia maggiore rispetto ai nuclei familiari in cui non vengono consumate bevande alcoliche.

Secondo l'approccio ecologico-sociale il bere è un comportamento culturalmente appreso (10; 11). Partendo da questo presupposto, la famiglia risulta avere un ruolo fondamentale nel modello di comportamento che propone. Secondo Yu (12) sarebbe il cosiddetto *parental modelling* a influenzare maggiormente l'attitudine dei figli rispetto alla trasmissione diretta delle norme sul bere. L'ISTAT ne "L'uso e l'abuso di alcol in Italia" del 2006 riporta che nei giovani tra 11 e 17 anni, la percentuale di chi consuma bevande alcoliche, anche in maniera saltuaria, è pari al 26,3%, percentuale che sale al 32,8%, se almeno uno dei genitori fa un uso a rischio di bevande alcoliche.

Il presente studio va dunque in questa direzione, ipotizzando un maggior utilizzo di alcol nei ragazzi 11-13 anni provenienti da famiglie con comportamenti alcolcorrelati.

#### Materiali e metodi

Il presente studio è stato effettuato su un campione di 89 studenti relativo a tutte le prime classi medie inferiori dell'Istituto comprensivo "Pascoli-Ungaretti"



di Grosseto dell'anno scolastico 2010/2011.

Il campione è composto da 40 femmine e 49 maschi (45% femmine, 55% maschi) di età media 11 anni (ds 0.41, range 10-13). Si tratta di un campione di opportunità e quindi non stratificato, poiché individuato in base alla disponibilità della scuola coinvolta.

Lo strumento utilizzato, la Scheda Questionario, ampiamente validata in molti studi italiani (13), è composto da una parte atta a raccogliere dati anagrafici di base, quali età e genere, domande sul rendimento scolastico, e da un'altra parte volta ad indagare il rapporto tra i giovani e l'alcol, nello specifico le quantità consumate e le circostanze di assunzione, con l'aggiunta di una parte dedicata al consumo di alcol nei nuclei familiari del campione. Vi sono anche altre parti relative all'uso di altre sostanze voluttuarie legali ed illegali, ed anche dopanti, che non sono state esaminate per il presente lavoro. Infine una parte è dedicata ad indagare l'autostima, attraverso il Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima di Bracken (14).

La somministrazione del questionario, avvenuta in forma anonima per ogni classe coinvolta, è stata effettuata all'inizio anno scolastico (autunno 2010), mentre la restituzione nel mese di aprile 2011.

La verifica della qualità dei dati raccolti e la loro elaborazione statistica è stata curata dall'Istituto di Igiene dell'Università degli Studi di Trieste.

#### Risultati

I dati emersi evidenziano che il 48.3% degli intervistati (n.89, età media 11 anni, ds 0.41) ha fatto il primo assaggio di alcol (fig. 1).

La sostanza protagonista del primo assaggio, risulta essere nella maggior parte dei casi il vino, seguito dalla birra e infine dai super alcolici (fig. 2).

Rispetto alla quantità ingerita di alcol quotidianamente, l'1.1% del totale risulta essere bevitore abituale, assumendo >5 g/die, il 33.7% bevitore occasionale (<5g/die) e il 65.2% non bevitore (fig. 3).

All'interno del gruppo di bevitori (abituali e occasionali) l'85.4% dichiara di ingerire alcol durante i pasti (fig. 4).

Per quel che riguarda il secondo obiettivo della nostra indagine, i risultati sono inequivocabili: laddove il comportamento alcolico dei familiari è presente, la percentuale di studenti bevitore è del 45.6%, contro il 13.8% dei ragazzi i cui conviventi non usano alcol (tab. 1).

Un ulteriore dato estrapolato dai risultati ottenuti, mette in relazione il rendimento scolastico degli studenti con le loro abitudini alcoliche. Risulta che la percentuale di bevitori abituali è perfettamente equiparabile a quella degli studenti con rendimento scolastico scarso e/o insufficiente (tab. 2).

#### Conclusioni

Non è semplice trovare studi che vadano ad indagare le condotte alcoliche nei minori di 16 anni.

Tuttavia, i risultati del presente studio, trovano riscontro con i dati presenti in letteratura e sottolineano la precocità del primo assaggio. L'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol, riporta che il 38% del campione indagato, ha effettuato il primo assaggio di alcol, entro i primi 10 anni di vita (15); lo studio sulle classi I della Scuola Media Inferiore Pascoli-Ungaretti dell'anno scolastico 2010/2011 va nella medesima direzione, incrementando anzi la percentuale di avvenuta alcolizzazione. Si riscontra infatti che il 48,3% dei ragazzi di età media 11 anni (ds 0,41, range 10-13) ha avuto la prima esperienza di alcolizzazione.

Studi internazionali sottolineano come ci sia una correlazione tra età della prima bevuta e uso di sostanze alcoliche in età adolescenziale da una parte (16; 17; 18) e uso di sostanze stupefacenti dall'altra (19). A lungo termine viene evidenziata una relazione tra precocità del primo assaggio e bere problematico in età adulta (20; 21). Altri studi non confermano parzialmente questi risultati, puntualizzando come sia l'età della prima ubriacatura, e non quella del primo assaggio, ad avere correlazioni con comportamenti problematici con le sostanze in futuro (22).

La nostra ricerca non si spinge a voler indagare tali correlazioni, ma evidenzia tuttavia come, in un campione che può essere considerato descrittivo della popolazione giovanile grossetana, il primo contatto con l'alcol sia precoce e vada contro le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di alcol 0 per i minori di 18 anni.

In merito alla sostanza protagonista del primo assaggio, emerge la preponderanza del vino. Ciò pone l'accento, in linea con i dati emersi da altri studi (7; 23; 24) sul ruolo della famiglia nell'iniziazione al bere. Beccaria e Rolando (7) riportano come "modalità e significati dei primi assaggi si tramandano di generazione in generazione senza grossi cambiamenti: essi avvengono solitamente con il vino durante il pasto di famiglia, con il consenso e l'incoraggiamento dei genitori, dei parenti più anziani o degli amici di famiglia, i quali assumono il ruolo di introdurre i giovani al consumo di bevande alcoliche in maniera graduale e misurata."

I soggetti che, per quantità assunte, sono inseriti nelle categorie "bevitori abituali" e "bevitori occasionali", dichiarano nella stragrande maggioranza di consumare alcol all'interno dei pasti (85%). Questo dato potrebbe far sostenere l'ipotesi di un ruolo attivo, o quantomeno consenziente, della famiglia nel processo di iniziazione alla condotta alcolica, poiché, vista l'età del campione si suppone che i pasti siano perlopiù consumati nell'ambito familiare.



Un dato importante è quello che evidenzia come nelle famiglie in cui si consuma alcol, la percentuale di giovani che beve sia notevolmente più alta. Si può ipotizzare, in linea con questi risultati, che la famiglia funga da modello comportamentale nell'acquisizione della condotta alcolica (12). Bandura (25) evidenzia come nell'apprendimento rivesta un ruolo importante il modello: il soggetto apprenderebbe determinati comportamenti attraverso l'osservazione indiretta delle condotte di figure significative; aggiunge inoltre come la risultante di tale acquisizione possa manifestarsi in una dimensione temporale successiva, sottolineando come non sia necessario il rinforzo nel consolidamento di una condotta. Fondamentale risulta quindi il rapporto che il nucleo familiare ha con l'alcol, poiché indirettamente, ma inevitabilmente, influenzerà la relazione che i figli instaureranno con la sostanza.

L'equivalenza tra la percentuale di soggetti definiti "bevitori abituali" e coloro che dichiarano avere un rendimento scolastico insufficiente, pare un risultato non sorprendente; tuttavia, quello che viene da chiedersi è se sia la condotta alcolica a influenzare il rendimento scolastico o viceversa sia il rendimento scolastico non sufficiente e quindi i probabili livelli bassi di autostima, a spingere il ragazzo verso un comportamento alcolico più marcato. Sappiamo da una precedente indagine che il rendimento scolastico è parte della formazione dell'autostima secondo il modello di Bracken (14) e come quest'ultima nei giovani sia in rapporto "a circolo vizioso" con il bere alcolici (26). Molti sono gli aspetti da approfondire emersi da questo studio. Aumentando la numerosità del campione, limite del presente contributo, sarebbe interessante indagare variabili che inevitabilmente entrano in gioco nel determinare la condotta alcolica, ad esempio l'influenza del gruppo dei pari, le aspettative circa il comportamento messo in atto, le credenze e i livelli di autostima. Ciò consentirebbe di delineare un quadro più chiaro del target di persone che si avvicina precocemente all'alcol, così da poter creare interventi di prevenzione e di promozione della salute più mirati ed efficaci, in un'ottica in cui l'adozione di stili di vita sani è il primo passo per evitare una serie di patologie, soprattutto croniche, che scalfiscono pesantemente la qualità della vita del singolo ed incidono, inevitabilmente, sul Sistema Sanitario Nazionale.

*Finanziamenti:* lo studio è stato realizzato nell'ambito del Progetto "Alcol no grazie!" dell'Ente Bilaterale del Turismo di Grosseto, che associa organizzazioni datoriali e sindacali, con un modesto finanziamento di € 1.500, interamente assorbito dalle spese vive del progetto (trasferte, ospitalità, materiali di consumo, editing dei dati); tutto il resto è stato realizzato da giovani volontari, che fanno riferimento

all'Associazione dei Club Alcolologici Territoriali di Grosseto.

*Conflitti di interesse:* nessuno, grazie al protocollo iniziale dello studio le organizzazioni datoriali non hanno influito minimamente sull'ipotesi di approccio preventivo al problema.

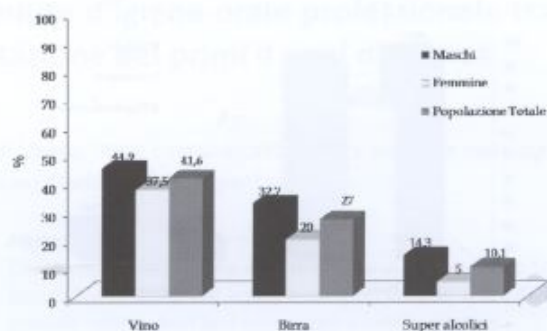
## Bibliografia

1. Allamani, A., Cipriani, F., Prina F. I. (2006). I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000. Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol. Quaderno 17.
2. Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V., ed il gruppo di lavoro IPiB. (2010). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Adattamento alla versione italiana di Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and primary care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.
3. ISTAT (2010). L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2009.
4. Van der Vost, H., Engels, R., Meeus, W., Dekovic, M., Van Leeuwe, J. The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour. *Addiction*. 100 (10): 1464-1476, 2005.
5. Beccaria, F. Stili del bere delle giovani generazioni: vent'anni di ricerche qualitative. In Prina, F., Tempesta, E. (Eds). I giovani e l'alcol: consumi, abusi, politiche. Una rassegna multidisciplinare. Franco Angeli, Milano, 2010.
6. Favretto, A.R. Alcol, socializzazione, educazione. In Cottino, A., Prina, F. (Eds). Il bere giovane. Saggi su giovani e alcol. Franco Angeli, Milano, 1997.
7. Beccaria, F., Rolando, S. I processi di socializzazione alcolica. In Beccaria, F. (Ed): Alcol e generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia. Carocci, Roma, 2010.
8. Guarino, F. (2010). Alcol e stile giovane. Un'interpretazione sociologica. Franco Angeli, Milano.
9. Von Knorring, L., Palm, V., Anderson, H.E. (1985). Relationship between treatment outcome and subtype of alcoholism in men. *Journal Study Alcoholism*. 46: 388-391.
10. Hudolin, V. (1991). Manuale di Alcolologia. Il edizionale. Trento: Edizioni Erickson.
11. Hudolin, V. (1985). Alcolismo. Ente Ospedaliero di Udine.
12. Yu, J. (2003). The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug Alcohol Depend*. 69(3): 253-262.
13. Bertoli, Modonutti, G.B. (2007). Psicologia sociale della salute: autostima, stile di vita e comportamenti a rischio in adolescenza. Edizioni Goliardiche, Trieste.

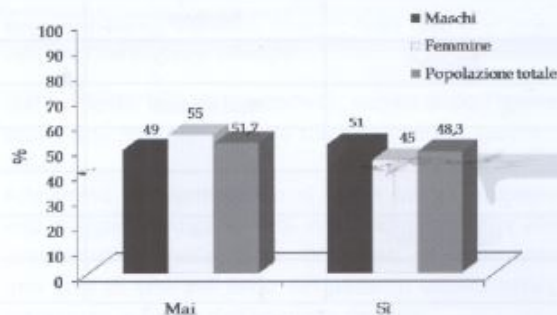


- 14.Bracken, B.A. (1992). MSCSE. Multidimensional Self-Concept Scale (trad. italiana: TMA. Test di valutazione Multidimensionale dell'Autostima. Erickson, Trento, 1993).
- 15.Tucci, M., Tempesta, E., Contel, M., Buzzi, C., Bertelloni, S. (2013). Il problematico rapporto tra adolescenti e alcol. Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza, vol.11, n.1.
- 16.Fergusson, DM., Lynskey, MT., Horwood, LJ. (1994). Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. *Addiction*. 89(8): 1007-1016.
- 17.Hawkins, JD., Graham, JW., Maguin, E., Abbott, R., Hill, KG., Catalano, RF. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J Stud Alcohol*. 58(3): 280-290, 1997.
- 18.York, JL., Welte, J., Hirsch, J., Hoffman, JH., Barnes, G. Association of age at first drink with current alcohol drinking variables in a national general population sample. *Alcohol Clin Exp Res*. 28(9): 1379-1387, 2004.
- 19.Hingson, RW., Heeren, T., Edwards EM. Age at drinking onset, alcohol dependence, and their relation to drug use and dependence, driving under the influence of drugs, and motor vehicle crash involvement because of drugs. *J Stud Alcohol Drugs*. 69(2): 192-201, 2008.
- 20.Warner, LA., Write, HR. Longitudinal effects of age at onset and first drinking situation on problem drinking. *Subst Use Misuse*. 38: 1983-2016. 2003.
- 21.Pitkänen, T., Lyyra, AL., Pulkkinen, L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*. 100(5): 652-661, 2004.
- 22.Kuntsche E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Ter Bogt, T., Kokkevi, A., Godeau, E. The earlier the worse? Links between the age at first drink and problem behaviors in 38 countries. Documento presentato durante il trentasettesimo simposio della Kettil Bruun Society, Melbourne, 2011.
- 23.Strunin, L., Lindeman, K., Tempesta, E., Ascani, P., Anav, S., Parisi, L. Familial drinking in Italy: Harmful or protective factors? *Addiction Res Theor*. 18(3): 344-358, 2010.
- 24.Beccaria, F., Petrilli, E., Rolando, S. (2012). La socializzazione all'alcol in Italia. *Medicina delle Dipendenze*, 5/2012.
- 25.Bandura, A. (1996). Self-efficacy. New York: Freeman.
- 26.Corlito, F., Corlito, G., Mondonutti, G.B. (2009). Il problema del bere giovanile, le sue motivazioni psicologiche e le sue conseguenze sull'autostima. *Alcolgia*. 5: 31-37.

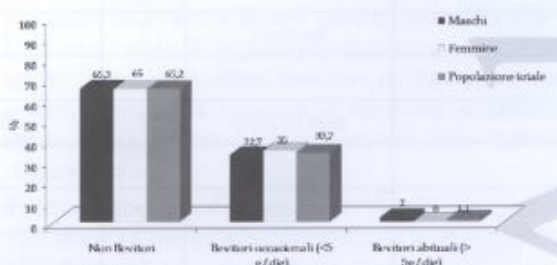
**Figura 1.** Distribuzione percentuale, specifica per genere, di avvenuta alcolizzazione



**Figura 2.** Distribuzione percentuale, specifica per genere, in funzione della bevanda con la quale è avvenuto il primo approccio all'alcol.

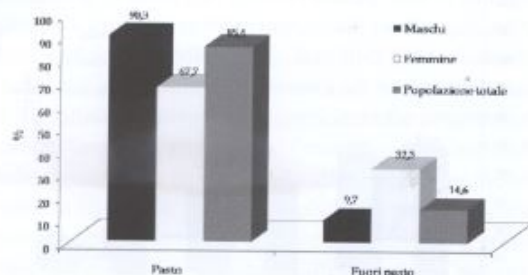


**Figura 3.** Distribuzione percentuale, specifica per genere, in funzione delle abitudini alcoliche dichiarate.





**Figura 4.** Contributo percentuale, specifico per genere, delle diverse modalità alcoliche di assunzione degli studenti bevitori.



**Tabella 1.** Distribuzione percentuale specifica per genere degli studenti "bevitori" e "non bevitori" in funzione del comportamento alcolico dei familiari conviventi

COMP. ALCOLICO DEI FAMILIARI CONVIVENTI	COMP. ALCOLICO STUDENTI	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	POPOLAZIONE TOTALE (%)
	Bevitori	44,1	47,8	45,6
Bevitori				
	Non bevitori	55,9	52,2	54,4
Non bevitori				
	Bevitori	13,3	14,3	13,8
Bevitori				
	Non bevitori	86,7	85,7	86,2
Non bevitori				

**Tabella 2.** Distribuzione percentuale specifica per genere del rendimento scolastico dichiarato in funzione del comportamento alcolico

Popolazione	Comp. alcolico	Rendimento scolastico					
		Nr	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
	Bevitori	2	2	2	16,3	10,2	2
Maschi							
	Non bevitori	2	0	0	18,4	38,8	6,1
	Bevitori	0	0	0	10	25	0
Femmine							
	Non bevitori	0	5	0	10	50	0
	Bevitori	1,1	1,1	1,1	13,5	16,9	1,1
Pop. totale							
	Non bevitori	1,1	2,2	0	14,6	43,8	3,4



## L'intervento breve applicato durante la seduta d'igiene orale professionale tramite l'utilizzo del test Audit: analisi e valutazione dei primi 4 anni di ricerca

Nota: questo lavoro è un estratto dalla tesi discussa per il Master di I livello "Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate". Si ringraziano la dott.ssa Elena Vanni per la collaborazione e la dott.ssa Martina Silimbani per l'analisi statistica.

### Riassunto

L'igienista dentale, durante le sedute d'igiene orale, ha la possibilità di utilizzare l'Audit, l'intervento breve e TAZ per fornire informazioni ed incentivare uno stile di vita migliore.

I risultati ottenuti suggeriscono che l'intervento breve ha dato i suoi frutti; difatti in una parte significativa della popolazione presa in esame si sono evidenziati miglioramenti in termini di consumo e punteggio dell'Audit.

L'igienista ha quindi la possibilità di poter sfruttare l'Audit come strumento di indagine per intercettare comportamenti rischiosi.

**Parole chiave:** Igienista dentale; Alcol; Audit Test; Intervento breve; Igiene orale; Stili di vita

### Introduzione

Secondo le stime del WHO, i prodotti contenenti alcol sono responsabili del 9% del carico totale di malattie dell'individuo. Il danno provocato dall'alcol impone un peso economico per l'individuo, le famiglie, la società (attraverso costi sanitari, perdita di produttività, morbilità, mortalità precoce) che complessivamente sono stimabili pari al 2-5% del PIL.<sup>(1)</sup> Tali considerazioni hanno sollecitato la necessità di ricerche, attività, strategie e misure, preventive, gestionali, ma anche legislative, ispirate ai principi di una *evidence based prevention*.

Proprio dalla necessità di nuove strategie è scaturito l'interesse per la figura dell'igienista dentale e per il ruolo che essa ricopre nell'ambito della prevenzione delle patologie orali e per le possibili potenzialità nel contribuire alla riduzione della problematica "alcol". Contributo che non si basa solo sulla pura e semplice diffusione dei dati e delle informazioni relative all'alcol, ma anche sull'utilizzo di validi strumenti che possano fungere da linea guida per poter interpretare al meglio le abitudini ed i consumi di bevande alcoliche dei pazienti.

A tal proposito, 4 anni fa è stato preso in considerazione l'Audit come strumento di ricerca per venire a conoscenza delle abitudini alcoliche dei pazienti che afferiscono ad uno studio odontoiatrico sito in Faenza ed intervenire poi specificatamente in base ai risultati ottenuti.

Per stimolare ulteriormente i pazienti di questo studio, a modificare e migliorare i propri stili di vita, è

### Abstract

Dental hygienist, during sessions of oral hygiene, has the possibility of using the audit, brief intervention and TAZ to provide information and encourage a better lifestyle.

The results obtained from this study suggests that brief intervention has been successful, in fact, a significant proportion of the population examined there was evidence of improvements in terms of consumption and rating of the audit.

The dental hygienist has the possibility to use the audit as an investigative tool to intercept risky behaviors.

**Key word:** Dental hygienist; Alcohol; Audit Test; Brief intervention; Oral hygiene; Lifestyle

stato chiesto loro di trascorrere, subito dopo l'igiene orale, una settimana senza tabacco, alcol e zuccheri (TAZ).

Attraverso tale intervento si vuole quindi ottenere una maggior divulgazione di informazioni relative alla problematica dell'alcol e stimolare ulteriormente uno stile di vita più sano dei pazienti odontoiatrici, attraverso la figura dell'igienista dentale.

### Materiali e metodi

La popolazione iniziale di questo studio conta 244 soggetti, di cui 113 maschi e 131 femmine, con un'età compresa tra i 18 e 91 anni, ma sono 235 (111 M e 124 F) i pazienti che hanno portato a termine l'intero iter.

Durante gli ultimi 4 anni a questi 235 soggetti è stato ripetuto l'Audit test e fatto il calcolo delle unità alcoliche consumate la settimana precedente al recall di igiene orale. Negli ultimi due anni di ricerca è stata inserita, inoltre, la richiesta di fare una settimana senza TAZ a partire dal giorno stesso della seduta d'igiene orale.

### Protocollo di ricerca

Tale ricerca è rivolta esclusivamente ai maggiorenni. 1<sup>a</sup> seduta: si è proceduto alla somministrazione della prima parte del test in cui vengono chiesti i dati anagrafici, la professione, il consumo o meno di sigarette o tabacco e l'Audit con le relative unità alcoliche consumate nella settimana precedente alla seduta d'igiene orale.

Una volta terminata l'indagine relativa alla possibile dipendenza, in base al risultato ottenuto grazie



all'Audit (livello a basso rischio, a rischio, a rischio dannoso o alcol dipendenza) è stato svolto un *brief intervention* e consegnato del materiale informativo. Il tempo per sviluppare questa prima parte è stato all'incirca 7-10 minuti.

Dopodiché si è proceduto con la normale routine di una seduta di igiene orale professionale. Prima di congedare i pazienti, questi vengono fatti accomodare in sala d'attesa dove viene chiesto loro di compilare un secondo test relativo all'alimentazione, alle attività extra-lavorative e al loro livello di soddisfazione e felicità.(2)

Negli ultimi 4 anni, i pazienti sono stati rivisti per il recall a distanza di 3-4-6 mesi, in base alle loro necessità odontoiatriche.

Ultima seduta: durante gli incontri successivi (ai fini statistici è stato preso in considerazione l'ultimo richiamo della pulizia dei denti) prima di procedere con il normale svolgersi della seduta d'igiene orale, è stato ripetuto velocemente l'Audit e fatto il calcolo delle unità alcoliche consumate nella settimana precedente al recall. In questo modo si ha la possibilità di confrontare ed evidenziare eventuali miglioramenti o peggioramenti del paziente e valutare quindi l'efficacia del counseling.

In base ai risultati ottenuti è stato effettuato un rinforzo della motivazione o ripetuto il *briefing intervention* cercando di trovare nuovi spunti per motivare al meglio il paziente. Tempo richiesto per questo intervento: 5 minuti al massimo.

Negli ultimi due anni, inoltre, è stato chiesto ai 235 pazienti del campione di astenersi da TAZ per una settimana a partire dal recall di igiene, motivando la richiesta col fatto che subito dopo la pulizia il dente può essere più recettivo in termini di macchie e sensibilità. A tal proposito la richiesta prevede la sospensione del tabacco per prevenire le macchie antiestetiche, delle bevande alcoliche per la duplice caratteristica di macchiare i denti e di stimolare la sensibilità a causa dell'alcol e degli zuccheri contenuti in esse ed infine dei dolci, i quali sono in grado di incentivare la sensibilità oltre che promuovere nuovi episodi di carie. Tutto questo per incentivare i pazienti ad un ulteriore miglioramento dei propri stili di vita.

Una volta terminata la raccolta dati si è proceduto con l'analisi statistica grazie all'aiuto della dott.ssa Martina Silimbani.

### Risultati

Come già anticipato, il numero dei pazienti che hanno partecipato a questa indagine inizialmente era di 244, ma in realtà sono 235 i casi che hanno seguito l'iter completo per i motivi spiegati precedentemente.

Attraverso un'analisi dei cluster abbiamo identificato tre diversi profili della popolazione afferente allo studio odontoiatrico, basandoci sull'alimentazione e

le bevande da loro consumate.(3)

Il primo gruppo (ALIMENTAZIONE MEDIA) è caratterizzato da un'alimentazione varia che comprende sia carne che pesce, latticini, tisane, consumo di zucchero, frutta e verdura. È un regime di alimentazione piuttosto vario, ma sul quale si può lavorare per migliorarlo.

Il secondo gruppo (ALIMENTAZIONE NON BUONA o CATTIVA) è una popolazione che mangia principalmente carne, cibi piccanti o saporiti e beve succhi di frutta e bibite gasate, quindi segue una dieta più grassa, povera di vitamine e sali minerali, che possiamo trovare invece nella frutta e verdura. Si ritiene pertanto di dover apportare drastici cambiamenti nella dieta. Questa popolazione presenterà un maggior rischio di sviluppare patologie future.

Il terzo e ultimo gruppo comprende i "salutisti" (ALIMENTAZIONE BUONA), cioè coloro che presentano un'alimentazione più sana, legata al consumo di frutta e verdura in abbondanza, cibi integrali e tisane, il tutto associato ad uno scarso consumo di carne, bibite gasate e latticini. Grazie a questo tipo di alimentazione la loro lucidità mentale è maggiore, possiedono uno stato fisico migliore e correranno meno rischi di sviluppare patologie.

Al campione, come già detto, è stato somministrato nuovamente l'Audit e ripetuto il calcolo delle unità alcoliche consumate durante la settimana precedente alla seduta di richiamo.

In base ai risultati ottenuti dalla ripetizione del test Audit, è stato somministrato loro un nuovo intervento breve o semplicemente un ulteriore incentivo a seconda dei risultati ottenuti dall'Audit iniziale.

In seguito al test Audit, 4 pazienti risultavano essere "a rischio", 213 "a basso rischio" e 18 erano astemi; all'ultimo incontro non risultavano più persone "a rischio", mentre quelli "a basso rischio" erano diventati 196; questo perché, oltre agli astemi, si sono aggiunti 23 astinenti, cioè coloro che prima bevevano bevande alcoliche ed ora si astengono dal consumo.

Possiamo inoltre affermare che il 53,2% (125 pz) dei pazienti ha diminuito il suo valore Audit, l'44,7% (105 pz) l'ha lasciato invariato mentre il 2,1% (5 pz) lo ha aumentato. In particolare, il 37,6% di loro ha migliorato, abbassando di oltre il 50% il suo valore Audit.

Le cose cambiano se classifichiamo i pazienti tenendo presente i grammi di alcol consumati nell'arco della settimana precedente alla seduta d'igiene orale: dopo il primo incontro risultava essere presente 1 paziente "a rischio dannoso", 6 "a rischio" e 210 "a basso rischio" e sempre 18 astemi. Successivamente all'ultimo incontro risultava 1 paziente "a rischio dannoso", 3 soggetti rientravano nella categoria "a rischio", 192 in quella "a basso rischio" e un totale di 39 persone tra astemi e astinenti.

In questo caso coloro che hanno diminuito i grammi



settimanali di alcol corrispondono al 51,1% (120 pz), la percentuale di pazienti che hanno lasciato invariato i loro consumi è il 33,2% (78 pz), mentre quelli che hanno aumentato i consumi sono il 15,7% (37 pz). Dei 120 soggetti che migliorano, 78 pazienti diminuiscono i grammi settimanali consumati di oltre il 50%. Dall'incrocio della variabile "Audit" con quella dei "grammi o unità alcoliche settimanali" risultano esserci 150 casi coerenti (63,8%); quindi all'aumentare di una cresceva anche l'altra oppure al diminuire di una calava anche l'altra o restavano entrambe uguali, mentre ben 85 casi presentano delle incoerenze (36,2%).

All'interno dei 244 pazienti sono stati estrapolati 5 casi limite, 4 di loro per via del punteggio elevato in seguito al test Audit e uno di loro per l'elevato numero di grammi settimanali al primo incontro. (Tabella 1)

Sono tutti maschi, appartengono tutti al gruppo "alimentazione non buona" e due di loro sono fumatori. In seguito, questi soggetti sono stati rivisti periodicamente e i valori sia dell'Audit sia dei grammi settimanali sono migliorati facendoli rientrare in una categoria a minor rischio; a testimonianza dell'efficacia del *brief intervention*.

Osservando più attentamente questi 5 casi, ci siamo accorti che due di loro erano fratelli; all'interno del gruppo principale di 244 individui erano presenti anche la sorella, il babbo e la mamma e per questo motivo li abbiamo voluto confrontare. (Tabella 2)

Da questa ulteriore analisi abbiamo evidenziato che anche la sorella e il babbo rientrano nel gruppo "alimentazione non buona"; lei è una fumatrice, con un consumo settimanale di 72 gr di alcol (6 unità) e il suo valore Audit è tendenzialmente alto dato che corrisponde a 6 punti, mentre il padre consuma 13 unità settimanali. Anche la madre presenta un consumo, in termini di unità alcoliche/sett, piuttosto elevato per essere una donna (10 unità); l'unica differenza sta nell'alimentazione che in questo caso rientra nella categoria media. Questo a confermare tutti gli studi fatti sulla genetica e le abitudini familiari inerenti al consumo di alcol e agli stili di vita. (3, 4)

Come già anticipato, a due anni dall'inizio di questa ricerca, è stato chiesto ai pazienti dello studio odontoiatrico di fare una settimana senza TAZ a partire dal giorno stesso della pulizia dei denti.

Del campione di 235 soggetti, 212 sono stati rivisti e ci hanno detto se avevano effettuato o meno la settimana senza TAZ (111 F e 101 M), mentre 23 (13 F e 10 M) di loro non sono ancora tornati per il recall di igiene.

I risultati quindi sono i seguenti: 157 pazienti (88 F e 69 M) hanno affermato di aver fatto la settimana senza TAZ (66,8%); 55 pazienti (23 F e 32 M), corrispondenti al 23,4% del campione, non sono riusciti a

fare senza TAZ (nello specifico, se i pazienti affermavano, ad esempio, di esser stati una settimana senza dolci e bevande alcoliche, ma di aver fumato, il risultato di TAZ veniva considerato negativo); rimangono infine i 23 pazienti ancora non rivisti che compongono il restante 9,8% del campione.

Come ogni igiene che si rispetti, ad ogni recall ai pazienti sono stati rilevati l'indice di placca (utilizzando la tecnica colorimetrica con Redcote) e l'indice di sanguinamento al sondaggio.

Prendendo esclusivamente in considerazione il campione composto dai 212 soggetti (scartando quindi coloro che non sono ancora stati rivisti, in modo tale da ottenere una variabile dummy, così che TAZ potesse assumere solo due valori) ed incrociando i valori TAZ con l'indice di placca e quello di sanguinamento, abbiamo evidenziato una correlazione negativa tra le variabili. Più precisamente, se i pazienti effettuavano la settimana senza TAZ, l'indice di sanguinamento e quello di placca tendeva a decrescere in media del 5% (coefficiente pari a -0,05).

### Discussione e conclusioni

Dai risultati ottenuti a distanza di 4 anni si evince che l'intervento breve ha dato i suoi frutti; difatti in una parte significativa della popolazione si sono evidenziati dei miglioramenti in termini di consumo e di risultato dell'Audit.

È importante sottolineare che, nella classificazione dei pazienti in base alle unità alcoliche consumate settimanalmente, durante il primo incontro, era presente un soggetto con consumo dannoso di alcol che non è lo stesso che troviamo all'ultimo recall. Questo per evidenziare l'importanza di mantenere viva l'attenzione sul problema e di non dare per scontato che i pazienti non possano peggiorare in maniera significativa.

L'igienista ha quindi la possibilità di poter sfruttare l'Audit come strumento di indagine per poter intercettare comportamenti rischiosi, sempre però associando il risultato del test al numero di unità alcoliche consumate la settimana precedente al recall per avere un risultato più accurato e fedele alla realtà. In questo modo l'operatore ha l'opportunità di tenere sotto controllo i consumi del paziente sfruttando il recall d'igiene orale professionale, monitorando eventuali miglioramenti o peggioramenti.

Sulla base di questi risultati ottenuti si può quindi intervenire nuovamente in caso di peggioramento o non modificato comportamentom, cercando di trovare nuovi spunti su cui lavorare. In caso di miglioramento sarà premura dell'igienista complimentarsi col paziente ed incentivarlo a proseguire sulla buona strada intrapresa.

I pazienti a loro volta, attraverso questa indagine, hanno la possibilità di ricevere informazioni e materiale cartaceo da poter consultare anche a casa e



formulare eventuali domande inerenti all'argomento.

Attraverso l'utilizzo di tale indagine l'igienista potrà non solo fare attenzione al risultato dell'Audit e ai grammi di alcol consumati settimanalmente, ma anche sfruttare le tre categorie alimentari estrapolate come campanello d'allarme.

È stata evidenziata, infatti, nei risultati la presenza di un'alimentazione "non buona" in tutti i pazienti "a rischio" o "a rischio dannoso", sia dal punto di vista dell'audit che dei grammi/settimanali.

Infine, grazie alla settimana senza TAZ, sono stati evidenziati miglioramenti per l'indice di placca e per il sanguinamento al sondaggio, testimoniando l'efficacia nello stimolare oltre che un miglioramento dello stile di vita, anche una maggiore salute orale. Gli igienisti dentali devono sempre tener presente che una scarsa igiene orale può avere ripercussioni su tutto l'organismo, in particolare modo durante la gravidanza, in presenza di diabete e malattie cardiovascolari, e TAZ potrebbe essere un semplice strumento per stimolare sempre di più i nostri pazienti, soprattutto quelli appartenenti a queste categorie.

Sempre più igienisti si stanno informando grazie ai corsi di formazione che si sono svolti in questi anni proprio sul protocollo legato all'Audit durante la seduta d'igiene orale e all'argomento alcol, in particolar modo l'associazione AIDI (Associazione Igienisti Dentali Italiani) si è rivelata particolarmente sensibile alla tematica, offrendoci la possibilità di partecipare atti-

vamente a congressi sia regionali che nazionali.

Inoltre, è prossimo all'uscita il libretto "Liberi di sorridere: la salute del cavo orale", realizzato insieme al Centro Alcolologico Regionale Toscano, una sorta di bignami dove sono contenute le informazioni principali legate all'alcol e all'igiene orale, oltre che al test Audit completo di legenda, che sarà a disposizione gratuitamente di chiunque lo volesse utilizzare.

### Bibliografia

1. E. Scafato, C. Gandin, V. Patussi ed il gruppo di lavoro IPIB, "L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Valutazione dei danni alcol-correlati e dell'alcoldipendenza", pag.5, Centro stampa De Vittoria srl, 2008;
2. S. Santini, "L'intervento breve applicato durante la seduta d'igiene orale professionale tramite l'utilizzo dell'Audit", pag. 63-68, Alcologia, n. 10, luglio 2011;
3. Bernabei A. et al, "Rapporto sul fenomeno di uso e d'abuso di sostanze stupefacenti nella regione Abruzzo", Direzione sanitaria servizio assistenza distrettuale ufficio tossicodipendenze, 2006;
4. Bazzoli F. et al; "Libro bianco della gastroenterologia italiana-Epicentro"

Siti consultati:

[www.jointogether.org](http://www.jointogether.org);

[www.iss.it/alcol](http://www.iss.it/alcol);

[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it).

Tabella 1.

VARIABILI	CASO A	CASO B	CASO C	CASO D	CASO E
Età	20	20	26	32	43
Sesso	M	M	M	M	M
Fumo	Si	No	No	No	Si
Professione	Stu- den- te	Tornito- re	Progetti- sta	Tornito- re	Cuoco
Regime alimentare	Non buono	Non buono	Non buono	Non buono	Non buono
Ip (1ª seduta)	36 %	59 %	57 %	70 %	37 %
Ip (ultima seduta)	38 %	57 %	63 %	66 %	47 %
Ig (1ª seduta)	0 %	1 %	4 %	0 %	0 %
Ig (ultima seduta)	0 %	4 %	0 %	0 %	0 %
U.A. (1ª seduta)	3 unità	12 unità	8 unità	18 unità	32 unità
U.A. (ultima seduta)	2 unità	8 unità	10 unità	11 unità	14 unità
Audit (1ª seduta)	10 punti	13 punti	11 punti	9 punti	7 punti
Audit (ultima seduta)	2 punti	4 punti	5 punti	4 punti	4 punti
TAZ	No	No	Si	Si	No

Tabella 2.

VARIABILI	CASO B	CASO D	CASO F	CASO G	CASO H
Età	20	32	26	58	54
Sesso	M	M	F	M	F
Fumo	No	No	Si	No	No
Professione	Tornito- re	Tornito- re	Infermie- ra	Tornito- re	Casalini- ga
Regime alimentare	Non buono	Non buono	Non buono	Non buono	Non buono
Ip (1ª seduta)	59 %	70 %	75 %	20 %	45 %
Ip (ultima seduta)	57 %	66 %	59 %	40 %	43 %
Ig (1ª seduta)	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Ig (ultima seduta)	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
U.A. (1ª seduta)	12 unità	18 unità	6 unità	13 unità	10 unità
U.A. (ultima seduta)	8 unità	11 unità	1 unità	2 unità	1 unità
Audit (1ª seduta)	13 punti	9 punti	6 punti	4 punti	4 punti
Audit (ultima seduta)	4 punti	4 punti	1 punto	2 punti	2 punti
TAZ	No	Si	No	Si	Si



IOANNIS ANIFANTAKIS<sup>1</sup>, ARIANNA BORSACCHI<sup>1</sup>, ILARIA LONDI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicologo

<sup>2</sup> Ass.ne Arianna onlus

## Il campo dei miracoli: la peer education nella prevenzione del gioco d'azzardo

### Il gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo rappresenta negli ultimi anni un'attività in continua crescita e non solo nel mondo degli adulti. L'indagine conoscitiva sulla condizione dei minori in Italia (2012), svolta da Telefono Azzurro e l'Eurispes, rivela che l'8 per cento dei bambini tra i 7 e gli 11 anni gioca a soldi online e il 15,3 per cento scommette soldi nei giochi offline, mentre solo il 74,1 per cento dichiara di non averlo mai fatto. I maschi sono quelli che corrono maggiormente il rischio della dipendenza e, in generale, ad un adolescente su quattro (25,2 per cento) capita a volte di perdere tutti i soldi a disposizione giocando. Il gioco prediletto tra i bambini è il Gratta e Vinci (scelto dal 33,7 per cento di chi gioca), mentre l'11,4 per cento ha giocato a lotterie, l'11,1 per cento al bingo, il 7,8 per cento al Videopoker e il 6,9 per cento alle Slot machine. I minorenni sul web prediligono l'ambito delle scommesse sportive (scelte dal 20,5 per cento), mentre il 25,2 per cento sente di frequente l'esigenza di giocare e il 16,4 per cento tende a giocare tutti i soldi a disposizione. Per poter giocare, il 15,1 per cento ha l'abitudine di sottrarre soldi in casa o dove capita e il 13,7 per cento chiede soldi in prestito ad amici e parenti.

L'Associazione Arianna onlus prendendo in considerazione non solo i dati nazionali, ma anche quelli che provengono dalle ricerche che ha svolto in passato su questo argomento, ha presentato il progetto *"Il campo dei miracoli: la peer education nella prevenzione del gioco d'azzardo"*.

### Il progetto

Il progetto *"Il campo dei miracoli: la peer education nella prevenzione del gioco d'azzardo"* è stato proposto da associazioni, Enti e Istituzioni della provincia di Prato, che mirano a promuovere il benessere psico-affettivo degli adolescenti che frequentano le scuole medie di secondo grado e dei loro adulti di riferimento, ed è stato realizzato grazie ad un finanziamento del Bando Innovazione 2011 del Cesvot.

In particolare, i soggetti coinvolti si sono impegnati nella creazione di un progetto innovativo sia per la tematica trattata, la prevenzione del gioco d'azzardo rivolta agli studenti delle scuole medie superiori di Prato, sia per la modalità impiegata, la Peer Education. Si voleva, infatti, attivare un percorso di prevenzione e presa di consapevolezza rispetto ad una problematica che sta sempre più prendendo piede tra i

giovani e le famiglie, legata anche alla crisi economica e alla ricerca di facili guadagni. Quest'ultima porta spesso conseguenze importanti sull'intero sistema di legami e sul contesto economico della persona stessa.

Per poter intervenire in modo adeguato e fare una "fotografia" della situazione attuale dei giovani di Prato, si è inizialmente indagato, tramite una ricerca, la tendenza degli adolescenti di Prato verso il gioco d'azzardo. In particolare, il progetto ha coinvolto due dei grandi Istituti della città (Liceo scientifico Statale "Carlo Livì" e ISIS A. Gramsci - J. M. Keynes) dove si è svolta, presso le classi prime, un'indagine epidemiologica. L'elaborazione e l'interpretazione dei risultati della ricerca sono stati utili per tarare gli interventi dei Peer Educator nelle classi, mentre gli esiti sono stati presentati al convegno finale, confrontati con i dati emergenti dall'autovalutazione degli stessi studenti che hanno beneficiato dell'intervento dei Peer in classe.

Per realizzare l'intervento della Peer Education, è stato individuato un numero adeguato di ragazzi dalle classi terze che hanno costituito il gruppo dei Peer Educator. Questi Peers sono stati preparati sulla tematica del gioco d'azzardo e hanno ricevuto una formazione specifica per svolgere il ruolo di Peer Educator in classe. In parallelo, è stata effettuata anche la formazione/sensibilizzazione degli adulti su questi argomenti. In particolare, sono stati coinvolti alcuni operatori, professori e volontari dei soggetti partner del progetto che hanno partecipato nelle varie azioni, potendo così sperimentare subito le competenze acquisite. Per questo gruppo di adulti è stata inoltre data l'opportunità di andare presso la Lega contro i Tumori (LILT) a Reggio Emilia (che è partner del progetto) per conoscere una realtà (*"Luoghi di Prevenzione"*) che ha un know how su questa metodologia e ricevere un'adeguata formazione. Questa attività ha consolidato la conoscenza e la coesione del gruppo, ma anche alla maggiore condivisione degli obiettivi. Una volta conclusa la formazione iniziale dei ragazzi, sono stati programmati i loro interventi nelle classi prime delle scuole coinvolte. I Peer Educator sono stati accompagnati in tutta questa fase, denominata "formazione continua", da un esperto, dai professori referenti e dai volontari coinvolti.

Nella fase della realizzazione dell'intervento, i Peers, divisi a coppie, sono entrati in classe per tre volte. In



particolare, ogni intervento in classe dei Peers era preceduto da un incontro di preparazione e seguito da un incontro di supervisione, per affrontare le eventuali difficoltà incontrate nel corso dell'intervento.

Questa operazione ha permesso ai Peers di effettuare "una formazione sul campo" e sentirsi in un processo di crescita continua per quello che riguarda la loro autostima, la sicurezza negli interventi in classe e la preparazione per il ruolo di Peer Educator. Si è ritenuto importante prestare la dovuta attenzione a questa fase, in quanto era determinante per la buona riuscita della formazione e per il consolidamento dell'esperienza.

Questo percorso è stato realizzato a stretto contatto con le altre associazioni-partner che operano sul territorio come la PAMAT (Prevenzione Abuso Minori), l'ARCI Comitato Territoriale Prato, l'Associazione dei Giocatori Anonimi (GA), l'Associazione dei Familiari dei Giocatori Anonimi (GAMANON) e ad Enti come la Provincia di Prato, l'Azienda USL 4 di Prato e le due scuole.

#### La ricerca

##### *Il questionario*

Dopo aver consultato la bibliografia di riferimento, le associazioni e gli Enti coinvolti nel progetto hanno creato un questionario adeguato all'età dei ragazzi e all'obiettivo della ricerca, ovvero quello di rilevare le abitudini, le credenze e i rischi che corrono i giovani, ma anche i loro familiari e amici, riguardo il gioco d'azzardo.

Il questionario, che è anonimo, contiene 28 gruppi di domande suddivise per situazione familiare, gestione del denaro, proprie esperienze sul gioco d'azzardo e la conoscenza di adulti che giocano d'azzardo. Prima della sua somministrazione il questionario è stato testato su un gruppo di giovani (pre-test).

Il questionario è stato somministrato agli Istituti Carlo Livi (e alla sua succursale del Liceo Artistico di Montemurlo) e Gramsci - Keynes per un totale di 443 questionari in 29 classi prime. La somministrazione è stata effettuata da una operatrice competente (psicologa) regolarmente e senza incontrare alcuna difficoltà. I dati raccolti sono stati trattati analizzando le frequenze con l'ausilio di fogli elettronici.

##### *Caratteristiche del campione*

Il campione della nostra ricerca è costituito prevalentemente da femmine (58%, n=255), quasi la totalità degli partecipanti (75%, n=327) è nata nel 1998 e valuta il proprio rendimento scolastico come buono (49%, n=222), distinto (26%, n=119) o sufficiente (21%, n=96).

##### *Caratteristiche socio-familiari del campione*

Dall'analisi di alcuni dati circa la condizione socio-

familiare del campione, emerge che la maggior parte degli studenti vive con entrambi i genitori (48%, n=219) o con i genitori ed i fratelli (44%, n=200). L'età media dei genitori è di 45 anni (46 anni è l'età media del padre e 44 della madre). La maggior parte (90,7%, n=408) dei padri è occupata e le professioni svolte sono principalmente quelle di operaio (36%, n=154) o impiegato (16%, n=70). Il titolo di studio prevalente è la licenza media (45,4%, n=205), seguito dal diploma di scuola media superiore (33,6%, n=152) e dalla laurea (10%, n=45).

Il 69,4% (n=320) delle madri degli studenti è occupata, mentre il 24,7% (n=114) è casalinga. Tra le madri occupate, la maggior parte lavora come impiegata (36%, n=121) o come operaia (23%, n=78). Per quanto riguarda il titolo di studio, in questo caso licenza media e diploma superiore, si equivalgono (rispettivamente 37,1%, n=171 e 37,7%, n=174); sono laureate il 15% (n=70) delle madri degli studenti.

##### *Stili di vita relativi al gioco*

Per entrare nel vivo della nostra indagine e comprendere meglio gli stili di vita degli studenti rispetto al gioco, abbiamo innanzitutto domandato quale fosse il loro gioco preferito.

Come mostra il grafico 1, il calcio raccoglie il maggior numero delle preferenze (17%, n=142), seguito dal computer (11%, n=97) e dalla pallavolo (10%, n=83), mentre il gioco online (gare, scontri, sport, giochi di guerra...) raccoglie un numero esiguo di preferenze (1%, n=7).

In base a quest'ultimo dato era nostro interesse sondare le opinioni dei ragazzi circa il gioco tecnologico; abbiamo dunque chiesto di esprimere il proprio grado di accordo rispetto ad una serie di affermazioni.

In molti (70%, n=332) concordano sul fatto che il gioco d'azzardo online possa distrarre dallo studio e una percentuale rilevante (86%, n=407) ritiene che possa far perdere dei soldi. La maggioranza degli studenti (85%, n=395) ritiene che il gioco d'azzardo online possa diventare una dipendenza mentre il 65% (n=308) lo considera come una droga. Coerentemente a questo, solo per il 6% (n=29) dei ragazzi è un passatempo piacevole e divertente.

Partendo dal presupposto che, la percezione che un individuo ha di un certo fenomeno, dipende anche dalle informazioni che arrivano in modo più o meno diretto dal contesto in cui vive, si è domandato ai ragazzi se conoscessero personalmente qualcuno che si fosse arricchito o rovinato con il gioco d'azzardo. La maggior parte dei studenti (75%, n=360) ha risposto in modo negativo, ma è interessante rilevare che una certa percentuale di ragazzi (25%, n=121) afferma di conoscere personalmente qualcuno che si è arricchito giocando d'azzardo e una percentuale superiore (33%, n=156) di conoscere direttamente qualcuno che si è rovinato a causa del gambling.



### Conoscenze

Sono state poste domande per esplorare le conoscenze dei giovani sulla normativa vigente in tema di gioco d'azzardo, con particolare attenzione a quello che riguarda i minorenni. La maggior parte degli studenti (91%, n=429) sa che il gioco d'azzardo è consentito per legge solo ai maggiorenni e che un minore non può riscuotere una cifra vinta, per esempio, giocando d'azzardo direttamente dal tabacchino (77%, n=363).

Questi dati sembrano indicare una certa conoscenza della normativa relativa al gambling da parte dei giovani. Dall'altra parte tantissimi ragazzi (80%, n=363) non sanno che con una parte dei proventi del gioco d'azzardo lo Stato finanzia opere pubbliche come scuole o ospedali.

### Stili di consumo

Sono stati, inoltre, esplorati il rapporto dei ragazzi con il denaro ed i loro stili di consumo. La maggior parte degli ragazzi (63%, n=298) non ha a disposizione una paghetta settimanale ma riceve i soldi quando li chiede, mentre il 30% (n=139) dichiara di percepire una paghetta fissa. L'ammontare della paghetta settimanale è compreso tra i 5 e i 20 euro per la maggior parte dei ragazzi (56%, n=174), mentre cifre superiori riguardano piccole percentuali degli studenti (Graf. 9).

La maggior parte dei ragazzi (58%, n=272) deve riferire ai genitori dove spende i soldi ricevuti. Nel gestire queste somme di denaro, molti tendono ad acquistare da "spesso" a "qualche volta" cose che non usano (76%, n=359) ed a stare male finché non comprano quello che desiderano (22%, n=77).

Pur affermando di riuscire a risparmiare per comprare qualcosa che gli piace (89%, n=426), i ragazzi discutono con i genitori (madre 30%, n=158 e padre 23%, n=122) sul modo di gestire i soldi. Le discussioni riguardano principalmente l'uso del denaro per lo shopping di abbigliamento e accessori (41%, n=188) e l'uso della tecnologia (33%, n=151). E' interessante notare che una piccola percentuale (6%, n=29) afferma di avere discussioni a causa delle scommesse (Graf. 2).

Inoltre, sono state poste delle domande per indagare i comportamenti e le abitudini dei ragazzi riguardo al gioco d'azzardo. Abbiamo, dunque, domandato agli studenti se capitasse loro di giocare per soldi dando la possibilità di indicare la frequenza di questo comportamento. Come mostra il grafico 11, il 71% (n=339) degli studenti dichiara di non aver mai giocato d'azzardo, il 24% (n=116) di aver giocato qualche volta, il 4% (n=18) spesso e l'1% (n=3) sempre. La maggior parte dei ragazzi non gioca, ma ci sembra interessante osservare che, sommando le percentuali di chi dichiara di giocare per soldi, il 29% degli parte-

cipanti, pari a 127 studenti frequentanti la prima superiore, gioca per soldi.

Tra questi, la stessa percentuale (30%, n=86) dichiara di aver perso dei soldi giocando e di averlo raccontato al padre (22%, n=48), alla madre (20%, n=43) o ad un amico (15%, n=33); altri, invece, non ne hanno parlato con nessuno (12%, n=26). Abbiamo considerato separatamente i dati della popolazione maschile e femminile che ha partecipato alla nostra indagine, dichiarando di aver giocato per soldi, e incrociato questo dato con quello relativo alle frequenze. Come mostra il grafico 3 dal confronto tra le due popolazioni si può osservare una maggiore propensione al gioco da parte dei maschi e un atteggiamento di maggior prudenza da parte delle femmine.

Il gioco che attrae di più i ragazzi è il Gratta e Vinci, a cui dichiara di aver giocato negli ultimi 3 mesi il 39% (n=184) degli studenti, seguito dai giochi delle sale Snai e dal calcio scommesse (19%, n=89), e dai giochi di carte a soldi (18%, n=83). Sono molto diffusi anche i giochi a base sportiva come Totogol, Totocalcio, Formula 101 (12,5%, n=59), dato spiegabile con la diffusione del calcio nel nostro paese. Tra i giochi praticati dai ragazzi ci sono anche il Superenalotto (12,3%, n=58) e giochi di abilità come biliardo e freccette (11,2%, n=53). E' interessante osservare che il Gratta e Vinci, a differenza degli altri giochi diffusi prevalentemente tra i maschi, è praticato soprattutto dalle femmine (Graf. 4).

La spesa massima giornaliera per il gioco d'azzardo è compresa tra 1 e 5 euro per la maggior parte degli studenti giocatori (44%, n=149), mentre percentuali minori di ragazzi dichiarano di spendere da 6 a 10 o da 11 a 20 euro al giorno (rispettivamente 11, n=38 e 6%, n=20) (Graf. 5). La maggior parte dei ragazzi (90%, n=357), inoltre, dichiara di non aver mai fatto il conto a fine mese di quanti soldi ha giocato né di quanti ne ha vinti o persi. Questi dati ci sembrano rilevanti considerata l'età dei soggetti del nostro campione e la situazione di dipendenza economica dai genitori.

Si è chiesto inoltre ai ragazzi di indicare quali persone vicine a loro giocassero d'azzardo. Sono stati indicati prevalentemente i padri (24%, n=89), gli amici (22%, n=80), le madri e i nonni (13%, n=47) (Graf. 6). Alcuni ragazzi (29%, n=133) vengono mandati dai genitori (30%, n=60 padre e 26%, n=52 madre) o nonni (16%, n=32) o da fratelli/sorelle maggiorenni (7%, n=13) dal tabacchino ad acquistare un Gratta e Vinci o altri biglietti per il gioco. Più spesso (56%, n=258), si recano con qualcuno dal tabacchino per giocare d'azzardo accompagnando prevalentemente genitori, nonni fratelli o amici minorenni o maggiorenni. In entrambi i casi, questi comportamenti riguardano più le femmine che i maschi.

Infine, è stato domandato ai ragazzi se gli capitasse



di non studiare a causa del gioco d'azzardo e nella maggior parte dei casi (95%, n=429) la risposta è stata negativa; rimane però una piccola percentuale (5,3%), pari a 23 ragazzi, 10 maschi e 13 femmine, che ha risposto di non studiare a causa del gioco d'azzardo.

#### Conclusioni

Riassumendo i dati sopra esposti, possiamo sostenere che ragazzi sembrano avere una certa conoscenza dei rischi connessi al gioco d'azzardo e della normativa vigente. Nonostante questo, il 44% (n=149) ha giocato d'azzardo arrivando a spendere da 1 a 5 euro in un giorno. Il gioco interessa soprattutto i maschi ma anche un certo numero di femmine che però sembrano avere un atteggiamento più prudente sia nella frequenza che nella spesa per il gioco. I maschi praticano specialmente giochi a base sportiva, mentre le femmine sono attratte soprattutto dal Gratta e Vinci.

Dai dati sembra emergere, inoltre, una certa consapevolezza degli studenti rispetto ai possibili rischi connessi al gioco d'azzardo tecnologico. Tuttavia, le opinioni sul fatto che il gioco d'azzardo tecnologico possa far guadagnare dei soldi, si distribuiscono in modo frammentato: molti studenti (range tra il 13% e il 29%) ritengono, infatti, che il gioco d'azzardo possa rappresentare una fonte di guadagno. Considerando che, solo il 13% (n=58) si dichiara in disaccordo su questo, è evidente che il gioco d'azzardo crei nei ragazzi l'aspettativa di essere una possibile fonte di reddito, aspettativa probabilmente indotta dalla pubblicità a cui i ragazzi sono particolarmente sensibili.

A nostro avviso, si tratta di percentuali elevate, in sintonia con i dati nazionali (Eurispes), che considerata l'età dei ragazzi e la condizione di dipendenza economica dai genitori ci domandiamo se tali comportamenti potrebbero diventare problematici in futuro. Per questo rivediamo la necessità di proporre ai ragazzi interventi di prevenzione e promozione della salute, volti a rafforzare quelle capacità che gli consentano di non subire il fascino del gioco d'azzardo al quale sono sempre più esposti.

#### Bibliografia

1. Anifantakis I. et al: Progetto "Il gioco dipende da te!". Alcologia, N. 17, settembre 2013, Firenze.
2. Croce M. et al: Prevenzione tra pari. Francoangeli, 2011.
3. Dalle Carbonare E. et al: Peer Educator: istruzioni per l'uso. Franco Angeli, 2004.
4. Boda G. L'educazione tra pari. Franco Angeli 2006.
5. Pellai A. Educazione tra pari. Erickson, 2002.
6. Pini M.: Febbre d'azzardo. Antropologia di una presunta malattia. Franco Angeli, 2012.

7. Lavanco G. (a cura di). Il gioco d'azzardo patologico. Pacini ed., Pisa 2013.

#### Sitografia

<http://www.eurispes.eu/content/indagine-conoscitiva-sulla-condizione-dell'infanzia-e-dell'adolescenza-italia-2012>

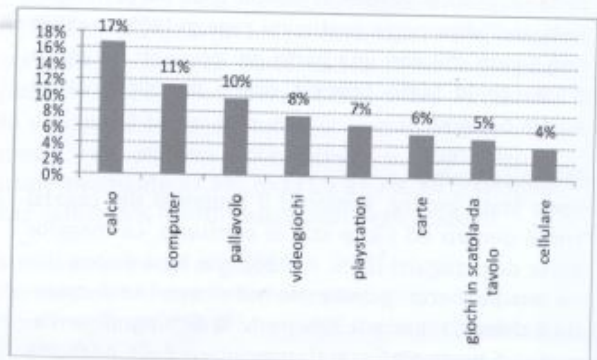


Grafico.1: Giochi preferiti dagli studenti

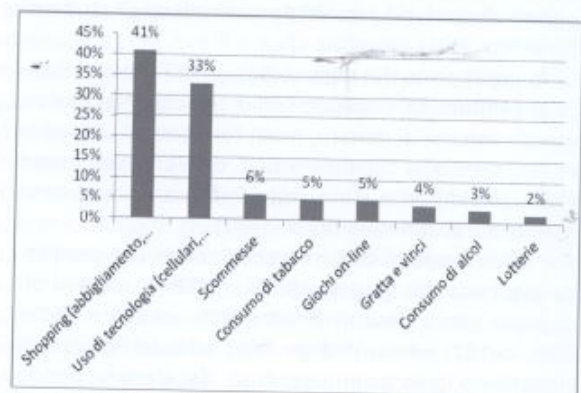


Grafico 2: Hai mai discusso con persone che conosci sul tuo modo di gestire i soldi e se sì, su cosa vertono le discussioni?

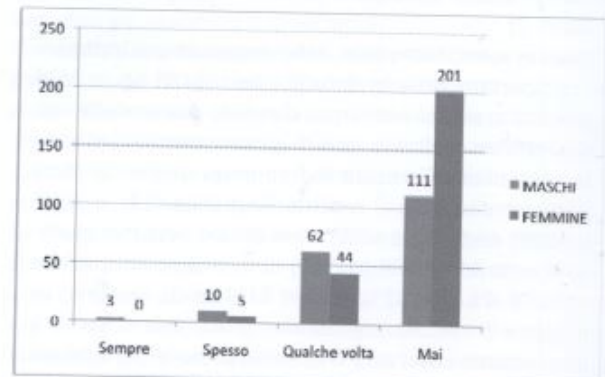


Grafico 3: Ti capita di giocare per soldi?



patologi-  
lagine-  
nzia-e-

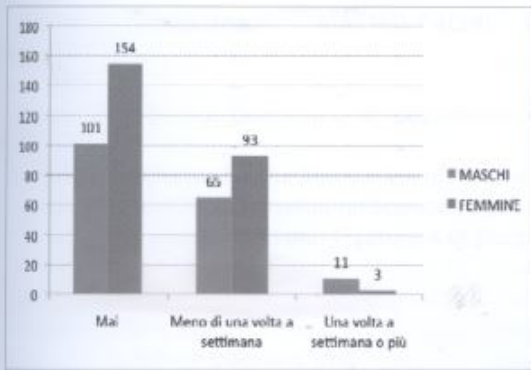


Grafico 4: Gratta e vinci

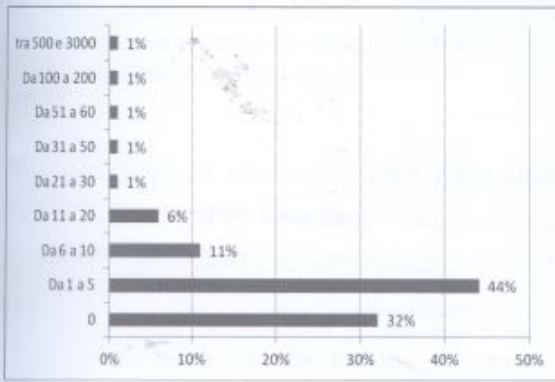


Grafico 5: Quant'è l'ammontare massimo di soldi che hai giocato in un solo giorno

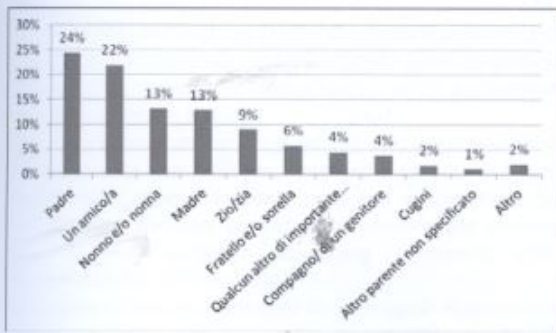


Grafico 6: Indica quale/i tra le seguenti persone a te vicine gioca d'azzardo (anche più di una).

Alcoloria



Handwritten notes in the top left corner, possibly including a date or page number.

Section of text on the left side of the page, appearing to be a list or a series of short paragraphs.



Section of text on the left side of the page, continuing the list or paragraphs from the top section.



Section of text on the left side of the page, continuing the list or paragraphs.



Section of text on the left side of the page, continuing the list or paragraphs.



Section of text on the left side of the page, continuing the list or paragraphs.





ANGELO GI MAREMMANI<sup>1,2</sup>, MATTEO PACINI<sup>3</sup>, SILVIA BACCIARDI<sup>1</sup>, MAURO CECCANTI<sup>4</sup>, and ICRO MAREMMANI<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Italy

<sup>2</sup> AU-CNS, Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, Pietrasanta, Lucca, Italy

<sup>3</sup> G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences, Pisa, Italy

<sup>4</sup> Centre for the Assessment and Treatment of Alcohol-Related Pathology, La Sapienza University, Rome, Italy

**Correspondence:**

Icro Maremmani, MD;  
Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit  
Department of Neurosciences,  
Santa Chiara University Hospital,  
University of Pisa,  
Via Roma, 67 56100 PISA, Italy, EU.  
Phone +39 0584 790073 Fax +39 0584 72081  
E-Mail: maremman@med.unipi.it

## Current use of cannabis and past use of heroin as markers of alcohol and concomitant cocaine use disorder

**Summary**

**Background:** In the addiction field the presence of polyabuse seems to be the rule rather than the exception. Cocaine is the most dangerous concurrent substance used by alcohol use disorder (AUD) patients. The main purpose of this study was to define predictors of concomitant cocaine use in AUD patients.

**Methods:** We compared alcohol use disorder patients with (AUD; N=144) and without (AUD-CCU; N=304) concomitant cocaine use at univariate and multivariate levels regarding demographic, psychiatric comorbidity, social adjustment and drug addiction history.

**Results:** Concomitant cannabinoid use, and the presence of former heroin use disorder, together with younger age, higher initial alcohol unit/daily ratio and concomitant use of BDZ were the best predictors of concomitant cocaine use in AUD patients requesting treatment (Chi-square=150.80; df=5; p<0.001).

**Conclusions:** The data collected by us suggest that cocaine use in alcoholics may be part of an unfolding destiny of former heroin-addicted patients.

**Key words:** alcohol use disorder; concomitant cocaine use; former heroin use; heroin; alcohol; cannabis; benzodiazepines; polyabuse; masked heroinism

**Introduction**

Alcohol use disorder is considered to be one of the most common and devastating diseases. In light of the complexity and heterogeneity that occur among alcohol-dependent individuals, there have been ongoing efforts to divide them into distinct clusters or

**Sommario**

**Introduzione:** Nel campo della tossicodipendenza la presenza di poliabuso sembra essere la regola piuttosto che l'eccezione. La cocaina è la sostanza più pericolosa che viene abusata dagli alcolisti (AUD). Scopo di questo studio è identificare i predittori di uso concomitante di cocaina nei soggetti alcolisti.

**Metodo:** Soggetti alcolisti con (AUD-CCU; N=304) e senza (AUD; N=144) uso concomitante di cocaina sono stati comparati per quanto riguarda i dati demografici, la comorbidità psichiatrica, l'adattamento sociale e la storia tossicomantica a livello univariato e multivariato.

**Risultati:** I migliori predittori di uso concomitante di cocaina in alcolisti all'ingresso in trattamento sono l'uso concomitante di cannabinoidi e la pregressa storia di eroinopatia, insieme alla giovane età, l'elevato rapporto di unità alcoliche assunte pro die e il concomitante uso di benzodiazepine (Chi-square=150.80; df=5; p<0.001).

**Conclusioni:** Questi dati suggeriscono che l'uso di cocaina in soggetti alcolisti possa far parte di un "destino metabolico comune" che si sviluppa in soggetti ex-eroinomani.

**Parole chiave:** alcolismo; uso concomitante di cocaina ex-eroinomani; eroina; alcol; cannabinoidi; poliabuso; "eroinismo mascherato"

subtypes that can guide diagnosis, predict prognosis and provide targeted treatments (1-4).

From a clinical perspective, alcohol can play a predominant role in a patient's toxicomanic process by being the primary or only substance abused, leading to a clinical presentation of "mere" alcohol use disorder (5). However, the abuse of concomitant sub-



stances (in this case, substances that occur together with alcohol) seems to be the rule rather than the exception in alcohol addictive processes. Cocaine, for instance, is one of the comorbid substances used by alcohol use disorder (AUD) subjects (6-9), leading to greater severity in clinical presentation (10-12) and metabolic toxicity (13). Similarly, the use of sedatives (i.e., benzodiazepines and opiates) may be found along the addiction trajectory of AUD subjects. Previous studies have highlighted the fact that a history including the previous use of heroin distinguishes a specific group of AUD patients (14-21). The close linkage between opiates and alcohol has been known for decades (22), and it can be observed in agonist opioid treatment programmes employing a low dosage of methadone, in which alcohol consumption increases alongside dwindling heroin use (22-26). This process resembles a sort of shift from heroin/opiate abuse to (heavy) alcohol use, as observed in the background of former heroin users when they apply for alcohol abuse treatment (27). This happens because alcohol consumption may compensate for the lack of available heroin (due to poverty, somatic impairment, or temporary supply shortages), so becoming a common means of self-handling in a situation of opiate craving (28). We focused our research on alcohol-abusing, heroin-dependent subjects, and we considered this concurrent use to be sustained by a common metabolic pathway, an unfolding metabolic destiny leading to what we defined as "masked heroinism" (24, 29-32). This metabolic approach is relatively easy to understand when we are considering 'cross-tolerant' substances such as alcohol and opiates or benzodiazepines, but it becomes much more tricky in the case of the concurrent use of cocaine and alcohol.

The purpose of the present study is to compare the demographic and clinical characteristics and the alcohol dependence history, of two groups of AUD patients – those with (AUD-CCU) and those without (AUD) concomitant cocaine use disorder.

## Methods

### Design of the study

A cross-sectional cohort study was designed. All patients included in the study signed an informed consent form. The ethics committees that were responsible, in accordance with internationally accepted criteria for ethical research, approved both the consent form and the experimental procedures.

Since 2004, the Centre for the Assessment and Treatment of Alcohol-Related Pathology, La Sapienza University, at the Umberto I University Hospital in Rome has been using a clinical protocol that comprises a detoxification unit, which may be followed by a long-term outpatient psychopharmacological approach to

prevent relapses. We considered all consecutive AUD patients, according to DSM-IV TR criteria, who had been referred for treatment to the outpatient clinic, during the years 2004 to 2007. Previous studies had been performed with this sample (27, 33); all these patients were evaluated after the resolution of acute withdrawal in order to avoid, in the diagnostic process, possible interferences arising from the acute phase of their illness. Alcohol withdrawal was treated using standard protocols (including benzodiazepines and sodium oxybate, when appropriate).

### Sample

A total of 448 patients were recruited for the study; of these, 338 (75.4%) were male. The mean age was 44 years  $\pm$ 9 (range: from 19 to 74); 155 patients were single (34.6%), 230 had less than 8 years of education (51.3%) and 344 were employed (76.8%).

304 (67.9%) patients did not show concomitant cocaine use (encoded as AUD patients) at treatment entry. Of these, 215 (70.7%) were males. Mean age was 45.83 years  $\pm$ 9.7 (range: from 19 to 74).

144 (32.1%) did show concomitant cocaine use (encoded as AUD-CCU patients). Of these, 123 (85.4%) were males. Mean age was 40.22 years  $\pm$ 8.3 (range: from 21 to 63).

### Assessment

The following instruments were used to collect data on the variables to be studied:

#### *Drug Addiction History Rating Scale (DAH-RS) Alcohol Version*

Alcoholism-related information was collected by means of the Drug Addiction History Questionnaire (DAH-Q) (34) – alcohol version, administered by a psychiatrist. The DAH-Q is a multi-scale questionnaire comprising the following categories: demographic information, physical health, mental health, substance abuse, treatment history, social adjustment, and environmental factors. DAH-Q was specifically designed to record information about illicit drug users. In the case of patients who were also alcoholics, we further recorded the initial and maximum daily intake of alcohol in units.

#### *Psychiatric Diagnostic Evaluation Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*

Specifically adapted for Axis I structured clinical interviewing for use in clinical settings, the SCID-I (35) covers the DSM-IV diagnoses most commonly seen by clinicians, and reflects the diagnostic criteria for these disorders by including corresponding interview questions. The SCID-I is divided into 6 self-contained modules that can be administered in sequence: mood episodes; psychotic symptoms; psychotic disorders; mood disorders; substance use disorders; and anxiety, adjustment, and other disorders. Ac-



ording to our criteria, there was a 'dual diagnosis' when we determined the presence of both alcohol dependence and an autonomous psychiatric disorder. Autonomy of additional psychiatric syndromes was assessed with reference to an independent course with respect to substance abuse, and the specificity of symptoms with respect to expected intoxication or withdrawal pictures.

#### Statistical analysis

We compared AUD patients with and without cocaine use with reference to: demographic data, physical health, psychiatric diagnoses, substance abuse, and social adjustment. The variables that showed statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) for an association with concomitant cocaine use were included in separate logistic forward regression analysis comprising the issue of belonging to the group of AUD patients with concomitant cocaine use as a dependent variable. Statistical analyses were carried out using the SPSS package. As this is an exploratory study, statistical tests were considered significant at the  $p < 0.05$  level.

#### Results

Comparisons between AUD and AUD-CCU patients are shown in table 1. No differences emerged as to employment ( $p = 0.521$ ), high educational level ( $p = 0.829$ ), presence of dual diagnosis ( $p = 0.860$ ) and severe physical complications (0.054). No differences were found between the 2 groups regarding age at first use of alcohol ( $p = 0.178$ ).

AUD-CCU patients were: younger ( $p = 0.001$ ), males ( $p = 0.001$ ), single ( $p = 0.043$ ), living alone ( $p = 0.039$ ) and with a more problematic social adjustment ( $p = 0.003$ ). AUD-CCU patients showed a greater presence of former heroin use disorder; they had a higher concomitant use of benzodiazepines ( $p = 0.000$ ), cannabinoids ( $p = 0.000$ ), and hallucinogens ( $p = 0.000$ ). They were younger at their first misuse of alcohol ( $p = 0.026$ ). They consumed a higher amount of alcohol at the beginning of their dependence history ( $p = 0.000$ ), and reached a higher maximum level of alcohol consumption ( $p = 0.000$ ). Drinking duration and alcoholism duration were both shorter ( $p = 0.000$ ). The most important predictors of concomitant cocaine use in AUD patients are listed in table 2. Concomitant cannabinoid use, the presence of former heroin use disorder, being younger, higher initial alcohol unit/daily ratio and concomitant use of BDZ were the best predictors of concomitant cocaine use disorder in alcoholics requesting treatment (Chi-square=150.80;  $df = 5$ ;  $p < 0.001$ ).

#### Discussion

Our results show that our AUD-CCU patients were characterized by a more severe clinical presentation.

They showed the concomitant use of other substances of abuse (cannabinoids, benzodiazepine and hallucinogens) and they were more frequently former heroin-dependent patients. They had started drinking earlier, with a greater initial alcohol consumption and daily alcohol amount peak. Moreover, their addiction history was shorter and they requested treatment earlier, as attested by the shorter drinking and alcoholism duration at treatment entry. One possible explanation of greater initial alcohol consumption in AUD-CCU patients could be related to their former heroin use disorder and to their need for a cross-acting substance (alcohol specifically, but also benzodiazepines). Hence, these substances compensate for the lack of heroin/opioid availability due to the imbalance produced in the endogenous opioid system (24).

Being former heroin addicts and showing the concomitant use of cannabis and benzodiazepines were features of our AUD-CCU patients. The presence of a previous history of heroin use is in line with our model of "masked heroinism" (24, 29-32). Concomitant substance use can be viewed as an attempt to satisfy the heightened tolerance to opiates by taking a range of substances that are able to provide an alternative rewarding effect (24). This toxicomanic process leads to a complicated use of multiple substances. One of the possible explanations of substance abuse is related to an unsatisfactory heroin use disorder treatment outcome (25, 36, 37). In this connection, we can wonder if these negative outcomes could be avoided by optimizing the agonist opioid treatment; specifically, by treating patients with adequate doses ("blocking dosages") and long-term treatments (38-41). According to the theory of Dole and Nyswander, a methadone blocking dosage is the dosage that is sufficient to block a patient's abnormal reactions to heroin. It is the dose that permits him/her to live as a normal citizen in the community. Generally this dosage is above 60 mg/day. In our experience it is at least 80 mg/day of methadone, or 16 mg/day of buprenorphine (42-44). In this perspective, methadone dosage has been correlated with craving for alcohol in heroin-dependent patients. In particular, patients treated with low dosages of methadone have been found to show stronger cravings for both heroin and alcohol (36). Lower or inadequate agonist opioid medication dosages seem to lead patients to resort to heroin or other psychoactive substances. In line with that finding, alcohol use in naltrexone-maintained, heroin-dependent patients has been found to be quite high (32).

In our view, it cannot be excluded that the current use of cocaine in AUD-CCU patients with former heroin use disorder history should be viewed as an at-



tempt to augment or optimize the baseline energy level and resolve the hypophoria derived from the long-term use of sedatives such as opioids, alcohol and benzodiazepines (45).

### Conclusion

Polyabuse and having experienced a heroin use disorder in the past are features that distinguish cocaine use in alcohol use disorder patients with a more severe clinical presentation. This suggests that cocaine use in alcoholics may be part of an unfolding metabolic destiny of formerly heroin-addicted patients.

### References

1. LEGGIO L., KENNA G.A., FENTON M., BONENFANT E., SWIFT R.M.: Typologies of alcohol dependence. From jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychol. Rev.*, 19, 115-129, 2009.
2. LESCH O.M., DIETZEL M., MUSALEK M., WALTER H., ZEILER K.: The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types. *Forensic Sci. Int.*, 36, 121-138, 1988.
3. ADDOLORATO G., ABENAVOLI L., LEGGIO L., GABBARRINI G.: How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: A review. *Neuropsychobiology*, 51, 59-66, 2005.
4. ADDOLORATO G., LEGGIO L., ABENAVOLI L., GABBARRINI G.: Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addict. Behav.*, 30, 1209-1224, 2005.
5. FRIEDMANN P.D.: Alcohol use in adults. *N. Engl. J. Med.*, 368, 1655-1656, 2013.
6. HEDDEN S.L., MALCOLM R.J., LATIMER W.W.: Differences between adult non-drug users versus alcohol, cocaine and concurrent alcohol and cocaine problem users. *J. Addict. Dis.*, 34, 323, 2009.
7. PENNING S.E.J.M.: Effects on concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773, 2002.
8. GORELICK D.A.: Alcohol and cocaine. Clinical and pharmacological interactions. *Recent. Dev. Alcohol.*, 10, 37, 1992.
9. FLANNERY B.A., MORGENSTERN J., MCKAY J., WECHSBERG W.M., LITTEN R.Z.: Co-occurring alcohol and cocaine dependence: Recent findings from clinical and field studies. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 28, 976-981, 2004.
10. SCHMITZ J.M., BORDNICK P.S., L. KEARNEY M., FULLER S.M., BRECKENRIDGE J.K.: Treatment outcome of cocaine-alcohol dependent patients. *Drug Alcohol Depend.*, 47, 55-61, 1997.
11. HIGGINS S.T., BUDNEY A.J., BICKEL W.K., FOERG F.E., BADGER G.J.: Alcohol dependence and simultaneous cocaine and alcohol use in cocaine-dependent patients. *J. Addict. Dis.*, 13, 177-189, 1994.
12. GRANT B.F., HARFORD T.C.: Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: Results of a national survey. *Drug Alcohol Depend.*, 25, 97-104, 1990.
13. ANDREWS P.: Cocaethylene toxicity. *J. Addict. Dis.*, 16, 75-84, 1997.
14. BELENKO S.: Alcohol abuse by heroin addicts: A review of research findings and issues. *Int. J. Addict.*, 14, 965-975, 1979.
15. ROUNSAVILLE B.J., WEISSMAN M.M., KLEBER H.B.: The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 170, 479-488, 1982.
16. SIMPSON D.D., SELLS S.B.: Patterns of multiple drug abuse: 1969-1971. *Int. J. Addict.*, 9, 301-314, 1974.
17. BLAGOV L.N., KURGAK D.I.: Opioid addiction complicated by alcoholism (in young men). *Heroin. Addict. Relat. Clin. Probl.*, 13, 21-28, 2011.
18. LEHMAN W.E., BARRETT M.E., SIMPSON D.D.: Alcohol use by heroin addicts 12 years after drug abuse treatment. *J. Stud. Alcohol.*, 51, 233-244, 1990.
19. RYDER N., CULLEN W., BARRY J., BURY G., KEENAN E., SMYTH B.P.: Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment. *BMC Fam. Pract.*, 10, 42, 2009.
20. GOSSOP M., STEWART D., MARSDEN J.: Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: Content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes. *Addiction*, 101, 404-412, 2006.
21. OTTOMANELLI G.: Methadone patients and alcohol abuse. *J. Subst. Abuse Treat.*, 16, 113-121, 1999.
22. GREEN J., JAFFE J.H., CARLISI J.A., ZAKS A.: Alcohol use in the opiate use cycle of the heroin addict. *Int. J. Addict.*, 13, 1021-1033, 1978.
23. ANGLIN M.D., ALMONG I.J., FISHER D.G., PETERS K.R.: Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship: A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples. *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse.*, 15, 191-207, 1989.
24. MAREMMANI I., SHINDERMAN M.S.: Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or under-medication? *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 1, 7-13, 1999.
25. MAREMMANI I., PANI P.P., MELLINI A., PACINI M., MARINI G., LOVRECIĆ M., PERUGI G., SHINDERMAN M.: Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone maintenance treatment program. *J. Addict. Dis.*, 26, 61-70, 2007.
26. STENBACKA M., BECK O., LEIFMAN A., ROMELSSJO A., HELANDER A.: Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Rev.*, 26, 55-63, 2007.



27. CECCANTI M., VITALI M.: Alcoholics with a history of heroin consumption: Clinical features and chronology of substance abuse. *Heroin. Addict. Relat. Clin. Probl.*, 11, 35-38, 2009.
28. NOBLE A., BEST D., MAN L., GOSSOP M., STANG J.: Self-detoxification attempts among methadone maintenance patients: What methods and what success? *Addict. Behav.*, 27, 575-584, 2002.
29. PACINI M., MELLINI A., ATTILIA M.L., CECCANTI M., MAREMMANI I.: Alcohol abuse in heroin addicts: An unfolding metabolic destiny. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 7, 31-38, 2005.
30. MAREMMANI A.G.I., QUARANTA G., BACCIARDI S., ROVAI L., RUGANI F., PACINI M., NISITA C., MAREMMANI I.: Alcohol use disorder and past heroin addiction. A successfully treated 'masked heroinism' patient. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 16, 37-42, 2014.
31. PIZ L., MAREMMANI A.G.I., RUGANI F., PACINI M., ROVAI L., DELL'OSSO L., MAREMMANI I.: Requiring stabilized heroin addicts to stop successful agonist opioid treatment before liver transplantation can shift patients over a cross-acting (alcohol) substance abuse. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 13, 35-38, 2011.
32. MAREMMANI I., BALESTRI C., SBRANA A., TAGLIAMONTE A.: Substance (ab)use during methadone and naltrexone treatment. Interest of adequate methadone dosage. *J. Mainten. Addict.*, 2, 19-36, 2003.
33. PACINI M., MAREMMANI I., VITALI M., ROMEO M., SANTINI P., VERMEIL V., CECCANTI M.: Cocaine abuse in 448 alcoholics: Evidence for a bipolar connection. *Addict. Disord. Their Treatment*, 9, 164-171, 2010.
34. MAREMMANI I., CASTROGIOVANNI P.: *Dah-q: Drug addiction questionnaire*. University Press, Pisa, 1989
35. FIRST M.B., SPITZER R.L., GIBBON M., WILLIAMS J.B.W.: *Structured clinical interview for dsm-iv axis i disorders (scid-i), clinician version*. American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, VA, USA, 1997
36. LUBRANO S., PACINI M., GIUNTOLI G., MAREMMANI I.: Is craving for heroin and alcohol related to low methadone dosages in methadone maintained patients. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 4, 11-17, 2002.
37. SOMERS C.J., O'CONNOR J.: Retrospective study of outcomes, for patients admitted to a drug treatment centre board. *Ir. Med. J.*, 105, 295-298, 2012.
38. DOLE V.P., JOSEPH H.: Long term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 311, 181-189, 1978.
39. LOWINSON J., MARION I., JOSEPH H., DOLE V.: Methadone maintenance. In *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Eds: Lowinson J., Ruiz P., Millman R., Langrod J., Williams and Wilkins, Baltimore, 550-561, 1992.
40. DOLE V.P.: What have we learned from three decades of methadone maintenance treatment. *Drug. Alcohol. Rev.*, 13, 330-338, 1994.
41. KRITZ S., CHU M., JOHN-HULL C., MADRAY C., LOUIE B., BROWN L.S., Jr.: Opioid dependence as a chronic disease: The interrelationships between length of stay, methadone dose, and age on treatment outcome at an urban opioid treatment program. *J. Addict. Dis.*, 28, 53-56, 2009.
42. DOLE V.P., NYSWANDER M.E., KREEK M.J.: Narcotic blockade. *Arch. Intern. Med.*, 118, 304-309, 1966.
43. PACINI M., MAREMMANI A.G.I., ROVAI L., RUGANI F., MAREMMANI I.: Treating heroin addicts. Blocking dosages and stimulation-stabilization of opioidergic system. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 12, 41-48, 2010.
44. MAREMMANI I., PACINI M., PANI P.P., ON BEHALF OF THE 'BASICS ON ADDICTION GROUP': Basics on addiction: A training package for medical practitioners or psychiatrists who treat opioid dependence. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 13, 5-40, 2011.
45. MAREMMANI I., PACINI M., PERUGI G., DELTITO J., AKISKAL H.: Cocaine abuse and the bipolar spectrum in 1090 heroin addicts: Clinical observations and a proposed pathophysiologic model. *J. Affect. Disord.*, 106, 55-61, 2008.



**Table 1.** Univariate association between use of cocaine in AUD patients and demographic characteristics, psychiatric comorbidity, social adjustment and drug addiction history

	AUD patients N=304	AUD-CCU patients N=144		
	N(%)	N(%)	chi	p
Sex (male)	215 (70.7)	123 (85.4)	11.39	0.001
Marital status (single)	145 (54.9)	89 (65.4)	4.09	0.043
Unemployed	131 (43.1)	55 (38.2)	2.55	0.521
High educational level (>8yrs)	115 (37.8)	56 (38.9)	0.04	0.829
Living alone	77 (25.3)	50 (34.7)	4.24	0.039
Presence of former Heroin Use Disorder	15 (4.9)	45 (31.2)	58.34	0.000
Concomitant use of BZDs	9 (3.0)	27 (20.1)	36.11	0.000
Concomitant use of THC's	24 (7.9)	82 (57.3)	131.44	0.000
Concomitant use of hallucinogens	1 (0.3)	9 (6.8)	16.90	0.000
Presence of dual diagnosis	123 (40.5)	57 (39.6)	0.031	0.860
Severe physical complications	47 (15.5)	33 (22.9)	3.70	0.054
Problematic social adjustment	111 (36.5)	74 (51.4)	8.92	0.003
	M±sd	M±sd	T	p
Age	45.83±9.7	40.22±8.3	5.97	0.000
Age at first use of alcohol	15.88±4.5	15.10±6.1	1.35	0.178
Age at first misuse of alcohol	24.54±7.5	23.03±6.2	2.23	0.026
Initial alcohol Units/daily	6.10±6.7	10.12±9.2	-5.77*	0.000
Max alcohol Units/daily	20.54±9.4	25.17±11.9	-4.47	0.000
Drinking duration	29.96±10.6	25.11±9.1	4.73	0.000
Alcoholism duration	21.32±11.0	17.19±8.7	3.94	0.000

\*Mann-Whitney z-test: BZDs=benzodiazepines; THC's=cannabinoids.

**Table 2.** Most important predictors of cocaine concomitant use disorder in 448 AUD patients applying for treatment

Predictors	Step	B	Odds ratio	Min	Max	p
Concomitant cannabinoid use	1	1.80	6.07	3.30	11.19	0.000
Former presence of heroin use disorder	2	1.44	4.22	1.95	9.09	0.000
Age	3	-0.05	0.94	0.91	0.97	0.000
Initial alcohol Units/daily	4	0.05	1.05	1.01	1.08	0.003
Concomitant use of BDZ	5	1.49	4.46	1.57	12.63	0.005

Statistics: chi square 150.80 df 5 p<001; correctly classified: 79.8%.



MAURO CIBIN, GIAMPIETRO SPOLAOR<sup>1</sup>, INA HINNENTHAL<sup>2</sup>, ELISA SGUALDINI<sup>1</sup>, CRISTIANO CHIAMULERA<sup>3</sup>

Dipartimento di Salute Mentale, Az. Ulss 13 del Veneto, Dolo Venezia

<sup>1</sup> Centro Soranzo, Tessera Venezia, www.cocaina-alcol.org

<sup>2</sup> ASL 1 Regione Liguria, Imperia

<sup>3</sup> Laboratorio di Neuropsicofarmacologia, Policlinico "G.B. Rossi", Università di Verona

## Residential treatment of Alcohol Use Disorders: thinking about the future

### Abstract

The residential treatments for Alcohol Use Disorders (AUD) are an important element of the network of action; residential interventions should always be part of the "continuum of care", along with outpatient services and self-help groups (AA, CAT).

The current state of knowledge together with the variation of the epidemiology and clinical framework lead us to believe that residential programs should include three types of interventions:

- "post-traumatic"
- addictions / personality disorders
- rehabilitation

The complexity of the residential setting makes it difficult to apply models of clinical research: while the evidence testify to the overall effectiveness of residential treatment for AUD and the importance of motivational processes, further studies are needed to define the therapeutic dynamics and the programs' "active elements"

**Key words:** Alcohol Use Disorders, residential programs, Therapeutic Community, Cloninger typology, trauma, rehabilitation

### Introduction

Alcohol is one of the most important health risk factors and is one of the main causes of mortality and morbidity. Despite this, in Italy, only about a tenth of those with serious alcohol-related problems and with alcohol dependence take part in specific therapeutic and rehabilitation programs. The first and most obvious critical point when talking about Alcohol Use Disorders (AUD) therefore concerns accessibility, in turn linked to a considerable extent to the availability of first-level interventions. Once the patient has "accessed" a treatment program, it is necessary to consider the appropriateness of the treatments themselves, linked in turn to the dropout problem. Intervention for AUDs is normally carried out in three "places":

- the outpatient clinic
- the patient's home
- self-help groups (AA, AIA non, CAT)

For many years these were seen as completely separate and even opposing interventions, both as regards care and in research.

The current vision, on the other hand, is based on **Continuum care**, i.e. a synergy of the various approaches in building a care plan of the various activi-

### Riassunto

I trattamenti residenziali per i Disturbi da uso di Alcol (DUA) sono un importante elemento della rete di intervento; i trattamenti residenziali dovrebbero far parte a tutti gli effetti del "continuum care", insieme con i servizi ambulatoriali ed i gruppi di autoaiuto (AA, CAT).

Allo stato attuale delle conoscenze riteniamo che i trattamenti residenziali dovrebbero articolarsi su tre tipi di programmi:

- posttraumatici
- Dipendenze/Disturbi di Personalità
- riabilitativi

La complessità del setting residenziale rende difficoltoso l'applicazione di modelli rigorosi di ricerca clinica; le attuali evidenze validano tuttavia l'efficacia complessiva dei trattamenti residenziali per DUA e l'importanza del processi motivazionali; ulteriori studi sono necessari per definire le dinamiche terapeutiche e gli "elementi attivi" dei programmi.

**Parole chiave:** Disturbi da Uso di Alcol, Programmi residenziali, Comunità Terapeutica, Tipologia di Cloninger, Trauma, riabilitazione.

ties, that is coherent, accessible and effective. An epiphenomenon of this approach is the attention paid to "intermediate" structures (day hospital, day centres, sheltered housing...).

The topic of efficacy evaluation has therefore shifted from the structures to the care plans and to the components that make up the care plans. The prevailing demand no longer concerns the efficacy of a certain approach, but which components contribute to creating this efficacy.

### Residential interventions for alcoholism in Italy

When we define a treatment as "residential" we refer to the fact that this treatment is administered to a patient who temporarily lives in a place of therapy. In actual fact, there are a variety of residential treatments for AUDs and these include:

#### a) Hospital admission for detoxification

These admissions, usually lasting just a few days, should consist both of treatment for abstinence and other alcohol-related diseases and of the setting-up of medium- and long-term treatment (1).

#### b) Hospital-based rehabilitation programs

These programs (also called "28 day" or "rehab" pro-



grams in Anglo-Saxon countries) should offer:

- the possibility to make a diagnosis by sector (Substance Use, Physical Health, Psychological/psychiatric, Social and family, Motivation) in "drug-free" conditions;
- individual and group interventions for Motivational Enhancement Therapy and Relapse Prevention;
- the setting up of pharmacotherapy;
- the possibility of making contact with self-help groups;
- the definition of the aftercare program;

These programs, present above all in northern Italy, generally last from one to three months (2; 3).

### *c) Community-based rehabilitation programs*

#### *- Short-term community rehabilitation*

Short-term community rehabilitation (1 - 4 months) should not be a "shortened" version of long-term community rehabilitation because of contingent reasons (budget, work, family problems), but a different community, in which the focus is on personal objectives and therapeutic means. The basic requirement of short-term community rehab is that it is one component of the care plan, in which the patient learns "exercises" to be applied in real life: a kind of "gym" in preparation for life after rehab.

The difference between short-term community rehab and hospital rehab programs is that community rehab is more personalized, both in terms of duration and of objectives (4), as well as the focus on the sense of belonging and personal responsibility that some authors consider specific elements of the work in community rehab (5).

#### *- Medium/long-term community rehabilitation*

Rehabilitation programs of this type adopt the methods of "traditional" therapeutic community methods: the objective is a profound change in lifestyle and way of thinking, to be achieved above all by means of the stay in the community, through interaction with the environment and the other residents.

The stay of alcoholic patients in a community for more than six months should be evaluated carefully and reserved for particular situations. Long-term residence inevitably leads to a further deterioration in family and social resources and causes destabilization and helplessness, as in all cases of institutionalization.

### **Trauma and personality in residential programs**

According to Cloninger (6) subjects with Substance Use Disorders can be divided into two large groups: type 1, in which the dependence is adult-onset and is

correlated to "life events"

type 2: in which the dependence is adolescent-onset, has a genetic basis and is associated with impulsive traits and antisocial/borderline personality disorders.

Subsequent research showed that, in both cases, traumatic events were involved in the pathogenesis of the dependence: in type 1, in the form of isolated events occurring during adulthood (fig. 1); in type 2, in the form of repeated childhood events (the "invalidating environment" by Marsha Linehan) which affect a genetically predisposed subject. The result of this latter situation is poor emotional control which leads to behavioral disorders (including the use of alcohol and other substances) in an attempt to control emotions "from the outside".

The common denominator of Dependence and Personality Disorders is impulsiveness, leading to the attempt to handle the lack of emotional control with more immediate and "rapid" behavior, in other words through the use of substances. Repetition of this use in a favorable personal and environmental context leads to a loss of control in this use, i.e. to dependence.

This statement becomes particularly important when considering the announcement of the arrival in Italy of the epidemic of borderline, narcissistic and antisocial personality disorders ("cluster B": centered on emotivity and impulsiveness) which characterizes all economically developed countries: situations strongly associated with Substance Use Disorders.

In type 1, the trend in substance and alcohol use most often takes the form of an episode, however long and severe, in a "functioning" person from a personal and relational point of view. In type II, on the other hand, the personality disorders and the early onset of substance use disorders limit the development of these functional abilities, while the dependence more frequently becomes chronic and recurrent, with severe social impairment.

Only recently are the important implications of the Cloninger classification being developed in a therapeutic setting.

For type I, the role of memory is emphasized; it is in fact possible to see the substance use as the outcome of a memory disorder, involving in particular "emotional" memory, leading to uncontrolled and "symptomatic" re-living of the emotions connected with the trauma, just like the sensations associated with continuous substance use and with the environmental stimuli associated with the substances, creating a sort of "short-circuit" between perception (trauma, effect of the substance, cue reactivity) and action (symptom, craving, use). Reactivation of the memory can provide the chance to introduce new information that balances the situation, as is the case



in "exposure therapies" and in EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) as regards trauma memory and in prevention of relapse as regards "Addiction Memory" (7; 8).

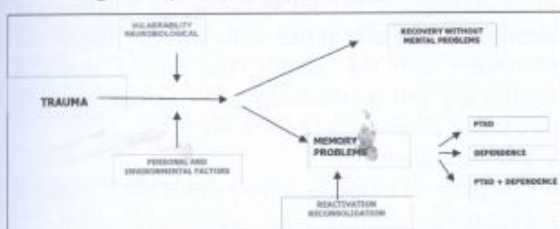
As far as residential programs are concerned, a short program is indicated in type 1, containing not only the part more closely related to dependence (relapse prevention, self-help facilitation...) but also a part dedicated to "post-traumatic psychotherapy" ("exposure therapy", emotional release, body therapy, therapy with concrete symbols).

In the treatment of type II subjects, on the other hand, the focus is on the personality disorder/substance use association, thus indicating programs that combine intervention for Dependence (relapse prevention, self-help facilitation...) with intervention for personality disorders (dialectical behavioral therapy - DBT, mentalization-based therapy - MBT) (9; 10).

In light of what is described above, an ideal residential program for alcoholism should include a first diagnostic/motivational part, on the basis of which the patients are then assigned to a "post-traumatic" treatment (type I) or to a treatment for dependence/personality disorder (type II).

While such residential programs are common in other countries (e.g. the dependence ward of the "Jüdisches Krankenhaus" in Berlin, which we recently visited), post-traumatic treatment in Italy is only available at Villa Soranzo, and we are not aware of any "complete" programs such as those described above.

Fig. 1: Psychic consequences of trauma



## Rehabilitation

Both in Dependence and in Psychiatry it is becoming increasingly evident that it is necessary to develop interventions aimed at activating personal and social skills and at preventing related physical and psychic diseases and disorders, which can often become actual disabilities.

The health care system does in fact ensure good levels of efficacy in these fields in terms of prevention of acute events (overdose, syringe-related infections, psychic impairment, suicide...), relapse control (substance use, psychic symptom...), and reduction of correlated mortality. Alongside these positive data,

however, there is a growing number of patients who do not develop or who lose the personal and social skills necessary for a decent life and who need constant support in basic aspects such as work, housing and relationships.

As stated by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (11) "Social reintegration measures can, and should, be embedded into drug treatment at an early stage" and "Treatment providers should consider social reintegration as an objective of treatment programs".

Rehabilitation has undergone nothing less than a revolution in the last ten years. It is now an evidence-based discipline, also following publication in 2001 of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (12).

The ICF makes it possible to describe the condition of each individual through a series of health determinants, which include all aspects of life, from biological factors to psychological and social factors.

The most innovative concept introduced by the ICF is that of "functioning", which takes on an opposite meaning to the concept of "disability" because it refers to the positive or neutral interaction between an individual (with a certain health condition) and the various environmental factors present in his or her life setting.

According to this perspective, impairment to structures or functions of the body limits the activities of an individual and his or her participation in society to the extent where environmental and personal factors acts as barriers or facilitators.

Based on this approach, the focus of every therapeutic-rehabilitation action must be the quality of life of the individual, his/her possibility of carrying out positive activities and of effectively integrating in social and working settings, even in the presence of a mental disorder, substance dependence or double diagnosis.

The application of the ICF as a means of measurement therefore offers very interesting possibilities for the definition of a recovery process that can be pursued despite the presence of a chronic condition; an important "side effect" of these approaches is the reinstatement of a central role to the non-medical professions.

It is thus necessary to construct "rehabilitation programs geared towards recovery" that are personalized, and can be measured and implemented in real life, to replace the current generic "support" programs.

Approaches of this type can be extremely useful in residential treatments, both as an integral part of the work on skills that should in any case be included in therapeutic programs, especially in programs for Dependence/personality disorders, and as an impor-



tant part of programs for chronic dependence, relapse and long-term treatments that for some years now have been implemented in therapeutic communities.

### Clinical research in residential treatment programs

The first requirement of any research project should be simplicity and clarity: in order to achieve reliable results it is necessary to work with as few variables as possible. It is this aspect that makes clinical research so difficult to plan and carry out: by their very definition, care settings are complex and this hinders research, while if we oversimplify them then we obtain "artificial" results that do not adapt well to the reality of daily clinical and rehabilitation activities. This complexity increases even further when passing from pharmacological research to research on psychosocial treatments, and to the assessment of situations such as residential treatment programs which simultaneously involve a number of therapeutic elements.

The same applies to patients: the more their characteristics are similar, the more valid the results of the research; but the more their characteristics are similar, the less they reflect the reality of "true" residential programs.

This is why, for many years, studies on non-pharmacological treatments used the "black box" method, in which the subjects are evaluated at baseline and at the end of the study, without considering the treatment processes. The problem with this type of research is the inability to distinguish between *aspecific factors* (characteristics of the therapist, setting, empathy, therapeutic alliance) and *specific factors* (the elements characterizing the type of intervention considered). The subsequent step was "manualization": the therapeutic approaches being studied are treated in a similar way to drugs, defining their "indications", "dose" and method of administration, etc. Studies of this type provided good results in validating the individual treatments, but the results were not so good for comparing the various therapies or "matching" the characteristics of the treatment with the characteristics of the patient.

All the psychotherapies currently accredited were validated with the method described above (and we can expect them to function only if applied in the way they have been validated): in our field, for example, these include cognitive behavioral therapy, relapse prevention based on mindfulness, Motivational Enhancement Therapy ...

An approach of this type, while better than the "Black Box" method, does not, however, fully reflect the complexity of the treatments and of residential treatments in particular.

An additional complication is the variable concerning

the "emotional atmosphere" of the residential program, a variable conditioned by the formal and informal relationships that develop in this setting: this aspect, one which is very difficult to evaluate, is considered a fundamental therapeutic element of residential programs (13).

Even the mere definition of the results expected from a residential program is not as easy as it might at first seem. For a long time, studies merely evaluated abstinence from alcohol and dropout results. Other variables were subsequently introduced, such as reduction in alcohol intake and alcohol-related problems, quality of life, psycho-physical well-being, family relationships, motivational situation, self-efficacy, psychopathological problems, participation in self-help groups, belongingness, responsibility.

We must remember that, unlike what occurs in outpatient programs, the outcome of residential treatments is assessed after leaving the program: everyone (or almost everyone) feels better when in a controlled and resilient setting.

In conclusion, although research into residential programs, and in particular the definition of their efficacy and critical aspects, has been going on for some ten years or more, it is still far from being able to provide definitive answers. Defining the contents, the processes and the outcomes of residential programs is increasingly important in a social-health care setting which more and more often requires evidence-driven interventions.

### Efficacy of residential treatments: the project MATCH

The project Match (14; 15) was the largest research program ever carried out so far on the treatment of alcoholism. The aim of the study was to "match" the treatment with the patient. The project Match, a statistically and methodologically rigorous, randomized study, consisted of two "arms":

a. 952 outpatients

b. 774 patients included in the project MATCH after a residential or intensive semi-residential program.

The treatments evaluated were:

1. TSF - Twelve step facilitation, a method aiming at inclusion in an Alcoholics Anonymous group (12 sessions)
2. CBT - Cognitive Behavioral Therapy, based on relapse prevention (12 sessions)
3. MET - Motivational Enhancement Therapy (4 sessions)

The follow up was carried out every three months for one year for the residential patients and for three years for the outpatients. The following variables were examined: severity of alcohol-related problems, cognitive impairment, conceptual level, motivation, psychiatric severity, social support, sociopathy, alcoholic typology.



The main results were:

- at follow up, around half the patients were abstinent or had significantly reduced their drinking, regardless of the type of treatment;
- there were no differences in outcome between the treatments;
- albeit with the same outcome as the other treatments, MET was the least expensive
- patients more willing to change had better outcomes;
- *the results regarding drinking were better in patients who had followed a residential program before entering project MATCH;*
- patients with higher anger levels had better outcomes with MET
- patients with poor social support had better outcomes with TSF

After fifteen years, the discussions on the significance of project MATCH and its application in daily clinical practice are still open. For the purposes of this article, the point to emphasize is the positive impact of undergoing a brief residential period before implementing the project (while in Italy, residential treatments are usually implemented after outpatient programs have failed...).

In view of the large number of patients involved and the strict criteria of the project Match, we can consider this result as the most valid evidence currently available of the usefulness of residential programs as a continuing part of the treatment of alcoholism.

### The Villa Soranzo experience

Villa Soranzo (16) is a short-term therapeutic community set up for the treatment of alcoholism and currently also offering programs for the treatment of cocaine-dependence and pathological gambling disorders. The Villa Soranzo program is particularly useful for Cloninger type I patients, i.e. subjects whose dependence takes the form of an "incident" in a life setting which in other ways is normal, and in the development of which genetic factors are less important than "life events". Villa Soranzo applies a program which combines typical elements of a dependence treatment, such as Motivation to Change, Relapse Prevention, Pharmacotherapy for craving and participation in self-help groups, with therapeutic approaches designed for the treatment of Post-traumatic Disorders, such as emotional psychotherapy, exposure therapy and EMDR.

In 2009 a follow-up study was carried out, evaluating patients 6, 12 and 18 months after completion of the residential treatment program (17; 18), in order to assess the efficacy of the program and the factors correlated with efficacy.

Two hundred phone interviews were carried out, making it possible to contact 93.4% of the sample, collecting the data shown in table 1.

**Table 1:** Follow-up study 2008-2009

Telephone follow-up 6, 12, and 18 months after completing the treatment program

Variables investigated at entry and at the follow-up interview:

- Motivation to change (MTC)
- Social support - MSPSS (Perceived Social Support Scale di Zimet et al.)
- Physical condition
- Emotional condition
- Use of alcohol, cocaine and other psychoactive substances
- Job
- Legal situation

**Table 2:** Frequency of alcohol intake: lapse in abstinence and complete relapse

	6 months 105	12 months 54	18 months 41	Total 200
Never	66 (62%)	33 (61%)	30 (73%)	129 (64%)
Lapse in abstinence	19 (18.5%)	10 (18.5%)	2 (4%)	31 (15.5%)
Complete Relapse	20 (19.5%)	11 (20.5%)	9 (21%)	40 (20.5%)

Table 2 shows the results of the interviews on the basis of the declarations regarding the use of alcohol: "lapse in abstinence" means drinking alcohol 1-3 times a month in the period considered, while "relapse" means more frequent drinking or complete loss of control. The declarations of abstinence/relapse were, in our opinion, sufficiently realistic, being similar to what is reported in the literature and strongly correlated with indirect indicators (social support, personal well-being, self-efficacy). Relapses mainly occur in the first six months after discharge; lapses in abstinence decrease after 18 months. Our data appear to confirm what is reported in the literature by other authors: the risk of relapse is highest in the first few months following discharge, after which it seems to stabilize.

Significant differences emerged between subjects who drank alcohol and those who did not, in their answers to MAC2-A: those who drank were more unhappy and worried about their drinking (3.97 with



$p < 0.005$ ), those who drank had higher levels of craving ( $p < 0.005$ ).

Those who did not drink reported greater self-efficacy as regards drinking, in particular they felt more confident of managing not to drink ( $p < 0.05$ ), of feeling that their abstinence was more stable and secure ( $p < 0.05$ ) and of being more decided not to drink ( $p < 0.05$ ).

Subjects who drank alcohol reported a worse physical condition than those who did not drink ( $p < 0.05$ ).

The comparison between the average values of the two groups showed that those who drank alcohol were less likely to give positive answers to item 8 on the MSPSS scale "I can discuss my problems with my family" ( $p < 0.05$ ), item 11 "My family wants to help me make decisions" ( $p < 0.01$ ), item 6 "My friends really try to help me" ( $p < 0.05$ ), item 7 "I can count on my friends when things go wrong" ( $p < 0.01$ ), item 9 "I have friends that I can share happiness and pain with" ( $p < 0.05$ ).

A significant negative correlation was observed between the frequency of drinking alcohol and the length of the treatment program ( $p < 0.05$ ), i.e. the longer the treatment program, the lower the frequency of drinking. With the passage of time, 12 and 18 months after completion of the program, this correlation was no longer significant.

Finally, there was a significant correlation ( $p < 0.02$ ) between abstinence and continuation of the treatment after the residential phase.

Table 3 summarizes the significant correlations.

Some of the situations correlated to abstinence/relapse appear obvious, and well documented in the literature, such as the condition of general well-being and the presence of a social and family network perceived as being supportive.

The correlation between relapse, self-efficacy and craving underlines the existence of a continuum between the motivational situation and the ability to manage craving and maintain abstinence (19).

The correlation which, in our opinion, is most interesting is the one between abstinence and participation in a therapeutic program after completing the residential treatment (aftercare). In our study, we considered all types of non-residential programs, both in professional situations (Addiction services, Alcohol programs, Psychiatry, private therapists, Villa Soranzo Aftercare...) and in self-help groups (20). This correlation confirms the importance of seeing a short-term therapeutic community program as part of a treatment package and stresses the importance of starting to organize aftercare while the patient is in the residential program (21).

**Table 3:** Significant correlations

General well-being

- Good physical condition and abstinence

Perceived social support

- Family/abstinence
- Friends/abstinence

M.T.C.

- Decided about not drinking/ abstinence
- Confident about not drinking / abstinence
- Stable abstinence/ abstinence
- Craving/relapse
- Worried about drinking/relapse

Aftercare

- Abstinence/aftercare

**Conclusions**

Residential treatment programs for Alcohol Use Disorders (AUDs) are an important element in the intervention network and include various programs that differ in type and intensity (hospital admission for "acute" cases, hospital-based rehabilitation programs, short-term therapeutic communities, medium/long-term therapeutic communities); residential programs should always be part of "continuum care", together with outpatient interventions and self-help groups (AA, CAT).

Current knowledge on the pathogenesis of AUDs, together with the varying of the epidemiological and clinical situation, leads to the conclusion that residential programs should include three types of interventions:

- "post-traumatic" interventions
- interventions for dependence/personality disorders
- rehabilitation interventions

The complexity of residential settings makes it difficult to apply clinical research models to their study: while reported outcomes confirm the efficacy of residential programs for AUDs and the importance of motivational processes, further studies are needed to define the therapeutic dynamics and the "active elements" of the programs.



## References

1. Lugoboni F, Faccini M, Quaglio GL, Casari R, Pajusco B, Albiero A. Il ruolo del ricovero nell'abuso di alcol, cocaina e benzodiazepine. L'esperienza di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona. In Hinnenthal, Cibir (a cura di) (2011) Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e Cocaina: il modello Soranzo, SEED, Torino.
2. Cerizza G, Cibir M, Hinnenthal I, Ranalletti MP, Dondi E, Vittadini G. La Residenzialità Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica. *Mission, Clinica dell'alcolismo* 2008; VII: 27-31
3. Soares Pinto S.P, Zambon A, Cibir M, Agostini D, Aliotta F, Biondini F, P. Bizzi, Cerizza G, Dattola A, Forghieri M, Giorgi I, Girardi F, Hinnenthal I.M, Jaretti Sodano A, Liberto L, Majolino E, Mioni D, Movalli M, Pedretti L, Marmora A, Ranaletti P, Spolaor G, Vizzuso P, Zucchi G, Vittadini G., Corrao G, Poliabuso e doppia diagnosi nelle residenzialità alcolologiche ospedaliere: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi, *Mission*, 37, 2013.
4. Cibir M., Hinnenthal I., Lugato E., I programmi residenziali brevi, *Medicina delle Tossicodipendenze*, Dic. 2009, 65, 39-46.
5. Pearce S. and Pickard H., How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome *Int J Soc Psychiatry*. Nov 2013; 59(7): 636-645.
6. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236:410-6
7. Cibir M, Chiamulera C, Hinnenthal I, Auber A, Addiction, trauma, memoria: dalla clinica al reverse engineering *Medicina delle Dipendenze - MDD*, 12, dicembre 2013 [www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)
8. Chiamulera C, Hinnenthal I, Auber A, Cibir M, Reconsolidation of maladaptive memories as a therapeutic target: pre-clinical data and clinical approaches. *Front Psychiatry*. 2014 Aug 19;5:107. doi: 10.3389/fpsy.2014.00107.
9. Bateman A, Fonagy P, Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline della personalità, 2010, Raffaello Cortina Editore.
10. Linehan M., Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline, Raffaello Cortina Editore, 2° edizione, 2011.
11. EMCDDA, Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Lisbon, October 2012, [www.emcdda.europa.eu/](http://www.emcdda.europa.eu/)
12. OMS, ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Erickson, Trento, 2001
13. Hinnenthal IM, Cibir M (a cura di) (2011) Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e Cocaina: il modello Soranzo, SEED, Torino.
14. Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 59.
15. Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 58.
16. [www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)
17. Cibir M., Jester A., Leonardini L., Lugato E., Papanastasi G., Transnational Catalogue of intervention options for young polydrug users, E.U. Executive Agency for health and Consumers, Bruxelles 2010 a ([www.seidproject.eu](http://www.seidproject.eu)).
18. Cibir M., Gallo S., Spolaor G., Bettamin S., Costa S., Lugato E., Hinnenthal I. Cocaina-ed-alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale Breve "Villa Soranzo". *Mission*, 29, 18-24, 2010 b, [www.Cocaina-alcol.org](http://www.Cocaina-alcol.org)
19. Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Stewart D, Marsden J, Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2008 Jan;103(1):119-25.
20. Ludwig F, Tadayon-Mansouri E, Strik W, Moggi F, Self-efficacy as a predictor of outcome after residential treatment programs for alcohol dependence: simply ask the patient one question!, *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Apr;37(4):663-7.
21. Spolaor G., Aftercare, in "Il trattamento residenziale breve delle Dipendenze da Alcol e Cocaina. Seed Editore, Torino, 2011



VALENTINO PATUSSI

Direttore SOD di Alcologia della Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (Firenze) e Coordinatore del Centro Alcolologico Regionale Toscano

**Gianni Testino, *Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2013, 296 pp.**

L'opera del professor Giovanni Testino dal titolo *Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere* costituisce, nel panorama scientifico, un'analisi innovativa, dettagliata e rigorosa su un fenomeno, quello del consumo delle bevande alcoliche, che affligge la società.

Medico, specialista in Medicina interna e gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, e coordinatore del Centro Alcolologico Regionale della regione Liguria, il professor Giovanni Testino, avvalendosi della collaborazione di personalità eminenti del settore, traccia un percorso unico e approfondito del problema, ben fruibile per la chiarezza e la semplicità del linguaggio anche a chi non è un operatore sanitario, percorso che origina dalla simbologia e dall'utilità che il vino e le bevande alcoliche avevano nelle culture antiche e in ambito religioso, fino a toccare gli anni del proibizionismo per arrivare a descrivere 'che cosa significa bere, oggi', con tutte le conseguenze che ne derivano e che stravolgono la sfera della salute, sociale e familiare.

A tale proposito è interessante notare come in Italia, già nei primi anni del '900, si parlasse di alcolismo, cioè di un problema che si manifestava in tutta la sua gravità; ecco perciò che nel 1904, a Bergamo, il Dott. Luigi Agliardi tenne il '1° Convegno Antialcolistico italiano', nel quale spiegò quanto fosse importante una solida propaganda antialcolista, condotta dalle istituzioni unitamente al clero, ai medici, agli insegnanti, a campagne pubblicitarie e a conferenze e lezioni, ai fini di estirpare la piaga dell'alcol. E, proprio alla luce di questo problema, che nel corso degli anni coinvolgeva sempre più la popolazione, nel 1913 il Governo Giolitti varò la legge n. 632 recante la voce 'Provvedimenti per combattere l'alcolismo in Italia'.

Ad oggi tante sono state le leggi che si sono susseguite in materia di prevenzione dell'alcol, in particolare ricordo il 'Manifesto europeo Amphora', promosso nel 2102 da 71 scienziati appartenenti a 33 organizzazioni di 14 paesi europei, e nato alla luce

dell'ancora elevato numero di decessi alcol-correlati, che ancora una volta ha ribadito l'importanza della prevenzione in materia legislativa e pubblicitaria, e l'importanza, particolare non di poco conto, del rivalutare alcune normative ancora vigenti.

Eppure, già la conoscenza delle patologie che originano dall'assunzione di bevande alcoliche (cirrosi epatici, tumori all'esofago, alla laringe, all'intestino...), dovrebbe indurre il consumatore a non assumere più tali sostanze, e invece, a tutt'oggi, bere è ancora un comportamento socialmente accettato, che nel nostro paese è tra l'altro parte integrante della nostra cultura, mediterranea, dove bere un bicchiere di vino, a tavola, è scontato come bere un bicchiere d'acqua.

Per questo Giovanni Testino, nel libro, cerca di stimolare il lettore a riflettere sui tanti falsi miti che gravitano intorno all'alcol, quali per esempio: 'consumo sociale-moderato', e su come e su quanto la comunicazione possa indurre la persona ad assumere una specifica sostanza perché 'è figo' perché 'lo fa tutto il gruppo al quale appartengo' perché 'quando io e i miei amici ci ritroviamo in quel locale, non possiamo non bere una birra'.

Ecco allora che Giovanni Testino spiega come non esista un 'consumo sociale-moderato', e ad avvalorare la tesi che un bicchiere di vino ai pasti nuoce alla salute sono i dati scientifici, confermati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma che spesso, e purtroppo, sono poco conosciuti dagli operatori sanitari se non addirittura oscurati, ed inoltre manipolati da chi ha da guadagnare dalla vendita di alcolici, e peggio ancora sono sottovalutati dalla cultura della nostra stessa società, che consiglia il consumo di alcol, spesso pari a un bicchiere di vino ai pasti, anche nei regimi dietetici salutistici, implicanti anche lo svolgimento di un'attività fisica.

Chi guadagna dalla vendita di alcolici sono le lobby dell'alcol e della pubblicità, unite tra di loro da un



legame potente e difficile da combattere, perché si avvale di uno strumento inossidabile: l'operato di ricercatori e pubblicitari, che riescono a costruire un messaggio efficace nel fare leva sui desideri dei giovani e sui piaceri della vita, e questo nonostante la legge 125 del 2001 sottolinei come 'non debba essere prodotta nessuna pubblicità che induce a bere, ma bisogna limitarsi a fare conoscere il prodotto'.

Come trattare quindi, si chiede l'Autore, l'alcol dipendenza? Rivalutando il modo di lavorare nel trattamento dell'alcol-dipendenza, e dunque considerando, prima di tutto, l'individuo, la famiglia e la società non come tre unità distinte, bensì come un insieme che deve essere stimolato a crescere e a maturare, e che deve essere valorizzato trasformandolo nella parte attiva e consapevole dei percorsi di cura e di trattamento, e delle strategie di prevenzione, perché molto resta ancora da fare e da recuperare sul piano delle relazioni umane, della promozione della salute e di una organizzazione sanitaria complessa più moderna e sostenibile.

Tuttavia questo nuovo modo di lavorare, a mio parere rivoluzionario, purtroppo viene oggi applicato solo in pochi casi, ma sono certo che conoscerà la sua massima espansione quando verrà creata un'intesa, un legame certo tra gli operatori della salute, tra la famiglia e i gruppi di auto-aiuto.

In particolare —conclude Testino—, l'attenzione deve essere rivolta al volontariato di auto-aiuto: 'un'affascinante economia alternativa, che è sempre con noi, un'economia eccezionalmente produttiva che genera vita, una sorgente di benessere per tutti che non conosce crisi' (John Mac-an-Leisdre). E nell'auto-aiuto, importante è la formazione dei giovani, la crescita morale, civica e la scelta a seguire stili di vita compatibili con la propria salute e quella degli altri, perché questi valori vanno coltivati e continuamente rinnovati così come la libertà dell'uomo sempre si rinnova, e quindi ogni persona, ogni generazione anche a venire, può e deve prendere di nuovo in mano le conoscenze morali, civiche e scientifiche che gli sono state passate, senza lasciare che la responsabilità dei nostri pensieri e delle nostre azioni sia delegata ad altri.

La vera forza e l'originalità di questa opera di Giovanni Testino, basata su elementi scientificamente indiscutibili, sta proprio nel riuscire a chiarire i dubbi che interessano tutti i cittadini, e che possono essere riassunti nei seguenti assiomi:

a) L'alcol etilico, componente di tutte le bevande alcoliche (es. vino, birra, spumante, superalcolici, etc...), è una **sostanza psicoattiva, una droga** con una capacità di indurre dipendenza superiore alle droghe illegali più conosciute.

b) L'alcol etilico è un noto **cancerogeno**, responsabile della formazione di tumori, e determina effetti tossici su tutti i nostri organi, tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.

c) Pur essendo presente in molte abitudini e stili alimentari, l'alcol etilico **non è un alimento né un nutriente** per il nostro organismo, come lo sono invece le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari.

d) In base alle conoscenze scientifiche attuali non è possibile raccomandare una quantità di alcol sicura per la salute: il rischio esiste a qualsiasi livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'aumentare delle quantità di alcol assunte, con effetto cumulativo.





PIERO FERRANTE – Gruppo Abele

**Salvatore Giancane, *Eroina. La malattia da oppioidi nell'era digitale*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 2014, 464 pp.**

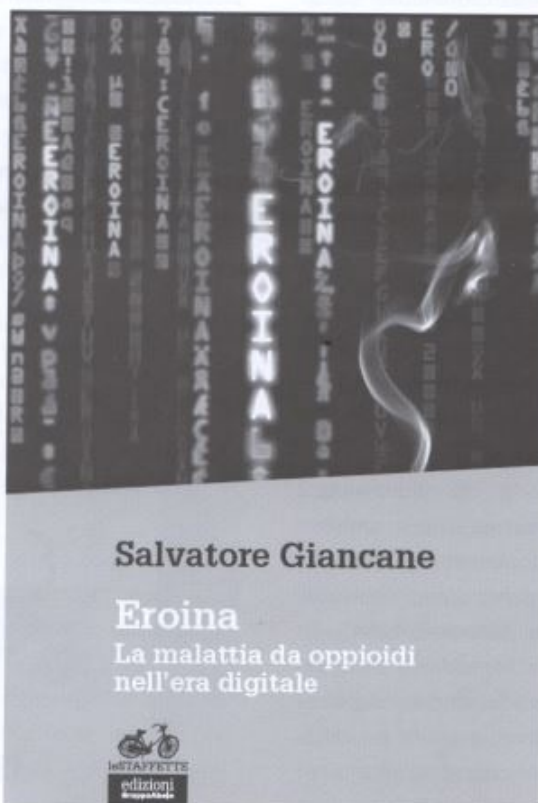
È stata considerata a lungo la droga dei quarantenni, per lo meno in Italia. Oggi, ogni falso mito intorno all'eroina sembra svanire. Primo fra tutti, quello di un suo "ritorno". Già, perché un ritorno comporta una scomparsa. Al contrario, l'eroina non è mai andata via. Si è evoluta, si è adagiata ai mutamenti sociali, calzando sulla crisi come un vestito a un corpo non più in forma. Ha invaso territori, fasce anagrafiche e si è diffusa in ceti che, storicamente, le erano distanti, con un'accentuazione in quelle aree che stanno maggiormente soffrendo lo sgretolamento del sistema economico in corso. Questo accade perché l'eroina aiuta a sopportare il dolore e la delusione di un lavoro assente, di condizioni familiari difficoltose, di una quotidianità perennemente in bilico.

È questo uno dei concetti chiave che emerge dalla riflessione di Salvatore Giancane, docente dell'Università di Bologna, coordinatore dell'ambulatorio mobile dei Ser.T del capoluogo emiliano, autore, per le Edizioni Gruppo Abele di un saggio dal titolo "Eroina. La malattia da oppioidi nell'era digitale". Un libro tutt'altro che consolante, questo di Giancane. Piuttosto un'analisi impietosa che non si limita a visioni di comodo e che non si tira indietro quando si tratta di identificare responsabilità e responsabili. Non più la droga dei quarantenni, si diceva. Perché il mercato dell'eroina, ormai interamente miscelato a quello di altre sostanze, è diventato florido anche per il netto abbassamento dei prezzi e soprattutto dell'età media dei consumatori. Secondo il rapporto Espad condotto dall'Icf-Cnr di Pisa nel 2013 e riferito all'anno precedente, l'1,3% degli studenti superiori ha fatto almeno una volta nella vita uso di eroina. In prevalenza si tratta di maschi residenti nel Meridione

(nell'ordine: Sardegna, Sicilia e Calabria sono le terre più a rischio) di età compresa tra i 16 e i 19 anni, mentre tra le femmine l'età si abbassa a 15 anni.

Quello che sorprende è che, ad una picchiata in termini anagrafici, non corrisponde, di rimando, un innalzamento pubblico dell'allarme. A incidere è di certo la "minore visibilità" degli eroinomani, fatto che, ben lungi dal significare aver "debellato" le morti

da overdose, testimonia piuttosto un'assunzione attraverso nuove vie, che espongono ad un rischio inferiore. Sempre più spesso, infatti, l'eroina viene fumata oppure 'sniffata'. D'altro canto, le istituzioni hanno fatto ben poco per cercare di arginare il diffondersi della sostanza. Anzi. Le ripetute campagne mediatiche, portate avanti da parti istituzionali, contro la cannabis hanno portato ad una pericolosa equiparazione tra sostanze stupefacenti. Con l'ovvia conseguenza che, agli occhi di molti giovani, non esiste più differenza tra marijuana ed eroina, ormai degradata anche essa al rango di droga leggera.





AOUC - AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI CAREGGI

## Regolamento sul divieto di fumo nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

Provvedimento del Direttore Generale n. 17 del 15/01/2015, adottato il 31/01/2015

### Introduzione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (d'ora in avanti indicata come AOUC) intende aggiornare e rendere maggiormente rispondente alla sua missione di Ente deputato alla cura dei cittadini la propria politica e le azioni di contrasto al fumo.

In virtù della sua autonomia regolamentare, questa Amministrazione estende il divieto di fumo a luoghi diversi da quelli previsti dalla legge n. 584/1975, in particolare, alle aree aperte e contigue ai locali chiusi di propria pertinenza.

### Scopo

Il presente regolamento ha lo scopo di definire le regole, le responsabilità e le modalità di applicazione della vigente normativa che impone il divieto di fumo nei luoghi pubblici al fine di:

- ✓ fornire alla popolazione un modello di riferimento di stile di vita libero dal fumo, eliminando l'impatto negativo sull'utenza prodotto dal veder fumare personale aziendale e attivando un percorso comunicativo virtuoso di ospedale libero dal fumo.
- ✓ evitare l'esposizione al fumo delle persone presenti in Azienda a qualsiasi titolo (pazienti, visitatori, operatori, ecc.)
- ✓ garantire la sicurezza dagli inneschi d'incendio causati da sigarette e simili
- ✓ garantire e mantenere la salubrità dell'aria in tutti i locali dell'Azienda
- ✓ garantire e mantenere il decoro e l'igiene ambientali in tutti i locali e nelle aree all'aperto
- ✓ ridurre il numero di fumatori attivi, sostenendoli nella scelta di smettere di fumare ed offrendo loro percorsi diagnostico terapeutici appositamente strutturati con programmi di disassuefazione
- ✓ coinvolgere tutti gli operatori aziendali nella realizzazione degli obiettivi della normativa antifumo

### Campo di applicazione

Il presente regolamento è obbligatorio per tutti i soggetti che, a diverso titolo, frequentano il Campus di Careggi ed è applicato dal personale appositamente individuato negli articoli successivi.

### Riferimenti normativi

L. n. 584/75  
Direttiva PCM 14/12/1995  
L. n. 689/81  
L. n. 448/2001

L. n. 3/2003  
DPCM del 23/12/2003  
Accordo Stato-Regioni del 16/12/2004  
CIRCOLARE 17/12/2004 Ministero della Salute  
LRT n. 25/2005  
D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e smi  
Codice etico e di comportamento aziendale

### Regolamento

#### 1. OGGETTO DEL REGOLAMENTO

1. Il presente regolamento disciplina il divieto di fumare, anche mediante sigarette elettroniche, all'interno del Campus di Careggi e sui mezzi di trasporto aziendali ovunque utilizzati;
2. Il presente regolamento si applica nei confronti di tutti coloro che frequentano a qualsiasi titolo l'AOUC quali, a mero titolo esemplificativo:
  - a. dipendenti aziendali ed universitari
  - b. soggetti che a vario titolo prestano le loro attività per l'AOUC (collaboratori a contratto, liberi professionisti, fornitori, volontari, studenti, specializzandi, tirocinanti e figure similari)
  - c. pazienti
  - d. visitatori.
3. Le misure organizzative necessarie per l'applicazione del divieto sono adottate dalla AOUC secondo i criteri di cui agli articoli successivi.
4. Per quanto non previsto dal presente Regolamento si fa rinvio alla normativa vigente in materia.

#### 2. AMBITO DI OPERATIVITÀ

1. È vietato fumare in tutto il Campus di Careggi il cui ambito comprende:
  - a. tutti i locali e spazi chiusi dell'AOUC, sia quelli di cui questa è proprietaria, sia quelli che utilizza per l'esercizio delle proprie funzioni e per lo svolgimento di tutte le sue attività (di natura sanitaria o meno) in strutture non di sua proprietà (per esempio in affitto, comodato d'uso o altro). Il divieto vale anche nei locali adibiti ad archivio, magazzino o ad altro
  - b. tutti i mezzi e autoveicoli dell'AOUC (ambulanze, macchine di servizio, ecc.) o comunque utilizzati per conto dell'Azienda
  - c. tutte le aree aperte, di proprietà o pertinenza dell'Azienda, immediatamente limitrofe agli accessi ed ai percorsi sanitari



- d. tutti gli spazi esterni aperti di pertinenza dell'AOUC e ricompresi all'interno del campus (a titolo di esempio: strade, cortili interni, giardini, balconi, terrazzi e scale antincendio).

2. Per effetto del divieto di fumo su tutta l'area del Campus, all'interno dell'AOUC non sono previsti spazi riservati ai fumatori eccetto, per ragioni terapeutico-relazionali, nei seguenti servizi:

- a. Psichiatria  
b. Tossicologia

che richiedono la presenza di un locale a norma adibito a zona fumo per limitate e particolari tipologie di pazienti presenti in regime di ricovero, nel rispetto, comunque, dei diritti dei pazienti rispetto ai rischi ed alle conseguenze del fumo passivo, compreso quello di c.d. di terza mano (fumo che impregna i vestiti) e della promozione dell'astensione dal fumo di tabacco, secondo quanto previsto dal presente Regolamento.

L'Azienda si riserva di aggiornare, sulla base del monitoraggio dell'applicazione del presente Regolamento, le aree da riservare a fumatori.

In tutte le altre aree di degenza, per i pazienti che necessitano dell'attivazione di un percorso di disassuefazione e di gestione dell'astinenza da nicotina verranno applicate le procedure aziendali definite dal Centro Antifumo.

3. Gli spazi esenti dal divieto, come sopra individuati, devono essere attrezzati secondo quanto previsto in materia dalla normativa sul divieto di fumo (DPCM 23/12/2003 – Legge n°3/2013) e sulla Sicurezza dei Luoghi di Lavoro (D.Lgs n° 81/2008 e smi).

Al fine di rendere coerente l'azione di contrasto e lotta al fumo avviata dall'azienda, è vietata la vendita di tabacchi e di sigarette, anche elettroniche (e-cig), in tutti i bar e spacci ubicati all'interno del campus dell'AOUC.

### 3. CARTELLONISTICA

1. In tutto il Campus di Careggi vengono affissi appositi cartelli, adeguatamente visibili, recanti le seguenti informazioni:

- a. la scritta "VIETATO FUMARE"  
b. l'indicazione della legislazione di riferimento  
c. le sanzioni previste per i trasgressori  
d. l'indicazione dei soggetti cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e ai quali compete accertare le infrazioni previste.

2. Nelle vicinanze dei luoghi dove è affissa la cartellonistica specifica di cui al precedente punto possono essere apposti cartelli con la sola indicazione di "VIETATO FUMARE".

3. In tutto il Campus di Careggi nonché in corrispon-

denza degli accessi pedonali aziendali devono essere affissi appositi cartelli, adeguatamente visibili, che invitano ad adottare stili di vita sani, con richiami all'adozione di un approccio ecologico e rispettoso dell'ambiente.

4. Sempre in corrispondenza degli accessi pedonali devono essere posizionati appositi contenitori portacenere e cartellonistica che invita l'utenza a spegnere la sigaretta accesa prima di entrare nel Campus di Careggi.

### 4. SOGGETTI RESPONSABILI DELL'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA

1. Sono responsabili dell'applicazione della normativa e del presente regolamento:

- nelle aree di pertinenza dei Dipartimenti ad Attività Integrata, le figure professionali dei Responsabili Amministrativi presenti nei singoli dipartimenti, individuate nell'Atto aziendale quali funzioni di Staff dei dipartimenti (art. 33 dell'Atto aziendale)
- nelle Aree Tecnica, Amministrativa, dello Staff della Direzione Aziendale ed in quelle della Direzione Sanitaria, le figure di cui i responsabili delle medesime Aree si avvarranno
- nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie, le figure di cui si avvarrà il Direttore dello stesso Dipartimento.

2. Tali soggetti esercitano le funzioni attribuite dalla normativa sul divieto di fumo per quanto concerne gli adempimenti generali previsti dalla legge relativamente alle strutture e spazi fisici su cui insiste l'attività del Dipartimento o dell'Area di afferenza.

3. Essi sono tenuti a

- a. vigilare sull'osservanza del divieto da parte di tutti coloro che, a diverso titolo, frequentano spazi e locali di competenza
- b. proporre ai direttori di Dipartimento o ai responsabili dell'Area di riferimento, di nominare i dipendenti in servizio presso il Dipartimento o l'Area che rivestano qualifica non inferiore alla "C", quali incaricati (personale accertatore interno o incaricati ai quali spetta l'obbligo di accertare e contestare le infrazioni). L'atto di incarico, a firma del Direttore o del Responsabile di Area, è considerato dovere di ufficio ed ha durata biennale per consentire la rotazione del personale addetto. Nel caso in cui non elaborino la proposta di nomina degli incaricati, sono da ritenersi essi stessi soggetti addetti alla vigilanza, all'accertamento ed alla contestazione delle violazioni. Nell'ipotesi in cui la mancata nomina derivi da inadempimento del Direttore del



Dipartimento o del Responsabile di Area, sono essi da ritenersi soggetti addetti alla vigilanza, accertamento e contestazione delle violazioni

- c. costituire e tenere aggiornato un elenco dei soggetti incaricati; tale elenco, insieme alle facoltà riconosciute agli stessi, sarà oggetto di capillare distribuzione tra i dipendenti assegnati al Dipartimento o all'Area
- d. Controllare l'operato svolto dagli incaricati all'accertamento e contestazione dell'illecito amministrativo mediante apposita reportistica
- e. promuovere, tra i propri colleghi e pazienti, le politiche aziendali di lotta al fumo, attivo e passivo
- f. verificare l'avvenuta affissione della cartellonistica prevista dalla legge.

#### 5. ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E SERVIZIO CIVILE

1. L'Azienda promuove il coinvolgimento nelle politiche di contrasto e lotta al fumo delle Associazioni di volontariato e dei Volontari del Servizio Civile presenti in Azienda cui affidare, all'interno delle funzioni esercitate, lo svolgimento di alcuni compiti a supporto quali:

- a. sensibilizzazione alle tematiche del fumo
- b. segnalazione di situazioni di mancato rispetto del divieto (escluse le attività di accertamento e contestazione di competenza dei soli incaricati)
- c. supporto all'effettuazione di campagne aziendali, svolte all'interno del Campus, per il contrasto al fumo attivo e passivo
- d. supporto alle strutture nella gestione delle attività di cui al presente regolamento (segnalazione mancanza di segnaletica, aggiornamento nominativi da indicare sui cartelli di divieto etc).

2. Le modalità di svolgimento dei suddetti compiti saranno definite in accordo con gli organismi rappresentativi del volontariato e con gli Uffici di gestione del servizio civile.

3. In particolare si prevede di coinvolgere nelle politiche aziendali di prevenzione e contrasto al fumo i volontari del servizio civile attraverso la loro individuazione quali *promotori di salute* all'interno del Campus di Careggi;

4. Gli stessi, nel rispetto delle vigenti normative sul servizio civile, saranno oggetto di apposita progettualità aziendale nel campo della lotta al fumo, attraverso la quale definire obiettivi, risorse e modalità operative degli interventi loro richiesti.

#### 6. DOVERI DEGLI INCARICATI PREPOSTI AL RISPETTO DEL DIVIETO DI FUMO

1. Gli incaricati, in qualità di accertatori del divieto di fumo, saranno coinvolti in iniziative aziendali di aggiornamento sulla materia.

2. Ad essi, nell'ambito del Dipartimento o dell'Area di afferenza, compete:

- a. vigilare sull'osservanza del rispetto del divieto e richiamare i trasgressori all'osservanza del divieto
- b. effettuare periodicamente monitoraggio e rilevazioni di non conformità, segnalandole ai Responsabili Amministrativi
- c. verificare la presenza della cartellonistica in tutti gli ambienti previsti dal regolamento aziendale sui quali esercitano la loro funzione nonché la correttezza delle indicazioni riportate e l'integrità, richiedendone ove necessario la sostituzione
- d. segnalare particolari situazioni di inosservanza del divieto di fumo
- e. rilevare eventuali profili disciplinari nel comportamento di dipendenti aziendali che contravvengano al divieto informandone i responsabili.

3. Ad essi, in particolare, spetta l'accertamento e contestazione delle infrazioni e la verbalizzazione della sanzione amministrativa secondo le seguenti procedure:

- a. caso di immediata contestazione con sottoscrizione del verbale: l'incaricato accertatore redige, in triplice copia, il verbale di contestazione e consegna al contravventore quella di sua spettanza, debitamente sottoscritta da entrambi, al cui interno è descritta la procedura di pagamento della sanzione o di eventuale contestazione
- b. caso di immediata contestazione con rifiuto del contravventore di sottoscrizione del verbale o di riceverne copia: l'incaricato accertatore ne dà atto nel verbale, redatto in triplice copia, che sottoscrive per la successiva notifica al contravventore
- c. caso di impossibilità di immediata contestazione: l'incaricato redige in triplice copia il verbale di contestazione e lo sottoscrive per la successiva notifica al contravventore.

4. In tutte le suddette ipotesi l'incaricato consegna immediatamente il verbale al soggetto Responsabile dell'applicazione della normativa di settore e del presente regolamento, di cui al precedente art. 4, che provvede ad inviarlo, con raccomandata a/r, al Comune di Firenze quale autorità competente alla



riscossione dei proventi, allo scadere del termine previsto per il pagamento in misura ridotta (60 giorni dalla contestazione o notificazione del verbale stesso).

5. Agli incaricati compete, inoltre, lo svolgimento delle seguenti funzioni di carattere educativo - relazionale finalizzate a:

- a. sensibilizzare colleghi, pazienti e visitatori su iniziative di disassuefazione da fumo presenti nell'AOUC attraverso l'orientamento volontario attraverso i Centri Anti Fumo presenti sia sul territorio regionale sia sul territorio nazionale
- b. sottolineare i rischi e le conseguenze del fumo passivo, compreso quello c.d. di *terza mano* (fumo che impregna le divise e i camici degli operatori dell'AOUC)
- c. promuovere stili di vita sani tra i colleghi, i pazienti, i visitatori divulgando i Regolamenti aziendali su fumo e alcol.

6. L'Azienda ha la facoltà, nei limiti stabiliti dalla legge, di provvedere alla nomina formale di soggetti terzi cui affidare le funzioni di osservanza del divieto e di accertamento e contestazione delle infrazioni (personale incaricato\accertatore esterno, quali le Guardie Giurate ed il Servizio di Vigilanza).

7. Nel caso in cui i soggetti incaricati siano terzi, gli stessi sono tenuti, sulla base di specifici accordi, allo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a. vigilare sull'osservanza dell'applicazione del divieto
- b. verificare la presenza della cartellonistica in tutti gli ambienti previsti dal Regolamento aziendale
- c. verificare la correttezza delle indicazioni riportate nella cartellonistica e controllarne l'integrità, richiedendone ove necessario la sostituzione
- d. accertare le infrazioni con le stesse modalità previste per gli incaricati interni
- e. segnalare particolari situazioni di inosservanza del divieto di fumo.

I soggetti incaricati di assicurare il divieto di fumare che non ne curino l'osservanza o che non vigilino sulla funzionalità ed efficienza degli impianti installati negli spazi esenti dal divieto di cui al punto 2 "Ambito di operatività" sono soggetti alla sanzione amministrativa pecuniaria prevista dagli artt. 5 e 7 comma 1 lett. b) della L.R.T. n. 25/2005, comminata dal Direttore del Dipartimento o dell'Area di appartenenza.

8. Resta salva la possibilità che compiti di vigilanza sul divieto di fumo nel Campus di Careggi siano svolti dai seguenti soggetti, abilitati *ex lege*:

- a. Ufficiali ed Agenti di Polizia Giudiziaria
- b. Agenti di Polizia municipale del Comune di Firenze
- c. L'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) mediante il personale di vigilanza.

## 7. GRUPPO DI MONITORAGGIO AZIENDALE

Il coordinamento ed il presidio dello svolgimento delle attività necessarie ad applicare tutte le buone pratiche atte a favorire la cultura e la promozione del vivere sano negli ambienti di cura e lavoro, sono assicurati dal "Gruppo di monitoraggio sugli stili di vita sani in Azienda" che, con le consulenze tecniche dei referenti aziendali per alcol, fumo, alimentazione, sport ed eventuali ulteriori ambiti rilevanti per gli stili di vita, assicurerà, tra l'altro:

- il supporto tecnico agli incaricati preposti alla vigilanza sul rispetto del divieto di fumo, anche mediante la loro formazione specifica
- l'individuazione degli interventi connessi all'estensione del divieto di fumo ai luoghi diversi da quelli previsti dalla legge n. 584/1975 (aree aperte e contigue ai locali chiusi di pertinenza aziendale) e della relativa gradualità di implementazione
- il monitoraggio del grado di realizzazione a livello aziendale della politica per il divieto del fumo e l'individuazione delle azioni necessarie ad ottimizzarlo
- l'elaborazione di indicazioni utili all'aggiornamento del presente regolamento, diretto a migliorare l'efficacia degli interventi di contrasto al fumo previsti.

## 8. STRUMENTI

1. Gli strumenti da utilizzare ai fini di quanto previsto dal presente Regolamento sono i seguenti:

- a. registro degli incaricati preposti al rispetto del divieto di fumo con individuazione delle aree di competenza
- b. cartello informativo del divieto per locali interni (Allegato 1)
- c. cartello informativo per spazi esterni
- d. verbale di accertamento dell'infrazione del divieto di fumo
- e. check list per il monitoraggio del controllo ambientale del divieto di fumo in Azienda e l'autocontrollo dell'attività dell'incaricato (Allegato 2)
- f. procedura aziendale per l'attivazione di un percorso di disassuefazione e di gestione dell'astinenza da nicotina (Allegato 3)



- g. elenco Centri antifumo regionali e nazionali, disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/fumo/?lang=1&id=321&tipo=21>.

## 9. SANZIONI E RIMEDI

1. Ai sensi dell'art.7 c.1 della L.R. n. 25 del 04/02/2005 alle violazioni delle disposizioni in essa contenute si applicano le sanzioni amministrative previste dall'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico) in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 51, comma 5, della legge n. 3/2003 come da ultimo modificato dalla legge 30 dicembre 2004, n. 311.

2. Ai sensi dell'art.8 della L.R. n° 25 del 04/02/2005, l'Autorità competente a ricevere eventuali scritti difensivi è il Comune di Firenze, che è anche destinatario dei proventi derivanti dal pagamento della sanzione.

3. La Direzione competente a ricevere i verbali redatti dagli incaricati accertatori e gli eventuali scritti difensivi in materia è la Direzione Ambiente – P.O. Igiene pubblica del Comune di Firenze.

4. Il conto corrente da indicare sul verbale è il C.C.P. n.159509 intestato a : *Comune di Firenze- Servizio Tesoreria.*

5. I trasgressori degli obblighi imposti dalla normativa sono soggetti alle seguenti sanzioni amministrative:

a. per i trasgressori del divieto di fumo: da € 27,50 ad € 275,00. La misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni di età;

b. per i soggetti incaricati di curare l'osservanza del divieto e irrogare le sanzioni: da € 220,00 a € 2.200,00.

6. Il trasgressore ha facoltà di pagare in misura ridotta (per un importo di € 55,00 o € 440,00 pari al doppio del minimo della sanzione prevista) e con effetto liberatorio entro il termine di 60 giorni dalla contestazione immediata o, se questa non vi è stata, dalla notificazione degli estremi della violazione effettuata.

7. Il trasgressore, entro 30 giorni dalla notifica del verbale, può inviare scritti difensivi al Comune di Firenze o richiedere di essere sentito da tale Autorità.

8. Ferme restando le sanzioni pecuniarie, l'Amministrazione dell'AOUC provvederà ad avviare procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti che contravvengono al presente Regolamento secondo le procedure di cui alla vigente normativa.

## 10. DISPOSIZIONI FINALI

Ad esito dei monitoraggi periodici della sua applicazione, il presente regolamento sarà aggiornato per assicurarne l'efficacia, sulla base delle indicazioni del "Gruppo di monitoraggio sugli stili di vita sani in Azienda".

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento, si rinvia a quanto disposto dalle norme vigenti.





# VIETATO FUMARE

Provvedimento del Direttore Generale n. 17 del 15/12/2015 "Regolamento sul divieto di fumo nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi"  
Art.15 Legge n. 30/93, e successive modifiche e integrazioni, "Totale della salute dei non fumatori"  
L.R.T. n. 25/2005 "Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati da fumo"

I trasgressori sono soggetti alle sanzioni amministrative del pagamento di una somma da un minimo di € 27,50 ad un massimo di € 275,00. La misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni.

LA VIGILANZA ED IL CONTROLLO SULL'OSSERVANZA DEL DIVIETO DI FUMO SPETTA A  
SECCARICATO AZIENDALE "Unità Operativa servizio appalto vigilanza"  
ALTRI SOGGETTI COMPETENTI ALL'ACCERTAMENTO E CONTESTAZIONE:  
Unità Agenti e P.O. Igiene Pubblica, Agenti di Polizia Municipale del Comune di Firenze, personale di Igiene, Firenze (ART. 6 COMMA 1 L.R.T. n. 25/2005)

IL DIVIETO SI APPLICA ANCHE ALLE SIGARETTE ELETTRONICHE

Il divieto di fumo è vigente in tutto il Campus di Careggi, sia all'interno che all'esterno degli edifici



Il regolamento è disponibile online sul sito web <http://www.aouc-careggi.fiorenza.it>



Scarica la app CAR Alcoltest (disponibile su Google Play Store)



Seguici su Facebook



visita il nostro sito

[www.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it)

a cura del Centro di Documentazione Informalcol  
Uno strumento di informazione e aggiornamento  
per gli operatori dell'alcologia e non solo



## A favore di una strategia di endgame del tabacco in Italia

Manifesto delle società scientifiche di Sanità Pubblica italiane per la "fine corsa" del tabacco

Il tabacco è ancora la prima causa prevenibile di morte e di malattia a livello mondiale: provoca globalmente oltre 6 milioni di morti l'anno, è responsabile del 4% degli anni di vita persi, il 12% in Europa (Global burden of disease 2010), e di un costo economico stimato in 500 miliardi di dollari l'anno (WHO). Un fumatore costa in media 71.600 euro in più ai servizi sanitari rispetto ad un non fumatore (Ioannidis 2013).

Eppure in Italia, dopo i successi ottenuti nella lotta al fumo passivo e l'approvazione della Convenzione quadro per il controllo del tabacco (*Framework convention on tobacco control*), il trattato internazionale messo a punto dall'Organizzazione mondiale della sanità e sottoscritto da centinaia di paesi, c'è una stasi nel varo di strategie efficaci contro questo flagello.

Ogni intervento efficace di lotta al tabagismo fa diminuire il consumo di sigarette fumate, e produce immediati effetti sulla salute. Ma in Italia questo comporta anche una riduzione del gettito fiscale dovuto all'accise sul tabacco. Gli operatori economici, legati alla produzione, lavorazione e distribuzione dei prodotti del tabacco, ed i centri di consulenza da essi finanziati, esercitano pressioni sui governi, sui parlamentari e sulle agenzie centrali agitando lo spettro della diminuzione delle entrate dello Stato. Si tratta di un conflitto reale fra le istanze economiche (circa 13 mld di €/anno di gettito fiscale, un giro d'affari di oltre 20 mld di €/anno, oltre a circa 200.000 occupati nel settore) e quelle di salute. Per queste ultime non esistono dati certi. Uno studio commissionato dalla Commissione Europea ha stimato che per il nostro paese nel 2007 i costi del tabacco sono stati di 21.5 mld di € (9 mld di € di costi diretti e 12.5 mld di € di costi indiretti - Tiessen 2010), che non includono il costo "intangibile" dei circa 70.000 morti provocati dal tabacco (Gallus 2011).

La politica però stenta a trovare il coraggio per promuovere politiche lungimiranti atte ad ottenere benefici essenziali per la popolazione, anche se talvolta lontani nel tempo, a costo di effetti economici, talvolta immediati.

Le società scientifiche e professionali di sanità pubblica italiane, che operano per migliorare la salute della popolazione, non possono però accettare questa situazione. Per questo sottoscrivono questo Manifesto che sollecita lo Stato Italiano a definire una

strategia a lungo termine di "fine corsa" per il tabacco in Italia, che, a livello internazionale, è chiamata "*tobacco endgame strategy*" (Malone 2010).

Cosa è una strategia di *endgame*? Abbiamo oggi prove scientifiche che alcuni interventi siano capaci di ridurre sostanzialmente la frequenza di fumatori: politiche di prezzo e di limitazione d'uso, informazione efficace, campagne di mass media, strategie di disassuefazione, interventi di prevenzione primaria. Una programmazione articolata e graduale della loro attuazione nel tempo può portare alla riduzione, progressiva e sostanziale, del numero di fumatori, fino ad arrivare al "fine corsa" in 20-25 anni: l'eradicazione del tabagismo, cioè una prevalenza al di sotto del 5%.

Alcune nazioni hanno già elaborato proprie strategie, e anche fissato la data dell'*endgame*: la Nuova Zelanda e l'Irlanda nel 2025, la Scozia nel 2034, la Finlandia nel 2040. Altri stati si stanno muovendo in questa direzione come l'Australia, l'Uruguay e il Canada (Thomson 2012).

Una strategia a lungo termine permette di articolare nel tempo gli interventi di riduzione del numero di fumatori, in parallelo con quelli di riequilibrio economico, per consentire di assorbire gli effetti indesiderati dell'auspicato calo delle vendite, sostituendo le fonti di entrata delle accise, orientando diversamente le aziende impegnate nella coltivazione del tabacco e nella sua trasformazione e distribuzione.

Il supporto da parte dei cittadini sarà probabilmente elevato: già oggi più della metà dei cittadini italiani (57.8%), ma anche il 42% dei fumatori, sarebbe a favore di un divieto totale dell'uso di tabacco (Gallus 2014).

La strategia di "fine corsa", oltre che includere tutti gli interventi cui lo Stato italiano si è impegnato sottoscrivendo la Convenzione quadro per il controllo del tabacco, deve arricchirsi di altre azioni efficaci ed innovative scaglionate nel tempo, quali ad esempio:

1. aumenti progressivi della tassazione;
2. estensione progressiva delle aree di divieto di fumo (ad esempio aree di competenza sanitaria, parchi per bambini, automobili in presenza di bambini, strutture sportive ecc);
3. riduzione progressiva del contenuto massimo di nicotina nel tabacco (Malone 2013);
4. varo di una strategia di cessazione, incentrata su prestazioni efficaci e gratuite, e supportata da inter-



venti di promozione della cessazione, ad esempio tramite campagne di comunicazione;

5. un programma economico di sostituzione delle entrate delle accise nel bilancio dello Stato. Questo potrebbe essere anticipato da una strategia di transizione, che preveda che una parte della accise venga investita in interventi di prevenzione e cessazione (ad esempio in campagne di mass media, a supporto dei centri antifumo);

6. un programma di riconversione dell'industria del tabacco in Italia e di riqualificazione degli occupati nel settore;

7. un programma di riconversione del settore della tabacchicoltura;

8. l'adozione di confezioni generiche per i pacchetti di sigarette e di tabacco;

9. l'incentivazione della sostituzione del tabacco con prodotti alternativi meno dannosi, come ad esempio prodotti rilascianti nicotina (*harm reduction endgame*, van der Eijk 2013)

10. una strategia di "narrazione" dell'*endgame* che miri a de-normalizzare l'uso del tabacco in Italia, a cui dovrebbero contribuire campagne di *mass media*, e una condivisione dei valori della strategia con membri influenti della società civile, in modo che concorrano quando possibile alla sua diffusione.

La strategia dovrebbe inoltre anche considerare un intervento innovativo e di grande impatto comunicativo, adottato in tutti i paesi che si sono dotati di una strategia di "*endgame*":

11. la decisione di vietare il tabacco per tutte le generazioni nate successivamente ad un dato anno, ad esempio il 2005 (*Tobacco free generation*, Berrick 2013)

Le società scientifiche di Sanità Pubblica italiane che hanno sottoscritto questo manifesto, chiamano le istituzioni interessate, il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e finanze, il Ministero delle politiche agricole, il Ministero dello sviluppo economico, oltre che la Presidenza del Consiglio, ad un confronto sulla strategia per l'*endgame* in Italia, e si dichiarano fin d'ora disponibili ad ogni collaborazione al fine di una sua rapida definizione.

9 dicembre 2014

Per ulteriori informazioni, dati scientifici di supporto e per le adesioni individuali e di nuove società scientifiche: [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it)

Hanno aderito e sostengono questo Manifesto:

AIE - Associazione Italiana di Epidemiologia - [www.epidemiologia.it](http://www.epidemiologia.it)

SIItI - Società Italiana di Igiene - [www.societaitalianaigiene.org](http://www.societaitalianaigiene.org)

SNOP - Società Nazionale Operatori della Prevenzione - [www.snop.it](http://www.snop.it)

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia - [www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)

CIIP - Consulta Interassociativa Italiana della Prevenzione (rappresenta 15 associazioniscientifiche e professionali attive nel campo della prevenzione) - [www.ciip-consulta.it](http://www.ciip-consulta.it)

Consulta-SCV - Consulta delle società scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare (rappresenta 16 società scientifiche attive nel campo della prevenzione cardiovascolare) - [www.consulta-cscv.it](http://www.consulta-cscv.it)

SIMG - Società Italiana di Medicina Generale - [www.simg.it](http://www.simg.it)

SISMEC - Società Italiana Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica - [www.sismec.info](http://www.sismec.info)

AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori - [www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it)

AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica - [www.aiom.it](http://www.aiom.it)

Allineare Sanità e Salute - <http://fondazioneallinearesanitaesalute.org>

Associazione Ambiente e Lavoro - [www.amblav.it](http://www.amblav.it)

AIAS - Associazione professionale Italiana Ambiente e Sicurezza - [www.aias-sicurezza.it](http://www.aias-sicurezza.it)

ANPEQ - Ass. naz. Prof.le Esperti Qualificati in Radioprotezione - [www.anpeq.it](http://www.anpeq.it)

SIA - Società Italiana di Alcolologia - [www.alcologiaitaliana.com](http://www.alcologiaitaliana.com)

ISI - Istituto Stomatologico Italiano - [www.isimilano.eu/fondazione-isi](http://www.isimilano.eu/fondazione-isi)

Legambiente - [www.legambiente.it](http://www.legambiente.it)

Slow Medicine - [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

ANMA - Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti - [www.anma.it](http://www.anma.it)

AIFOS - Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza - [www.aifos.eu](http://www.aifos.eu)

ISDE - Associazione Medici per l'Ambiente - [www.isde.it](http://www.isde.it)

Fondazione ANDI - Fondazione Associazione Nazionale Dentisti Italiani - [www.fondazioneandi.org](http://www.fondazioneandi.org)

Associazione Italiana di Radioprotezione Medica - [www.airm.name](http://www.airm.name)

SITD - Società Italiana Tossicodipendenze - [www.sitd.it](http://www.sitd.it)



### Riferimenti bibliografici:

- Berrick AJ. The tobacco-free generation proposal. *Tob Control* 2013;22:i22-i26
- Gallus S et al. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med* 2011; 52: 434-438.
- Gallus S et al. Support for a tobacco endgame strategy in 18 European countries. *Pre Med* 2014; 67: 255-58
- Ioannidis JP, Henriksen L, Prochaska JJ. Endgame: engaging the tobacco industry in its own elimination. *Eur J Clin Invest.* 2013 Dec;43:1366-70.
- Malone RE. Imagining things otherwise: new endgame ideas for tobacco control. *Tob Control* 2010;19:349-50
- Malone RE. Tobacco endgames: what they are and are not, issues for tobacco control strategic planning and a possible US scenario. *Tob Control* 2013;22:i42-i44.
- Thomson G et al. What are the elements of the tobacco endgame? *Tob Control* 2012;21:293-95
- Tiessen J, Hunt P, Celia C et al. Assessing the Impacts of Revising the Tobacco Products Directive. Study to support a DG SANCO Impact Assessment. Final report. RAND Europe, September 2010
- van der Eijk Y. Development of an integrated tobacco endgame strategy *Tob Control* 2013;0:1-5.



## Interventi sul fumo di tabacco come parte integrante delle politiche regionali di tutela della salute: da progetto a processo

Qui di seguito si riporta una sintesi degli interventi e del dibattito svoltosi in occasione della Tavola Rotonda prevista nell'ambito del Convegno dal titolo "Integrare gli interventi sul tabagismo nelle politiche regionali di tutela della salute", svoltosi a Firenze il 3 febbraio 2015.

L'obiettivo della tavola rotonda era quello di discutere come inserire i progetti presenti nella nuova versione delle Linee Guida Regionali sul tabagismo in percorsi di cura che divengano parte integrante delle politiche regionali, ad esempio, il Chronic Care Model e la riorganizzazione in Aree Funzionali Territoriali della medicina generale.

**Domanda al Prof. Guglielmo Bonaccorsi** (Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze):

Quali percorsi formativi su strategie di cessazione all'interno dei curriculum formativi degli operatori sanitari (medici e professioni sanitarie in genere)?

**Sintesi dell'intervento.** L'inserimento del tabagismo all'interno del curriculum formativo dei professionisti sanitari rappresenta un'opportunità imprescindibile, sia per la rilevanza del problema tabagismo e dei suoi vari aspetti (preventivi e curativi) nell'ambito di qualsiasi professione sanitaria, sia per la numerosità dei corsi esistenti (26 Corsi di studio e 50 Scuole di specializzazione) e la conseguente possibilità di "arrivare" a incidere su figure professionali, potenzialmente coinvolte in azioni e momenti diversi e che dovrebbero essere i protagonisti futuri di azioni educative e formative.

È pertanto responsabilità fondamentale dei decisori in materia di formazione l'inserimento di spazi e tempi adeguati all'importanza dell'argomento sul quale molto, se non proprio tutto, è ancora da impostare. Come considerazione *a latere* sulla difficoltà di trasmettere messaggi formativi ed educativi che diventino un vero e proprio *modus comportamentale* degli operatori sanitari, si pensi alla vaccinazione antinfluenzale, che, nonostante le campagne di sensibilizzazione e le iniziative didattiche e formative esplicitate a vari livelli, registra una compliance tra il personale sanitario ancora inferiore al 12%. Sul tabagismo siamo molto più indietro nella trasmissione di contenuti, quindi possiamo attenderci risultati ancora più deludenti.

Esistono oggi modelli didattici interessanti e sperimentati in alcuni Paesi volti a introdurre precocemente nei corsi di studio le conoscenze di base sull'argomento, utilizzando strumenti innovativi e finalizzati ad un maggiore e più consapevole apprendimento. Un approccio moderno e potenzialmente fruttuoso è rappresentato da corsi *flipped teaching*, in cui il materiale didattico viene fornito ai discenti in piattaforma online, quasi sempre in maniera totalmente gratuita e fruibile a chiunque, e successi-

vamente il lavoro d'aula si esercita attraverso la discussione e il commento di quanto appreso, sotto la guida del docente ma con un contributo determinante e diretto da parte dei futuri, potenziali utilizzatori. Molti dei contenuti reperibili in forma gratuita e libera fanno parte dei cosiddetti MOOC (*Massive Open Online Courses*), realizzati da alcune tra le più prestigiose università del mondo. Potrebbe essere molto semplice anche nelle nostre Università ricorrere all'uso di tale materiale, spesso molto bene congegnato e scientificamente valido. Questa può essere una strada utile a elevare il livello di sensibilità e di competenza professionale della futura classe medica e sanitaria in generale.

**Domande al Dott. Dario Grisillo** (MMG, Scuola di Medicina Generale c/o Formas) e al **Dott. Antonio Panti** (vice presidente del Consiglio Sanitario Regionale):

Come si potrebbero sviluppare percorsi di cessazione all'interno delle nuove AFT e nella formazione del medico di medicina generale, nonché nei *Chronic Care Model*?

Come si possono ulteriormente formare gli operatori sanitari rispetto al counselling per smettere di fumare, visto che solo il 40% dei toscani riporta che il proprio medico gli ha chiesto se fuma?

**Sintesi dell'intervento del Dott. Grisillo.** In generale, l'impostazione della Scuola di Medicina Generale si propone di fornire un'offerta formativa che permetta ai giovani che iniziano la loro attività di Medici di Medicina Generale (MMG) di passare dal "cosa" fare al "come" farlo. Vengono proposte modalità operative che, partendo dalla realtà della pratica della medicina generale, costruiscano percorsi di salute. Il caso del fumo è particolarmente rilevante da questo punto di vista: il MMG è infatti nella posizione di impostare una "ricerca attiva" del fumatore.

Nella pratica, l'esempio di ciò che si sta realizzando nella ASL 8 Arezzo è molto interessante: è stato sancito un "Patto per la salute" che vede il coinvolgimento del personale sanitario dell'Azienda, dei



MMG, del Volontariato e del Terzo Settore, dei Comuni e degli altri Enti, Istituzioni, Categorie economiche, Organizzazioni Sindacali, Club service e Media che insistono nel territorio al fine di promuovere interventi multisettoriali e multifattoriali sugli stili di vita tra cui va annoverato un percorso specifico per la disassuefazione da fumo.

La medicina di base si è definita anche obiettivi di salute più ampi perseguibili secondo lo schema della medicina di iniziativa, dove il fumo viene affrontato partendo dall'introduzione, standardizzata e continua, di semplici domande ai pazienti rispetto alle loro caratteristiche e abitudini di vita fino alla definizione di un programma specifico di disassuefazione. In questa prospettiva, è stato ricordato ed enfatizzato il potenziale ruolo delle 115 Aree Funzionali Territoriali (AFT) attivate su tutto il territorio regionale; la struttura organizzativa di tali gruppi funzionali volti ad ottimizzare la gestione delle cure primarie, permette infatti la condivisione di competenze ed esperienze diverse. Sarebbe pertanto auspicabile identificare all'interno di ognuna AFT figure di riferimento per l'attività di controllo del tabagismo e per la definizione dei percorsi di presa in carico dei fumatori, dal trattamento di primo a quello di secondo livello dei fumatori, fornendo la Medicina Generale di adeguati strumenti di intervento attivo. Ancora, la presenza dei medici in formazione all'interno delle AFT, potrebbe rappresentare un ulteriore strumento di acquisizione di informazioni e dati da utilizzare in analisi di efficacia ed efficienza degli interventi eseguiti.

**Sintesi dell'intervento del Dr. Panti.** Partendo come già avanzato dal Prof Bonaccorsi, dalla analogia con la considerazione dello scarso uso di vaccinazione anti-influenzale tra il personale sanitario nonostante le evidenze scientifiche disponibili, si ribadisce come l'atteggiamento dei medici e della società in generale nell'affrontare (o meglio nel non affrontare sufficientemente) le problematiche del tabagismo sia un'espressione di ignoranza e di irrazionalità. Nonostante i correlati problemi di occupazione, introiti provenienti dalla tassazione etc., è un dato certo che è sempre e comunque meglio smettere di fumare. L'analisi introspettiva, condotta all'interno della classe medica, dimostra che ci sono attitudini e atteggiamenti molto differenti rispetto alla problematica del tabagismo sulla quale la responsabilità medica è imprescindibile. Esempi di modelli strutturati come quello proposto ad Arezzo, dimostrano tuttavia che è possibile "guidare" e modificare i livelli di consapevolezza della classe medica.

In questo senso, la responsabilità degli organismi regionali è importante; il Consiglio Sanitario Regionale può trasformare in atti deliberativi le proposte

emergenti dai professionisti più consapevoli e permettere la diffusione e la strutturazione capillare. Ma accanto a queste indispensabili azioni del mondo politico e amministrativo, ancora guardando la classe medica dal suo interno, è fondamentale fornire ai medici strumenti efficaci di conoscenze; "convincere" i medici perché essi possano essere "convincenti". Il ruolo e il compito delle Società Scientifiche e dell'Università è qui fondamentale. L'idea guida è di affermare e fare vincere la razionalità ed il peso della scienza.

Domanda al **Dott. Valentino Patussi** (Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi):

Quale regolamento per il controllo del fumo è stato applicato di AOU Careggi?

**Sintesi dell'intervento.** Il regolamento per il divieto all'uso di alcol (bevande alcoliche) e fumo (attivo, passivo e di terza mano) approvato in AOU Careggi, si è ispirato alla logica della de-normalizzazione. Il concetto è che, per quanto sia una scelta attinente alla sfera individuale, va comunque fornita al cittadino, che usufruisce della struttura ospedaliera (struttura che ha come fine la promozione e il recupero della salute del cittadino compatibilmente al meglio delle conoscenze mediche), una indicazione corretta sulle conseguenze di tali scelte.

Il fumo di tabacco e il consumo di alcol (vino, birra e super-alcolici) sono stili di vita che hanno un effetto negativo, scientificamente dimostrato, sullo stato di salute e di benessere dell'individuo che li mette in atto. Sia il Tabacco sia l'Alcol sono sostanze psicotrope; e sono cancerogeni (Gruppo 1: Cancerogeni per l'uomo dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC)), questo è un messaggio chiaro scientificamente comprovato che deve essere rivolto a tutti; è una affermazione di responsabilità da parte di una Azienda ospedaliera e sanitaria, sia rispetto agli utenti esterni sia rispetto ai ricoverati; l'utente è libero di scegliere, ma l'Azienda deve fare la sua scelta che nel caso di alcol e fumo è di totale divieto, all'interno degli ambienti (indoor) così come all'esterno degli edifici nell'ambito del perimetro ospedaliero (outdoor); L'Azienda deve presentare l'immagine di un processo di promozione della salute e terapeutico libero da alcol e da fumo, gli operatori all'interno della Azienda devono assumersi la responsabilità del loro stile di vita (e quindi il regolamento di divieto -indoor/outdoor- deve applicarsi in prima istanza a loro).

Il regolamento approvato e reso attuativo a Careggi potrebbe essere recepito dalla Regione Toscana ed esteso a tutte le aziende ospedaliere e sanitarie della Toscana.



### Considerazioni conclusive e proposte operative emergenti dagli interventi e dalla discussione

a cura degli organizzatori e moderatori del convegno: Mateo Ameglio (ASL 7 Siena), Laura Carrozzi (AOU Pisana), Elisabetta Chellini (ISPO), Giuseppe Gorini (ISPO), Sandra Nutini (AOU Careggi), Francesco Pistelli (AOU Pisana), Valentino Patussi (AOU Careggi).

La formazione di tutti gli operatori sanitari è una tappa essenziale per la diffusione di una cultura volta al controllo del tabagismo e finalizzata alla realizzazione degli impegni che anche l'Italia ha assunto sottoscrivendo la Framework Convention on Tobacco Control, sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come pietra miliare per la promozione della salute pubblica. La formazione a tutti i livelli, universitari e specialistici, utilizzando strumenti comunicativi innovativi, efficaci, facilmente reperibili e scientificamente validati, è il primo passo per l'acquisizione degli strumenti di intervento da applicare a livello primario o secondario.

I nuovi modelli organizzativi delle cure primarie (le AFT) rappresentano un'opportunità di azione che, anche grazie alla possibilità di condividere risorse e conoscenze, si muove con una logica pro-attiva di medicina di iniziativa. All'interno delle AFT dovrebbero essere identificate le figure di riferimento per l'attività di controllo del tabagismo ed i percorsi di primo e di secondo livello per la disassuefazione dei fumatori, sfruttando le potenzialità di condivisione delle risorse e delle competenze.

È necessario espandere a livello regionale le esperienze concrete di buone prassi e le alleanze tra settori diversi (come quella delineata con il Patto per la salute della ASL di Arezzo tra settore sanitario e società civile) finalizzate alla realizzazione di interventi trasversali sui fattori di rischio legati allo stile di vita (oltre al fumo, anche su alcool, nutrizione, attività fisica) sulla popolazione e sui singoli fumatori.

È compito dei decisori indirizzare e regolare gli interventi degli operatori sanitari all'interno delle strutture sanitarie dove essi operano, in una logica evidence-based. Il convincimento della razionalità della scienza va trasmesso e diffuso e questo è anche il compito delle Società Scientifiche. In questa logica si pone la proposta di diffondere ed utilizzare regolamenti come quello adottato dalla AOU Careggi sul divieto di alcool e fumo in ospedale, sia nelle aree indoor sia nelle aree outdoor del perimetro sanitario: si tratta infatti per le Aziende del Sistema Sanitario Regionale, rispetto sia ai pazienti sia agli utenti, di assumere responsabilità e de-normalizzare abitudini con impatti importanti sulla salute.

È fondamentale un rinnovato, concreto impegno verso le politiche di controllo del tabagismo da parte

della Regione Toscana, che recependo nel suo Piano Regionale di Prevenzione le indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione, ha a disposizione le innumerevoli esperienze di interventi di contrasto al tabagismo svolti negli ultimi anni in Toscana, le cui potenzialità sono state riportate nelle nuove Linee guida regionali. Si sottolinea in particolare, come illustrato durante il Convegno di cui la Tavola Rotonda ha rappresentato il momento di discussione finale, la necessità di sostenere:

- interventi per promuovere la cessazione tra gli adulti, perchè i decessi per malattie fumo-correlate in Toscana nei prossimi 20 anni si verificheranno appunto tra i 40enni e 50enni di oggi che sono la maggior parte dei fumatori. È pertanto altamente raccomandato lo sviluppo di una *Quitline*, che possa supportare gli operatori professionali, medici di base e centri anti-fumo e anche fornire una risposta di aiuto concreta e immediata al fumatore;

- interventi dedicati a particolari tipi di popolazioni (giovani, donne, donne in gravidanza, fumatori con patologia fumo correlata anche nell'ambito del *chronic care model*) e dei percorsi diagnostico-terapeutici esistenti nelle Aziende Ospedaliere e Sanitarie toscane;

- l'attività dei Centri Antifumo già esistenti sul territorio regionale, definendone e monitorando gli indicatori di risultato, anche attraverso l'attivazione della "Cartella Tabaccologica" informatizzata.

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI  
CENTRO ALCOLOGICO REGIONALE**



## NORME PER GLI AUTORI

### Obiettivi della rivista

Alcologia intende promuovere uno scambio di opinioni e di informazioni su patologie e problemi alcol-relati, comportamenti e stili di vita.

Particolare attenzione viene data a questi argomenti dal punto di vista medico, sociologico, psicologico, epidemiologico economico, legale e di igiene pubblica.

La rivista pubblica articoli originali, la loro pubblicazione è di competenza del Comitato di Redazione e degli Esperti, individuati di volta in volta, che collaborano nella valutazione dei testi.

Alcologia ha sottoscritto il Farmington Consensus Statement, pertanto anche gli autori degli articoli sono tenuti al rispetto dei principi in esso contenuti.

### Inoltro dei lavori

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere inviati tramite e-mail all'indirizzo: [rivista.alcologia@gmail.com](mailto:rivista.alcologia@gmail.com) (Referenti Dott. Valentino Patussi e D.ssa Tiziana Fanucchi). In caso di accettazione tutto il materiale pubblicato resterà di proprietà esclusiva della rivista e sarà sottoposto alla revisione editoriale.

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

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

I lavori non pubblicati verranno restituiti agli Autori.

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

### Editoriali

Non devono superare il numero di 15.000 caratteri e devono essere così strutturati:

1. titolo
2. cognome e nome dell'autore, qualifica, indirizzo a cui inviare la corrispondenza (anche e-mail)
3. presentazione o premessa
4. oggetto della trattazione
5. discussione
6. conclusioni
7. bibliografia in ordine di citazione nel testo.

### Articoli

Devono essere così strutturati:

1. pagina introduttiva
2. riassunto e parole chiave in italiano ed in inglese
3. testo dell'articolo
4. bibliografia
5. figure e tabelle

#### 1. Pagina introduttiva:

- Titolo del lavoro
- Cognome e nome degli autori
- Istituti di appartenenza
- Cognome e nome, indirizzo, numero di fax e indirizzo e-mail dell'Autore a cui dovrà essere inviata la corrispondenza

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

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

#### 3. Testo dell'articolo

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

#### 4. Bibliografia

- Le voci bibliografiche andranno numerate nell'ordine in cui vengono citate nel testo.
- Quelle riguardanti riviste dovranno essere complete di: cognome, iniziale del nome degli autori, titolo completo del lavoro, nome abbreviato della rivista, volume, prima e ultima pagina, anno di pubblicazione (es. KAUFMANN R.H.: Liver-copper levels in liver disease. Studies using neutron analysis. Am. J. Med., 65, 607-613, 1978).
- Quelle riguardanti libri, invece, dovranno essere complete di: cognome e iniziale del nome degli Autori, titolo completo del lavoro, titolo del libro in cui è contenuto il lavoro, curatore, casa editrice, eventuali pagine, anno di pubblicazione (es. WEISTEIN M.C., FINEBERG H.V.: Clinical diagnostic process: an analysis. In Clinical decision analysis. Eds: Glambos J.T., Williams R., Saunders W.B., Philadelphia, 4-8, 1984).
- Nel caso di citazioni relative a pubblicazioni di atti: titolo, a cura di (cognome ed iniziali nome), casa editrice, pagine citate, anno di pubblicazione (es. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcologia, a cura di Ceccanti M., Patussi V., Scientific Press s.r.l.(F), p. 49, 1995).
- La bibliografia può contenere un **elenco dei Siti web** consultati con la denominazione dell'ente di riferimento o persona fisica (es. Nel caso di Blog) e la data dell'ultima consultazione (gg/mm/aaaa).
- Esempio di corretta formulazione: Siti web consultati: [www.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it). Ultima consultazione: 03/08/2007.

#### 5. Figure e tabelle

- Figure e tabelle dovranno essere numerate con numeri arabi e citate nel testo.
- Ogni figura deve avere la propria legenda che deve essere breve e specifica.

### Altri contributi (ad esempio segnalazioni, recensioni e lettere)

Non devono superare i 5.000 caratteri.

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

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

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



## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

### Aims and scope

Alcologia is a cross cultural journal publishing articles on all aspects of a human being's use and misuse of alcohol. It aims to provide a forum to exchange news and views and to promote interdisciplinary debate on alcohol in a broad sense. Articles are welcome on sociological, economic, legal and public health topics and on any other area related to alcohol and man. The journal publishes original research studies reviewed by peers for scientific merit, and a series of sections with an informative and educational bias including psycho-social reports and contributions on the production, storage, distribution and consumption of alcoholic beverages.

The journal is a signatory of the Farmington Consensus. The authors have also complied with the tenets set forth in that statement.

### Submission

Articles, in Italian or in English, should be submitted by e-mail to: [rivista.alcologia@gmail.com](mailto:rivista.alcologia@gmail.com) (contact persons: Dr. Valentino Patussi and Dr. Tiziana Fanucchi).

Submissions are accepted on the understanding that they are subject to editorial revision and peer review.

For papers sent for full review, we aim to give a response to authors within a maximum of 12 weeks. For papers returned as unsuitable without full refereeing, we aim to respond within 4 weeks.

Accepted articles will be published within 12 months of their being sent.

Papers that are not published will be returned to the Authors.

Authors are advised to keep a copy of the manuscript because the editor is not responsible for any loss of the original.

### Editorials

These must not exceed 15,000 characters. They must be organised as follows:

1. Title
2. Author's surname and first name, highest qualification, full address (including e-mail) for correspondence.
3. Introduction
4. Materials and Methods
5. Results
6. Conclusions
7. References

### Articles

They must be organised as follows:

1. Title page
2. Structured abstract and keywords in Italian and English
3. Text
4. References
5. Figures and tables.

#### 1. Title page

- Complete manuscript title
- Surname and first name of all authors
- Author affiliations (department or institution where the work was carried out)
- Full address (including fax number and e-mail) of the au-

thor who will receive correspondence.

#### 2. Abstract and keywords, in Italian and English

The article should be summarized in not more than 1,000 characters and should contain Aims, Results and Conclusions. Avoid abbreviations, notes and references. It should be completed with keywords, in Italian and English.

#### 3. Text

- Introduction
- Materials and Methods
- Results
- Discussion
- Conclusions

#### 4. References

- References should be typed at the end of the paper and numbered in the order of citation in the text.
- References concerning journals should be complete with: surname and first name initials of all authors, full title of the work, abbreviation of the review, volume, first and last page numbers year of publication (e.g. KAUFMANN R.H.: Liver-copper levels in liver disease. Studies using neutron analysis. Am. J. Med., 65, 607-613, 1978).
- References concerning books must contain: surname and first name initials of all authors, full title of the paper, title of the book in which such paper is contained, editors of the book, publishing house, first and last page numbers, year of publication (e.g. WEISTEIN M.C., FINEBERG H.V.: Clinical diagnostic process: an analysis. In Clinical decision analysis, Eds: Glambos J.T., Williams R., Saunders W.B., Philadelphia, 4-8, 1984).
- References concerning proceedings must contain: title, surname and initials of the editors, publishing house, first and last page numbers, year of publication (e.g. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcologia, Eds: Ceccanti M., Patussi V., Scientific Press s.r.l.(FI), p. 49, 1995).
- References may contain a list of consulted web sites, with the name of the subject (Institutions or person, e.g. Blog) and last access date (dd/mm/yyyy). E.g. [www.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it). Last access: 03/08/2007.

#### 5. Figures and tables

- Figures and tables should be cited in the text and numbered consecutively with Arabic numbers.
- Include legends for all figures. They should be brief and specific.

#### Other contributions (for example review and letters)

These must not exceed 5,000 characters.

The Editor cannot be held responsible for errors or any consequences arising from the use of information contained in the journal; the views and opinions expressed do not necessarily reflect those of the Editor.

A submitted manuscript must be an original contribution not previously published, must not be under consideration for publication elsewhere.

All rights are reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or transmitted in any form or by any means without the prior permission in writing from the copyright holder.