

Alcologia

Editore/ Editor

Fondazione Istituto Andrea Devoto

Direttore responsabile/ Editor in chief

Valentino Patussi

Comitato di Direzione/Assistant Editors

Giovanni Addolorato
Emanuele Scafato

Comitato di Redazione/ Advisory Board

Arcangelo Alfano (Firenze)
Mauro Ceccanti (Roma)
Tiziana Codenotti (Padova)
Carmela Lo Guercio (Napoli)
Flavio Poldrugo (Trieste)
Fabio Voller (Firenze)
Referente SIA

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Michel Craplet (Paris, F)
Chris Day (New Castle, UK)
James C. Garbut (Chapel Hill, North Carolina, USA)
Gilbert Gerra (Wien, O)

NATIONAL EDITORIAL BOARD

Pierluigi Allosio (Torino)
Mauro Bernardi (Bologna)
Mauro Cibin (Dolo VE)
Paolo Cimarosti (Pordenone)
Giovanni Corrao (Milano)
Simona Del Vecchio (Sanremo)
Fulvio Fantozzi (Reggio Emilia)
Gino Farchi (Roma)
Angelo Fioritti (Bologna)
Giovanni Greco (Ravenna)

LOCAL EDITORIAL BOARD

Mateo Ameglio (Colle Valdelsa)
Gabriele Bardazzi (Firenze)
Massimo Cecchi (Firenze)
Valerio Cellesi (Volterra)
Giuseppe Corlito (Grosseto)
Paolo Costantino (Firenze)
Maria Luisa Cucinelli (Arezzo)
Paolo Eduardo Dimauro (Arezzo)
Fabrizio Fagni (Montecatini)
Susanna Falchini (Firenze)
Fabio Falorni (Grosseto)
Cinzia Groppi (Pistoia)
Guido Guidoni (Firenze)

Redazione/Editorial Office

Centro Alcologico Regionale della
Regione Toscana
Azienda Ospedaliero Universitaria di
Careggi
Tel/Fax 055 7949650

Segretaria di redazione/ Editorial secretary

Fiorella Alunni
rivistaalcologia@alcolonline.it

Bibliotecaria/Librarian

Silvia Bruni (Alcolonline)

Direzione operativa /Production Editor

Comunica s.r.l.
Via Cavour 8 – 50129 Firenze

Cees Goos (Wien, O)
Geoffrey P. Hunt (Berkley, USA)
Bankole Jahonson (Virginia, USA)
George Kenna (Providence, USA)
Otto Michael Lesch (Wien, O)

Luigi Janiri (Roma)
Maurizio Laezza (Bologna)
Filomena Maggino (Firenze)
Franco Marcomini (Padova)
Marcello Mazzo (Rovigo)
Davide Mioni (Padova)
Giovanni Battista Modunutti (Trieste)
Umberto Nizzoli (Reggio Emilia)
Andrea Noventa (Bergamo)
Daniela Orlandini (Venezia)

Guido Intaschi (Viareggio)
Adriana Iozzi (Firenze)
Dino Lombardi (Valle del Serchio-
Lucca)
Sofia Malandrini (Firenze)
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)

Progetto grafico/Graphic Designer

Comunica s.r.l.
Via Cavour 8 – 50129 Firenze

Stampa/Printed by

Industria Grafica Valdarnese

Editori Precedenti/ Past Editors

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

Jannis Mouzas (Heraklion, GR)
John B. Sauders (Herston, Australia)
Robert Swift (Providence, USA)
Vlato Thaller (Zagreb, HR)
Nicolas Tzavaras (Alexandropolis, GR)

Giuseppe Palasciano (Bari)
Francesco Piani (Udine)
Rocco Luigi Picci (Torino)
Raffaella Rossin (Milano)
Maria Teresa Salerno (Bari)
Saulo Sirigatti (Firenze)
Stefano Taddei (Firenze)
Salvatore Ticali (Trieste)
Valeria Zavan (Novi Ligure)

Lamberto Scali (Prato)
Graziella Soluri (Pistoia)
Maura Tedici (Empoli)
Paola Trotta (Firenze)
Elisabetta Ungvari (Zona apuane-Massa
Carrara)
Tommaso Vannucchi (Prato)
Maurizio Varese (Lunigiana- Massa
Carrara)
Debora Vené (Mugello- Firenze)
Giuliano Villani (Prato)
Matteo Zuccotti (Montecatini)

IN QUESTO NUMERO

PRESENTAZIONE	Pag 5
LA CONSULTA	Pag 6
SINTESI DELLE SESSIONI PARALLELE a cura di I. Londi, F. Alunni, V. Patussi	Pag 8
CONCLUSIONI Sottosegretario di Stato On. Eugenia Roccella	
DOCUMENTI	
Programma della Conferenza	Pag 24
C. Collicelli	Pag 26
Stili di vita e cultura del bere in Italia	
E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, S. Martire, R. Russo	Pag 30
R. Scipione, E. Chessa, M. di Rosa, N. Parisi, C. Gandin,	
Consumi di alcol e impatto alcol correlato	

Nell'ambito delle attività connesse all'attuazione della legge 125/2001, legge quadro sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, si è svolta a Roma il 20 e 21 ottobre 2008, presso il centro congressi dell'Hotel Parco dei Principi, la Prima Conferenza Nazionale Alcol, promossa dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in collaborazione con la Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati e l'ISFOL - Istituto per la Formazione dei Lavoratori.

Tale evento è stato la prima occasione di portata nazionale, promossa dal governo, che ha avuto come obiettivo centrale il confronto fra tutti gli attori impegnati in questo ambito: dalle associazioni ed il privato sociale, agli operatori dei servizi, ai rappresentanti del mondo scientifico, alle istituzioni, sia di livello nazionale che locale, al mondo della produzione per condividere conoscenze, trasferire saperi, e soprattutto per costruire nuove alleanze e proporre interventi per contrastare il rischio sociale e sanitario alcol-correlato in Italia.

Occorre ricordare che l'alcol è uno dei sette principali fattori responsabili del 50-60% del carico di malattia, in particolare risulta quale prima causa di morte tra i giovani al di sotto dei 18 anni.

La conferenza si è svolta in un clima di grande partecipazione, scaturita in un ampio confronto tra i soggetti partecipanti. I documenti prodotti nell'ambito delle sessioni di lavoro, oltre che rappresentare lo stato del lavoro fin qui svolto, sono un patrimonio di idee e di proposte concrete su cui lavorare in futuro.

Le sessioni parallele hanno svolto pienamente il compito di analizzare tutte le iniziative correnti di "alcohol policy" rivolte nel corso degli anni al miglioramento della legge 125/2001 e all'adozione di misure dedicate all'incremento dei livelli di tutela di salute e sicurezza, individuali e collettivi. Inoltre sono stati ben individuati i "gap" esistenti e le proposte di sviluppo per il futuro, in armonia con le recenti strategie della Comunità europea a cui si ispira sia Piano nazionale alcol e salute concordato mediante l'accordo formale della Conferenza Stato-Regioni e sia il Programma governativo italiano "Guadagnare salute".

In questa prima pubblicazione dei risultati della conferenza sono riportate le sintesi dei documenti delle sessioni parallele, organizzate in gruppi di lavoro a partecipazione libera così articolate:

1. Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati.
2. Ruolo della società civile: auto mutuo-aiuto, volontariato e associazionismo.
3. Giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia.
4. Politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita.
5. Guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto.

Un ringraziamento a tutti coloro che hanno collaborato, i membri della Consulta, i vari rappresentanti istituzionali presenti, le Regioni, i collaboratori esterni, le organizzazioni dei produttori e le associazioni di volontariato e scientifiche, senza i quali non sarebbe stato possibile realizzare questo evento.

Componenti della Consulta

Dott.ssa Tiziana CODENOTTI *Membro effettivo esperto designato dall'ex Ministro della solidarietà sociale*
 Prof. Luigi JANIRI *Membro effettivo esperto designato dall'ex Ministro della solidarietà sociale*
 Dott. Antonio d'AMORE *Membro effettivo esperto designato dall'ex Ministro della solidarietà sociale*
 Dott. Marco TOSI, *Membro effettivo designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Antonio BONURA *Membro effettivo designato dalla Conferenza permanente*
 Dott.ssa Splendora RAPINI *Membro effettivo designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Bernardo SPAZZAPAN *Membro effettivo designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Antonio MOSTI *Membro effettivo designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Lino ZANON *Membro supplente designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Fernando Antonio D'ANGELO *Membro supplente designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Arcangelo ALFANO *Membro supplente designato dalla Conferenza permanente*
 Dott. Emanuele SCAFATO *Membro effettivo delegato dal direttore dell'ISS*
 Dott.ssa Claudia GANDIN *Membro supplente delegato dal direttore dell'ISS*
 Prof. Giuseppe ROTILIO *Membro effettivo delegato dal presidente del CNR*
 Dott. Pietro LIBERTI *Membro supplente delegato dal presidente del CNR*
 Dott. Aniello BASELICE *Membro effettivo proposto dall'Associazione italiana dei club degli alcolisti in trattamento*
 Dott. Guido GUIDONI *Membro supplente proposto dall'Associazione italiana dei club degli alcolisti in trattamento*
 Sig.ra Catia MIGNANI *Membro effettivo proposto dall'Associazione Gruppi familiari Al-Anon*
 Dott. Bruno GAGGIOTTI *Membro supplente proposto dall'Associazione Alcolisti Anonimi*
 Dott. Alberto BERTELLI *Membro effettivo proposto dal Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali*
 Dott. Ottavio CAGIANO DE AZEVEDO *Membro effettivo proposto dal presidente di Confindustria*
 Dott.ssa Carla COLLICELLI *Membro effettivo designato dal Ministro della salute*
 Dott.ssa Bastiana PALA *Membro effettivo designato dal Ministro della salute*
 Dott.ssa Natalia MAGLIOCCHETTI *Membro supplente designato dal Ministro della salute*
 Dott. Giuseppe SALAMINA *Membro supplente designato dal Ministro della salute*
 Dott. Mario CARLETTI *Membro effettivo designato dal Ministro della pubblica istruzione*
 Prof. Giovanni ADDOLORATO *Membro effettivo designato dal Ministro della pubblica istruzione*
 Dott. Valentino PATUSSI *Membro effettivo Società italiana di alcologia*

Invitati permanenti

Andrea FANTOMA *Ministero della Gioventù*
 Bruno GAGGIOTTI *Alcolisti Anonimi*
 Giovanni GRECO *Esperto in Alcologia Problemi e Patologie Alcol Correlate*

Gruppi di lavoro - Consulta 2003/2006

- Monitoraggio dei documenti adottati da enti o organismi internazionali per i quali e' richiesto il parere di competenza
- Definizione dei criteri di monitoraggio sui problemi alcolcorrelati: rilevazione dell'esistente e dei bisogni a livello nazionale e regionali
- Problematiche connesse alla formazione in alcologia

Gruppi di lavoro - Consulta 2006/2009

- Alcol e stili di vita
- Alcol – educazione, prevenzione, trattamento
- Legge 125/01 e conferenza nazionale alcol
- Alcol guida e lavoro

I documenti prodotti in questi anni dalla Consulta sono reperibili presso il sito ufficiale del Ministero del Lavoro, della Salute e della Solidarietà sociale.

Sintesi delle Sessioni parallele

A cura di **ILARIA LONDI, FIORELLA ALUNNI, VALENTINO PATUSSI**

I documenti integrali prodotti nell'ambito delle Sessioni parallele sono pubblicati nel sito ufficiale del Ministero del Lavoro, della Salute e della Solidarietà sociale

Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati

Coordinatore **BERNARDO SPAZZAPAN** Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati
 Rapporteur **FRANCO MARCOMINI** Dipartimento Dipendenze Padova

Quadro generale

Il quadro legislativo assegna alle regioni compiti di programmazione, di predisposizione dei servizi necessari a soddisfare i bisogni dei cittadini anche relativamente ai problemi alcol correlati.

Tale materia risulta essere concorrente relativamente ai compiti attribuiti allo stato nazionale ed il punto cruciale e significativo è quello di assicurare su tutto il territorio una omogenea garanzia dei livelli essenziali che devono avere carattere universalistico, in quanto non è immaginabile la radicale differenziazione di una condizione, quale si prefigura con l'alcolismo e i problemi alcol correlati, su base regionale e/o localistica di assistenza. Anche le relative prestazioni devono essere armonizzate ed avere carattere omogeneo, sulla base di precisi requisiti di appropriatezza, di efficacia e devono rispondere a criteri di evidenza scientifica.

La necessità di omogeneità deriva dalla semplice osservazione che un paese moderno è caratterizzato da una forte mobilità della popolazione per ragioni di studio, di lavoro e di costruzione di rapporti sociali ed affettivi.

Criticità attuali

- Le patologie e le problematiche alcol correlate sono in aumento sia in termini assoluti che per quanto riguarda la precocità e l'accuratezza della identificazione. Si riducono le rappresentazioni "classiche" dell'alcolismo per il miglioramento dei sistemi riabilitativi e di inclusione sociale che migliorano la qualità della vita, anche degli alcolisti con maggiori difficoltà di riabilitazione. Si riconosce, dal punto di vista epidemiologico un incremento dei problemi alcol correlati complessi che per ragioni causali o semplicemente casuali associano la contemporanea presenza di altre problematiche (uso problematico di droga o relativi stati di dipendenza, gravi deficit cognitivi, malattie psichiatriche o rilevanti condizioni

psicopatologiche, malattie organiche, gravi problematiche familiari con particolare riferimento alla violenza intradomestica ed alle gravi inadempienze nella tutela dei minori). Vi è un deciso aumento di problematiche legate al consumo, indipendentemente dalla presenza di quadri di alcolismo ed in particolare dell'insieme delle condizioni neurobiologiche che caratterizzano il quadro complesso che viene definito alcol dipendenza (uso dannoso, alcolismo giovanile, intossicazioni acute, binge drinking, stili di vita pericolosi ed irresponsabili);

- le risorse a favore dell'alcolologia sono in riduzione o, nella migliore delle situazioni, invariate, sia in termini di personale che di investimenti specifici e vincolati alla specificità delle problematiche alcol correlate;
- le équipes sono ancora eccessivamente centrate sul ruolo del medico, mentre le nuove problematiche esigono più coinvolgimento di altre figure professionali (psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori);
- non è definita in campo psicoterapeutico una specifica formazione che garantisca il duplice aspetto dello specifico alcolologico e della specifica competenza nel campo della psicopatologia e della sofferenza mentale;
- la certificazione diviene un'attività che caratterizza l'alcolologia e che pone anche la questione delle perizie che possono riguardare l'ambito alcolologico e che non possono essere condotte da professionisti che non hanno esperienza o conoscenze sufficienti in campo alcolologico;
- è necessario che i servizi (socio-sanitari) siano presenti e attivi nelle varie iniziative, sempre in collaborazione con le autonomie locali, con il privato sociale, con le agenzie culturali e con quelle educative. In particolare il capitolo della prevenzione e della promozione della salute deve riconoscere uno specifico alcolologico evitando in un generico riferimento al disagio o a presunti pre-determinanti che spingerebbero a bere in modo patologi-

co. Il consumo di alcol non può essere rubricato tra le patologie, ma non può essere neppure considerato un comportamento che può esprimersi senza vincoli che siano in grado di tutelare la salute e la sicurezza della persona e di terzi che potrebbero subire danni (problema alcol correlato o alcolismo passivo). A questo proposito si ricorda che l'alcol è un "no ordinary commodity" (secondo l'OMS l'alcol dovrebbe sottostare a strette regole di commercializzazione);

- la posizione delle comunità terapeutiche e delle cliniche private: il programma terapeutico va elaborato in collaborazione con il servizio pubblico di riferimento al fine di garantire la continuità terapeutica, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole realtà, consolidata dal processo di accreditamento. Si precisa che lo scopo della fase residenziale è di carattere sanitaria e non custodiale o di controllo sociale e deve prevedere tempi di residenza brevi (1-3 mesi) o medi (3-6 mesi) evitando qualsiasi processo di alienazione.

Cosa è necessario fare

- I servizi devono definire una loro mission, e quindi una loro specifica ed esclusiva vision, con la precisazione dell'ambito di competenza e dell'oggetto del proprio interesse. Tali mission e vision devono esprimersi dalla prevenzione, all'identificazione precoce, fino ai processi di cura e riabilitazione identificando la specificità dell'alcolologia in un coerente ed armonizzato processo di promozione della salute, con il largo coinvolgimento della comunità locale, come largamente indicato dall'OMS;
- si deve definire una strategia che includa i diversi sistemi dei servizi specialistici, direttamente o indirettamente coinvolti nelle problematiche alcolologiche, in un programma realizzato sulla base dei profili di salute e dei relativi piani di azione individuati a livello locale, tenendo presente che il concetto di alcolismo e di problemi alcol correlati va ben oltre la sindrome di dipendenza alcolica;
- l'attuale modello organizzativo prevalente nelle regioni italiane – nel pieno rispetto dell'autonomia delle stesse, seppur in ottemperanza ai livelli di assistenza che devono essere omogenei su tutto il territorio nazionale – prevede la presenza dei servizi di alcolologia (collocati o nei SerT o in servizi autonomi), prevalentemente coordinati nei Dipartimenti delle Dipendenze. Al di là della collocazione funzionale e/o strutturale deve essere comunque garantita un'articolazione dell'attività alcolologica nell'ambito del sistema di assistenza primaria (primary health care), in conformità alle diverse forme organizzative predisposte a livello locale, coerentemen-

te ai diversi indirizzi regionali. In ogni caso va garantita l'autonomia delle alcolologie che, di fatto, devono diventare unità operative specifiche (preferibilmente Unità Operative Semplici e Dipartimentali o Unità Operative Complesse), collocate al di fuori dei SerT, ma strettamente legate sia all'assistenza territoriale che ospedaliera. Inoltre, vista la complessità e gravità delle patologie alcol correlate che rappresentano la quarta causa di ricovero ospedaliero, è indispensabile sviluppare specifici programmi e percorsi alcolologici ospedalieri rispondenti alla prevalenza della patologia stessa;

- valorizzare la figura dell'alcolologo e la sua documentata e specifica formazione alcolologica con il fine di caratterizzare meglio i servizi ed i programmi di alcolologia. È quindi richiesto un preciso piano formativo ed una verifica dei livelli attuali della formazione nell'intero sistema dei servizi pubblici e privati che si occupano di alcolologia;
- introdurre nuovi strumenti terapeutici, diagnostici e valutativi o, comunque, adattare gli esistenti alle specifiche esigenze relative alle patologie alcol correlate;
- la certificazione, nelle diverse finalità (lavoro, guida di autoveicoli, alcolismo e/o dipendenza in ambito penale, invalidità, amministratore di sostegno o tutore, capacità genitoriale) deve avvalersi di linee guida e procedure che siano omogenee su tutto il territorio nazionale e siano adottate da tutti i servizi (forte criticità si manifesta nei confronti della certificazione di assenza di dipendenza, nella quale non è contemplata l'esame alcolologico);
- i servizi dovrebbero adeguarsi alla ricca letteratura scientifica presente su questi aspetti ed alle buone pratiche realizzate con le forme di cittadinanza attiva;
- si devono ridurre i tempi di permanenza nelle strutture, favorendo residenzialità brevi, con programmi vincolati alla continuità assistenziale e con una ridefinizione del concetto di comunità terapeutica in quanto funzione che destigmatizza ed è orientata alla inclusione sociale. Si ribadisce infine il valore della specializzazione, che deve essere sempre verificata e certificata;
- è da attestare l'importanza della *consensus conference* promossa dalla Conferenza Stato - Regioni, da realizzarsi nel 2009 sul tema dei problemi alcol correlati;
- occorre riconoscere, inoltre, il valore dell'azione di monitoraggio sui progetti attuati a livello regionale con il fondo nazionale previsto dalla legge 125/2001.

Hanno contribuito ai lavori della sessione

Antonio D'Amore
Alfio Lucchini
Roberto Pancheri

Ruolo della società civile: auto mutuo aiuto, volontariato e associazionismo

Coordinatore **ANIELLO BASELICE** Presidente AICAT

Rapporteur **CATIA** Gruppi familiari AlAnon

Quadro generale

La situazione prima della Legge 125/01

In Italia le due realtà storicamente più note attive nel campo del mutuo aiuto sono i Gruppi dei Dodici Passi (AA, AlAnon, Alateen) e i Club degli Alcolisti in Trattamento, nate negli anni '70. Nel periodo 1990-2000 si assiste alla moltiplicazione e disseminazione dei gruppi, che avviene a macchia di leopardo e rappresenta la maggior parte dei programmi di trattamento non istituzionali dei problemi alcolcorrelati.

Tale fenomeno rappresenta simultaneamente:

- una risposta funzionale ad una logica riparatoria, in cui chi fa qualcosa diventa anche una specie di Buon Samaritano rispetto a chi, a livello istituzionale e sociale, non fa nulla e tira dritto nell'indifferenza;
- una prima esperienza innovativa, promossa soprattutto dal movimento dei Club degli Alcolisti in Trattamento, di lavoro sinergico con altri attori della comunità per realizzare programmi territoriali finalizzati alla riduzione dei consumi e della promozione della salute.

La situazione dopo il varo della Legge 125/01

Grazie anche alla spinta della Legge Quadro sull'Alcol, accanto alle esperienze di auto-mutuo-aiuto, sono nate e si stanno affermando con sempre maggiore autorevolezza esperienze di associazionismo nei seguenti ambiti:

- protezione della salute e della vita dalle conseguenze negative legate al consumo di alcolici;
- informazione ed educazione corrette sulle conseguenze del consumo di bevande alcoliche sulla salute, sulla famiglia e la società;
- attività di lobby e advocacy tramite l'informazione e la mobilitazione della società civile su alcuni temi cruciali.

Criticità attuali

- Occorre che i governi delle nostre comunità riconoscano, con atti concreti, il protagonismo sociale dell'associazionismo, espressione di una pluralità di soggetti portatori di una storia autorevole, di una specificità d'azione in campo alcolologico e di una dignità scientifica fondata su una virtuosa osmosi tra sapere teorico e sapere esperienziale. In particolare, bisogna che sia dato spazio adeguato alla collaborazione con l'associazionismo, soprattutto nelle programmazioni e nelle progettazioni in campo socio-sanitario, superando il concetto del sostegno. Infatti, a differenza di quest'ultimo, la collaborazione implica una reciprocità tra soggetti diversi fondata sulla pari dignità;
- per un efficace intervento nel campo della promozione della salute si ritiene fondamentale che si definisca una posizione univoca, chiara e rigorosamente imparziale da parte degli organismi istituzionali e scientifici sulla natura e gli effetti dell'alcol, così come rintracciabile in tutti gli studi e i documenti elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sarebbe utile, inoltre, procedere ad una ricognizione in ogni regione sull'esistenza e sul funzionamento delle strutture di accoglienza previste dall'art.11 della L.125/01 al fine di valorizzare e potenziare tale risorsa anche grazie alla collaborazione e alla partecipazione delle associazioni alla loro gestione;
- sarebbe fortemente raccomandabile che le istituzioni esplorassero e valutassero strategie e modalità che potrebbero sostenere l'attività ordinaria di associazioni e/o gruppi (es. gruppi di self help) che, per scelta identitaria, cooperano con le istituzioni attraverso strumenti diversi da quelle in vigore (accreditamento, convenzioni, progetti ecc.)
- come è accaduto per il tabacco, anche per l'alcol bisogna porre l'attenzione sulle vittime terze o passive.

Occorre focalizzare che oltre alle persone con problemi alcolcorrelati esistono:

- le vittime degli incidenti stradali e sul lavoro;
- le vittime delle violenze scatenate dal bere;
- i minori che vivono in famiglie in cui la presenza di un genitore alcolista mette a rischio il loro percorso di crescita.

Quello delle vittime terze è un punto di vista da adottare per contenere il consumo, anche dal punto di vista normativo e per contrastare il liberismo economico sull'alcol. Tale terreno di tutela non può essere lasciato in mano solamente ad interlocutori economici, come le assicurazioni.

Cosa è necessario fare

- Riconoscere la specificità del ruolo dell'associazionismo in campo alcologico;
- potenziare l'accessibilità ai trattamenti;
- stimolare le istituzioni a promuovere la collaborazione con le associazioni ed i gruppi;
- realizzare la formazione in campo alcologico degli operatori dell'associazionismo;
- tutelare le "vittime terze" utilizzando anche nuove forme di tutela quali la class action.

Hanno contribuito ai lavori della sessione:

AA

AICAT

ALIA

ALISEO

Associazione Europea Vittime della strada

ALAnon

Fondazione Istituto Andrea Devoto

Gruppo LOGOS Onlus

Giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia

Coordinatore **GIOVANNI GRECO** Vice Presidente della Società Italiana di Alcologia

Rapporteur **LUIGI JANIRI** Università Cattolica del Sacro Cuore

Quadro generale

In Italia è ancora forte e non regolamentata la promozione delle bevande alcoliche soprattutto per le fasce di popolazione ritenute più vulnerabili, come i giovani. Questo è un percorso che inizia dal coinvolgimento della madre durante la gravidanza, includendo l'intero nucleo familiare. È indispensabile, inoltre, agire sugli adulti di riferimento affinché i messaggi di promozione della salute siano condivisi da tutti e non smentiti dai modelli familiari ed educativi.

Criticità attuali

- il consumo di alcol tra i 12 ed i 15 anni si inserisce nei riti di aggregazione giovanile legati al tempo libero, alla trasgressione ed alla identità di gruppo;
- differenza tra prevenzione e deterrenza:
- la prima (PREVENZIONE) si fonda su aggancio, relazione e promozione di fattori di protezione (azioni in grado di modificare i comportamenti in modo stabile e duraturo)
- la seconda (DETERRENZA), indubbiamente fondamentale, è volta a far rispettare le regole anche attraverso le sanzioni ed è competenza delle forze dell'ordine ed interviene dove formazione e prevenzione non arrivano;
- è preliminare la costruzione di una rete che non si basa su enunciazioni di principio ma sugli impegni di ciascuno e la misura dei medesimi.

Cosa è necessario fare

Educare ad una maternità responsabile.

Interventi (poster, brochure in studi medici specialistici, etichette sugli alcolici, attivazione dei medici di medicina generale (MMG) su:

- popolazione generale
- donne in età di scuole secondarie di 2° grado
- donne in età fertile
- donne in gravidanza

Prevenzione della Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) attraverso interventi selettivi sulle donne che consumano alcolici.

Interventi specifici su donne in condizioni di abuso o dipendenza alcolica, che abbiano già avuto bambini con disturbi da uso di alcol in gravidanza.

Attivare una idonea formazione nei diplomi di laurea e specializzazione per coloro che devono prendersi cura delle donne in età fertile.

(MMG, Ginecologi, Pediatri, Ostetriche, Infermieri, Operatori dei Servizi Sociali, dei SerT e della Salute Mentale).

Sviluppare una ricerca di settore.

Attivare strutture di riferimento (che conoscano la FASD) cui famiglie e insegnanti possano rivolgersi per recupero e riabilitazione.

Interventi nelle scuole e nelle famiglie

Interventi specifici per contesti diversi:

- attivazione di un regolamento interno approvato dal Collegio Docenti e dal Consiglio di Istituto che disciplini il consumo di alcol in ambito scolastico (es. esclusione dai viaggi di istruzione di chi venga sorpreso a consumare alcolici in tali contesti, condotta altrettanto responsabile nei docenti, divieto di consumare alcolici in contesto scolastico);
- costituzione di un gruppo di lavoro che promuova il processo di sensibilizzazione di tutti gli organismi scolastici e che si occupi del rispetto del regolamento;
- relazione genitori-figli: strumenti disponibili per una comunicazione efficace (percorsi formativi sulla comunicazione breve sui temi della salute con tutti gli attori disponibili compresi adulti di riferimento - parenti significativi, docenti - e giovani di riferimento - sorelle,

fratelli maggiori, animatori di parrocchia, allenatori, capi scout, medici di famiglia e dello sport);

- esplicitazione dell'atteggiamento familiare nei confronti del consumo di alcol per favorire consapevolezza ed interiorizzazione dei significati;
- regole condivise sull'atteggiamento da tenere su consumo, abuso, trasgressione occasionale nei confronti dell'alcol.

Interventi specifici per età, sesso, contesto geografico di appartenenza, condizioni socio-economiche

- Declinazione maschile/femminile: messaggi, attori, destinatari e metodologie distinte per maschi e femmine che riconoscono, decodificano e rispondono al tema alcol.
- Declinazione legata all'età (gli interventi seguenti non devono utilizzare materiali generici):
 - per i ragazzi tra gli 8 e gli 11 anni è prioritario il rapporto tra consumo attivo ed esposizione alle abitudini familiari;
 - tra i 12 ed i 15 anni il rapporto alcol-processi decisionali
 - influenze dei gruppi (pressione sociale);
 - tra i 14 ed i 18 anni il rapporto alcol-dipendenza.
- Controlli e certezza della pena per i commercianti trasgressori.
- Presenza di sportelli (reali, virtuali, fissi, mobili, continuativi, occasionali) di ascolto, autogestiti da giovani preparati anche in modo specialistico con metodologie riconducibili all'educazione tra pari, in grado di gestire una relazione anche con ragazzi di età inferiore.

Scopi:

- scambio di esperienze, orientamento, informazione corretta, contributo ai processi decisionali;
- dare spiegazioni sulle ragioni che spingono al consumo di alcol è prioritario rispetto all'acquisire conoscenze sul perché bere fa male;
- lavorare sugli aspetti negativi che riguardano l'esperienza del consumo soprattutto dal punto di vista relazionale, affettivo, motivazionale;
- individuare forme diverse di sensibilizzazione sia dal punto di vista degli strumenti, dei linguaggi che dei contesti;
- lavorare sulle differenze tra uso e abuso è essenziale per mettere a fuoco il perché si consuma;
- riflettere sugli esempi forniti dagli adulti, sia come bevitori occasionali che abituali e problematici.

Intervento di contesto

- Comunicazione e Marketing sociale: sganciate dall'ideologia; puntando a formazione, competenza ed ef-

ficacia (è strategica la cooperazione con organizzatori e gestori ed è necessaria l'assunzione di una posizione non giudicante);

- formazione certa e trasversale (conoscere ciò di cui si parla);
- informazione scientificamente ineccepibile (chiarezza degli obiettivi dei progetti, valutazione dei processi, costruzione di buone pratiche);
- rilancio del valore del volontario ovvero della gratuità;
- possibilità di costruire relazioni, stabili nel tempo, con gruppi a rischio sganciati da setting di cura;
- modifica delle Legge 125 con il fine di istituire il divieto di vendita, uso, detenzione e il trasporto di prodotti alcolici fino ai 18 anni compiuti, superando l'ambiguo ed arcaico concetto di "somministrazione".

Hanno contribuito ai lavori della sessione

Mauro Ceccanti

Sandra Bosi

Renzo Bacchion

Paolo Bello

Emiliano Girotti

Valeria Rinaldini

Politiche di Controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita

Coordinatore **TIZIANA CODENOTTI** Vice Presidente Eurocare

Rapporteur **SPLENDORA RAPINI** Responsabile Servizio Alcologia AUSL Pescara

Quadro generale

Le patologie e le problematiche alcol correlate (PPAC) rappresentano un'emergenza sociale e sanitaria, perché l'alcol mina la salute e la sicurezza degli individui e delle comunità.

Ciò dimostra che l'alcol è un bene di consumo particolare e molto rischioso, che, quindi, va regolamentato.

È necessario attivare politiche di controllo per contrastare l'impatto dei problemi alcol-correlati, politiche finalizzate a regolamentare la commercializzazione, la promozione e la vendita delle bevande alcoliche e non a proibirne totalmente il commercio.

È indispensabile e possibile agire a più livelli con diverse iniziative, ma si ritiene fondamentale che i singoli provvedimenti, oltre a rispondere a criteri di eticità e rispetto dei diritti dei cittadini, siano integrati all'interno di una strategia globale di contrasto alle PPAC, pena una loro sostanziale inefficacia.

Si è preso atto dell'esistenza di legittimi interessi commerciali in materia, che, tuttavia, debbono essere subordinati agli interessi di salute pubblica.

Si è anche rilevata un'aumentata consapevolezza della necessità di azioni di contrasto alle PPAC sia nella popolazione generale che in molti amministratori locali, i quali pagano e lamentano una carente normativa nazionale di riferimento, come anche dimostrato da una serie di indagini nazionali ed europee.

Le evidenze scientifiche indicano una serie di interventi strategici a partire dal grado di efficacia:

1. **Prezzo e tassazione.**
2. **Limitazione della disponibilità delle bevande alcoliche.**
3. **Abbassamento dell'alcolemia legale per la guida e aumento dei controlli.**

4. **Regolamentazione delle strategie di promozione e di marketing (contenuti e esposizione).**

5. **Iniziative informative e educative in contesti favorevoli (programmi di comunità), comunque accompagnate da parallele iniziative di controllo, evitando di identificare tali interventi come l'unica risposta al problema.**

Criticità attuali

- Si è registrata, negli ultimi 25 anni, una tendenza a liberalizzare in maniera incontrollata la disponibilità di bevande alcoliche, attraverso un aumento esponenziale del numero dei locali pubblici abilitati alla vendita e alla somministrazione, inclusa la vendita in forma ambulante, tramite distributori automatici, a prezzi promozionali, quando non, addirittura, la somministrazione a titolo gratuito. Questa tendenza risulta essere in netto contrasto con le evidenze scientifiche che dimostrano la necessità di agire sulla limitazione della disponibilità per ridurre sia i consumi alcolici che i danni alcol correlati.

- Sono progressivamente aumentate le pressioni a consumare alcolici, tramite strategie promozionali e di marketing sempre più capillari e aggressive, specialmente dirette a giovani e adolescenti, mentre sono parallelamente diminuiti i fattori di protezione.

Cosa è necessario fare

- Modifiche all'attuale legislazione (art. 13 - L.125/2001) in materia di promozione dei consumi alcolici, come proposto dalla Consulta Nazionale Alcol, anche in considerazione della palese inefficacia dei soli codici di autoregolamentazione per la protezione dei minori.

Il modello di riferimento è la legislazione francese (loi Evin).

La regolamentazione delle strategie promozionali e di marketing deve tenere anche conto dei nuovi e numerosi canali di promozione dei consumi alcolici, come Internet, telefonia mobile, sponsorizzazioni di eventi musicali e sportivi, etc..

- Estensione del divieto di vendita, oltre che di somministrazione, ai minori.
- Innalzamento a 18 anni dell'età legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche.
- Per quanto concerne il livello di alcolemia legale alla guida, all'interno della sessione si sono registrate posizioni differenziate, che vanno dalla diversificazione dell'alcolemia per gruppi di popolazione (giovani, neopatentati, autotrasportatori), in linea con le raccomandazioni della Strategia Europea sull'Alcol, fino al tasso zero per la popolazione generale.
- Necessità di favorire ed incentivare *ambienti "alcohol free"*, come autostrade, luoghi di aggregazione e del tempo libero di minori e adolescenti, luoghi di lavoro, nonché *situazioni "alcohol free"*, come gravidanza, patologie croniche, etc., anche attraverso campagne informative nazionali.
- Necessità di introdurre etichette che garantiscano il diritto del cittadino all'informazione, come contributo ad una migliore comprensione e ad una maggiore consapevolezza che l'alcol è un bene di consumo rischioso.

Il documento esprime la discussione e gli spunti emersi nell'ambito dei lavori della sessione, i cui esiti sono stati raccolti da Tiziana Codenotti e Splendor Rapini.

Guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto

Coordinatore **VALENTINO PATUSSI** Centro Alcológico Regionale della Toscana

Rapporteur **SIMONA DEL VECCHIO** Responsabile Struttura Medicina Legale ASL 1 Imperia

Quadro generale

Negli ultimi anni la normativa relativa alla prevenzione e sicurezza sul lavoro e sulla strada è andata modificandosi. Con la legge quadro sull'alcol ed il provvedimento attuativo della stessa (L. 125/2001 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006 - G.U. n° 75 del 30.3.2006) sono stati affrontati gli specifici aspetti legati ai rischi elevati di infortuni sul lavoro e per la sicurezza e la salute di terzi, derivanti dal consumo di bevande alcoliche prima e durante l'attività professionale da parte del lavoratore che svolge mansioni ad alto rischio, in aggiunta a comportamenti individuali scorretti, quale l'assunzione di alcolici durante l'attività lavorativa anche laddove le mansioni eseguite non comportassero rischi specifici. Tali norme, in un panorama multiprofessionale, vedono interagire le disposizioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro con quelle inerenti la sicurezza stradale (che investono o riguardano la cittadinanza tutta), con quelle che attengono all'etica e alla condotta di vita, fatte salve le fattispecie penalmente rilevanti.

Il recente testo unico in materia di sicurezza sul lavoro D.Lgs n. 81 del 9 aprile 2008 conferma questo orientamento che vede la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, non più orientata solo alla prevenzione delle malattie lavorative del singolo lavoratore, ma alla sicurezza e alla salute della collettività. In questo senso la comunità è orientata alla tolleranza zero, come sta avvenendo in altri stati della comunità europea, per quanto tutto ciò implichi importanti problematiche dal punto di vista della gestione delle istanze, che sicuramente hanno forti ripercussioni sulla società civile.

In tal senso è del tutto giustificato l'inasprimento delle pene relativamente alla guida in stato di ebbrezza che è stato modificato dal testo del Decreto-Legge coordinato con la legge di conversione, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 173 del 25 luglio 2008.

Criticità attuali

- Incongruenza tra le disposizioni e i regolamenti: la legge prevede la soglia alcolemica per la guida di 0,5 mg/l, mentre l'intesa stato regioni sopra riportata vieta il consumo di alcol per tutte quelle categorie di lavoratori considerati ad elevato rischio d'infortunio. Le disposizioni indicate dall'atto d'intesa Stato-Regioni del 16-3-2006 rimangono scarsamente applicabili su vasta scala nel mondo del lavoro poiché per la completa attuazione della normativa sarebbe necessario un esplicito riferimento al livello consentito di alcolemia per il lavoratore che svolge mansioni ad alto rischio, ovvero zero alcol per litro di sangue. È auspicabile che sia dichiarato con chiarezza che sul lavoro non è accettabile alcun valore di alcolemia sulla base scientifica che il tasso alcolemico non è prevedibile in relazione alla quantità di alcol ingerito e dipende invece da numerose variabili;
- non esiste una fonte di dati relativi agli incidenti stradali omogenea;
- le procedure del funzionamento delle Commissioni medico-provinciali per le patenti presentano una variabilità a volte difforme sul territorio nazionale ed è sentita dagli operatori la necessità di condividere indicazioni cliniche di comportamento diagnostico/prognostiche, che possono declinarsi in linee guida nazionali e/o protocolli operativi, al fine di garantire un approccio uniforme nelle diverse realtà territoriali province e regioni d'Italia e regolamentare esami clinici e visita medica, presenza in Commissione Medica Locale (CML) del medico alcolologo come previsto dalla normativa vigente, sanzioni, sospensioni, partecipazione ai corsi educativi, invio per accertamenti ai servizi specifici, costi per l'utente;
- non esistono flussi informativi per tracciare il percorso degli utenti per i quali, ex lege, è prevista la possibilità di poter accedere a qualsiasi Commissione Medica Locale a livello nazionale.

Cosa è necessario fare

- Eliminare le incongruenze tra disposizioni e regolamenti;
- realizzare una banca dati comune sia per l'infortunistica sul lavoro che per la sinistrosità del traffico;
- omogeneizzare le procedure delle CML auspicando il coinvolgimento del Ministero dei Trasporti a cui fanno riferimento le CMLP, per l'individuazione di criteri omogenei. Si ritiene necessaria la definizione di un *protocollo omogeneo* per tutte le Commissioni Medico Locali Patenti per gli accertamenti di idoneità alla guida a seguito della violazione delle disposizioni normative previste all'art. 186, con il coinvolgimento dei servizi di Alcologia. Inoltre è indispensabile attivare Servizi Alcologici in tutte le Aziende paralleli al Sistema dei SerT, che dovrebbero farsi carico di tutte quelle azioni di promozione della salute, oltre che assolvere ai compiti di diagnosi e cura;
- aumentare il numero dei controlli da parte delle forze dell'ordine;
- attivare programmi specifici per soggetti recidivanti, persone con livelli accertati di alcolemia superiori a 1.5 g/l, policonsumatori di sostanze, soggetti con patenti superiori (richiede un progetto speciale per le difficoltà specifiche che i controlli alcolimetrici in strada determinano per questa categoria di conducenti), neopatentati (primi tre anni), conducenti di mezzi di navigazione marittima, aerea e di trasporto su rotaie. Per tali gruppi a maggior rischio è bene introdurre un limite differenziato di alcolemia pari a 0;
- programmare azioni comunitarie correlate;
- divieto di somministrazione e di vendita di bevande alcoliche ai minori di anni 16; si propone di elevare il divieto di somministrazione e vendita ai minori di anni 18;
- legiferare per avere una norma quadro Nazionale e/o Regionale, che superi le ordinanze dei singoli comuni;
- maggior controllo da parte dei Comuni sull'accesso alle bevande alcoliche, sulla densità delle rivendite, sulle modalità di vendita, di promozione e di commercializzazione delle bevande alcoliche;
- istituire l'obbligo per tutti i comuni di dotarsi di etilometri da utilizzare nei controlli e comunque sempre in occasione di incidenti stradali. Costante dovrebbe essere poi l'interazione fra le varie forze dell'ordine preposte;
- destinare gli introiti delle sanzioni amministrative derivanti dalla violazione dell'art. 186 contestate dalle Polizie Locali, a sostenere programmi di prevenzione alla guida in stato di ebbrezza;
- istituire l'obbligo per i comuni di almeno 5.000 abitanti e con un numero di almeno 5 agenti di polizia locale di dotarsi di etilometri da utilizzare nei controlli e comunque sempre in occasione di incidenti stradali;
- vietare la commercializzazione di bevande alcoliche nelle autostrade, in quanto luoghi deputati alla guida, dove non sono previsti spazi adibiti al pernottamento;
- prevedere flussi informativi costanti per le CML;
- adottare le linee di indirizzo cliniche prognostiche riguardanti tutte le patologie significative ai fini dell'idoneità alla guida, validate dalle società scientifiche e in corso di pubblicazione con il patrocinio del Coordinamento Medici Legali Aziende Sanitarie (COMLAS);
- utilizzare per l'utenza afferente alle commissioni le stesse certificazioni utilizzate ai fini dell'iter diagnostico clinico-terapeutico, comprese quindi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- potenziare il sistema di vigilanza;
- predisporre corsi di formazione sia per i datori di lavoro, i medici competenti, rappresentanti sindacali dei lavoratori (RSL), rappresentanti servizio di prevenzione e protezione (RSPP) aziendali e responsabili aziendali, sia per i gli istruttori di scuole guida. Inoltre potrebbe essere opportuno predisporre la possibilità di tramutare la sanzione penale in un impiego obbligatorio in attività socialmente utili in ambito alcolologico, affinché possa essere esemplificativo sia per la persona direttamente interessata, che per la collettività che usufruirà del servizio;
- includere nelle scuole alberghiere, nei corsi di sommelier etc, temi di sensibilizzazione rispetto ai rischi e pericoli derivanti dall'alcol. È auspicabile inoltre una regolamentazione di maggior severità in merito alle pubblicità alcol correlate;
- promuovere azioni ispirate ai principi dell'art. 15 del D.Lgs. 81/08 in maniera continuata ed organica, con particolare attenzione alla informazione, formazione dei lavoratori e condivisione delle regole;
- adottare protocolli condivisi di comportamenti volti alla valutazione dei rischi mirati alla prevenzione sui luoghi di lavoro.

Hanno contribuito ai lavori della sessione

Claudio Annovi
Giordano Biserni
Roberto Campisi
Emilio Cipriani
Paolo Cimarosti
Raffaella Giannini
Bianca Maria Lanzetta
Marcello Mazza

Conclusioni

Sottosegretario di Stato on. **EUGENIA ROCCELLA**

Intervento conclusivo

Sottosegretario di Stato on. **EUGENIA ROCCELLA**

Ho preso tantissimi appunti. Tocca a me tirare le somme di questa I Conferenza nazionale sull'alcol. Sono state dette moltissime cose, dati moltissimi contributi. Cercherò pertanto di riassumerli tutti, partendo proprio dai principali dati.

In Italia, il consumo di alcolici è legato a una serie di **criticità**, ma anche di **positività**.

Tra i fattori positivi si distingue senz'altro il modello del "bere all'italiana" che resiste al tempo e all'evoluzione dei costumi della perché legato alla cultura del vino tipica della tradizione mediterranea. Si tratta di un modello che ben si addice alla dieta mediterranea in cui, appunto, il bere è parte integrante del pasto, momento del "rito" conviviale.

Tra le **positività** da valorizzare c'è poi il fatto che nel nostro Paese abbiamo, rispetto ad altre realtà europee, un numero inferiore di consumatori regolari di alcol.

Quali sono, dunque, le **criticità**? Il dato più preoccupante, quello su cui, tra l'altro, si è concentrata l'attenzione dei media, è *l'accesso precoce all'alcol*. L'Italia, su questo fronte, detiene purtroppo un record europeo: *l'età in cui i ragazzi cominciano a bere è precocissima, anche 11 anni*. A questo si aggiunge il diffondersi sempre più consistente di un nuovo modello di consumo, ovvero quello dell'assunzione di super alcolici, più che di vino, fuori dal pasto. L'alcol viene così considerato come sostanza "da sballo", o come bevanda preliminare al consumo di altre sostanze "da sballo". L'alcol viene pertanto vissuto non per gusto ma, semplicemente, per sperimentare emozioni limite, per ubriacarsi. È così che il problema finisce con l'intrecciarsi con quella che viene ormai abitualmente definita un'"emergenza educativa" che non interpella solo la politica, ma tutti: genitori, famiglia, scuola, società.

Tra gli altri aspetti problematici legati all'uso dell'alcol ci sono, poi, gli incedenti stradali e quelli sul lavoro; il problema dell'assunzione di alcol da parte di donne in gravidanza a quello che riguarda la marginalità sociale. A questo proposito, va ricordato che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha avviato un'indagine sui senza dimora, che rappresentano una delle fasce più colpite dall'alcolismo, proprio per raccogliere il maggior numero possibile di informazioni utili ad impostare una politica mirata ed adeguata di cura e prevenzione di questo disagio.

Infine, va affrontato il nodo relativo al miglioramento della rete di tutti quei servizi territoriali - compreso, per esempio, l'aggiornamento dei medici di base su tempi specifici - che concorrono alla gestione delle criticità relative all'uso improprio di bevande alcoliche.

Il fronte più importante da presidiare, a mio avviso, è quello che riguarda i giovani. Come fare? Il problema non è di facile soluzione: la difficoltà educativa di cui abbiamo più volte parlato riguarda tutti i livelli, compreso quello della trasmissione culturale. Tramandare da padre in figlio cultura e tradizioni è, oggi come non mai, un'operazione molto difficile da realizzare a causa della profonda cesura, quella che potremmo definire cesura post moderna, che divide le generazioni scavando un abisso fra il passato e il sentimento del passato, tra la memoria e l'uso del presente. È difficile, oggi, svolgere una funzione educativa perché prevale la tendenza a pensare che tutto si esaurisce nel presente. Quali solo, dunque, gli interventi possibili?

In base alle proposte emerse durante lo svolgimento dei lavori, credo si possano individuare **quattro livelli di azione** da perseguire, prima di tutto, per fronteggiare l'emergenza minori, poi, per affrontare tutti gli altri problemi correlati all'alcol.

1) **Informazione** Bisogna che sull'alcol si sviluppi una campagna d'informazione che faccia conoscere i reali limiti di tollerabilità in termini facilmente comprensibili. In questo senso ci impegniamo a rivedere le tabelle alcolemiche che, seppure scientificamente inappuntabili, non sono facilissime da consultare.

Insieme ai produttori, potremmo anche immaginare di elaborare criteri di autoregolazione per la campagne pubblicitarie (come, per esempio, le cosiddette "etichette etiche") stimolando anche quella responsabilità sociale d'impresa, ancora troppo poco sviluppata in Italia, che rappresenta una possibile chiave di sviluppo delle aziende nel futuro. Penso che coltivare la responsabilità sociale d'impresa, prima di tutto nel rispetto dei consumatori, sia per l'azienda un punto fondamentale anche per costruire un buon rapporto con l'opinione pubblica.

2) **Normativa** È importante su questo fronte colmare la lacuna tra divieto di somministrazione di alcolici e divieto di vendita, innalzando quest'ultimo ai 18 anni, come avviene nella maggior parte dei paesi europei. Occorre riflettere, inoltre, sul divieto di vendita di alcolici nelle discoteche.

3) **Relazioni** Associazioni, famiglie, scuola. È necessario che tutti si attivino per dare ragioni e argomenti contro l'abuso di alcol. Penso a degli "interventi di contesto", come è stato detto più volte, che, per esempio, promuovano la nascita di luoghi pubblici "alcol free" o di locali raccomandati per i minori. Prima delle azioni di deterrenza ci vogliono infatti azioni di coinvolgimento. Dobbiamo, in sostanza, ricominciare a dare le ragioni, non fermanoci al semplice "no"; reimpadronirci di argomentare, a convincere, per esempio, che non è giusto "sballarsi" con l'alcol o con le altre sostanze, e che è invece molto importante occuparsi di volontariato. Non è facilissimo, certo, ma è in questa direzione che dobbiamo orientare tutte le nostre energie immaginando iniziative che, per esempio, coinvolgano come testimonial i ragazzi sopravvissuti a gravi incidenti stradali. Si potrebbe pensare anche a riprendere, e implementare, la figura del custode sociale portandola nelle discoteche il sabato sera.

4) **Controllo** In particolare, va rafforzato quello per garantire la sicurezza sulle strade, senza però trascurare le attività a monte, come l'inserimento di domande specifiche sull'alcol nei test per patente e patentino, o l'abbassamento a zero della soglia alcolemica per i neo patentati. Personalmente sto pensando ad un provvedimento semplice che possa aumentare l'assunzione di responsabilità da parte del guidatore. Ho provato a fare una ricapitolazione di tutte le proposte

che sono emerse durante questa conferenza ma a questo punto si tratta di raccoglierle e farle proprie - e noi ci impegniamo a farlo - mettendo insieme le competenze. Non a caso, il sottotitolo che abbiamo dato a questo evento è stato "Costruire le alleanze".

Non è infatti possibile vincere una battaglia come quella dell'uso improprio di alcol se non costruendo alleanze, mettendo tutto in rete, partendo dalle competenze e dalle deleghe specifiche dei diversi ministeri, o dei diversi sottosegretariati, in cui a volte si disperdono e frammentano le possibilità d'intervento. È importante che anche i piccoli soggetti, le piccole associazioni, vengano messe in rete: solo così può essere realizzato un intervento davvero più efficace.

Nei confronti dei problemi alcol correlati invito tutti a non dividerci fra repressivi e tolleranti: la misura di un intervento deve essere prima di tutto la sua efficacia, soprattutto di fronte a un'urgenza, come questa, che tocca in primo luogo i minori. È questa la priorità che ci dobbiamo porre: l'efficacia del prevenire, proteggere, controllare; insomma, governare le situazioni di rischio che coinvolgono soprattutto i nostri giovani.

Vorrei infine ringraziare tutti coloro che hanno partecipato, in maniera molto attenta, a questo evento, e sono tantissimi: circa 400 per ogni giornata, per un totale di mille presenze complessive. Sono stati loro i veri protagonisti di questa Conferenza, il vero successo di questa due giorni. Ringrazio i componenti della Consulta, i rappresentanti di tutte le associazioni, i colleghi stranieri, tutti i relatori, l'Isfol e i tecnici del Ministero per l'ottima riuscita della manifestazione.

Documenti



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

I CONFERENZA NAZIONALE SULL'ALCOL

Roma 20 -21 ottobre 2008

Più salute, meno rischi

Costruire alleanze per
il benessere e la sicurezza

fse

ISFOL

Consulta nazionale
sull'alcol e sui problemi
alcolcorrelati

PROGRAMMA

PRIMA GIORNATA 20 OTTOBRE

Ore 14.30 Registrazione dei partecipanti

Ore 15.00 Apertura dei lavori

Saluto di Sveva Belviso

Assessore alle Politiche sociali - Comune di Roma

Relazione introduttiva

Eugenia Roccella, Sottosegretario di Stato

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Ore 16.00

Consumi di alcol e impatto alcol correlato

Emanuele Scafato, Direttore Osservatorio Nazionale Alcol
Istituto Superiore di Sanità

Ore 16.30

Stili di vita e cultura del bere in Italia

Carla Collicelli, Vice Direttore Censis

Ore 17.00 Coffee break

Ore 17.30

Istituzioni, società civile e problemi alcolcorrelati: ruoli e priorità

Tavola rotonda moderata da Fabrizio Oleari, D.G.
Prevenzione sanitaria - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Partecipano:

- Giovanni Addolorato, Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati
- Ottavio Cagianò de Azevedo, Associazioni dei produttori
- Cristian Carrara, Presidente del Forum dei giovani
- Daniela, Alcolisti anonimi
- Davide, Alateen
- Paolo Pucci, Aicat
- Rappresentante delle Regioni

SECONDA GIORNATA 21 OTTOBRE

Ore 9.00

Saluto di Ferruccio Fazio, Sottosegretario di Stato

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Ore 9.10

Il panorama europeo: linee guida e buone prassi

Coordina Francesco Orlandi, Univ. Politecnica delle Marche

2009, an important year for alcohol policy development at EU and Global level

Maria Renstrom, Ministry of Health and Social Affairs - Svezia

Alcohol advertising, Pregnancy and Labeling

Claude Riviere, ANPA

How to curb alcohol related problems - an overview of alcohol policy measures within the last ten years in Germany

Walter Farke, DHS

Ore 10.15 Sessioni parallele

Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati

Coordina Bernardo Spazzapan, Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati

Ruolo della società civile: auto mutuo aiuto, volontariato e associazionismo

Coordina Aniello Baselice, Presidente AICAT

Giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia

Coordina Giovanni Greco, Vice Presidente Società Italiana di Alcologia

Politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita

Coordina Tiziana Codenotti, Vice Presidente Eurocare

Guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto

Coordina Valentino Patussi, Dirigente Centro Alcolologico Regionale Toscana

Ore 13.15 Colazione di lavoro

Ore 14.30

Feedback dei gruppi di lavoro

- Franco Marcomini, Dipartimento Dipendenze - Padova
- Catia, Gruppi familiari AI - Anon
- Luigi Janiri, Università Cattolica del Sacro Cuore
- Splendorà Rapini, Responsabile Servizio Alcologia di Pescara
- Simona del Vecchio, Struttura Medicina Legale ASL I Imperia

Ore 15.40

Intervento di Giuseppe Palumbo

Presidente Commissioni Affari sociali - Camera dei Deputati

Ore 15.50

La costruzione delle alleanze per il benessere e la sicurezza

Tavola rotonda moderata da Luciano Onder, Direttore Tg2 Salute

Partecipano:

- Altero Matteoli, Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti
- Giorgia Meloni, Ministro della Gioventù
- Carlo Giovanardi, Sottosegretario Famiglia, Droga, Servizio civile
- Antonio Tomassini, Pres. Commissione Igiene e Sanità del Senato
- Rappresentante ANCI
- Rappresentanti delle Regioni

Ore 17.30

Conclusioni di Eugenia Roccella, Sottosegretario di Stato

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Stili di vita e cultura del bere in Italia

CARLA COLLICELLI Vice Direttore generale Fondazione Censis

Dal punto di vista degli stili di vita e della cultura dei consumi, la società italiana dei nostri giorni può essere definita una società “onni-vora” e della sperimentazione continuata. Le evidenze mostrano come si siano prodotti cambiamenti importanti rispetto al passato, nel senso della espansione e differenziazione di tutte le tipologie di consumo, comprese quelle alimentari e del bere, con un ventaglio di opzioni e di modalità che si estendono dai consumi di lusso e superlusso ai consumi low cost. Accanto a ciò, le moderne società industriali, e l'Italia non fa eccezione in tal senso, producono anche la crescita della frammentazione sociale e dell'isolamento. In un simile contesto, i giovani, ed in particolare coloro che vivono le più delicate fasi di crescita e di passaggio all'età adulta, costituiscono una categoria sociale particolarmente vulnerabile ed esposta alle deviazioni dei comportamenti di gruppo, alla trasgressione come ricerca del rischio o come protesta, alla sperimentazione imprudente ed all'abuso di sostanze, dal bullismo, al vandalismo, allo sbalzo da droga, da discoteca, o da ubriacatura. Apparentemente in contraddizione con tutto ciò, crescono, nel periodo più recente, anche l'attenzione per gli stili di vita salutari e la consapevolezza e l'informazione sui rischi della scorretta alimentazione e della assunzione di sostanze dannose. Mentre permangono come caratteristica socio-antropologica tipicamente italiana le forti differenze territoriali e generazionali nei consumi e nei comportamenti, solo superficialmente scalfite dall'influenza dei processi di internazionalizzazione e globalizzazione, ivi comprese le migrazioni internazionali.

Gli stili di vita nell'ambito dei consumi di alimenti, di bevande e di altri prodotti di assunzione orale sono soggetti ad una evoluzione che rispecchia i più generali cambiamenti sociali. Non meraviglia quindi che negli ultimi anni l'Italia si trovi a confrontarsi, in questo specifico ambito, con trend contraddittori, che vedono il diffondersi da un

lato della consapevolezza e dell'importanza di una corretta alimentazione e di una lotta agli abusi, e dall'altro lato di consumi rischiosi per la salute, sia nell'alimentazione, che con le bevande, con i farmaci e con le sostanze psicoattive, per lo più collegati alla diffusione della cultura del tempo libero e della socialità. Nei casi più gravi gli abusi hanno a che vedere spesso con forme più o meno serie di disagio e disadattamento, in un rapporto di causalità reciproca.

Su uno sfondo sociale complesso come quello brevemente descritto, la cultura del bere in Italia è caratterizzata da:

- un trend di lungo periodo di riduzione generale della quantità di alcol consumato (con calo del vino e aumento della birra nel lungo periodo e degli aperitivi più recentemente) (tab. 1 e fig. 1);
- di riduzione del numero dei “grandi consumatori” tra gli uomini adulti (-1,7% per 4 e più unità alcoliche quotidiane tra 2005 e 2007);
- di aumento della platea dei consumatori, specie dei consumatori moderati (fig. 2);
- di crescita dei consumi di qualità e del “buon bere” nei ceti più acculturati;
- di crescita del consumo femminile (attorno al 50% in 10 anni);
- di crescita della moda del “fuori-pasto”, specie tra i giovani, maschi e femmine (tab. 2 e fig. 3).

Tab. 1 - Quantità consumate per tipo di bevanda alcolica (litri per anno)

	1881	1971	2003
Vino	95,2	112,7	50,5
Birra	0,8	11,0	30,1
Spiriti	1,7	1,8	0,8
Alcol puro	13,3	13,6	7,4

Fonte: dati economici nazionali

Fig. 1 – Trend del consumo di vino in Italia per anno (1861-2003)

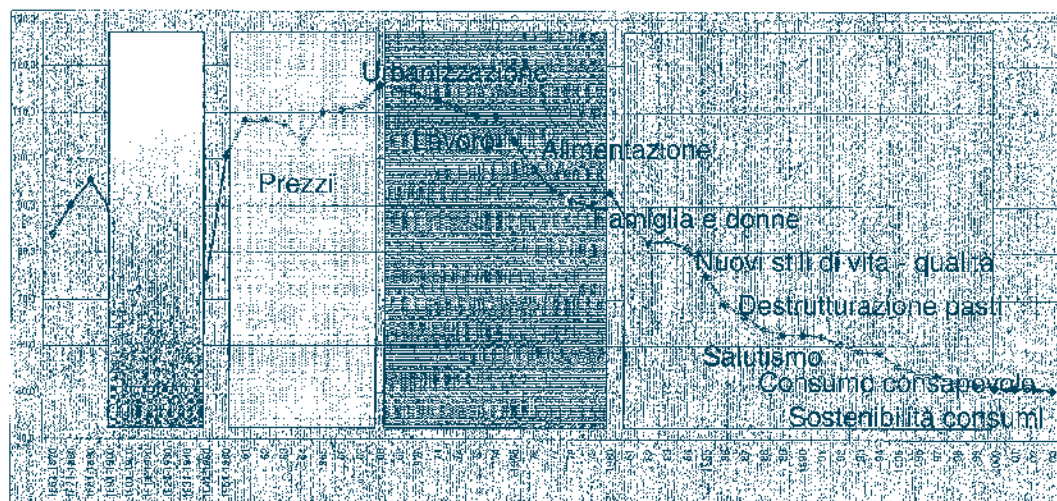
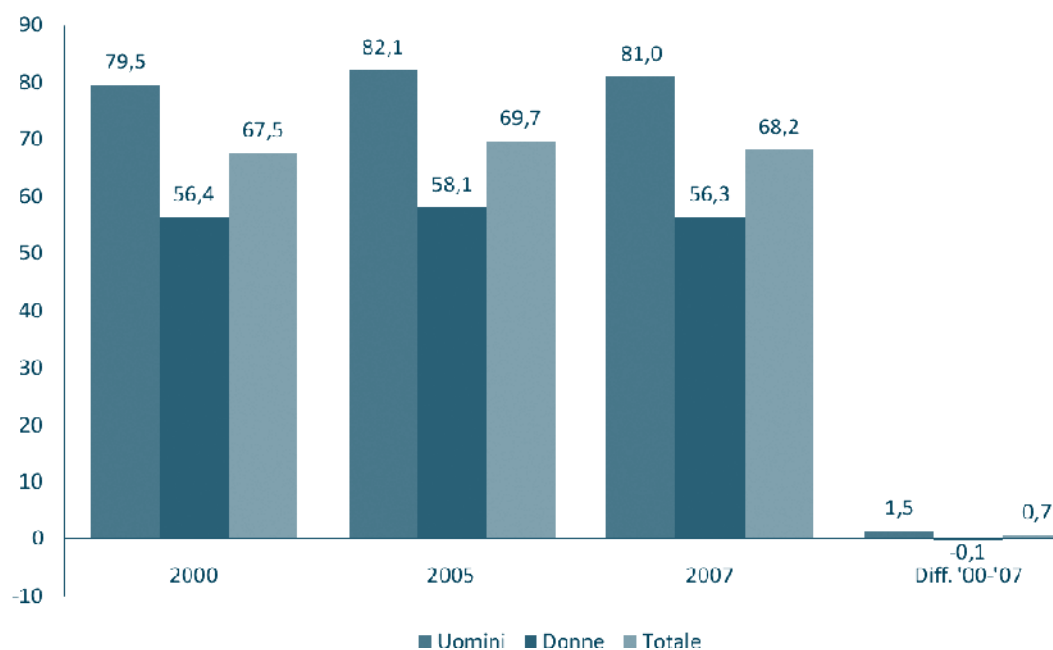


Fig. 2 - Consumatori di alcol sopra gli 11 anni per sesso – Anni 2000-2007 e var. 2000-2007



Fonte: Istat, indagine Multiscopo, 2007

Tab. 2 - Consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana per sesso e area geografica nel 2007 (val. %)

	Uomini	Donne
Nord-Ovest	13,5	2,9
Nord-Est	17,5	4,4
Centro	10,6	2,3
Sud	7,3	1,1
Isole	8,5	1,6

Fonte: Istat, indagine Multiscopo, 2007

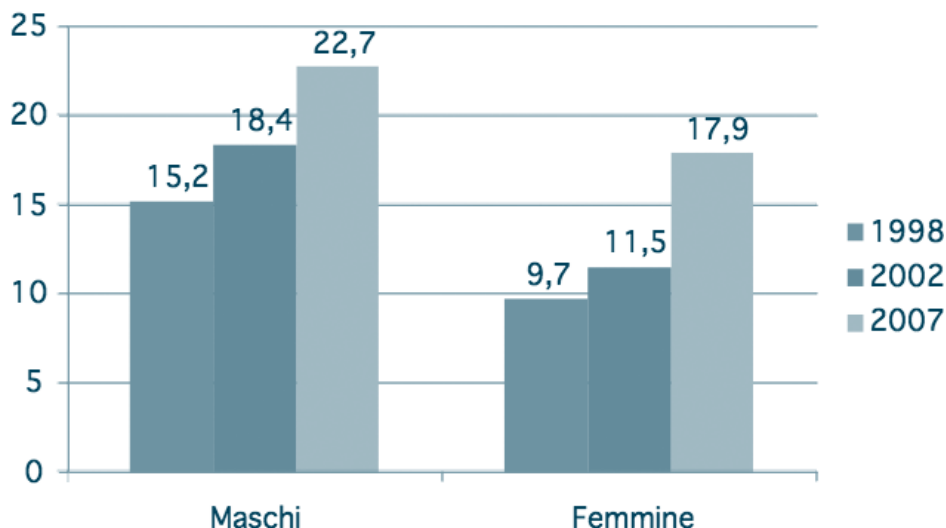


Fig. 3 - Giovani di 14-17 anni che consumano alcol fuori-pasto per sesso – 1998-2007

Fonte: Istat, indagine Multiscopo, 2007

La quantità di alcol consumato nell'anno pro-capite in Italia (7,5-8 litri contro gli 11,5 di 30 anni fa), costituisce oggi di fatto un valore moderato rispetto a quello degli altri paesi europei, anche se superiore a quello raccomandato dall'OMS (6 litri), ed anche gli abusi risultano inferiori a quelli di altri paesi ed il consumo diffuso prevalentemente su tutta la settimana e durante i pasti. Basti dire che il 78,7% dell'intera popolazione italiana, il 67,6% degli uomini, l'89% delle donne, l'86,1% dei minori e l'89,1% delle minori non presentano nessuno dei comportamenti considerati a rischio nell'ambito della assunzione di alcolici.

Ciò corrisponde d'altra parte alla permanenza di una connotazione culturale dei consumi di alcol in Italia che la sociologia ha definito da "cultura bagnata", una cultura tipica dei paesi del Mediterraneo, caratterizzata da un consumo alcolico regolare, moderato e durante i pasti, in quanto ritualità conviviale socialmente accettata sulla base di una consuetudine millenaria, contrapposta alla cosiddetta "cultura asciutta" dei paesi del nord Europa, caratterizzata da un modello di consumo di alcol più rarefatto nel tempo e collocato specie fuori-pasto e nei week-end, con frequenza di eccessi di tipo trasgressivo, specie il sabato sera, e con maggiore consumo di birra e superalcolici.

Cionondimeno alcune evidenze rilevate nel contesto italiano nel periodo più recente nell'ambito del consumo di bevande alcoliche destano una motivata

preoccupazione sociale. Si tratta in particolare degli incidenti stradali e di quelli sul lavoro, e soprattutto delle morti sulle strade nei week-end, spesso correlati all'abuso di alcol e sostanze psicoattive da parte dei giovani. Ma anche del permanere di una quota di consumatori eccedentari, specie tra gli uomini adulti del nord-est. Particolarmente preoccupante risulta inoltre la crescita tra i giovani di una tolleranza diffusa nei confronti di alcuni eccessi saltuari, tipici delle "culture bagnate" del Nord Europa (tab. 3).

Da un punto di vista socio-culturale va pertanto considerato che, in una società frammentata e attraversata da paure, sia planetarie che di micro segmento, desta particolare ansia la percezione di una transizione sociale verso il modello di "consumo asciutto", soprattutto da parte dei giovani e delle giovani donne in particolare.

	2000	2003	2005
Non disapprovo bere 1-2 bicchieri	74,0	77,0	75,8
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta a settimana	20,0	26,5	24,3
Nessun rischio nel bere 4-5 bicchieri spesso	3,0	2,3	3,0

Tab. 3 – La percezione del rischio nell'uso di bevande alcoliche tra 15 e 19 anni

Fonte: indagine Espad, 2005

Per quanto riguarda le motivazioni sociali dell'abuso, i fenomeni di disagio e disadattamento, di cui si rileva la crescita e che sono collegati spesso ad un consumo a rischio da parte dei giovani, riguardano in particolare:

- la debolezza identitaria degli adolescenti e di molti giovani, per carenze nella trasmissione intergenerazionale dei valori, che spinge verso la ricerca di riscatto e di identità in forme di sfida e trasgressione;
- le forme di isolamento sociale e lavorativo, che colpiscono in particolare molte casalinghe, pensionati, lavoratori prematuramente espulsi dal lavoro, disoccupati;
- il disagio di molti immigrati, dovuto all'abbandono forzato dei propri contesti di origine ed alla precarietà sociale e lavorativa;
- la amplificazione, ad opera dei mezzi di comunicazione di massa, di stili di vita e di comportamenti di consumo alcolico a rischio;
- l'indebolimento dei fattori di protezione spontanea che la società italiana possedeva fino a poco tempo fa in ampia misura, e cioè della famiglia, della scuola, del controllo sociale diffuso, dei modelli positivi di riferimento, della cultura della qualità degli alimenti e delle bevande.

Dato il carattere legale, diffuso e socialmente accettato del consumo di alcol, appare necessario dunque prendere in seria considerazione strategie ed azioni di ampia e specifica valenza sociale, economica e giuridica, che puntino ad aumentare, specie nei giovani, la consapevolezza del rischio connesso all'abuso di bevande alcoliche, specie per alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché a sostenere politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato.

I possibili interventi preventivi e dissuasivi, miranti a modificare gli atteggiamenti profondi, e non solo i comportamenti singoli di chi incorre in simili rischi, che la Consulta nazionale ha preso in esame e propone di avviare, si collocano nelle aree:

- della **prevenzione primaria "sistemica"**, rivolta cioè a tutti i soggetti sociali ed istituzionali che in qualche modo influiscono sui consumi di bevande alcoliche, siano essi produttori, decisori pubblici, mass-media, amministratori locali, volontariato, ecc.;
- della **conoscenza approfondita dei fenomeni** di consumo e di abuso per target di popolazione, territorio e cultura sociale;

- della **prevenzione diretta ai cosiddetti "moltiplicatori sociali"**, tutti coloro cioè che per ruolo e professione (commercio, ristorazione, volontariato, wellness, scuola, spettacolo, bellezza, sport) hanno contatti diretti e possono avere una influenza sui target a rischio, sia i termini di controllo, che in termini di propagazione di comportamenti esemplari e virtuosi, soprattutto nei confronti della fascia di età giovanile;
- delle forme di collaborazione con attività preventive di altri abusi, consumi a rischio e stili di vita contrari alla salute, per **iniziative integrate**;
- della **comunicazione preventiva** su specifici territori e contesti.

Esempi concreti di iniziative da promuovere sono i seguenti:

- censimento, attraverso l'identificazione di un adeguato supporto di segretariato tecnico istituzionale, delle attività e delle **good practice** già in corso e finalizzate alla diminuzione dell'impatto alcolcorrelato sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- **sito internet nazionale certificato**, che veicoli le buone pratiche, i casi di comportamenti ed atteggiamenti virtuosi, i progetti che hanno avuto successo, le pubblicazioni ed i documenti;
- **programmi di ricerca** significativi, bibliografie mirate, studi approfonditi che permettano di mettere meglio a fuoco la realtà dei rischi da alcol e il collegamento con gli stili di vita, con la cultura collettiva, con il mondo dei mass-media;
- sensibilizzazione e formazione dei **genitori** nei vari contesti aggregativi (scuole, parrocchie, sedi di quartiere...) sulla trasmissione ai figli di stili di vita sani;
- accordi per progetti con il mondo dello **spettacolo**, giovanile e non;
- accordi con il mondo dei prodotti locali e di relativi produttori, dall'agriturismo al **localismo** sociale ed economico;
- accordi con i **gestori** di locali per una offerta di bevande analcoliche;
- progetti di valutazione e proposta sul tema dell'alcol e della sicurezza nei luoghi di lavoro, dai **ritmi di lavoro** allo stress lavorativo;
- accordi con i datori di lavoro per azioni di **"lavoro sicuro"**;
- accordi con i gestori di ristoranti per **menu sani**;
- formazione e sensibilizzazione dei docenti allo sviluppo di stili di vita sani nella ordinaria **attività didattica**, e non solo nei moduli separati.

Consumi di alcol e impatto alcol correlato

Sintesi dell'intervento di E. Scafato

EMANUELE SCAFATO, SILVIA GHIRINI, LUCIA GALLUZZO, SONIA MARTIRE, ROSARIA RUSSO, RICCARDO SCIPIONE, EGIDIO CHESSA, MONICA DI ROSA, NICOLA PARISI, CLAUDIA GANDIN

Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Centro OMS Ricerca Alcol

Ogni anno nel mondo almeno 2,3 milioni di persone muoiono per una causa alcolcorrelata; in Europa 55 milioni di persone sono consumatori a rischio e 23 milioni gli alcol-dipendenti. 195.000 persone muoiono in EU per una delle 60 cause di morte alcolcorrelate; il 25 % dei decessi tra i maschi di età 15-29 e il 10 % dei decessi registrati tra le giovani donne è causato dal consumo rischioso di alcol. L'alcol, in connessione con l'incidentalità stradale, è la prima causa di morte tra i giovani europei ed in Italia. Ogni anno l'alcol genera costi sociali e sanitari pari a 125 miliardi di euro; i costi non tangibili che si riferiscono al dolore, alla sofferenza e alla perdita della vita a causa dei danni sociali, sanitari e quelli legati ad atti criminosi dovuti all'alcol sono stimati per l'anno 2003 in 270 miliardi di euro.

In Italia il 3 % del PIL è attribuibile agli effetti negativi dell'alcol, responsabili di almeno 24.000 decessi l'anno con un carico di malattia e di disabilità che rappresenta il 6 % circa dell'intero carico di malattia nella popolazione. Il quadro delineato dalle stime riportate è emblematico degli effetti di un comportamento che nel corso degli ultimi anni ha determinato l'attivazione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di un Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, di una Strategia Comunitaria per contrastare gli effetti dannosi e rischiosi dell'alcol lanciata attraverso una Risoluzione del Parlamento volta ad affiancare gli Stati Membri in un articolata serie di interventi mirati a contrastare in particolare il fenomeno dell'uso e dell'abuso di alcol attraverso il perseguimento di priorità di tutela della salute e della sicurezza delle popolazioni più vulnerabili: il nascituro, i minori, gli adolescenti, le donne, gli anziani.

Il quadro epidemiologico italiano da anni fa registrare tendenze che hanno sollecitato l'adozione di un Piano Nazionale Alcol e Salute e l'inclusione dell'alcol nelle

strategie di prevenzione e promozione della salute delineate dal Programma "Guadagnare Salute". Ciò nonostante, le rapide modificazione nei modelli e nelle culture del bere, in particolare dei giovani, delle donne e degli anziani, hanno determinato un innalzamento della numerosità degli individui che consumano le bevande alcoliche secondo modalità considerate a maggior rischio e un impressionante incremento negli effetti di tale comportamento, tra cui il binge drinking, il bere per ubriacarsi rilevabile attraverso al rilevazione dei 108.000 ricoveri totalmente alcol attribuibili e dall'incremento del 187 % in 10 anni del numero di alcol-dipendenti in carico ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2006, 61.656 alcol-dipendenti, 48.324 maschi e 13.332 femmine, risultano seguiti dagli oltre 400 gruppi di lavoro distribuiti sul territorio nazionale con una quota annuale di circa 5000 nuovi alcol-dipendenti all'anno. Il fenomeno della diffusione dell'abuso al target giovanile è connotato dalla rilevante percentuale di giovani alcol-dipendenti in costante aumento entrare nel corso degli anni tempo rispetto al totale dell'utenza.

Nel 2004 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,6% dell'utenza dei servizi alcolologici (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano il 9,8%, contro il 9,1% del 2003. Complessivamente il 15 % degli alcol-dipendenti in carico ha oggi un età inferiore ai 30 anni.

La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai soli nuovi utenti di 20-29 anni, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004; in questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996.

Se da un lato si registrano incrementi costanti nel numero degli alcol-dipendenti, dall'altro, indicatori di più ampio respiro (consumo tra i minori, dati sulla sicurezza

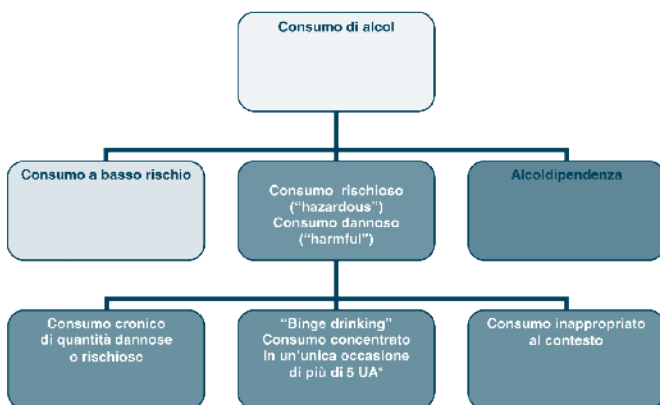
stradale, episodi di violenza, di criminalità, ecc.) testimoniano che, in funzione dei trend registrati, non potrà risultare efficiente un'azione di prevenzione basata sulla competenza esclusiva del settore di cura dell'alcoldipendenza, principalmente dei SERT e dei Dipartimenti delle Dipendenze, evidentemente in sofferenza e impossibilitati a rispondere adeguatamente ad una domanda che cresce esponenzialmente in assenza di paralleli adeguamenti delle risorse di personale addetto.

È pertanto indispensabile nei modelli organizzativi regionali e aziendali valorizzare, integrandola, l'attività autonoma e le specifiche competenze dei gruppi/equipe di lavoro esperti già attivi nella prevenzione e nella capacità di intercettazione precoce delle PPAC nella loro più ampia accezione specializzandoli sui target più vulnerabili: i GIOVANI e gli ANZIANI. Capacità che deve poter consentire l'accesso alla diagnosi precoce e all'intervento specifico ai circa 9 milioni di individui stimati a rischio dall'ISS che non sono alcoldipendenti e che non appare razionale o opportuno curare in un contesto, anche logistico, come attualmente il SERT, destinato o dedicato all'alcoldipendente e da cui dovrebbe essere sempre invece distinto per agevolare l'accesso e la fruizione delle prestazioni.

I consumatori a rischio in Italia nel 2007

Definizioni

Per valutare i consumi a rischio è indispensabile categorizzare le varie modalità di consumo alcolico e definire esattamente i livelli o le modalità che possono nuocere alla salute. Lo schema proposto cerca di sintetizzare tali concetti.



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, WHO CC Research on Alcohol, 2008

La sobrietà o astensione è l'attuazione, secondo le proprie convinzioni e capacità, di un comportamento dettato dall'analisi e autovalutazione delle circostanze che potenzialmente espongono a rischio nella piena consa-

pevolezza dei propri limiti e nel rispetto dell'esigenza individuale e collettiva di tutela di salute e sicurezza; la sobrietà, al pari della scelta del bere, è una libera scelta e non è attuata come rassegnazione di una moderazione e/o astinenza forzata.

La quantificazione dei consumatori a basso rischio (moderati) di alcol si basa, intuitivamente, sull'identificazione dei consumatori che NON eccedono le quantità che gli Organismi di tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte di bassi consumi o, per contesti o condizioni definiti (alcohol free) dell'astensione nel consumo (guida, gravidanza, luoghi di lavoro, infanzia e adolescenza, assunzione di farmaci).

La Framework for Alcohol Policies in the European Region del WHO (2005) dedica un intero paragrafo alle "alcohol free situations", alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l'uso di alcol. Tra le situazioni elencate quelle relative:

- alla sicurezza stradale
- alla sicurezza nei luoghi di lavoro
- alla gravidanza
- all'età infantile ed adolescenziale
- ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile

sono quelle per cui esistono evidenze di priorità di intervento ai fini della sicurezza e della salute. Il WHO ha anche formulato una classificazione (ICD10) relativa ai differenti livelli di rischio alcol correlato così sintetizzabile.

CONSUMO RISCHIOSO ("hazardous"): un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

CONSUMO DANNOSO ("harmful"): una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.

ALCOLDIPENDENZA: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

L'elaborazione e l'analisi statistica delle variabili della Multiscopo ISTAT quantificano gli individui a rischio riportando SEPARATAMENTE le stime per:

- eccedenza dei limiti quotidiani;
- binge drinking.

Nella definizione "a rischio" (attualmente esclusivamente riferita a coloro che eccedono i limiti) non trova adeguata stima e rappresentazione la quantificazione puntuale del numero reale di individui che evidentemente occorre identificare come "a rischio" ANCHE sulla base del binge drinking. Ciò condurrebbe ad una stima più utile in termini di valutazione ed intervento. In buona sostanza, secondo le stime correnti, un "binge drinkers" è correttamente identificato come tale ma non viene considerato nella stima delle prevalenze dei "consumatori a rischio" oggi identificati attraverso l'eccedenza dei limiti quotidiani. Viceversa un consumatore moderato che non eccede i limiti quotidiani non è considerato nella stima delle prevalenze dei "consumatori a rischio" anche se dichiara di comportarsi come "binge drinkers".

Per giungere a valutare adeguatamente la numerosità degli individui a rischio alcolcorrelato in Italia ed in coerenza con tutte le condizioni di rischio verificabili nella popolazione, l'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol hanno delineato un indicatore di sintesi così definito.

Sono da considerarsi a maggior rischio tutti gli individui che soddisfino uno dei seguenti criteri specifici:

- le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA, definite dallo standard ISTAT);
- gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA);
- tutti i giovani di età inferiore ai 15 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche;
- i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno;
- gli ultra 65enni, che eccedono il consumo di 1 UA al giorno.

Sono da considerarsi parimenti a rischio:

- gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (binge drinking).

Validità e limiti

Le prevalenze dei consumatori a rischio (hazardous secondo la classificazione internazionale OMS e dei binge drinkers identificano due diverse modalità di consumo a rischio, la prima più diffusa tra gli anziani e la seconda

tra i giovani. La disaggregazione del campione per sesso, ripartizione territoriale e classi di età, comprensivo di tutte le modalità riscontrabili nella pratica quotidiana fornisce una soluzione ottimale attraverso un originale indicatore di sintesi delle due tipologie di consumo a rischio, utile nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale.

La mappa del rischio in Italia

Sono oltre 9 milioni gli individui di età superiore agli 11 anni che consumano secondo modalità a maggior rischio; 6.719.665 maschi, 2.117.182 femmine pari al 26,4 % e al 7,8 %, rispettivamente, della popolazione italiana di più di 11 anni.

Rilevanti e significative differenze si riscontrano a livello regionale dove si registra una più elevata prevalenza al Nord (Trentino Alto Adige, Friuli V.G., Piemonte le regioni con le più alte prevalenze per entrambi i sessi) e 15 regioni per i maschi e 7 per le femmine con prevalenze di consumatori a rischio superiori alle medie nazionali per sesso.

Le criticità maggiori sono ascrivibili ai giovanissimi.

Oltre 740 mila MINORI sono consumatori a RISCHIO. Tra i ragazzi 11-15enni e quindi al di sotto dell'età minima legale, 1 ragazzo su 5 è un consumatore a rischio; tra i 16-17enni 14 minorenni su 100 bevono secondo modalità rischiose. Inoltre la quota delle ragazzine a rischio 11-15enni al di sotto dell'età legale (16,8 %) supera il valore della media nazionale delle consumatrici a rischio (7,8 %).

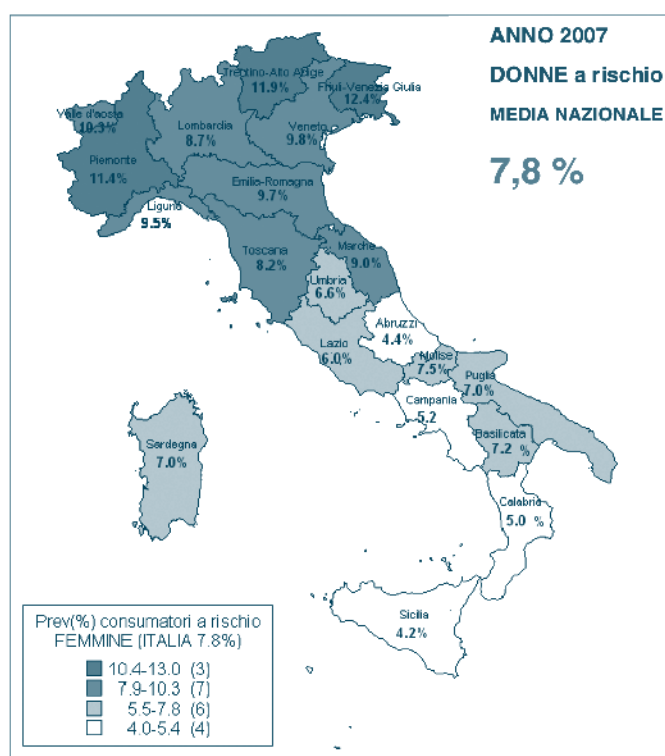
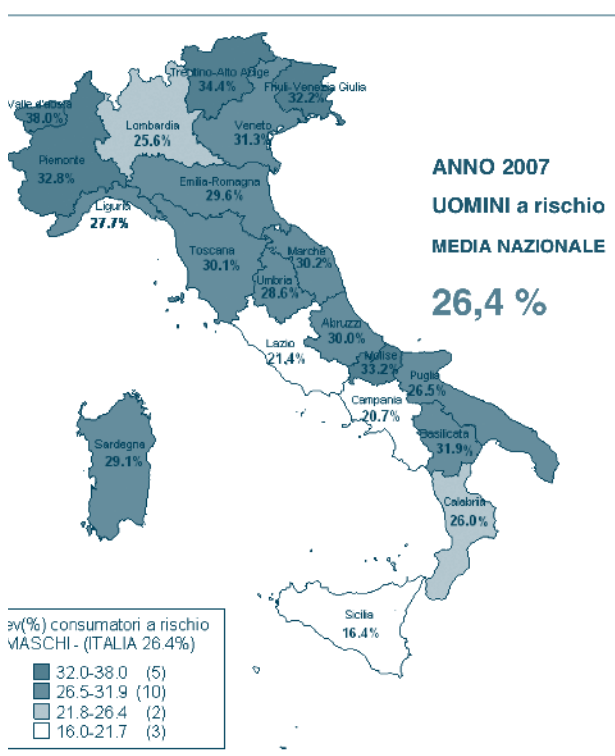
Oltre 700.000 18-24enni risultano a RISCHIO. Tutti i comportamenti a rischio considerati sono più diffusi tra i maschi.

Tra gli anziani si registrano in assoluto le più elevate quote di consumatori a rischio. Oltre 3.120.000 ultra65enni sono consumatori a RISCHIO; tra i maschi ultra65enni, 1 anziano su 2 è a rischio, tra le donne la proporzione è circa di 1 su 10.

Consumatori a rischio in Italia. Anno 2007

Sesso	Classi di età	Consumatori A RISCHIO (Criterio ISS)	Consumatori A RISCHIO (Numerosità)
MASCHI	11-15 (al di sotto età legale)	22,8	342.398
	16-17 (giovani minorenni)	20,9	129.991
	18-24 (giovani)	25,1	523.351
	25-44 (giovani adulti)	21,0	1.882.104
	45-64 (adulti)	20,3	1.496.607
	65-74 (giovani anziani)	51,4	1.478.083
	>75 (anziani)	43,6	867.131
	Popolazione 11+	26,4	6.719.665
FEMMINE	11-15 (al di sotto età legale)	16,8	233.377
	16-17 (giovani minorenni)	6,3	36.795
	18-24 (giovani)	10,2	214.087
	25-44 (giovani adulti)	5,5	483.177
	45-64 (adulti)	4,8	368.262
	65-74 (giovani anziani)	13,0	451.056
	>75 (anziani)	10,3	330.428
	Popolazione 11+	7,8	2.117.182

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. I^oConf. Naz. Alcol Roma 2008



Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007

Considerazioni e proposte

Le evidenze disponibili mostrano che la frequenza del bere a rischio in Italia è un fenomeno SOTTOVALUTATO. Esiste oggi in Italia una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti attraverso adeguate strategie GLOBALI.

Un numero consistente di individui consuma in Italia bevande alcoliche secondo modalità e in quantità tali da risultare a maggior rischio. L'individuazione precoce dei cosiddetti bevitori "problematici" e le relative strategie di prevenzione rappresentano gli obiettivi prioritari per prevenire le problematiche alcol-correlate. In particolare, nelle realtà in cui le modifiche registrate negli stili di vita e di consumo alcolico hanno determinato un incremento tangibile del rischio specifico con ripercussioni sulla salute e sulla sicurezza (incidenti stradali, atti di violenza o criminosi alcolcorrelati), la prevenzione è la strategia chiave per assicurare il risparmio degli elevati costi (evitabili) sanitari e sociali ed un concreto investimento per la collettività. Nell'ambito delle esperienze del Progetto EIBI (Early Identification and Brief Intervention) dell'OMS, l'ISS, attraverso il gruppo di lavoro IPIB-PHE-PA, ha attivato corsi accreditati ECM per la formazione degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria atta a favorire e supportare le motivazioni al cambiamento del bevitore problematico.

Ma molto dovrà essere fatto per ridurre la pressione mediatica, sociale, pubblicitaria e spesso familiare al bere che più di altri fattori incide sulla cultura del bere, sulle scelte degli individui e per rafforzare politiche che perseguano con maggiore convinzione la tutela particolare dei minori, dei giovani, degli anziani.

In Italia è oggettivamente incrementata l'attenzione delle politiche sanitarie e sociali riguardanti l'alcol. Ciò non significa, tuttavia, che tali politiche siano adeguatamente rigorose. Numerose ricerche volte a valutare l'impatto delle politiche sull'alcol nell'UE e nel mondo classificano l'Italia al 23° posto (su 30 Nazioni esaminate) e tra le Nazioni con politiche di controllo sull'alcol definite "low level" in funzione della scarsa rigidità delle stesse.

È nei fatti da rilevare che, almeno nella esperienza degli ultimi decenni, esiste una differenza sostanziale da quanto delineato a livello legislativo dalle misure adottate a livello governativo e la reale attuazione ed implementazione di quanto disposto che, per alcuni casi richiede anni, per altri resta ancora oggi una chimera. Alla luce dei dati e delle tendenze, delle strategie già delineate, dei pareri e delle proposte già avanzate da anni dalla Consulta Nazionale Alcol sulla base dell'analisi dei gaps tuttora esistenti appare opportuno e indispensabile pro-

cedere al perseguimento di iniziative e azioni rivolte alle seguenti inderogabili priorità:

1. Riconsiderare i livelli attuali di alcolemia consentiti alla guida (Bac) e valutare l'opportunità di introdurre livelli più bassi (introduzione di livelli progressivamente decrescenti in maniera progressiva nel tempo).
2. Valutare l'opportunità di introdurre livelli di alcolemia consentiti alla guida pari a zero per i più giovani guidatori (sino a 20 anni per esempio) e per quelli con meno di 5 anni di patente.
3. Aumentare l'età minima legale dai 16 ai 18 anni.
4. Introdurre il divieto di vendita accanto a quello di somministrazione ai minori di anni 18.
5. Regolamentare ulteriormente la pubblicità sui media (sull'esempio della Loi Evin in Francia).
6. Favorire l'attuazione di campagne di sensibilizzazione che incrementino la consapevolezza coinvolgendo l'ambito scolastico in stretta connessione con quello familiare.
7. Finanziare la ricerca sui fattori che possono contribuire a diminuire l'impatto sulla salute e sulla sicurezza di comportamenti di abuso alcolico. Allo stato attuale l'Italia non spende praticamente nulla nella ricerca sull'alcol.

È un obiettivo di civiltà, sociale ed etico, impedire che nuovi individui cadano vittima di rischi per definizione evitabili. Occorre un impegno collettivo per favorire livelli più elevati di salute e sicurezza e di protezione rispetto agli effetti negativi dell'alcol.

La mera logica delle convenienze, economiche e di mercato, che spesso influenza la mancata adozione di misure e di politiche di controllo e di prevenzione deve essere affiancata da una più adeguata cultura individuale, collettiva, istituzionale supportata da una maggiore consapevolezza del rispetto del valore del benessere dell'individuo come risorsa per una società più sana e più tutelata dai danni e dai rischi alla salute causati dall'alcol.

Si ringraziano la Dott.ssa Rosaria Russo e Gianluca Di Rosa per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione e attuate dal Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Obiettivi della rivista

Alcologia intende promuovere uno scambio di opinioni ed 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, dovranno essere inviati **in dischetto** al Dr. Valentino Patussi, Centro di Alcologia c/o Palazzo Clinche Mediche AUO Careggi, Viale Morgagni 85, Tel. 0557949650; oppure tramite **e-mail** all'indirizzo rivistaalcologia@alcolonline.it.

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 ed 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.(FI), p. 49, 1995).

• La bibliografia può contenere un **elenco dei Siti web** consultati con la denominazione dell'ente di riferimento o persona fisica (es. Nel caso di Blog) e la data dell'ultima consultazione (gg/mm/aaaa).

• Esempio di corretta formulazione: Siti web consultati: www.alcologia.it Sito della Rivista Alcologia. Ultima consultazione: 03/08/2007.

5. Figure e tabelle

- Figure e tabelle dovranno essere in formato Excel, 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 5000 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.

ALCOLOGIA

Rivista quadrimestrale della Fondazione Istituto Andrea Devoto pubblicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia (SIA)

Abbonamento annuale (3 numeri) euro 50

Un fascicolo euro 18

Fascicolo arretrato euro 23

C/c postale n.85621886

Intestato a Fondazione Istituto A. Devoto Onlus

IBAN IT-82-J-07601-02800-000085621886

Spogli ed indici presenti su: www.alcolonline.it

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 Arrigo da Settimello 1, 50135 Firenze (e-mail: rivistaalcologia@alcolonline.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 2008

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.

ALCOLOGIA

Published quarterly by Fondazione Istituto Andrea Devoto, under the auspices of the Italian Society of Alchology (SIA)

Subscription price for 3 issues per year euro 50

Per volume euro 18

Back issues (per volume) euro 23

C/c postale n.85621886

(Fondazione Istituto A. Devoto Onlus)

IBAN IT-82-J-07601-02800-000085621886

Abstracting and Indexing Services: www.alcolonline.it

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 Arrigo da Settimello, 1, 50135 Florence, Italy – e-mail: rivistaalcologia@alcolonline.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 2008

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.