

# Alcologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

*Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*

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

Alcologia

# Indice

Gianni Testino, Patrizia Balbinot	10
<b>EDUCAZIONE A CORRETTI STILI VITA L'IMPORTANZA DI CIÒ CHE SEMBRA INUTILE</b>	
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone	15
<b>OMS: NON ESISTONO QUANTITÀ DI CONSUMO DI ALCOL SICURE PER LA SALUTE, IL RISCHIO EVITABILE PARTE DAL BICCHIERE E DAL CONSUMO MODERATO.</b>	
Cianti Martina, Cirone Donatello, Cresci Chiara, Valentino Patussi, Testino Gianni, Emanuele Scafato,	18
<b>STORIA DELL'ALCOLOGIA</b>	
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone	33
<b>AWARENESS WEEK ON ALCOHOL RELATED HARM 2022: I MESSAGGI DI PREVENZIONE DELLA SETTIMANA EUROPEA DI CONSAPEVOLEZZA SUI DANNI ALCOL-CORRELATI PER TUTTO L'ANNO</b>	
Roberta Agabio, Lorenzo Leggio	48
<b>TIAMINA AI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL VISITATI IN PRONTO SOCCORSO: IN ITALIA ABBIAMO LA FORMULAZIONE ADATTA?</b>	
Rosanna Massari, Vanessa Cazzulani, Fabia Pietersen, Raffaella Maria Rossin, Paolo Marzorati, Gianmaria Zita	55
<b>INIZIAMO LA GIORNATA GRUPPO ONLINE PER PAZIENTI ALCOLDIPENDENTI E FAMILIARI</b>	
Edoardo Polidori, Samantha Sanchini, Daniela Forlano, Claudia Bregli, Margherita Pozzi, Alessandra Lentidoro, Elisa Tramonti, Federica Righi, Katia Calceglia, Giovanna Latino, Valentina Salsano	64
<b>CORSI INFO-EDUCATIVI RELATIVI ALLA VIOLAZIONE DEGLI ARTT.186 E 187 DEL CODICE DELLA STRADA: PUÒ AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO ALLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI ALCOL?</b>	
Michela Tazzini, Elisa Martino, Alessandra Lentidoro	86
<b>"ALCOL: QUANTO NE SAI?" VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI INFO-EDUCATIVI RIVOLTI AD ALCUNE CLASSI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DELL'UNIONE DEI COMUNI DELLA BASSA ROMAGNA</b>	
Raimondo Maria Pavarin	95
<b>STILI DI CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE TRA GLI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI NELL'AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA DURANTE E DOPO IL LOCKDOWN.</b>	

Luciano Bondi, Mario Cesareo Coda, Anna Grazia Frascella, Antonella Lucantoni 107

**INDAGINE SULLA PREVALENZA DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO IN PAZIENTI AFFERENTI AL SERVIZIO DI ALCOLOGIA: OSSERVAZIONI NEL PERIODO DELLA PANDEMIA DA SARS-COVID 19.**

Chiara Lombardo, Adriana Iozzi 116

**LO SPORTELLO LEGALE ALL'ASL TOSCANA CENTRO DI FIRENZE**

**Editor Associazione** Solidarietà Arcobaleno - Istituto Andrea Devoto ODV

**Editor-in-chief:** Valentino Patussi

**Deputy editor-in-chief:** Donatello Cirone

**Assistant Editors**

Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

**Advisory Board**

Martina Cianti (Centro Alcológico Regione Toscana)

Chiara Cresci (SOD Alcologia AOU Careggi)

Ginetta Fusi (SOD Alcologia AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Maria Raffaella Rossin (Referente SIA)

Fabio Voller (ARS Toscana)

**Tobacco Section Chief**

Mateo Ameglio, Giuseppe Gorini

**Gambling Section Chief**

Adriana Iozzi, Aniello Baselice

**Nutrition Section Chief**

Andrea Ghiselli, Francesco Sofi

**English Section Chief**

Fabio Caputo

**Traslation inglese/italiano**

Marcus Perryman

**Editorial Office**

Martina Cianti

**Past Editor**

Giovanni Gasbarrini, Remo Naccarato, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini, Calogero Surrenti

### **International editorial board**

Henry-Jean Aubin, Jonathan Chick, Michel Craplet, Philippe DeWitte, James C. Garbut, Antoni Gual, Paul Haber, Susumo Higuchi, Evgeny Krupitsky, Lorenzo Leggio, George Kenna, Otto Michael Lesch, Jannis Mouzas, Jurge Rehm, Katrin Skala, Rainer Spanagel, Robert Swift, Nicolas Tzavaras, Henriette Walter, Marcin Wojnar, Tomas Zima

### **National editor board**

PierLuigi Allosio, Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Maria Francesca Amendola, Patrizia Balbinot, Claudio Annovi, Giovanni Aquilino, Mauro Bernardi, Mauro Cibir, Roberto Ciccocioppo, Paolo Cimarosti, Giancarlo Colombo, Giuseppe Corlito, Giovanni Corrao, Elia Del Borrello, Cristina Di Gennaro, Marco Domenicali, Angelo Fioritti, Diego Fornasari, Lucia Golfieri, Giovanni Greco, Simona Guerzoni, Luigi Janiri, Ina Hinnenthal, Ilaria Londi, Mario Maggi, Filomena Maggino, Patrizia Malaspina, Guido Mannaioni, Franco Marcomini, Fabio Marra, Giovanni Martinotti, Cristina Meneguzzi, Davide Mioni, Maria Cristina Morelli, Luca Morini, Antonio Mosti, Umberto Nizzoli, Andrea Noventa, Daniela Orlandini, Giuseppe Palasciano, Michele Parisi, Raimondo Pavarin, Francesco Piani, Luigi Alberto Pini, Antonio Daniele Pinna, Massimo Pinzani, Doda Renzetti, Fabio Roda, Maria Raffaella Rossin, Maria Teresa Salerno, Bruno Sciutteri, Stefano Taddei, Federica Vigna-Taglianti, Teo Vignoli, Valeria Zavan.

### **Local editorial board**

Mateo Ameglio, Ioannis Anifantakis, Gabriele Bardazzi, Marco Becattini, Massimo Cecchi, Valerio Cellesi, Ugo Corrieri, Paolo Costantino, Paolo Eduardo Dimauro, Fabrizio Fagni, Susanna Falchini, Fabio Faloml, Angela Guidi, Guido Guidoni, Guido Intaschi, Dino Lombardi, Mario Lupi, Antonella Manfredi, Henry Margaron, Milo Meini, Daniela Monali, Donatella Paffi, Patrizia Panti, Mario Pellegrini, Ellena Pioli, Lamberto Scali, Graziella Soluri, Maura Tedici, Paola Trotta, Tommaso Vannucchi, Maurizio Varese.

*Il 28 settembre 1979, a Padova sotto la guida del Prof. Remo Naccarato (Padova), Prof Calogero Surrenti (Firenze) e Prof. Giovanni Gasbarrini (Bologna) nacque la Società Italiana di Alcologia (SIA) che avevano maturato la convinzione che l'approccio multidisciplinare fosse la metodologia più adatta per affrontare su basi scientifiche, sociali ed economiche il complesso problema del rapporto uomo-alcol.*

*Nel 1983 la neo SIA diede vita alla "Rivista Italiana di Alcologia" una rivista che fin dalla sua nascita ha come scopo promuovere uno scambio di opinioni e di informazioni su patologie e problemi alcol-relati, comportamenti e stili di vita. Questo indirizzo è tutt'oggi portato avanti dal Dr. Patussi e da molteplici professionisti impegnati nella promozione della salute.*

*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.*

*Ad oggi la rivista è consultabile on line, sul sito del Centro Alcologico Regione Toscana e sul sito della Società Italiana Alcologia, ma ogni fine anno viene realizzato un numero cartaceo che racchiude tutti gli Abstract degli articoli pubblicati.*

- ✓ <https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/index.php/rivista>
- ✓ <https://alcologiaitaliana.it/editoriadocumenti>

## **ISTRUZIONE PER GLI AUTORI:**

### **Inoltro dei lavori**

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere all'indirizzo

e-mail [rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it](mailto:rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it)

(Referente Dr. Valentino Patussi).

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.

### **Norme editoriali**

- ✓ **Editoriali:** non devono superare i 15.000 caratteri e devono essere così strutturati:

Carattere Helvetica 11 spazio 1,5

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:** non devono superare i 30.000 caratteri e devono essere così strutturati:

#### 1. Pagina introduttiva

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

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

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

#### 3. Testo dell'articolo

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

#### 4. Bibliografia

- Le voci bibliografiche andranno numerate nell'ordine in cui vengono citate nel testo.
- Quelle riguardanti riviste dovranno essere complete di: cognome, iniziale del nome degli autori, titolo completo del lavoro, nome abbreviato della rivista, volume, prima e ultima pagina, anno di pubblicazione (Es. Kaufman R.H.: Livercopper 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 iniziale nome), casa editrice, pagine citate, anno di pubblicazione (es. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcolologia, 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.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it) ultima consultazione 8/02/2019.

## 5. Figure e tabelle

- Figure e tabelle dovranno essere numerate con numeri arabi e citate nel testo
  - Ogni figura deve avere la propria legenda, breve e specifica
- ✓ **Altri contributi** (segnalazioni, recensioni, documenti, lettere): Non devono superare i 5.000 caratteri.

## **Note**

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.



# A Tiziana Codenotti

*"Il fine dell'arte è serio come quello di tutte le cose belle:  
dei cieli azzurri e dell'erba verde, delle nuvole e della rugiada..  
e tutte hanno una funzione molto più profonda  
di quella di dare divertimento..."*

*(John Ruskin)*

*Ciao Tiziana, te ne sei andata il 15 dicembre 2022. Ci lasci un vuoto profondo, uno smarrimento. Vieni da dire, troppo presto. Di fronte al mistero della Morte non vi sarà mai un tempo che possiamo definire giusto. L'angoscia delle domande ci attraversa. In particolare, ci chiediamo che senso ha la Vita che abbiamo speso con impegno e dedizione se poi tutto finisce? È una domanda antica, remota, una domanda di quelle che chiedono uno sviluppo piuttosto che una risposta. Uno sviluppo che arricchisca la nostra coscienza, ci spinga costantemente a visitare i luoghi del dubbio nei quali si radica la ricerca scientifica e l'impegno sociale. Hai interpretato con maestria e con senso inesauribile di mediazione e di libertà nell'etica la funzione di presidente per 10 anni del maggiore network europeo di organizzazioni non governative, Eurocare (European Alcohol Policy Alliance) impegnato in una instancabile azione di advocacy nei confronti delle istituzioni europee, per invitarle a porre come priorità la salute piuttosto che il profitto relativamente alla produzione e al consumo delle bevande alcoliche. Contemporaneamente all'impegno internazionale ti sei dedicata con generosità e partecipazione autentica alla vita del mondo dei Club, prima Club degli alcolisti in trattamento, poi Club alcolologici territoriali ed infine Club di ecologia sociale antropospirituale.*

*Hai dato un contributo significativo alla sensibilizzazione, alla formazione e all'aggiornamento in campo alcolologico a livello locale, nazionale e internazionale. Allo stesso tempo ti sei fatta protagonista dell'impegno a consolidare le tue conoscenze e competenze in ambito tradizionalmente sanitario, comunemente considerato appartenere alle scienze naturali, tu che venivi dal mondo delle lingue e della letteratura, quello che definiamo arbitrariamente umanistico. Hai fatto sintesi tra scienza ed esperienza e hai dissolto la dicotomia tra umanistico e scientifico, accedendo alla circolarità sistemica, che rappresenta il ciclo della vita vissuto nella coscienza umana.*

*Laurea in lingue con una tesi in ambito artistico sullo scrittore americano John Ruskin, con particolare riferimento al pittore William Turner; servitrice insegnante di Club dopo un corso di sensibilizzazione a Lignano in lingua inglese; direttrice di corsi di sensibilizzazione anche all'estero; Master in alcolologia*

*presso l'Università di Firenze; esperta in interventi brevi in ambito alcolico; membro di Eurocare dal 1993, di cui vicepresidente dal 2006 al 2011 e successivamente presidente dal 2011 al 2021. In questo curriculum formativo piuttosto complesso ed articolato si coglie l'essenza stessa dell'alcologia. L'alcologia che trascende e sconfinava rispetto ai ristretti ambiti professionali e specialistici e che, aprendosi alla multidisciplinarietà, è attratta dalla prospettiva eco-sistemica della stransdisciplinarietà.*

*Hai coltivato con tutti noi, piccola comunità padovana (Eurocare Italia), il servizio ai club, alle comunità locali e ad una alcologia che si apre alla multidimensionalità della sofferenza umana, alla ricerca di una visione che tenti di essere concretamente eco-sistemica. Hai condiviso e condividi con noi la visione ecologico sociale antropospirituale che il prof. Vladimir Hudolin ci ha lasciato in eredità, a partire dal valore emblematico del rapporto tra gli esseri umani e una "no ordinary commodity", le bevande a contenuto alcolico.*

*Hai contribuito a produrre documenti internazionali. Ti sei battuta e hai lottato per una dimensione della professionalità che fosse allo stesso tempo umile e determinata, rigorosa e attraversata dal dubbio. La tua non è una scomparsa, è un invito analogo a quello formulato da Vladimir Hudolin che in prossimità della fine del suo viaggio terreno affermava: "Vi prego di continuare".*

*Per me il tuo rimane un esempio formidabile di vita vissuta, che ha saputo trascendere la contingenza del definito, per proiettarsi nell'indefinito del mistero rispetto al quale siamo chiamati a procedere con fare sobrio, delicato e leggero, come si conviene alla dimensione della contemplazione. Questa è l'alcologia che fino agli ultimi giorni del tuo percorso terreno ci hai invitato a sviluppare progredendo, rimanendo lungo la linea coraggiosa dello sconfinamento, della libertà dai formalismi istituzionali dogmatici e talvolta anche professionali. Uno sconfinamento che permette di poter essere una minoranza capace di ribellarsi alla logica dell'intera filiera di produzione, distribuzione, vendita e promozione pubblicitaria delle bevande alcoliche. Ribellione che trova un suo riscontro significativo nella decisione dell'Irlanda di concretizzare con successo la battaglia per una giusta informazione ai consumatori, che Eurocare ha portato avanti in tutti questi anni. Immagino il tuo sorriso e la tua soddisfazione per il traguardo raggiunto, ma, contemporaneamente, la tua coscienza critica ti spinge e ci spinge ad immaginare altri traguardi finalizzati al superamento delle diseguaglianze, alla lotta contro l'ingiustizia sociale e alla tutela e promozione della salute.*

*Grazie Tiziana.*

*Franco Marcomini*

**Emanuele Scafato**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia.

**Claudia Gandin**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia.

**Silvia Ghirini**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Alice Matone**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## **OMS: NON ESISTONO QUANTITÀ DI CONSUMO DI ALCOL SICURE PER LA SALUTE, IL RISCHIO EVITABILE PARTE DAL BICCHIERE E DAL CONSUMO MODERATO.**

L'alcol è un cancerogeno di gruppo 1 [1], come già classificato da decenni dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (AIRC). È una sostanza tossica, psicoattiva e che induce dipendenza, ed è causalmente collegato ad almeno sette tipi di cancro, incluso il cancro dell'esofago, del fegato, coloretale e i tumori al seno [1]. Il consumo di alcol è associato a 740.000 nuovi casi di cancro ogni anno a livello globale [2].

Recentemente, un gruppo di studiosi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha riconfermato l'allarme con un commento su The Lancet [3], dove si sottolinea che anche un consumo leggero (meno di una unità alcolica al giorno, quindi meno di un bicchiere di vino o un boccale di birra o un bicchierino di superalcolico o di amaro) è sufficiente per aumentare il rischio di cancro e viene ribadito che non esiste una soglia di consumo alla quale gli effetti cancerogeni dell'alcol "si accendono" e cominciano a manifestarsi nel corpo umano: nessun livello di consumo di alcol è sicuro per la nostra salute.

Gli ultimi dati disponibili indicano che la metà di tutti i tumori attribuibili all'alcol nella Regione Europea dell'OMS sono causati da un consumo "leggero" e "moderato" di alcol - meno di 1,5 litri di vino o meno di 3,5 litri di birra o meno di 450 millilitri di alcolici a settimana [4]. Questo modello di consumo è responsabile della maggior parte dei tumori al seno attribuibili all'alcol nelle donne, con il carico più elevato osservato nei paesi dell'Unione Europea (UE). Nel 2017, quasi 23.000 nuovi casi di tumore nell'UE (il 13.3% di tutti quelli alcol-attribuibili), sono dovuti a un consumo inferiore o pari a 20 grammi di alcol puro al giorno, in pratica il classico bicchiere consumato a pranzo e a cena. E di questi, circa 8500 casi, sono stati associati a un consumo di meno di una unità alcolica al giorno [5]. Secondo i livelli di consumo utilizzati dall'OMS, si può stimare che in Italia, nel 2020, la platea degli esposti a un maggior rischio di sviluppare un tumore a fronte di un consumo leggero o moderato siano stati 4.493.653 consumatori e consumatrici di età superiore a 15 anni che hanno consumato fino a una unità alcolica al giorno, e ulteriori 4.158.556 quelli che hanno consumato fino a due unità alcoliche al giorno [6]. Nei fatti, come conseguenza del rischio alcolcorrelato per qualunque livello di consumo, la IARC ha stimato e

pubblicato ufficialmente per l'Italia una mortalità specifica per cancro alcolcorrelato pari a 10.000 morti l'anno, tra questi 2.000 per cancro al seno causato dal consumo di alcol. Messo a confronto con molti altri fattori di rischio, l'alcol è stato identificato (in uno studio condotto in Francia, uno dei paesi europei più popolati) come la seconda causa principale per lo sviluppo del cancro, secondo solo al fumo [2].

I meccanismi biologici per cui l'alcol è un cancerogeno sono diversi, a partire dal principale composto presente nelle bevande alcoliche, l'etanolo - dal quale viene metabolizzata l'acetaldeide, sostanza che modifica e danneggia il DNA delle nostre cellule - alle alterazioni dei livelli ormonali, allo stress ossidativo dovuto all'assunzione cronica di alcol e alla carenza di folati: tutti fattori dannosi per il DNA. Questi meccanismi indicano come il rischio di cancro alcol-attribuibile non sia implicato solo nel consumo cronico, dannoso o rischioso, ma che qualsiasi livello di assunzione, anche minimo, contribuisca allo sviluppo del cancro: più aumenta il consumo, più aumenta il rischio, ma nessun livello di consumo è sicuro [7]. Inoltre, essendo verificato che è l'alcol (etanolo) in sé che fa male, qualunque bevanda, vino, birra, superalcolico o qualsiasi altro prodotto, indipendentemente dal prezzo e dalla qualità, genera un maggior rischio di sviluppare il cancro [4].

Nell'UE, il cancro è la principale causa di morte, con un tasso d'incidenza in costante aumento, e la maggior parte di tutti i decessi attribuibili all'alcol è dovuta a diversi tipi di cancro [5]. A livello globale, la Regione Europea dell'OMS ha il più alto livello di consumo di alcol e la più alta percentuale di bevitori nella popolazione, con oltre 200 milioni di persone a rischio di sviluppare un cancro attribuibile all'alcol: solo nel 2020, l'alcol è stato responsabile del 4,2% dei tumori che hanno colpito 4,8 milioni di persone nella regione europea dell'OMS.

Alcuni studi nel corso degli anni avrebbero riportato alcuni potenziali effetti benefici del consumo leggero e moderato di alcol sulle malattie cardiovascolari e sul diabete di tipo 2, ma nessuno studio dimostra che questi benefici superino i rischi. Inoltre, nei lavori che riportano supposti effetti protettivi questi sono strettamente connessi ai gruppi di confronto scelti e ai metodi statistici utilizzati, e potrebbero non considerare altri fattori rilevanti [4]. È fondamentale che questo concetto venga ribadito e diffuso attraverso tutti i canali disponibili affinché tutti possano essere favoriti da elementi di valutazione e discernimento del rischio e quindi, come richiesto dalle direttive europee, godere di scelte informate. Il consumo di alcol non deve mai essere associato alla falsa credenza che non comporti un rischio o addirittura che faccia bene alla salute per presenza di resveratrolo o antiossidanti, sostanze bioattive che il Comitato Scientifico delle Linee Guida per una sana nutrizione degli italiani [8] ha certificato essere in un bicchiere di vino quantitativamente irrilevanti per esercitare qualunque effetto (che solo quantità di 100 bicchieri al giorno assicurerebbero).

I rischi e i danni complessivi derivanti dal consumo di alcol sono stati valutati sistematicamente e sono ben documentati. Secondo le ultime stime dell'OMS [9] il consumo di alcol ha contribuito, solo nel 2016, a 3 milioni di morti a livello globale ed è stato responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e

infortuni. L'alcol è associato a un aumento del rischio di molte malattie ed è la causa principale di diversi disturbi, tra cui l'alcol dipendenza, la cirrosi epatica e molte altre malattie non trasmissibili e disturbi di salute mentale. L'uso di alcol è tra i principali fattori di rischio per mortalità prematura e disabilità a causa della sua causale relazione con molteplici condizioni di salute, che includono anche lesioni non intenzionali e suicidi. I giovani ne sono colpiti in modo sproporzionato rispetto agli anziani e il 13,5% di tutti i decessi tra i soggetti di età compresa tra 20 e 39 anni sono attribuiti all'alcol, e le fasce di popolazione più svantaggiate e vulnerabili hanno un aumento dei tassi di morte correlata all'alcol e ricovero [9].

È bene ricordare che qualunque alcolico è in grado di determinare, in funzione di livelli crescenti di alcolemia o di condizioni di incapacità metabolica come quella tipica dell'adolescenza, danni cellulari irreversibili per via del suo effetto detergente sulle membrane neuronali (essendo un solvente, scioglie i grassi), in particolare sull'ippocampo, con perdita del 10-20% della memoria e della capacità di orientamento viso-spaziale. L'alcol interferisce, nel periodo di massima vulnerabilità (tra gli 11 e i 25 anni), sullo sviluppo della corteccia prefrontale, la parte del cervello essenziale per la maturazione verso una capacità di controllo superiore, cognitiva razionale rispetto a quella emotiva e impulsiva tipica degli adolescenti. Il consumo di alcol in questi anni è responsabile di una cristallizzazione della capacità cognitiva in una modalità adolescenziale, incontrollata a causa della mancata prevalenza della corteccia prefrontale dell'adulto che l'alcol ha compromesso insieme alla capacità di logica, programmazione, valutazione del rischio. L'atrofia corticale e il diametro e il volume più ridotto è la conseguenza del binge-drinking praticato con frequenza anche settimanale per diversi mesi da giovani, che fino ai 18-21 anni di età non hanno maturato il sistema enzimatico e metabolico di trasformazione dell'alcol e sino ai 25 non hanno ancora completato lo sviluppo cerebrale.

Diversi studi approvati all'unanimità dalla comunità scientifica hanno dimostrato l'efficacia di alcune politiche nella riduzione del consumo di alcol, e quindi nella prevenzione del cancro alcol-correlato ma, sebbene il nesso causale tra alcol e cancro sia noto da decenni, ancora non sono state messe in atto le azioni necessarie per ridurre un fenomeno del tutto prevenibile [10]. Fra queste politiche, l'aumento delle tasse sulle bevande alcoliche è una delle misure più efficaci, pur essendo quella meno applicata: 23 dei 53 stati membri dell'UE non applicano tasse sul vino [9]. Per una prevenzione efficace è inoltre fondamentale che la conoscenza degli effetti cancerogeni dell'alcol entri nella consapevolezza della popolazione. L'uso di etichette di avvertenza specifiche e di informazioni nutrizionali e per la tutela della salute su tutte le bevande alcoliche, come previste ai commi 15 e 16 della Risoluzione del Parlamento Europeo del 16 febbraio 2022 che ha lanciato l'Europe's Beating Cancer Plan sono state individuate come valido strumento di prevenzione. Sebbene le prove disponibili sull'efficacia dell'etichettatura siano al momento limitate, il report prodotto dalla Commissione Europea nel 2020 ha dimostrato che potrebbero rappresentare uno strumento efficace (è stato dimostrato che l'efficacia risulta limitata da etichette sono generiche, piccole e non specifiche, e dall'interferenza dell'industria dell'alcol che ha

determinato l'interruzione dell'esperienza dell'apposizione di messaggi specifici di avvertenza sul rischio di cancro) [11].

È quindi necessario rafforzare lo sviluppo e l'attuazione delle politiche sull'alcol e il ruolo indipendente delle istituzioni di tutela della salute, per garantire una comunicazione istituzionale adeguata ad aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sull'efficacia delle misure politiche. Come indicato dall'OMS, i decisori e il pubblico devono essere sensibilizzati sui rischi e sui danni associati al consumo di alcol; pertanto, sono indispensabili sforzi e attività speciali e mirate per mobilitare le diverse parti interessate per azioni coordinate per proteggere la salute pubblica e promuovere un ampio impegno politico. Deve essere prioritizzata la prevenzione, che richiede sforzi speciali, culturalmente appropriati ai contesti e alle condizioni che richiedono innovazione per affrontare i livelli e i modelli di consumo di alcol, anche in relazione alla pandemia da COVID-19, i danni correlati all'alcol e i fattori sociali ed economici che influenzano l'impatto del consumo di alcol [12].

## **Bibliografia**

1. Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens—part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol* 2009; 10: 1033–34.
2. Rungay H, Shield K, Charvat H, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol* 2021; 22: 1071–80.
3. Anderson, Benjamin O et al., Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption, *The Lancet Public Health*, Volume 8, Issue 1, e6 - e7, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2822%2900317-6>
4. WHO, No level of alcohol consumption is safe for our health, 4 January 2023, [https://www.who.int/europe/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health?fbclid=IwAR2nJ6iFYftF4TGiSAU41UORriHGEw7w0U-LC\\_eSn4qb9VR2daPqxEOwWNk](https://www.who.int/europe/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health?fbclid=IwAR2nJ6iFYftF4TGiSAU41UORriHGEw7w0U-LC_eSn4qb9VR2daPqxEOwWNk)
5. Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health* 2021; 31: 591–96.
6. Elaborazione ONA-ISS su dati indagine multiscopo Istat-Aspetti della vita quotidiana, Anno 2020
7. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A, Alcol e tassazione, necessità e urgenza delle più efficaci ma contrastate misure delle politiche di prevenzione per ridurre la mortalità per cancro e i rischi per la salute causati dall'alcol in Europa e in Italia, *Alcologia*, 46:12-16; 2021
8. CREA, Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Linee guida per una sana alimentazione, Revisione 2018.
9. <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/LINEE-GUIDA+DEFINITIVO.pdf/28670db4-154c-0ecc-d187-1ee9db3b1c65?t=1576850671654>
10. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2019 Feb 14. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>

11. Chisholm D, Moro D, Bertram M, et al. Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(4):514-522.
12. Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, DEEP SEAS, alcol e cancro: sostenere gli Stati membri nelle azioni congiunte europee di prevenzione, Epicentro 18 marzo 2021, <https://www.epicentro.iss.it/alcol/deep-seas-alcol-cancro-workshop-2021>
13. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1).

**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria. Centro Studi ASL3 Liguria “Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver. Società Italiana di Alcologia  
**Patrizia Balbinot**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria. Centro Studi ASL3 Liguria “Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver. Società Italiana di Alcologia

## **EDUCAZIONE A CORRETTI STILI VITA L'IMPORTANZA DI CIÒ CHE SEMBRA INUTILE**

Il concetto di prevenzione non è naturale per l'umano essendo in opposizione alla credenza ancestrale che la malattia sia una punizione.

La prevenzione prevede apparentemente delle restrizioni, dei sacrifici. Scegliere fra ciò che è definito piacere e ciò che è definito dovere non è semplice.

Nel tentativo di fare prevenzione, negli ultimi decenni sono stati realizzati numerosi e variegati interventi che hanno coinvolto tutte le fasce d'età.

La scuola ha sempre rappresentato uno dei contesti più importanti per l'attuazione dei programmi di prevenzione, soprattutto considerando l'ampia copertura della fascia d'età giovanile più a rischio.

Molti interventi sono stati condotti in modo superficiale e influenzati dalla formazione culturale dei singoli operatori. Inoltre, spesso non vi è stato un sufficiente coinvolgimento degli insegnanti.

Per essere sicuri di non provocare effetti negativi occorre non solo applicare componenti efficaci, ma anche presentarli in maniera coerente, nella giusta sequenza, in modo tale che si rafforzino l'un l'altro, anziché limitarsi a scegliere argomenti in maniera casuale o secondo lo stato d'animo del momento.

Alcuni studi su gemelli hanno dimostrato come sino a 14 anni la predisposizione genetica sia decisamente meno influente rispetto all'ambiente (educazione, esempi, ecc.) [1]. A 16 anni i due fattori sono in equilibrio. Successivamente predisposizione genetica, istinti, emozioni, trasgressione sono più forti rispetto ai fattori ambientali. È stato per esempio evidenziato come a 14 anni l'educazione genitoriale abbia una significativa azione di contenimento rispetto al fumo [2]. Quanto più l'influenza parentale aumenta, tanto meno i ragazzi si avvicinano al fumo. Vi è da sottolineare come negli anni successivi gli adolescenti abbiano una maggiore propensione a seguire il gruppo di pari e tenerne in grande considerazione il giudizio.

Per tali ragioni i programmi di prevenzione per essere efficaci devono iniziare nel periodo antecedente la piena adolescenza. Meglio nella scuola primaria.

In realtà non è teoricamente così complicato apportare cambiamenti significativi nella nostra Comunità. Bisogna volerlo. Ciò però costa fatica, non è redditizio dal punto di vista elettorale e soprattutto mina i consumi.

Indipendentemente dagli esempi degli adulti (alcune volte parte del problema) può essere possibile “normalizzare” uno stile di vita non certamente ascetico, ma corretto!

La sintesi informazione/educazione nella scuola primaria con l'eventuale ausilio della "*peer education*" costituita da più incontri può cambiare lo scenario: è possibile che diventi normale acquisire una visione del mondo che aiuti a non utilizzare tossici (fumo, alcol e sostanze), a mangiare frequentemente frutta e verdura, ad utilizzare ogni occasione per muoversi, ad annoiarsi a stare ore su un social preferendo il contatto diretto e molto altro.

Tutto ciò indipendentemente da quello che fanno i pari o gli adulti!

Tale tipo di attività deve fondarsi su poche e semplici informazioni scientificamente corrette che affrontano gli argomenti principali che influenzeranno il futuro dei giovani attraverso un filo conduttore che dimostra che nessuna tematica può essere trattata efficacemente se affrontata separatamente dalle altre [3].

La nostra società educa alla dipendenza, ma nello stesso tempo non accetta che i suoi figli lo diventino. Tali figli diventano pertanto "malati" (disturbo antisociale, disturbo borderline di personalità, disturbo dipendente di personalità, autismo, etc.) [4].

Dipendenza non solo da sostanze, ma anche dall'inutile, dal superfluo. L'inutile diventa necessario e ci si affanna, ci si impegna, si lotta per l'inutile.

Inutile è anche apparire in modo a-finalistico, essere ciò che non possiamo essere, avere quello che non possiamo avere, seguire uno stile di vita che anche se non sentiamo nostro ci sentiamo costretti a seguire. E se immersi in questo tormento pensiamo di fallire, di non farcela ci sentiamo perdenti, inadeguati con inevitabile instabilità dell'autostima.

Educare ad un corretto stile di vita, pertanto, significa seguire una visione che consenta di raggiungere la conoscenza di sé stessi, la consapevolezza di ciò che si può fare in armonia con gli altri. Altresì significa gestire frustrazioni e sconfitte, ma anche gratificazioni e vittorie.

Il "gruppo dei giovani" non è di per sé un pericolo. Il gruppo aiuta i giovani a sedare le loro incertezze. Può quindi migliorare.

Tuttavia, è avvilente considerare come l'adolescente non sappia vivere in gruppo né difendere le proprie convinzioni rischiando di essere trascinato nel pericolo.

Bisogna pertanto lavorare per far sì che il gruppo sia una rete di legami affettivi che aiuti non a stare nel gruppo ma a "*viversi*" nel gruppo. Ciò vuol dire evitare scontri inutili e a competere contro qualcuno [4].

I giovani devono avere il coraggio di utilizzare la loro intelligenza. Spesso alla domanda "quanto valgo?" la risposta non la si ritrova nell'essenza, ma nel ruolo o all'appartenenza ad un gruppo. Vi è necessità di essere riconosciuti. Non importa come. Sui social sono tutti protagonisti, anche chi non ha né arte né parte.

Attraverso la maturazione di un pensiero e di una visione bisogna arrivare a dire: "io voglio essere io". Bisogna quindi resistere a chi ci vuole diverso ed utile per i consumi. Al di là dell'istruzione educare significa "portare fuori" e quindi conoscere sé stesso.

In nome della libertà si possono fare cose terribili! Raggiungere la libertà autentica significa un giusto equilibrio fra formazione ed educazione. Ciò può avvenire anche in contesti segnati da povertà e disagio sociale.

È qui che dobbiamo agire per garantire uguaglianza. Aiutare ad essere liberi di dire “no” a ciò che fanno tutti, a ciò che è sbagliato anche se è legale.

### **Per Corrispondenza**

**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria. Centro Studi ASL3 Liguria “Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver. Società Italiana di Alcologia  
E- mail: gianni.testino@asl3.liguria.it

### **Bibliografia**

1. Das Jk et al. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. Journal of Adolescent Health 2016; 59: S61-S65
2. Dick DM et al. Genetic influences on adolescent behavior. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2016; 70: 198-205
3. Balbinot P, Fagoonee S, Pellicaro R, Testino G. Lifestyle factors among adolescent. Minerva Pediatrica 2018; 70: 642-643
4. Andreoli V. L'educazione (im)possibile. Saggi Rizzoli, Milano: 2014

**Martina Cianti**, Centro Alcológico Regione Toscana (presso AOU Careggi Firenze)

**Donatello Cirone**, Centro Alcológico Regione Toscana (presso AOU Careggi Firenze)

**Chiara Cresci**, Centro Alcológico Regione Toscana (presso AOU Careggi Firenze)

**Ginetta Fusi**, SOD Alcológica Ospedale AOU Careggi Firenze. Centro Alcológico Regionale Toscana

**Valentino Patussi**, Direttore SOD Alcológica Ospedale AOU Careggi Firenze. Centro Alcológico Regionale Toscana

**Gianni Testino**, Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria, ASL3 Genovese (presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova), Società Italiana di Alcológica

**Emanuele Scafato**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcológica.

## STORIA DELL'ALCOLOGIA

Il significato di questo documento vorrebbe sottolineare come gli stili di vita e i comportamenti di oggi hanno un passato, sia nell'affrontare il problema sia nell'eluderlo; certamente in quest'ultimo passo gli aspetti inerenti al PIL hanno fatto in modo che una serie di azioni di politica sanitaria fossero elusi.

Fin dagli albori della storia l'alcol ha fatto parte della vita dell'uomo, e fin dall'inizio il suo uso è stato argomento di dibattito fra le varie civiltà e i vari credi:

In Grecia il Dio Dioniso era quello che proteggeva la vigna ed il vino. A lui erano dedicati festeggiamenti che comprendevano "momenti culturali", come rappresentazioni teatrali, ma anche quello che oggi i media chiamerebbero "lo sballo", che però spesso sfociava in violenza collettiva e forti malesseri fisici, per tale motivo era suggerito una certa moderazione. Lo stesso Dioniso (in una commedia di Eubulo), raccomandava: "Tre coppe di vino non di più stabilisco per i bevitori assennati. La prima per la salute di chi beve; la seconda risveglia l'amore e il piacere; la terza invita al sonno. Bevuta questa, chi vuol essere saggio se ne torna a casa. La quarta coppa non è più nostra è fuori misura; la quinta urla; la sesta significa ormai schiamazzi; la settima occhi pesti; l'ottava arriva lo sbirro; la nona sale la bile; la decima si è perso il senno, si cade a terra privi di sensi. Il vino versato troppo spesso in una piccola tazza taglia le gambe al bevitore". Concetto ribadito da Platone che affermò che: "Bere vino moderatamente aiuta a pensare più liberamente".

Nel III e II secolo avanti Cristo, presso i Romani, tra le feste più amate ci sono i Bacchanali, dedicati a Bacco, Dio del vino, e come per le dionisiache nell'antica Grecia queste feste tendono a sfuggire al controllo della bevanda, tanto da richiedere una regolamentazione.

La prima testimonianza scritta ci arriva dall'antico testamento dove questa duplice visione è ben evidenziata. Nel testo sacro sono descritti gli effetti dell'eccessivo uso del vino dove vengono narrati in due famosi passaggi:

nell' *Ebbrezza di Noè* (Genesi 9,20-27), il racconto biblico narra di Noè che coltiva la vigna e bevendo il vino che produce si ubriaca e si mostra nudo di fronte ai suoi figli.

Nell'episodio della Genesi 19:30-38 le figlie di Lot, morti i mariti nell'incendio di Sodoma, fecero ubriacare il padre, unendosi a lui per due notti di seguito e a sua insaputa per "preservare il suo seme" e perpetuare l'intera specie umana, oltretutto non perdere la propria discendenza.

Nel Vangelo il vino ha un ruolo rilevante, come e forse più che nella Bibbia. Uno dei miracoli compiuti



da Gesù consiste nel trasformare l'acqua in vino, alle nozze di Cana e il vino è parte dell'Eucarestia, insieme al pane, e rappresenta il sangue di Cristo<sup>1</sup>.

In antitesi a queste religioni e credenze, l'Islam avrà nei confronti delle bevande alcoliche un atteggiamento del tutto opposto in quanto Maometto formulerà alcune Sure del Corano, per proibirne ai suoi seguaci il consumo.

Nel corso dei secoli il suo consumo non è mai cessato ma il suo massimo avviene nel XVIII secolo, sia in Europa che nella nascente America. I casi di ubriachezza in pubblico aumentarono precipitosamente e, a poco a poco, il vizio del bere divenne un problema grave, fino a diventare una vera e propria minaccia per la società, a cui furono addebitati furti e crimini, la dissoluzione dei costumi e la rovina delle famiglie.

Durante gli anni intorno al 1790 negli Stati Uniti, il dottor Benjamin Rush<sup>2</sup>, fonda la psichiatria e forte della sua autorità, diffuse l'idea che numerosi disturbi mentali fossero dovuti all'abuso di bevande alcoliche forti e che i bevitori incalliti dovessero essere sottoposti a trattamenti idonei in istituti specializzati. Nello stesso periodo in Inghilterra il Dottor Thomas Trotter<sup>3</sup> difende le stesse idee al punto che all'inizio del XIX secolo si cominciò a considerare i bevitori intemperanti non esattamente dei viziosi. Per venire loro in aiuto, alcuni benefattori si associarono allo scopo di sovvenzionare delle case di cura e di sostenere una propaganda contro gli alcolici. Prima negli Stati Uniti e poi in Gran Bretagna vennero fondate delle 'Leghe della Temperanza'<sup>4</sup>: alcune ebbero vita breve, altre hanno continuato a

---

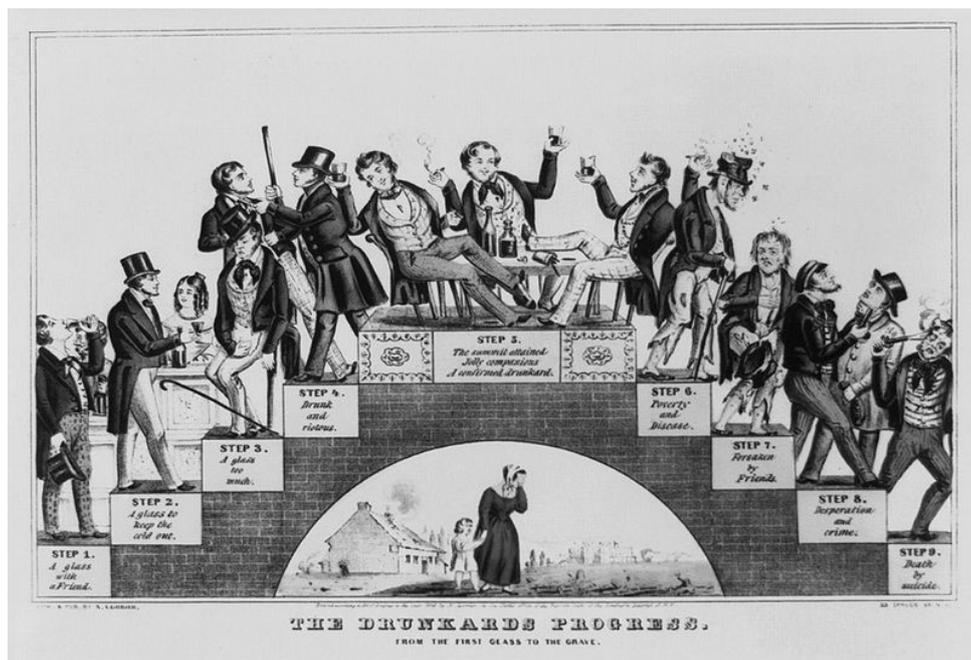
<sup>1</sup> Il corpo e il sangue di Cristo sono rappresentati del pane e del vino, per via della transustanziazione, con la quale la potenza di Dio converte la sostanza del pane nella sostanza del corpo di Cristo e la sostanza del vino nella sostanza del sangue di Cristo, che avviene, durante la celebrazione eucaristica, al momento della consacrazione.

<sup>2</sup> Benjamin Rush (1746-1813) è stato uno dei padri fondatori degli Stati Uniti, esponente politico di Filadelfia e medico.

<sup>3</sup> Thomas Trotter (1760–1832) è stato un medico navale scozzese e autore, un importante riformatore medico nella Royal Navy e un fervente critico della tratta degli schiavi. Trotter è stato anche una figura chiave nello sviluppo delle moderne teorie sulla dipendenza da alcol, descrivendo il consumo abituale di alcol come una "malattia della mente".

<sup>4</sup> L' American Temperance Society è stata costituita nel 1826 e ha goduto di una rinascita di interesse per la religione e la morale. Nei 12 anni che seguirono, rivendicò oltre 8.000 gruppi locali e oltre 1,5 milioni di membri. Nel 1839 furono pubblicate 18 riviste di temperanza.

sopravvivere fino ai nostri giorni, tra cambiamenti di nome, delle modalità di reclutamento e dei metodi di intervento.

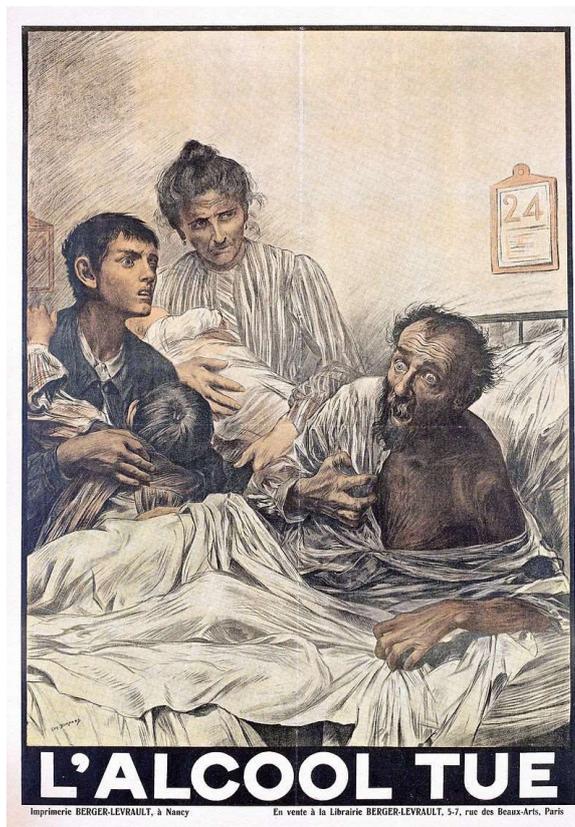


“The Drunkard's Progress”, litografia di Nathaniel Currier Stati Uniti (1846).

Nel corso degli anni ci sono stati molti tentativi di classificare i diversi tipi di alcolismo con lo scopo di sviluppare una cornice specifica entro la quale una malattia o una condizione patologica potesse essere studiata sistematicamente, piuttosto che fare affidamento esclusivamente all'esperienza. Nella letteratura scientifica del XIX e XX secolo, sono state descritte 39 classificazioni di alcolismo e tra questi vengono menzionati: l'alcolismo acuto, periodico, cronico e; con l'ubriacatura abituale; continua, esplosiva e dipsomanica.

1804, T. Trotter scrive: *“In linguaggio medico, io considero l'ubriachezza, in sintesi, essere una malattia prodotta da una causa remota che determina la nascita di azioni e movimenti in tutto il corpo, questi disturbi alterano lo stato di salute”*

L'anno successivo, nel 1805, B. Rush, padre della psichiatria americana, scrive: *“Sono consapevole che gli sforzi della scienza e della l'umanità, nell'applicazione*



In Gran Bretagna Il primo movimento per la temperanza fu ispirato dalle azioni del ministro della Chiesa presbiteriana irlandese John Edgar, che versò la sua scorta di whisky dalla sua finestra nel 1829. La prima organizzazione che ha promosso la temperanza è stata fondata nel 1829 da John Dunlop e sua zia Liliash Graham di Gairbraid e ha chiamato la Glasgow and West of Scotland Temperance Society.

delle loro risorse alla cura di una malattia indotta da un atto di vizio, incontrerà una fredda accoglienza da molte persone. [...] Fin dall'inizio, il concetto è stato sia una dichiarazione di un punto di vista e una richiesta di esecuzione delle risorse. [...] Forse è più utile per vedere il lungo uso del termine 'malattia' nella definizione alcolismo come una sorta di metafora sociale, fornendo un flessibile ma apparentemente 'Quadro scientifico entro il quale il titolo può essere affrontata. [...] Alcolismo, soddisfa i criteri descrittivi di base della malattia [...] Al momento, l'affermazione che l'alcolismo è una malattia è più candidamente una dichiarazione politica pubblica."<sup>5</sup>

Il medico inglese Thomas Sutton (1767-1835) è il primo a pubblicare una descrizione del Delirium Tremens ("DT") e a collegare la malattia a un'eccessiva indulgenza con l'alcol.

Il suo *Tratti sul delirium tremens, sulla peritonite e su alcune altre affezioni infiammatorie interne e sulla gotta* (pubblicato a Londra nel 1813) contiene sedici case-report con la descrizione dettagliata dei sintomi e la diagnosi differenziale da "frenite" (altro termine per delirium) da infiammazione del cervello e da sindrome maniacale.

1852, il fisico svedese Magnus Huss, nel suo libro *Alcoholismus Chronicus, o malattia cronica da alcol &c. Br Foreign Med Chir Rev.*, per la prima volta conia il termine Alcolismo o più precisamente "Alcolismo Cronico" descrivendolo come una "congiunzione di manifestazioni patologiche del sistema nervoso centrale, psichiche, sensoriali e motorie sfere" che caratterizzano soggetti con un consumo di bevande alcoliche in modo continuo, e per lunghi periodi. Il fine del suo studio era di fornire una descrizione clinica accurata e sistematica delle conseguenze negative, principalmente di quelle fisiche, che caratterizzavano i forti bevitori cronici. Successivamente il termine è stato utilizzato anche per indicare, a differenza delle intenzioni di Huss, un latente processo patologico che deriva da un forte uso di alcol.

1863, in Italia il dottor Luigi Chierici fonda a Torino la prima Società di Temperanza, che poi nel 1882 sarà fondata a Milano, sotto la presidenza del Ministro dell'Agricoltura e Commercio e del Ministro della Giustizia, col nome "Patronato centrale di temperanza di Milano".

1892 a Firenze Giovanni Rochat fonda la "Lega italiana di temperanza", poi "Lega italiana antialcolista" con sede a Firenze. Fondazione delle Leghe antialcoliche locali: Bergamo, Brescia, Venezia, Milano, Pavia, Trieste

Anche se la consapevolezza dei danni causati dall'uso di alcol si fa sempre più forte nel 1868, l'Enciclopedia Medica Italiana afferma che il vino «favorisce la digestione, l'introduzione e quindi l'assorbimento di altro materiale alimentare e fisiologico e (...) l'alcol rende possibile che l'uomo lavori con maggiore attività e che spieghi maggior forza e per più lungo tempo».

Nell'ultimo decennio del secolo XIX, coi suoi 220 litri per abitante, Roma detiene un primato imbattibile; nelle altre maggiori città del nord si andava dai 168 litri di Torino, ai 152 di Firenze, 131 di Genova, 98 di Milano fino a scendere nel sud ai 97 litri di Napoli e ai 71 di Palermo. Il commento degli esperti era molto rassicurante: "queste cifre – dicevano – non hanno nulla di eccessivo o inquietante: si consideri che il

---

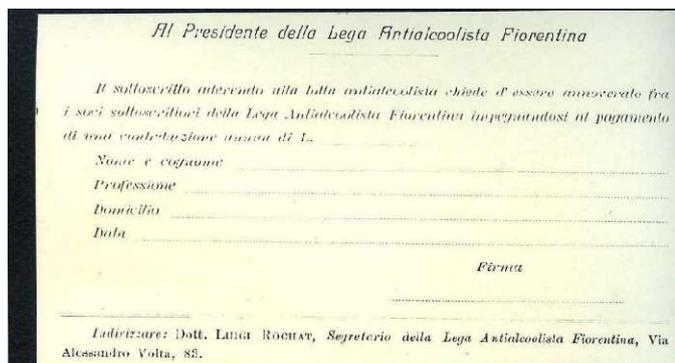
<sup>5</sup> Rush, Benjamin, *Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind*. 1805. pp. 1, 289, 291,293,294

vino è un alimento nervoso, tanto più apprezzabile in un regime alimentare qual è quello della massa dei lavoratori italiani”.

Secondo gli indici medi del 1898 – 1902, rispetto agli altri paesi europei l'Italia era al primo posto nel consumo del vino, ma all'ultimo – e con grande distacco – in quello della birra e dei liquori che, come è noto, sono per la salute bevande ben più pericolose del vino. Dunque, non era proprio il caso di preoccuparsene troppo, almeno fino ai primi anni del '900, quando a rinforzare tale messaggio fu l'On Luigi Luttazzi che, in un discorso tenuto a Bari nel 1901, senza sollevare il minimo scandalo esortò gli italiani a bersi ogni giorno un mezzo litro di vino in più.

Con l'avvio dell'industrializzazione, nei manicomi italiani si era visto un aumento notevole di ricoveri dovuti all'alcolismo e ai disturbi mentali provocati ed aggravati anche dai regimi lavorativi in fabbrica e dalle condizioni di vita nei nuovi agglomerati urbani.

1902 a Firenze il consigliere comunale e medico Giuseppe Mya<sup>6</sup>, attraverso il Dott. Giovanni Dotti, iniziò ad osservare la salute dei fanciulli fiorentini per apprendere le cause della morbidità infantile. Uno di questi studi si sofferma sui figli degli alcolisti e delinea come fra questi incidesse un gran numero di epilettici: 40 su 100.



1904, il 16-17 luglio a Venezia si tiene il “Primo Congresso Nazionale contro l'Alcolismo”. Luigi Rochat afferma che “La famosa teoria della moderazione qui non regge; non si può essere moderati d'una sostanza nociva”. **Il secondo Congresso si tenne l'anno dopo a Verona.**

1909, Antonio Giolitti nel corso di una discussione sul bilancio dichiara: "quanto al consumo del vino siamo tra due correnti: l'una dei sanitari che affermano che il vino fa male e l'altra degli economisti che raccomandano di bere molto di più, per evitare la crisi vinicola". Si può tranquillamente affermare che nonostante i secoli passino il dibattito rimane uguale!

1911, per combattere l'uso di alcol nella popolazione operaia il direttore del giornale “Il Popolo di Monza”

Ettore Simone<sup>7</sup> Boschi diede vita all'Unione Operaia Escursionisti Italiani (Associazione finalizzata all'elevazione dell'uomo attraverso la promozione del vivere a contatto con la natura e la sua conoscenza, con particolare riguardo alla montagna) ha tra i suoi scopi: «Lotta contro il vizio del gioco d'azzardo e dell'alcolismo» «Togliere gli operai dalle bettole e dalle osterie».

<sup>6</sup> Giuseppe Mya (1857-1911) è stato un pediatra e docente italiano, pioniere della pediatria

<sup>7</sup> Moneglia, 23 novembre 1874- Milano, 18 maggio 1955. Oltre alla carriera di politico e militare Boschi è ricordato per la pubblicazione di piccoli romanzi per bambini, firmati con lo pseudonimo di “Nonno Ebe”.

1913, un'importante svolta avvenne, quando il governo Giolitti emana la Legge n. 632 recante *provvedimento per combattere l'alcolismo "E' vietata senza speciale autorizzazione del prefetto, la vendita nei pubblici esercizi delle bevande alcoliche, che abbiano un contenuto in alcool superiore al 21 per cento del volume, ancorché l'esercente sia munito della licenza di cui l'art. 50 della legge di pubblica sicurezza"*.

*Nonostante la legge il problema dell'alcolismo non tende a mutare:* «In Italia siamo ancora alla formula "Libera osteria in libero stato"». Così lo psichiatra Giuseppe Antonini commenta polemicamente nel 1914 gli scarsi risultati della legge contro l'alcolismo varata l'anno precedente dal governo Giolitti, che prevede tra l'altro il divieto di corrispondere parte del salario agli operai in bevande alcoliche.

In alcuni suoi scritti il Dott. Antonini, riporta i dati del Manicomio di Mombello (MI) evidenziando che: "gli entrati per psicosi alcoolica dal 1899 al 1912 aumentarono in modo spaventoso. Da 27 nel 1899 salirono a 190 nel 1912, di cui 126 dalla città di Milano, 74 dai comuni della provincia. In Milano nel 1912 si avevano ben 3802 spacci di vino e liquori, una percentuale di 6,35 per 1000 abitanti".

Parla poi dei ricoverati nel 1914 e li raggruppava in cinque categorie:

- 1) "Coloro che senza avere tracce di lesioni permanenti da alcoolismo cronico sono giunti al manicomio in causa di ubriachezza patologica";
- 2) "Alcoolisti cronici con stigmati e disturbi fisici rilevabili all'ingresso e nei quali la psicopatia ha il carattere di delirio allucinatorio";
- 3) "Alcoolisti cronici col quadro amenziale";
- 4) "Psicosi croniche paranoide degli alcoolisti";
- 5) "Coloro che Con l'alcolismo riportano lesioni organiche (arteriosclerosi) e processi morbosi cerebrali, sono da considerare come cerebrolesi".

1920, Sul territorio si diffondono diverse Associazioni con lo scopo di contrastare l'alcolismo:

- Associazione Antialcolica Proletari Escursionisti (APE),
- Associazione Proletaria per l'Educazione Fisica (APEF)
- Marciatori Anti-Alcolici

I manicomi dell'epoca non ospitavano solo adulti con problematiche legate all'uso di alcol, ma i medici avevano notato che vi erano dei bambini che entravano con deficit mentali o problematiche di salute e che avevano una storia familiare in comune: erano figli di alcolisti.

"Il piccolo malato appartiene a famiglia di degenerati. Madre dedita all'alcol ed al vizio, [...] Le due femmine [sorelle del bambino] emigrarono dedicandosi alla vita allegra ambedue, uno dei figli dopo aver fatto vita disoccupata in gruppo si arruolò nel corpo delle guardie di P.S. ne più si è visto. L'altro figlio [...] si dette al vagabondaggio e all'alcol." Questo è ciò che si legge su una cartella clinica di un piccolo paziente nel 1910, relativa ad un piccolo paziente ricoverato nel Manicomio di Arezzo.

Scoperto tale nesso, la ricerca di una soluzione da parte del mondo della scienza non tardò: il medico milanese Giuseppe Antonini (senior), direttore dell'ospedale Psichiatrico di Milano In Mobbello, aiutato dal Conte Andrea Caratti (Presidente della Commissione provinciale contro l'alcolismo), fu uno dei primi a

muoversi con la volontà di coinvolgere i colleghi proponendo “Azioni della Commissione nei ricercatori allo scopo di difendere i bambini dal flagello dell'alcolismo”<sup>8</sup>

Con il primo conflitto mondiale il tema “Alcol” cade nel dimenticatoio; la guerra annulla tutto. Solo negli anni 30 il tema dell'alcolismo torna in auge, e viene ritenuta una condizione da bonificare, divenendo una questione di eugenetica e di demografia, tema molto caro al Duce, che vuole più italiani e più italiani sani. In un famoso e conosciuto discorso alla Camera, Mussolini identifica la malaria, la sifilide e alcolismo come piaghe da eradicare, ma non prende in considerazione il modello proibizionista americano, dato che riteneva che “Per coloro che sono sottoposti a fatiche di carattere materiale l'uso moderato del vino è utile”<sup>9</sup>.

Ovviamente il secondo conflitto Mondiale rimette in pausa il tema rimandando il tutto a tempi migliori. Mentre l'Italia sembra vivere in una continua altalena che oscilla tra problemi e soluzioni, nella terra del nuovo onAkron in Ohio, Bob Smith e Bill Wilson, entrambi alcolisti, si resero conto che condividendo le loro dolorose esperienze alcoliche riuscivano a mantenersi lontani dall'alcol. Fu così che nel 1935 negli Stati Uniti nacque l'Associazione “Alcolisti Anonimi”. Questa Associazione offriva, ed offre tutt'oggi, un programma spirituale di azione che si attua attraverso le frequentazioni di riunioni, dove si scambiano le proprie esperienze e si mette in pratica il programma di recupero, denominato “Programma dei Dodici Passi”. Tale formula trovò subito terreno in molteplici paesi, tra cui l'Italia dove si moltiplicano Associazioni con lo stesso scopo.

1946, L'adozione del concetto di “malattia” è iniziata con un mentore della prima ora di AA di nome Marty Mann durante il suo percorso di recupero; i suoi sforzi, in combinazione con lo scienziato EM Jellinek<sup>10</sup>, hanno determinato l'inizio della definizione del concetto di malattia.

1951, nell' Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcommittee, n 48, 1952 la commissione distingue due tipi di alcolisti: gli Alcol dipendenti (alcohol addicts) e i bevitori abituali sintomatici (habitual symptomatic excessive drinkers o non-addictive alcoholics).

Gli alcohol addicts sono quelli che perdono il controllo (loss-control). Sanzionando che l'alcolismo, o certe sue forme, sono una malattia o un processo di malattia. Nel 1969, il comitato ha abbandonato lo sforzo di differenziare “*le abitudini dalle dipendenze*”. La commissione ha riconosciuto che le dipendenze su diverse classi di farmaci (come alcool, oppiacei, cocaina) possono differire in modo significativo e che i sintomi di astinenza non sono sempre gli aspetti presenti o necessarie per definire una dipendenza.

1952, DSM-I mette l'alcolismo tra i disturbi della personalità considerandolo sottotipo della personalità sociopatica

1954. l'Organizzazione Mondiale della Sanità rifiuta di classificare l'alcool fra le droghe che danno dipendenza (cfr. Bruun-Pan-Rexed, *The Gentlemen's Club*, The University of Chicago Press 1975, p. 176).

---

<sup>8</sup> Pagina dedicata agli scritti di Giuseppe Antonini <https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/16730/>

<sup>9</sup> Tratto dall'intervista a Webb Miller 9 marzo 1937

<sup>10</sup> Jellinek E.M. (1890-1963). Medico Americano nel 1952 fu assunto dall'OMS come consulente sull'alcolismo a Ginevra. Nel 1952 Jellinek affermò che l'alcolismo era una malattia che si evolveva progressivamente in fasi. Il suo libro più famoso è *The Disease Concept of Alcoholism* (1960), in esso, Jellinek descrive vari tipi di alcolisti inserendoli in cinque tipologie

1956. il consiglio di amministrazione della American Medical Association (AMA) ha approvato una risoluzione che esorta gli ospedali ad ammettere i pazienti affetti da alcolismo allo stesso modo dei pazienti affetti da altre malattie. Questo atto è generalmente visto come il momento in cui l'alcolismo è stato formalmente riconosciuto come una malattia negli Stati Uniti; tuttavia, questo disturbo nel 1933 fu inserito nella nomenclatura standard delle malattie dalla AMA e dall'American Psychiatric Association. Eppure, la risoluzione del 1956 mette in evidenza le importanti questioni giuridiche che sono associate con allo stato di alcolismo come malattia, non ultimo la questione dei costi relativi al trattamento che dovrebbero essere coperti dalle assicurazioni sanitarie.

1960, Jellinek E.M. nel suo libro di riferimento. *La malattia concetto di alcolismo* descrive cinque tipi di alcolismo:

- L'alcolismo  $\alpha$ , che riguarda coloro la cui dipendenza è solo psicologica (alcol utilizzato per alleviare emozioni spiacevoli)
- L'alcolismo  $\beta$  che descrive la situazione di coloro la cui salute fisica risente del consumo di alcol, senza che vi sia alcuna dipendenza fisica o psicologica
- L'alcolismo  $\gamma$  che riflette la situazione di coloro che sperimentano una dipendenza fisica ingestibile dall'alcol
- L'alcolismo  $\delta$  che colpisce coloro che non possono rinunciare all'alcol o soffrono di disturbi da astinenza, ma che possono controllare il loro consumo per evitare l'ubriachezza acuta
- Infine, l'alcolismo  $\epsilon$  che è l'equivalente del termine dipsomania.

Con la sua classificazione rinforza il concetto di malattia classificandola come malattia cronica provocata da vari fattori predisponenti: costituzionali, psicologici e sociali.

1961, durante i lavori che hanno preparato la Convenzione Unica dell'ONU (quella che ha formulato l'elenco delle sostanze da definire "droghe" e quindi da proibire) i partecipanti sono stati "espressamente istruiti" dalla segreteria generale dell'ONU a escludere l'alcool dalla discussione (Official Records, II, 1961:94.)

1962, la seconda edizione del DSM dell'APA (DSM-II) segue il precedente dell'OMS ICD-8 e comprende tre sottocategorie di disturbi alcol-correlati: la dipendenza da alcol, quella episodica con bere eccessivo e quella abituale con bere eccessivo. Alcolismo e tossicodipendenza continuano ad essere classificati come tipi di personalità sociopatica.

1964, in Croazia, e successivamente nel 1979 in Italia, il Prof. Vladimir Hudolin<sup>11</sup>, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria, nel prendere atto della rilevanza epidemiologica dell'alcolismo e della difficoltà ad affrontare questo problema con approcci tradizionali, spesso mono orientati, sia in senso etico repressivo (alcolismo come vizio), ma anche sanitario terapeutico (alcolismo come malattia) riuscì a costituire e a dare avvio, all'esperienza dei Club degli Alcolisti in Trattamento<sup>12</sup>., divenuti AICAT (associazione italiana dei club degli alcolisti in trattamento).

---

<sup>11</sup> Nacque in Croazia a Ogulin, 1922 e morto a Zagabria, 1996. È stato un neurologo, psichiatra e docente universitario croato, esperto mondiale sui problemi alcolcorrelati.

<sup>12</sup> Nel 2010 l'AICAT (Associazione Italiana del Club Alcolisti in Trattamento) promuove una consultazione nazionale per cambiare il nome dell'associazione, poiché il termine "Alcolismo" e il termine "Trattamento" non

1965, l'OMS ha finalmente ammesso il concetto di "dipendenza da alcool". Ciononostante, un manuale dell'OMS del 1980 ha stabilito che l'alcool deve essere escluso dalla classificazione fra le droghe che creano dipendenza (Rootman-Hughes, Drug-Abuse Reporting System, WHO, 1980, p. 9)

1966, l'AMA ha proclamato l'alcolismo una malattia. La decisione è stata accolta con numerose polemiche. Marty Mann ha usato la sua posizione di fondatore della NCA (Consiglio Nazionale per l'alcolismo) per promuovere il concetto di malattia attraverso Jellinek e il fondatore del NIAAA (Istituto Nazionale per l'alcolismo e abuso di alcool), il quale fondatore ha lavorato con Marty Mann durante la prima fase di sviluppo dell'istituto.

1968, DSM-II, l'alcolismo viene inserito tra i disturbi della personalità alla stregua delle devianze sessuali.

1969, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la Dipendenza da una sostanza come "uno stato psichico e talora anche fisico che risulta dall'interazione dell'organismo con una sostanza ad azione farmacologica, che si caratterizza per alcune modificazioni del comportamento e di altri aspetti; comprende sempre una compulsione ad assumere la sostanza, in modo continuo o periodico, al fine di provocare effetti sulla psiche e talora di evitare il disagio della sua mancanza. Si può accompagnare o non a tolleranza" (OMS,1969).

1970, Edwards, G. in "Lo stato di alcolismo come una malattia. In Phillipson, R. Ed. *Tendenze moderne di tossicodipendenza e alcolismo*. Toronto: Università di Toronto Press. Pp.140-161.

"Gran parte delle prove necessarie su cui prendere una decisione in merito al fatto che l'alcolismo è una malattia non è ancora disponibile, e quando tutte le informazioni utili sulle cause del bere anormale sono state raccolte, la decisione di definire alcolismo come una malattia farà ancora riflettere molto sulla definizione di 'Alcolismo' [...] Dal punto di vista dell'ordine pubblico [...] di dichiarare che l'alcolismo è una malattia [...] per definire un programma, è altro che dire qualcosa di scientificamente significativa. Per avere convinto la società a far passare un particolare tipo di devianza dal ruolo di cattivo al ruolo di malato potrebbe, tuttavia, qualunque sia la logica, qualunque sia la scienza, potrebbe essere un evento importante. " (p.161).

1972, in Italia inizia a Roma (Via Napoli 58) l'attività del primo gruppo degli Alcolisti Anonimi. Nel luglio 1974, nacque il gruppo a Firenze e tra il 1975 ed il 1976 i membri del gruppo romano contribuirono a dar vita al primo gruppo della Lombardia a Milano e della Liguria a Genova.

1975, a Ginevra, nel corso della 29° Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità fu approvata la 9° revisione della Classificazione (ICD-9) con l'inserimento della "Sindrome da Dipendenza da Alcool".

1976, Edwards e Gross per primi proposero veri e propri criteri diagnostici per la sindrome da dipendenza da alcol. La sindrome da dipendenza da alcol (Edwards and Gross 1976, Eedwrds et all., 1977) è un set di sintomi interrelati che includono il neuroadattamento all'alcol, con i diversi gradi di

---

corrispondono più al vero significato dell'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati elaborato da Hudolin. La maggioranza dei club degli alcolisti in trattamento accetta questa proposta e cambia nome in "club alcologici territoriali" (stesso acronimo CAT).

severità. Un supporto cognitivo per “havy drinking” e con un controllo alterato dell’assunzione di alcol (Edwards, 1986, Barbor et al., 1987b). In ogni caso non si può che essere compresa all’interno di modelli riduzionistici, basati su una singola disciplina (Edwards, 1994) e la dipendenza include sicuramente molto di più di quello che sono le componenti ovvie della tolleranza e dell’astinenza (Carroll et al. 1994). La sindrome va considerata come una entità plastica ed elusiva, piuttosto che come qualcosa di ben definito, ma con il progredire della dipendenza la modalità del bere tendono a diventare sempre più fisse.

1977, sulla base di un rapporto dell’OMS su alcol e di altre ricerche, hanno determinato dei cambiamenti delle definizioni e altre posizioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e nella *Classificazione Internazionale delle Malattie*, 9 edizione (ICD-9) con la sua pubblicazione, il concetto di una sindrome da dipendenza da alcol è emersa ufficialmente a livello internazionale. Il concetto di ICD-9 di dipendenza si è basata su una proposta del 1976 dei ricercatori Griffith Edwards e Milton Gross, che hanno definito sette caratteristiche della sindrome di dipendenza da alcol.

1979, nasce a Padova la SIA (Società Italiana di Alcolologia) e a Trieste il primo Club AICAT (Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento), un’associazione di mutuo aiuto, che aggrega gli individui e le loro famiglie con problemi alcol-correlati. A Udine nell’ottobre dello stesso anno con la partecipazione di Hudolin veniva organizzato il “Primo Corso di Sensibilizzazione” per lo studio dei problemi alcolcorrelati. Da allora i club degli alcolisti in trattamento si sono diffusi in tutta Italia e in moltissimi paesi del mondo, tanto in occidentale quanto in oriente.

Nello stesso anno un comitato dell’Organizzazione Mondiale della Sanità ha consigliato l’abbandono dell’uso del termine “alcolismo” come entità diagnostica, preferendo la categoria di “Sindrome Da Dipendenza Da Alcool”(SDA) dandone la seguente definizione: “uno stato psichico e normalmente anche fisico risultante dall’assunzione di alcol e caratterizzato da alterazioni comportamentali o di altro tipo che sempre includono una compulsione ad assumere alcol in maniera continuativa o periodica, al fine di sperimentare gli effetti psicotropi ed a volte per evitare il disagio della mancata assunzione; il fenomeno della tolleranza può essere più o meno presente”

1980, con la pubblicazione del DSM-III l’American Psychiatric Association ha ufficialmente rimosso “Alcolismo” come categoria diagnostica e sostituito con due nuove categorie: Alcol Dipendenza e L’abuso di alcol.

Dipendenza Alcol si riferisce ad una dipendenza fisica o psicologica da alcol, che rende difficile smettere di bere. L’abuso di alcol si riferisce ad un modello di consumo di alcol, che porta a problemi nella vita quotidiana, problemi sul posto di lavoro o a scuola, ma che non è accompagnata da dipendenza fisica o psicologica. L’abuso di alcol non è considerato un precursore o una forma più lieve di Dipendenza da alcol tantoché gli esperti oggi li considerano due categorie completamente separate.

Nello stesso anno viene pubblicato un memorandum dell’OMS sulla nomenclatura e classificazione dei problemi alla droga e alcol-correlati col quale viene approvato il concetto che la tossicodipendenza è una sindrome che si manifesta con diversi livelli di gravità. nei criteri sono inclusi molti di quelli menzionati da Edwards e Gross nel 1976 e alcuni che erano stati sviluppati per il DSM-III.

1982, esce la prima “*Rivista Italiana di Alcolologia*” edita dalla SIA (Società italiana Alcolologia).

1987, viene pubblicato il DSM-III-R di The American Psychiatric Association, costruito sul DSM-III e il memorandum dell'OMS. Esso presenta nove criteri per la diagnosi di una sindrome di dipendenza generica, applicata ad una grande varietà di farmaci. L'utente deve rispondere ad almeno tre criteri affinché di possa prender in considerazione qualsiasi grado di dipendenza. Né la tolleranza, né la dipendenza fisica sono stati inclusi tra i criteri richiesti. La presenza di oltre tre criteri indicherebbe una forma più grave. La concettualizzazione della dipendenza nel del DSM-III-R è stata controversa, in quanto per molti anni la dipendenza fisica e la tolleranza sono stati considerati la prova della "vera malattia", e molti medici credevano che la modifica di questi criteri sia stato un errore che ha ampliato la categoria della tossicodipendenza. Nonostante queste preoccupazioni, c'era poca discussione circa l'importanza dei fattori psicologici e sociologici nello sviluppo la perpetuazione della sindrome - cioè, non c'era ancora un consenso sul modello biopsicosociale.

1987, l'editoriale del *British Journal of Addiction* sollevava il problema della parola alcolismo che, da un punto di vista semantico, non riesce a contenere l'enorme complessità di problematiche che vi sono connesse e nonostante quanto proposto da Edward e Gross il termine alcolismo continua ad essere utilizzato tanto che nello stesso numero della rivista Makela con un suo articolo focalizza alcuni criteri da seguire nell'eventuale scelta di una nuova parola.

1989, nasce l'AICAT (Associazione italiana del Club Alcologici Territoriali), un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale volta a promuovere e coordinare le attività dei Club Alcologici Territoriali (CAT), già Club degli Alcolisti in Trattamento (1979), che sono il cardine dell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi.

1990, durante la quarantatreesima Assemblea mondiale della sanità dell'OMS viene approvata la decima edizione (ICD-10) e utilizzata a partire dal 1994. Nell' ICD-10 scompare il termine *ABUSO* e il termine usato nella traduzione italiana del manuale ICD-10 diventa "uso dannoso" (dall'inglese "harmful use").

1991, l'AMA ha approvato la denominazione di alcolismo della classificazione internazionale delle malattie in entrambe le sezioni psichiatriche e mediche. Tra il 1980 e il 1991, le organizzazioni mediche, tra cui l'AMA, hanno lavorato insieme per stabilire le politiche riguardo le loro posizioni sulla teoria di malattia.

1992, una commissione medica della Società Americana di Medicina delle Dipendenze e del Consiglio Nazionale su alcolismo e tossicodipendenza ha definito l'alcolismo come segue: *"L'alcolismo è una malattia cronica primaria con fattori genetici, psicosociali e ambientali che influenzano il suo sviluppo e la manifestazione. La malattia è spesso progressiva e fatale. È caratterizzata da un controllo insufficiente sul bere, la preoccupazione con la droga (alcol), l'uso di alcol, nonostante conseguenze negative, e distorsioni nel modo di pensare, in particolare la negazione. Ognuno di questi sintomi possono essere continuativi o periodici. "* (Morse, Flavin, et al., 1992). Nello stesso anno a livello internazionale, gli autori dell'ICD-10 ha continuato l'evoluzione iniziata nell' ICD-9 e ha aderito strettamente ai concetti di dipendenza, già delineati nel 1977 nel rapporto dell'OMS e ribaditi nel memorandum 1981. l'ICD-10 include un modello generico di tossicodipendenza con criteri analoghi per l'alcol, il tabacco, gli oppiacei e altri farmaci psicotropi.

1993, ad Assisi Vladimir Hudolin dichiara che “L'alcolismo non ha un significato medico, ma rientra in un concetto vasto del comportamento, di stile di vita dell'individuo, della famiglia e della comunità. In senso medico stretto, l'alcolismo non esiste perché questo significherebbe medicalizzare una grande quantità di persone [...]”

1994, il DSM-IV nella categoria dell'Abuso definisce un'entità nosografica autonoma dei Disturbi Correlati all'Alcool che vengono suddivisi in Disturbi da Uso di Alcool e Disturbi Indotti da Alcool; la classificazione dei disturbi alcol correlati è quella che sarà fornita dall'American Psychiatric Association nella quarta edizione del DSM-IV nel 1995, che distingue due forme: l'abuso e la dipendenza. L'abuso si riferisce sia a eccessi occasionali sia a un consumo continuato di alcolici, e implica una dipendenza di ordine psicologico, in cui il bere è motivato dalla necessità di sentirsi in forma, nonostante i problemi sociali e occupazionali che ne derivano. Nella dipendenza, oltre ai medesimi problemi, si evidenzia anche un aumento sia della tolleranza all'alcol, sia dei sintomi fisici dell'astinenza. La dipendenza si manifesta quindi come un legame inscindibile o difficilmente risolvibile con l'alcol, in assenza del quale compaiono di norma segni più o meno gravi di sofferenza tanto fisica quanto psichica.

Nello stesso anno in Italia la Società Italiana di Alcologia dichiara che il bere bevande alcoliche sia un "comportamento a rischio" a prescindere dalle quantità di alcol ingerite, in quanto la risposta alla sostanza varia da individuo a individuo (Consensus Conference sull'Alcol, San Felice 1994).

1995, l'AUDIT, a proposito del consumo di alcol, descrive come utilizzare il Disorders Identification Test per identificare nelle persone i livelli pericolosi e nocivi del consumo di alcol. Il controllo è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un semplice metodo di screening per bere eccessivo e di contribuire a breve valutazione. Può aiutare a identificare il bere eccessivo come la causa della presenza di malattia. Fornisce inoltre un quadro di intervento per aiutare i bevitori a rischio a ridurre o cessare il consumo di alcol e quindi ad evitare le conseguenze dannose del loro bere.

1997, il 16 settembre, sotto la direzione del Dottor. Ceccanti, nasce a Roma per la prima volta in Italia il CRARL (Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio) per Delibera della Giunta della Regione Lazio numero 5626. Attualmente ha sede presso il Policlinico Umberto I di Roma ed opera sia come centro studi e di ricerca sull'alcolismo e sulle patologie alcol-correlate, che come centro servizi. L'anno seguente alla Capitale fa seguito Firenze dove nel 1998, per l'impegno del Dottor Patussi e con Delibera del Consiglio Regionale Toscano numero 281 del 15 settembre 1998, nasce il CAR (Centro Alcologico Regionale), con sede presso l'azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi. Qualche anno più tardi anche in Liguria, con la Legge Regionale 5 aprile 2012, n. 11, prende vita il Centro Alcologico Regionale (CAR) coordinato dal Dott. Testino, sito presso l'Ospedale Policlinico San Martino.

1998, nasce l'Osservatorio nazionale alcol (Ona) del Cnesps divenendo riferimento formale e ufficiale dell'Istituto superiore di sanità (Iss) per la ricerca, la prevenzione e la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate.

2001, in Italia viene promulgata la legge 125/01: “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati”. La presente legge reca norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcolodipendenti, con lo scopo di:

- a) tutelare il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b) favorire l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c) favorire l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d) promuovere la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati;
- e) favorire le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

2004, il NIAAA introduce il termine binge-drinking e lo definisce come: "un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di alcol nel sangue (BAC) a 0,08 grammi per cento o superiore". Per l'adulto, questo modello corrisponde al consumo di 5 o più bevande alcoliche per i maschi, o 4 o più bevande alcoliche per le femmine, in un lasso di tempo circa 2 ore. La SAMHSA definisce binge-drinking nel modo seguente: Cinque o più bevande sulla stessa occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

2006, con la Legge 125/2001 e decreto Ministeriale il 18 ottobre viene istituita *La Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol-correlati*, che vede tra i suoi obiettivi:

- a. tutelare il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b. favorire l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c. favorire l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d. promuovere la ricerca e garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati;
- e. favorire le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

Per far ciò si avvale della collaborazione di enti e organizzazioni internazionali che si occupano di alcol e di problemi alcol-correlati, in particolare l'Oms, e la formulazione di proposte e pareri ai ministri competenti, alle Regioni e alle Province autonome.

2010, per la prima volta, le delegazioni provenienti da tutti i 193 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno raggiunto un consenso presso l'Assemblea mondiale della sanità su una strategia globale per affrontare il consumo dannoso di alcol che vede coinvolta l'OMS dal 2008. Il venerdì 21 maggio 2010 la sessantatreesima sessione dell'Assemblea mondiale della sanità ha adottato con delibera consensus WHA63.13 che approva la strategia globale.

L'uso nocivo di alcol è un grave fardello per la salute, e colpisce quasi tutti gli individui su scala internazionale. I problemi di salute derivanti dall'uso pericoloso di alcol nascono in forma di condizioni acute e croniche e le conseguenze sociali negative sono comuni quando sono associate al consumo di alcol. Ogni anno, il consumo dannoso di alcol uccide 2,5 milioni di persone, tra cui 320 000 giovani tra i

15 ei 29 anni di età. È 'il terzo fattore di rischio principale per cattive condizioni di salute a livello globale, e l'uso dannoso di alcol è stato responsabile di quasi il 4% di tutti i decessi nel mondo, secondo le stime per il 2004.

2012, 71 scienziati provenienti da 33 organizzazioni di 14 paesi hanno preparato il manifesto PROGETTO AMPHORA in quanto profondamente preoccupati da dati che rivelano che ogni anno 120.000 cittadini dell'Unione europea, di età compresa tra 15 e i 64 anni muoiono a causa dell'alcol, e che queste morti evitabili si ripetano, anno, dopo anno, senza una sufficiente azione politica per ridurle. I punti cardine di tale manifesto sono:

- Maggiore informazione per i sui danni che l'alcol provoca, tra cui il cancro, attraverso le avvertenze sulle etichette di tutte le bevande alcoliche, come previsto per legge dai ministeri della salute.
- Aumentare il prezzo delle bevande alcoliche immediatamente attraverso la tassazione in tutta l'Unione europea, e per tutti i prodotti, inclusi birra e vino.
- Rendere meno facile da acquistare l'alcol, in ogni variegata gamma di modalità.
- Vietare tutte le forme di comunicazione commerciali sull'alcol.

2014, nel recente DSM-5, la categoria che ora viene chiamata "Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze" ha avuto cambiamenti sostanziali. Nella nuova edizione sono state fuse le categorie di abuso e dipendenza da sostanze nel precedente DSM-IV-TR in un unico "disturbo da uso di sostanze", misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi sono simili ai precedenti e riuniti in un unico elenco di 11 sintomi. Alla lista dei sintomi è stato aggiunto il craving (forte desiderio di utilizzare la sostanza), mentre è stato eliminato il criterio riguardante i problemi legali ricorrenti, a causa della difficile applicazione a livello internazionale.

Nello stesso anno, l'ospedale fiorentino di Careggi è il primo ad essere "alcohol free", con divieto di introduzione, somministrazione o vendita di alcolici e dal 2015 è, fra i primi in Italia, interamente "smoke free" in cui anche gli spazi esterni sono liberi dal fumo.

2017, i Club AICAT presenti sul territorio italiano sono circa 2000 e coinvolgono 10.000 famiglie.

2020, in occasione dell'ottava Settimana di sensibilizzazione europea sui danni correlati all'alcol (AWARH)<sup>13</sup> viene lanciato il chiaro messaggio che **non esistono quantità sicure di consumo di alcolici**, il rischio zero per il cancro è legato alla completa astensione dalle bevande alcoliche.

In Europa, solo nel 2018, circa 180.000 tumori e 92.000 decessi per cancro sono stati causati dall'alcol. Il consumo di alcol ha causato circa 45.500 casi di cancro al seno nelle donne di cui 12.100 decessi, e circa 59.200 casi di cancro del colon-retto in donne e uomini di cui 28.200 decessi (dati sottostimati). Tali eventi e condizioni sarebbero totalmente evitabili a fronte di rigorose politiche di governance mirate all'empowerment e alla centralità della salute della persona.

L'11% circa di tutti i casi di cancro causati dall'alcol nella Regione europea dell'OMS sono legati a consumi quotidiani "moderati", non eccedenti una bottiglia di birra (500 ml), 2 bicchieri di vino (200 ml) o 60 ml di superalcolici al giorno. I rischi per la salute aumentano notevolmente all'aumentare delle quantità di alcol consumate.

---

<sup>13</sup> Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2020: i webinar  
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-webinar>

Inoltre, l'OMS sottolinea che ridurre il consumo di alcol è un imperativo per la salute pubblica<sup>14</sup>.

2022, a Roma, promossa dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni, dal 15 al 17 marzo si è tenuta la seconda Conferenza nazionale sull'alcol, intitolata "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana". Il 25 ottobre 2022, il ministero della Salute ha pubblicato il libro bianco sull'alcol dal titolo "*Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana*"<sup>15</sup> documento di analisi, sintesi e consenso dei lavori svolti in occasione della seconda conferenza nazionale sull'alcol.

Questo excursus storico ci può fornire elementi per varie riflessioni le quali possono essere distinte rispetto ad una visione prettamente medica sociale politica o rilegata all'ambito dell'educazione ma anche della simbologia religiosa.

La capacità duplice dell'alcol di dare piacere e malessere allo stesso tempo è probabilmente quell'ambivalenza che ancora ci condiziona e ci impedisce di trovare posizioni più chiare senza risultare essere estremisti.

Un esempio di tale ambivalenza potremmo citare i risultati forniti dall'Istat riguardo agli incidenti su strada a causa del Alcol per i giovani dai 15 ai 24 sono in continuo aumento, eppure l'alcolemia consentita alla guida nel nostro paese rimane lo 0,5 g/l.

Un'altra ambivalenza significativa è rappresentata dall'aspetto economico: se da un lato le case di produzioni, grandi e piccole, ne traggono profitto, dall'altro abbiamo le spese sanitarie e umane che la comunità deve sostenere.

Probabilmente la nostra cultura e le nostre tradizioni ci rendono meno obbiettivi verso i dati allarmanti e rendono più difficili scelte personali verso il bere che coinvolgono soprattutto i giovani che dobbiamo educare a stili di vita consapevoli.

### **Per Corrispondenza:**

**Centro Alcolologico Regionale Toscano**, AOU Careggi, Via Ippocrate, Padiglione 13, 50134 Firenze FI.  
E-mail: [cart@aou-careggi.toscana.it](mailto:cart@aou-careggi.toscana.it)

---

<sup>14</sup> <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-cancro>

<sup>15</sup> <https://www.epicentro.iss.it/alcol/libro-bianco-alcol-2022>

**Emanuele Scafato**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

**Claudia Gandin**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

**Silvia Ghirini**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Alice Matone**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## **AWARENESS WEEK ON ALCOHOL RELATED HARM 2022: I MESSAGGI DI PREVENZIONE DELLA SETTIMANA EUROPEA DI CONSAPEVOLEZZA SUI DANNI ALCOL-CORRELATI PER TUTTO L'ANNO**

### **Riassunto**

Dal 28 novembre al 2 dicembre 2022 si è tenuta la decima settimana di sensibilizzazione sui danni alcol-correlati, *European Awareness Week on Alcohol Related Harm (AWARH22)* istituita per aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sulla necessità di affrontarli attraverso un approccio integrato alle politiche sull'alcol.

AWARH rappresenta, da qualche anno, un evento di sensibilizzazione e prevenzione in tema alcologico sviluppato da un gruppo di esperti, selezionato dall'*European Alcohol Policy Alliance* (Eurocare), che si confronta ogni anno su un diverso tema.

In Italia l'iniziativa è sostenuta dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, consulente OMS, già Centro Collaborativo dell'OMS per le problematiche alcol-correlate, in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia.

AWARH22 ha riportato l'attenzione su 32 "fatti" in materia di alcol di cui tutti dovrebbero essere a conoscenza. I "fatti" rappresentano i messaggi fondamentali (supportati da evidenze scientifiche) da diffondere e ricordare tutto l'anno.

### **Parola Chiave**

Prevenzione, consumo di alcol, politiche alcologiche

### **Abstract**

The tenth awareness week on alcohol-related harm, European Awareness Week on Alcohol Related Harm (AWARH22) was held from 28 November to 2 December 2022. It was set up to raise awareness of the harm caused by alcohol and the need to address it through a integrated approach into the alcohol policies.

AWARH is an alcohol awareness and prevention event developed by a group of experts, selected by the European Alcohol Policy Alliance (Eurocare), who discuss each year on a different topic.

In Italy, the initiative is supported by the National Observatory on Alcohol of the Istituto Superiore di Sanità, WHO consultant, former WHO Collaborative Center for alcohol-related problems, in collaboration with the Italian Society of Alcoholology.

AWARH22 brought attention to 32 "facts" about alcohol that everyone should be aware of. The "facts" represent the fundamental messages (supported by scientific evidence) to be disseminated and remembered throughout the year.

### **Key Word**

Prevention, alcohol consumption, alcohol policies

Dal 28 novembre al 2 dicembre 2022 si è tenuta la decima settimana di sensibilizzazione sui danni alcol-correlati, *European Awareness Week on Alcohol Related Harm* (AWARH22) istituita per aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sulla necessità di affrontarli attraverso un approccio integrato alle politiche sull'alcol.

AWARH rappresenta, da qualche anno, un evento di sensibilizzazione e prevenzione in tema alcolico sviluppato da un gruppo di esperti, selezionato dall'*European Alcohol Policy Alliance* (Eurocare), che si confronta ogni anno su un diverso tema. A tal riguardo, l'edizione del 2020 è stata incentrata su tre tematiche: alcol e cancro, le politiche sull'alcol in era COVID-19 e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile - *Sustainable Development Goals* (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020>) mentre l'edizione del 2021 sull'iniziativa SAFER dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (il programma europeo per prevenire e ridurre danni e decessi alcol-correlati: interventi basati sulla disponibilità di alcol, sulla prevenzione alcol e guida, sull'accesso a programmi di prevenzione e trattamento, sull'applicazione delle norme su marketing, politiche di prezzo e tassazione) (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2021>) [1-4].

AWARH2022, anche quest'anno organizzata da Eurocare, si è svolta in collaborazione con prestigiose società scientifiche europee: *The Standing Committee of European Doctors* (CPME), *United European Gastroenterology* (UEG), *European Association for the Study of the Liver* (EASL), *European Liver Patients' Association* (ELPA), *European Brain Council* (EBC) e *European Federation of Addiction Societies* (EUFAS).

In Italia l'iniziativa è sostenuta dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità, consulente OMS, già Centro Collaborativo dell'OMS per le problematiche alcol-correlate, in collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia - SIA (<https://www.awarh.eu/>).

L'edizione attuale 2022, come accennato precedentemente, si è concentrata sull'importanza di facilitare il coinvolgimento dei responsabili politici nelle attività di prevenzione rivolte a aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol, secondo un approccio di sanità pubblica integrato alle politiche sull'alcol.

In Europa due persone al minuto muoiono a causa dell'elevato livello di consumo di alcol nella regione, e milioni di persone subiscono innumerevoli altri danni causati, direttamente o indirettamente, dall'alcol: problemi di salute, violenze, infortuni, perdita del lavoro, etc [5]. Durante AWARH22 questi fatti sono stati ricordati ai politici, offrendo delle raccomandazioni. Parlamentari, eurodeputati e altri responsabili politici raggiunti dalla campagna non hanno scuse per non aver salvaguardato i cittadini dai danni causati dall'alcol.

L'AWARH22 sulla base delle finalità dell'anno, ha riportato l'attenzione su 32 fatti in materia di alcol, condivisi dal gruppo di esperti AWARH22 in occasione delle riunioni preparatorie alla campagna, di cui tutti dovrebbero essere a conoscenza. I fatti di seguito riportati (<https://www.awarh.eu/facts/>) rappresentano i messaggi fondamentali (tutti supportati da evidenze scientifiche) da diffondere e ricordare tutto l'anno.

L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'ISS partecipa da anni con un ruolo guida e su nomina del Ministero della Salute alla definizione, realizzazione e implementazione di numerose attività europee e

internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol-correlati fornendo, insieme alle società scientifiche europee, il contributo tecnico-scientifico che è alla base dei messaggi di prevenzione delle campagne AWARH.

### **Perché è importante?**

L'importanza di diffondere e ricordare i messaggi di prevenzione è supportata dai dati dell'ONA, riportati nell'ultima Relazione al Parlamento, presentati nel corso della Conferenza Nazionale Alcol dello scorso marzo 2022 [6] e pubblicati più di recente nel Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana" [7,8].

Nel corso del 2019 il 66,8% degli italiani sopra gli 11 anni ha consumato bevande alcoliche. Si tratta di 36 milioni di persone e di questi, più di 11 milioni hanno bevuto alcolici ogni giorno (e più di 8 milioni con modalità definite a rischio). Sono 3,8 milioni i *binge-drinker* che hanno consumato più di 6 bicchieri di bevanda alcolica in un'unica occasione con 43.148 accessi ai Pronto Soccorso per disintossicarsi [9]. Oltre 670 mila persone consumano in maniera dannosa, una modalità che richiederebbe un intervento per la gestione dei Disturbi da uso da Alcol (DUA) che è stato però assicurato solo a 65.387 alcolodipendenti presi in carico dai servizi [10]. Sono inoltre preoccupanti le tendenze registrate anche nel 2020 tra i minori e i giovani con una platea di circa 1 milione di consumatori a rischio e/o *binge drinker*, in aumento dopo il periodo di *lockdown* conseguente all'epidemia COVID-19 [11-16]. Inoltre, sempre durante il COVID-19, è stato evidenziato [17] un aumento dei consumi proprio nella fascia di popolazione più fragile in termini di consumo di alcol, ovvero in chi già mostrava un comportamento a rischio, portando alla luce un profondo e radicato problema sociale tutt'altro che vicino a una soluzione soddisfacente.

**Per ciascun dei 32 messaggi (fatti) di seguito riportato sono disponibili i documenti di riferimento per l'evidenza scientifica selezionati dagli esperti AWARH22 ed è possibile scaricare anche l'immagine a sostegno del messaggio stesso.**

### **FATTO #1**

#### **Sapevi che l'alcol non giova alla salute del cuore?**

Nessuno studio scientifico ha mai dimostrato che l'alcol abbia effetti benefici di alcun tipo sul cuore. La falsa convinzione diffusa su questi ipotetici effetti benefici è stata fermamente confutata dalla *World Heart Federation*. L'alcol può danneggiare il muscolo cardiaco e aumenta la pressione sanguigna contribuendo a malattie cardiache e ictus.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=disease%20and%20stroke.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-11.jpg>

## **FATTO #2**

### **Sapevi che l'alcol è uno dei più potenti agenti cancerogeni?**

L'alcol è un cosiddetto cancerogeno di gruppo 1, ovvero appartiene alla stessa categoria del tabacco e dell'amianto come agente cancerogeno. L'alcol provoca almeno sette tipi di cancro, e il rischio aumenta proporzionalmente alla quantità di alcol consumata: i forti bevitori corrono un rischio fino a cinque volte superiore rispetto ai non bevitori di sviluppare un tumore, ma anche bassi livelli di consumo di alcol comportano un rischio significativo.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=bring%20significant%20risk.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-17.jpg>

## **FATTO #3**

### **Sapevi che l'alcol può causare il cancro al seno?**

Il cancro al seno è il tipo di cancro più frequentemente diagnosticato nella regione europea dell'OMS, con oltre 1.500 donne diagnosticate ogni giorno. Il consumo di alcol è uno dei principali fattori di rischio modificabili (ovvero, sui quali si può intervenire) per la malattia, e causa sette su 100 nuovi casi di cancro al seno nella regione europea. Chi ha un consumo basso di alcol corre un rischio di sviluppare il cancro al seno leggermente più elevato rispetto ai non bevitori, mentre i forti bevitori hanno un rischio del 60% maggiore.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=60%25%20higher%20risk.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-14.jpg>

## **FATTO #4**

### **Sapevi che chi promuove l'uso di alcol minimizza il rischio di cancro?**

L'analisi da parte di esperti delle campagne di comunicazione di 27 organizzazioni dell'industria dell'alcol ha mostrato che la maggior parte ha travisato le prove sull'associazione tra alcol e cancro, attraverso una combinazione di negazione, omissione, distorsione o distrazione.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=distortion%20or%20distraction.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-20.jpg>

## **FATTO #5**

### **Sapevi che l'alcol peggiora i comuni problemi di salute mentale?**

Il consumo di alcol può essere sia una conseguenza che una causa di ansia e depressione. L'effetto rilassante dell'alcol svanisce rapidamente e l'effetto di rimbalzo dell'astinenza da alcol aumenta i livelli di ansia. L'effetto dell'alcol sull'umore, sull'autostima e sulle relazioni tipicamente aumenta i sentimenti di depressione.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=feelings%20of%20depression.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-13.jpg>

## FATTO #6

### **Sapevi che le aziende traggono profitto dal consumo rischioso di alcol per la salute?**

L'interesse finanziario delle aziende di alcol è in conflitto con la riduzione del consumo rischioso e ingente di alcol, perché livelli più elevati di consumo contribuiscono al loro reddito. In Inghilterra, ad esempio, si stima che chi beve al di sopra dei livelli indicati come a basso rischio rappresenti il 68% delle entrate totali delle vendite di alcol.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=alcohol%20sales%20revenue.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-18.jpg>

## FATTO #7

### **Sapevi che gli inserzionisti di alcolici spendono miliardi?**

Le aziende di alcolici spendono miliardi per il marketing, spesso a livelli molto più alti rispetto ad altri prodotti. Ciò è progettato per indurre al consumo di alcol i bambini e i redditi forti bevitori attraverso sponsorizzazioni sportive, pubblicità attraverso il cinema e la televisione, *influencer* sui social media, nonché media tradizionali e pubblicità online.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=and%20online%20advertising.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-21.jpg>

## FATTO #8

### **Perché le informazioni vitali sulla salute dovrebbero essere riportate sulle etichette?**

La ricerca mostra che il posto più efficace per trasmettere le informazioni ai consumatori è tramite l'etichetta dei prodotti, il modo migliore per rispettare il diritto dei consumatori di essere informati. Qualsiasi sistema per cercare le informazioni online, per esempio con un codice QR, costituisce un ostacolo all'ottenimento di informazioni.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=to%20obtaining%20information.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-26.jpg>

## FATTO #9

### **Sapevi che la tassazione degli alcolici e le politiche sui prezzi limitano i danni?**

Le politiche sui prezzi e la tassazione degli alcolici sono tra le misure più efficaci e costo-eficaci per ridurre il consumo e i danni alcol-correlati, ma la maggior parte dei paesi della regione europea dell'OMS non utilizza ancora questi preziosi strumenti al massimo delle loro potenzialità. Si stima che 10.700 nuovi casi di cancro e 4.850 decessi per cancro alcol-correlati potrebbero essere evitati ogni anno nella regione europea dell'OMS raddoppiando le attuali accise sulle bevande alcoliche.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=on%20alcoholic%20beverages.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-19.jpg>

## FATTO #10

### **Conosci i rischi dell'alcol per la salute?**

Bere alcol può danneggiare la salute in molti modi, con rischi che aumentano anche assumendone piccole quantità. I rischi per la salute, a breve termine, includono lesioni e avvelenamento da alcol; a lungo termine, problemi di salute come il cancro, malattie del fegato, ipertensione, ictus, problemi cardiaci e gastrointestinali, nonché problemi di salute mentale e disturbi del sonno.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=and%20poor%20sleep.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-12.jpg>

## FATTO #11

### **Sapevi che l'Europa ha il più alto consumo di alcol al mondo?**

L'Europa ha il più alto livello di consumo di alcol al mondo che, insieme al consumo di alimenti ultralavorati (*ultra-processed foods*) e all'elevata prevalenza di obesità, è il principale fattore di morbilità e mortalità per patologie correlate al fegato. L'evidenza che collega la mortalità per patologie epatiche e il consumo di alcol nella popolazione invia un messaggio cruciale per la prevenzione delle malattie: la cirrosi alcolica è una malattia correlata al consumo nella popolazione e il mezzo più efficace ed economico per ridurre i tassi di mortalità da malattie epatiche alcol-correlate sono gli interventi che riducono il consumo di alcol a livello di popolazione. I modelli di epatopatie alcol-correlate, incluso il cancro al fegato (carcinoma epatocellulare) e la morte, sottostimano l'incidenza dell'associazione con l'alcol a causa del basso numero di casi riportati rispetto a quelli effettivi.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=of%20under%2Dreporting.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-23.jpg>

## FATTO #12

### **Sapevi che ridurre il consumo di alcol nella popolazione ridurrebbe la mortalità per malattie del fegato?**

L'Europa ha i più alti livelli di consumo di alcol pro-capite, la più alta prevalenza di consumo episodico eccessivo e i tassi più bassi di astensione dall'alcol nel mondo. L'evidenza che collega la mortalità correlata al fegato e il consumo di alcol nella popolazione invia un messaggio cruciale per la prevenzione delle malattie: la cirrosi alcolica è una condizione correlata alla dose a livello di popolazione e il mezzo più efficace e costo-efficace per ridurre i tassi di mortalità per malattie del fegato alcol-correlate sono gli interventi che riducono il consumo di alcol a livello di popolazione.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=that%20reduce%20population%2Dlevel%20alcohol%20consumption.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-27.jpg>

## FATTO #13

### **Conosci il modo migliore per ridurre i danni causati dall'alcol nella tua comunità?**

Limitare la disponibilità dell'alcol riducendo il numero di punti vendita e la disponibilità oraria di vendita e somministrazione è una delle strategie più efficaci per ridurre i danni sanitari e sociali causati dall'alcol.

Questo è il motivo per cui le restrizioni sulle licenze hanno un ruolo fondamentale nella riduzione dei danni causati dall'alcol.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=reducing%20alcohol%20harm.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-31.jpg>

#### **FATTO #14**

##### **Sapevi che non esiste un livello sicuro di consumo di alcol durante la gravidanza?**

Non esiste una quantità sicura di alcol che si può assumere durante la gravidanza. L'alcol consumato in qualsiasi fase della gravidanza può influenzare lo sviluppo del nascituro e avere serie conseguenze per la sua salute.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=the%20unborn%20child.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-30.jpg>

#### **FATTO #15**

##### **Sapevi che l'UE non ha l'obbligo di avvertire i consumatori sui rischi che il consumo di alcol ha sullo sviluppo del cancro?**

L'alcol è un agente cancerogeno di gruppo 1, il più alto livello di cancerogenicità, ma pochi se ne rendono conto. Quasi l'80% di soggetti di un campione intervistato in Irlanda non era a conoscenza del legame tra alcol e cancro al seno. L'introduzione di etichette con avvertenze sulla salute migliorerebbe l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione sui rischi intrinseci derivanti dal consumo di alcol, e garantirebbe ai cittadini di avere informazioni sanitarie accurate per prendere decisioni informate sul loro consumo di alcol. Ciò sosterrrebbe il diritto dei cittadini di conoscere gli effetti dell'alcol sulla loro salute e sul loro benessere.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=health%20and%20wellbeing.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-15.jpg>

## **FATTO #16**

### **Sapevi che il contenuto energetico di 1 g di alcol è di 7,1 Kcal?**

L'alcol può causare un aumento di peso in quattro modi: impedisce al corpo di bruciare i grassi, è ricco di calorie, può far sentire affamati e può portare a scelte alimentari non salutari. Gli studi dimostrano che quasi il 10% dell'apporto energetico di un adulto nel Regno Unito proviene dall'alcol. Le informazioni sul contenuto energetico (Kcal) sulle etichette delle bevande alcoliche possono quindi essere sostenute in termini di diritti dei consumatori. *Una Unità Alcolica corrisponde in Italia a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di ciascun grammo di alcol è pari a 7 kcal e quindi per ciascuna UA consumata vengono assunte circa 84 Kcal.*

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=alcohol%20is%201.3ml.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-22.jpg>

## **FATTO #17**

### **Sapevi che l'alcol è la droga più spesso associata alla violenza sessuale?**

Nonostante l'attenzione prestata a droghe come l'acido gamma-idrossibutirrico o la scopolamina, l'alcol è la droga più comunemente consumata in situazioni di violenza sessuale nella vita notturna e negli ambienti di festa. L'alcol agisce come potenziatore e facilitatore della disuguaglianza di genere strutturale che colpisce principalmente le donne e le persone di genere diverso.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=gender%2Ddiverse%20people.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-41.jpg>

## **FATTO #18**

### **Sapevi che l'alcol può danneggiare il tuo bambino non ancora nato?**

L'alcol attraversa la barriera placentare compromettendo lo sviluppo fetale, provocando danni al cervello e alla crescita degli organi vitali. Un bambino la cui madre ha consumato alcol in gravidanza può nascere con disordini dello spettro feto-alcolici e soffrire di gravi problemi cognitivi, motori e psicologici.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=motor%2C%20psychological%20problems.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-33.jpg>

## **FATTO #19**

### **Sapevi che l'alcol è causa di più di 200 malattie e infortuni?**

Il consumo di alcol è associato al rischio di sviluppare problemi di salute come disturbi mentali e comportamentali, incluse l'alcolodipendenza, malattie non trasmissibili come la cirrosi epatica, alcuni tipi di cancro e malattie cardiovascolari.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=and%20cardiovascular%20diseases-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-32.jpg>

## **FATTO #20**

### **Conosci le dieci opzioni politiche per ridurre il consumo dannoso di alcol?**

La strategia globale dell'OMS descrive le opzioni politiche e gli interventi principali per agire a livello nazionale concentrandosi su dieci aree di azione:

1. Leadership, consapevolezza e impegno
2. Risposta dei servizi sanitari
3. Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro
4. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza
5. Disponibilità dell'alcol
6. Marketing delle bevande alcoliche
7. Politiche dei prezzi
8. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol
9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici
10. Monitoraggio e sorveglianza

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=Monitoring%20and%20surveillance-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-x27.jpg>

## **FATTO #21**

### **Sapevi che il 30% dei decessi per malattie gastrointestinali è alcol-attribuibile?**

Il consumo di alcol, in particolare, è un fattore di rischio per circa 200 malattie e lesioni, con quasi il 30% dei decessi per malattie gastrointestinali direttamente alcol-attribuiti. La regione europea ha la percentuale più alta al mondo di malattie totali e decessi prematuri legate al consumo di alcol.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=to%20alcohol%20consumption-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-28.jpg>

## **FATTO #22**

### **Sapevi che anche una sola bevanda alcolica al giorno aumenta il rischio di cancro dell'esofago?**

Il rischio di sviluppare il cancro aumenta esponenzialmente con la quantità di alcol consumata. Gli studi che valutano dose-effetto del consumo di alcol e il rischio di cancro sito-specifico rivelano, indipendentemente dal tipo, che anche il consumo di una sola bevanda alcolica al giorno aumenta il rischio di cancro esofageo.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=of%20oesophageal%20cancer.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-24.jpg>

## **FATTO #23**

### **Sapevi che c'è un aumento del rischio di cancro del colon-retto anche con un consumo moderato di alcol?**

L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ha aggiunto, nel 2007, il cancro del colon-retto all'elenco dei tumori alcol-correlati. Una meta-analisi che esamina l'associazione tra consumo di alcol e rischio di cancro del colon-retto mostra che c'è un aumento del rischio del 21% in coloro che consumano da una a quattro bevande alcoliche al giorno e fino al 52% di aumento del rischio in coloro che consumano più di quattro bevande al giorno.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=drinks%20a%20day.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-42.jpg>

## **FATTO #24**

### **Sapevi che l'alcol è la causa più comune di pancreatite in Europa?**

L'alcol è la causa più comune di pancreatite acuta e cronica nell'Europa orientale, settentrionale e occidentale. I meccanismi biologici alla base di ciò non sono ancora chiari e richiedono ulteriori ricerche. La pancreatite cronica comporta un aumentato rischio di cancro al pancreas. La pancreatite comporta un onere socio-economico enorme per le società di tutto il mondo.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=around%20the%20globe.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-x26.jpg>

## **FATTO #25**

### **Sapevi che i cambiamenti nelle abitudini di consumo di alcol avvenuti durante la pandemia Covid porteranno a migliaia di morti in più?**

Recenti studi condotti in Inghilterra suggeriscono che i cambiamenti nel consumo di alcol registrati durante la pandemia potrebbero portare a migliaia di casi aggiuntivi, morti premature e ricoveri ospedalieri per condizioni come cirrosi epatica, cancro del colon - retto, cancro del fegato e esofageo, con gli aumenti maggiori nelle comunità più svantaggiate.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=most%20disadvantaged%20communities.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-29-1.jpg>

## FATTO #26

### **Sapevi che le persone appartenenti a un più basso livello socioeconomico sono colpite in modo sproporzionato dai danni alcol-correlati?**

I fattori di rischio per i disturbi legati alla digestione, compreso il consumo di alcol, nella maggior parte dei paesi seguono dei modelli legati alla struttura della società, il che significa che l'esposizione a questi rischi e al danno correlato è in larga misura determinato dalla posizione socioeconomico di un individuo. Le differenze sistematiche negli stili di vita tra gruppi sociali dipendono da fattori strutturali, e le fasce di popolazione con un più basso livello socioeconomico hanno meno accesso alle risorse e meno opportunità di avere stili di vita salutari. Tuttavia, i fattori di rischio comportamentali sono ancora talvolta descritti come "scelti liberamente", una narrativa diffusa tra le industrie del tabacco, alimenti e alcolici, che traggono profitto dal trasferimento della responsabilità aziendale sugli individui. L'introduzione di politiche sull'alcol basate sull'evidenza in Scozia ha probabilmente contribuito a un calo della mortalità alcol-correlata, in particolare tra i gruppi a più basso reddito, riducendo quindi la disuguaglianza sanitaria.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=health%20inequality%20narrowed.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-43.jpg>

## FATTO #27

### **Sapevi che lo stigma legato alle malattie del fegato alcol-correlate ha conseguenze dannose di vasta portata?**

Lo stigma è una questione di salute pubblica, medica ed etica, essendo una conseguenza delle disuguaglianze sanitarie e un fattore chiave nel perpetuarle. Le persone con una malattia del fegato, o a rischio di svilupparla, appartengono spesso a gruppi altamente stigmatizzati. Ciò è particolarmente vero quando la malattia deriva dal consumo di alcol. Lo stigma ha un impatto importante sulle malattie del fegato in Europa, portando a discriminazione, a minor ricerca di assistenza sanitaria da parte dei malati e dei loro cari, a riduzione dell'allocazione delle risorse. Questo può peggiorare le disuguaglianze sociali influenzando negativamente il lavoro, le relazioni sociali e le opportunità educative.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=and%20educational%20opportunities.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-16.jpg>

## FATTO #28

### **Sapevi che i decessi per malattie del fegato sono in gran parte determinati dal consumo di alcol nella popolazione?**

I cambiamenti culturali e storici nei modelli di consumo di alcol hanno avuto un grande impatto sulla mortalità epatica, con una riduzione di quattro volte in Francia e in Italia osservata in un periodo di riduzione del consumo di vino a buon mercato. I marcati aumenti della mortalità epatica sono stati anche associati a modesti aumenti del consumo complessivo di alcol, come nel Regno Unito con il passaggio ad un maggior consumo di alcol a casa. Politiche efficaci per ridurre il consumo possono ridurre rapidamente la mortalità epatica, poiché i pazienti con malattia epatica alcol-correlata di solito muoiono per insufficienza epatica acuta o cronica a causa del recente consumo eccessivo di alcol.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=excessive%20alcohol%20consumption.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.1-FB-IN-25.jpg>

### **FATTO #29**

#### **Sapevi che le malattie del fegato alcol-correlate sono prevenibili?**

È dimostrato che diverse politiche alcolologiche sono sia efficaci che costo-efficaci quali quelle sui prezzi, come la tassazione e il prezzo minimo unitario, quelle che limitano la disponibilità di alcol, il marketing e la pubblicità. Anche le politiche rivolte alla protezione dei soggetti più vulnerabili per età sono efficaci, come le restrizioni all'accesso all'alcol per i giovani.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=are%20also%20effective.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-x22.jpg>

### **FATTO #30**

#### **Sapevi che la relazione tra assunzione di alcol e cirrosi epatica è esponenziale?**

Il danno alcol-correlato dipende dalla quantità e dal tipo di consumo. Gli studi epidemiologici mostrano una relazione esponenziale dose-risposta tra il consumo e le malattie del fegato. Per la maggior parte dei paesi della regione europea dell'OMS, esiste una forte correlazione tra i tassi di mortalità per patologie epatiche e il consumo di alcol a livello di popolazione.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=and%20population%2Dlevel%20alcohol%20consumption.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-x15.jpg>

### **FATTO #31**

#### **Sapete che l'Europa ha il più alto consumo di alcol al mondo?**

L'Europa ha i più alti livelli di consumo di alcol pro-capite, la più alta prevalenza di consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) e i tassi più bassi di astensione dall'alcol nel mondo. Il modo più efficace per ridurre i tassi di mortalità per malattia epatica alcol-correlata, condizione dose dipendente, sono gli interventi che riducono il consumo di alcol a livello di popolazione.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=which%20reduce%20population%2Dlevel%20alcohol%20consumption.-,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2.2-FB-IN-x11.jpg>

### **FATTO #32**

#### **Sapevi che il prezzo minimo dell'alcol per unità riduce le disuguaglianze sanitarie e la mortalità?**

All'interno della regione europea dell'OMS, esiste una relazione inversa tra il prezzo dell'alcol e i tassi di mortalità per patologie del fegato, a sostegno dei benefici per la salute derivanti dall'armonizzazione delle tasse sull'alcol a un livello più elevato. Vari tipi di regolamentazione dei prezzi e di strategie di tassazione si sono dimostrate efficaci e convenienti, e l'esperimento di politica sociale del prezzo minimo unitario in

Scozia ne rafforza l'efficacia, soprattutto in termini di riduzione delle disuguaglianze sanitarie. Le prove a favore del prezzo minimo unitario sono solide e provengono da diverse fonti.

<https://www.awarh.eu/facts/#:~:text=from%20several%20sources.,Show,-me%20the%20science>

Scarica l'immagine <https://www.awarh.eu/wp-content/uploads/2022/11/Week2-FB-IN-10.jpg>

Sin dal 2013, l'ONA incoraggia a organizzare eventi a livello nazionale e locale in cui si può utilizzare i materiali e le infografiche AWARH.

Si rammenta anche la disponibilità di materiali prodotti (e periodicamente aggiornati) a livello nazionale dall'ONA-ISS utilizzabili per la prevenzione dei danni alcol-correlati.

- locandina "[Alcol sai cosa bevi? più sai meno rischi!](#)" (pdf 200 kb)
- pieghevole 3 ante "[Se guidi non bere](#)" (pdf 367 kb)
- pieghevole 3 ante "[Alcol e gravidanza](#)" (pdf 348 kb)
- pieghevole 3 ante "[- alcol + salute](#)" (pdf 223 kb)
- pieghevole 3 ante "[Alcol sai cosa bevi](#)" (pdf 152 kb)
- pieghevole 3 ante "[L'alcol può farti del male](#)" (pdf 1 Mb)
- pieghevole 3 ante "[Decalogo per i genitori](#)" (pdf 261 kb)
- pieghevole 3 ante "[Donna e alcol](#)" (pdf 152 kb)
- pieghevole 3 ante "[Ragazze e alcol](#)" (pdf 182 kb)
- pieghevole 3 ante "[Alcol e anziani](#)" (pdf 307kb)
- pieghevole 4 ante "[Alcol qualche dritta](#)" (pdf 312 kb)
- poster fronte retro "[Tabella per la stima delle quantità di bevande alcoliche che determinano il superamento del tasso alcolemico legale per la guida in stato di ebbrezza, pari a 0,5 grammi per litro](#)" (pdf 64 kb)
- scheda "[Audit-C: Alcohol Use Disorders Identification Test](#)" (pdf 367 kb).

*Per approfondire:*

- Vai alla pagina del sito AWARH (<https://www.awarh.eu/>) per scaricare i materiali di comunicazione
- Leggi i 32 fatti in materia di alcol: <https://www.awarh.eu/facts/>
- Che cos'è AWARH (<https://www.awarh.eu/#whatsawarh>)
- Leggi la pubblicazione scientifica "Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak": <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35324469/>
- Epicentro su AWARH2020: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020>
- Epicentro su AWARH2021: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2021>

### **Per Corrispondenza:**

**Claudia Gandin**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia. E-mail: [claudia.gandin@iss.it](mailto:claudia.gandin@iss.it)

**Alice Matone**, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. E-mail: [alice.matone@iss.it](mailto:alice.matone@iss.it)

## **Bibliografia**

1. Scafato E, Gandin C, Ghirini S (A cura di) Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol. Traduzione e adattamento del volume del WHO Regional Office for Europe 2017 dal titolo "Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation" WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNDD. Roma: 2018. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/policy-in-action>
2. WHO. Less Alcohol Unit. Contributors: Norman Giesbrecht, Daša Kokole, Cesar Leos-Toro, Maria Neufeld, Paula O'Brien, Ogochukwu Odeigah, Daniela Pantani, Ilana Pinsky, Emanuele Scafato Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices. WHO, Geneva. 2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352519/9789240044449-eng.pdf?sequence=1>
3. WHO. Less Alcohol Unit. Contributors: Adriana Blanco Marquizo, Jeff Collin, Maik Dünnbier, Sheila Gilheany, Anselm Hennis, David H. Jernigan, Cesar Leos-Toro, Nason Maani, Aadielah Maker Diedericks, Maristela Monteiro, Daniela Pantani, Ilana Pinsky, Emanuele Scafato, Belinda Townsend Addressing and managing conflicts of interest in alcohol control policies. WHO, Geneva. 2022 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352517/9789240044487-eng.pdf?sequence=1>
4. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Alcol e tassazione, necessità e urgenza delle più efficaci ma contrastate misure delle politiche di prevenzione per ridurre la mortalità per cancro e i rischi per la salute causati dall'alcol in Europa e in Italia *Alcologia*, 46:12-16; 2021
5. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Il programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 2021;2(4):29-38
6. Patussi V, Quartini A, Scafato E, Gandin C, Testino G. Documento della Società Italiana di Alcologia: analisi delle principali tematiche affrontate nella seconda conferenza nazionale alcol, *Alcologia* 2022; 49:157-183
7. Scafato E, Gandin C, Giannini M.A, Migliore M, Zavan V, Greco G, Bravi A per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (a cura di) LIBRO BIANCO "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana". Roma: Ministero della Salute; 25 ottobre 2022, disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3274\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf) (p.298)
8. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. La cornice di riferimento. Il panorama nazionale. In: Scafato E, Gandin C, Giannini M.A, Migliore M, Zavan V, Greco G, Bravi A per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (a cura di). LIBRO BIANCO "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana". Roma: Ministero della Salute; 25 ottobre 2022, disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3274\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf) (pag 20-37)
9. Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scafato E. Gli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol: l'importanza dell'aggancio in pronto soccorso e delle collaborazioni tra ospedale e territorio, *Alcologia* 2022; 49:46-56
10. Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scafato E. Il monitoraggio dell'alcol dipendenza e dei disturbi da uso di alcol in Italia, *Alcologia* 2022; 49:36-45

11. Ghirini S, Matone A, Gandin C, Scafato E. L'aumento dei consumatori dannosi di alcol registrato tra il 2019 e il 2020, *Alcologia* 2022; 49:26-35
12. Testino G, Vignoli T, Patussi V, Amendola MF, Aricò S, Basalice A, Balbinot P, Campanile V, Fanucchi T, Greco G, Macciò L, Meneguzzi C, Mioni D, Palmieri V.O., Parisi M, Renzetti D, Rossin R, Gandin C, Bottaro L.C., Zoli G, Scafato E, Caputo F. Alcohol use disorders in the COVID-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA), *Addict Biol.* 2022 Jan;27(1):e13090. doi: 10.1111/adb.13090. Epub 2021 Sep 16.
13. Testino G; Vignoli T; Patussi V; Allosio P; Amendola MF; Aricò S; Basalice A; Balbinot P; Campanile V; Fanucchi T; Macciò L; Meneguzzi C; Mioni D; Parisi M; Renzetti D; Rossin R; Gandin C; Bottaro LC; Bernardi M; Addolorato G; Lungaro L; Zoli G; Scafato E; Caputo F. Alcohol-Related Liver Disease in the Covid-19 era position paper of the Italian Society On Alcohol (SIA), *Digestive Disease and Sciences*; 2021. DOI: 10.1007/s10620-021-07006-1
14. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scipione R. Alcol e COVID 19: le azioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol e del Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol-correlate, *Notiziario ISS* 2020;33(6):3-5
15. Testino G, Caputo F, Patussi V, Renzetti D, Balbinot P, Allosio P, Basalice A, Fanucchi T, Meneguzzi C, Parisi M, Gandin C, Rossin R, Vignoli T, Amendola MF, Aricò S, Campanile V, Greco G, Macciò L, Mioni D, Palmieri V.O., Bottaro L.C., Scafato E. Management dei disturbi da uso di alcol in era COVID-19: raccomandazioni della Società Italiana di Alcologia, *Alcologia* 2020; 40:16-46
16. Scafato E, Testino G, Caputo F, Patussi V, Gandin C, Ghirini S, Matone A, Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcologia, Alcol e coronavirus disease-19: la prevenzione che manca. Necessità e urgenza di rinnovamento organizzativo e funzionale della rete di cura del sistema sanitario nazionale, *Alcologia* 2020; 40:9-15
17. Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E, & European Study Group on Alcohol Use and COVID-19 (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 58(1), 6–15. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_22\\_01\\_02](https://doi.org/10.4415/ANN_22_01_02)

**Roberta Agabio**, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari

**Lorenzo Leggio**, Clinical Psychoneuroendocrinology and Neuropsychopharmacology Section, Translational Addiction Medicine Branch NIDA Intramural Research Program and NIAAA Division of Intramural Clinical and Basic Research, NIH, Baltimore and Bethesda MD, US

Medication Development Program, NIDA Intramural Research Program, NIH, Baltimore, US

Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence RI, US

Division of Addiction Medicine, Department of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore MD, US

Department of Neuroscience, Georgetown University, Washington DC, US

## TIAMINA AI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL VISITATI IN PRONTO SOCCORSO: IN ITALIA ABBIAMO LA FORMULAZIONE ADATTA?

### Riassunto

La tiamina dovrebbe essere somministrata ai pazienti con disturbo da uso di alcol (AUD) durante le loro visite nei reparti di emergenza (EDs), sia come profilassi che per il trattamento la carenza di tiamina. Tuttavia, i pazienti con AUD molto spesso non ricevono la tiamina. Ad esempio, uno studio recente ha stimato che, nel 2017, in due ospedali universitari urbani di New York City, la tiamina era stata prescritta solo nel 2,2% delle visite correlate all'alcol in EDs.

Considerando che la carenza di tiamina è comune tra i pazienti con AUD, che le conseguenze della mancata somministrazione di tiamina sono gravi e spesso irreversibili, che la somministrazione di tiamina è efficace, sicura e poco costosa e che la via endovenosa è facile da impiegare nei EDs, noi consigliamo vivamente di somministrare 200 mg, tre volte al giorno, preferibilmente per via endovenosa, a tutti i pazienti con AUD visitati in EDs.

Tuttavia, in Italia, oltre alle barriere dovute allo stigma e alla limitata formazione in materia di dipendenza da parte degli operatori sanitari, esiste un problema oggettivo relativo alla mancanza di formulazioni di tiamina idonee alla sua somministrazione per via endovenosa.

### Parola Chiave

Tiamina, disturbo da uso di alcol, Sindrome di Wernicke-Korsakoff

### Abstract

Thiamine should be administered to patients with alcohol use disorder (AUD) during their visits in Emergency Departments (EDs), either prophylactically or to treat thiamine deficiency. Nevertheless, AUD patients very often do not receive thiamine. As an example, a recent study estimated that, in 2017, in two urban teaching hospitals in New York City, thiamine was prescribed only in 2.2% of alcohol-related visits in EDs.

Considering that thiamine deficiency is common among patients with AUD, that the consequences of the lack of thiamine administration are serious and often irreversible, that thiamine supplementation is effective, safe, and inexpensive, and that the intravenous route is typically easy to employ in ED settings, we strongly suggest to administering 200 mg thiamine, thrice daily, preferably intravenously, to all patients with AUD visited in EDs.

However, In Italy, other than the barriers due to stigma and the limited addiction-related training among healthcare professionals, we also have an objective problem relating to the lack of properly formulations of thiamine for its intravenously administration.

### Key Word

Thiamine, alcohol use disorder, Wernicke-Korsakoff

L'importanza della somministrazione della tiamina ai pazienti con disturbo da uso di alcol (alcohol use disorder, AUD) è spesso sottostimata, incluso nei dipartimenti di medicina d'urgenza. Per esempio, un recente studio ha calcolato la percentuale di pazienti con sospetta o diagnosi accertata di AUD ai quali era stata somministrata la tiamina durante le visite effettuate in Pronto Soccorso [1].

Lo studio era di natura retrospettiva e si è basato sulle cartelle cliniche delle visite effettuate nel 2017 in due importanti ospedali universitari di New York nei quali vengono effettuate circa 170.000 visite all'anno [1]. I risultati dello studio hanno stimato che oltre 7.500 pazienti (di cui oltre 1.700 donne), ovvero oltre il 4,4% delle visite annuali, erano stati visitati a causa di una diagnosi correlata al consumo di alcol. La maggior parte di questi pazienti avevano una diagnosi di abuso di alcol (91,5%) o dipendenza da alcol (7,8%), mentre meno dell'1% aveva un consumo di alcol non meglio specificato. Il dato emerso dallo studio è stato che la tiamina era stata somministrata solo durante il 2,2% di queste visite per cause alcol-correlate [1].

Questo dato è allarmante perché negli Stati Uniti vengono effettuate quasi 5 milioni di visite all'anno in Pronto Soccorso per cause correlate al consumo di alcol [2]. Molte di queste visite riguardano pazienti affetti da AUD che hanno o sono a rischio di carenza di tiamina. Questi individui dovrebbero pertanto ricevere un trattamento a base di tiamina [3-5]. Tuttavia, spesso la carenza di tiamina è difficile da diagnosticare perché i sintomi iniziali possono essere aspecifici come, ad esempio, cefalea, affaticamento, irritabilità e disturbi addominali [6,7]. La mancata somministrazione di tiamina ai pazienti con carenza di tale vitamina può portare ad insufficienza cardiaca e morte improvvisa, encefalopatia di Wernicke e danni cerebrali irreversibili. Tra questi ultimi è compresa la psicosi di Korsakoff, caratterizzata da amnesia anterograda, incapacità di ricordare eventi recenti e confabulazioni [6,7]. Poiché l'encefalopatia di Wernicke e la psicosi di Korsakoff condividono la stessa eziologia e spesso si verificano insieme, esse sono spesso indicate come sindrome di Wernicke-Korsakoff (WKS).

Le linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'encefalopatia di Wernicke indicano chiaramente la necessità di effettuare una rapida somministrazione di alte dosi di tiamina per via parenterale (da 100 a 1500 mg al giorno, possibilmente suddivisi in più somministrazioni giornaliere), fino al miglioramento clinico del paziente [3-5]. Tuttavia, non esiste un test di laboratorio specifico per la carenza di tiamina che venga effettuato di routine; la misurazione diretta della tiamina e/o delle sue forme fosforilate (es. tiamina difosfato, che rappresenta circa l'80% del contenuto totale corporeo di tiamina) non permette di stimarne la funzionalità metabolica e non esistono valori accettati universalmente per la carenza di tiamina [8]. Pertanto, la diagnosi di encefalopatia di Wernicke rimane principalmente una diagnosi clinica [6]. Oltre alla valutazione clinica, la risonanza magnetica riveste un importante ruolo nel confermare la diagnosi clinica, in quanto l'encefalopatia di Wernicke è caratterizzata da peculiari immagini alla risonanza magnetica [9]. Una volta effettuata la diagnosi clinica, la risonanza magnetica può essere inoltre utile per valutare l'andamento clinico nel tempo, ovvero la risoluzione dell'encefalopatia di Wernicke nei pazienti che ricevono il trattamento con tiamina o il suo peggioramento e la progressione verso la psicosi di Korsakoff negli individui che invece non ricevono un trattamento [10].

Sebbene la carenza di tiamina possa verificarsi anche in altre condizioni mediche caratterizzate da carenze nutrizionali come, ad esempio, interventi chirurgici all'apparato gastrointestinale, vomito ricorrente, diarrea cronica, cancro e trattamenti chemioterapici, il consumo eccessivo di alcol rappresenta il fattore di rischio più comune per la carenza di tiamina [6,7,11]. In quasi il 90% dei casi di encefalopatia di Wernicke, i pazienti hanno una storia di consumo eccessivo di alcol e circa l'80% dei casi non viene riconosciuto prima della loro morte [12]. Studi autoptici hanno dimostrato che la frequenza dell'encefalopatia di Wernicke è oltre 15 volte superiore tra i pazienti con AUD rispetto ai pazienti senza tale disturbo [13]. Sulla base di queste considerazioni, la tiamina dovrebbe essere somministrata a tutti i pazienti affetti da AUD visitati in Pronto Soccorso, come profilassi o come trattamento della carenza di tiamina [3-5]. Inoltre, il Pronto Soccorso rappresenta il setting ideale in cui somministrare la tiamina per via parenterale. Eppure, molto spesso ciò non avviene [11].

I risultati dello studio retrospettivo condotto negli Stati Uniti [1] costituiscono una dimostrazione del fatto che, nonostante le linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'encefalopatia di Wernicke raccomandino la somministrazione di tiamina ai pazienti con AUD quando vengono visitati in Pronto Soccorso [3-5,11], la maggior parte degli individui a rischio di sviluppare l'encefalopatia di Wernicke non riceve la somministrazione di tiamina. Inoltre, in questo studio, l'età media dei pazienti con AUD (circa 45 anni) suggerisce che questi pazienti avessero assunto quantità eccessive di alcol da oltre 20 anni (vedi ad esempio 14) e probabilmente, avevano quindi anche sviluppato conseguenze mediche quali malnutrizione e carenza di tiamina.

Non esistono ragioni scientifiche o cliniche per cui i pazienti con AUD visitati in un Pronto Soccorso non debbano ricevere la tiamina, eppure molto spesso questo non accade. Per i pazienti con carenza di tiamina, la somministrazione di tiamina rappresenta infatti il trattamento più adeguato. Anche se non esistono evidenze sufficienti per raccomandare la migliore via di somministrazione per la tiamina [15], da un punto di vista pratico, se lo stato clinico del paziente non impedisce l'accesso endovenoso, la via endovenosa rappresenta la scelta migliore mentre il paziente viene visitato in Pronto Soccorso. Questa modalità di somministrazione dovrebbe essere poi sostituita dalla somministrazione per via orale al momento delle dimissioni. Non somministrare la tiamina comporta gravi e irreversibili conseguenze. La somministrazione di tiamina non ha praticamente effetti collaterali perché la tiamina è una vitamina idrofila e quindi non esiste rischio di sovradosaggio, in quanto la tiamina non si accumula nell'organismo. Gli unici rischi, comunque rari, non sono specifici per la somministrazione di tiamina sono correlati al sito di iniezione, quando viene somministrata per via endovenosa [16-18].

Il raro uso della somministrazione di tiamina potrebbe far parte di un problema più vasto: i pazienti con AUD e quelli con altri disturbi da uso di sostanze spesso non ricevono trattamento per il proprio disturbo. Ad esempio, esistono e sono disponibili farmaci efficaci per il trattamento dell'AUD (ad esempio, acamprosato, disulfiram e naltrexone) approvati dalle principali agenzie regolatorie come la Food and Drug Administration (FDA) e la European Medicines Agency (EMA) [19]. Questi farmaci potrebbero aiutare i pazienti a ridurre il consumo di alcol, e quindi diminuire il rischio di mortalità correlato al consumo di alcol [20]. Eppure, questi farmaci sono utilizzati solo da una stretta minoranza di individui affetti da AUD anche

se il rischio di mortalità correlato all'AUD è da 3 a 4 volte superiore a quello della popolazione generale [21]. È sorprendente che la percentuale dei pazienti affetti da AUD che, in base allo studio retrospettivo condotto nei Pronto Soccorso dei due ospedali di New York [1], ha ricevuto la somministrazione di tiamina (2,2%) sia così simile a quella dei pazienti affetti da AUD che ricevono un farmaco approvato per tale disturbo (1,6%) secondo un recente studio condotto negli Stati Uniti [22]. Una percentuale tale nell'utilizzo dei trattamenti d'elezione sarebbe inaccettabile per altre malattie croniche come l'ipertensione, il diabete o l'ipotiroidismo. Le ragioni che contribuiscono al mancato utilizzo della terapia d'elezione includono l'insufficiente formazione sulle dipendenze nei corsi destinati ai medici e operatori sanitari e quindi la mancanza di operatori con esperienza specifica nelle dipendenze [23] e lo stigma intorno alle dipendenze e alle malattie mentali [24, 25].

Lo studio retrospettivo svolto negli Stati Uniti [1] ha il merito di mostrare ciò che accade realmente nella pratica clinica, anche nei paesi con i migliori servizi sanitari al mondo. Questi dati sono ancora più allarmanti se consideriamo che il numero di visite alcol-correlate ai Pronto Soccorso sta aumentando nel corso degli anni [2]. Inoltre, considerando che la malnutrizione è comune anche nei pazienti con altri disturbi da uso di sostanze (ad es., oppioidi), l'importanza di questi risultati potrebbe essere estesa anche alle altre dipendenze.

Il problema più urgente che emerge da questi dati [1] è cosa possiamo fare, nella pratica clinica e a breve termine, per aumentare la percentuale di individui con AUD che ricevono la tiamina durante le visite ai Pronto Soccorso. Una semplice strategia potrebbe essere quella di prescrivere la tiamina a tutti i pazienti con AUD, indipendentemente dalla presenza o meno di sintomi che suggeriscono una carenza di tale vitamina [26]. Un esempio di un semplice protocollo da adottare potrebbe essere quello proposto dalle linee guida della European Federation of the Neurological Societies: 200 mg tre volte al giorno, preferibilmente per via endovenosa, sia per la prevenzione che per il trattamento della encefalopatia di Wernicke [4]. Per i pazienti con encefalopatia di Wernicke, il trattamento dovrebbe continuare fino alla risoluzione della sintomatologia clinica [4]. Nella prevenzione, la somministrazione di tiamina potrebbe essere interrotta alla dimissione. Questo approccio potrebbe apportare benefici a tutti i pazienti con AUD, in termini sia di prevenzione che di cura. Non vi sono motivi per non adottare questo approccio, considerando che la carenza di tiamina è comune tra i pazienti con AUD, le conseguenze della mancata somministrazione di tiamina sono gravi e spesso irreversibili, la somministrazione di tiamina è efficace, sicura ed economica, e la via endovenosa è facile da utilizzare nei Pronto Soccorso [26].

In Italia, esiste anche un problema oggettivo che riguarda la disponibilità di formulazioni di tiamina adeguate [27]. L'adesione alle linee guida sopra citate richiederebbe infatti adeguate preparazioni farmaceutiche mentre, in Italia, il contenuto di tiamina delle preparazioni per la somministrazione parenterale è compreso tra i 2 e i 100 mg per fiala, e nessuna di queste formulazioni è idonea per la somministrazione endovena [27]. È altamente verosimile che la mancanza di adeguate preparazioni contribuisca ad una insufficiente prescrizione di tiamina ai pazienti che potrebbero beneficiarne.

Speriamo che queste riflessioni contribuiscano ad aumentare la consapevolezza della troppo frequente ed inaccettabile sotto diagnosi e del conseguente sotto trattamento dei pazienti affetti da

AUD. Per raggiungere questo obiettivo, tra le altre azioni possibili, si dovrebbero superare le barriere dovute allo stigma, migliorare la formazione nel settore delle dipendenze degli operatori sanitari [19,25], e, in Italia, produrre formulazioni di tiamina idonee per la somministrazione per via endovenosa.

### **Ringraziamenti**

Lorenzo Leggio riceve fondi da NIDA/NIAAA, NIH

### **Per Corrispondenza**

**Roberta Agabio**, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari. E- mail: [agabio@unica.it](mailto:agabio@unica.it)

## **Bibliografia**

1. Peck NM, Bania TC, Chu J. Low rates of thiamine prescribing in adult patients with alcohol-related diagnoses in the emergency department. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2021 Nov 2;47(6):704-710. doi: 10.1080/00952990.2021.1889575.
2. White AM, Slater ME, Ng G, Hingson R, Breslow R. Trends in alcohol-related emergency department visits in the United States: results from the nationwide emergency department sample, 2006 to 2014. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42:352–59. doi:10.1111/acer.13559.
3. Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA. Royal college of physicians, London. The royal college of physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol Alcohol*. 2002;37:513–21. doi:10.1093/alcalc/37.6.513.
4. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, Hillborn M, Tanasescu R, Leone MA. EFNS. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol*. 2010;17:1408–18. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03153.x.
5. Pruckner N, Baumgartner J, Hinterbuchinger B, Glahn A, Vyssoki S, Vyssoki B. Thiamine substitution in alcohol use disorder: a narrative review of medical guidelines. *Eur Addict Res*. 2019;25:103–10. doi:10.1159/000499039.
6. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2007;6:442–55. doi:10.1016/S1474-4422(07)70104-7.
7. Sinha S, Kataria A, Kolla BP, Thusius N, Loukianova LL. Wernicke encephalopathy-clinical pearls. *Mayo Clin Proc*. 2019;94:1065–72. doi:10.1016/j.mayocp.2019.02.018.
8. Whitfield KC, Bourassa MW, Adamolekun B, Bergeron G, Bettendorff L, Brown KH, Cox L, Fattal-Valevski A, Fischer PR, Frank EL, et al. Thiamine deficiency disorders: diagnosis, prevalence, and a roadmap for global control programs. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1430:3–43.
9. Arts NJM, Pitel AL, Kessels RPC. The contribution of mamillary body damage to Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's syndrome. *Handb Clin Neurol*. 2021;180:455–75.
10. Sullivan EV, Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2009;44:155–65. doi:10.1093/alcalc/agn103.
11. Donnino MW, Vega J, Miller J, Walsh M. Myths and misconceptions of Wernicke's encephalopathy: what every emergency physician should know. *Ann Emerg Med*. 2007;50:715–21. doi:10.1016/j.annemergmed.2007.02.007.
12. Thomson AD, Cook CC, Guerrini I, Sheedy D, Harper C, Marshall EJ. Wernicke's encephalopathy: 'Plus ça change, plus c'est la même chose'. *Alcohol Alcohol*. 2008;4:180–86. doi:10.1093/alcalc/agm149.
13. Torvik A, Lindboe CF, Rogde S. Brain lesions in alcoholics. A neuropathological study with clinical correlations. *J Neurol Sci*. 1982;56:233–48. doi:10.1016/0022-510X(82)90145-9.
14. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:492–501. doi:10.1016/S0140-6736(09)60009-X.

15. Day E, Bentham PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7): CD004033.
16. McLaughlin K, Joyal K, Lee S, Corrado M, Marquis K, Anger K, Szumita P. Safety of intravenous push thiamine administration at a tertiary academic medical center. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2020;60:598–601. doi:10.1016/j.japh.2019.12.005.
17. Thomson A, Guerrini I, Marshall EJ. Incidence of adverse reactions to parenteral thiamine in the treatment of Wernicke's encephalopathy, and recommendations. *Alcohol Alcohol.* 2019;54:609–14. doi:10.1093/alcalc/agy091.
18. Tjugum SL, Hedrick TL, Jean SJ, Heeney SA, Rohde KA, Campbell-Bright SL. Evaluation of the safety of intravenous thiamine administration in a large academic medical center. *J Pharm Pract.* 2021;34:397–402. doi:10.1177/0897190019872584.
19. Witkiewitz K, Litten RZ, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Sci Adv.* 2019;5:eaax4043. doi:10.1126/sciadv.aax4043.
20. Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:e1181–e1189. doi:10.4088/JCP.13r08379.
21. Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2013;108:1562–78. doi:10.1111/add.12231.
22. Han B, Jones CM, Einstein EB, Powell PA, Compton WM. Use of medications for alcohol use disorder in the US: results from the 2019 national survey on drug use and health. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(8):922–924.
23. Nunes EV, Kunz K, Galanter M, O'Connor PG. Addiction psychiatry and addiction medicine: the evolution of addiction physician specialists. *Am J Addict.* 2020;29:390–400. doi:10.1111/ajad.13068.
24. Volkow ND, Gordon JA, Koob GF. Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology.* Forthcoming.
25. MacKillop J, Agabio R, Feldstein Ewing S, Heilig M, Kelly J, Leggio L, Lingford-Hughes A, Palmer P, Parry C, Ray L, Rehm J. Hazardous drinking and alcohol use disorders, *Nat Rev Dis Primers*, in press.
26. Agabio R, Leggio L. Thiamine administration to *all* patients with alcohol use disorder: why not? *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2021 Nov 2;47(6):651-654. doi: 10.1080/00952990.2021.1978474
27. Agabio R. Thiamine administration in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*, 40(2):155-156, 2005

**Rosanna Massari**, educatrice professionale NOA Ricordi – UOC Dipendenze – ASST Fatebenefratelli – Sacco;

**Vanessa Cazzulani**, psicologa-psicoterapeuta NOA Ricordi – UOC Dipendenze – ASST Fatebenefratelli – Sacco.

**Fabia Pietersen**, psicologa specializzanda NOA Ricordi – UOC Dipendenze - ASST Fatebenefratelli – Sacco.

**Raffaella Maria Rossin**, psicologa NOA Ricordi – UOC Dipendenze - ASST Fatebenefratelli – Sacco.

**Paolo Marzorati**, medico NOA Ricordi – UOC Dipendenze - ASST Fatebenefratelli – Sacco.

**Gianmaria Zita**, medico psichiatra – Direttore UOC Dipendenze – ASST Fatebenefratelli-Sacco - Milano

## **INIZIAMO LA GIORNATA GRUPPO ONLINE PER PAZIENTI ALCOLDIPENDENTI E FAMILIARI**

### **Riassunto**

Il gruppo "Iniziamo la giornata" nasce come proposta di primo contatto in modalità online durante il difficile periodo pandemico, in un momento in cui le attività in presenza erano sospese e il distanziamento sociale e la solitudine avevano acuito i bisogni di confronto e cura. Per questi motivi si è pensato di offrire una rete di supporto agli utenti e ai loro familiari attraverso un gruppo di primo contatto quotidiano. Il gruppo si inserisce nella fase iniziale del percorso di valutazione del Servizio di Alcolologia (NOA) Ricordi sia per l'alcolista che per i suoi familiari e ha la durata di due mesi. Gli incontri si svolgono su una piattaforma online dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 10.00 e vengono condotti alternativamente da due operatrici del NOA (psicologa ed educatrice). L'addestramento all'utilizzo della piattaforma rappresenta una prima fase in cui l'operatore motiva e aiuta i pazienti a prendere dimestichezza con la APP e con il mondo dell'online. Molti pazienti si sentono gratificati e rinforzati nella propria autostima quando riescono a collegarsi, quotidianamente, e a partecipare al gruppo. "Iniziamo la giornata" è un primo strumento di aggancio degli utenti verso la consapevolezza dei problemi connessi all'abuso di alcolici.<sup>1</sup>

### **Parola Chiave**

Dipendenza alcolica, piattaforma multimediale, pandemia COVID-19, primo contatto, motivazione, relazioni familiari.

### **Abstract**

The group "Iniziamo la giornata" ("Let's start the day") was born as a first contact proposal in online mode during the difficult pandemic period, at a time when face-to-face activities were suspended. In this phase, social distancing and loneliness have sharpened the needs for discussion and care. For these reasons it was decided to offer a support network to users and their family members through a daily first contact group. The group is part of the initial phase of the NOA Ricordi evaluation process for both the alcoholic and his family and lasts for 2 months. The meetings take place on the platform on line from Monday to Thursday from 9.00 to 10.00 a.m. and are conducted alternately by two NOA operators (psychologist and educator). Training in the use of the platform represents a first phase in which the operator teaches and motivates patients to become familiar with the app and the online world. Many patients feel gratified and reinforced in their self-esteem when they are able to connect, on a daily basis, and participate in the group. "Iniziamo la giornata" is a first tool for engaging users towards awareness of the alcohol problem.

### **Key Word**

Alcohol addiction, multimedia platform, COVID-19 pandemic, first contact, motivation, family relationships.

## La sperimentazione di un gruppo online come prima fase di motivazione al trattamento

Il Servizio di Alcologia (NOA) di via Ricordi (ex Settembrini) ha nella sua metodologia di lavoro multiprofessionale vari tipi di gruppi [1] inseriti nelle specifiche fasi di accoglienza e presa in carico sia delle persone con disturbo da uso di alcol (DUA) sia dei loro familiari [2]. Durante il periodo pandemico, con l'interruzione delle visite e dei gruppi in presenza, si è cercato di offrire un primo momento terapeutico a tutti i pazienti e ai familiari che chiedevano la presa in carico. La sperimentazione è partita a marzo 2020 e si è protratta fino a dicembre con la partecipazione al gruppo di 73 persone. La conduzione è stata gestita da tre professionisti<sup>1</sup>, un'educatrice professionale e due psicoterapeute che hanno condiviso la metodologia e l'organizzazione. [3]

Tutti gli utenti che chiedevano una presa in carico venivano inizialmente coinvolti, nella partecipazione al gruppo online, in attesa che, gradualmente, gli operatori potessero avviare una presa in carico in presenza secondo le regole imposte dalla pandemia. Non potendo effettuare valutazioni cliniche, il gruppo è stato strutturato per consentire la partecipazione a tutti i pazienti in ingresso attraverso una modalità colloquiale e offrendo ascolto e iniziali informazioni sulle tematiche alcolologiche e sul percorso di trattamento al NOA. Unico criterio di esclusione era rappresentato dalla comorbidità con una grave patologia psichiatrica in assenza di sufficiente compenso.

### Metodo di lavoro e di conduzione

Il gruppo "*Iniziamo la Giornata*" nasce con l'obiettivo di accogliere alcolisti e familiari nella delicata fase di ingresso al servizio di cura, motivandoli al trattamento [4]. Le persone venivano invitate a condividere, a turno, il proprio pensiero, le proprie emozioni o le proprie considerazioni sulle problematiche connesse al bere in eccesso e/o al percorso appena iniziato al NOA e a come stava procedendo la valutazione. La partecipazione quotidiana prevedeva dalle 6 alle 10 persone tra alcolisti e familiari. Il terapeuta avviava il gruppo salutandoli e dando, inizialmente, la parola a chi desiderava raccontarsi allargando poi a tutti i partecipanti e gestendo in modo positivo anche le piccole pause di silenzio. Il tempo a disposizione era di 40 minuti e venivano richiesti interventi sintetici per dare a tutti la possibilità di parlare. L'obiettivo era aiutare le persone ad avviare bene la giornata anche attraverso le domande o i dubbi sulle tematiche alcolologiche o sulle sensazioni o emozioni che stavano vivendo [5]. Chi decide di iniziare l'astinenza alcolica o la sta mantenendo da qualche tempo ha bisogno di raccontare o di ascoltare le esperienze degli altri per sentirsi "tra pari" e decostruire i pregiudizi sugli alcolisti favorendo una lettura più articolata della dipendenza alcolica. [6] [7]. Per facilitare la partecipazione anche di coloro che, per la prima volta, sperimentavano la videochiamata è stato opportuno scegliere una piattaforma che agevolasse i passaggi e aiutasse ad evitare le interferenze che rappresentavano un grave elemento di disturbo per la durata della sessione. I conduttori gestivano ogni incontro di gruppo intervenendo per modulare il percorso delle

---

1 L'insight iniziale per l'avvio del gruppo on line è stato dato dal dott. Paolo Marzorati, nel 2020 Responsabile del NOA Settembrini, coinvolgendo la Dr.ssa Rosanna Massari, la Dott.ssa Fabia Pietersen e la Dr.ssa Vanessa Cazzulani.

informazioni e per facilitare le persone a parlare liberamente anche quando un paziente appariva alterato o per chiarire le informazioni sul percorso di trattamento [8]. Grazie al clima caldo, accogliente, non giudicante che caratterizzava il gruppo “Iniziamo la giornata” i partecipanti che nel primo incontro apparivano impacciati e imbarazzati, nel secondo si sentivano più tranquilli come se la persona si “ammorbidisse” nello stare online, vivendo le emozioni con consapevolezza e riuscendo a lasciarsi andare grazie anche al contesto sicuro della propria casa. Queste sensazioni venivano trasmesse nel gruppo aiutando anche gli altri a parlare e a fare domande [9]. Si creava quindi un legame tra i partecipanti, fatto di interesse e di attenzioni per l’altro. Il gruppo diventava, così, il luogo in cui condividere i problemi e affrontarli con l’aiuto e la presenza di tutti i partecipanti. Il conduttore aveva anche il compito di gestire il passaggio di fase del paziente ad un nuovo step del percorso terapeutico quando finivano gli incontri e arrivava il momento di congedarsi anche attraverso una sintesi della sua permanenza al gruppo consegnandogli un simbolico filo rosso che lo accompagnava nelle successive fasi della terapia. La prima richiesta tangibile dei pazienti era l’ascolto. I terapeuti aiutavano il gruppo ad ascoltare attentamente le persone che, a turno, stavano parlando e a non giudicare; in questo modo i partecipanti respiravano un clima accogliente e rispettoso delle opinioni di tutti. Se un paziente affrontava tematiche personali complesse il conduttore, con le strategie adeguate, gli faceva comprendere che era necessario riportare le sue esperienze in una fase successiva del percorso quando avesse incontrato lo psicoterapeuta. Diventava, invece, molto significativo e motivante, per tutto il gruppo, condividere l’avvio dell’astinenza alcolica e i piccoli ma importanti cambiamenti quotidiani che servivano da incentivo anche a chi stava ancora assumendo alcol e doveva trovare la forza per decidere di avviare un personale cambiamento. Il terapeuta, attraverso interventi mirati ma cercando di rimanere sullo sfondo [10], aveva il compito di favorire un’interazione fluida, ordinata, empatica facendo apprezzare ai pazienti le diversità che caratterizzavano i partecipanti al gruppo e gli sforzi che ognuno di loro stava facendo per cambiare stile di vita. A conclusione dell’incontro il conduttore faceva una sintesi dei contenuti emersi invitando le persone a rivedersi l’indomani per un nuovo incontro.

## Partecipanti

I partecipanti al gruppo “*Iniziamo la giornata*” da marzo a dicembre 2020 sono utenti con Disturbo da Uso di Alcol e familiari e amici significativi: 73 persone di cui 43 donne e 30 uomini. Di questi pazienti 29 sono familiari, 20 donne e 9 uomini (Tabella 1). 8 persone hanno interrotto prima dei due mesi di frequenza previsti.

Tabella 1

	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>	<b>Totale</b>
<b>Alcolisti</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>44</b>
<b>Familiari</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>29</b>
<b>Totale</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>73</b>

Delle 8 persone che hanno interrotto il gruppo del mattino, 4 hanno abbandonato il percorso al NOA mentre le altre hanno proseguito la presa in carico preferendo i colloqui e i gruppi in presenza.

Delle 65 persone che hanno portato a termine la frequenza del gruppo del mattino, 11 persone hanno interrotto nelle fasi successive del percorso; 22 persone sono state dimesse e 32 sono ancora in carico.

### **Il gruppo “*Iniziamo la giornata*” entra nel format del trattamento NOA Ricordi**

Conclusa la sperimentazione l'équipe ha valutato, anche attraverso la restituzione dei pazienti, che il gruppo “*Iniziamo la giornata*” poteva rappresentare un utile primo aggancio per chi chiedeva una presa in carico (sia che fosse un paziente DUA che un familiare) perché rispondeva a due requisiti importanti: offrire all'utenza una risposta immediata e consentire al NOA l'avvio dei colloqui e delle visite mediche di pazienti già informati sulle tematiche alcolologiche. Dal 2021 il gruppo fa parte del format del NOA Ricordi e accoglie i pazienti che chiedono una presa in carico invitandoli, nel giro di qualche giorno, ad inserirsi online in “*Iniziamo la giornata*” per 60 giorni, dal lunedì al venerdì, in attesa che si avvii la presa in carico sanitaria e psico-socio-educativa. La frequenza al gruppo può continuare anche dopo le visite mediche e i colloqui se il paziente lo ritiene utile.

### **Obiettivi**

Per passare dalla fase di sperimentazione al gruppo inserito nel programma di trattamento NOA, l'équipe Ricordi ha ridefinito gli obiettivi e le fasi operative di “*Iniziamo la giornata*” per migliorare il lavoro clinico dei conduttori e lo svolgimento delle sedute di incontro online. [11] Nella fase pandemica, per non interrompere le accoglienze dell'utenza, tutti coloro che chiedevano una presa in carico venivano inseriti nel gruppo *Iniziamo la giornata* per offrire una risposta immediata, non solo telefonica, ma con un contatto visivo a distanza per creare un legame empatico e un'iniziale conoscenza reciproca. Conclusa l'emergenza sanitaria e visto il successo della sperimentazione, sono stati costruiti dei criteri di accesso e delle regole precise per partecipare al gruppo del mattino sia per i cittadini che ritenevano di abusare di alcol sia per i familiari.

### **Metodo di lavoro**

#### **Valutazione pre-ingresso al gruppo**

Ogni persona, dopo aver telefonato per essere presa in carico o dopo aver chiesto di persona un primo appuntamento al NOA e aver avuto un primo colloquio di accoglienza con l'educatore o l'infermiera, può partecipare al gruppo “*Iniziamo la giornata*” insieme ai suoi familiari, in attesa di avere gli appuntamenti con il medico e i professionisti psico-sociali.

#### **Criteri di esclusione clinica**

I criteri di esclusione clinica della partecipazione al gruppo sono i seguenti:

- Disturbi psicotici e altri disturbi psichiatrici gravi non compensati (stabile trattamento farmacologico con remissione significativa dei sintomi);
- Presenza di grave intossicazione alcolica non affrontabile ambulatorialmente.

### **Struttura del gruppo**

Il gruppo è aperto ad un massimo di 20 persone tra pazienti e familiari.

### **Regole del gruppo**

Al paziente e al familiare, durante il colloquio di valutazione, vengono presentate le regole del gruppo a cui dovranno attenersi:

- puntualità
- aspetto curato
- avviare il collegamento alla piattaforma da un luogo che garantisca privacy e tranquillità
- fotocamera sempre accesa
- attenzione all'ascolto
- non esprimere giudizi
- fare domande ma dare spazio anche agli altri partecipanti.

Il conduttore del gruppo si riserva la possibilità di non accettare partecipanti in evidente stato di alterazione alcolica.

**Accoglienza dei pazienti e dei familiari:** è la fase dell'incontro che l'utenza ha con il conduttore del gruppo dove si "gioca" l'aggancio e l'alleanza terapeutica. La capacità empatica dell'operatore è fondamentale per creare un primo momento di contatto e di conoscenza che stimoli il paziente o il familiare a sentirsi a proprio agio e disponibile a seguire le indicazioni del conduttore. I nuovi partecipanti sono invitati a mettersi in ascolto prima di intervenire e poi, gradualmente, vengono aiutati a far parte del gruppo parlando di sé o facendo domande.

### **Durata**

Il gruppo "*Iniziamo la giornata*" ha la durata di due mesi che, in base alla valutazione dell'équipe curante, si possono prolungare.

### **Frequenza**

Gli incontri si svolgono dal lunedì al venerdì; l'orario d'inizio è fissato alle ore 9.00 per la durata di 40 minuti con un collegamento ad una specifica piattaforma online.

### **Addestramento all'utilizzo della piattaforma**

Il conduttore del gruppo insegna e motiva i pazienti a prendere dimestichezza con la piattaforma per collegarsi alla seduta di gruppo. Per molte persone è una prima conquista importante che li fa sentire, giorno dopo giorno, sempre più autonomi [12]. Le difficoltà più comuni sono rappresentate dalla scarsa

dimestichezza dei pazienti con i dispositivi tecnologici e la fatica, per collegarsi, di ritagliarsi un luogo di privacy all'interno della propria abitazione.

**Accompagnamento:** attraverso il lavoro gruppale i pazienti vengono accompagnati a costruire un'iniziale motivazione per affrontare le fasi sanitarie e psico-socio-educative che fanno parte del percorso di valutazione e trattamento del NOA Ricordi. Il collegamento quotidiano e il confronto fra i pazienti funzionano da stimolo motivazionale e da rinforzo.

**Preparazione al confronto: trattare, discutere e condividere:** i pazienti hanno molte domande da porre agli operatori ma anche ai compagni di percorso: problematiche, quesiti, paure che riguardano il proprio percorso di vita e il percorso alcolico al NOA [13]. Durante il primo incontro, si invita il nuovo paziente a mettersi in ascolto degli altri e solo alla fine può presentarsi al gruppo ed esprimere il proprio pensiero. Negli incontri successivi, le persone si rendono protagonisti fin da subito partecipando anche in modo interattivo all'esperienza che stanno vivendo, con semplicità e naturalezza.

**Appartenenza al gruppo:** appartenere ad un luogo, fatto di professionalità e di cura. Il gruppo rappresenta il primo luogo privilegiato dove condividere le proprie esperienze e ricevere un ascolto empatico, fatto di presenza e comprensione, senza giudizio verso sé stessi e verso gli altri [14]. Questo invito all'appartenenza è importante perché crea un legame di gruppo, fatto di rispetto dell'orario di ingresso, ascolto reciproco e collaborazione al buon andamento del gruppo stesso.

## **Conduzione**

L'educatrice e la psicologa psicoterapeuta che si alternano nella conduzione del gruppo, nel periodo della sperimentazione hanno affinato delle strategie per scambiarsi le informazioni su ciò che è accaduto nel gruppo che hanno gestito in modo da consentire al/alla collega di poter adottare le strategie più opportune il giorno successivo. Lo scambio di informazioni può avvenire nella riunione di équipe settimanale ma anche al termine del gruppo, attraverso e-mail o riunioni veloci. Prima dell'inizio di un nuovo gruppo le conduttrici analizzano la scheda dell'accoglienza telefonica di ogni paziente e controllano che non ci siano degli utenti che sono già stati in carico e che chiedono un rientro; in questo caso viene presa visione della cartella clinica. Questa modalità consente di avere già un primo identikit del gruppo e della sua composizione. Un compito importante degli operatori del gruppo "*Iniziamo la giornata*" è informare i pazienti DUA e i loro familiari sulle problematiche connesse all'abuso di alcol cercando anche di sollecitare le persone a parlare di sé e della propria storia [15]. Le riflessioni e il lavoro comune servono a costruire una iniziale motivazione al percorso di trattamento e a rispondere alle domande più urgenti del bevitore e del familiare. Tutto il materiale che emerge già dai primi quindici incontri viene riportato, dalle conduttrici, ai colleghi che prenderanno in carico ogni singolo paziente per facilitare un buon avvio del programma di trattamento. Dai colloqui successivi al gruppo emerge che per i pazienti e i loro familiari è un segnale di qualità dell'intervento sapere che i professionisti che li seguono si scambiano informazioni sul loro programma di cura e procedono in sintonia con scelte terapeutiche frutto della discussione e del sapere

multiprofessionale. Questa opinione la esprimono, da anni, anche i pazienti che stanno seguendo il percorso di trattamento dopo che è stato loro spiegato il lavoro integrato di équipe che prevede lo scambio di informazioni e riflessioni sulle persone in carico. La coerenza degli operatori li fa sentire al sicuro e in grado anche di far emergere la parte più difficile della propria storia [16]. La conduzione del gruppo *“Iniziamo la giornata”* prevede una buona abilità dei conduttori soprattutto quando vengono proposti temi delicati o complessi e i partecipanti si animano parlando tutti insieme o quando la storia raccontata è emotivamente molto coinvolgente e rischia di creare troppo dolore. In questi casi l'autorevolezza del conduttore e la sua capacità empatica e dialettica devono essere in grado di stemperare le tensioni e ricondurre la conversazione ad un livello produttivo e ad un positivo clima di gruppo. Nel gruppo è importante che gli utenti imparino a rispettare il turno di parola dell'altro e che, con il procedere degli incontri, riescano a gestire il tempo a loro disposizione in modo da lasciare spazio a tutti i partecipanti per esprimere il proprio pensiero. L'acquisizione di questa, seppur semplice, modalità di espressione permette sia agli alcolisti che ai loro familiari, spesso dominati dall'impulsività e dall'agitazione per ciò che sta accadendo all'interno della loro famiglia, di imparare a dominarsi, di gestire le proprie emozioni e i propri stati d'animo aprendosi ad una dimensione di maggior riflessività. Le conduttrici hanno il compito di indirizzare e gestire il procedere della conversazione riportando la discussione sull'argomento in oggetto quando si rischia di andare fuori tema o quando uno dei partecipanti prende troppo spazio per sé. Sia durante la sperimentazione che nella conduzione successiva si è osservato che i partecipanti, superati i primi incontri di *“adattamento”*, imparano presto a rispettare gli interlocutori e a cogliere l'utilità dell'ascolto del pensiero e della loro storia come momento per riflettere su di sé. Si crea così un clima di scambio e condivisione facilitato anche da aspetti affettivi e di reciproca simpatia.

## **Conclusioni**

Il lavoro fatto fino ad ora ha messo in luce come il gruppo *“Iniziamo la giornata”* rappresenti una risorsa efficace nella prima delicata fase della presa in carico del paziente e dei suoi familiari. Dopo l'arrivo al NOA, infatti, l'ammissione che esiste un problema di abuso alcolico e l'accettazione dell'importanza dell'astinenza rappresentano i primi difficili scogli da superare. Il gruppo diventa, così, un luogo in cui il paziente porta agli operatori i propri dubbi e le proprie domande, può essere ascoltato e inizia a costruire l'alleanza terapeutica fondamentale sia per il trattamento sia per evitare drop out precoci. Un altro importante aspetto del gruppo è il coinvolgimento, fin da subito, dei familiari. Fondamentale è evidenziare l'utilità del loro aggancio in questo primo momento della presa in carico trasmettendo il messaggio di come l'alcolismo sia un problema non individuale ma che coinvolge l'intero nucleo familiare. Il collegamento e l'impegno quotidiano nella partecipazione al gruppo, unito alla possibilità di confronto con altri utenti, sostiene la motivazione al trattamento e favorisce l'apertura emotiva delle persone che riescono più facilmente a raccontarsi parlando di sé in modo molto spontaneo fidandosi del gruppo. Il lavoro terapeutico del gruppo *“Iniziamo la giornata”* ha portato delle informazioni molto utili all'équipe del NOA Ricordi facendo comprendere come ci possa essere una fase operativa online che, inserita efficacemente nel programma di presa in carico, rappresenta una risorsa che, prima della pandemia, non era considerata

così utile e facilmente fruibile. Il lavoro che continuerà ad essere svolto dovrà mettere a fuoco i miglioramenti da apportare nella conduzione per riuscire a sperimentare e consolidare le tecniche più efficaci per favorire un facile ingresso dei pazienti nel gruppo online; per aiutarli a parlare di sé e dell'abuso alcolico e anche della loro storia. I conduttori devono definire la modalità di comunicazione più efficace per trasmettere tutte le informazioni sulle problematiche alcol-correlate nel modo più semplice e chiaro. Un obiettivo che ci si è posti è di procedere a somministrare alcuni questionari al termine degli incontri che possano evidenziare gli eventuali cambiamenti e le aree maggiormente sollecitate dalla partecipazione al gruppo stesso.

**Per Corrispondenza:**

**Rosanna Massari** - Educatore professionale – NOA Ricordi – UOC Dipendenze – ASST Fatebenefratelli – Sacco. E-mail: [rosanna.massari@asst-fbf-sacco.it](mailto:rosanna.massari@asst-fbf-sacco.it)

## **Bibliografia**

1. AA.VV., Lavorare con i gruppi in alcologia, Edizioni Medico Scientifiche, 2004.
2. M. Colli, La psicoterapia di gruppo dell'alcolismo. Psychiatry online Italia 2012.
3. AA.VV., Consulenza psicologica online: Esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento. 2018
4. G. Manfreda, La clinica e il web. Risorse tecnologiche e comunicazione psicoterapeutica online, Edizioni Franco Angeli 2019
5. AA.VV, La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca, Raffaello Cortina Editori 2017
6. AA.VV. I gruppi informativi alcologici come link tra la fase di assessment e il percorso di trattamento, Alcologia 13 (1), 67-74-2001.
7. E. Kaufman, P. Kaufmann, Family Therapy of drug and alcohol abuse, TKM Productions, 1992.
8. AA.VV, Pensare e sentire di gruppo, Edizioni Franco Angeli 1994
9. Keith Sawyer, La forza del gruppo, Giunti Editore 2012
10. AA.VV, Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica, Raffaello Cortina Editori 2016.
11. Pema Chodron, Liberi dalle vecchie abitudini., Terra Nuova Edizioni, 2010
12. Jon Kabat-Zinn, Vivere momento per momento, Edizioni Corbaccio 2021
13. Pema Chodron, Fallisci, fallisci ancora, fallisci meglio, Il punto Editore 2017
14. AA.VV, Dare il cuore a ciò che conta, Astrolabio Ubaldini, 2019
15. AA.VV, Affrettati piano, Astrolabio Ubaldini 2018
16. V. Mariani, Il lavoro d'équipe nei servizi alla persona, Edizioni del Cerro, 2006.

**Edoardo Polidori**, referente dell'Area Prevenzione delle Dipendenze Patologiche, Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo

**Samantha Sanchini**, sociologa

**Daniela Forlano**, educatore professionale, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Claudia Bregli**, educatore professionale, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Margherita Pozzi**, educatore professionale

**Alessandra Lentidoro**, psicologa-psicoterapeuta, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Elisa Tramonti**, educatore professionale, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Federica Righi**, medico tossicologo, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Katia Calceglia**, psicologa-psicoterapeuta, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Giovanna Latino**, medico psichiatra, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna

**Valentina Salsano**, educatore professionale, Ausl Romagna

## **CORSI INFO-EDUCATIVI RELATIVI ALLA VIOLAZIONE DEGLI ARTT.186 E 187 DEL CODICE DELLA STRADA: PUÒ AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO ALLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI ALCOL?**

### **Riassunto**

Lo studio ha come obiettivo quello di valutare se gli intenti di sensibilizzazione e informazione rivolti a coloro che violano l'art. 186 del C.d.S. (guida in stato di ebbrezza), di aumento della loro percezione del rischio e di prevenzione delle recidive siano raggiunti, all'interno del Distretto di Forlì. I soggetti oggetto dello studio sono i partecipanti ai corsi info-educativi di primo livello, ovvero conducenti che abbiano violato l'articolo 186 del C.d.S nel periodo dal 2013 al 2020, ovvero 1886. I risultati dello studio svolto hanno dimostrato che i corsi info educativi di primo livello attuati sono efficaci nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol dei cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza.

### **Parola Chiave**

incidenti stradali, alcol, sostanze psicotrope, guida, corsi infoeducativi

### **Abstract**

The aim of the study is to assess, inside the District of Forlì, whether the intentions of raising awareness and information for those who violate art. 186 of the Italian Traffic Code (drunk driving) are reached, along with increasing their risk perception and prevention of repeating the same violation. The subjects of the study are the participants in the first level info-educational courses, that is, drivers who violated art. 186 of the Italian Traffic Code in the period from 2013 to 2020, precisely 1886 subjects. The results of the study demonstrated that first level info-educational courses performed were effective in increasing knowledge about alcohol in citizens sanctioned for drunk driving.

### **Key Word**

road accidents, alcohol, psychotropic drugs, driving, info-educational courses

## Introduzione

Le quantità consumate di alcol e i livelli di alcol nel sangue giocano un ruolo determinante sulle condizioni di idoneità psicofisica alla guida, e quindi sul livello del rischio a cui ci si espone mettendosi alla guida dopo aver bevuto quantità anche moderate di alcol.

Le circostanze di incidente possono essere dovute a inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli, stato del manto stradale, condizioni ambientali e situazione psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime ci si riferisce in particolare allo stato di ebbrezza alcolica e assunzione di sostanze stupefacenti o psicoattive.

L'Agenda 2030 [1] prevede di "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" (obiettivo 3): uno specifico impegno volto alla riduzione delle vittime della strada (target 3.6) che indica, a livello globale, l'obiettivo che entro il 2020 si dimezzino le vittime della strada.

Ad agosto 2020 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha approvato la risoluzione A/RES/74/299 "Migliorare la sicurezza stradale globale" [2], che fissa un nuovo obiettivo per la comunità internazionale di ridurre il numero di vittime della strada del 50 % entro il 2030, quale obiettivo primario del nuovo "Decennio d'azione per la sicurezza stradale 2021-30".

L'Agenda 2030 adottata dall'ONU comprende obiettivi inerenti alla sicurezza stradale, "Road Safety", i cui pilastri sono cinque: gestione della sicurezza stradale (intesa in senso dinamico), sicurezza delle strade e della mobilità (nel senso strutturale e statico), sicurezza dei veicoli, sicurezza degli utenti, gestione della fase post incidente.

La Commissione europea ha emanato un'apposita comunicazione [3], in cui ha dettato indirizzi per una mobilità sostenibile, sicura, interconnessa e pulita. Pertanto, la Commissione ribadisce di far proprio l'obiettivo di "zero morti" entro il 2050 e adotta il Safe System, vale a dire la gestione della sicurezza stradale che rifiuta il compromesso tra mobilità e sicurezza.

A livello europeo, con il Libro bianco sui trasporti del 2011 [4] e con gli Orientamenti programmatici della Commissione europea sulla sicurezza stradale e del Consiglio dell'UE, erano stati confermati i seguenti obiettivi per il periodo 2011-2020, con l'obiettivo finale al 2050 dell'azzeramento del numero di vittime della strada (Vision Zero): ulteriore dimezzamento del numero delle vittime degli incidenti nel decennio 2011-2020; miglioramento dell'educazione e della formazione; rafforzamento del controllo; miglioramento della sicurezza delle infrastrutture stradali e dei veicoli.

La Commissione UE ha anche presentato il terzo pacchetto "L'Europa in movimento", con il quale si sono rinnovati gli obiettivi di forte riduzione di morti e feriti gravi per incidente stradale e si sono delineate le strategie per una mobilità sicura, pulita e connessa, annunciando azioni da realizzare nel decennio 2021-2030.

In Italia, il 18 maggio 2021 è stata inoltre avviata la consultazione pubblica sulle tematiche relative alla sicurezza stradale per la predisposizione del nuovo Piano Nazionale Sicurezza Stradale 2030.

Nelle pagine seguenti saranno fatte riflessioni sui dati pre-pandemia, in quanto il suo impatto è difficile da quantificare: la diminuzione dei volumi di traffico ha avuto un impatto chiaro, anche se non misurabile, sul numero di decessi a seguito di incidenti stradali.

I dati UE 2019 [5] hanno registrato 22 800 vittime della strada. Si tratta di una diminuzione di quasi 7 000 decessi rispetto al 2010, per un calo percentuale pari al 23%. Rispetto al 2018, il calo è stato del 2%. Sebbene la tendenza di fondo sia ancora quella di una diminuzione dei decessi, a partire dal 2013 nella maggior parte dei paesi il calo è rallentato e l'obiettivo dell'UE di dimezzare il numero delle vittime della strada entro il 2020 non è stato raggiunto. Esaminando l'andamento a lungo termine per il periodo 2010-2019, si constata che il numero delle vittime sulle strade europee è diminuito mediamente del 23%.

Nel 2019 [6] gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia sono stati 172.183, le vittime 3.173 e i feriti 241.384. Rispetto all'anno precedente i morti sulle strade diminuiscono in maniera consistente (-4,8%), segnale positivo dopo l'aumento registrato nel 2017 e la stabilità del 2018. In diminuzione anche incidenti e feriti (rispettivamente -0,2% e -0,6%). Il tasso di mortalità stradale passa da 55,2 a 52,6 morti per milione di abitanti tra il 2019 e il 2018. Rispetto al 2010, le vittime della strada diminuiscono del 22,9%. Tra il 2001 e il 2019 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 172.183 (-34,6%), i morti da 7.096 a 3.173 (-55,3%) e i feriti da 373.286 a 241.384 (-35,3%). Il numero di morti per milione di abitanti, calcolato come rapporto tra il numero di morti in incidenti stradali e la popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 52,6 del 2019.

L'informazione sugli incidenti stradali alcol e droga correlati [6] è dedotta dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'interno: da tali fonti risulta che su un totale di 58.872 incidenti con lesioni rilevati dai due Organi di rilevazione, sono stati 5.117 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.996 quelli sotto l'effetto di stupefacenti. L'8,7% e il 3,4% degli incidenti rilevati è correlato quindi, rispettivamente, ad alcol e droga, proporzioni pressoché stabili rispetto al 2018 (8,7% e 3,2%), ma in aumento rispetto al 2017, anno nel quale erano pari rispettivamente al 7,8% e 2,9%.

Anche le Polizie Locali di alcuni Comuni capoluogo hanno reso disponibile il numero di sanzioni elevate in caso di incidente - 2.013 per guida in stato di ebbrezza e 420 per uso di droghe - in leggero calo rispetto al 2018 (2.031 e 536) e che rappresentano il 36% e il 50% del totale delle sanzioni elevate per lo stesso motivo. Con riferimento al numero di incidenti con lesioni rilevati dalle Polizie Locali, le quote dei sinistri correlati ad alcol e droga risultano pari rispettivamente a 3,0% e 0,6% (3,9 e 1,0 % nel 2018). I controlli effettuati dalle Polizie Locali con etilometro o precursore hanno dato esito positivo nel 7,4% dei casi, quelli per alterazione da uso di droga, effettuati in misura di gran lunga minore a causa della complessità procedurale, nel 6,9%.

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai Carabinieri, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2019 sono stati 3.438 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,9% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri.

Rispetto al 2018 e al 2017 si registra, un aumento della quota degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 9,7 per cento nel 2018 e 9,0 nel 2017. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2019, sono state 92 (7,5% sul totale) e i feriti 5.657 (10,5% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,5% e 10,2% nel 2018.

Passando ad esaminare gli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada e per periodo di accadimento, si rileva che le percentuali citate in precedenza salgono notevolmente di notte. Sono, infatti,

il 22,5% gli incidenti stradali alcol correlati, avvenuti di notte, il 22,9% in ambito urbano, il 22% in ambito extraurbano, sul totale incidenti notturni. Anche le vittime raggiungono quote più elevate su strade urbane, pari al 20,2%, sono il 12,8% sulle strade extraurbane.

Con riferimento alle informazioni fornite dalla Polizia Stradale, dai dati elaborati emerge che il 15,5% delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone. Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 7% degli incidenti stradali nel 2019 è alcol correlato (era 7,3% nel 2018).

Il rischio connesso alla guida in stato di ebbrezza aumenta sia con la quantità di alcol assunta sia con la frequenza delle occasioni di consumo eccessivo [7]. Il confronto tra i tassi alcolemici (Bac) dei guidatori coinvolti in incidenti stradali e di quelli non coinvolti mostra un rischio di incidente maggiore del 38% alla concentrazione di 0,5 g/litro e quasi cinque volte maggiore alla concentrazione di 1,0 g/litro [8]. La curva grafica del rischio si fa più ripida per le collisioni gravi e fatali, per gli incidenti in cui è coinvolto un solo veicolo, e per i più giovani. Il consumo di alcol, a qualunque livello, aumenta sia la probabilità di essere ricoverati in ospedale per lesioni da guida in stato di ebbrezza, sia la gravità delle lesioni subite in conseguenza dell'incidente alcol correlato [9]. Una rassegna internazionale di 112 studi ha fornito una forte evidenza scientifica del fatto che la diminuzione delle abilità di guida comincia con un avvio da un livello di concentrazione di alcol nel sangue di zero [10]. Uno studio che ha confrontato le concentrazioni di alcol nel sangue (Bac) di conducenti coinvolti in incidenti con quelle di conducenti non coinvolti in incidenti ha riscontrato che i maschi e le femmine di tutte le età con Bac tra 0,2 g/l e 0,49 g/l presentano un rischio almeno tre volte maggiore di morire in un singolo incidente d'auto. Il rischio aumenta ad almeno 6 volte con un Bac tra 0,5 g/l e 0,79 g/l, e a 11 volte con un Bac tra 0,8 g/l e 0,99 g/l [11].

Le persone con violazione dell'art 186 e 186 bis spesso sono responsabili di un gran numero di violazioni e qualche studio ha riportato che quasi uno su tre violatori sarà ricondannato [12].

Osilla et al. [13] parlano di un "hard core", un gruppo di violatori reiterati che, rispetto ad altri guidatori violatori, hanno maggiori problemi legati all'alcol, guidano con maggior frequenza sotto l'effetto di più alti livelli di alcol nel sangue, dimostrano una limitata cognizione del problema [14] e sono ingaggiati in altri comportamenti rischiosi alla guida come eccesso di velocità, ecc. [15, 16], tutti fattori che amplificano ulteriormente il rischio di incidenti.

In Italia la guida in stato di ebbrezza è sanzionata dagli articoli 186 e 186 bis del Codice della strada e l'art. 187 sanziona la guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti (D. Lgs. 30 aprile 1992, n. 285).

La regione Emilia-Romagna ha promulgato la D.G.R. 1423/ 2004 "Linee d'indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica", dando attuazione alla L. 125/2001.

In questo quadro normativo, si è dato attuazione ai corsi info-educativi di primo e secondo livello con le circolari regionali n°1/2010 e n°10/2017, per far fronte alla problematica degli incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza.

L'obiettivo dei corsi info-educativi di primo livello è sensibilizzare e informare in modo adeguato i cittadini target con violazione dell'art. 186 sui possibili rischi correlati alla guida e sulla normativa del codice della

strada. La partecipazione ad una edizione dei corsi è richiesta ad ogni aspirante conducente con violazione dell'art 186 del C.d.S. accertata e verbalizzata, prima che abbia luogo la visita di valutazione dell'idoneità alla guida presso la CML (Commissione Medica Locale). A decorrere dal 1° gennaio 2018 la partecipazione ai corsi di primo livello è richiesta anche ai conducenti con infrazione dell'art. 187 del C.d.S. e i programmi didattici sono stati ampliati con la trattazione degli aspetti legati al consumo di sostanze stupefacenti diverse dall'alcol, incluso il tema del metadone. Inoltre, da tale data, è stata introdotta l'obbligatorietà di partecipazione a corsi info educativi di secondo livello per i conducenti che presentano reiterazione di infrazione dell'art 186.

Lo studio presentato ha come obiettivo quello di valutare se gli intenti di sensibilizzazione e informazione di coloro che violano l'art. 186, di aumento della loro percezione del rischio e di prevenzione delle recidive siano raggiunti, all'interno del Distretto di Forlì.

### **Materiali e metodi**

L'oggetto di studio riguarda quindi la valutazione dei corsi info-educativi rispetto all'aumento della consapevolezza del rischio legato ad alcol e guida e nella prevenzione delle recidive di coloro che guidano in stato di ebbrezza.

Lo scopo principale di questa indagine è valutare l'efficacia dell'apprendimento dei contenuti dei corsi info-educativi condotti dalle AUSL della Romagna della sede di Forlì, confrontando i pre-test e i post-test che indagano le conoscenze e le informazioni sul tema dei rischi del consumo di alcol per la salute e per la guida prima e dopo la partecipazione ai corsi stessi. L'ipotesi sperimentale riguarda la presenza di una differenza statisticamente significativa fra il pre-test somministrato a inizio corso e del post test di fine corso, dimostrando in tal modo l'incremento e il mantenimento delle conoscenze relative al tema alcol e guida. Il possesso delle conoscenze, alla base di un intervento di promozione alla salute e alla sicurezza, è ritenuto essere un requisito fondamentale per sviluppare e consolidare un livello di consapevolezza adeguato ad attivare comportamenti atti a prevenire situazioni o condizioni di rischio alla guida.

Un ulteriore scopo dello studio è analizzare la motivazione ad evitare il consumo per valutare se questa dimostri un incremento della consapevolezza da parte dei violatori degli artt. 186 e 187 del C.d.S.

I soggetti oggetto dello studio sono i partecipanti ai corsi info-educativi di primo livello, ovvero conducenti che abbiano violato l'articolo 186 del C.d.S e siano sottoposti al percorso di rivalutazione all'idoneità psicofisica alla guida della CML.

Lo strumento utilizzato è il questionario di apprendimento, progettato da un gruppo di lavoro regionale. Il questionario di apprendimento dei corsi info-educativi, identico nel pre e nel post test, indaga i seguenti aspetti:

- variabili socio – anagrafiche: nome, cognome, nazionalità, comune di residenza, età, genere, professione, titolo di studio;
- variabili relative alla violazione: neopatentato, tipo di patente, orario della violazione (alcoltest), tipo di controllo del valore alcolemico, livello di alcolemia accertata, tipi di mezzo, incidente stradale, precedenti violazioni artt. 186 e 187;

- variabili sul tema alcol e sui suoi effetti: in quest'ultima sezione sono riportate sette domande di difficoltà medio – alta, tese ad accertare il livello di apprendimento dei contenuti dei corsi.

Per valutare il gradimento lo strumento usato è il questionario di gradimento, redatto dall'équipe di professionisti del Distretto di Forlì, composto da cinque domande che esplorano i seguenti aspetti:

- giudizio sull'utilità con una scala articolata da per niente a moltissimo;
- motivazione ad un'astensione sull'uso di alcol associata alla guida con una scala variabile da per niente a moltissimo;
- la qualità del materiale distribuito con una scala variabile da insufficiente a molto buono;
- la completezza delle tematiche con una scala con giudizi da per niente a moltissimo;
- il gradimento complessivo, con una scala con valutazioni da pessimo ad eccellente.

Il periodo considerato ai fini dell'analisi comprende i corsi info educativi di primo livello tenuti nell'intervallo 2013-2020.

L'analisi statistica condotta sul questionario di apprendimento sarà di tipo descrittivo con riferimento alle caratteristiche generali dei partecipanti al momento dell'infrazione: genere, età, nazionalità, titolo di studio e professione, condizione di neopatentato, livello di alcolemia, tipo di patente, incidente stradale al momento della violazione, mezzo di guida e precedente violazione per art 186 e 187 del C.d.S.

Sarà poi effettuata un'analisi sull'efficacia dell'intervento dapprima esaminando i cambiamenti nei valori percentuali di risposte corrette fra pre e post, in seguito osservando la media di risposte corrette prima e dopo, infine sarà costruito un indice per comporre un profilo dei partecipanti per cui i corsi sono più efficaci. Dapprima sarà definita una valutazione sul numero di risposte corrette al pre o al post nel modo seguente:

- pessimo: 0 o 1 risposta giusta;
- scarso: 2 o 3 risposte giuste;
- sufficiente: 4 risposte giuste;
- adeguato: 5, 6, 7 risposte giuste.

In seguito, ci sarà una sintesi sui cambiamenti della valutazione avuta dal pre al post. L'intervento è ritenuto:

- inefficace: pre-pessimo e post pessimo o scarso, pre-scarso e post pessimo o scarso, pre-sufficiente e post pessimo o scarso o sufficiente, pre-adequato e post pessimo o scarso o sufficiente;
- efficace: pre-pessimo e post sufficiente o adeguato, pre-scarso e post sufficiente o adeguato, pre-sufficiente e post adeguato, pre e post adeguati.

L'ultima analisi sull'efficacia sarà effettuata un'analisi multipla utilizzando la regressione logistica che indicherà le caratteristiche dei soggetti che hanno avuto un beneficio dall'intervento del corso info-educativo.

L'analisi statistica tenuta sul questionario di gradimento riguarda da una parte le percentuali delle risposte suddivise nelle categorie di: per niente/poco, abbastanza, molto/moltissimo e i valori medi; dall'altra la media di ogni aspetto indagato.

Il programma per l'analisi statistica è SPSS versione 27.

## Risultati

L'analisi dei risultati riguarda i soggetti che dal 2013 al 2020 hanno violato gli artt. 186 o 187 del codice della strada e hanno effettuato i corsi info-educativi di primo livello presso il distretto sanitario di Forlì. I soggetti oggetto dello studio sono 1886.

Con riferimento alle caratteristiche socio anagrafiche (Tabella 1), la maggioranza dei soggetti sono di genere maschile (82,6%), con una percentuale più alta rispetto ai dati di letteratura, che considerano l'incidenza di problematiche alcol correlate tra gli uomini del 75,0% (Direzione Generale Della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6, 2020). I partecipanti ai corsi sono prevalentemente di nazionalità italiana (87,2%), residenti nei comuni di pianura (72,5%), con un'età compresa nella fascia "22-49" anni (77,5%) [coerentemente all'andamento per età del 2019 in Italia] e occupati stabilmente (81,4%). Relativamente al titolo di studio, il 37,0% possiede il diploma di scuola media superiore e il 36,3% la licenza media.

Tabella 1 - % caratteristiche socio anagrafiche.

		v.a.	%
	Totale	1886	
	Età media, ds	37,8 (12,2)	
Età in classi	18-21	94	5,0
	22-29	483	25,6
	30-39	527	27,9
	40-49	446	23,6
	50-59	236	12,5
	60-69	66	3,5
	>=70	26	1,4
Genere	Uomini	1558	82,6
	Donne	305	16,2
Nazionalità	Italia	1645	87,2
	Unione Europea	95	5,0
	Altri paesi europei	59	3,1
	Asia	11	,6
	Africa	53	2,8
	America	16	0,8
Residenza	Pianura	1368	72,5
	Tramazzo	29	1,5
	Montone	94	5,0
	Bidente	157	8,3
	Rabbi	79	4,2
	AVR	36	1,9
	Fuori Romagna dentro RE	12	0,6

	Fuori RER	59	3,1
	Esteri	3	0,2
Titolo di studio	Nessuno	2	0,1
	Elementare	45	2,4
	Media inferiore	684	36,3
Qualifica di formazione professionale	Media superiore	697	37,0
	Livello universitario	96	5,1
	Laurea magistrale	108	5,7
Condizione lavorativa	Disoccupato	133	7,1
	Occupato	1535	81,4
	Pensionato	60	3,2
	Studente	57	3,0
	Casalinga	1	0,1
	Lavori precari/Saltuari	3	0,2

Passando alla caratterizzazione delle variabili relative alle persone che erano alla guida al momento della violazione (Tabella 2), il 7,3% dei soggetti risulta neopatentato; questa percentuale potrebbe essere dovuta al fatto che negli ultimi anni si è assistito ad una adesione alle regole da parte dei giovani che riescono ad organizzarsi in modo che chi guida non beva, cosa che non succede negli adulti che faticano ad accettare questa normativa. La maggioranza ha la patente A e/o B (83,2%), l'orario della violazione dell'art. 186 o 187 è generalmente quello notturno dalle 22 alle 6 (61,7%), l'80,3% ha avuto come tipo di rilevazione dell'alcoemia l'etilometro e l'8,1% la misurazione in Pronto Soccorso (PS); una persona su cinque è stata trovata con un livello di alcoemia >1,5", il 42,6% ha un livello di alcoemia nella fascia "0,8-1,5", il 27,6% nella fascia "0,5-0,8"; l'89,9% guidava l'automobile; uno su cinque ha avuto la rilevazione durante un incidente stradale e uno su quattro aveva una precedente segnalazione di violazione dell'articolo 186.

Tabella 2 - % variabili relative alla guida.

		v.a.	%
	Totale	1886	
Neopatentato	Si	137	7,3
Orario della violazione	Notturno (22-6)	1164	61,7
	Diurno (6-14)	132	7,0
	Pomeridiano/Serale (14-22)	298	15,8
Tipo di controllo	Etilometro	1515	80,3
	Alcolemia in Pronto Soccorso	152	8,1
	A vista	9	,5
	Controllo rifiutato	48	2,5
Livello di alcolemia	0,51-0,8	521	27,6
	0,8-1,5	803	42,6
	>=1,51	393	20,8
	Rifiuto	46	2,4
Tipo patente	A e/o B	1569	83,2
	C/D/E	141	7,5
Tipo di mezzo	Automobile	1696	89,9
	Moto	55	2,9
	Ciclomotore	15	0,8
	Camion	13	0,7
	Bicicletta	3	0,2
	Altro	23	1,2
Incidente stradale	Si	406	21,5
Precedente violazione per art. 186	Si	482	25,6

Relativamente al confronto tra pre e post test (Tabella 3), la media delle risposte giuste sulle sette domande del questionario di apprendimento nel pre è 3,13, mentre 5,79 è il valore medio del post test; questo dato evidenzia un netto miglioramento dovuto al corso info-educativo, situazione confermata anche dall'aumento della percentuale dei soggetti che hanno dato tutte le risposte giuste: da 0,3% a 39,8%.

Analizzando ogni domanda vediamo come il corso abbia influito maggiormente sulla consapevolezza che l'alcol possa causare incidenti stradali con morte violenta, a seguire sulla consapevolezza degli effetti psicoattivi dell'alcol e poi su quella relativa al tempo necessario per eliminare una unità alcolica, segue quella sul rischio per la salute, e quella relativa all'alcol come sostanza tossica. La maggioranza dei partecipanti sa che cosa si intende per alcolemia con un'ottima percentuale anche prima di effettuare il corso.

Analizzando le risposte al post test, le domande con percentuali di risposta corrette sopra l'85% sono quelle relative all'alcolemia, agli effetti psicoattivi sulla guida e al rischio per la salute, seguono quella sul tempo necessario all'eliminazione di un'unità alcolica, quella sugli incidenti stradali, quella sul limite legale

per la guida. La domanda con la percentuale peggiore al post test è quella sulla tossicità dell'alcol, in quanto una persona su tre ha risposto in modo errato; questo dato può rappresentare un riflesso della cultura mediterranea che vede il vino come un naturale accompagnamento ai pasti e non ne percepisce la pericolosità.

Tabella 3 - % risposte corrette test/retest.

	Pre		Post	
	v.a.	%	v.a.	%
Soggetti	1886		1886	
Tutte le risposte vere	6	0,3	751	39,8
Media risposte vere (ds)	3,13 (1,36)		5,79 (1,44)	
Qual è il limite legale del tasso alcolico per la guida?	1095	58,1	1437	76,2
Gli incidenti stradali in che posizione sono come causa di morte violenta? E in età giovanile?	442	23,4	1514	80,3
L' alcol è una sostanza tossica?	460	24,4	1243	65,9
Gli effetti psicoattivi dell'alcol sulla guida a che livelli di alcolemia si possono manifestare?	695	36,9	1693	89,8
Cosa si intende per alcolemia?	1736	92,0	1801	95,5
Quanti bicchieri di alcol sono da considerarsi a basso rischio per la salute?	846	44,9	1671	88,6
Quanti minuti occorrono per eliminare 1 bicchiere/unità alcolica?	625	33,1	1563	82,9

### Analisi per livello di alcolemia

L'analisi sul livello di alcolemia è importante come elemento di analisi perché riflette i livelli di gravità della violazione definiti nella normativa. Importante è ricordare che l'art. 186 del codice della strada prevede che al conducente a cui viene accertato un tasso alcolemico " $>0,8$ " venga riconosciuta rilevanza penale. Nella popolazione oggetto di studio (Tabella 4) la maggioranza (803) ha un livello alcolimetrico nella fascia "0,8-1,5", seguono 521 persone in quella "0,51-0,8" e 393 in quella " $\geq 1,51$ ".

Con riferimento alle caratteristiche socio anagrafiche, considerando l'alcolemia nell'intervallo "0,8-1,5" l'età media delle persone che hanno questo valore è di 36,65 anni mentre per quanto riguarda i soggetti con alcolemia " $\geq 1,51$ " hanno un'età media pari a 38,72 anni; i soggetti fra i "22-29" anni con livelli di alcolemia "minori di 1,5" hanno una percentuale di circa il 29%, mentre con alcolemia "maggiore di 1,5" sono il 20% circa; inversa e statisticamente significativa è la situazione dei soggetti di 40-49 anni che presentano alcolemia inferiore a 1,5 in circa il 20% dei casi e 30% con un valore maggiore di 1,5. Infine, i soggetti nelle fasce fino 1,5 hanno tendenzialmente un titolo di studio più elevato rispetto a quelli con un valore alcolimetrico maggiore di 1,5.

Tabella 4 - % caratteristiche socio anagrafiche, per livello di alcolemia.

		0,51-0,8		0,8-1,5		≥1,51		Chi2/ Anova
		v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
	Totale	521		803		393		
	Età media (ds)	37,15 (12,50)		36,65 (11,82)		38,72 (10,96)		0,010
Età in classi	18-21	30	5,8	44	5,5	15	3,8	0,001
	22-29	150	28,8	229	28,5	82	20,9	
	30-39	141	27,1	238	29,6	110	28,0	
	40-49	102	19,6	175	21,8	118	30,0	
	50-59	68	13,1	80	10,0	56	14,2	
	60-69	21	4,0	27	3,4	7	1,8	
	≥70	7	1,3	9	1,1	3	0,8	
Genere	Uomini	435	83,5	662	82,4	324	82,4	0,173
	Donne	83	15,9	131	16,3	66	16,8	
Nazionalità	Italia	468	89,8	729	90,8	333	84,7	<0,000
	Unione Europea	16	3,1	30	3,7	31	7,9	
	Altri paesi europei	14	2,7	20	2,5	14	3,6	
	Asia	2	0,4	5	0,6	2	0,5	
	Africa	11	2,1	16	2,0	8	2,0	
	America	10	1,9	1	0,1	3	0,8	
Residenza	Pianura	383	73,5	587	73,1	286	72,8	0,256
	Tramazzo	6	1,2	16	2,0	3	0,8	
	Montone	28	5,4	35	4,4	18	4,6	
	Bidente	53	10,2	67	8,3	28	7,1	
	Rabbi	20	3,8	34	4,2	19	4,8	
	AVR	7	1,3	20	2,5	6	1,5	
	Fuori Romagna dentro RE	1	0,2	4	0,5	6	1,5	
	Fuori RER	14	2,7	20	2,5	17	4,3	
	Eestero	0	0,0	2	0,2	1	0,3	
Titolo di studio	Nessuno	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,007
	Elementare	7	1,3	17	2,1	5	1,3	
	Media inferiore	170	32,6	268	33,4	179	45,5	

	Qualifica professionale	36	6,9	48	6,0	19	4,8	
	Media superiore	206	39,5	323	40,2	129	32,8	
	Livello universitario	32	6,1	44	5,5	15	3,8	
	Laurea magistrale	33	6,3	57	7,1	14	3,6	
Lavoro	Disoccupato	30	5,8	59	7,3	28	7,1	0,406
	Occupato	426	81,8	662	82,4	327	83,2	
	Pensionato	19	3,6	19	2,4	8	2,0	
	Studente	19	3,6	25	3,1	13	3,3	
	Casalinga	1	0,2	0	0,0	0	0,0	
	Lavori precari	1	0,2	2	0,2	0	0,0	

Le variabili relative alle persone che erano alla guida al momento della violazione hanno valori statisticamente significativi, ad eccezione di quella relativa allo status di neopatentato (Tabella 5).

L'alcolemia maggiore a 1,5 viene rilevata in orario notturno (dalle 22 alle 6 del mattino) una volta su due e uno su quattro in orario serale (dalle 20 alle 22), le alcolemie inferiori a 1,5 sono oltre il 65% nell'orario notturno e sotto il 16% in quello serale; questo indica che le persone con alcolemia "inferiore a 1,5" incorrono nell'infrazione soprattutto di notte mentre quelli "oltre 1,5" di notte ma anche in orari serali.

La percentuale del controllo con etilometro decresce all'aumentare del livello di alcolemia; l'alcolemia in PS ha una percentuale rilevante (16,8%) per quanto riguarda le alcolemie maggiori di 1,5.

Le percentuali su chi è incorso nella violazione durante un incidente stradale e la precedente violazione per articolo 186 crescono al crescere del livello alcolimetrico.

Tabella 5 - % variabili relative alla guida, per livello di alcolemia.

		0,51-0,8		0,8-1,5		≥1,51		Chi2
		v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
	Totale	521		803		393		
Neopatentato	Si	43	8,3	53	6,6	31	7,9	0,672
Orario della violazione	Notturno (22-6)	346	66,4	566	70,5	209	53,2	<0,000
	Diurno (6-14)	32	6,1	56	7,0	31	7,9	
	Pomeridiano/ Serale (14-22)	84	16,1	98	12,2	97	24,7	
Tipo di controllo	Etilometro	472	90,6	708	88,2	299	76,1	<0,000
	Alcolemia in PS	25	4,8	50	6,2	66	16,8	
	A vista	0	0,0	3	0,4	3	0,8	
	Controllo rifiutato	1	0,2	0	0,0	1	0,3	
Tipo patente	A e/o B	435	83,5	676	84,2	336	85,5	0,477
	C/D/E	36	6,9	63	7,8	29	7,4	
Tipo di mezzo	Automobile	487	93,5	756	94,1	350	89,1	0,001
	Moto	16	3,1	17	2,1	18	4,6	
	Ciclomotore	3	0,6	7	0,9	4	1,0	
	Camion	2	0,4	7	0,9	3	0,8	
	Bicicletta	0	0,0	1	0,1	0	0,0	
	Altro	5	1,0	5	0,6	10	2,5	
Incidente stradale	Si	70	13,4	145	18,1	153	38,9	<0,000
Precedente Violazione per art. 186	Si	109	20,9	201	25,0	137	34,9	<0,000

L'analisi sul test di apprendimento denota un miglioramento uniforme indifferentemente dall'alcolemia registrata sia quando si analizza il valore medio di risposte giuste, sia quando si analizza le percentuali di tutte le risposte giuste, sia quando si analizza la percentuale per ogni singola domanda.

### Indice di efficacia

L'intervento è risultato efficace (Tabella 6) per il 90,7% dei soggetti, mentre è inefficace per il 9,3%; confrontando i dati del pre e del post test a cui sono sottoposti, l'intervento è, quindi, in grado di fornire e/o aumentare le conoscenze relative al problema alcol e guida. La conoscenza dei rischi è requisito fondamentale per aumentare la consapevolezza e dovrebbe servire ad evitare i rischi alla guida.

Con riferimento alle caratteristiche socio anagrafiche, i soggetti per cui l'intervento è efficace sono mediamente più giovani, in modo statisticamente significativo. Per le persone con più di sessantacinque anni anche il Ministero della Salute raccomanda azioni di intervento specifiche rappresentando la classe

di età che più di altre presenta rischi per le patologie alcol correlate e quella che ha meno consapevolezza degli stessi (Direzione Generale Della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6, 2020). Conformemente a quanto precedentemente osservato, la percentuale di donne per cui l'intervento è stato efficace risulta maggiore rispetto a quella degli uomini, così come il corso ha sortito una maggiore efficacia per i soggetti italiani rispetto a quelli di altre nazionalità; i non italiani potrebbero aver ottenuto risultati poco brillanti per problemi legati alla lingua. Le persone per cui l'intervento è stato meno efficace sono quelli residenti nella vallata del Tramazzo. L'efficacia dei corsi info-educativi aumenta progressivamente all'aumentare del titolo di studio. L'intervento è stato efficace per il 92,3% degli occupati, mentre il valore percentuale è più basso per i disoccupati e i pensionati.

Tabella 6 - % caratteristiche socio anagrafiche, per efficacia.

		Inefficace		Efficace		Chi2/ Anova
		v.a.	%	v.a.	%	
	Totale	176		1710		
	Età media (ds)	42,81 (13,85)		37,34 (11,87)		<0,000
Età in classi	18-21	4	4,3	90	95,7	<0,000
	22-29	25	5,2	458	94,8	
	30-39	52	9,9	475	90,1	
	40-49	39	8,7	407	91,3	
	50-59	31	13,1	205	86,9	
	60-69	14	21,2	52	78,8	
	>=70	7	26,9	19	73,1	
Genere	Uomini	157	10,1	1401	89,9	0,002
	Donne	14	4,6	291	95,4	
Nazionalità	Italia	116	7,1	1529	92,9	<0,000
	Unione Europea	14	14,7	81	85,3	
	Altri paesi europei	18	30,5	41	69,5	
	Asia	4	36,4	7	63,6	
	Africa	17	32,1	36	67,9	
	America	3	18,8	13	81,3	
Residenza	Pianura	125	9,1	1243	90,9	0,039
	Tramazzo	4	13,8	25	86,2	
	Montone	7	7,4	87	92,6	
	Bidente	15	9,6	142	90,4	

	Rabbi	5	6,3	74	93,7	
	AVR	3	8,3	33	91,7	
	Fuori Romagna dentro RE	2	16,7	10	83,3	
	Fuori RER	3	5,1	56	94,9	
	Esterio	0	0,0	3	100,0	
Titolo di studio	Nessuno	1	50,0	1	50,0	<0,000
	Elementare	19	42,2	26	57,8	
	Media inferiore	86	12,6	598	87,4	
	Qualifica di formazione professionale	8	7,3	101	92,7	
	Media superiore	18	2,6	679	97,4	
	Livello universitario	2	2,1	94	97,9	
	Laurea magistrale	4	3,7	104	96,3	
Lavoro	Disoccupato	16	12,0	117	88,0	<0,000
	Occupato	118	7,7	1417	92,3	
	Pensionato	15	25,0	45	75,0	
	Studente	0	0,0	57	100,0	
	Casalinga	0	0,0	1	100,0	
	Lavori precari/ Saltuari	0	0,0	3	100,0	

Analizzando le variabili relative alle persone che erano alla guida al momento della violazione (Tabella 7), l'intervento è stato efficace per il 93,4% dei neopatentati, soprattutto per i fermati in orario notturno, per chi ha la patente di tipo A o B, per chi era alla guida di un'automobile o moto. Queste caratteristiche potrebbero indicare che siano consumatori binge drinking che legano l'uso di sostanze psicotrope legali e illegali al contesto del divertimento, e fortemente motivati a possedere l'idoneità alla guida. Per le altre variabili non si palesano differenze significative.

Tabella 7 - % variabili relative alla guida, per efficacia.

		Inefficace		Efficace		Chi2
		v.a.	%	v.a.	%	
	Totale	176		1710		
Neopatentato	Si	9	6,6	128	93,4	0,248
Orario della violazione	Notturmo (22-6)	75	6,4	1089	93,6	0,685
	Diurno (6-14)	10	7,6	122	92,4	
	Pomeridiano /Serale (14-22)	23	7,7	275	92,3	
Tipo patente	A e/o B	133	8,5	1436	91,5	0,039
	C/D/E	20	14,2	121	85,8	
Tipo di mezzo	Automobile	137	8,1	1559	91,9	0,014
	Moto	4	7,3	51	92,7	
	Ciclomotore	2	13,3	13	86,7	
	Camion	1	7,7	12	92,3	
	Bicicletta	2	66,7	1	33,3	
	Altro	2	8,7	21	91,3	

Per valutare per chi il corso è stato più efficace è stata effettuata un'analisi multivariata utilizzando la regressione logistica. La categoria di riferimento è riportata con OR = 1. I rischi relativi di ciascuna variabile sono aggiustati per tutte le altre.

Le variabili inserite nel primo modello (Tabella 8) sono: genere, età, nazionalità, residenza, titolo di studio e lavoro.

La probabilità che il corso sia efficace è più alta per le donne per chi ha un titolo di studio più elevato; mentre è più bassa in modo statisticamente significativo al crescere dell'età, per i non italiani e non in modo statisticamente significativo per i non residenti in pianura e i non occupati.

Tabella 8 - Odds ratio per indice di efficacia e intervalli di confidenza al 95% per le variabili inserite nel modello di regressione logistica: genere, età, nazionalità, residenza, titolo di studio e lavoro.

		OR	IC 95%
Genere	Uomini	1	
	Donne	1,67	0,87-3,21
Età in classi	18-21	1	
	22-29	0,45	0,10-2,10
	30-39	0,31	0,07-1,40
	40-49	<b>0,24</b>	0,05-1,09
	50-59	<b>0,19</b>	0,04-0,88
	>=60	<b>0,10</b>	0,02-0,49
Nazionalità	Italia	1	
	Europa	<b>0,17</b>	0,09-0,31
	Fuori Europa	<b>0,22</b>	0,10-0,46
Residenza	Pianura	1	
	Vallate	0,84	0,52-1,36
	Fuori Distretto	0,71	0,37-1,36
Titolo di studio	Basso	1	
	Medio	4,00	2,48-6,45
	Alto	3,69	1,56-8,72
Non occupati	No	1	
	Si	0,62	0,36-1,08

(\*) Il grassetto sta ad indicare valori statisticamente significativi

Le variabili inserite nel secondo modello (Tabella 9) sono: neopatentato, tipo patente, precedente violazione art. 186, tipo di mezzo, incidente stradale, orario della violazione, tipo di controllo, livello di alcolemia. Il modello è aggiustato per genere ed età.

La probabilità che il corso sia efficace è più alta per i neopatentati, chi al momento della violazione era coinvolto in un incidente stradale e all'aumentare del tasso di alcolemia; mentre è più basso per chi possiede almeno una patente C, chi non era alla guida dell'automobile, chi è stato fermato in orario diurno o serale, e chi ha avuto la rilevazione in PS.

Tabella 9 - Odds ratio per indice di efficacia e intervalli di confidenza al 95% per le variabili inserite nel modello di regressione logistica: neopatentato, tipo patente, precedente violazione art. 186, tipo di mezzo, incidente stradale, orario della violazione, tipo di controllo, livello di alcolemia. Il modello è aggiustato per genere ed età.

		Efficace	
		OR	IC 95%
Neopatentato	No	1	
	Si	2.57	0.49-13.47
Tipo patente	A e/o B	1	
	C/D/E	0.89	0.40-1.96
Precedente violaz. art. 186	No	1	
	Si	1.02	0.62-1.68
Tipo di mezzo	Automobile	1	
	Moto	1.03	0.30-3.54
	Altro	0.87	0.25-3.00
Incidente stradale	No	1	
	Si	1.24	0.63-2.44
Orario della violazione	Notturmo	1	
	Diurno	0.95	0.39-2.32
	Pomeridiano/Serale	0.73	0.41-1.30
Tipo di controllo	Etilometro	1	
	Alcolemia in PS	0.80	0.32-2.02
	Altro	<b>0.16</b>	0.03-090
Livello di alcolemia	0,51-0,8	1	
	0,8-1,5	1.24	0.74-2.01
	>=1,51	1.15	0.61-2.18
	Rifiuto	5.47	0.58-51.99

(\*) Il grassetto sta ad indicare valori statisticamente significativi

## Questionario di gradimento

I questionari di gradimento dell'intervento raccolti sono 1785. Per quanto riguarda l'analisi per i valori medi è stato espresso un buon gradimento per tutti gli aspetti indagati. L'analisi per valori percentuali evidenzia che complessivamente l'intervento è gradito da quasi la totalità dei partecipanti (93,1% "Molto/moltissimo" e 5,0% "Abbastanza"). Analizzando il giudizio complessivo si registra una media totale di 4,19 in una scala da 1 a 5 con un incremento del valore medio soprattutto negli anni 2019 e 2020.

Per quanto riguarda la domanda relativa alla motivazione ad evitare il consumo di alcol che è l'obiettivo dei corsi info-educativi, si registra una media totale di 3,97 (corrispondente al giudizio qualitativo 'molto') e negli anni si registra un progressivo incremento delle risposte molto/moltissimo e dall'anno 2016 una graduale diminuzione delle risposte per niente/poco, in modo statisticamente significativo. Questo dato va a dimostrare come nel tempo è, comunque, aumentata la cultura sulla sicurezza della strada.

## Discussione

La base di un intervento di promozione alla salute e alla sicurezza per sviluppare e consolidare un livello di consapevolezza ed attivare comportamenti atti a prevenire situazioni o condizioni di rischio alla guida è il possesso delle conoscenze.

Prevenire la reiterazione della violazione nei conducenti con una precedente violazione del codice della strada è un importante obiettivo di salute pubblica.

Nel percorso previsto dalla Regione vi sono dunque diversi livelli di intervento di crescente complessità e intensità:

- se un soggetto viola art 186 o 186 bis partecipa a corso info-educativo di primo livello di tipo informativo psicoeducativo oltre all'aspetto sanzionatorio e legale;
- se lo stesso soggetto ripete l'infrazione effettua un percorso strutturato di gruppo con approccio informativo educativo, motivazionale ed elementi di terapia cognitivo comportamentale, oltre che di prevenzione della reiterazione incluso l'aspetto sanzionatorio e legale;
- se il soggetto durante la visita in CML presenta valori ematochimici riferibili a un consumo non moderato di alcol può essere inviato ad una visita specialistica di approfondimento alcolologico e il giudizio di idoneità alla guida è temporaneamente sospeso fino alla presa visione del referto;
- se il soggetto compie più reiterazioni è inviato al centro alcolologico di riferimento per un intervento di assessment e di eventuale trattamento di durata almeno di quattro mesi, oltre all'aspetto sanzionatorio e legale.

Lo studio effettuato sui partecipanti ai corsi di primo livello del distretto di Forlì ha lo scopo di valutare l'efficacia dei corsi info educativi, rispetto all'aumento di conoscenze e informazioni sul tema dei rischi del consumo di alcol per la salute e per la guida. L'ipotesi sperimentale alla base dello studio riguarda la presenza di una differenza statisticamente significativa nei punteggi delle medie del pre test somministrato a inizio corso e del post test di fine corso, in modo da dimostrare l'incremento delle conoscenze relative al tema alcol e alla connessione tra consumo di alcol e guida.

I risultati dello studio svolto hanno dimostrato che i corsi info educativi di primo livello attuati sono efficaci nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol dei cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza secondo l'art 186 del Codice della Strada rispetto alla condizione di partenza (prima del corso info educativo), confermando lo scopo dei corsi info educativi di incrementare le conoscenze sugli effetti dell'alcol sulla performance di guida.

I risultati pongono in luce tuttavia anche la necessità di calibrare degli interventi maggiormente mirati e specifici per alcune categorie di guidatori, alcuni dei quali infatti riportano punteggi statisticamente inferiori al pre test e per alcuni anche al post test.

Come abbiamo visto analizzando i risultati hanno tratto meno beneficio dal corso i soggetti con età maggiore di 60 anni, con un titolo di studio più basso, quelli che abitano nelle vallate e i soggetti con cittadinanza non italiana. Questi ultimi potrebbero avere delle difficoltà di comprensione della lingua, per cui per alcuni di loro potrebbe essere necessario l'intervento di un mediatore culturale.

Per quanto riguarda le persone con un titolo di studio più basso così come per i soggetti ultra sessantenni che sono persone di norma meno abituate a memorizzare le indicazioni, sarebbe auspicabile dedicare loro un tempo maggiore rispetto agli altri per permettere un maggior consolidamento delle informazioni. Questa non sufficiente acquisizione di tali conoscenze potrebbe porre tali categorie maggiormente a rischio di un comportamento di guida in stato di ebbrezza e a maggiori recidive.

## **Conclusione**

Coerentemente con le riflessioni espresse nel paragrafo precedente, diventa importante progettare degli interventi maggiormente approfonditi sul tema dell'acquisizione di conoscenze, oltre che della necessità di un intervento che non sia solo informativo, ma anche motivazionale e di incremento di consapevolezza. Consideriamo che i soggetti con livelli di alcolemia maggiore di 1,5 sono spesso pazienti già conosciuti dai servizi ed è forse nell'ambito dei servizi che le varie informazioni potrebbero essere consolidate, puntando anche a incrementare la motivazione; questa osservazione suggerisce che il personale che conduce i corsi info-educativi potrebbe fare da ponte con i professionisti che hanno già in carico il paziente e che possono condurre il suddetto lavoro.

Alla luce di queste considerazioni, l'acquisizione di nuove conoscenze è una condizione necessaria per attivare comportamenti sicuri rispetto alla guida, ma non è necessariamente sufficiente per il cambiamento di un comportamento ritenuto rischioso o disfunzionale per la guida.

## **Per Corrispondenza**

**Samantha Sanchini**, sociologa. E-mail: [sanchinisamantha@gmail.com](mailto:sanchinisamantha@gmail.com)

**Daniela Forlano**, educatore professionale, UOC Dipendenze Patologiche Forlì Ausl Romagna.  
E-mail: [daniela.forlano@auslromagna.it](mailto:daniela.forlano@auslromagna.it)

## **Bibliografia**

1. ONU: Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015, 2015.  
<https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>.
2. ONU: Improving Global Road Safety. Risoluzione A/RES/74/299, 2020.  
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/226/30/PDF/N2022630.pdf?OpenElement>.
3. Commissione europea: Comunicazione Della Commissione Al Parlamento Europeo, Al Consiglio, Al Comitato Economico E Sociale Europeo E Al Comitato Delle Regioni L'europa In Movimento, 2018.  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018DC0293&from=IT>.
4. Commissione europea: LIBRO BIANCO, 2011.  
<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0144:FIN:IT:PDF>.
5. Commissione Europea: Statistiche 2019 sulla sicurezza stradale: cosa c'è dietro le cifre?, 2020.
6. Ministero della Salute direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6: 1.2.5 gli incidenti stradali e le violazioni del codice della strada. In relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati, 2020.
7. Midanik, L. T., Tam, T. W., Greenfield, T. K., & Caetano, R.: Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US national sample. *Addiction* (Abingdon, England), 91(10), 1427–1456, 1996.  
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.911014273.x>.
8. Blomberg, T. G., & Waldo, G. P.: Evaluation research, policy, and politics. *Evaluation review*, 26(3), 340–351, 2002. <https://doi.org/10.1177/01941X026003007>.
9. Borges, G., Cherpitel, C. J., Medina-Mora, M. E., Mondragón, L., & Casanova, L.: Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 22(9), 1998.
10. Moskowitz, H, Fiorentino, D : A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills. U.S. Department of transportation national highway traffic safety administration, 2000.  
<https://ntlrepository.blob.core.windows.net/lib/16000/16400/16423/PB2000103869.pdf>.
11. Zador, P. L., Krawchuk, S. A., & Voas, R. B.: Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. *Journal of studies on alcohol*, 61(3), 387–395, 2000. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.387>.
12. Impinen, A., Rahkonen, O., Karjalainen, K., Lintonen, T., Lillsunde, P., & Ostamo, A.: Substance use as a predictor of driving under the influence (DUI) rearrests. a 15-year retrospective study. *Traffic injury prevention*, 10(3), 220–226, 2009. <https://doi.org/10.1080/15389580902822725>.
13. Osilla, K. C., D'Amico, E. J., Díaz-Fuentes, C. M., Lara, M., & Watkins, K. E.: Multicultural web-based motivational interviewing for clients with a first-time DUI offense. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 18(2), 192–202, 2012. <https://doi.org/10.1037/a0027751>.
14. Nochajski, T. H., & Stasiewicz, P. R.: Relapse to driving under the influence (DUI): a review. *Clinical psychology review*, 26(2), 179–195, 2006. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.006>.

15. Mariano, A. J., Donovan, D. M., Walker, P. S., Mariano, M. J., & Walker, R. D.: Drinking-related locus of control and the drinking status of urban Native Americans. *Journal of studies on alcohol*, 50(4), 331–338, 1989. <https://doi.org/10.15288/jsa.1989.50.331>.
16. Jonah, B. A., Thiessen, R., & Au-Yeung, E.: Sensation seeking, risky driving and behavioral adaptation. *Accident; analysis and prevention*, 33(5), 679–684, 2001. [https://doi.org/10.1016/s0001-4575\(00\)00085-3](https://doi.org/10.1016/s0001-4575(00)00085-3).

**Michela Tazzini**, educatrice – U.O.C Dipendenze Patologiche A.U.S.L della Romagna, UOC Ravenna, sede di Lugo

**Elisa Martino**, psicologa e psicoterapeuta - U.O.C Dipendenze Patologiche A.U.S.L della Romagna, UOC Ravenna, sede di Lugo

**Alessandra Lentidoro**, psicologa e psicoterapeuta – U.O.C. Dipendenze Patologiche Forlì. Azienda AUSL della Romagna.

## **“ALCOL: QUANTO NE SAI?” VALUTAZIONE DELL’EFFICACIA DEGLI INTERVENTI INFO-EDUCATIVI RIVOLTI AD ALCUNE CLASSI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DELL’UNIONE DEI COMUNI DELLA BASSA ROMAGNA**

### **Riassunto**

L’articolo descrive la progettazione, la realizzazione e gli esiti di un intervento realizzato dal Servizio Dipendenza Patologiche di Lugo con 5 classi Terze della Scuola Secondaria di Primo Grado, di età compresa tra i 13 e i 14 anni, presso l’Istituto Gherardi di Lugo, in collaborazione con gli insegnanti delle stesse. L’obiettivo è stato quello di implementare le conoscenze dei ragazzi destinatari cu caratteristiche e rischi del consumo alcol e di verificare l’efficacia dell’intervento proposto. Nella parte conclusiva sono proposte alcune riflessioni per aumentare l’efficacia delle progettazioni future.

### **Parola Chiave**

Prevenzione alcolologica, preadolescenti, verifica e implementazione conoscenze sull’alcol, valutazione degli esiti

### **Abstract**

The article describes the design, the realization and hesitation of an intervention realized by the “Lugo Pathological Addiction Service” with five classes of the third grades of secondary school, aged between 13 and 14 years, at the Gherardi Institute in Lugo, in collaboration with the teachers of the same classes. The goal was to realize the knowledge of the recipient guys. On the characteristic and risks of alcohol consumption and how to verify the effectiveness of proposed intervention. In the final part, following reflections are proposed to increase the effectiveness of future planning.

### **Key Word**

Alcohol prevention, preteens, testing and implementing alcohol knowledge, evaluation of the results

## Introduzione

I comportamenti a rischio in adolescenza, nell'epoca attuale, assumono alcune caratteristiche peculiari rispetto al passato, che delineano quello che può essere definito un malessere generazionale [1; 2]

Per quanto riguarda lo specifico del consumo di bevande alcoliche, i dati forniti dall' Istat nel 2020 dicono che il 18,2% dei ragazzi e il 18,8% delle ragazze dagli 11 ai 17 anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica. Negli ultimi anni si è osservata per i ragazzi una progressiva riduzione del consumo nell'anno; per le ragazze, invece, c'è stato – soprattutto a partire dal 2018 – un aumento, che ha allineato i livelli di consumo a quello dei coetanei maschi. In particolare, nel 2020, si è registrato tra le ragazze un aumento di circa 2 punti percentuali rispetto al 2019.

Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani è prevalentemente un consumo occasionale (17,6%) e spesso lontano dai pasti (8,7%) [3].

È assolutamente rilevante, quindi, il fatto che, nella fascia di età 11-17 anni, il 18,5% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore in questa fascia di età, anche in riferimento alle peculiarità della maturazione cerebrale [4] e fisica [5] in adolescenza, dovrebbe invece corrispondere allo zero. In questa fascia d'età, inoltre, il 4,3% presenta le modalità comportamentali più rischiose: consumo giornaliero di bevande alcoliche, consumo fuori pasto almeno settimanale ed abitudine al *binge-drinking*. Si rileva come gli episodi di ubriacatura raggiungano già tra i 16-17enni livelli quasi allineati a quelli medi della popolazione generale (6,5% rispetto al 7,6% della media della popolazione di 11 anni e più), con livelli simili tra ragazzi e ragazze.

Si segnala, inoltre, che tra i giovanissimi di 11-17 anni è più frequente, rispetto alle altre fasce di età, l'abitudine ad effettuare *binge-drinking* in discoteca o nei locali. In questa fascia d'età, se si considera soltanto chi frequenta assiduamente (più di 12 volte nell'anno) le discoteche, la quota di quanti dichiarano l'ultimo episodio di ubriacatura in discoteca o in luoghi di ritrovo notturni arrivava nel 2019 al 54% [6].

Ma cosa è accaduto durante il periodo di pandemia da Covid-19?

L'esame dei dati rivela per l'anno 2021, a fronte di un consumo medio stabile, una diminuzione molto significativa in alcune fasce di consumatori, soprattutto tra i giovani. È indubbio che tra i motivi che hanno spinto ad una diminuzione dei consumi di alcol nei giovani è stata l'impossibilità di consumare fuori casa durante le settimane di lock-down. Lo suggerisce anche il rapporto BES 2021 [3], che cita come la chiusura di discoteche e locali notturni – spesso indicati dai ragazzi come luoghi di elezione per consumi a rischio e *binge-drinking* – abbia influito sulla diminuzione dei consumi di alcolici nei giovani. Vedremo se i dati relativi al 2022, con le riaperture dei locali e la ripresa della vita sociale, riporteranno una ripresa dei consumi oppure se il trend sarà ancora in calo.

## Obiettivi

In collaborazione con i colleghi del Servizio Dipendenze Patologiche di Lugo e con gli insegnanti dell'istituto comprensivo Gherardi di Lugo, abbiamo programmato e realizzato 5 incontri info-educativo sul tema dell'alcol, della durata di due ore ciascuno.

La finalità dell'intervento era programmare e realizzare incontri info-educativi con gruppi di ragazzi per perseguire i seguenti obiettivi:

- implementare le informazioni possedute ragazzi con nozioni scientificamente fondate sul consumo di alcol,
- verificare le informazioni già possedute e quelle apprese attraverso l'intervento, effettuando una comparazione tra il prima e il dopo l'incontro info-educativo,
- verificare l'efficacia del modulo proposto per rimodulare la programmazione futura in base ai dati raccolti.

## Destinatari

I destinatari sono 103 alunni che frequentano 5 classi Terze della Scuola Secondaria di Primo Grado presso l'Istituto Gherardi di Lugo, che appartengono alla fascia di età 13-14 anni; le evidenze epidemiologiche rilevano che già a partire dagli 11 anni, il consumo di alcol da parte dei giovani si caratterizza sempre più spesso come un consumo concentrato nella serata del sabato, lontano dal controllo formale della famiglia [7]. Si tratta sempre più spesso di abuso di birra, aperitivi alcolici e superalcolici, spesso connotato come fenomeno del "*binge-drinking*", il bere differenti unità alcoliche in brevi periodi di tempo. Occorre quindi intercettare e contrastare tempestivamente queste tendenze - rivolgendosi ad un target di ragazzi che fino a pochi anni fa sembrava troppo giovane per questi interventi - prima che possano consolidarsi fenomeni di abuso ripetuto o dipendenza da alcol, o provocare uno dei circa 6000 incidenti stradali alcol-correlati, prima causa di morte per i giovani italiani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni di età [8]

Per il medesimo motivo abbiamo scelto di trattare argomenti, come il *binge-drinking* o il coma etilico, che fossero percepiti come vicini al loro "mondo" e le cui informazioni potessero essere utili ai loro occhi [9]

## Materiali e metodi

Agli alunni sono stati somministrati un *test in forma anonima prima e dopo l'incontro info-educativo*, così da poter valutare le conoscenze pregresse sul tema e quelle acquisite, e un questionario di gradimento. Il pre-test è stato compilato da 103 alunni mentre il post test da 102 alunni, gli stessi presenti all'incontro. In entrambi i campioni coinvolti, il numero di alunni di sesso femminile risulta maggiore, con un assottigliamento della differenza tra i due sessi nel campione post test, dove si è passati da una differenza di 8,8% a 2%.

Il questionario somministrato agli studenti è stato creato dagli operatori del SerDP e ha tenuto conto degli argomenti che poi sarebbero stati trattati in classe. È stato utilizzato un modulo Google diviso in 9 items somministrato dagli insegnanti un mese prima dell'incontro info-educativo, mirato a comprendere il livello pregresso di conoscenza dei ragazzi sul tema.

Il questionario è così divisibile:

- Dati anagrafici
- Informazioni generiche sull'alcol
- Alcol e guida
- Falsi miti
- 

Lo stesso questionario è stato poi compilato dagli alunni al termine dell'incontro fatto, proprio per verificare l'efficacia dell'incontro, in termini di aumento delle competenze.

Nelle domande riguardanti alcune informazioni generiche sull'alcol si è verificato un aumento delle conoscenze in tutti e tre gli items; la domanda "quali sono i fattori che incidono sull'assorbimento dell'alcol?" è stata quella in cui c'è stato un differenziale maggiore con un 55,9% in più di alunni che hanno risposto correttamente nel post test.

**Tabella 1. Domande sulle conoscenze sull'alcol**

DOMANDE	RISPOSTE	RISULTATI	
		PRE	POST
Cos'è l'alcoemia	Quantità di alcol presente nelle bevande	21,4	12,7
	Quantità di alcol presente nel sangue	68,9	73,5
	Quantità di alcol che si può bere in riferimento all'età	8,7	13,7
	Quantità di alcol nei capelli	1	0
Un'unità alcolica corrisponde a	1 litro di birra	33,3	34,3
	1 bottiglia di vino	20,6	3,9
	1 calice di vino	35,3	58,8
	2 spritz	10,8	2,9
Quali dei seguenti fattori incidono sull'assorbimento dell'alcol	Età, sesso, momento della giornata in cui bevo	13,7	2
	Età, sesso, etnia, momento della giornata in cui bevo, peso	7,8	8,8
	Età, sesso, momento della giornata in cui bevo, essere a stomaco pieno	55,9	10,8
	Età, sesso, etnia, peso, essere a stomaco pieno	22,5	78,4

Gli items sul tema “alcol e guida” seguono il trend positivo di quelli precedenti. Alla domanda: “è definito un limite di alcolemia per chi guida il monopattino?” il 47,4% delle risposte sono state corrette. Alla domanda: “qual è il limite di alcolemia in motorino?” il 14,7% delle risposte sono state corrette. In quest’ultima domanda però va evidenziato come ci sia stato un aumento significativo della risposta non corretta: “il limite è diverso da maschi e femmine?”: la risposta sbagliata è aumentata dal 7,8% al 22,5%

**Tabella 2: Alcol e guida**

DOMANDE	RISPOSTE	RISULTATI PRE	RISULTATI POST
È definito un limite di alcolemia per chi è alla guida dei monopattini?	SI	41,7	89,1
	NO	58,3	10,9
Qual è il limite di alcolemia per chi è alla guida del motorino?	Il limite dipende dall'orario della giornata	4,9	1
	Il limite è diverso tra maschi e femmine	7,8	22,5
	Il limite è 3	44,1	18,6
	Il limite è 0	43,1	57,8

Tra i falsi miti il più diffuso appare quello per cui l'alcol riscalda; prima dell'incontro info-educativo il 71,8% degli intervistati ha fornito una risposta affermativa per poi scendere al 18 %.

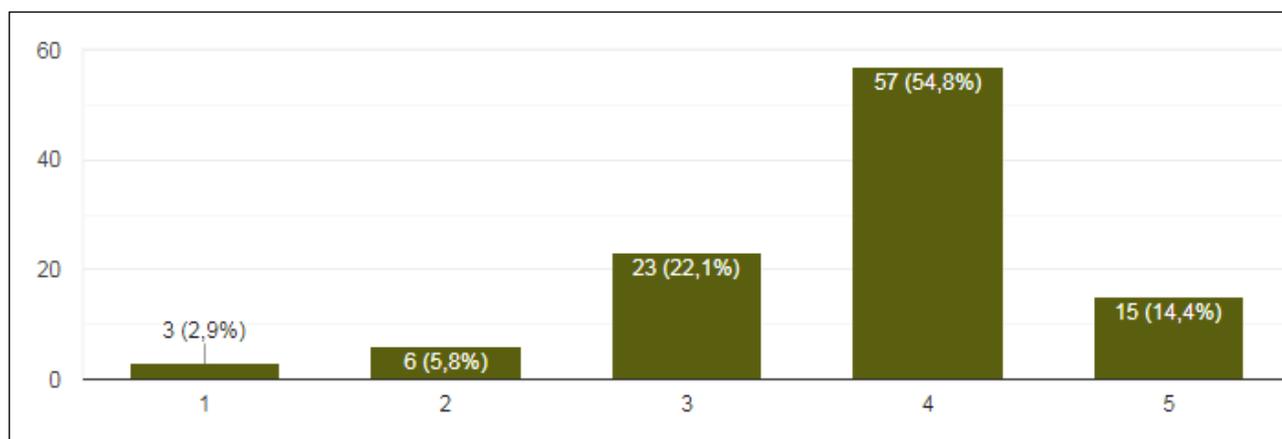
**Tabella 3: Falsi miti**

DOMANDE	RISPOSTE	RISULTATI PRE	RISULTATI POST
Le bevande hanno molte calorie?	SI	77,7	97
	NO	22,3	3
Le bevande alcoliche facilitano la digestione?	SI	38,8	6
	NO	61,2	94
Le bevande alcoliche sono utili per non sentire freddo?	SI	71,8	18
	NO	28,2	82

Al termine dell'incontro, oltre al questionario di valutazione, è stato somministrato agli alunni un *questionario di gradimento*, strutturato con due domande chiuse sul gradimento e sulla percezione degli alunni, e due domande aperte in cui i ragazzi potessero offrire eventuali suggerimenti.

Alla prima domanda: "Ritieni di aver aumentato le tue conoscenze sull'alcol?" in una scala da 1 a 5 è emerso che il 91,3 % degli alunni ha ritenuto di aver aumentato le competenze sull'alcol per un punteggio da 3 a 5; solo l'8,1% ha scelto un valore di 1 o 2 punti.

**Tabella 4: Ritieni di aver aumentato le tue conoscenze sull'alcol?**



Per quel che riguarda i temi trattati l'88,5 % ritiene di essere soddisfatto mentre l'11,5% di alunni avrebbe voluto ampliare gli argomenti; in particolare 5 alunni hanno richiesto di parlare anche di altre dipendenze: tabacco, sostanze psicoattive, dipendenza da gioco.

Alla domanda "hai qualche commento/suggerimento generale sull'incontro?" la maggioranza non ha risposto o ha esplicitato che l'incontro è stato interessante e educativo.

Tra i suggerimenti raccolti che possono orientare la progettazione futura, riguardo allo stile di conduzione e di impostazione dell'incontro, c'è l'invito a coinvolgere maggiormente la classe con video, quiz o domande. Sui contenuti invece la richiesta è quella di poter avere un testimone, focalizzarsi maggiormente sul *binge-drinking* e su come intervenire con persone che sono in coma etilico; viene ribadito il bisogno di poter affrontare temi che non riguardano solo l'abuso di alcol ma anche l'uso di altre sostanze psicoattive.

## Conclusioni

Dai dati raccolti è evidente che l'intervento ha prodotto un aumento delle conoscenze da parte degli alunni sul tema dell'alcol: si può affermare che l'obiettivo prefissato è stato pienamente raggiunto.

Come affermato dall'Oms uno dei fattori che ha contribuito, in molti Paesi europei, alla diminuzione del consumo di alcol tra i giovani è stata la crescente consapevolezza delle conseguenze sanitarie e sociali negative del consumo [11].

Gli interventi info-educativi fatti nelle scuole vanno in questa direzione: un adolescente consapevole dei rischi e delle conseguenze che i propri comportamenti hanno su di sé e sugli altri, diventerà un adulto più consapevole.

Non possiamo certo sapere se interventi come questi ridurranno effettivamente il verificarsi di comportamenti a rischio ma possiamo affermare che gli alunni che hanno partecipato agli incontri hanno acquisito conoscenze nuove e diverse.

Dobbiamo comunque tenere presente quanto suggerito dai ragazzi stessi, ovvero il loro bisogno di parlare, anche ad un'età che agli occhi degli adulti potrebbe sembrare precoce, di altre sostanze e di altri comportamenti a rischio.

È fondamentale però porre l'attenzione non solo su cosa comunichiamo ma anche sulla modalità utilizzata. La capacità di suscitare interesse e curiosità deve rientrare in uno degli obiettivi da perseguire: anche in questo i ragazzi sono stati chiari nel chiedere di progettare incontri più interattivi, con stimoli visivi e audio, quiz che possano coinvolgerli e favorire un dibattito all'interno della classe.

Sarebbe interessante sapere quanto le conoscenze apprese dagli studenti hanno delle ricadute sul lungo periodo, modificando effettivamente il rapporto che hanno con l'alcol. Solo alcuni esempi: i ragazzi, dopo un incontro info-educativo come quello realizzato, probabilmente sanno come intervenire se un loro amico è ubriaco o peggio è in coma etilico, conoscono le conseguenze in cui incorrono se guidano il motorino con un tasso alcolemico sopra lo 0, conoscono quali sono i fattori che incidono sull'assorbimento dell'alcol e molto altro ancora ma poi, effettivamente, bevono di meno?

Nello studio meta-analitico di Tobler e Stratton del 1997 [11] sulla prevenzione dell'abuso di sostanze a scuola, è stato dimostrato che i programmi che funzionano meglio sono quelli che utilizzano strategie di tipo interattivo e che pongono l'accento sul coinvolgimento e lo scambio di idee tra studenti rispetto a quelli che non utilizzano strategie interattive (es. lezione frontale, intervento con il singolo senza interazione fra pari). Secondo queste ricerche l'approccio di tipo informativo produce cambiamenti nelle conoscenze, ma gli interventi di tipo partecipativo hanno un impatto maggiore sugli atteggiamenti e sul comportamento. Fornire informazioni aumenta le conoscenze e la consapevolezza degli effetti negativi delle sostanze, ma non modifica i comportamenti legati all'uso di queste [12].

Se è vero che gli adolescenti di oggi usano sostanze psicoattive per lenire un malessere interiore e non come forma di trasgressione [13, 14], è forse più utile pensare di strutturare percorsi più complessi ma più efficaci in cui prevedere, oltre a incontri info-educativi, anche laboratori basati sull'acquisizione di *life skills* (es. gestione delle emozioni, consapevolezza, pensiero critico, relazioni efficaci) utili ai ragazzi per migliorare il proprio benessere psichico e ridurre i comportamenti a rischio?

Un altro dibattito aperto è su chi si deve occupare di informare i ragazzi. È evidente la necessità da parte degli adolescenti di avere uno spazio all'interno del quale poter affrontare questi argomenti, ma se fino a qualche anno fa veniva dato per scontato che dovessero occuparsene figure neutre, che non hanno ruoli educativi nella vita di questi ragazzi, ma che risultano essere degli "esperti" in questa materia, oggi si aprono maggiori dubbi. Nel panorama internazionale sono sempre più numerosi i progetti, oggetto di ricerche, in cui il personale sanitario ha formato insegnanti e /o genitori, senza interagire con gli alunni, con l'idea di offrire loro conoscenze e modalità operative adeguate per affrontare alcuni temi e/o per facilitare lo sviluppo di abilità sociali nei ragazzi. Sono state quindi formate figure educative, in quanto detentori della relazione, che a cascata progetteranno interventi in classe.

Altra possibilità è quella della *peereducation*, ovvero l'insegnamento o la condivisione di informazioni sulla salute, i valori ed i comportamenti, da parte di membri della stessa età e con un simile stato sociale [15]. Nella *peereducation*, la comunicazione e l'informazione si verificano in una dimensione orizzontale: gli interventi vengono attuati da giovani, preventivamente formati, vicini per età, cultura, interessi ed esperienze, assaliti dagli stessi dubbi, da mille paure adolescenziali e desiderosi di trovare una risposta o anche un aiuto. C'è poi una seconda dimensione: quella verticale, che si realizza grazie a persone esperte e preparate tecnicamente come psicologi, educatori e medici che trasmettono le informazioni scientifiche al gruppo di *peer*. Questo tipo di progettualità parte dall'idea che gli adolescenti conoscono il loro mondo, le modalità comunicative da utilizzare, i temi più vicini e che un coinvolgimento tra pari accorcia le distanze e riduce quel gap presente tra generazioni e ruoli sociali differenti. In questo caso io "esperto" formo te "studente" che a tua volta informerai i tuoi pari con le modalità che ritieni più efficaci [16].

Ultimo tema da analizzare riguarda l'età del target a cui rivolgersi. Come argomentato precedentemente, gli interventi nelle classi si stanno orientando a fasce di età sempre più basse.

Nel registro internazionale Xchange<sup>1</sup> tra gli interventi efficaci ve ne sono alcuni che si rivolgono ad un'età che parte dai 6 anni ai 13-14 anni; è evidente che i progetti che coinvolgono i più piccoli non trattano direttamente il tema delle sostanze ma piuttosto sono orientati all'acquisizione di *life skills* che possano essere utilizzate nella vita quotidiana e che nel tempo migliorano la qualità della vita e abbassano il bisogno di usare le sostanze. Rimane comunque difficile, per come funzionano oggi i Servizi e per i pregiudizi esistenti, che questo genere di interventi possano essere condotti da operatori dei Servizi di Dipendenze Patologiche.

L'obiettivo primario rimane comunque quello di indirizzare i ragazzi verso uno stile di vita più sano ed equilibrato, offrendo loro strumenti che possano favorire una maggior consapevolezza: una sfida complessa ma perseguibile.

### **Per corrispondenza**

**Michela Tazzini** c/o Sert di Lugo, via Bosi 32, 48022 Lugo (Ravenna) – Fax. 0535.903160.  
E-mail: [michela.tazzini@auslromagna.it](mailto:michela.tazzini@auslromagna.it)

---

<sup>1</sup>Xchange è un registro online di interventi di prevenzione accuratamente valutati dall'osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

## Bibliografia

1. Andreoli, S. Mio figlio è normale? Capire gli adolescenti senza che loro debbano capire noi. Milano: Rizzoli 2007.
2. Pigozzi L. Adolescenza zero. Hikikomori, cutters, ADHD e la crescita negata. Milano: Cronache nottetempo 2019.
3. [www.istat.it](http://www.istat.it)
4. Siegel D.J. La mente adolescente. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina. 2014.
5. Fabbrini A. & Melucci A. L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza. Milano: Feltrinelli. 2017.
6. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
7. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
8. Osservatorio Permanente Su Giovani e Alcol. Indagine nazionale Adolescenti e alcol. 2012.
9. Nota SISMA a cura di Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Rosaria Russo, Simonetta Di Carlo, Antonella Bacosi, Laura Martucci, Chiara Fraioli per il Centro Servizi di Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping. 2022.
10. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)
11. Tobler, Nancy S., Drug prevention programs can work: Research findings, Journal of addictive diseases, pag. 1-28. 1992.
12. Tobler, Nancy S., Howard H. Stratton, Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research, Journal of primary prevention 18.1, pag. 1-128. 1997.
13. Lancini, M. Cosa serve ai nostri ragazzi? Milano: UTET.2020
14. Charmet P.G.. I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida. Milano: Raffaello Cortina. 2020.
15. Croce, M. & Gnemmi, A. (2003) Peereducation. Adolescenti protagonisti nella prevenzione. Milano: Franco Angeli. 2003.
16. Sciacca J.P., Student Peer Health Education: A powerful yet inexpensive lessing strategy. Peer facilitator quarterly 5.2: 4-6. 1997.

Raimondo Maria Pavarin, UOS Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Ausl Bologna, Italy

## STILI DI CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE TRA GLI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI NELL'AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA DURANTE E DOPO IL LOCKDOWN.

### Riassunto

#### *Introduzione*

Questo studio indaga i cambiamenti negli stili di consumo di alcol tra i giovani confrontando il periodo attuale con il primo lockdown per il COVID-19 nell'area metropolitana di Bologna (nord Italia).

#### *Materiali e metodi*

Questionario online. Studenti scuole medie superiori. Area metropolitana di Bologna.

#### *Risultati*

Sono stati intervistati 3480 ragazzi, età media 16 anni, 50% femmine, 5% non nativi, 14% di seconda generazione. Nel periodo attuale, rispetto al Lockdown per COVID-19, aumenta il consumo di alcol, determinato in parte dall'aumento dell'età anagrafica e trainato da fattori contestuali, socialità e divertimento. Mentre diminuiscono gli astinenti, si registra l'aumento delle persone con consumi problematici (alterazione alcolica, Heavy Episodic Drinking, mix di alcol e sostanze illegali, guida di veicoli a motore dopo aver bevuto alcolici).

#### *Conclusioni*

Vanno sperimentati approcci preventivi orientati all'intera popolazione e interventi di riduzione del danno su specifici gruppi di persone con comportamenti a rischio.

#### **Parola Chiave**

Alcol, Heavy episodic drinking, Studenti, COVID-19

### Abstract

#### *Introduction*

This study investigates changes in alcohol consumption styles among young people by comparing the current period with the first COVID-19 lockdown in the metropolitan area of Bologna (northern Italy).

#### *Materials and methods*

Online questionnaire. High school students. Metropolitan area of Bologna.

#### *Results*

3480 participants, mean age 16 years, 50% female, 5% non-native, 14% second generation. In the current period, compared to the COVID-19 Lockdown, alcohol consumption is increasing, determined in part by the increase in age and driven by contextual factors, sociability and entertainment. While abstinence is decreasing, people with problematic consumption are increasing (alcoholic alteration, Heavy Episodic Drinking, mix of alcohol and illegal substances, drinking alcohol and driving).

#### *Conclusions*

Preventive approaches aimed at the entire population and harm reduction interventions targeted on specific groups of people with risky behaviors must be tested.

#### **Key Words**

Alcohol, Heavy episodic drinking, Students, COVID-19

## **Introduzione**

In Italia la pandemia di COVID-19, oltre all'alto numero di decessi e ai notevoli problemi di salute, ha comportato anche un cambiamento nelle abitudini quotidiane e negli stili di vita delle persone, generando stress in tutta la popolazione [1]. In particolare, le misure di "isolamento sociale" messe in atto da fine febbraio 2020 per ridurre il rischio di contagio, con l'obbligo di rimanere nella propria abitazione e di ridurre al minimo i contatti con altre persone, hanno imposto anche la chiusura generalizzata di scuole, luoghi pubblici, contesti di socializzazione e divertimento. Come in altri paesi [2], i negozi che vendevano generi alimentari, comprese le bevande alcoliche di varia intensità e i tabaccai, non sono stati soggetti a restrizioni.

A livello internazionale, mentre la pandemia non ha aumentato il consumo di alcol, sono stati osservati fattori individuali (donne, giovani adulti, soffrire di depressione) e contestuali (perdita del lavoro, lavoro a distanza) collegati all'aumento del consumo di alcol, che possono orientare future strategie di prevenzione [3]. In Europa, dall'inizio della pandemia, un numero più elevato di persone ha ridotto il proprio consumo di alcol rispetto a quelle che lo hanno aumentato. Infatti, sono state più spesso segnalate diminuzioni rispetto ad aumenti della frequenza del consumo, della quantità utilizzata e del consumo episodico intenso [4].

Da una ricerca condotta nel nord Italia, durante il lockdown si è evidenziata una riduzione dei consumi e della spesa per alcolici e un drastico calo dell'abuso. Molti intervistati avevano smesso o erano passati da un consumo contestuale legato alla socialità, ad un uso solitario motivato da noia e abitudine [5].

Questo studio, che ha come target gli studenti delle scuole medie superiori dell'area metropolitana di Bologna (nord Italia), indaga i cambiamenti negli stili di consumo di alcol tra i giovani confrontando il periodo attuale con il primo lockdown per il COVID-19.

## **Materiali e metodi**

Il target è composto da studenti delle scuole medie superiori reclutati nel corso del 2022 in cinque istituti pubblici (licei e istituti tecnici) dell'area metropolitana di Bologna.

All'interno dell'attività di transizione scuola-lavoro è stato costruito un progetto di ricerca sulle modificazioni degli stili di consumo delle sostanze psicoattive tra gli studenti. Sono stati analizzati i consumi durante il primo lockdown (marzo/ aprile 2020) e nei trenta giorni precedenti l'intervista (gennaio/ marzo 2022).

Utilizzando una piattaforma online, il team di ricerca ha formato in ogni istituto un gruppo di studenti con il compito di individuare le classi in cui proporre il questionario e di illustrarne i contenuti ai colleghi. Il questionario, costruito col software NG\_survey, è stato compilato online da ogni studente in forma anonima utilizzando lo smartphone.

Ai soggetti reclutati, oltre alla garanzia dell'anonimato e della riservatezza dell'intervista, è stato assicurato che i risultati non sarebbero stati separati per istituto, gruppo di età o per classe, ma presentati complessivamente.

Per lo studio è stato creato un questionario semi strutturato da cui, distintamente per il periodo attuale (ora) e per il periodo del lockdown COVID-19 (lock), sono stati rilevati i dati relativi all'uso negli ultimi 30 giorni di alcolici (bevande, frequenza, dove e con chi beve), ai luoghi di acquisto, ai contesti di utilizzo, a particolari stili di consumo (comportamenti a rischio, eccessi) e alle motivazioni del bere. In particolare, sono stati raccolti i dati relativi al numero di giorni di consumo, al numero di unità alcoliche al giorno, al numero di episodi di ubriachezza e all'ultimo episodio di ubriachezza.

Per quanto riguarda i motivi del consumo, le risposte aperte sono state codificate in undici variabili dicotomiche (accompagnamento al pasto, convivialità, gusto, divertimento, curiosità, durante occasioni speciali, essere più disinibiti ed estroverse, passatempo/noia, relax psicofisico, abitudine/consuetudine, sballo) dopo un'analisi qualitativa del testo da parte di un team multidisciplinare composto da sociologi, psichiatri, psicologi ed educatori professionali.

In fase di analisi dei dati, sono state costruite le categorie di astinente (non ha mai bevuto alcolici), consumo problematico (almeno uno dei seguenti comportamenti nei 30 giorni precedenti l'intervista: guidato dopo aver bevuto alcolici, mix alcol e sostanze psicoattive, episodi di alterazione alcolica) e consumo (ha utilizzato alcolici senza incorrere in comportamenti collegati al consumo problematico). Il consumo di almeno cinque (maschi) o quattro (femmine) unità di alcol in un'unica occasione nel corso degli ultimi 30 giorni è stato definito come Heavy Episodic Drinking [6]. Una unità di alcol è stata definita come un bicchiere di vino (100 ml), un boccale di birra (250 ml), un bicchierino di superalcolico (30 ml) [1]. Un episodio di Heavy Episodic Drinking con assunzione delle unità alcoliche entro 2 ore è stato definito come Binge Risk [7].

La differenza rispetto alle variabili continue e categoriche è stata analizzata rispettivamente con il test T di Student per dati appaiati e il test di McNemar. Per individuare i profili dei soggetti con consumo problematico di alcol ora e durante il lockdown, sono state effettuate due regressioni logistiche e sono stati calcolati l'odds ratio e gli intervalli di confidenza al 95%. Sono state utilizzate le variabili relative a sesso, età, nazionalità (nativo, non nativo, seconda generazione), scolarità dei genitori (almeno uno con la laurea) e occupazione dei genitori (lavorano entrambi). Per le analisi statistiche è stato utilizzato Stata 15.0.

## **Risultati**

Al lavoro di ricerca hanno partecipato 3480 ragazzi, età media 16 anni, la metà femmine, il 5% non nativi, il 14% di seconda generazione. Nel 77% dei casi lavoravano entrambi i genitori, nel 54% dei casi almeno un genitore era laureato. Abitava con un solo genitore il 10% durante il lockdown ed il 12% ora.

### **Consumi e consumi problematici**

La tabella 1 riporta i dati relativi a consumi e consumi problematici di bevande alcoliche al momento dell'intervista e durante il lockdown. Aveva consumato almeno una bevanda alcolica nei 30 giorni precedenti l'intervista il 66% degli intervistati, in aumento rispetto al 49% durante il lockdown (lock). L'aumento riguarda anche gli episodi di alterazione alcolica (37% ora, 11% lock), il mix di alcol e sostanze illegali (ora 9%, lock 2%) e la guida di veicoli a motore dopo aver bevuto alcolici (ora 2%,

lock 1%). Per quanto riguarda le differenze di genere, tra i maschi si osservano valori percentuali più elevati rispetto alle femmine, ma l'aumento nel periodo attuale si conferma in entrambi i sessi. Risultano invece in diminuzione, sia tra i maschi che tra le femmine, il numero medio di giorni di consumo al mese (ora 5.1, lock 5.9), la spesa media settimanale per bevande alcoliche (ora 13 Euro, lock 15 Euro) e il numero medio di episodi di alterazione alcolica (ora 2.6, lock 3.4). Per quanto riguarda gli eccessi, sono invece aumentati in entrambi i sessi gli episodi di Heavy Episodic Drinking (ora 11%, lock 3%) e di Binge risk (ora 7%, lock 1%).

Sul totale, aumentano le persone con consumo problematico di alcol (38% ora, 12% lock) e calano gli astinenti (34% ora, 51% lock). Da rilevare che nel periodo attuale tra le donne rispetto ai maschi è più alta la quota di consumatori problematici (maschi 36%, femmine 41%) e più bassa quella di astinenti (maschi 36%, femmine 31%).

Complessivamente, ora rispetto al lockdown, per il 30% degli intervistati il consumo di alcolici è aumentato e per l'8% è diminuito. Le femmine rispetto ai maschi riportano percentuali più elevate di aumenti (femmine 28%, maschi 21%) e più basse di cali (femmine 8%, maschi 9%).

### **Stili di consumo**

Dopo il lockdown sono aumentati gli acquisti di alcolici al bar, al supermercato e al mini market, mentre invece sono diminuiti quelli online. Ora i consumi avvengono più di frequente nei locali pubblici e nei contesti del divertimento, ma non cambia la percentuale delle persone che bevono nella propria abitazione. Gli alcolici si usano con amici, persone fidate e conosciute; si dimezza la percentuale di chi beve da solo, abitudine riportata dal 9% degli intervistati durante il lockdown (Tabella 2).

Per quanto riguarda le motivazioni, le persone affermano che attualmente usano maggiormente gli alcolici per divertirsi, stare con gli altri, rilassarsi, ma anche per il gusto. Pur su valori non elevati, si segnala invece la diminuzione del consumo di alcolici per noia, che era più alto tra le donne durante il lockdown.

Le femmine si distinguono dai maschi per acquisti, luoghi di consumo e motivazioni maggiormente orientati al divertimento; i maschi per consumi solitari nella propria abitazione.

### **Profili a rischio**

Per quanto riguarda il profilo dei soggetti con comportamenti problematici, durante il lockdown il rischio aumentava con l'età ed era più elevato per le femmine e per chi abitava con un solo genitore. Anche nel periodo attuale il rischio aumenta con l'età ed è più alto per chi abita con un solo genitore, ma non vi è differenza in base al sesso e si segnalano i ragazzi con almeno un genitore laureato (Tabella 3).

### **Discussione**

Nell'area metropolitana di Bologna, nel periodo attuale, rispetto al primo lockdown, tra le/i ragazze/i è aumentato il consumo di alcol, determinato in parte dall'aumento dell'età anagrafica e trainato da

fattori contestuali, socialità e divertimento. Mentre diminuiscono gli astinenti, si registra l'aumento delle persone con consumi che possiamo definire come problematici. Aumentano infatti gli episodi di alterazione alcolica, gli eccessi, il mix di alcol e sostanze illegali, la guida di veicoli a motore dopo aver bevuto alcolici. Da rilevare che aumenta la fascia di persone che eccedono, ma non l'intensità del consumo: risultano infatti in calo la spesa media settimanale per bevande alcoliche, il numero medio giorni di consumo al mese e il numero medio di episodi di intossicazione.

Relativamente alle differenze di genere, mentre tra i maschi si osservano consumi più elevati, tra le donne rispetto agli uomini è più alta la quota di consumatori problematici e più bassa quella di persone astinenti. Da rilevare che le femmine rispetto ai maschi riportano una percezione di aumenti più elevati nell'uso di alcolici nel periodo attuale.

L'incremento dei consumi problematici tra le donne si osserva anche analizzando il cambiamento dei profili a rischio; infatti, nel periodo attuale il rischio è simile in entrambi i sessi e non è maggiore per i maschi come si era osservato durante il lockdown. Dal confronto tra i due periodi, si confermano come fattori di rischio l'età più elevata ed abitare con un solo genitore, mentre ora si osserva un maggior rischio di consumi problematici anche tra i ragazzi con almeno un genitore laureato.

Come rilevato anche in altri studi sui minori [8], gli adolescenti con un solo genitore spesso non solo affrontano deficit di risorse, ma sono anche esposti ad altri fattori di rischio, come stress familiare elevato, supervisione inadeguata, transizioni familiari multiple e frequenti traslochi residenziali. Il maggior impegno per motivi di lavoro dei genitori laureati e il minore controllo esercitato nelle famiglie mono genitoriali sembrano associati a una diminuzione del "parental monitoring", fattore di protezione in adolescenza rispetto a comportamenti dannosi che include l'insieme di tutte le pratiche educative nonché la predisposizione dei genitori alla creazione di un dialogo aperto con i propri figli adolescenti [9].

### **Paradosso preventivo e strategie per ridurre il danno**

Dal nostro studio emerge una stretta relazione tra l'aumento dell'età e delle occasioni di socialità (post-lockdown) con maggiori consumi di bevande alcoliche e l'incremento di stili del bere problematici. Oltre ad una seria riflessione sulla reale efficacia delle politiche di prevenzione attuate sul territorio, si pone il problema della scelta degli approcci che potrebbero essere più incisivi nel contenere tale fenomeno. In questo campo in Italia non si è fatta molta strada dai lontani anni sessanta del secolo scorso, quando Lemert [10] aveva individuato quattro modelli di intervento pubblici in materia di alcolici: proibizionista (vendita, distribuzione e consumo sono illegali), indottrinamento (relazione causale tra presentazione controllata di informazioni e cambiamento di atteggiamenti e valori), regolamentazione (lo Stato determina quantità e modalità di consumo; regola sia distribuzione, tempo e luoghi dove è consentito bere, sia il profilo del consumatore), equivalenti funzionali (i valori soddisfatti attraverso il bere possono essere soddisfatti anche attraverso altre attività che danno la stessa gratificazione).

La letteratura evidenzia che i bevitori eccessivi hanno maggiori probabilità di riportare problemi legali, visite al pronto soccorso, conseguenze legate alla guida e disturbi da consumo di alcol rispetto

ai bevitori moderati [11]. Va comunque considerato che, nonostante il maggiore rischio di danni alcol-correlati, i bevitori eccessivi sono un numero relativamente limitato e rappresentano una piccola quota dei danni causati dall'alcol. Infatti, tra i bevitori non problematici il rischio non è «zero»: essendo numerosi, rappresentano la maggior parte dei danni [12].

I bevitori moderati possono essere più facilmente raggiunti da progetti di prevenzione mirati al cambiamento delle influenze ambientali, mentre invece i bevitori eccessivi possono essere raggiunti utilizzando approcci secondari o terziari su base individuale. La diminuzione della disponibilità di alcol per i minorenni, l'aumento delle tasse e dei prezzi sull'alcol, la limitazione dei punti di vendita sono esempi di approcci specifici orientati sulla popolazione, efficaci nel ridurre il consumo e i danni. Questi interventi influenzano tutti i membri di una popolazione e possono determinare cambiamenti a livello individuale, producendo ampi benefici per la salute pubblica.

Altri approcci si basano sulla riduzione del danno. L'uso di strategie comportamentali protettive rappresenta un intervento di efficacia provata nell'aiutare le persone a ridurre i danni causati dal consumo di alcol [13]. Un esempio di tali strategie comprende: limitare la quantità di alcol consumato (pianificare in anticipo il numero di drink da consumare prima di uscire); modificare il modo di bere (evitare giochi alcolici, bere più lentamente, non bere «shots»); ridurre la probabilità di subire gravi danni (autista designato, tornare a casa con un amico); pianificare le attività per evitare di bere (evitare situazioni in cui è probabile l'uso di alcol) [11].

L'uso di tali strategie è negativamente associato alla quantità di alcol consumato e ai danni correlati all'alcol e agisce come meccanismo di cambiamento all'interno di un contesto di intervento.

**Tabelle:**

**Tabella 1 – Alcol: consumi e consumi problematici**

	<b>Maschi (1722)</b>			<b>Femmine (1693)</b>		
	<b>ora</b>	<b>lock</b>	<b>p</b>	<b>ora</b>	<b>lock</b>	<b>p</b>
Alcolici ultimi 30 giorni	1101 (63.9)	845 (49.1)	<0.0001	1162 (60.6)	842 (49.7)	<0.0001
Numero di giorni di consumo al mese	5.4	6.5	0.006	4.8	5.2	0.268
Spesa media settimanale in Euro	13.3	14.9	0.415	12.5	14.1	0.266
	<b>Ora (1101)</b>	<b>Lock (845)</b>	<b>P</b>	<b>Ora (1162)</b>	<b>Lock (842)</b>	<b>P</b>
Episodi di alterazione alcolica	584 (53.0)	179 (21.2)	<0.0001	673 (57.9)	178 (21.1)	<0.0001
Numero medio episodi di alterazione alcolica	2.7	3.2	0.082	2.5	3.5	<0.0001
Binge Drinking	176 (16.0)	42 (5.0)	<0.0001	202 (17.4)	38 (4.5)	<0.0001
Heavy Episodic Drinking	98 (8.9)	20 (2.4)	<0.0001	125 (10.8)	21 (2.5)	<0.0001
Mix alcol e sostanze psicoattive	171 (15.5)	38 (4.5)	<0.0001	146 (12.6)	35 (4.2)	<0.0001
Guidato dopo aver bevuto alcolici	58 (5.3)	17 (2.0)	<0.0001	18 (1.5)	1 (0.1)	<0.0001
	<b>Totale (3415)</b>					
Alcolici ultimi 30 giorni	<b>ora</b>			<b>lock</b>		<b>p</b>
	2263 (66.3)			1687 (49.4)		<0.0001
Numero di giorni di consumo al mese	5.1			5.9		<0.0001
Spesa media settimanale in Euro	12.9			14.6		0.179
	<b>Ora (2263)</b>	<b>Lock (1687)</b>	<b>P</b>			
Episodi di alterazione alcolica	1257 (36.8)	357 (10.5)	<0.0001			
Numero medio episodi di alterazione alcolica	2.6	3.4	<0.0001			
Binge Drinking	378 (11.1)	80 (2.7)	<0.0001			
Heavy Episodic Drinking	223 (6.5)	41 (1.2)	<0.0001			
Mix alcol e sostanze psicoattive	317 (9.3)	73 (2.1)	<0.0001			
Guidato dopo aver bevuto alcolici	76 (2.2)	18 (1.0)	<0.0001			

**Tabella 2 – Alcol: stili di consumo**

		Maschi			Femmine		
		Ora (1101)	Lock (845)	p	Ora (1162)	Lock (842)	p
<b>Dove acquista</b>	Bar	294 (26.7)	51 (6.0)	<0.0001	432 (37.2)	32 (3.8)	<0.0001
	Supermercato	281 (25.5)	114 (13.5)	<0.0001	309 (26.6)	128 (15.2)	<0.0001
	Minimarket	224 (20.3)	58 (6.9)	<0.0001	176 (15.1)	52 (6.2)	<0.0001
	Enoteca	57 (5.2)	25 (3.0)	<0.0001	49 (4.2)	9 (1.1)	<0.0001
	Delivery	26 (2.4)	19 (2.2)	0.162	20 (1.7)	15 (1.8)	0.297
	On line	19 (1.7)	15 (1.8)	0.394	8 (0.7)	15 (1.8)	0.090
	<b>Dove consuma</b>	Contesto del divertimento	466 (42.3)	95 (11.2)	<0.0001	578 (49.7)	78 (9.3)
Locali pubblici		387 (35.1)	55 (6.5)	<0.0001	509 (43.8)	45 (5.3)	<0.0001
Casa		289 (26.2)	225 (26.6)	<0.0001	259 (22.3)	222 (26.4)	0.020
Strada		188 (17.1)	42 (5.0)	<0.0001	197 (17.0)	41 (4.9)	<0.0001
Contesti naturali		149 (13.5)	44 (5.2)	<0.0001	127 (10.9)	45 (5.3)	<0.0001
Scuola		23 (2.1)	17 (2.0)	0.257	19 (1.6)	9 (1.1)	0.041
<b>Con chi consuma</b>	Con amici	528 (48.0)	117 (13.8)	<0.0001	628 (54.0)	115 (13.7)	<0.0001
	Con persone fidate	373 (33.9)	129 (15.3)	<0.0001	483 (41.6)	125 (14.8)	<0.0001
	Con persone che conosce	353 (32.1)	100 (11.8)	<0.0001	467 (40.2)	108 (12.8)	<0.0001
	Con chiunque	87 (7.9)	33 (3.9)	<0.0001	87 (7.5)	11 (1.3)	<0.0001
	Con persone che bevono alcolici	79 (7.2)	38 (4.5)	<0.0001	86 (7.4)	32 (3.8)	<0.0001
	Da solo	65 (5.9)	87 (10.3)	0.015	42 (3.6)	88 (10.5)	<0.0001
<b>Motivi uso</b>	Divertimento	214 (19.4)	51 (6.0)	<0.0001	267 (23.0)	42 (5.0)	<0.0001
	Convivialità	88 (8.0)	29 (3.4)	<0.0001	108 (9.3)	26 (3.1)	<0.0001
	Gusto	103 (9.4)	50 (5.9)	<0.0001	89 (7.7)	36 (4.3)	<0.0001
	Relax	39 (3.5)	17 (2.0)	<0.0001	71 (6.1)	31 (3.7)	<0.0001
	Durante occasioni speciali	35 (3.2)	2 (0.2)	<0.0001	38 (3.3)	-	<0.0001
	Essere più disinibiti ed estroversi	23 (2.1)	1 (0.1)	<0.0001	29 (2.5)	6 (0.7)	<0.0001
	Sballo	21 (1.9)	6 (0.7)	<0.0001	13 (1.1)	2 (0.2)	<0.0001
	Accompagnamento al pasto	18 (1.6)	16 (1.9)	0.617	12 (1.0)	12 (1.4)	1.000
	Passatempo/noia	9 (0.8)	14 (1.7)	0.275	8 (0.7)	26 (3.1)	<0.0001

		Totale		
		Ora (2263)	Lock (1687)	p
<b>Dove acquista</b>	Bar	726 (32.1)	83 (4.4)	<0.0001
	Supermercato	590 (26.1)	242 (12.8)	<0.0001
	Minimarket	400 (17.7)	110 (5.8)	<0.0001
	Enoteca	106 (4.7)	34 (1.8)	<0.0001
	Delivery	46 (2.0)	34 (1.8)	0.083
	On line	27 (1.2)	30 (1.6)	0.631
	<b>Dove consuma</b>	Contesto del divertimento	1044 (46.1)	173 (9.2)
Locali pubblici		896 (39.6)	100 (5.3)	<0.0001
Casa		548 (24.2)	447 (23.7)	<0.0001
Strada		385 (17.0)	83 (4.4)	<0.0001
Contesti naturali		276 (12.2)	89 (4.7)	<0.0001
Scuola		42 (1.9)	26 (1.4)	0.027
<b>Con chi consuma</b>	Con amici	1156 (51.1)	232 (12.3)	<0.0001
	Con persone fidate	856 (37.8)	254 (13.5)	<0.0001
	Con persone che conosce	820 (36.2)	208 (11.0)	<0.0001
	Con chiunque	174 (7.7)	44 (2.3)	<0.0001
	Con persone che bevono alcolici	165 (7.3)	70 (3.7)	<0.0001
	Da solo	107 (4.7)	175 (9.3)	<0.0001
<b>Motivi uso</b>	Divertimento	481 (21.3)	93 (4.9)	0.414
	Convivialità	196 (8.7)	55 (2.9)	<0.0001
	Gusto	192 (8.5)	86 (4.6)	<0.0001
	Relax	110 (4.9)	48 (2.5)	<0.0001
	Durante occasioni speciali	73 (3.2)	2 (0.1)	<0.0001
	Essere più disinibiti ed estroversi	52 (2.3)	7 (0.4)	<0.0001
	Sballo	34 (1.5)	8 (0.4)	<0.0001
	Accompagnament o al pasto	30 (1.3)	28 (1.5)	0.706
	Passatempo/noia	17 (0.8)	40 (2.1)	<0.0001

**Tabella 3 – Consumo problematico di alcolici: profili a rischio**

	Ora			Lockdown		
	Odds Ratio	95% CI	P	Odds Ratio	95% CI	P
Femmine	1	REFERENT		1	REFERENT	
Maschi	1.15	0.95-1.40	0.153	1.41	1.07-1.85	0.014
Età	1.45	1.36-1.56	<0.000 <sub>1</sub>	1.46	1.33-1.61	<0.000 <sub>1</sub>
Nativi	1	REFERENT		1	REFERENT	
Non nativi	0.65	0.39-1.09	0.102	1.31	0.74-2.33	0.350
Seconda generazione	0.79	0.58-1.07	0.123	0.82	0.54-1.24	0.342
Lavora solo un genitore	1.26	0.98-1.62	0.066	0.85	0.62-1.17	0.314
Almeno un genitore con laurea	1.24	1.02-1.51	0.031	1.07	0.81-1.41	0.631
Abita con un solo genitore	1.46	1.11-1.92	0.006	2.13	1.49-3.05	<0.000 <sub>1</sub>

**Per Corrispondenza**

**Raimondo Maria Pavarin**, UOS Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Ausl Bologna, Italy  
 Via S. Isaia 94/A 45100 Bologna – Italy. Tel. 0039 051/6584314 Fax 0039 051/6584315  
 E-mail: raimondo.pavarin2@unibo.it

## **Bibliografia**

1. World Health Organization (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm (No. WHO/MSD/MSB/00.4). Geneva: World Health Organization.
2. Reynolds, J., & Wilkinson, C. (2020). Accessibility of 'essential' alcohol in the time of COVID-19: Casting light on the blind spots of licensing? *Drug and alcohol review*, 39(4), 305–308. <https://doi.org/10.1111/dar.13076>
3. Acuff, S. F., Strickland, J. C., Tucker, J. A., & Murphy, J. G. (2022). Changes in alcohol use during COVID-19 and associations with contextual and individual difference variables: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(1), 1.
4. Kilian, C., O'Donnell, A., Potapova, N., López-Pelayo, H., Schulte, B., Miquel, L., & Manthey, J. (2022). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: A meta-analysis of observational studies. *Drug and alcohol review*, 41(4), 918-931.
5. Pavarin, R. M., Bettelli, S., Nostrani, E., Mazzotta, C., Salsano, V., Ulgheri, A. Lentidoro, A., Bregli, C. (2022). Substance consumption styles during the COVID-19 lockdown for socially integrated people who use drugs. *Journal of Substance Use*, 27(2), 218-223.
6. Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A., & Rimm, E. B. (1995). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American journal of public health*, 85(7), 982-985.
7. Pearson, M. R., Kirouac, M., & Witkiewitz, K. (2016). Questioning the validity of the 4+/5+ binge or heavy drinking criterion in college and clinical populations. *Addiction*, 111(10), 1720-1726.
8. Pavarin, R. M., Emiliani, F., Passini, S., Mameli, C., & Palareti, L. (2016). Risky consumption, reasons for use, migratory status and normalization: the results of an Italian study on minors aged between 13 and 16. *International Journal of Migration, Health and Social Care*.
9. Holmes, C.J., Barton, A.W., MacKillop, J., Galván, A., Owens, M.M., McCormick, M.J., Yu, T., Beach, S.R.H., Brody, G.H., Sweet, L.H. (2018). Parenting and Salience Network Connectivity Among African Americans: A Protective Pathway for Health-Risk Behaviors. *Biol Psychiatry* S0006-3223(18)31313-1.GIO
10. Lemert, E. M. (1967). *Human deviance, social problems, and social control*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
11. Linden-Carmichael, A. N., Calhoun, B. H., Patrick, M. E., & Maggs, J. L. (2018). Are protective behavioral strategies associated with fewer negative consequences on high-intensity drinking days? Results from a measurement-burst design. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(8), 904.

12. Weitzman, E. R., & Nelson, T. F. (2004). College student binge drinking and the “prevention paradox”: Implications for prevention and harm reduction. *Journal of drug education*, 34(3), 247-265.
13. Pearson MR (2013). Use of alcohol protective behavioral strategies among college students: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1025–1040.

**Luciano Bondi**, Servizio Aziendale per il Trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo – USL Umbria 1. Servizio di Alcologia Interdistrettuale USL Umbria 1

**Mario Cesareo Coda**, Servizio Aziendale per il Trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo – USL Umbria 1. Servizio di Alcologia Interdistrettuale USL Umbria 1

**Anna Grazia Frascella**, Servizio Aziendale per il Trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo – USL Umbria 1

**Antonella Lucantoni**, Servizio Aziendale per il Trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo – USL Umbria 1

### INDAGINE SULLA PREVALENZA DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO IN PAZIENTI AFFERENTI AL SERVIZIO DI ALCOLOGIA: OSSERVAZIONI NEL PERIODO DELLA PANDEMIA DA SARS-COVID 19.

#### Riassunto

L'indagine ha preso in considerazione 51 pazienti nuovi presi in carico dal Servizio di Alcologia di Perugia, nel periodo trascorso dal 1/01/21 al 30/06/2022, coincidente con la Pandemia da SARS-Covid-19, valutati per individuare la presenza di comorbilità con il Disturbo da Gioco d'Azzardo sottoponendoli al test SOGS (*South Oaks Gambling Screen*); sono stati somministrati anche il questionario SCL90 (*Symptom Check-List 90*) e l' OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*). Una positività al SOGS è risultata in 9 utenti (6 m e 3F), pari al 17,6% del campione esaminato; in questo gruppo è stata osservata una frequente positività del punteggio GSI del SCL90 (nel 55% dei soggetti) e una positività del punteggio complessivo del test OCDS (nel 41% dei soggetti).

Nel gruppo complessivo dei pazienti, il punteggio GSI del test SCL-90 è associato in modo statisticamente significativo sia con il punteggio SOGS che con il punteggio OCDS; in presenza di Disturbo da Uso di Alcol il riscontro di un elevato indice di positività al test SCL-90 può indurre ad analizzare in maniera più approfondita la possibilità di una co-morbilità con DGA .

Si prevede di proseguire l'indagine sulla popolazione di utenti nuovi presi in carico nel periodo successivo al 30/6/2022, così da confrontare i due gruppo di utenti, caratterizzati separati anche da un diverso impatto della pandemia da Covid , ed estendere le osservazioni su un campione più ampio e omogeneo di popolazione.

#### Parola Chiave

disturbo da uso di alcol, disturbo da gioco d'azzardo, comorbilità, test psicodiagnostici

#### Abstract

The survey took into consideration 51 new patients taken into care by the Perugia Service, in the period from 01/01/21 to 06/30/2022, coinciding with the SARS-Covid-19 Pandemic, evaluated to identify the presence of comorbidities with Gambling Disorder by subjecting them to the SOGS test (*South Oaks Gambling Screen*); the SCL90 questionnaire and (*Symptom Check-List 90*) the OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*) were also administered.

A positivity to SOGS was found in 9 users (6M and 3F), equal to 17.6% of the sample examined. In this group, a frequent positivity of the GSI score of the SCL90 was observed (in 55% of subjects) and positivity of the overall score of the OCDS test (in 41% of subjects).

In the overall patient group, the GSI score of the SCL-90 test is statistically significantly associated in all patients examined with both the SOGS score and the OCDS score; in the presence of Alcohol Use Disorder, the finding of a high positivity index on the SCL-90 test may lead to a more in-depth analysis of the possibility of a co-pathology with Gambling Disorder. It is planned to continue the survey on the population of new users taken in charge in the period following 06/30/2022, to compare the two flows of users, also separated by the lower impact of the Covid pandemic, and to extend the observations on a larger and more homogeneous sample of the population.

#### Key Word

alcohol use disorder, gambling disorder, comorbidity, psychodiagnostic test

## **Introduzione**

L'indagine nasce con l'obiettivo di fare il punto sullo *status quaestionis* che riguarda l'individuazione precoce e sistematica del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) negli utenti dei Servizi per le Dipendenze della Usl 1 dell'Umbria, compreso nel Piano Regionale di Intervento sulle Problematiche del Gioco d'Azzardo.

Il DGA è una forma di dipendenza comportamentale, inclusa tra i Disturbi Mentali nel DSM-5; si caratterizza per un persistente o ricorrente stile maladattivo e dannoso di gioco d'azzardo in cui il soggetto, avendo perso il controllo sul proprio comportamento, soffre per menomazioni o difficoltà clinicamente significativi. Per essere definito tale, il DGA deve presentare una positività di quattro (o più) di nove criteri diagnostici, in un periodo di almeno 12 mesi [1]. Al di là del comportamento più o meno stereotipato di gioco, l'eterogeneità dei soggetti è una caratteristica clinica costante [2]. Il DGA si associa a disfunzioni di natura emotiva, cognitiva, relazionale e sociale; alcune di esse risultano preesistenti o legate a comorbilità psicopatologica, altre invece sono conseguenza dello sviluppo della dipendenza; questi diversi elementi concorrono a determinare l'eterogeneità dei quadri clinici [3].

Queste considerazioni inducono ad inserire nel percorso di valutazione strumenti di indagine psicodiagnostica diversificati, volti a riscontrare e differenziare questa complessità. Utilizzando questi strumenti, che indagano diverse aree della personalità e del comportamento, si riscontrano spesso disturbi d'ansia, alterazioni dell'umore, discontrollo degli impulsi e uso di sostanze psicoattive; a questi aspetti si aggiunge un'ampia variabilità dei fattori ambientali (commerciali, sociali ed economici) e personali (biologici e psicologico - clinici) che si possono associare al DGA [4]. Come nelle altre dipendenze va considerata la persona nella sua interezza, portatrice di un disagio ed influenzata dall'ambiente nel quale si è formata e nel quale vive, spesso disfunzionale quando non patogeno. I modelli integrati bio-psico-sociali forniscono chiavi di lettura adeguate sull'interazione individuo/ambiente per interpretare anche il DGA (5). Il DGA, secondo i dati epidemiologici disponibili, compare in frequente comorbilità con il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) e di altre sostanze psicoattive; il report del "National Gambling Impact Study" segnala che i soggetti in trattamento per "chemical dependence" (da alcol o sostanze psicoattive) presentano una probabilità di essere giocatori problematici da tre a sei volte superiore rispetto alla popolazione generale [6].

## **Materiali e metodi**

L'indagine ha preso in considerazione i pazienti nuovi presi in carico dal Servizio di Alcologia Interdistrettuale della USL Umbria 1, per la maggior parte residenti nel territorio del Distretto di Perugia, nel periodo dall' 1/01/21 al 30/06/2022, per i quali si è avviato un percorso costituito da almeno 3 interventi. Il periodo considerato coincide con la Pandemia da SARS-Covid-19, che ha notevolmente modificato sia l'incidenza delle problematiche alcol correlate nella popolazione generale che l'afflusso di utenti nei Servizi per le Dipendenze e i passaggi successivi dei loro percorsi terapeutici [7].

I pazienti sono stati valutati per individuare la presenza di una comorbilità con il DGA sottoponendoli al test SOGS (*South Oaks Gambling Screen*), che valuta anche la consapevolezza nel paziente di avere un problema che determina una compromissione del suo funzionamento come persona, all'interno dell'ambiente sociale e familiare nel quale vive e con il quale viene a contatto [8]. Si tratta di un test

psicodiagnostico validato per l'identificazione della presenza di una condizione di Gioco d'Azzardo Problematico [9]; il questionario è disponibile in versione italiana [10] ed è stato adattato anche per l'impiego nella popolazione di età inferiore a 18 anni [11].

Agli stessi pazienti sono stati somministrati il questionario SCL90 (*Symptom Check-List 90*) e il questionario OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*).

Il primo è uno strumento elaborato e validato per la valutazione generale della sintomatologia psichiatrica, auto somministrato; può essere utilizzato in tutti i pazienti che non presentano gravi sintomi di psicosi; viene consigliato anche per l'assessment diagnostico nelle condizioni di Dipendenza (12; 13); è stato proposto anche per l'utilizzo nella popolazione generale, con recenti applicazioni nel periodo di pandemia da Covid [14].

Il questionario OCDS è uno strumento semplice e affidabile, autosomministrato, ideato per la misurazione del craving da alcol [15]; la formulazione iniziale è stata progressivamente perfezionata attraverso l'analisi di due sottoscale principali, ossessività e compulsività, con la possibilità di analizzare anche altri fattori [16].

L'utilizzo dell'OCDS nella pratica clinica, su pazienti afferenti ai Servizi per le Dipendenze con DUA, ha evidenziato dati significativi a supporto del suo valore predittivo nell'evoluzione di queste problematiche nel tempo [17] e nella definizione del percorso terapeutico- riabilitativo nel quale inserire questi pazienti [18]. È stata elaborata e validata una versione italiana del questionario [19], utilizzata nella presente indagine; nella prospettiva generale di ampliare l'assessment psicologico, cognitivo e comportamentale degli utenti del Servizio di Alcologia, l'utilizzo del test OCDS mirava ad individuare eventuali caratteristiche predittive della presenza di altre problematiche, comprese quelle riguardanti la presenza di un DGA [20].

## **Risultati**

Sono stati presi in considerazione 156 pazienti (110 M e 46 F), che hanno contattato il Servizio di Alcologia per svolgere successivamente almeno un primo colloquio, nel periodo dal 1/01/21 al 30/06/2022. Dall'avvio dell'indagine nel marzo 2022 sono stati valutati i pazienti ancora in trattamento, escludendo quelli che non avevano iniziato un percorso terapeutico (con almeno tre incontri) e quelli che avevano, nel frattempo, abbandonato il percorso; i pazienti sono stati sottoposti ai tre test dopo un periodo minimo di 2 mesi dall'inizio del percorso, per escludere l'interferenza della fase di astinenza da alcol.

Le caratteristiche di questo gruppo di pazienti sono sintetizzate nella Tabella 1.

**Tabella 1 – Caratteristiche dei pazienti**

	Pz. che hanno contattato il Servizio di Alcologia	
	Non trattati ( <i>n</i> = 105)	Trattati ( <i>n</i> = 51)
Genere: Maschi (%)	69	75
Età media (DS)	42.65 (12.25)	48.20 (11.89)

DS = Deviazione Standard

Non è stata riscontrata differenza di genere significativa tra gli individui non trattati e quelli trattati ( $\chi_2 = .70$ ,  $p = .40$ ).

Per quanto riguarda l'età, gli individui trattati sono risultati meno giovani ( $t = 2.67$ ,  $p < .01$ ):

in altri termini, i soggetti più giovani mostrano più spesso un drop-out precoce.

Dei 156 pazienti iniziali, 51 (32,7 %) sono stati sottoposti alla batteria di test (SCL-90, SOGS ed OCDS).

L'obiettivo principale dell'indagine di individuare la presenza di un DGA è risultato in una positività del test SOGS (punteggio >5) in 6 utenti (5 M e 1 F), che costituiscono il 13% del campione esaminato; a questi vanno aggiunti 3 utenti (1 M e 2 F) che rientrano nella categoria dei giocatori ad alto rischio, con punteggio SOGS > 2.

I risultati ottenuti con la somministrazione del test SCL 90 mostrano una significatività del GSI (indice generale, punteggio  $\geq 1$ ) in 12 utenti, che costituiscono il 23% del campione esaminato. Nel gruppo di utenti con positività al SOGS, questa significatività (GSI  $\geq 1$ ) è presente in 5 utenti su 9 (55%); analizzando gli altri indici dell'SCL 90, risulta una costante (100%) positività dell'indice PSDI, che misura il disagio percepito; risultano molto rappresentati, nel 77% dei pazienti, i problemi riguardanti il sonno; nel 66%, risulta elevato il punteggio dell'indice di Ossessività-Compulsività.

Per quanto riguarda il test OCDS, la positività del punteggio complessivo ( $\geq 7$ ) è risultata nel 41% dei soggetti. Il dato concorda con quanto riscontrato da studi su utenti dei Servizi per le Dipendenze, in cui si sottolinea anche l'importanza di focalizzare l'attenzione sulla positività del test per l'impostazione del trattamento farmacologico e sul suo valore predittivo per l'out come [17,21].

Nella Tabella 2 sono riportati i punteggi medi dei tre test, confrontando i valori riscontrati nei soggetti con *solo* DUA e nei soggetti con DUA+DGA

**Tabella 2** – Confronto tra i tre test nei due gruppi di pazienti. Statistica t-test per campioni indipendenti

	Solo DUA (n = 42)	DUA + DGA (n = 9)	t-test
Punteggio SOGS			
Media (DS)	.31 (.60)	6.67 (3.16)	-6.00***
Punteggio OCDS			
Media (DS)	5.79 (7.81)	8.89 (5.09)	-1.14
Punteggio GSI (SCL90)			
Media (DS)	.57 (.63)	1.00 (.53)	-1.93

\*\*\*  $p < .001$ . DS = Deviazione Standard

Il gruppo degli individui DUA+DGA ha ottenuto un punteggio al SOGS più elevato, statisticamente significativo, di quello ottenuto dagli individui con solo DUA; il confronto dei punteggi dei test OCDS e SCL-90 nei due gruppi non differisce in misura significativa.

Nel gruppo di utenti risultati positivi al questionario SOGS, la positività al test OCDS compare nel 66% dei casi. I dati ottenuti in questo sottogruppo sono stati analizzati singolarmente per evidenziare la presenza dei 4 fattori associati alla presenza di una componente ossessiva e compulsiva del craving [16]:

- Interferenza/controllo (ansia, prevalenza di pensieri correlati al bere e controllo sul bere)
- Frequenza delle componenti ossessive (tempo impegnato in pensieri riguardanti il bere)
- Caratteristiche del consumo di alcol (quantità e frequenza dell'assunzione di alcolici)
- Ossessione e compulsione resistente (energie spese per resistere al desiderio di bere)

Si sono confrontati i valori relativi alle due sottoscale nel gruppo di pazienti positivi al SOGS (DUA+DGA) con quelli del gruppo con solo DUA; i dati sono riassunti nella Tabella 3.

**Tabella 3** - Confronto tra sottoscale test OCDS nei due gruppi di pazienti. Statistica t-test per campioni indipendenti

	Solo DUA (n = 42)	DUA+DGA (n = 9)	t-test
Scala Ossessività			
Media (DS)	3.20 (4.82)	5 (2.91)	-1.46
Scala Compulsività			
Media (DS)	4.34 (6.71)	6.11 (5.23)	-0.888

I due gruppi ottengono punteggi nelle sottoscale del test OCDS che non differiscono in misura statisticamente significativa. Va rilevato che i gruppi non hanno la stessa numerosità: si può ritenere che aumentando le dimensioni del campione, possano emergere differenze significative.

Si sono infine confrontati i risultati ottenuti con la somministrazione dei tre test all'intero campione di 51 soggetti; i risultati sono riportati nella Tabella 4:

**Tabella 4** - Correlazione tra punteggi dei tre test nel Gruppo di pazienti esaminati (n = 51).

Statistiche Descrittive e Coefficienti di correlazione r di Pearson

		1 (SOGS)	2 (OCDS)	3 (SCL-90)
1. Punteggio SOGS	Correlazione di Pearson	1	.178	.339*
	Significatività (a due code)		.211	.015
2. Punteggio OCDS	Correlazione di Pearson	.178	1	.633**
	Significatività (a due code)	.211		.000
3. GSI (SCL-90)	Correlazione di Pearson	.339*	.633**	1
	Significatività (a due code)	.015	.000	

\* Correlazione significativa a livello 0.05 (a due code)  $p < .05$ .

\*\* Correlazione significativa a livello 0.01 (a due code)  $p < .01$ .

L'indice GSI (test SCL-90) è associato in modo statisticamente significativo sia con il punteggio SOGS che con il punteggio OCDS: in entrambi i casi con coefficienti di correlazione risultano positivi e con magnitudo moderata o grande, rispettivamente.

Il punteggio SOGS e il punteggio OCDS non risultano tra loro in relazione significativa.

In altri termini, in un contesto diagnostico-clinico il riscontro di un elevato indice di positività al test SCL-90 può indurre ad analizzare in maniera più approfondita la possibilità di una co-patologia con DGA e/o DUA.

Un dato interessante riguarda l'incidenza del DGA nei due sessi nei gruppi esaminati: nel gruppo con DUA+DGA sono presenti 6 maschi e 3 femmine, con rapporto 2:1.

Tale proporzione risulta diversa da quella riscontrata nei pazienti presi in carico dal Servizio per il Gioco d'Azzardo di Perugia nel periodo di tempo oggetto dell'indagine (49 M e 9 F, rapporto 5,4: 1), che differisce in maniera significativa da quella riscontrata nei pazienti complessivamente presi in carico nello stesso periodo, dal Servizio di Alcologia (94 M e 39 F, rapporto 2,5:1).

Questo rilievo, sebbene non significativo per la ridotta numerosità del campione dei soggetti con DUA+DGA, suggerisce comunque, di analizzare con maggiore attenzione la popolazione femminile che si presenta al Servizio di Alcologia. per una possibile comorbidità con DGA; del resto, l'approccio "di genere" al DGA assume una importanza sempre più rilevante, anche per le differenti opzioni terapeutiche da prospettare e realizzare per queste situazioni [22, 23].

## **Conclusioni**

L'indagine, realizzata su un campione significativo dell'utenza presa in carico dal Servizio di Alcologia in un ampio range temporale, ha consentito di rilevare la presenza di problematiche collegate al gioco d'azzardo in un numero di pazienti significativo, pari al 17, 6% del campione esaminato: il dato concorda con i dati disponibili in letteratura, e induce ad ampliare la metodologia di individuazione adottata (utilizzo del test SOGS), di semplice attuazione, in un numero più ampio possibile di persone afferenti ai Servizi per le Dipendenze.

In questo gruppo pluri-problematico di pazienti, risulta una elevata positività non soltanto del punteggio SOGS, ma anche dell'indice GSI dell'SCL-90 (nel 55% dei casi), con costante positività (100%) dell'indice PSDI ed elevati valori di altre scale: disturbi del sonno (77%) e ossessività- compulsività (66%). Questi dati concordano con quanto risulta dal questionario OCDS, positivo nel 66% dei soggetti, anche se non risulta una differenza significativa nel confronto dei punteggi relativi alle sottoscale ossessività / compulsività.

Sarebbe auspicabile proseguire l'indagine, estendendola a livello regionale agli altri Servizi per le Dipendenze, come del resto previsto dal Piano Regionale di Intervento sulle Problematiche del Gioco d'Azzardo. Per quanto riguarda il Servizio di Alcologia di Perugia, si prevede di proseguire l'indagine sulla popolazione di utenti nuovi presi in carico nel periodo successivo al 30/6/2022, così da confrontare i due flussi di utenti, separati anche dal minore impatto della pandemia da Covid , estendendo le osservazioni su un campione più ampio e omogeneo di popolazione.

Si prevede anche di analizzare più in profondità le caratteristiche dei pazienti che contattano il Servizio di Alcologia e iniziano il percorso di valutazione, per individuare i fattori associati all'abbandono precoce .

## **Per Corrispondenza**

**Luciano Bondi**, Servizio Aziendale per il Trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo – USL Umbria 1.  
Servizio di Alcologia Interdistrettuale USL Umbria 1. Via Enrico dal Pozzo 93 Perugia.  
E-mail: [luciano.bondi@uslumbria1.it](mailto:luciano.bondi@uslumbria1.it)

## **Bibliografia**

1. APA- American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione DSM-5, 681-686, 2014.
2. Blaszczynski A., Nower L.: Research and Measurement Issues in Gambling Studies: Etiological Models. In: Smith G., Hodgins D., Williams R. (Eds.), Research and measurement issues in gambling studies, Academic Press, Burlington, MA. 2007.
3. Bellio G., Fiorin A.: Il modello di valutazione diagnostica dell'ambulatorio per il Gioco d'azzardo problematico di Castelfranco ULSS 8 Veneto- Dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto Technical Paper n°5, 2015. [https://www.azzardoinfo.org/wp-content/uploads/2020/07/Assessment\\_TP5\\_2015.pdf](https://www.azzardoinfo.org/wp-content/uploads/2020/07/Assessment_TP5_2015.pdf). Ultima consultazione: 15/10/2022
4. Savron G., : Fattori di rischio specifici e aspecifici nel Gioco d'Azzardo patologico (GAP), in Bellio G., Croce M.: Manuale sul Gioco d'azzardo. F. Angeli Ed., 139- 151, 2014.
5. Minutillo A. et al: Disturbo da gioco d'azzardo: revisione narrativa della letteratura. I.S.S., Disturbo da gioco d'azzardo; risultati di un progetto sperimentale; Rapporto Istisan, 18/5, 3- 34, 2018.
6. Marino V.: L'alcol, il gioco d'azzardo e le altre nuove dipendenze in Lucchini A. et al.: Buone pratiche e procedure nella gestione del paziente alcolista. F. Angeli Ed., 163-173. (2008)
7. Scafato E.: Alcoldipendenza e Disturbi da Uso di Alcol (2022) in : <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/4%20FINALE%20Factsheet%20ALCOLDIPENDENZA%20CNA%202022%20SCAFATO.pdf>. Ultima consultazione 8/10/2022.
8. Croce M., Disturbo da uso di sostanze, gioco d'azzardo e altre addiction, in Bellio G., Croce M.: Manuale sul Gioco d'azzardo. F. Angeli Editore, 159-160, 2014.
9. Capitanucci D.: Il processo di valutazione del giocatore patologico e gli strumenti di assessment. In: Bellio G., Croce M.: Manuale sul Gioco d'azzardo, Franco Angeli Editore, 180-193, 2014.
10. Grant J.E, Potenza M.N.: Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento. Ed. Italiana a cura di Clerici M., Springer-Verlag editore, Milano, 2010.
11. Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani, P., Grassi M., Molinaro S.: An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29:765-774, 2013.
12. Bech P., Bille J., Møller S.B., Hellström L.C., S.D. Østergaard S.D. :Psychometric validation of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) subscales for depression, anxiety, and interpersonal sensitivity. Journal of Affective Disorders 160; 98-103, 2014.
13. D'Egidio P., Da Fermo G., Vena G. : SCL 90-R e TCI nella clinica della dipendenza da oppiacei. Mission 7: 13-19, 2003.
14. Tian F., Lia H., Tian S., Yang J. , Jiang Shao J. , Chenning Tian C.: Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. Psychiatry Research 288 -112992, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112992>. Ultima consultazione 10/10/2022.
15. Anton R.F., Moak D.H., Latham P.K.: The Obsessive Compulsive Drinking Scale. Arch. Gen. Psychiatry 53: 225-231, 1995.

16. Connor P.J., Feeney G.F., Jack A., Young R. McD. : The Obsessive Compulsive Drinking Scale Is a Valid Measure of Alcohol Craving in Young Adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Vol. 34, No. 12; 2155-2161,2010.
17. Schmidt P., Helten C.,Soyka M.: Predictive value of obsessive-compulsive drinking scale (OCDS) for outcome in alcohol-dependent inpatients: results of a 24-month follow-up study .*Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6:14, 2011. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/6/1/14>  
Ultima consultazione: 12/10/2022
18. Venturella F., Bono C.M, Aiello S. Ciancio A.M.: Gli effetti dell'Acamprosato sulla rimodulazione della trasmissione glutammatergica eccitatoria ed il suo impiego nel trattamento del craving da alcolismo nel territorio dell'A. S. P. 1 di Agrigento. *Journal of Biological Research*; volume 88:5161-62, 2015.
19. Janiri L.,Calvosa F.,Dario T.,PozziG.,Ruggeri A.,Addolorato G.,Di Giannantonio M.,De Risio S. : The Italian version of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale: validation,comparision with the other versions,and difference between type1 and type2-like alcoholics. *Drug and Alcohol dependence* 74: 187-195, 2004.
20. Flórez G., Saiz P.A., Santamaría E.M., Álvarez S., Nogueiras L., Arrojo M.: Impulsivity, implicit attitudes and explicit cognitions, and alcohol dependence as predictors of pathological gambling. *Psychiatry Research* 245: 392–397, 2016.
21. Anton R.F.: Obsessive–compulsive aspects of craving: development of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale *Addiction* 95 (Supplement 2), S211–S217, 2000.
22. Bellio G., Fiorin A.: Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale. *Journal of Psychopathology*, 15:39-47, 2009.
23. Prever F.: Il gioco al femminile. In: Bellio G. e Croce M. (a cura di), *Manuale sul Gioco d'Azzardo*, Franco Angeli Ed., 100-113, 2014.

## LO SPORTELLO LEGALE ALL'ASL TOSCANA CENTRO DI FIRENZE

### Riassunto

L'esperienza dello sportello legale presso il Servizio Dipendenze dell'ASL Toscana Centro. L'incontro dei legali con i pazienti affetti da disturbo da gioco patologico e con i familiari. Una breve illustrazione degli istituti giuridici che possono essere utilizzati per le problematiche legate al gioco d'azzardo. In particolare, la figura dell'amministratore di sostegno. Brevi cenni di giurisprudenza e del percorso ancora da intraprendere a livello giurisprudenziale nel riconoscimento di questa patologia. La legislazione e le sue incoerenze.

### Parola Chiave

Disturbo da Gioco d'Azzardo, sportello Legale, il Navigatore Giuridico

### Abstract

Experience of legal desk at the Addiction Service of A.S.L. Toscana Centro. - Meeting between lawyers and patients and their families. - Brief illustration of legal institutes that can be used for gambling related issues. - In particular the figure of support administrator (amministratore di sostegno). - Brief hints of jurisprudence and of the path still to be undertaken at a jurisprudential level in the recognition of this pathology. - Legislation and its inconsistencies.

### Key Word

Gambling Disorder, legal Desk, the Legal Navigator

## **Premessa**

Il Servizio per le Dipendenze (SERD) si occupa non solo di Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) ma anche di Disturbi correlati a comportamenti problematici come il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

Il Serd accoglie le richieste dei singoli utenti e dei loro familiari. L'accesso è diretto, non occorre la prenotazione tramite CUP, è sufficiente telefonare al Servizio e fissare un appuntamento. Il SERD offre consulenze ai familiari anche quando il giocatore o la giocatrice non è ancora disponibile alla cura.

Il programma terapeutico, dopo una valutazione multidisciplinare approfondita, è finalizzato a raggiungere l'astensione dal gioco e a migliorare il quadro psicopatologico associato, le dinamiche socio-familiari, il livello di autonomia personale e sociale del giocatore.

Tra gli interventi specialistici previsti per tale Disturbo c'è il tutoraggio economico perché il giocatore patologico ha perso il controllo della gestione dei soldi ed in genere ha una situazione debitoria rilevante. Sono, inoltre, previste consulenze legali e finanziarie.

## **Lo sportello legale**

L'esperienza dello sportello legale all'interno del SERD Asl Toscana centro di Firenze è nata nel lontano 2014, grazie ad un bando europeo, alla lungimiranza della dirigenza del dipartimento delle dipendenze della Asl Toscana centro, ed alla associazione di volontariato il Muretto, associazione che insiste in un quartiere periferico di Firenze, caratterizzato da una elevatissima presenza di sale giochi nel proprio territorio (34 locali con 335 apparecchi, 104 videolottery e 231 slot machine) e che ha preso posizioni molto ferme nei confronti dell'Amministrazione locale e regionale (lettera del 2016).

Un team di avvocati, previa autorizzazione del proprio Consiglio di appartenenza, ha offerto nel corso degli anni, ed offre tutt'ora, un servizio di ascolto e consulenza per i giocatori e/o i loro familiari. Ben presto si è avvertita la necessità della presenza anche di un consulente finanziario che indirizzasse concretamente gli interessati sulle possibili strategie, per limitare o ristrutturare il danno economico.

## **Con il giocatore**

Il lavoro di consulenza interviene in un momento specifico del percorso di autoconsapevolezza del giocatore, ovvero quando, dopo il lavoro di equipe del SERD, il paziente arriva a verbalizzare e condividere le proprie difficoltà finanziarie e matura la volontà di superare il problema del gioco.

Nelle varie sessioni, abbiamo potuto notare come l'interessato arrivi allo sportello perché ha realizzato di non riuscire più a coprire le proprie spese del quotidiano, a causa del sommarsi delle rate di rimborso dei finanziamenti, accesi nel tempo.

Si è verificato che alcuni giocatori siano arrivati spaventati e/o esasperati dalle telefonate dei centri di riscossione delle varie finanziarie, che sollecitano i propri clienti a provvedere ai pagamenti, talvolta con telefonate dai toni affatto pacati.

È fondamentale in questo momento comporre un quadro preciso della situazione economica dell'interessato: chiedere, quindi, la documentazione relativa ai vari finanziamenti in modo da poter verificare, insieme, l'importo iniziale del finanziamento, la durata, l'importo della singola rata, il tasso di interesse e, infine, quanto ancora dovrà essere versato.

Solitamente i finanziamenti sono plurimi e con società finanziarie diverse e il paziente non ha la consapevolezza dell'importo complessivo del proprio debito.

Frequentemente, negli ultimi anni, abbiamo potuto vedere che le finanziarie, con l'erogazione del prestito, offrono anche una carta revolving, che può avere anche tassi estremamente elevati (anche fino al 18%).

Raramente gli interessati si sono presentati allo sportello con un atto giudiziario.

Alcune persone si sono presentate per chiederci chiarimenti e delucidazioni sulla figura dell'amministratore di sostegno, oppure se fosse possibile cambiarlo.

L'istituto dell'amministratore di sostegno può essere veramente efficace per i giocatori che sono in difficoltà economiche e di gestione della patologia.

Illustrare le peculiari caratteristiche di questa figura, estremamente duttile, facilmente revocabile o modificabile, consente alle persone di capire come l'amministratore di sostegno possa essere, in casi specifici, una risorsa, piuttosto che una limitazione alla propria vita quotidiana, e soprattutto possa ridurre in maniera sostanziale i danni economici che la patologia può determinare.

### **Con i familiari**

In alcune occasioni allo sportello si sono presentati i familiari dei giocatori, che ci hanno chiesto, allarmati e preoccupati, se vi sono strumenti giuridici atti a preservare il patrimonio familiare.

La consulenza è consistita nell'illustrare gli strumenti del fondo patrimoniale, del trust, del regime di separazione dei beni, e quando la situazione lo richiedeva, anche ad esporre le possibilità fornite dalla legge sul sovraindebitamento.

Si è verificato, in più occasioni, che anche i familiari ci chiedessero informazioni, chiarimenti e delucidazioni sulla figura dell'amministrazione di sostegno: molti di loro vivono con senso di colpa il fatto di dover richiedere questa figura professionale, percependola come un'ingerenza nella vita familiare oppure come fattore invalidante rispetto al familiare giocatore.

In rarissime occasioni, i familiari o i giocatori hanno fatto riferimento a forme di finanziamento illecite e/o usuarie.

### **“Il navigatore giuridico”**

Nel corso degli anni abbiamo potuto apprezzare che le domande che ci venivano rivolte potevano essere ricomprese in alcune macro aree di rilievo giuridico e ci è venuta l'idea di dare una forma scritta alle consulenze svolte...è nato così il “navigatore giuridico”, un piccolo opuscolo, scritto a più mani, con l'ambizione di poter funzionare da “pronto soccorso giuridico” per i giocatori, i familiari e forse anche gli operatori del settore.

Abbiamo quindi affrontato, ricorrendo a delle faq, questi argomenti:

Rapporti con le finanziarie;

Gli strumenti a tutela del patrimonio;

L'amministrazione di sostegno;

Il patrocinio a spese dello stato;

Gioco patologico e diritto penale;

## **Conclusioni**

Appare altamente significativo un provvedimento della Corte di Cassazione del 2016, come misura del percorso che c'è ancora da fare per poter diffondere una vera sensibilità sulla realtà patologica del gioco, così silente, estremamente diffuso, socialmente trasversale, e che causa grande dolore all'interno delle famiglie: *“ pur potendo avere in comune con la tossicodipendenza la dipendenza dal gioco d'azzardo, non diversamente peraltro da altre situazioni che creano dipendenza, come il tabagismo, l'alcolismo e la cleptomania, la ludopatia affonda le proprie radici in aspetti della psiche del soggetto e non presenta, al momento attuale, quegli aspetti di danno, che l'esperienza ha dimostrato essere alla base di comportamenti devianti”* (Cass. Pen. I sezione 18162/2016).

Il sogno nel cassetto è che giocatori e famiglie, in un futuro non troppo lontano, arrivino alla decisione di intraprendere un'azione legale avverso le finanziarie, che concedono prestiti anche a persone che hanno già numerosi finanziamenti e sono chiaramente impossibilitate, per la portata delle loro risorse economiche a tenere fede agli impegni presi; avverso lo Stato che ha guadagnato e guadagna cifre molto importanti da questa dipendenza. Anche se il volume di denaro giocato in Italia nel 2020 è calato del 20%, attestandosi sul valore di 88,38 miliardi di euro a causa delle chiusure delle sale da gioco, imposte per limitare la diffusione del Covid-19, la raccolta pro capite – calcolata sulla popolazione maggiorenne residente in Italia censita dall'ISTAT – è pari a circa 1.760 euro. Sono conseguentemente diminuiti anche la spesa (12,96 miliardi: -33%) e gli incassi erariali (7,24 miliardi: -36%), ma accanto a questi dati emerge l'aumento di un fenomeno molto più subdolo: nel 2020, difatti, si è assistito ad un temporaneo sorpasso da parte della raccolta online che è stata pari a 49,2 miliardi di euro (+35% rispetto al 2019), ovvero il 55,7% delle giocate complessive in Italia. Accanto a queste entrate cospicue, i fondi stabiliti per la cura e la prevenzione del gioco patologico sono residuali e di scarsa portata.

Questi dati estremamente significativi danno la misura della incoerenza delle scelte politiche adottate dallo Stato nei confronti di questo fenomeno sociale, ampiamente sottovalutato.

### **Per Corrispondenza:**

**Adriana Iozzi**, Via Lorenzo Il Magnifico 102, Firenze, fax 055.6934445  
E-mail: [adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it](mailto:adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it)

### **Riferimento Bibliografico**

Avv. Chiara Lombardo: Firenze.it: 18.4.2016 sui dati delle sale gioco presenti nel territorio quartiere 5 di Firenze. Lettera aperta alle istituzioni comunità delle Piagge; Avviso pubblico, libro blu 2020 Agenza delle Dogane e dei Monopoli.

## Alcohol and COVID-19: what you need to know



Facing the COVID-19 (new coronavirus disease) pandemic, the countries of the world must take decisive action to stop the spread of the virus. In these critical circumstances, it is essential that everyone is informed about other health risks and hazards so that they can stay safe and healthy.

The following factsheet provides important information that you should know about alcohol consumption and COVID-19. It addresses, among other things, the misinformation that is being spread through social media and other communication channels about alcohol and COVID-19.

### The most important point to remember:

**In no way will consumption of alcohol protect you from COVID-19 or prevent you from being infected by it**

#### General facts about alcohol and your body



Ethyl alcohol (ethanol) is the substance in alcoholic beverages that is responsible for most of the harms that arise from their consumption, irrespective of whether it is consumed in the form of wine, beer, spirits or anything else.

Unfortunately, other toxic substances that may smell like ethanol can be added in adulterated beverages that are produced informally or illegally; or they may be present in alcoholic products that are not intended for human consumption, such as hand disinfectant. Added substances such as methanol can be fatal even in small amounts or may lead to blindness and kidney disease, among other problems. According to media reports and anecdotal sources, deaths related to the ingestion of such alcoholic products, based on the mistaken belief that they will somehow offer protection against the virus, have already occurred in some countries during the COVID-19 outbreak.

#### These are the general facts you should know about the consumption of alcohol and health:

- Alcohol has effects, both short-term and long-term, on **almost every single organ of your body**. Overall, the evidence suggests that there is **no "safe limit"** – in fact, the risk of damage to your health increases with each drink of alcohol consumed.
- Alcohol use, especially heavy use, **weakens the immune system** and thus reduces the ability to cope with infectious diseases.
- Alcohol, even in very small quantities, is known to **cause certain types of cancer**.
- Alcohol **alters your thoughts, judgement, decision-making and behaviour**.

- Alcohol, even in small amounts, is a **risk to the unborn child** at any time during pregnancy.
- Alcohol increases the risk, frequency and severity of **perpetration of interpersonal violence** such as intimate partner violence, sexual violence, youth violence, elder abuse, and violence against children.
- Alcohol increases the risk of death and injury from **road traffic injuries, drowning and falls**.
- Heavy use of alcohol **increases the risk of acute respiratory distress syndrome (ARDS)**, one of the most severe complications of COVID-19.

---

#### General myths about alcohol and COVID-19



*Myth* Consuming alcohol destroys the virus that causes COVID-19.

**Fact** **Consuming alcohol will not destroy the virus**, and its consumption is likely to increase the health risks if a person becomes infected with the virus. Alcohol (at a concentration of at least 60% by volume) works as a disinfectant on your skin, but it has no such effect within your system when ingested.

*Myth* Drinking strong alcohol kills the virus in the inhaled air.

**Fact** **Consumption of alcohol will not kill the virus in the inhaled air**; it will not disinfect your mouth and throat; and it will not give you any kind of protection against COVID-19.

*Myth* Alcohol (beer, wine, distilled spirits or herbal alcohol) stimulates immunity and resistance to the virus.

**Fact** **Alcohol has a deleterious effect on your immune system** and will not stimulate immunity and virus resistance.

---

#### Alcohol: what to do, and what not to do, during the COVID-19 pandemic

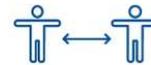


- Avoid alcohol altogether so that you do not undermine your own immune system and health and do not risk the health of others.
- Stay sober so that you can remain vigilant, act quickly and make decisions with a clear head, for yourself and others in your family and community.
- If you drink, keep your drinking to a minimum and avoid getting intoxicated.
- Avoid alcohol as a social cue for smoking, and vice versa: people tend to smoke, or smoke more, if they drink alcohol, and smoking is associated with more complicated and dangerous progression of COVID-19. Remember, too, that indoor smoking is harmful to others in your household and should be avoided.
- Make sure that children and young people do not have access to alcohol and do not let them see you consume alcohol – be a role model.

- Discuss with children and young people the problems associated with drinking and COVID-19, such as violations of quarantine and physical distancing, which can make the pandemic worse.
- Monitor the screen time of your children (including TV), as such media are flooded with alcohol advertising and promotion; they also spread harmful misinformation that may stimulate early initiation and increased consumption of alcohol.
- Never mix alcohol with medications, even herbal or over-the-counter remedies, as this could make them less effective, or it might increase their potency to a level where they become toxic and dangerous.
- Do not consume alcohol if you take any medication acting on the central nervous system (e.g. pain killers, sleeping tablets, anti-depressants, etc), as alcohol might interfere with your liver function and cause liver failure or other serious problems.

---

#### Alcohol and physical distancing during the COVID-19 pandemic



To slow down the spread of the virus, the World Health Organization (WHO) recommends physical distancing of at least one meter from sick people as a protective measure. Bars, casinos, night clubs, restaurants and other places where people gather to consume alcohol (including in the home) increase the risk of transmission of the virus.

Physical distancing therefore reduces the availability of alcohol, so it presents a great opportunity to reduce your drinking and become healthier.

---

#### Alcohol and home isolation or quarantine



To limit the spread of COVID-19, countries have progressively introduced community-wide lockdowns and periods of quarantine for those who are suspected of having contracted the virus or have been in contact with someone infected by the virus. This means that an unprecedented number of people are now staying in their homes.

It is important to understand that alcohol poses risks to your health and safety and should therefore be avoided during periods of home isolation or quarantine.

- When working from home, adhere to your usual workplace rules and do not drink. Remember that after a lunch break you should still be in a fit state to work – and that is not possible if you are under the influence of alcohol.
- Alcohol is not a necessary part of your diet and should not be a priority on your shopping list. Avoid stockpiling alcohol at home, as this will potentially increase your alcohol consumption and the consumption of others in your household.
- Your time, money and other resources are better invested in buying healthy and nutritious food that will maintain good health and enhance your immune system response. For further ideas, take a look at the food and nutrition tips during self-quarantine issued by WHO.<sup>1</sup>

- You might think that alcohol helps you to cope with stress, but it is not in fact a good coping mechanism, as it is known to increase the symptoms of panic and anxiety disorders, depression and other mental disorders, and the risk of family and domestic violence.
- Instead of consuming alcohol to pass your time at home, try an indoor workout. Physical activity strengthens the immune system and overall – from both a short-term and a long-term perspective – is a highly beneficial way of spending a period of quarantine.<sup>2</sup>
- Do not introduce your children or other young people to drinking and do not get intoxicated in front of them. Child abuse and neglect can be aggravated by alcohol consumption, especially in crowded housing situations where isolation from the drinker is not possible.
- Disinfectant alcohol can easily become accessible for consumption purposes in home isolation. It is important, therefore, to keep such products out of the reach of children and underage drinkers and others who may misuse them.
- Alcohol use can increase during self-isolation and both, isolation and drinking, may also increase the risk of suicide, so reducing your alcohol consumption is very important. If you have suicidal thoughts, you should call your local or national health hotlines
- Alcohol is closely associated with violence, including intimate partner violence. Men perpetrate most of the violence against women, which is worsened by their alcohol consumption, while women experiencing violence are likely to increase their alcohol use as a coping mechanism. If you are a victim of violence and are confined with the perpetrator in home isolation, you need a safety plan in case the situation escalates. This includes having a neighbour, friend, relative or shelter to go to in the event that you need to leave the house immediately. Try to reach out to supportive family members and/or friends and seek support from a hotline or local services for survivors. If you are under quarantine and need to leave the house immediately, call a local support hotline and reach out to someone you trust.

---

#### Alcohol use disorders and COVID-19



Alcohol use disorders are characterized by heavy alcohol use and loss of control over alcohol intake. Although they are among the most prevalent mental disorders globally, they are also among the most stigmatized.

People with an alcohol use disorder are at greater risk of COVID-19 not only because of the impact of alcohol on their health but also because they are more likely to experience homelessness or incarceration than other members of the population. It is therefore essential, under the current conditions, that people who need help because of their alcohol use get all the support they need.

---

<sup>1</sup> Food and nutrition tips during self-quarantine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 ([http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine/\\_recache](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine/_recache)).

<sup>2</sup> How to stay physically active during COVID-19 self-quarantine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/stay-physically-active-during-self-quarantine>).

If you, or a person close to you, have problems in relation to alcohol use, please consider the following:

- The present situation is a unique opportunity to quit drinking, or at least to cut down considerably, as various social cues and peer pressure situations, such as parties, friends' gatherings, restaurants and clubs, are (by necessity) avoidable.
- Online interventions for alcohol use disorders by professionals and mutual help groups can be less stigmatizing as they offer greater anonymity and privacy, so check out what help you can get online.
- Create a buddy and self-support system with someone you trust and reach out for extra help if needed, such as online counselling, interventions and support groups.
- Practise physical distancing, but do not socially isolate: call, text and/or write to your friends, colleagues, neighbours and relatives. Use new and creative ways of connecting to others without actual physical contact.
- Avoid alcohol cues and triggers on TV and media where there is pervasive marketing and promotion of alcohol; be careful to avoid links to social media that are sponsored by the alcohol industry.
- Try to maintain your daily routine as much as you can, focus on things that you can control and try to keep grounded – for instance, through a daily workout, hobbies or mind relaxation techniques.
- If you become infected, discuss with health personnel your alcohol consumption so that they can make the most appropriate decisions with respect to your overall health condition.

---

#### How to find reliable information and how to spot misinformation



- Seek trusted sources of information, such as WHO, national health authorities and your health professional. For updated information on COVID-19, check the WHO website<sup>3</sup>
- Always double-check the information you receive. Beware of websites and texts that use the same messages and have the same writing and overall style, as these are likely to be viral messages produced for mass distribution that are intended to mislead.
- Beware of false and misleading claims, particularly in relation to the effects of alcohol on health and immunity. Such claims should be categorically discounted as a source of health information as there is no evidence that drinking alcohol offers any protection against COVID-19 or has a positive effect on the course and outcomes of any infectious disease.
- Beware of claims made online that alcohol offers any essential benefits that you really need to have during your period of home isolation or quarantine. Alcohol is in no way a necessary component of your diet and lifestyle.

---

<sup>3</sup> Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [online information portal]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>).

- Be aware that websites and social media posts offering online sale and home delivery of alcoholic beverages can lead to increased alcohol consumption and may easily target children.
- If you do not drink, do not let any supposed health reason or claim persuade you to start.

---

**Finally, the key point to remember:**

**Under no circumstances should you drink any type of alcoholic product as a means of preventing or treating COVID-19 infection.**

### **Acknowledgements**

This document was coordinated by Carina Ferreira-Borges, Programme Manager, Alcohol, Illicit Drugs and Prison Health, under the leadership of Dr João Breda, Head of the WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, and in consultation with the Incident Management Team of the WHO Health Emergencies Programme, WHO Regional Office for Europe, and WHO headquarters, Geneva, Switzerland.

The document was prepared by Maria Neufeld, Consultant, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, and revised by Carina Ferreira-Borges, Programme Manager, Alcohol, Illicit Drugs and Prison Health, and Maristela Monteiro, Senior Advisor Alcohol, Pan American Health Organization.

Additional inputs were received from Elena Yurasova, Technical Officer, WHO Office in the Russian Federation; Jürgen Rehm, Senior Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada; Khalid Saeed, Regional Advisor, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; Isabel Yordi Aguirre, Programme Manager, Gender and Human Rights, WHO Regional Office for Europe; Jonathon Passmore, Programme Manager, Violence and Injury Prevention, WHO Regional Office for Europe; Michael Thorn, Consultant, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; and Vladimir Poznyak, Coordinator, Management of Substance Abuse, WHO headquarters.

This publication was developed with financial assistance from the Government of Norway, the Government of Germany and the Government of the Russian Federation in the context of the WHO European Office for the Prevention and Control of NCDs.



© World Health Organization 2020

ALCOL: più sai, meno rischi!

# Consumare alcol NON PROTEGGE da Covid-19

## L'ALCOL DISINFETTA IL CAVO ORALE?

Consumare bevande alcoliche o nebulizzarle in gola **NON** disinfetta e **NON** igienizza il cavo orale.

L'alcol danneggia la mucosa della bocca e la rende più vulnerabile alle infezioni. Un effetto igienizzante si ha con altissimi livelli di gradazione alcolica che, tuttavia, espongono la mucosa a un danno diretto, fino a causare tumori al cavo orale, alla faringe e all'esofago.

# FALSO

## L'ALCOL È UN IMMUNOSOPPRESSORE?

Il consumo di bevande alcoliche **pregiudica il sistema immunitario, riduce gli anticorpi e rende più vulnerabili alle infezioni virali**, comprese quella da Covid-19.

# VERO

## L'ALCOL AUMENTA LA LUCIDITÀ E I RIFLESSI?

L'assunzione di alcol, anche in piccole quantità, **riduce i riflessi e la lucidità mentale**.

L'iniziale disinibizione dovuta al suo consumo, può portare a sottovalutare e trasgredire le norme di distanziamento sociale necessarie per l'epidemia da Covid-19.

# FALSO

## L'ALCOL È ANTIDEPRESSIVO E AIUTA A SOPPORTARE LE ATTUALI LIMITAZIONI?

L'alcol **aggrava i sintomi della depressione e aumenta l'irritabilità e l'ansia**, anche se inizialmente i suoi effetti possono essere percepiti come benefici e illuderci di vivere meglio le limitazioni imposte dal Covid-19, in realtà l'alcol va a deprimere il sistema nervoso e l'attività cerebrale con un effetto sedativo che può portare a isolarci più del necessario peggiorando i rapporti sociali.

# FALSO

## ALCOL E FUMO: MAI INSIEME!

Consumare bevande alcoliche facilita l'assorbimento delle sostanze cancerogene contenute nel fumo di tabacco, aumenta il rischio di tumore alla bocca, all'esofago e al tratto respiratorio superiore.

**In caso di malattia Covid-19, chi usa alcol e fuma rischia un decorso più grave.**



[alcologia@aou-careggi.toscana.it](mailto:alcologia@aou-careggi.toscana.it)

[www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it)

nuovo coronavirus

Attenzione (anche) al...  
*fumo di sigaretta*

Fumare nuoce gravemente la salute.  
Ma nuoce di più nei tempi del COVID-19.

Studi recenti condotti in Cina indicano un aumento significativo del rischio (di almeno 3 volte) di sviluppare polmonite severa da COVID-19 in pazienti con storia di uso di tabacco rispetto a non fumatori.

Sfrutta il maggior tempo libero e la necessità di cambiamento delle abitudini giornaliere per abbandonare il consumo dei prodotti del tabacco e di nicotina.

Chiama il Numero Verde ISS contro il Fumo  
**800 554088** per informazioni e sostegno nel cambiamento.



## Assunzione di bevande alcoliche e COVID-19

### Le cose da sapere, le *fake news* da sfatare

La situazione emergenziale che stiamo vivendo, così diversa dai contesti di vita convenzionali che la maggior parte delle persone ha condotto sino ai primi di marzo, rende necessario, e urgente, porre maggiore attenzione agli effetti negativi e pregiudizievoli per la salute delle bevande alcoliche. È inoltre fondamentale smentire con l'evidenza scientifica le *fake news* che circolano riguardo presunte proprietà benefiche dell'alcol nei confronti del virus SARS-CoV-2.



### L'alcol è un immunosoppressore e favorisce le infezioni virali e polmonari

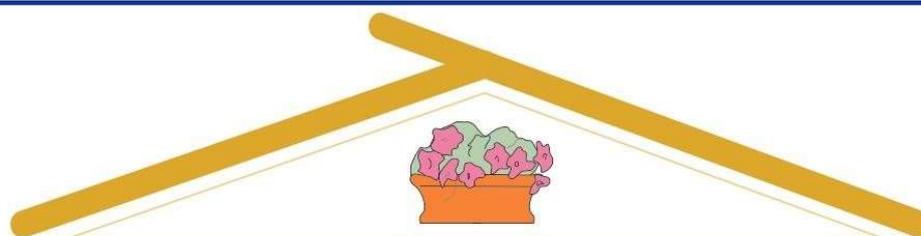
È evidenza da tempo consolidata dalla revisione sistematica della letteratura scientifica che il consumo di bevande alcoliche pregiudica il sistema immunitario e la risposta anticorpale, esponendo i consumatori a una maggiore vulnerabilità alle infezioni virali, soprattutto da virus respiratori e polmonari, categoria a cui appartiene il virus SARS-CoV-2, responsabile della COVID-19.



### L'alcol non disinfetta né igienizza

Come di recente ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non esiste alcuna evidenza scientifica che un consumo moderato di vino o la nebulizzazione di superalcolici possa contribuire a una migliore igienizzazione del cavo orale e della faringe. Infatti, affinché l'alcol abbia un effetto disinfettante dovrebbe avere una gradazione di almeno 63° esponendo tuttavia la mucosa a un potenziale danno diretto, come testimoniato dal noto e diffuso effetto cancerogeno alcolcorrelato.





## Il corpo femminile è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol



L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò spiega il perché bevono, in media, meno dell'uomo. Considerando inoltre che le donne hanno una mortalità inferiore da COVID-19, è evidente quanto sia importante che mantengano al minimo il consumo di alcol. In questo modo si esporrebbero al minor rischio possibile e potrebbero anche influire positivamente sul consumo alcolico e i livelli di rischio del partner e dei conviventi. Bere meno o nulla è sicuramente meglio.



## L'alcol toglie lucidità

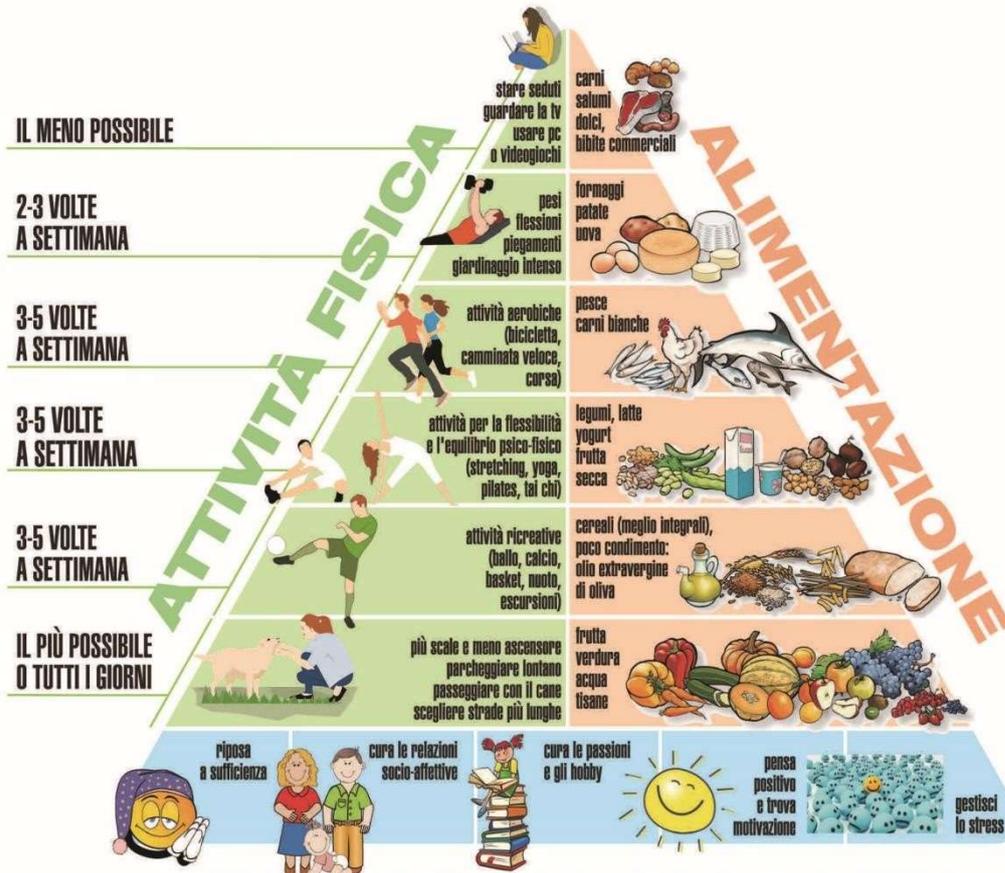
L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale che stiamo vivendo. Inoltre, in caso di intossicazione, si renderebbe necessario un intervento medico in Pronto Soccorso che, nella attuale situazione, è da evitare.

**Autori:** Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini e Alice Matone - Centro OMS Promozione della Salute e Ricerca sull'Alcol, Centro nazionale dipendenze e doping (ISS)



**Passo  
dopo  
passo  
verso**

# stili di vita sostenibili



## APPROCCIO ALLA VITA

**Vivi ecologicaMENTE...**

**Piccole scelte quotidiane che fanno la differenza per noi e per il nostro pianeta**



**Azienda  
Ospedaliera  
Universitaria  
Careggi**



i/WHP/01-B marzo 2019





# DLGS ANTIFUMO

#SMOKEFREE

## NIENTE FUMO CON MINORI

Vietato fumare in auto se sono presenti minori e donne in gravidanza; nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli Irccs pediatrici e nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia.

1



Ridurre il fumo passivo

## NO AROMI

Divieto di utilizzare aromi all'interno di sigarette e tabacco sfuso, perché potrebbero dare l'impressione che fumare sia meno dannoso e attirare giovani a sperimentare.

2



Rendere meno allettante fumare

## MAGGIORI AVVERTENZE

Le avvertenze combinate (immagini e testo) relative alla salute dovranno coprire il 65% della superficie esterna del fronte e retro della confezione di sigarette o di tabacco da arrotolare.

3



Scoraggiare la vendita

## STOP AI PACCHETTI DA 10

Stop ai pacchetti da 10 e alle mini confezioni di tabacco per rendere meno facile l'acquisto ai giovani.

4



Scoraggiare l'acquisto

## NO MOZZICONI A TERRA

Vietato gettare mozziconi ed altri piccoli rifiuti a terra.

5



Proteggere l'ambiente e il pianeta



## CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFORMALCOL

Il centro di documentazione Informalcol è un'interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori delle équipes alcoliche in Toscana.

Il centro ha una collezione di documenti specializzata sui temi connessi ai problemi alcolcorrelati e alla complessità della vita.

Il centro è attivo dal 2001 e supporta le funzioni attribuite al Centro Alcológico Regionale Toscano (CART) come il miglioramento delle conoscenze, la ricerca epidemiologica, clinica e biologica, la prevenzione e la formazione.

Il primo nucleo documentario che ha dato vita ad Informalcol è stata la collezione personale di Andrea Devoto, psicologo e psichiatra fiorentino, scomparso nel 1994.

La documentazione privilegiava i temi dei gruppi di auto-mutuo aiuto (formati da persone che condividono lo stesso problema o perseguono identici obiettivi e si sostengono reciprocamente) e di quello che all'epoca veniva definito *alcolismo*, ma negli ultimi anni ha assunto una visione più ampia, verso la promozione della salute, gli stili di vita (fumo, alimentazione, il gioco d'azzardo, ecc.) e gli stili di relazione.

INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano  
Via Ippocrate, Padiglione 13B, - Clinica Medica- Careggi, Largo Brambilla,3  
50134 Firenze FI  
Tel. 055 794 9650