

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

Alcologia

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 Alcologico Regione Toscana)

Chiara Cresci (SOD Alcologia AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Andrea Quartini (SOD Alcologia AOU Careggi)

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 Scutteri, 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.

INDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Patussi Valentino, Cirone Donatello "UNA" ETICA NON ESISTE | 4 |
| Maggino Filomena BENESSERE E POLITICA: GLI ASSI STRATEGICI | 9 |
| Andreoni Elena, Stasi Cristina, Profili Francesco, Voller Fabio IL CONSUMO DI ALCOL NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENTE TOSCANA: I RISULTATI DELLO STUDIO EDIT | 11 |
| Rossin Maria Raffaella COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER PAZIENTI CON DUA: RIFLESSIONI SUL PERCORSO E SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI. | 33 |
| Denaro Antonino, Luraschi Eugenia METODOLOGIA DI INTERVENTO CON PAZIENTI DUA NELLA COMUNITA' DI COZZO | 44 |
| Modonutti Giovanni Battista, Costantinides Fulvio, Crevatin Edoardo, Leon Luca L'ETÀ DELL'ALCOLIZZAZIONE E DELL'APPROCCIO ALLE BEVANDE ALCOLICHE DEGLI ADOLESCENTI SCOLARIZZATI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19) | 59 |
| Modonutti Giovanni Battista, Costantinides Fulvio LUOGHI E MOTIVI DELL'ALCOLIZZAZIONE E DELL'APPROCCIO ALLE BEVANDE ALCOLICHE DEGLI ADOLESCENTI SCOLARIZZATI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19) | 83 |
| Balbinot Patrizia, Testino Gianni ALCOHOL USE DISORDER AND MUTUAL SELF HELP ASSOCIATION. AN ORGANIZATIONAL PROPOSAL. INTRODUCTION OF THE SELF HELP GROUP FACILITATOR IN ADDICTION UNIT. | 104 |
| XXX Congresso Nazionale AICAT 27- 29 ottobre 2023 | 108 |

Patussi Valentino, Medico responsabile SOD Alcologia Careggi (FI), Centro alcolico Regione Toscana
Cirone Donatello, Data Manager

“UNA” ETICA NON ESISTE

L’etica nel tempo

L'etica è un campo di studi che si occupa dei valori e dei comportamenti morali dell'individuo e della società. La sua evoluzione storica risale all'antichità e ha subito diverse trasformazioni nel corso dei secoli fino ad oggi.

Il concetto di etica e di morale nascono nell'antica Grecia e Roma, grazie all'opera intellettuale di filosofi come Platone e Aristotele. La loro visione dell'etica si basava sulla ricerca del bene, della giustizia e della felicità.

Durante il periodo medioevale, la Chiesa cattolica ha esercitato un forte influsso sull'etica. La sua dottrina si basava sulla fede, sulla devozione e sulla pratica della carità. L'etica era considerata un ramo della teologia, e le virtù erano viste come il mezzo per raggiungere la salvezza.

A partire dal Rinascimento, l'etica ha assunto una nuova prospettiva. I filosofi dell'epoca hanno sottolineato l'importanza della ragione, della libertà e dell'autonomia individuale. La filosofia dell'umanesimo ha posto l'accento sulla dignità e sulla centralità dell'essere umano.

Durante l'Illuminismo, l'etica ha subito una trasformazione radicale. I filosofi dell'epoca hanno abbandonato l'idea di una morale religiosa e hanno proposto un'etica basata sulla ragione e sulla libertà individuale. La filosofia kantiana ha posto l'accento sull'importanza dell'imperativo categorico, un principio morale universale che dovrebbe guidare l'agire umano.

Durante l'epoca moderna, l'etica ha continuato ad evolversi. Le teorie dell'utilitarismo, del relativismo etico e dell'etica della responsabilità sociale hanno avuto un impatto significativo sulla concezione dell'etica. L'etica applicata è diventata sempre più importante, con l'emergere di campi come l'etica medica, l'etica degli affari e l'etica ambientale.

In sintesi, l'evoluzione storica del concetto di etica ha visto l'affermarsi di differenti visioni, che hanno avuto una forte influenza sulla società e sulle leggi. Oggi, l'etica continua ad essere un campo di studi attivo e in costante evoluzione, che si interessa di questioni morali e di valori umani.

Gli studi sull’etica

L’etica è un campo di ricerca interdisciplinare che coinvolge diverse discipline come la filosofia, la psicologia, la sociologia, la biologia. Lo scopo degli studi sull'etica è quello di analizzare e comprendere i valori e i comportamenti morali dell'individuo e della società, al fine di sviluppare teorie etiche e di fornire indicazioni per il comportamento etico.

La filosofia morale riveste in particolare un ruolo fondamentale, in quanto si occupa di sviluppare teorie sulla natura della moralità, sui valori morali, sulle virtù e sui doveri morali. La filosofia morale si divide in diverse correnti, tra cui l'etica deontologica, l'etica consequenzialista e l'etica delle virtù.

La psicologia morale è un'altra disciplina importante degli studi sull'etica, che si occupa di analizzare i processi cognitivi ed emotivi che influenzano il comportamento etico. La psicologia morale studia i fattori che influenzano la formazione delle decisioni morali, come l'emotività, l'empatia, il senso di giustizia e la cognizione morale.

La sociologia morale si concentra sull'analisi delle dinamiche sociali e culturali che influenzano il comportamento etico. La sociologia morale studia i fattori che determinano le norme e i valori morali all'interno di una società, come la cultura, la religione, la politica e la storia.

La biologia morale è una disciplina emergente degli studi sull'etica, che si occupa di studiare i processi biologici che influenzano il comportamento etico; in particolare, studia le basi biologiche della moralità, come i processi neuronali, le emozioni e le relazioni sociali.

Esistono diversi tipi di etica, ognuno dei quali si basa su teorie e principi differenti.

1. Etica deontologica: questa teoria sostiene che alcuni doveri morali sono assoluti e non possono essere compromessi. Ciò significa che il comportamento etico dipende dalla conformità a determinati principi o regole morali, indipendentemente dalle conseguenze che ne derivano. Ad esempio, la teoria deontologica sostiene che è sempre sbagliato mentire, anche se mentire potrebbe portare a conseguenze positive.

2. Etica consequenzialista: questa teoria sostiene che il comportamento etico deve essere valutato in base alle conseguenze delle azioni. Ciò significa che l'etica consequenzialista si concentra sull'ottimizzazione del benessere generale o sulla riduzione del dolore e della sofferenza, piuttosto che sulla conformità a regole o principi morali. Ad esempio, l'etica consequenzialista può sostenere che è giusto mentire se mentire può evitare una sofferenza maggiore.

3. Etica delle virtù: questa teoria sostiene che l'etica si basa sulle virtù o qualità morali dell'individuo, come la lealtà, la giustizia, la compassione e l'integrità. L'etica delle virtù sostiene che il comportamento etico dipende dalla coltivazione di queste virtù, piuttosto che dalla conformità a regole o principi morali.

4. Etica del *care*: questa teoria sostiene che l'etica si basa sulla responsabilità di prendersi cura degli altri e di rispettare i loro bisogni e le loro preoccupazioni. L'etica del *care* si concentra sulla relazione tra individui e sulle emozioni che sottostanno a tali relazioni.

5. Etica delle relazioni: questa teoria sostiene che l'etica si basa sulla costruzione di relazioni di fiducia e di rispetto tra individui e tra comunità. L'etica delle relazioni si concentra sulla costruzione di rapporti interpersonali equi e sulla promozione del dialogo e della comprensione reciproca.

6. Etica ambientale: questa teoria sostiene che l'etica si estende anche alla protezione dell'ambiente e alla salvaguardia della natura. L'etica ambientale si concentra sulla responsabilità degli

individui e delle comunità nei confronti dell'ambiente e sulla necessità di proteggere la natura per il bene delle generazioni future.

7. Etica delle tecnologie: questa teoria sostiene che l'etica deve considerare anche gli impatti delle tecnologie sull'individuo e sulla società. L'etica delle tecnologie si concentra sulla responsabilità degli sviluppatori e degli utilizzatori delle tecnologie nel garantire che queste siano utilizzate in modo etico e non dannoso per l'individuo e per la società.

Questi sono solo alcuni dei principali tipi di etica esistenti, e ci sono molte altre teorie etiche che si basano su approcci differenti.

L'etica in sé non può essere giusta o sbagliata. Ciò che può essere giusto o sbagliato è l'applicazione dell'etica nella pratica, ovvero come le persone usano le conoscenze etiche per giudicare e agire in determinate situazioni. L'etica può essere interpretata e applicata in modo differente da diverse persone, e questo può portare a conflitti etici e a valutazioni discordanti sulla giustizia o l'ingiustizia di determinati comportamenti o decisioni.

L'etica fornisce strumenti e linee guida per valutare se un comportamento o una decisione sia giusto o sbagliato in base ai principi e ai valori che guidano un particolare sistema etico.

In generale, l'obiettivo dell'etica è quello di aiutare le persone a riflettere in modo critico sulle loro scelte e sulle conseguenze che queste possono avere per sé e per gli altri. L'etica fornisce uno strumento per valutare la moralità di un'azione o di un comportamento, ma alla fine la decisione di agire in modo etico spetta all'individuo.

Etica e morale a confronto

Etica e morale sono due concetti strettamente correlati, ma con significati leggermente diversi.

La morale si riferisce al complesso di valori, norme, abitudini e convinzioni che guidano il comportamento di un individuo o di un gruppo di individui all'interno di una società o di una comunità. La morale è quindi un insieme di regole e di comportamenti che sono considerati giusti o sbagliati, e che vengono trasmessi e condivisi attraverso l'educazione, la cultura e la religione. Ad esempio, la morale può prevedere che sia sbagliato rubare, mentire o uccidere.

L'etica, d'altra parte, è una disciplina filosofica che si occupa di studiare i principi e le teorie morali che stanno alla base del comportamento umano. L'etica è un campo di studio che si concentra sulla comprensione dei valori e dei principi morali e sulla loro applicazione nella pratica. L'etica fornisce strumenti e linee guida per valutare e giudicare il comportamento umano in base a principi e valori specifici.

In sintesi, la morale si riferisce al comportamento e alle norme sociali che sono considerati giusti o sbagliati in una società, mentre l'etica è lo studio dei principi e delle teorie morali che guidano il comportamento umano. La morale è quindi un aspetto più pratico e concreto, mentre l'etica è una disciplina teorica e filosofica. Tuttavia, i due concetti sono strettamente correlati e si influenzano reciprocamente.

L'etica e la relazione umana

L'etica e la relazione umana sono strettamente legate, in quanto l'etica fornisce i principi e i valori fondamentali che guidano il comportamento umano nelle relazioni interpersonali.

Uno dei principi etici fondamentali che guida le relazioni umane è la reciproca considerazione. Questo principio richiede che le persone rispettino gli altri e si comportino con considerazione, gentilezza e rispetto. La reciproca considerazione richiede inoltre che le persone evitino di causare dolore, danni o sofferenze agli altri.

Un altro principio etico fondamentale che guida le relazioni umane è l'onestà. L'onestà richiede che le persone siano veritiere e trasparenti nelle loro interazioni con gli altri. Ciò significa che le persone dovrebbero evitare di mentire o ingannare gli altri, e dovrebbero essere aperte e sincere nelle loro relazioni interpersonali.

Inoltre, la giustizia è un altro principio etico fondamentale che guida le relazioni umane. La giustizia richiede che le persone trattino gli altri in modo equo e imparziale, senza discriminazione o pregiudizio. La giustizia richiede inoltre che le persone siano responsabili delle loro azioni e delle conseguenze che queste producono sugli altri.

Infine, la compassione è un principio etico fondamentale che guida le relazioni umane. La compassione richiede che le persone dimostrino empatia e sostegno per gli altri, soprattutto quando questi si trovano in difficoltà. La compassione richiede inoltre che le persone dimostrino gentilezza e attenzione verso gli altri, e che si impegnino per migliorare la vita degli altri.

L'etica gioca un ruolo fondamentale nella promozione di relazioni umane sane e rispettose. L'etica fornisce i principi e i valori fondamentali che guidano il comportamento umano nelle relazioni interpersonali, promuovendo il rispetto, l'onestà, la giustizia e la compassione. Inoltre, l'etica fornisce i principi fondamentali per la risoluzione dei conflitti nelle relazioni umane, promuovendo l'equità e la responsabilità delle proprie azioni.

Tuttavia, l'etica da sola non è sufficiente per promuovere relazioni umane sane e rispettose. È necessario anche agire con empatia e comprensione reciproca, al fine di comprendere le esigenze e le prospettive degli altri e agire di conseguenza. Inoltre, è importante la capacità di comunicare in modo efficace e rispettoso, consentendo alle persone di esprimere i propri sentimenti e di comprendere quelli degli altri.

Il concetto dell'etica nel 2023

L'etica nel 2023 è al centro del dibattito attuale, ed è un campo in continua evoluzione e riflessione, in grado di adattarsi ai cambiamenti sociali, culturali e tecnologici del nostro tempo. L'etica contemporanea si occupa di temi e problematiche molto diversi da quelli che affrontavano i filosofi del passato, come ad esempio le questioni legate all'ambiente, alle tecnologie digitali, alla diversità culturale, all'etica degli animali e alla bioetica.

Nel 2023, l'etica si concentra sempre di più sulla sostenibilità e sulle questioni ambientali, sull'etica delle tecnologie digitali, sulla giustizia sociale e sulla responsabilità sociale delle imprese. Ad esempio, i dibattiti sull'etica dell'intelligenza artificiale, sull'uso dei dati personali, sulla privacy e sulla sorveglianza digitale sono al centro dell'attenzione dell'etica contemporanea.

Inoltre, l'etica nel 2023 è sempre più inclusiva e sensibile alla diversità culturale e alle differenze di genere, razza, religione, orientamento sessuale e abilità. L'etica contemporanea si concentra sull'importanza di considerare e rispettare le differenze culturali e sociali nelle decisioni etiche, e sul valore dell'inclusione e dell'equità.

In sintesi, l'etica nel 2023 si occupa di problematiche attuali e sfide emergenti del nostro tempo, come la sostenibilità, la tecnologia digitale, la diversità culturale e la giustizia sociale. L'etica contemporanea si muove verso una visione più inclusiva e globale, che tiene conto delle differenze e delle sfide della società contemporanea

Ultima riflessione

Troppi allarmi catastrofici (e poche soluzioni) determinano una gestione individuale e non collettiva delle scelte e delle azioni: fare il bene pubblico è possibile solo creando valore e competenze: sottrarlo alla collettività rende quel valore (e quelle competenze) patrimonio di pochi, che producono una politica esclusiva e non inclusiva (“io so cosa è meglio per te anzi per tutti” - “io sono te” - “io ho il sapere della soluzione rapida ed indolore”) e attivano la delega populista, falso mito del potere al popolo che riproponendo a sua volta il falso mito della triade *Égalité, Fraternité, Liberté*.

L'approccio etico rappresenta un processo di relazioni e di confronti globali, politici e sociali che comprende azioni dirette a dar forza alle capacità degli individui, ma comprende anche azioni dirette verso cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in modo da alleviare l'impatto negativo sulla salute pubblica e individuale.

Un processo globale, politico e sociale che comprende sia azioni dirette a dar forza, valorizzare, promuovere le capacità degli individui con azioni dirette verso cambiamenti sociali, ambientali, culturali ed economici.

Occorre rimettere in mano alla comunità gli strumenti (e le capacità) di operare scelte sostenibili, condivise, perché questo è il bene di tutti e di ciascuno e nel rispetto del creato.

Maggino Filomena, Professore Ordinario di Statistica Sociale - Dipartimento di Scienze Statistiche - Sapienza Università di Roma

BENESSERE E POLITICA: GLI ASSI STRATEGICI

I tempi che stiamo vivendo ci stanno imponendo non tanto (e non solo) dei cambiamenti nella nostra quotidianità ma anche dei cambiamenti nelle nostre mentalità e nelle nostre visioni.

È per questo che si parla molto di riorientamento, rigenerazione, transizione, ecc. termini ai quali vengono attribuiti vari aggettivi come territoriale, urbana, ecologica, digitale, ecc. Si tratta sempre di termini che si riferiscono a processi e che rappresentano la necessità di passare da una condizione ad un'altra. Graficamente, è come voler passare da un punto ad un altro. In realtà, la transizione da un punto presenta molteplici possibilità, 360° di opportunità, per l'appunto.

È per questo che qualsiasi tipo di transizione richiede un orientamento, una bussola che consenta di raggiungere non un punto qualsiasi ma un punto specifico corrispondente alla vera meta da raggiungere.

Ma qual è la vera meta da raggiungere da parte di una società in transizione? Non esistono dubbi: il *benessere*, che è dei singoli, che è delle comunità, che è dell'ambiente, ecc. tutto considerato all'interno di un'unica visione sistemica, che riconduca ad un'unica armonia.

Ecco perché appare sempre più chiaro e impellente che si debba rimettere in campo la politica con la "P" maiuscola, quella che si preoccupa e agisce affinché il benessere venga promosso e distribuito equamente. Riferendoci all'Italia, appare sempre più chiaro come le varie emergenze da gestire non possono essere interpretate come l'emergere di tante *fragilità*. Pertanto, è fondamentale e urgente l'analisi di quelle fragilità e dei rischi ad essere connesse (nella popolazione, nel territorio, ecc.) ma anche l'individuazione delle risorse a disposizione e che è possibile attivare (capacità, potenzialità di cui l'Italia è ricca).

Si fa vera sostenibilità quando ci si focalizza sulle fragilità e sui rischi comprendendo le capacità e conoscendo le risorse di partenza.

Le azioni da intraprendere devono mirare al potenziamento della *accessibilità*, del *radicamento*, della *capillarità*, della *continuità* e della *permanenza* degli asset fondamentali del Paese fondamentali per la promozione del benessere. Vanno dunque individuati correttamente i settori che dovranno essere considerati strategici, quindi non commerciabili, che negli ultimi tempi sono emersi chiaramente, valgono ora e in futuro.

A tal fine occorre costruire e proteggere quegli assi strategici che proprio per questo non sono negoziabili. Prima di tutto l'**Istruzione** e la **Ricerca**; la prima partecipa alla formazione dei cittadini perché siano persone consapevoli, la seconda apre processi e percorsi individuali, dove per attitudini, per vocazione, si coltiva un settore strategico. In questa prospettiva, è importante che venga concessa alla scienza la libertà di spaziare, di studiare, di sperimentare, perché la scienza non deve rispondere a protocolli rigidi o immutabili (come la tecnologia); ce lo insegna il passato: se ci fosse stato un *protocollo*, avremmo forse

avuto i “ragazzi di Via Panisperna”? La scienza differisce dalla tecnologia perché quest’ultima necessita di una visione, di un obiettivo, cosa che non deve essere richiesta necessariamente alla scienza. La nostra comunità scientifica deve avere ben chiaro l’obiettivo di mantenere viva la discussione scientifica sui temi che ci coinvolgono ... e “discussione” è il vero spirito della scienza: non dovremmo mai dimenticarlo! Qualcuno dice che “la scienza non è democratica”; io penso che la scienza sia rivoluzionaria, perché dal confronto possono nascere nuove idee che, proiettandosi nel futuro, possono cambiare la vita, in meglio o in peggio.

Altri asset strategici sono la **Sanità**, fondamentale nel supportare i cittadini nei momenti di perdita della salute, e la **Comunicazione**, intesa sia in senso immateriale (il comunicare e l’entrare in relazione) che fisico, trasporto, mobilità (se vogliamo fare un esempio, è importante avere la certezza di poter disporre di un trasporto pubblico, un autobus che ogni 15 minuti vedo passare davanti casa; deve essere fornito e percepito come servizio, testimonia un’attenzione alle esigenze dei cittadini).

Altri due assi strategici sono l’**Energia** e la **Sicurezza**. Abbiamo compreso che avere un settore energetico che continua a sostenere le esigenze del Paese consente di continuare a produrre e sostenere la vita dei cittadini (ritorniamo quindi all’importanza della *continuità*) L’ultimo asse, quello della Sicurezza, è riferito sia all’individuo, quindi il welfare, ma anche alla sicurezza nazionale.

Per promuovere il benessere del Paese, abbiamo quindi individuato i settori importanti (le cinque politiche) che sono le linee strategiche che ci hanno portato a comprendere anche le fragilità e le risorse fino a definire gli asset strategici, avendo sempre ben chiari quali sono i domini del benessere.

Il benessere può essere perseguito da tutti, non è una politica, e la premessa per tutto ciò è la *fiducia*. La fiducia è una costruzione comune, sia interpersonale che per le Istituzioni ed è basilare per il benessere.

Andreoni Elena, Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana

Stasi Cristina, Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana

Profili Francesco, Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana

Voller Fabio, Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana

IL CONSUMO DI ALCOL NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENTE TOSCANA: I RISULTATI DELLO STUDIO EDIT

Riassunto

Il presente articolo propone un'analisi del consumo di alcol nella popolazione adolescente toscana, concentrandosi sull'evoluzione dei modelli di consumo e sui fattori di rischio correlati al consumo eccedentario. Le 6 edizioni dell'indagine EDIT, condotta da ARS Toscana dal 2005, hanno evidenziato che, se tradizionalmente la Toscana ha visto un consumo di alcol affine al modello mediterraneo, la popolazione giovane ha nel tempo consolidato una coesistenza dei pattern, avvicinandosi sempre più al modello nordico, con un aumento del binge drinking. Inoltre a fronte di un costante calo del consumo di alcol generale, il trend in aumento del consumo eccedentario continua a crescere, e risulta in associazione con fattori di rischio: sesso femminile, cattivo rapporto con genitori e coetanei/e, basso rendimento scolastico, fumo, uso di sostanze, l'uso di dispositivi per più di 5 ore al giorno, uso di alcol di almeno 1 genitore. Il consumo giovanile di alcol rischia di impattare sulla salute mentale, sulla crescita e sulle funzioni cognitive, e sull'abuso di alcol in età adulta, perciò risultano essenziali sia il monitoraggio che studi prospettici.

Parole Chiave: alcol, popolazione adolescente toscana, modelli mediterraneo e nordico, fattori di rischio, consumo eccedentario, indagine EDIT.

Abstract

This article proposes an analysis of alcohol consumption among the teenage population in Tuscany, focusing on the evolution of consumption patterns and risk factors related to excessive consumption. The 6 editions of EDIT survey, conducted by ARS Toscana since 2005, have highlighted that while Tuscany traditionally followed a Mediterranean alcohol consumption pattern, the younger population has gradually adopted a coexistence of patterns, moving closer to the Nordic model, with an increase of binge drinking. Furthermore, despite a steady decline in overall alcohol consumption, the upward trend in excessive consumption continues to grow and is associated with risk factors such as female gender, bad relationships with parents and peers, low academic performance, smoking, substance use, excessive screen time (over 5 h/day), and having at least one parent who uses alcohol. Youth alcohol consumption risks impacting mental health, growth, cognitive functions, and the likelihood of alcohol abuse in adulthood, therefore, both monitoring and prospective studies remain essential.

Key Words: alcohol, Tuscan teenage population, Mediterranean and Nordic patterns, risk factors, excessive consumption, EDIT survey

Introduzione

Il consumo e l'abuso di bevande alcoliche rientrano tra i comportamenti dannosi per la popolazione adolescente non solo perché causa o concausa dell'insorgere di malattie, ma anche perché influenzano negativamente le loro relazioni sociali e lavorative. Il frequente consumo di alcol si associa alla presenza di patologie (come problemi di natura psicologica o patologie psichiatriche, malattie direttamente attribuibili al consumo di alcol come epatopatia alcolica, alcune neoplasie, malattie cardiovascolari, ecc.) e può provocare conseguenze e danni su altri soggetti, ad esempio pregiudicando la salute e lo sviluppo del feto nel caso di assunzione di alcolici in gravidanza o contribuendo a causare incidenti stradali. Infatti nel 9,7% del totale di incidenti del 2021 in Italia almeno una delle due persone alla guida dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza, risultati in lieve aumento rispetto al 2020 (9,2%) e al 2019 (8,7%) [1]. Si tratta di un consumo che impatta molto sulla vita, in termini di durata e di qualità e per questo istituzioni governative e organizzazioni internazionali, come le Nazioni unite e l'Unione europea, si impegnano per promuovere campagne e interventi che contrastino l'abuso di alcol, ad esempio introducendo dei limiti di età per l'acquisto delle bevande alcoliche. Uno studio europeo (AMPHORA) ha indagato i fattori che potenzialmente hanno influenzato i cambiamenti di consumo di bevande alcoliche in 12 paesi europei negli anni compresi tra il 1960 e il 2008, riscontrando un aumento medio del consumo di birra, diminuzione del consumo di vino, superalcolici e di alcol in generale. L'aumento o la diminuzione del consumo di alcolici risultava associato a fattori di tipo socio-demografico ed economico, in particolare con il livello di urbanizzazione, il reddito e l'età delle madri. Misure permissive erano significativamente associate con l'aumento dei consumi, mentre i limiti relativi al bere, ai valori di alcol nel sangue consentiti alla guida e le restrizioni sulla disponibilità erano correlati con una diminuzione del consumo [2]. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha recentemente prodotto un piano di azione, per il periodo 2022-2030, diretto a individuare strategie volte a contrastare il consumo di bevande alcoliche [3], individuandolo come priorità per la tutela della salute pubblica. Le difficoltà di questi interventi sono legati all'efficacia di un approccio restrittivo che, ad esempio, in contesti mediterranei come quello italiano, non tiene conto dei fattori culturali che hanno condizionato il continuo diminuire delle quantità di alcol consumate (in particolare vino) negli ultimi 60 anni. Il consumo delle bevande alcoliche in Italia è iniziato a diminuire in parte durante gli anni '60 e in maniera più decisa all'inizio degli anni '70, ed è costantemente diminuito fino ad oggi, fino a rendere l'Italia uno dei tre paesi europei, con Spagna e Polonia, che hanno raggiunto l'obiettivo europeo di una riduzione del 25% del consumo nel 1998 rispetto al 1992 [4].

Lo studio AMPHORA ha inoltre dimostrato che, in modo simile ma non uguale ad altri paesi europei, gli indici di progressivo benessere (fattori socio-demografici ed economici) del periodo 1960-2006, presentavano una certa associazione con la variazione del consumo di alcol [2]. Inoltre, la dipendenza da alcol, o alcolismo, rappresenta una configurazione multidimensionale, essendo anche culturalmente determinata dagli stili di vita, dalle norme, dalle tradizioni e dai valori, attribuiti dalle popolazioni alle varie bevande alcoliche [5].

¹ Agenzia Regionale di Sanità - ARS Toscana.

Nella popolazione adolescente, i programmi selettivi rispetto a quelli universali del consumo di alcol mostrano nella prevenzione dimensioni dell'effetto maggiori [6,7]. Nello specifico lo studio clinico randomizzato di Newton et al. [7] ha valutato l'efficacia del programma *PreVenture*, mirato alla riduzione dell'incremento del consumo rischioso di alcol e dei danni correlati dalla prima alla tarda adolescenza e all'inizio dell'età adulta attraverso lo sviluppo di capacità di coping specifiche della personalità dei singoli soggetti coinvolti. In questo studio, hanno partecipato studenti e studentesse dell'ottavo anno che frequentavano 14 scuole secondarie nel Nuovo Galles del Sud e Victoria, in Australia, a partire dal 2012 e per un follow-up di lungo termine (7 anni). I risultati hanno dimostrato che la prevenzione selettiva dell'uso di alcol, fornita nella prima adolescenza, può avere effetti sostenuti durante la transizione critica verso la tarda adolescenza e la prima età adulta, in particolare nel ridurre i danni correlati all'alcol. A livello regionale, il Piano regionale della Prevenzione 2020-2025 della Regione Toscana (Delibera n.1406) prevede un programma dedicato alla promozione di corretti comportamenti e stili di vita della popolazione giovane (PP01 "Scuole che promuovono salute"), con azioni specifiche da realizzare all'interno degli istituti scolastici. L'obiettivo è favorire la consapevolezza e la responsabilità in un'ottica di One Health, ovvero di salute complessiva, tramite life skills, peer education e strategie individuali orientate a sostenere una sana alimentazione, un'attività fisica sufficiente, un consumo consapevole di alcol, niente fumo, buone scelte nei consumi e nel tempo libero e relazioni efficaci [8].

Avere la misura del consumo e dell'abuso di alcol tra la popolazione giovane è molto importante perché, come sottolinea l'OMS, è una delle due sostanze più utilizzate (insieme al tabacco) e consumarla in giovane età può aumentare la probabilità di problemi legati al benessere psicologico, poiché impatta su ansia e depressione, può causare danni all'evoluzione della crescita e allo sviluppo di alcune funzioni cognitive, come la memoria e l'apprendimento, e può determinare una predisposizione all'abuso di alcol in età adulta. Tradizionalmente in Toscana conosciamo un tipo di consumo di alcol considerato mediterraneo, che riflette cioè i costumi tradizionali italiani, in cui il vino in particolare, è assunto prevalentemente durante i pasti in contesti familiari [9]. Si tratta di un pattern di assunzione ancora presente nelle fasce d'età adulta, mentre la popolazione adolescente da anni si è avvicinata al modello cosiddetto nordico, che ricalca lo stile anglosassone ed è caratterizzato dall'assunzione di ingenti quantità di alcol lontano dai pasti e in situazioni di socialità, e dalla peculiarità di combinare, nella stessa occasione, diversi tipi di bevande, con diversi ingredienti e differente gradazione alcolica.

L'indagine Espad nel 2019 ha messo in evidenza che la distinzione dei comportamenti non risulta più aderente ai modelli originari, ma anzi si osserva un'omologazione dei comportamenti. Espad 2019 calcola che la diffusione del consumo di alcol e l'assunzione eccedentaria nelle popolazioni adolescenti dei diversi paesi (nordici e mediterranei) registrano una complessiva omogeneizzazione, con tendenze di maggior consumo nei paesi nel sud-Europa, e tra quelli del nord, in Danimarca [10].

Un recente studio trasversale condotto in Toscana [11] ha valutato la prevalenza dei comportamenti a rischio per la salute e le condizioni di salute in un periodo di 10 anni (2008-2018) in un campione rappresentativo degli adolescenti della Toscana. Sono stati intervistati un totale di 21.943 studenti ed

è stata rilevata una diminuzione del fumo, dell'uso di cocaina, della guida sotto l'effetto di alcol e sono stati osservati uso di droghe e gioco d'azzardo.

Il consumo di alcol è una delle principali cause prevenibili di malattia in tutto il mondo e conoscerne la diffusione fra i soggetti adolescenti può essere fondamentale per ridurre, con interventi mirati di prevenzione, il carico di problemi sanitari e sociali ad esso associati.

Pertanto, obiettivo di questo studio è stato comprendere la diffusione del consumo di alcol nella popolazione adolescente in Toscana analizzando i dati raccolti dall'indagine denominata Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana (EDIT) dal 2005 al 2022 e condotta da parte dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

Materiali e metodi

I dati su cui è strutturata l'analisi in oggetto sono stati rilevati in occasione del monitoraggio EDIT condotto dall'Agenzia regionale di sanità (ARS Toscana) con cadenza triennale a partire dal 2005. L'indagine EDIT dal 2017 è stata introdotta all'interno del sistema di "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 3 marzo 2017 (17A03142) con il fine di ampliare la conoscenza sull'epidemiologia, i determinanti della salute, dei comportamenti a rischio in un campione rappresentativo della popolazione adolescente toscana, migliorando così la capacità di intervento di chi è deputato ad implementare politiche e programmi di prevenzione [12]. Nel 2022 è stata realizzata la sesta edizione dell'indagine e lo studio è stato condotto secondo i principi descritti nella Dichiarazione di Helsinki.

Gli item indagati nelle rilevazioni EDIT dal 2005 al 2022

Le edizioni dell'indagine EDIT, che si sono susseguite dal 2005, hanno previsto la somministrazione di questionari self-report che si sono trasformati nel tempo passando dai 75 item raggruppati in 10 sezioni della prima edizione a 89 item in 13 sezioni nell'ultima (2022). Le diverse rilevazioni hanno mantenuto un corpus di temi invariati sin dal primo studio, necessari per assicurare la comparabilità dei risultati tra i diversi anni:

Il contesto sociale e ambientale, Comportamenti alla guida e infortunistica stradale, abitudini al fumo, consumo di bevande alcoliche, consumo di sostanze psicotrope illegali, stili di alimentazione e conseguenze sul peso corporeo, la pratica dell'attività fisica e sportiva, i comportamenti sessuali, bullismo e cyberbullismo.

Le evoluzioni del questionario

L'alcol è uno dei temi che ha attraversato poche modifiche nel corso degli anni. Il corpo dedicato al consumo, alla frequenza del consumo eccedentario, alla rilevazione delle bevande preferite e ai pattern di assunzione è infatti rimasto stabile nel questionario.

Nel 2005 per ogni bevanda sono stati indagati i consumi con riferimenti temporali più precisi (per ogni bevanda era rilevato il consumo nella vita, nei precedenti 12 mesi e 30 giorni), dal 2008 le fasi sono state ridotte all'arco della vita. Sono stati indagati i consumi di vino, birra, aperitivi e spumanti e superalcolici

Relativamente ai consumi eccedentari sono state sempre indagati gli episodi di ubriacatura ed è stato introdotto il binge drinking nella rilevazione a partire dall'edizione del 2008, con il riferimento temporale dei 30 giorni precedenti, resi 12 mesi nel 2022.

In tutte le indagini è stato richiesto di rispondere al cosiddetto "diario alcolico", rappresentato che consente di rilevare i consumi della settimana precedente alla somministrazione del questionario. Infine è stato richiesto se nell'alveo familiare, il padre o la madre degli intervistati fossero dei consumatori di alcol senza specificarne le quantità o i pattern di consumo.

Il disegno dello studio

L'ultima indagine Edit realizzata ha presentato numerose novità relative anche alla fase del disegno di ricerca. Più precisamente l'edizione 2022 non ha potuto prevedere una fase di campionamento probabilistico degli istituti da coinvolgere basato sulle aree sanitarie di appartenenza e sul tipo di indirizzo formativo e dei curricula, come era stato invece realizzato per le edizioni precedenti. È stato necessario procedere con un contatto a tappeto rivolto a tutti gli istituti di II grado toscani a causa della presenza ancora persistente della pandemia da SARS-CoV-2 e delle relative misure attivate per contenere il contagio, che hanno reso più difficile l'arruolamento delle scuole.

Le rilevazioni delle diverse edizioni dell'indagine sono avvenute in modalità diverse, complici molteplici fattori contestuali, tra i quali l'evoluzione tecnologica dei supporti informatici dedicati alla raccolta delle informazioni e, nella sesta e ultima edizione, l'adattamento al periodo pandemico.

In particolare la somministrazione è sempre stata realizzata con la presenza di intervistatori e intervistatrici che garantissero l'esemplificazione delle modalità di compilazione del questionario e il supporto alla comprensione delle domande fino al 2022, quando le limitazioni legate alla pandemia hanno ostacolato l'incontro e l'accesso fisico nelle scuole da parte di soggetti esterni. In quest'ultima edizione, infatti, si è proceduto alla realizzazione di due video esemplificativi circa le modalità di compilazione, la cui fruizione è stata garantita nei minuti precedenti alla compilazione del questionario, e con la presenza di una chat di supporto ai soggetti partecipanti, presidiata da personale opportunamente formato, e rimasta sempre attiva durante il periodo della rilevazione delle risposte. La raccolta delle risposte è avvenuta attraverso un applicativo web in orario scolastico tramite principalmente lo smartphone personale, o il computer delle aule informatica scolastiche laddove presenti all'interno degli istituti coinvolti.

Il questionario, rigorosamente anonimo, è stato somministrato dopo che gli studenti e le studentesse avevano letto l'informativa relativa alla privacy dei dati.

Popolazione dello studio EDIT 2022

La fase di coinvolgimento è stata realizzata tra i mesi di novembre 2021 e febbraio 2022 e sono stati arruolati un totale di 111 corsi di studio in 86 istituti, provenienti da tutte le province toscane. La raccolta dati è avvenuta tra il 21 marzo e il 30 aprile 2022 con un campione composto da 9.207 studenti e studentesse di età compresa fra i 14 e i 19 anni, pari al 5,4% della popolazione che frequenta le scuole superiori in Toscana (Fonte: Ministero dell'Istruzione, 2022). Il campione finale ha compreso 8.833 soggetti, escludendo coloro che non hanno dichiarato età, sesso e Distretto Sanitario di appartenenza.

Popolazione dello studio EDIT nelle edizioni 2005, 2008, 2011, 2015, 2018

Nelle prime edizioni, 2005-2008-2011, sono stati selezionati oltre 50 istituti secondari di secondo grado rappresentativi delle Aziende unità sanitaria locale (AUSL). Per ogni AUSL gli istituti sono stati estratti con campionamento sistematico, con probabilità di estrazione proporzionale al numero di studenti e studentesse per scuole, previo ordinamento della lista degli istituti per tipologia. Nell'edizione del 2011, realizzata tra febbraio e maggio, le scuole così campionate avrebbero dovuto interessare 5.524 adolescenti, ma ha coinvolto 4.829 rispondenti (l'87,4% del campione originariamente previsto). I soggetti intervistati hanno presentato un'età generalmente compresa tra i 14 e i 19 anni e il 54,3% (N=2.621) è stato composto da maschi e il 45,7% (N=2.208) da femmine, con una media di circa 91 partecipanti per scuola.

L'indagine EDIT 2015 ha avuto luogo tra febbraio e maggio e ha coinvolto 5.077 studenti e studentesse, appartenenti a 57 istituti secondari di secondo grado della Toscana, di età generalmente compresa tra i 14 e i 19 anni: il 54,2% (N=2.752) maschi e il 45,8% (N=2.325) femmine. Si è trattato, quindi, di un campione leggermente sbilanciato verso il genere maschile. L'edizione del 2018, avvenuta nei mesi compresi tra febbraio e maggio, ha visto la partecipazione di 6.824 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni, 3.731 maschi (54,7%) e 3.093 femmine (45,3%). Per la selezione delle scuole è stato utilizzato uno schema di campionamento di tipo stratificato non proporzionale, che ha come conseguenza l'estrazione di un campione non auto-ponderante, ovvero che non presenta la stessa struttura per età, provenienza territoriale e sesso, rispetto alla popolazione residente.

Analisi statistica dei risultati EDIT 2022

Considerate le difficoltà introdotte dal periodo pandemico, per l'edizione 2022 è stato necessario coinvolgere le scuole direttamente e prevedere degli strumenti correttivi da applicare nel corso della registrazione delle adesioni e in fase di analisi dei risultati: revisione del campione di scuole in fase di costruzione dello stesso per bilanciare la presenza di istituti e l'attribuzione di specifici pesi statistici in fase di analisi.

Sono stati definiti i pesi campionari per sesso, età e area (ASL o Distretto sanitario secondo l'edizione dell'indagine) rapportando il campione intervistato alla popolazione toscana di età compresa tra 14 e 19 anni. Poiché alcune persone rispondenti possono aver frequentato più velocemente la scuola primaria o essere ripetenti di un anno scolastico, l'età del campione era compresa tra i 13 e i 21 anni,

con una bassa rappresentatività delle fasce di età estreme. Tutte le analisi dei risultati del 2022, come per le edizioni precedenti, sono state ponderate utilizzando i pesi campionari.

È stata realizzata un'analisi descrittiva delle abitudini al consumo di alcol. Combinando gli item relativi al consumo di alcol e agli episodi di ubriacatura o binge drinking è stata creata una variabile dicotomica "consumo eccedentario a rischio" che assume valore 1 in presenza di ubriacature e/o binge drinking nell'ultimo anno, 0 in assenza di consumo eccedentario (ubriacature e binge) o in caso di astemia.

È stata valutata l'associazione tra alcuni potenziali fattori di rischio (sesso, età, cattivo rapporto con la famiglia, cattivo rapporto con coetanei/e, cattivo rendimento scolastico, tempo di utilizzo dei dispositivi >5ore, presenza di distress, bullismo e cyberbullismo ricevuto, attività fisica insufficiente, identità di genere diversa dal sesso biologico, abitudine al fumo, consumo di sostanze psicotrope, assunzione di alcol da parte dei genitori) e l'outcome "consumo eccedentario a rischio" tramite tabelle di contingenza con test statistico chi-quadrato.

Tramite un modello di regressione di Poisson multivariato sono stati calcolati i rischi relativi aggiustati di consumo eccedentario per ogni potenziale fattore di rischio.

Il software statistico utilizzato per l'analisi statistica è STATA (Stata Statistical Software: Release 17).

Risultati

Abitudini di assunzione di alcol e consumo settimanale

Da una prevalenza del consumo di alcolici *una tantum* pari al 95% circa rilevata nel 2005, rimasta stabile fino al 2015, si passa al 93% nel 2018 e all'82,1% nel 2022: con 8 adolescenti su 10 che hanno dichiarato quindi nel 2022 di aver bevuto almeno una volta nella vita, abitudine divenuta diffusa soprattutto tra le ragazze (F: 83,7%; M: 80,5%). Analizzando l'andamento delle prevalenze d'uso riferite alla settimana precedente alla rilevazione tale decremento risulta costante e più evidente: nei 17 anni di rilevazione la prevalenza di soggetti bevitori passa dall'81,1% al 53,6%. Si assiste inoltre a un'importante inversione di tendenza di genere, con il consumo settimanale delle ragazze che nel 2022 supera per la prima volta quello dei compagni (F: 54,9%; M: 52,4%) (Figura 1).

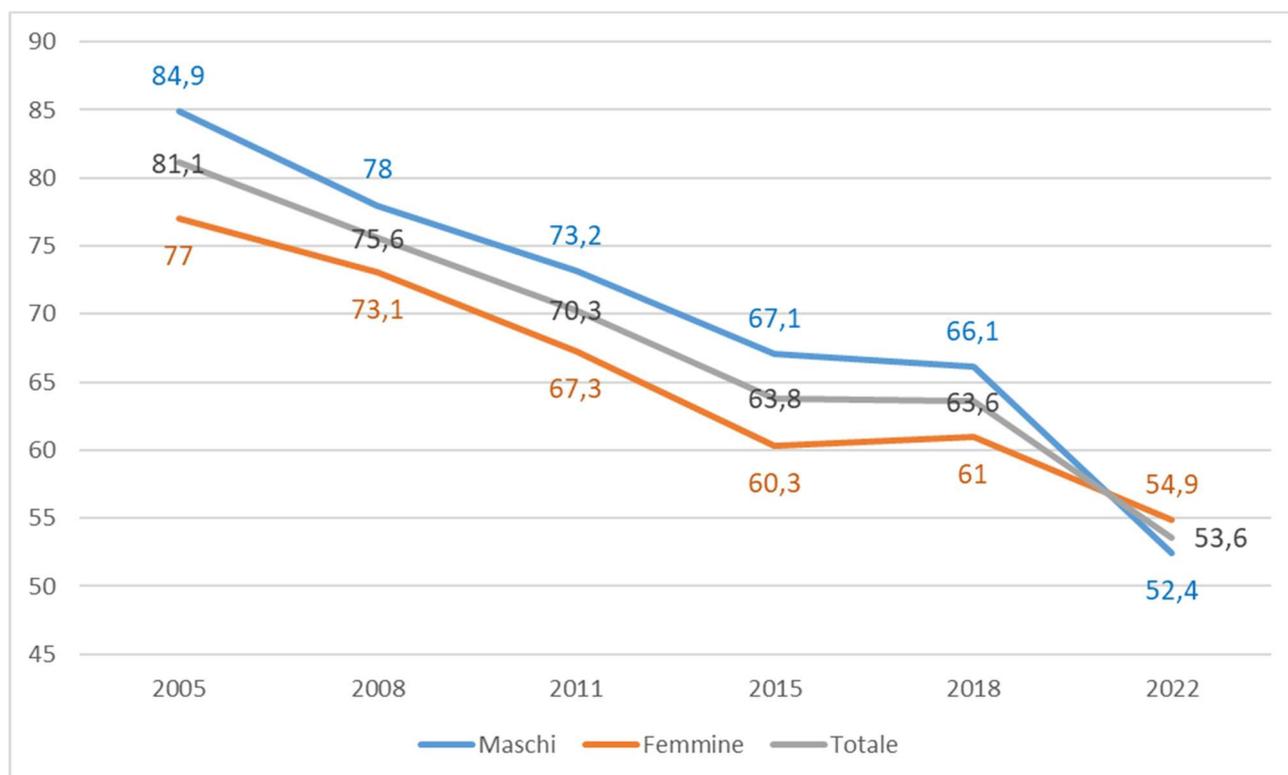


Figura 1. Andamento % del consumo di almeno una bevanda alcolica nella settimana precedente alla rilevazione per genere, valori percentuali. Elaborazioni ARS su dati EDIT 2005-2022

Rispetto alla distribuzione dell'assunzione di alcol in una settimana media è rimasta costante negli anni l'abitudine a consumare alcol prevalentemente nel weekend.

Il consumo eccedentario

Sin dalle prime edizioni le frequenze delle ubriacature nella popolazione più giovane risultava piuttosto marcata, con il 45,2% di studenti e studentesse che avevano sperimentato l'ubriacatura nei 12 mesi precedenti alla compilazione del questionario. Si tratta di una percentuale che è aumentata gradualmente nei diversi anni fino a superare la metà del campione del 2022, raggiungendo il 52,1% di rispondenti. Un fenomeno di grande interesse risulta l'evoluzione dei consumi eccedentari di maschi e femmine. Come il consumo generale infatti assistiamo dal 2018 a un'importante inversione di tendenza, con le ragazze che superano i valori delle ubriacature maschili (F: 49,3%; M: 47,2%) aumentando la distanza tra i due generi nella rilevazione del 2022 (F: 55,8%; M: 48,5%) (Figura 2). Nel 2022 è stata indagata anche la frequenza degli episodi di ubriachezza ed è emerso che in Toscana 1 adolescente su 4 ha vissuto oltre 10 episodi di ubriacature nei 12 mesi precedenti alla somministrazione del questionario (M: 27,4%; F: 23,1%), quindi quasi con una cadenza mensile. Perciò le ubriacature risultano più diffuse tra le ragazze, ma il numero di episodi resta più alto nel campione maschile.

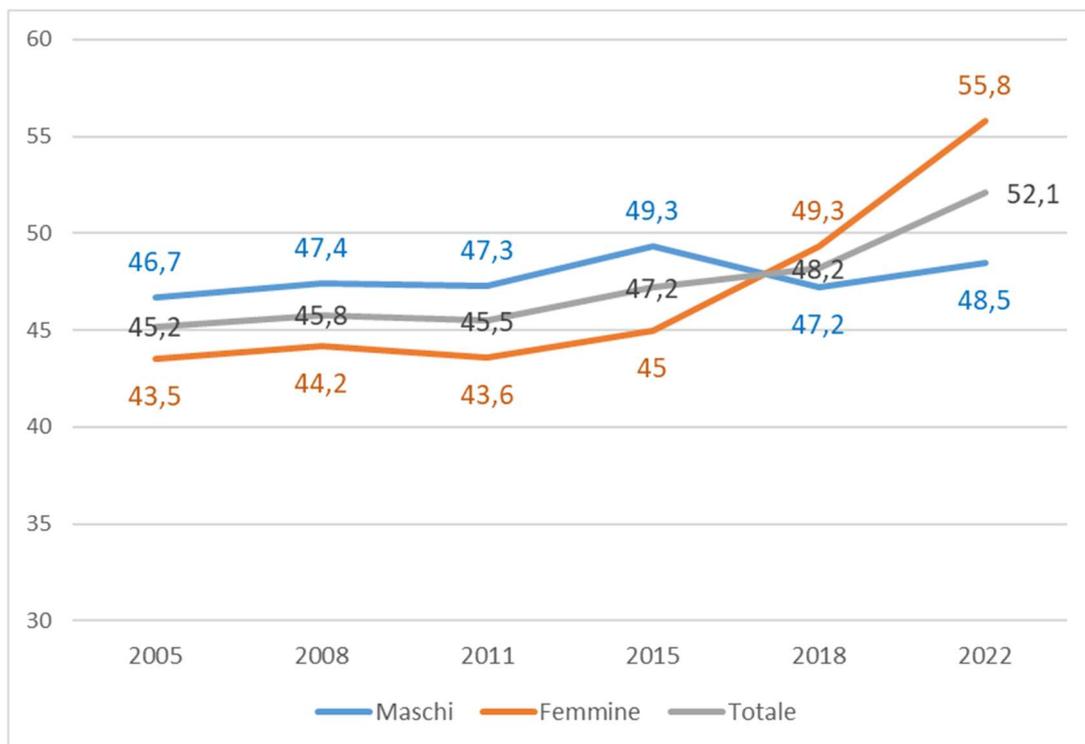


Figura 2. Studenti e studentesse (14-19 anni) a cui è capitato di ubriacarsi almeno una volta negli ultimi 12 mesi, valori percentuali. Elaborazioni ARS su dati EDIT 2005-2022

Episodi di binge drinking, ossia aver bevuto nella stessa occasione più di 5 bicchieri di qualsiasi tipo di bevanda alcolica, riguardano il 26,1% nel 2005, il 30,3% nel 2008 e il 35% del campione totale nel 2011. Anche negli anni successivi (2015, 2018) circa 1 soggetto adolescente su 3 si è confermato binge drinker, con un coinvolgimento maggiore del genere maschile, nonostante si sia assistito ad una lenta omologazione dei comportamenti tra ragazzi e ragazze.

Nel 2022 è stata modificata la domanda con cui era rilevato il fenomeno del binge drinking, estendendo il riferimento temporale dai 30 giorni precedenti ai 12 mesi prima per rendere l'informazione più facilmente comparabile con gli episodi di ubriacatura ed è emersa come pratica diffusa tra il 47,1% del campione. Al contrario delle ubriacature il binge drinking si conferma un fenomeno a tendenza maschile, con una frequenza maggiore tra i maschi (48,9%) rispetto alle femmine (45,2%).

Nel 2022, osservando la quantità di episodi di binge drinking, si è notato che nei 12 mesi precedenti alla rilevazione è accaduto a 1 adolescente su 4 di aver bevuto 5 o più alcolici in un'unica occasione, con maggiore frequenza tra i ragazzi (27,1%), rispetto alle ragazze (21,6%). Entrambi i pattern di consumo eccedentario aumentano al crescere dell'età. Inoltre risulta molto interessante che nel 2022 il binge drinking eguaglia i risultati delle ubriacature.

Pattern di assunzione di alcol

Sin dalle prime edizioni dell'indagine EDIT si è osservata la presenza simultanea dei due modelli di assunzione di alcol, mediterraneo e nordico, con una sempre più marcata incidenza di superalcolici e long drinks nel giorno di sabato, propria del secondo. Il vino, la birra e gli aperitivi registrano una minor

prevalenza nella percentuale di consumo e risultano preferiti più regolarmente durante la settimana, con una maggiore concentrazione nel fine settimana, nei giorni di sabato e domenica. L'evoluzione tocca anche la socializzazione all'alcol per la popolazione adolescente toscana, che sembra infatti aumentare nella dimensione extra-familiare e in momenti lontani dai pasti.

Le bevande preferite

Un'ulteriore evoluzione riguarda le preferenze delle bevande alcoliche. Già nelle prime edizioni dell'indagine EDIT (2005-2008-2011) le bevande alcoliche maggiormente consumate dalla popolazione adolescente risultavano essere aperitivi e spumanti, con preferenze rivolte anche ai superalcolici, scenario che iniziava a delineare importanti differenze nei modelli di consumo di alcol della popolazione giovanile toscana rispetto a coloro che avevano la stessa età due generazioni anagrafiche antecedenti.

Nel 2022 questa evoluzione di pattern di consumo risulta consolidata e il radicamento di tali abitudini risulta confermato. Nell'ultima edizione dell'indagine è emerso infatti che il 74,8% della popolazione adolescente toscana ha consumato gli aperitivi e gli spumanti almeno una volta nella vita, soprattutto le ragazze (F: 78%; M: 71,8%). A seguire, come seconda bevanda più consumata si trova il vino, bevuto dal 64,8% del campione e distribuito equamente (M: 65,3%; F: 64,3%); segue la birra, consumata dal 62,6% di rispondenti, soprattutto dai ragazzi (M: 65,8%; F: 59,2%) e infine si trovano i superalcolici e i long drink, provati almeno una volta nella vita dal 57,8% e più diffusi tra le ragazze (F: 60,0%; M: 55,7%).

Dal 2011 al 2022 notiamo un mutamento delle preferenze e delle differenze per genere. In tutta la popolazione gli aperitivi restano in prima posizione, mentre al secondo posto la birra del 2011 viene sostituita dal vino, al terzo si passa dai superalcolici alla birra e invece in ultima posizione al posto del vino troviamo i superalcolici. In entrambe le edizioni troviamo marcate differenze di genere. In tutte le rilevazioni in cui sono stati presenti gli alcolpops sono risultati in ultima posizione. Dal 2015 era evidente un'omogeneità di comportamenti tra i generi, con le ragazze che mostravano percentuali di consumo sempre più vicine a quelle dei coetanei (Figura 3).

| | | Prima | Seconda | Terza | Quarta | Quinta (2011) |
|------|---------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 2011 | Maschi | Birra (56,1%) | Aperitivi (49,5%) | Vino (45,8%) | Superalcolici (45,7%) | Alcolpops (23,5%) |
| | Femmine | Aperitivi (45,7%) | Birra (38,3%) | Superalcolici (37,32) | Vino (36,9%) | Alcolpops (19,5%) |
| | Totale | Aperitivi (47,6%) | Birra (47,4%) | Superalcolici (41,5%) | Vino (41,4%) | Alcolpops (21,5%) |
| 2022 | Maschi | Aperitivi (71,8%) | Birra (65,8%) | Vino (65,3%) | Superalcolici (55,7%) | |
| | Femmine | Aperitivi (78%) | Vino (64,3%) | Superalcolici (60%) | Birra (59,2%) | |
| | Totale | Aperitivi (74,8%) | Vino (64,8%) | Birra (62,6%) | Superalcolici (57,8%) | |

Figura 3. Graduatoria delle preferenze delle bevande consumate per genere. Elaborazioni ARS su dati EDIT 2011 e 2022

Il consumo eccedentario e i fattori di rischio Analisi bivariata

Con il fine di indagare i fattori di rischio e protettivi rispetto al consumo eccedentario di alcol, sono stati realizzati due gruppi di osservazione. Il campione rispondente è stato suddiviso, separando la parte che ha sperimentato almeno un'ubriacatura e/o un episodio di binge drinking nei 12 mesi precedenti alla rilevazione (n. 4394) da coloro che non hanno assunto alcol in modo eccedentario (n. 4128).

L'età si rivela essere un fattore che si trasforma, fino ai 15 anni risulta è minoritaria la parte di soggetti bevitori a rischio (14=27,2%; 15= 38,2%, $p<0,0001$), mentre dai 16 anni diventa prevalente (16= 52,2%; 17= 61,6%; 18+= 69,6%, $p<0,0001$). Il sesso femminile mostra una tendenza al consumo a rischio lievemente superiore rispetto ai compagni (F= 51,9% vs M= 47,6%, $p=0,0005$). Importante risulta l'influenza della qualità dei rapporti con la famiglia ($p<0,0001$), laddove è considerata cattiva aumenta il consumo di alcol a rischio (62,9%) rispetto a chi la riconosce come buona (46,8%). Al contrario, i buoni rapporti con il gruppo di pari si caratterizzano come fattore di rischio, evidenziando una dinamica opposta alla precedente, con una maggiore frequenza di soggetti bevitori nel gruppo di coloro che hanno un buon rapporto con coetanei e coetanee (50,9%) a fronte di chi lo ha cattivo 42,5%, $p<0,0001$). Probabilmente il consumo eccedentario trova nelle uscite con il gruppo di pari un'occasione privilegiata.

Il peggior rendimento scolastico risulta una dimensione associata al consumo eccedentario di alcol (56,6%), specularmente chi dichiara di avere una buona carriera scolastica risulta prevalentemente un soggetto non bevitore a rischio (53,5%) ($p < 0,0001$). Anche l'eccessivo utilizzo di dispositivi tecnologici emerge come fattore di rischio, con il 52,5% di adolescenti che li utilizzano per un tempo maggiore di 5 ore quotidiane che hanno sperimentato ubriacature e/o episodi di binge drinking ($p < 0,0001$).

Mostrano una maggiore esposizione a esperienze di ubriacatura e/o di binge drinking la parte di adolescenti risultata esposta a distress, misurato con la *Kessler Psychological Distress Scale (K6)*² (57,1% vs il 42,9% che non consuma alcol in modo eccedentario, $p < 0,0001$) e chi ha dichiarato di aver subito episodi di bullismo o cyberbullismo (54,1% vs il 48,9% che non li ha vissuti, $p = 0,0026$). L'attività fisica e l'identità di genere non mostrano un'associazione statisticamente significativa con il rischio di ubriacatura. Mostrano invece una marcata associazione con il consumo eccedentario di alcol il fumo, sia occasionale (81,4%) che regolare (89%) e l'assunzione di sostanze psicotrope (84,4%) ($p < 0,0001$). Infine anche avere i genitori che consumano alcol appare una condizione che aumenta l'esposizione al consumo eccedentario di alcol per il 51,5% nel caso in cui il consumo riguardi un solo genitore, il 54,4% nel caso di entrambi (Tabella 4).

| Fattori e comportamenti | | Consumo eccedentario a rischio (%) | P value |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|
| Totale | | 49,7 [48,5-50,9] | |
| Sesso | femmine | 51,9 [50,1-53,7] | p=0,0005 |
| | maschi | 47,6 [45,9-49,3] | |
| Età | 14 | 27,2 [24,5-30,1] | p<0,0001 |
| | 15 | 38,2 [35,6-40,9] | |
| | 16 | 52,2 [49,5-54,8] | |
| | 17 | 61,1 [58,9-64,2] | |
| | 18+ | 69,6 [67,4-71,7] | |
| Rapporto con la famiglia | buono | 46,8 [45,5,48,2] | p<0,0001 |
| | cattivo | 62,9 [60,1,65,7] | |
| Rapporto con coetanei/e | buono | 50,9 [49,6-52,3] | p<0,0001 |
| | cattivo | 49,7 [39,4-45,6] | |
| Rendimento scolastico | buono | 46,5 [45,0-48,0] | p<0,0001 |
| | cattivo | 56,6 [54,4-58,8] | |
| Tempo di utilizzo di dispositivi | ≤5ore | 46,5 [44,7-48,3] | p<0,0001 |
| | >5ore | 52,4 [50,7,54,0] | |
| Distress | no | 46,5 [45,0-48,0] | p<0,0001 |
| | si | 57,1 [54,9-59,2] | |
| Bullismo e/o cyberbullismo ricevuto | no | 48,9 [47,5-50,2] | p=0,0026 |
| | si | 54,1 [51,0-57,2] | |
| Attività fisica | insufficiente | 48,5 [45,8-51,2] | p=0,6425 |
| | sufficiente | 49,3 [47,8-50,7] | |
| Identità di genere | uguale al sesso biologico | 49,5 [48,2-50,8] | p=0,4292 |
| | diversa dal sesso biologico | 46,8 [40,5-53,3] | |
| Fumo | no | 35,2 [33,8-36,6] | p<0,0001 |
| | saltuario | 81,4 [78,7-83,8] | |
| | abituale | 89 [86,9-90,7] | |
| Sostanze | no | 39,5 [38,1-40,8] | p<0,0001 |
| | si | 84,4 [82,3-86,2] | |
| Alcol genitori | no | 39,4 [37,1-41,8] | p<0,0001 |
| | uno | 51,5 [49,3-53,8] | |
| | entrambi | 54,4 [52,5-56,3] | |

Tabella 4 – Percentuale di soggetti con consumo eccedentario a rischio per livello di fattore di rischio potenziale – Stime puntuali e intervallo di confidenza al 95%, p-value del test statistico chi- quadrato - Elaborazioni ARS su dati EDIT 2022

² Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine. 2002;32:959–976.

Analisi di regressione multivariata

Dall'analisi di regressione multivariata emergono 10 fattori di comportamento significativamente rilevanti in associazione al consumo eccedentario di alcol, sui 13 complessivamente indagati. Grazie a questa analisi l'effetto di ogni fattore è stato aggiustato per quello degli altri.

Osservando il dettaglio notiamo che l'aumentare dell'età aumenta l'associazione con il consumo eccedentario di alcol, soprattutto l'essere maggiorenni (rischio relativo 18+ vs 14 pari a 2,18, $p < 0,0001$), come appartenere al sesso femminile (RR maschi vs femmine: 0,94, $p = 0,018$). La variabile "famiglia" aumenta la probabilità di ubriacarsi o sperimentare binge drinking sia in caso di rapporti familiari considerati di cattiva qualità (RR: 1,13, $p < 0,0001$), che di consumo di alcol da parte dei genitori (di uno dei due vs nessuno, 1,17, o di entrambi vs nessuno, 1,23, $p < 0,0001$).

Il cattivo rendimento scolastico (RR: 1,08, $p < 0,007$) e l'eccessiva esposizione ai dispositivi tecnologici (RR >5h vs <5 o mai: 1,10, $p < 0,0001$) appaiono come fattori che aumentano l'assunzione eccedentaria di alcol.

Molto correlate alle ubriacature e al binge risultano l'abitudine al fumo (RR fumo saltuario vs mai: 1,79, $p < 0,0001$; RR fumo abituale vs mai 1,74, $p < 0,0001$) e il consumo di sostanze psicotrope (RR: 1,42, $p < 0,0001$).

Invece risultano fattori protettivi la scarsa qualità dei rapporti con il gruppo dei pari (RR rapporti giudicati cattivi vs buoni: 0,80, $p < 0,0001$) e l'assenza di attività fisica (RR: 0,93, $p = 0,011$). Non mostrano associazioni statisticamente significative ($p\text{-value} > 0,05$) il distress, l'aver subito bullismo o cyberbullismo e il presentare una condizione di disforia di genere.

In estrema sintesi osserviamo che i fattori che incidono prevalentemente sul rischio di consumare alcol in modo eccedentario sono: essere maggiorenni, fumare, assumere sostanze psicotrope ed avere genitori consumatori di alcol (Tabella 5).

| | RR | Intervallo di confidenza (95%) | | p-value |
|---------------------------------|------|-----------------------------------|------|---------|
| Età | | | | |
| 14 | 1,00 | - | - | Rif. |
| 15 | 1,32 | 1,15 | 1,50 | <0,0001 |
| 16 | 1,73 | 1,53 | 1,95 | <0,0001 |
| 17 | 1,90 | 1,69 | 2,15 | <0,0001 |
| 18+ | 2,18 | 1,94 | 2,46 | <0,0001 |
| Sesso | | | | |
| F | 1,00 | - | - | Rif. |
| M | 0,94 | 0,89 | 0,99 | 0,018 |
| Rapporti con la famiglia | | | | |
| buoni | 1,00 | - | - | Rif. |
| cattivi | 1,13 | 1,07 | 1,20 | <0,0001 |
| Rapporti con coetanei/e | | | | |
| buoni | 1,00 | - | - | Rif. |
| cattivi | 0,80 | 0,74 | 0,86 | <0,0001 |
| Rendimento scolastico | | | | |
| buono | 1,00 | - | - | Rif. |
| cattivo | 1,08 | 1,02 | 1,14 | 0,007 |
| Tempo sui dispositivi | | | | |
| <5h | 1,00 | - | - | Rif. |
| >5h | 1,10 | 1,04 | 1,15 | <0,0001 |
| Distress | | | | |
| no | 1,00 | - | - | Rif. |
| si | 1,05 | 0,99 | 1,11 | 0,099 |
| Prepotenze | | | | |
| no | 1,00 | - | - | Rif. |
| si | 1,01 | 0,95 | 1,08 | 0,787 |
| Scarsa attività fisica | | | | |
| no | 1,00 | - | - | Rif. |
| si | 0,93 | 0,87 | 0,98 | 0,011 |
| Disforia di genere | | | | |
| no | 1,00 | - | - | Rif. |
| si | 0,90 | 0,78 | 1,04 | 0,145 |
| Abitudine al fumo | | | | |
| non fumatore | 1,00 | - | - | Rif. |
| saltuario | 1,79 | 1,68 | 1,90 | <0,0001 |
| abituale | 1,74 | 1,64 | 1,85 | <0,0001 |
| Uso di sostanze | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------|------|------|------|---------|
| no | 1,00 | - | - | Rif. |
| si | 1,42 | 1,35 | 1,49 | <0,0001 |
| Consumo alcol genitori | | | | |
| nessuno | 1,00 | - | - | Rif. |
| uno | 1,17 | 1,09 | 1,26 | <0,0001 |
| entrambi | 1,23 | 1,15 | 1,31 | <0,0001 |

Tabella 5 – Rischi relativi aggiustati di consumo eccedentario di alcol nella popolazione adolescente toscana – Analisi di regressione multivariata – Rischi relativi e intervallo di confidenza al 95%, p- value.

Discussione

Nella popolazione adolescente toscana l'andamento del consumo di alcolici *una tantum* negli anni mostra un andamento in lieve calo. Parallelamente, anche in Italia si rileva un ormai consolidato trend di diminuzione del consumo di bevande alcoliche generale, avviato dagli anni '50 del 1900.

I risultati di questo studio Toscano mostrano che, nel 2022, analogamente a quanto rilevato nella Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey, che ha coinvolto 45 paesi (compresa l'Italia), viene riscontrata una maggiore prevalenza di uso di alcolici tra i ragazzi, soprattutto tra quelli più giovani. Infatti, i dati di questa indagine internazionale [13] confermano l'alcol come la sostanza più comunemente usata dai soggetti quindicenni, nonostante il declino dell'uso a partire dal 2014. Uno studio Italiano dello stesso anno [14] ha identificato un gruppo di circa il 21% di adolescenti di 15 anni che abusavano di alcol e mostravano tassi più elevati di altri comportamenti a rischio come uso di cannabis, esperienza di gioco d'azzardo, litigi con il gruppo dei pari, forte abitudine al fumo oltre ad un approccio scolastico più negativo rispetto ai coetanei e alle coetanee con uso più moderato di alcol o adolescenti che non bevono o bevono raramente.

Il nostro studio mostra un trend in continua crescita delle "ubriacature" dal 2018 al 2022. Inoltre, per studenti e studentesse (14-19 anni) veniva registrata un'ubriacatura almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Nel 2022, nello specifico le ragazze raggiungevano il 55,8% rispetto al 48,5% dei maschi quando si trattava di avere "almeno un'ubriacatura" e i maschi il 27,1% rispetto al 23,1% per "almeno un episodio di binge drinking". In generale i risultati del nostro studio dimostrano la grande diffusione negli ultimi decenni del modello di consumo nordico sul territorio nazionale nella popolazione giovane. Albeertos et al. [15] ha indagato l'effetto protettivo del tempo libero familiare e del rischio del tempo libero non strutturato sull'uso annuale di alcol nella popolazione adolescente olandese con un basso livello di autocontrollo. Questa ricerca ha coinvolto 4608 adolescenti di età compresa tra i 12 ei 17 anni provenienti da tre paesi (Spagna, Perù e Paesi Bassi). In Spagna e Perù, i dati sono stati raccolti attraverso un questionario autosomministrato che faceva parte del progetto Your Life [16]. Nei Paesi Bassi era stato, invece, utilizzato un questionario autosomministrato, raccolto dall'Università di Utrecht. I risultati di questo studio hanno dimostrato che il coinvolgimento in attività non strutturate aumenta la probabilità di bere alcolici più frequentemente e intensamente (binge drinking) in tutti e tre i paesi. Al contrario, il tempo libero strutturato non risulta associato negativamente al consumo di alcol in nessuno dei paesi considerati. Lo studio ha inoltre dimostrato che le attività del tempo libero in famiglia hanno ridotto il rischio di coinvolgimento nell'uso di alcolici annuali e incontrollati tra i soggetti adolescenti nei

Paesi Bassi e in Spagna, ma non in Perù. L'associazione protettiva tra il tempo libero in famiglia e il consumo annuale di alcol (non binge drinking) si applicava in particolare alla parte di adolescenti olandesi con un basso livello di autocontrollo.

Secondo i dati Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) sul campione considerato, tutto il campione di adolescenti aveva bevuto due o più volte nella vita e quasi 1 su 7 (15%) aveva vissuto un'ubriacatura negli ultimi 30 giorni; l'ubriachezza era più frequente tra i ragazzi rispetto alle ragazze in tutte le fasce d'età e in quasi tutti i paesi partecipanti alla raccolta dei dati, sebbene un aumento del consumo di alcolici era stato riportato maggiormente tra le ragazze adolescenti [14].

Dai risultati del nostro studio emerge un maggior rischio di un consumo di eccessive quantità di alcol, le ragazze adolescenti, con un cattivo rapporto con i genitori ed il gruppo di pari, con un peggiore rendimento scolastico, che fanno scarsa attività fisica, che fumano, fanno uso di sostanze stupefacenti, che trascorrono un periodo maggiore di 5 ore al giorno su dispositivi tecnologici e i cui genitori, entrambi o 1 di loro fanno uso di bevande alcoliche. Certamente i coetanei e le coetanee sono importanti fonti di influenza sugli atteggiamenti e sul comportamento di soggetti giovani e possono contribuire alla sperimentazione di comportamenti a rischio, come il binge drinking [17,18]. Livelli più elevati di ricerca di sensazioni e impulsività, che sono associati al rischio di assunzione di alcolici e binge drinking, erano in passato più frequentemente riscontrati nei maschi adolescenti rispetto alle femmine, ciò spiegava anche la oramai pregressa maggior prevalenza di binge drinking tra i maschi [19]. Al contrario, negli ultimi decenni, c'è stato un relativo aumento del consumo di alcol da parte delle donne, soprattutto in età più giovane, tanto che il divario storico tra i sessi nel consumo di alcol si sta riducendo e, in alcune età, addirittura si sta invertendo [20,21].

L'Italia si è classificata tra i paesi considerati in HBSC con la più alta prevalenza di consumo regolare di alcol, mentre si posizionava nella seconda metà della classifica internazionale per ubriachezza per entrambi i sessi.

In media, il 58% dei soggetti adolescenti europei e canadesi inizia a sperimentare il consumo di alcol prima dei 15 anni. Ad esempio, nel 2018 il 39% degli adolescenti francesi e il 25% delle adolescenti avevano bevuto per la prima volta prima dei 11 anni, mentre in Italia nello stesso anno la percentuale era rispettivamente di 21 e 9% [13]. Secondo i dati della Pan American Health Organization [22] il 50% della popolazione adolescente in Sud America ha dichiarato di aver bevuto alcolici prima dei 14 anni. Risulta interessante conoscere le abitudini della popolazione giovane toscana anche per monitorare la diffusione dei due modelli di consumo di bevande alcoliche, nordico e mediterraneo [23]. Si tratta di una distinzione riconosciuta da tempo che vede differenze per le modalità di assunzione delle bevande alcoliche, le circostanze di consumo, quindi il profilo di chi beve e il pattern. I risultati del nostro studio mettono in evidenza che il 74,8% della popolazione adolescente toscana ha consumato gli aperitivi e gli spumanti almeno una volta nella vita, seguiti dal consumo di vino (64,8%) e dalla birra (62,6%) e infine dai superalcolici e i long drinks (57,8%). Ciò mette in evidenza che gli episodi di ubriacatura non sono l'unico indicatore mediante il quale poter misurare la propensione al consumo eccedentario di alcol. Queste prevalenze mettono in risalto, come già evidenziato nello studio condotto dall'Agenzia

Regionale di Sanità della Toscana [24], le tradizionali caratteristiche mediterranee in concomitanza con la presenza di modelli più tipici del Nord Europa.

Conclusioni

Dalle evidenze delle ricerche EDIT è possibile affermare che sia avvenuto un vero e proprio mutamento in Toscana: la popolazione adolescente toscana ha negli ultimi 17 anni introdotto e consolidato una coesistenza dei modelli di consumo, nella direzione di una sempre maggior adesione al pattern nordico. Operando un confronto con i risultati delle passate edizioni si evidenzia che, a fronte di un costante calo del consumo di alcol generale, il trend che registra un aumento del consumo eccedentario di alcol continua a crescere.

La diffusione del fenomeno del consumo di alcolici nella popolazione adolescente sembra infatti sempre più estesa e dinamica, con un modello di consumo affine a quello nordico, con alte percentuali di binge drinking sovrapponibili alla frequenza delle ubriacature.

Risulta, inoltre, evidente che il genere pesa sul tipo di utilizzo di alcol, infatti bere alcolici è tendenzialmente più diffuso tra le ragazze, con evoluzioni importanti anche rispetto al consumo eccedentario. Altri fattori associati ad un maggior rischio di un consumo di eccessive quantità di alcol risultano un cattivo rapporto con i genitori e il gruppo di pari, un peggiore rendimento scolastico, il fumo, l'uso di sostanze stupefacenti, l'uso di dispositivi tecnologici per un periodo maggiore di 5 ore al giorno, l'uso di bevande alcoliche in 1 o entrambi i genitori. Su queste trasformazioni incidono certamente da un lato la globalizzazione e l'internazionalizzazione degli stili di consumo e dall'altro i cambiamenti portati dall'emancipazione della donna nella società contemporanea.

Si rendono necessari ulteriori studi per comprendere meglio l'impatto a lungo termine degli interventi di salute pubblica, incentrati sulla conoscenza delle vulnerabilità dei soggetti adolescenti ed effettuati sui comportamenti a rischio, che possano incidere sul consumo di alcolici. In questo contesto, lo sviluppo di interventi per ridurre il binge-drinking tra adolescenti è diventato una priorità della ricerca scientifica.

Per Corrispondenza

Andreoni Elena, Via Mario Roselli Cecconi 29 50127 Firenze. E-mail elenaandreoni.ea@gmail.com, elena.andreoni@ars.toscana.it

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica, 2021. INCIDENTI STRADALI Anno 2021. Available at: https://www.istat.it/it/files//2022/07/REPORT_INCIDENTI_STRADALI_2021.pdf
2. Allamani A, Pepe P, Baccini M, Massini G, Voller F. Europe. An analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction among consumption, related harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies. *Subst Use Misuse*. 2014 Oct;49(12):1692-715. doi: 10.3109/10826084.2014.925314. Epub 2014 Jul 8. PMID: 25004138.
3. World Health Organization, 2021. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/ada-action-plan-on-alcohol-second-draft.pdf?sfvrsn=a994ba7a_3&download=true
4. World Health Organization. (2000). European Alcohol Action Plan 2000–2005 EUR/LVNG 01 05 01 WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
5. Allamani A, Voller F, Bravi S, Pepe P, Biffino M, Buscema PM, Maurelli G, Massini G, Einstein S, Manthey J, Rehm J. Alcohol Addiction: One Entity or Different Entities? A DSM- 4-Based Attempt Toward a Geographicization of Alcohol Addiction and Abuse. *Alcohol Alcohol*. 2022 Nov 11;57(6):687-695. doi: 10.1093/alcalc/agac021. PMID: 35596950.
6. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;(5):CD009113. doi: 10.1002/14651858.CD009113. PMID: 21563171.
7. Newton NC, Debenham J, Slade T, Smout A, Grummitt L, Sunderland M, Barrett EL, Champion KE, Chapman C, Kelly E, Lawler S, Castellanos-Ryan N, Teesson M, Conrod PJ, Stapinski L. Effect of Selective Personality-Targeted Alcohol Use Prevention on 7-Year Alcohol-Related Outcomes Among High-risk Adolescents: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2022 Nov 1;5(11):e2242544. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.42544. PMID: 36394873; PMCID: PMC9672969.
8. Piano regionale della Prevenzione 2020-2025 della Regione Toscana. [Delibera n.1406 del 27-12-2021. Programma PP01 SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE](#)
http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5314160&nomeFile=Delibera_n.1406_del_27-12-2021-Allegato-A.
9. Agenzia regionale di sanità, Regione Toscana, Anci Toscana, Laboratorio Mes della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, del Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza dell'Istituto degli Innocenti, Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente. Relazione sanitaria regionale "Welfare e Salute in Toscana 2022". Link: <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4836-welfare-e-salute-in-toscana-2022.html>
10. ESPAD Report 2019
http://www.espad.org/sites/espad.org/files/20203880_TD0320532ENN_PDF.pdf
11. Lastrucci V, Lazzeretti M, Innocenti F, Lorini C, Berti A, Silvestri C, Chiesi F, Schirripa A, Paoli S,

- Di Pisa G, Moscadelli A, Bonaccorsi G, Voller F. Trends in Adolescent Health Risk Behaviors and Wellbeing: A 10 Year Observation from the EDIT Surveillance of Tuscany Region, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 3;19(11):6863. doi: 10.3390/ijerph19116863. PMID: 35682446; PMCID: PMC9180865.
12. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" (17A03142).
 13. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jastad A, Cosma A. Spotlight on adolescent health and wellbeing. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School- aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
 14. Charrier L, Canale N, Dalmasso P, Vieno A, Sciannameo V, Borraccino A, Lemma P, Ciardullo S, Berchiolla P; 2018 HBSC-Italia Group; the 2018 HBSC-Italia Group. Alcohol use and misuse: a profile of adolescents from 2018 Italian HBSC data. *Ann Ist Super Sanita*. 2020 Oct-Dec;56(4):531-537. doi: 10.4415/ANN_20_04_18. PMID: 33346182.
 15. Albertos A, Koning I, Benítez E, De Irala J. Adolescents' Alcohol Use: Does the Type of Leisure Activity Matter? A Cross-National Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 31;18(21):11477. doi: 10.3390/ijerph182111477. PMID: 34769992; PMCID: PMC8582791.
 16. Carlos S, Osorio A, Calatrava M, Lopez-Del Burgo C, Ruiz-Canela M, de Irala J. Project YOURLIFE (What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality, and Related Risk Behavior): Cross-sectional and Longitudinal Protocol. *Front Public Health*. 2016 Feb 22;4:28. doi: 10.3389/fpubh.2016.00028. PMID: 26942175; PMCID: PMC4761899.
 17. Schriber RA, Guyer AE. Adolescent neurobiological susceptibility to social context. *Dev Cogn Neurosci*. 2016 Jun;19:1-18. doi: 10.1016/j.dcn.2015.12.009. Epub 2015 Dec 25. PMID: 26773514; PMCID: PMC4912893. Steinberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Dev Rev*. 2008 Mar;28(1):78-106. doi: 10.1016/j.dr.2007.08.002. PMID: 18509515; PMCID: PMC2396566.
 18. Shulman EP, Harden KP, Chein JM, Steinberg L. Sex differences in the developmental trajectories of impulse control and sensation-seeking from early adolescence to early adulthood. *J Youth Adolesc*. 2015 Jan;44(1):1-17. doi: 10.1007/s10964-014-0116-9. Epub 2014 Mar 30. PMID: 24682958.
 19. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Informe 2022. Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994–2021; de Sanidad, M., Ed.; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Madrid, Spain, 2022; p. 293.
 20. Iwamoto, D.K.; Mui, V.W. Young Adult Women and Alcohol-Related Problems: The Key Role of Multidimensional Feminine Norms. *Subst. Abus*. 2020, 14, 1178221819888650
 21. Pan American Health Organization (PAHO). Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas; PAHO: Washington, DC, USA, 2015
 22. Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N. International comparisons of alcohol consumption.

Alcohol Res Health. 2003;27(1):95-109. PMID: 15301404; PMCID: PMC6676703.

23. Olimpi N, Bravi S, Allamani A, Voller F. Le variazioni nel consumo di alcol in Italia dall'età giovanile a quella adulta [Changes in alcohol consumption from youth to adulthood in Italy]. Ig Sanita Pubbl. 2017 Jul-Aug;73(4):325-341. Italian. PMID: 29099824.

Rossin Maria Raffaella, Psicologa - Psicoterapeuta – già responsabile NOA Asst Fatebenefratelli –Sacco – Milano - collabora con l'ambulatorio per il disagio giovanile di Casa Pediatrica Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER PAZIENTI CON DUA: RIFLESSIONI SUL PERCORSO E SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI.

Riassunto

In questo articolo vengono presentate delle riflessioni sul percorso terapeutico del paziente DUA (Disturbo da Uso di Alcol) in una comunità residenziale e sull'approccio multiprofessionale più adatto per lavorare con l'alcolista e con i suoi familiari. Inoltre si valutano gli obiettivi che i professionisti dell'équipe psico-educativa e sanitaria dovrebbero perseguire nelle attività con il paziente DUA. Proprio per questo è necessario che gli operatori lavorino sulla comunicazione, sulla propria storia personale, sulle paure e le motivazioni che li portano ad affrontare un'attività così complessa e difficile come il lavoro terapeutico con i pazienti alcolodipendenti e le loro famiglie.

Parole Chiave: Riflessioni, obiettivi, storia personale, paura, motivazione

Abstract

This paper presents some food for thought about the therapeutic path for the AUD (Alcohol Use Disorder) patient in a residential community and about the most suitable multidisciplinary approach in order to treat with the alcoholic and his family. Besides, this paper aims to analyse the goals that the psychoeducational and medical team of experts must be achieved through their working activities carried out in close contact with the AUD patient. Precisely according with these conditions, operators must work on communication skills, on their own personal history, on their fears and motivations that lead them to face such a complex professional activity as therapeutic specialist job with alcoholic patients and their families.

Key Words: Food for thought, goals, personal history, fear, motivation.

Il percorso del paziente DUA in comunità terapeutica

Il percorso terapeutico del/della paziente DUA (Disturbo da Uso di Alcol) in una comunità residenziale apre molte riflessioni sia sull'approccio multiprofessionale più adatto a raggiungere specifici obiettivi con l'alcolista e con i suoi familiari, sia sull'operato dei professionisti che, in ambito psico-educativo e sanitario, sono tenuti a lavorare per molto tempo in stretto contatto con questo tipo di paziente.

La persona con dipendenza da alcol che arriva in Comunità Terapeutica (CT) dovrebbe essere inviata da un servizio territoriale che ha già svolto una valutazione, una diagnosi e, attraverso un iniziale percorso di trattamento, ha stabilito che il percorso comunitario è la scelta terapeutica più adeguata.

Quindi l'accoglienza del/della paziente avviene già con una presentazione clinica che consente all'équipe della CT di fare una valutazione più approfondita con un tempo sufficiente ad osservare il/la paziente attraverso l'accompagnamento alla vita comunitaria.

Non va dimenticato che bere troppo, per una persona di un paese mediterraneo non è, a livello simbolico, come avere una dipendenza dalle sostanze illegali. Il significato antropologico del vino è molto complesso e collega riti e religioni. Parlare della storia del vino è come parlare della storia dell'uomo [1] e come bevanda sacra per eccellenza, rappresenta un legame con il sangue e le sue iniziazioni; il vino, collega Dioniso a Cristo e nell'antichità l'ebbrezza era considerata pari ad uno stato d'estasi mistica avvicinando l'uomo alla divinità e consentendo di evadere temporaneamente dalle preoccupazioni e dalle fatiche e rendendo più acute le percezioni. Tutto questo per dire che l'alcol e il vino, in particolare, rappresentano nell'immaginario individuale una sostanza non pericolosa e controllabile perché lecita e appartenente alla nostra cultura. Il/la paziente DUA fatica ad accettare che proprio l'alcol sia la causa dei suoi problemi personali, relazionali e sanitari e arriva alla cura quasi sempre con molto ritardo anche a causa della scarsa informazione sulle tematiche alcoliche che ancora caratterizza il bagaglio culturale del personale sanitario e psico-socio-assistenziale.

Anche i familiari dell'alcol dipendente evitano, per lungo tempo, di non affrontare il problema per lo stigma sociale e anche per la difficoltà a trovare interlocutori preparati e non giudicanti.

Dal 2014 nei Nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) l'etanolo viene descritto come una sostanza tossica, cancerogena e psicoattiva, per la quale non è possibile individuare quantità "raccomandabili" ma nemmeno "ammissibili" o sicure per la salute.

Gli operatori dell'équipe multiprofessionale della CT dovrebbero ricordare queste premesse quando raccolgono la storia del/della paziente non dimenticando che il disturbo da uso di alcol moderato e grave è una patologia cronica recidivante, che esiste una familiarità e che la ricaduta alcolica è una modalità presente per sempre nella vita del paziente DUA che può ricercare le sensazioni di sedazione dal dolore interno che ha provato bevendo troppo anche dopo aver fatto un lungo lavoro interiore anche con il suo contesto familiare e relazionale.

L'osservazione della persona che entra in CT è la fase più importante per definire gli obiettivi e il programma per raggiungerli. Un paziente con buona intelligenza emotiva e capacità introspettive non può avere lo stesso programma di un paziente che ha bisogno di divieti esterni.

L'esperienza di lavoro di questi anni e la letteratura ci insegnano che chi beve troppo ha disfunzionalità [2] nella comunicazione, alessitimia, problemi relativi all'autostima, difficoltà ad adottare idonee strategie di coping, bassa qualità della vita nelle aree psicologiche e relazionali e queste problematiche coinvolgono anche i familiari.

La persona con disturbo da uso di alcol (DUA) crea problemi gravi:

- a se stesso
- alla famiglia
- al partner
- ai figli e al loro percorso di vita
- nel contesto lavorativo
- nel sistema sociale in cui gravita

e gli operatori della CT devono occuparsi di tutti questi aspetti partendo dal passato del/della paziente, dalla sua storia ma anche dalla paura di chi beve troppo e dei familiari.

Ma di che cosa realmente hanno bisogno gli alcolisti e i familiari che fanno un percorso in una Comunità Terapeutica?

Hanno sicuramente bisogno di essere accolti, di parlare con operatori preparati ad ascoltare i loro problemi; di sentire rispetto per il dolore che stanno vivendo; di sentire che gli operatori che li accolgono hanno esperienza e competenza in ambito alcolologico; di sentirsi proporre protocolli di cura consolidati; di potersi affidare; di capire il tipo di percorso trattamento che si offre loro; di trovarsi di fronte a scelte ben precise da fare per raggiungere l'astinenza alcolica e il miglioramento nelle aree di salute vitale. L'alcolista porta con sé, da molti anni, un dolore interno che ha attivato la sua sensibilità e che, nel tempo, è diventato sempre più difficile da sopportare. Le caratteristiche psicologiche che compaiono costantemente nell'alcolodipendente determinano l'instaurarsi di una sofferenza interiore che accompagna l'individuo dall'infanzia. [3]. Le situazioni elencate di seguito, ad esempio, creano e alimentano una sofferenza che, nel tempo, diventa difficile da gestire: pesanti conflitti familiari e di coppia; disinteresse o poca attenzione dei genitori nei confronti dei bisogni psicologici dei figli; confusione e inversione di ruoli tra i componenti della famiglia; obbligo di assumersi compiti e responsabilità superiori a quelli dell'età uniti ad incapacità di soddisfare le aspettative dei genitori; sentimenti di abbandono con frustrazioni e scarse gratificazioni da parte delle figure di riferimento. Questo dolore interno [4] che scaturisce dall'insoddisfazione di sé stessi, dalla paura dell'ambiente in cui si vive, dall'incapacità di vedere sbocchi positivi davanti a sé, diventa, nel tempo, un compagno ambiguo. L'alcolista si riconosce attraverso questo dolore che lo/la contraddistingue, che lo/la fa sentire vivo/a e che non vuole abbandonare perché il vuoto che creerebbe sarebbe intollerabile e teme che gli faccia perdere una parte della propria identità. Quindi lo sopporta, lo mimetizza con l'aggressività, la depressione, l'arroganza, l'indifferenza o la debolezza ma, nel tempo, il dolore diventa sempre più avido di energia e sempre più difficile da controllare e più pesante da sostenere senza un aiuto.

Ecco, dunque, che l'alcol è la medicina perfetta per non sentire il vuoto e la fatica e mantenere il dolore interno ma, come in un circolo vizioso, lo fa aumentare di intensità e più il bevitore assume alcol e peggiora nella sua dipendenza, più il dolore richiede attenzione e diventa insistente.

Contemporaneamente si attiva un peggioramento delle condizioni di autostima e di autogratificazione dell'alcolista che, continuando a bere, vede deteriorarsi il suo stile di vita, decadere la capacità di relazionarsi all'esterno e assiste, quindi, ad una graduale, ma inarrestabile, chiusura rispetto al mondo circostante sia affettivo che sociale e lavorativo. Per il paziente DUA smettere di bere significa imparare a sopportare il dolore interno e per i familiari significa riconoscere l'esistenza di questo dolore anche in sé stessi. L'operatore Socio Sanitario non può dimenticare questo dolore quando accompagna il bevitore nel percorso assistenziale perché solo ricordandolo nelle sue varie sfaccettature può comunicargli appoggio e solidarietà. Non va dimenticato che il nostro contesto sociale è più disponibile a comprendere il dolore e la sofferenza di un malato affetto da un malessere fisico o da un'infermità perché lo ritiene sfortunato, provato dalla sorte ed esente da qualsiasi colpa relativa alla malattia che l'ha colpito. Il sentire comune ritiene che un/una alcolista non possa essere degno/a di comprensione (semmai di compassione) dal momento che da solo/a si è cercato/a le sofferenze che sta affrontando e anche le malattie conseguenti la sua dipendenza. Chi beve troppo è, quindi, doppiamente colpevole: da un lato perché non è riuscito/a a smettere di bere, dall'altro perché, con la sua malattia, è un peso per la famiglia e la società.

In molti contesti si pensa che occuparsi degli alcolodipendenti sia una perdita di tempo e di risorse comunitarie che potrebbero essere impiegate per intervenire a favore di malattie più nobili e degne di attenzione. L'idea diffusa che l'alcolista sia un vizioso/a, una persona egoista e insensibile, incapace di comprendere il male che determina nella sua famiglia condiziona il bevitore e la bevitrice a ritenersi tale, non un malato/a che ha bisogno di essere curato/a anche in quel dolore che l'ha portato/a a bere troppo.

Ma chi sono i genitori del futuro alcolista? Vengono, a loro volta, da contesti con familiarità per vari tipi di dipendenza e con disturbi psicologici o psichiatrici di varia natura non curati e, quindi, uno o entrambi sono portatori di un dolore interno che non ha consentito loro di esprimersi realizzando il proprio benessere e di accorgersi del dolore dei figli. Inoltre sono famiglie con un'incapacità dei genitori ad accorgersi delle sofferenze psicologiche dei figli, una scarsa capacità di comunicare con chiarezza sulle vicende quotidiane, un'inadeguatezza nel proporsi come punti di riferimento stabili e sicuri. Non sempre, infatti, vivere con il dolore rende capaci di riconoscerlo nelle persone che ci stanno intorno e di intervenire aiutandole ad identificarlo e ad affrontarlo. Emerge chiaramente nel percorso psicoterapeutico che i pazienti DUA, da bambini, si sono sentiti soli e inadeguati, incapaci di raggiungere i genitori troppo occupati a "tirare avanti" o a vivere freneticamente cercando di raggiungere obiettivi che li facessero sentire realizzati e vincenti. Hanno cercato di crescere aggrappandosi a punti di appoggio differenti come i fratelli maggiori, i parenti più disponibili, le figure esterne che potevano fungere da modello (amici, insegnanti, leader) ma che non sempre erano positive. Non va poi dimenticato che in ogni famiglia ci vuole qualcuno che faccia la parte della "pecora nera" perché questo consente a tutti gli altri di sperimentare la gratificazione, il successo e di non sentirsi negativi. Nei nuclei equilibrati la "pecora nera" si fa a turno: tutti sono coinvolti, genitori compresi, mentre nelle famiglie dove ci sono problemi relazionali e di comunicazione il ruolo di "pecora nera" è fisso e se ne

fa carico sempre la stessa persona. Il genitore disfunzionale non è abituato a chiedere scusa per il dolore che infligge perché, troppo spesso, non è in grado di accorgersi delle ricadute negative e patologiche delle sue azioni. Come dice Barbara Spinelli nel suo articolo "Chiedere scusa" «...chiedere scusa è forse il primo atto di decenza, che ci si aspetta da chi addolora, offende, tradisce. Innanzitutto è uscire da se stessi, vedere sul volto dell'altro la ferita che ho inflitto. Questo estendere lo sguardo oltre l'io Kant lo chiama pensare ampio, oltre il circolo che disegno attorno alla mia persona». [5] Il ruolo fisso di pecora nera prevede che chi lo vive porti il dolore e il bambino/a, futuro bevitore a rischio, sperimenta su di sé per molti anni la parte del/della perdente o del/della troppo vincente senza averne la forza, ad esempio rispondendo ad alte richieste prestazionali, occupandosi dei fratelli minori, sostituendo un genitore, caricandosi di scelte premature, o cercando di raggiungere risultati elevati per adeguarsi al trend familiare, accettando attività di famiglia, caricandosi di fatiche lavorative per aiutare economicamente senza riuscire ad intravedere una via d'uscita al proprio disagio. Sia per il/la perdente che per il/la troppo vincente il dolore prende forma lentamente, giorno dopo giorno, attraverso l'incapacità del bambino/a di comprendere le non risposte ai suoi bisogni, di affrontare le sofferenze dei familiari e, in particolare, del genitore modello di identificazione che gli/le propone un 'immagine perdente o inarrivabile, piena di sofferenza o superficiale, iperprotettiva e asfissiante o fredda e distaccata.

Vivere il dolore interno fa sentire diversi; si pensa che chi non ha questo fardello sia sereno, non abbia preoccupazioni. Il dolore porta la persona a sentirsi rifiutata; fa sentire brutti, sgraditi, marchiati dalla vita e incapaci di sentirsi "in diritto" di chiedere attenzioni, amore, di prendere per sé; di costruirsi armonicamente sia dal punto di vista fisico che psichico.

Zygmunt Bauman, in Amore Liquido dice: «...per essere dotati di amore di sé, ci occorre essere amati. Il rifiuto dell'amore...genera odio di sé. L'amore di sé si costruisce con i mattoni dell'amore offertoci da altri.Altri devono amarci prima che noi possiamo iniziare ad amare noi stessi...». [6] Se non c'è l'amore adatto il dolore diventa parte del bambino/a e poi dell'adolescente. Gli tiene compagnia; cresce con lui/lei e lo/a riempie. Gli spazi lasciati vuoti dall'amore, dalle attenzioni, dalla comunicazione, dai sani conflitti, dalle affinità, dalla condivisione, dalle positive complicità vengono riempiti dal dolore interno che si adatta perfettamente a tutti gli interstizi insinuandosi lentamente nei vuoti esistenziali, negli spazi di solitudine e diventando un tutt'uno con l'interiorità dei ragazzi [7]. Attraverso questo dolore il/la giovane si riconosce, sente di essere sé stesso, crede di poter affrontare la vita con questa parte di sé che non lo/la fa sentire vuoto/a. Il dolore interno "cronico" ha caratteristiche particolari: niente a che vedere con il dolore "vivo" che colpisce e se ne va; per la sua costante presenza, per l'espandersi e prendere possesso dell'interiorità diventa gradualmente molto esigente; richiede attenzioni e cure; vuole essere ascoltato ed esaudito ogni giorno di più. Il ragazzo o la ragazza, il giovane uomo o la giovane donna hanno gradualmente la necessità di tenere a bada l'amico "dolore cronico" per evitare che prenda il sopravvento, che impedisca loro di vivere. L'alcol serve perfettamente a questo scopo perché anebbia il dolore, lo comprime sopprimendolo per un tempo più o meno lungo, dipende dall'intensità della bevuta. Ma anche l'alcol richiede dedizione ed esclusività perché la persona vuota di amore e piena di dolore si riempie di alcol. La persona piena di dolore, continuando a bere, riavvia il meccanismo del dolore: continuare a bere per non sentire il dolore interno.

All'inizio si beve qualche volta per non pensare, per essere disinibiti, per dormire meglio, per sentirsi euforici, per illudersi di riappacificarsi con sé stessi. Dopo qualche anno si deve bere spesso perché l'effetto dell'alcol dura poco e il dolore si fa sentire prepotentemente. Alla fine ci si accorge di bere costantemente, tutto il giorno, a orari fissi per evitare che il brevissimo effetto dell'alcol si interrompa e il bevitore si trovi di fronte alle proprie paure. L'alcol ha preso il sopravvento e il dolore che si credeva di conoscere è diventato un estraneo, un mostro che alberga dentro l'interiorità sfilacciata dell'alcolista e che gli fa sempre più paura. L'alcol annebbia il dolore, ne riduce solo temporaneamente l'intensità ma aumenta, in chi beve, le paure e l'insicurezza rendendone l'interiorità sempre più fragile. L'operatore della comunità che non considera il dolore interno nella sua giusta dimensione omette il primo elemento significativo dell'osservazione sul paziente.

Il lavoro degli operatori della CT

L'équipe multiprofessionale della CT ha la necessità di svolgere un lavoro complesso ed emotivamente intenso con ogni ospite del percorso residenziale [8]. Uno degli aspetti fondamentali della formazione degli operatori è relativo alla comunicazione all'interno dell'équipe che dovrebbe essere un obiettivo permanente per la direzione della CT nei confronti delle categorie professionali. L'alcolista e i familiari hanno bisogno di regole chiare per affrontare il trattamento alcologico con efficacia unite ad una comunicazione funzionale volta

a far capire agli ospiti e ai familiari che gli operatori sono concordi sui programmi proposti.

Il percorso di cura comunitario non serve solo a sperimentare l'astinenza alcolica ma anche a confrontarsi con problemi personali, di coppia e di famiglia che sono stati nascosti e ignorati per anni [9]. È necessario, quindi, fare un'attenta valutazione del/della paziente DUA per consentirgli di affrontare queste problematiche in base alle proprie capacità e risorse. La valutazione del servizio territoriale offre già un'indicazione diagnostica ma è l'équipe della CT che deve definire un programma psico-educativo, riabilitativo e, quando serve, anche sanitario in base all'osservazione del/della paziente nei primi mesi di residenzialità in cui l'équipe può valutare il profilo dell'alcolista e definire gli obiettivi iniziali da cui partire per il trattamento, evitando di chiedere uno sforzo troppo elevato dal punto di vista cognitivo ed emotivo ma utilizzando al meglio le risorse che alcolista e familiari possono mettere in gioco.

Gli interventi efficaci in un gioco di squadra, devono mettere in primo piano i bisogni dei pazienti, non le loro paure o le paure dell'équipe. Dire "no" a richieste che i pazienti fanno per difendersi da paura e dolore e che impediscono all'alcolista e ai familiari di procedere nelle tappe del programma serve al paziente per non cronicizzarsi e agli operatori per lavorare con professionalità ed efficacia. [10]. Durante il percorso comunitario è importante far capire al paziente che dopo la CT il percorso continua nel servizio territoriale di alcologia con un monitoraggio sanitario, un monitoraggio psico-sociale e un'eventuale frequenza ai gruppi di auto-aiuto. Proprio per questo, durante la residenzialità, è necessario contare i giorni di astinenza alcolica, prestare attenzione ai cibi, alle sostanze e ai farmaci che contengono alcol e, se viene ritenuto utile, incominciare già un gruppo di auto aiuto settimanale.

Anche nel programma residenziale il lavoro in gruppo ha un valore non sostituibile con altri interventi terapeutici; gruppi discussione, psicoeducativi, gruppi a tema, sono tanti i contenuti che, all'interno della giornata residenziale, possono essere utilizzati per proporre ai pazienti e, in certi momenti, anche ai loro parenti, spunti di riflessione e strumenti utili a costruire e consolidare le motivazioni che possono aiutarli a fare chiarezza nella loro storia personale motivandoli al mantenimento dell'astinenza alcolica. Uno degli argomenti utili e interessanti da affrontare è la narrazione della storia personale dell'alcolista che gli operatori costruiscono insieme al paziente e, quando possibile, anche ai suoi familiari [11]. Narrare la propria storia può essere difficile; diventa, quindi, essenziale, da parte degli operatori, fare le domande giuste.

La raccolta della storia del/della paziente può incominciare fin dal primo appuntamento con gli operatori che lo/la seguiranno dopo l'accoglienza e la motivazione che gli/le viene proposta per raccontarla è il bisogno di capire insieme perché si è messo/a a bere.

Ci sono, però, tanti modi di raccogliere la storia di un/a paziente, anche di quei pazienti che, si capisce in fretta, non sono molto motivati. C'è l'operatore che deve raccogliere la storia e l'operatore che vuole raccogliere la storia. La storia del/la paziente non è completa se non si è sentita anche la versione delle persone che vivono con lui/lei (partner, figli preadolescenti o

adulti, genitori, amici). I/le pazienti raccontano passaggi significativi della propria storia dopo molto tempo dalla presa in carico perché si devono affidare agli operatori o perché decidono di ricordare in un certo momento del percorso quando l'emozione del ricordo è tollerabile. Dopo aver raccolto dettagliatamente la storia del/della paziente e del/della partner arrivando almeno ai nonni, si possono fare varie ipotesi su come proseguirà il percorso di trattamento, sulle difficoltà che il/la paziente e la famiglia possono incontrare, sugli ostacoli che appaiono insormontabili per continuare il percorso.

Le difficoltà più difficili da affrontare per un/a paziente che deve raccontare la sua storia sono rappresentate da un operatore stanco; svogliato, che comunica le sue paure e le sue preoccupazioni di non essere in grado di aiutare; con le idee poco chiare sulle domande da porre; in difesa per paura di affrontare le paure del/la paziente; con «il freno a mano tirato» per paura che il/la paziente racconti troppo di sé. [12]. La raccolta della storia del/la paziente è come aprire un'indagine investigativa per capire i ruoli degli attori che hanno contribuito a creare il sintomo. Se non ci si appassiona all'indagine non si capirà nulla dei protagonisti e si farà meramente il lavoro del burocrate. Appassionarsi all'indagine significa aprire una serie a puntate in cui ogni volta si aggiunge qualcosa di nuovo e qualche colpo di scena. Il/la paziente torna dall'operatore perché lo ritiene utile. Ma all'inizio ci sono le resistenze dovute alla paura di affrontare il percorso, alla difficoltà di abbandonare l'alcol, alla carenza di motivazione.

Perché è necessario saper raccogliere la storia del paziente e della sua famiglia? Perché solo così si ha un'idea della sua mappa mentale e degli ostacoli che si troverà di fronte e per questo è necessario avere la pazienza di completare un puzzle con le informazioni del paziente collegate tra loro per proporre una tipologia di percorso che possa aiutare a realizzare almeno alcuni degli obiettivi che si evidenziano come utili per il miglioramento dello stile di vita del bevitore. Più l'operatore è interessato a capire che cosa è successo al paziente ed è incuriosito dagli aspetti della sua storia per arrivare a trovare i tasti giusti da schiacciare per ricostruire le tracce del suo passato più il paziente sente di poter contare sulla rete protettiva

che il team sta costruendo per tutelare sé stesso/a e la sua famiglia. Ogni famiglia ha delle precise coordinate che definiscono la cornice [13]. entro cui i membri della stessa devono stare. Ogni persona ha una mappa mentale che governa le sue azioni. Gli operatori che non sono interessati né alla cornice né alla mappa non fanno un lavoro utile per il paziente. Ma per occuparsi della cornice e della mappa è necessario essere creativi, avere voglia di indagare, farsi coinvolgere dalla storia del/la paziente, tormentarsi finché non si mettono a posto tutti i tasselli di quella storia, imparare a fare le domande giuste. Conoscere bene lo storytelling [14]. fare le domande giuste nella raccolta della storia del paziente è un'arte; si impara «a bottega» e non dai libri; i libri servono per raccogliere nella mente tutte le parole e i concetti per fare le domande ma la costruzione delle domande dipende dalla capacità personale, dalla creatività dell'operatore, dall'empatia che si è costruita con il/la paziente per riuscire a decodificare i messaggi inconsci che manda. Per fare le domande giuste è necessario aver interiorizzato molto sul rito e sul mito [15]. e aver capito quanto la stretta relazione tra mito e rito governa tutta la nostra vita [16].

Per fare le domande giuste è necessario avere una buona conoscenza della mitologia perché noi siamo il nostro passato [17] ed è importante che gli operatori ne abbiamo interiorizzato i passaggi per dare significato al simbolico che ogni storia del/della paziente racchiude.

Per fare le domande giuste e lavorare bene sulla storia del/della paziente l'operatore deve aver lavorato sulla propria storia, saper riconoscere i propri errori e avere capacità di autocritica e autorettifica [18]. Significa continuare a lavorare su sé stessi per evitare di chiedere ai/alle pazienti di fare quello che non si riesce a fare personalmente. Nel percorso di trattamento la storia è la trama su cui costruire le azioni terapeutiche ma non è necessario conoscerla fino in fondo se questo può nuocere all'alcolista e l'operatore si accorge che le sue difese sono troppo resistenti. Ciò che conta è non evitarla, non banalizzarla, capire se per raccontarla il/la paziente ha bisogno di tempo e di un'astinenza alcolica prolungata e definire gli interventi utili ad aspettare che il tempo del racconto arrivi. Come dice Jung: «L'incontro di due personalità è come il contatto tra due sostanze chimiche; se c'è una qualche reazione, entrambi ne vengono trasformati» [19].

L'importanza del tempo soggettivo, delle paure personali, del bisogno di vincere. Non dobbiamo dimenticare che abbiamo delle capacità e dei bisogni che ci abitano che dobbiamo esprimere, come il potere, le paure, il bisogno di vincere e di sentirci realizzati.

Questo accomuna gli operatori e i/le pazienti, ovunque. Gli obiettivi dei/delle pazienti non sempre vanno nella direzione del miglioramento personale e del mantenimento dell'astinenza alcolica. Può accadere che l'inserimento in CT venga vissuto come una pausa ma che la persona non sia pronta a lavorare su sé stessa; che abbia accettato la decisione dei familiari e del servizio territoriale; che abbia deciso di aspettare tempi migliori pensando di farcela da solo/a e che gli effetti dell'astinenza alcolica gli /le creino molta paura di lavorare su sé stesso/a. In CT il/la paziente cercherà di esprimere il proprio potere anche se con obiettivi piccolissimi, ad esempio imponendo le proprie regole per sopravvivere. Cercherà di raggiungere i suoi obiettivi disfunzionali perché non è facile lasciare "fuori" tutto quello che ti caratterizza per entrare in una cornice altra anche se ti assicurano che lì starai meglio. Quando il/la paziente si adatta subito e sembra abbandonare il suo bagaglio personale sta facendo una grande forzatura su sé stesso/a che poi dovrà

rivedere [20]. L'operatore ha i suoi obiettivi personali e poi gli obiettivi del programma comunitario. Non sempre le caratteristiche degli uni possono aiutare il raggiungimento degli altri. Gli obiettivi degli operatori possono prevedere il bisogno di potere, di autovalutazione; il bisogno di consenso, il desiderio di realizzare gli obiettivi previsti dal protocollo del "bravo operatore" oppure i membri dell'équipe potrebbero essere frustrati dal lavoro che stanno svolgendo e molto concentrati sui propri obiettivi tralasciando quelli della CT. Non è detto che questo complesso meccanismo sia cosciente e che i componenti dell'équipe multiprofessionale si interrogino su quello che succede loro interiormente ma nella formazione sarebbe auspicabile affrontare il concetto di tempo, fondamentale per il/la paziente e anche per l'operatore. Il concetto di tempo che si estrinseca nel tempo interiore, nel tempo familiare, nel tempo del lavoro, nel tempo funzionale e disfunzionale è un meccanismo che va governato con molta attenzione. I pazienti sono travolti dal loro tempo interiore ma spesso neppure gli operatori hanno una chiara idea del loro rapporto con il tempo e facendo confusione possono chiedere ai pazienti delle risposte con tempi inadeguati. Il tempo giusto nella relazione con i pazienti si sente "di pancia". La capacità di ascoltare, di aspettare, di fermarsi, spesso fa ottenere più del bisogno di avere risultati in fretta. Ma per gestire bene il proprio tempo è necessario conoscersi e sapere quali tasti schiacciare nella propria interiorità per essere in equilibrio. Troppo spesso i tempi del contesto comunitario contrastano con i tempi terapeutici e far rispettare ai pazienti i tempi del programma per verificare gli obiettivi da raggiungere può contrastare con il tempo interiore del paziente che può adeguarsi alle richieste ma viverle come una forzatura rispetto alla propria interiorità. Praticare il "tiraggio corda" quando il/la paziente vuole imporre la sua cornice esistenziale significa mandare al/alla paziente un messaggio che può allontanare e spaventare. Ecco, quindi, l'importanza che gli operatori si siano interrogati sul proprio bisogno di potere, sul bisogno di vincere. Condurre i pazienti a confrontarsi con le proprie paure e con i fantasmi che li inseguono da anni e che vengono temporaneamente fermati dall'alcol, significa trasmettere forza e sicurezza.

La CT sembra aiutare questo percorso perché i pazienti sono chiusi lì dentro ma può essere un contesto protetto per entrare in pausa e non affrontare niente. Inoltre non va dimenticato che i pazienti sono abilissimi a sentire un operatore che ha paura e che comunica insicurezza nascosta dietro a rigidità e bisogno di potere. Un operatore che chiede al paziente ciò che lui/lei stesso/a non ha mai cercato di ottenere. Come ci racconta il poeta greco Konstantinos Kavafis nella sua poesia "Aspettando i barbari" [21], ognuno di noi ha bisogno di Barbari per identificare i nemici, gli avversari, i problemi quotidiani, le preoccupazioni, le paure che ci consentono di vivere. Per condurre il paziente ad identificare i suoi Barbari, a capirne l'utilità e ad imparare a gestirli l'operatore della CT deve avere le idee chiare sui propri Barbari.

I Barbari di cui sia gli operatori sia i pazienti hanno bisogno, condizionano il percorso terapeutico e l'interazione dell'équipe comunitaria. Non tenerne conto, evitando di gestire le inevitabili tensioni che il bisogno dei Barbari comporta, può determinare delle situazioni articolate ed emotivamente complesse che coinvolgono tutto il sistema della CT.

Una formazione permanente che lavora sui conflitti dell'équipe aiutando i vari professionisti a fare a turno il ruolo di "pecora nera" identificando il significato dei Barbari e connettendolo con le paure personali consente di proporsi ai pazienti con gli strumenti giusti per essere autorevoli e affidabili. La rete protettiva che gli ospiti

della CT hanno bisogno di sentire per avviare il lavoro su sé stessi è resistente e sicura se gli operatori che la costruiscono non temono di proporsi con le proprie fragilità e abilità. Inoltre lavorare sulla paura personale e dei pazienti aiuta a scoprire spunti interessanti di riflessione perché è strettamente connessa con gli obiettivi personali e con il tempo interiore; è unita alla sensazione di perdere, di non avere possibilità, di non poter costruire nulla di positivo. La paura è anche quella di osare, con il/la paziente, un intervento, una lettura, una riflessione perché si teme la critica. Questa paura è correlata alla difficoltà di parlare apertamente in équipe; di confrontarsi con il gruppo di lavoro; di sentirsi appoggiati anche quando si sbaglia. La paura del/della paziente da parte dell'operatore va accolta, ascoltata, compresa, discussa, orientata, superata. La paura dell'operatore da parte dell'équipe va accolta, ascoltata, compresa, discussa, orientata, superata.

Per concludere è necessario ricordare che la comunicazione funzionale dell'équipe multiprofessionale rappresenta le fondamenta su cui costruire ogni azione terapeutica.

La parte nozionistica o di erudizione che fa parte del bagaglio culturale non è utile se non diventa parte del sapere comune e, quindi, la credibilità professionale di un operatore è strettamente connessa alla sua coerenza. In questo senso il bisogno di "vincere" attraverso il miglioramento dei pazienti deve essere oggetto di attenta valutazione perché non riguarda solo grandi obiettivi ma anche piccoli o piccolissimi traguardi che possono essere significativi per sentirsi apprezzati. Infine un aspetto interessante da valutare nella formazione del lavoro di équipe è la capacità di gratificare gli altri. La gratificazione dei componenti il gruppo di lavoro dovrebbe essere un elemento da coltivare [22] alimentandolo perché se l'équipe non riesce a gratificare i propri componenti sarà molto difficile che gli operatori utilizzino in modo convincente questa strategia con i pazienti.

Per Corrispondenza

Rossin Maria Raffaella, Psicologa - Psicoterapeuta – già responsabile NOA Asst Fatebenefratelli –Sacco – Milano - collabora con l'ambulatorio per il disagio giovanile di Casa Pediatrica Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano. E-mail maria.rossin@asst-fbf-sacco.it

Bibliografia

1. L. Charpentier, Il mistero del vino, mito e storia della bevanda sacra agli Dei, L'età dell'Acquario, 2008.
2. M. R. Rossin, G. Mattavelli, C. Vaccari, M.M. Ferla, Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti; Group psychological education film pathway for alcoholics and their families: a study on changes, Riv Psichiatr 2021; 56(3): 157-166.
3. S. Benzoni, Figli fragili, Laterza, 2017
4. M. R. Rossin, Il dolore nascosto di chi beve troppo, Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 5, 2010
5. B. Spinelli, Chiedere Scusa, R2 Diario, Repubblica, 22.09.2011
6. Z. Bauman, Amore liquido, Laterza, 2004
7. H. Byung-Chul, La società senza dolore, Einaudi, 2021
8. AA.VV., La comunità terapeutica, Cortina, 1998
9. E. Borgna, Parlarsi, la comunicazione perduta, Einaudi, 2015
10. F. Walsh, La resilienza familiare, Cortina, 2008
11. J. Byng-Hall, Le trame della famiglia, Cortina, 1998
12. M. White, La terapia come narrazione, Astrolabio, 1992
13. T. Ingold, Siamo linee, Per un'ecologia delle relazioni sociali, Treccani, 2015
14. A. Baricco, Alessandro Magno, Mantova lectures ep. 1 sulla narrazione, 2018
15. AA. VV., Antropologia del rito, Boringhieri, 2000
16. M. Eliade, Il sacro e il profano, Boringhieri, 2006
17. J. Campbell, Mito e modernità, Red, 2007
18. J. Campbell, Il potere del mito, Neri Pozza, 2012
19. C.G. Jung, Libro Rosso, Bollati Boringhieri, 2009
20. E.O. Wilson, Il significato dell'esistenza umana, Codice, 2015
21. K. Kavafis, Aspettando i barbari, Poesie, Mondadori, Milano, 1961
22. V. Mancuso, Io amo, piccola filosofia dell'amore, Garzanti, 2014

Denaro Antonino, Dottore in scienze politiche, specializzazione in Patologie Alcol correlate Complesse, educatore presso Dianova Cooperativa Sociale arl - sede di Cozzo (PV)

Luraschi Eugenia, Psicologa, psicoterapeuta, terapeuta EMDR presso Dianova Cooperativa Sociale arl - sede di Cozzo (PV).

Si Ringrazia la Dr.ssa M. Raffaella Rossin per la collaborazione

METODOLOGIA DI INTERVENTO CON PAZIENTI DUA NELLA COMUNITA' DI COZZO

Riassunto

L'intervento con pazienti con diagnosi di DUA viene svolto all'interno del modulo specialistico per alcolisti e polidipendenti della struttura residenziale di Dianova Cooperativa Sociale arl presso la sede di Cozzo in Lombardia. Il percorso si sviluppa attraverso gli strumenti tipici della residenzialità che assumono un significato importante in unione con il percorso individuale sia educativo che psicologico del paziente. L'intervento, frutto di vari anni di sperimentazione, si focalizza sulla co-progettualità del paziente e degli operatori, sull'utilizzo di varie tipologie di gruppi e sulla risorsa importante di un'equipe multidisciplinare molto coesa. L'obiettivo finale è un percorso circolare intorno alla centralità del paziente e del suo progetto.

Parole Chiave: Alcolismo, gruppo, equipe multidisciplinare, trattamento residenziale.

Abstract

The intervention with patients diagnosed with AUD is developed within the specialist module for alcoholics and poly-dependents of the residential structure of Dianova Cooperativa Sociale arl at one of the offices in Lombardy (Cozzo - PV). The path develops through the typical tools of residency which take on an important meaning in conjunction with the individual educational and psychological path of the patient. The intervention, the result of several years of experimentation, focuses on the co-planning of the patient and the operators, on the use of the group tool in various ways and finds an important resource in the multidisciplinary team. The ultimate goal is a circular path around the centrality of the patient and his project.

Key Words: Alcoholism, group therapy, multidisciplinary equipe, residential treatment

Introduzione

L'obiettivo di questo articolo è illustrare una modalità di trattamento residenziale per pazienti alcolisti e/o polidipendenti spiegando gli strumenti utilizzati nell'attività terapeutica e descrivendo i dati raggiunti in termini di risultato nell'arco di tre anni. Questo modello di percorso terapeutico è applicato presso la struttura di Cozzo (PV) afferente a Dianova Cooperativa Sociale arl. Quindici anni fa l'equipe della struttura ha partecipato ad un percorso formativo specifico realizzato con operatori di diverse strutture residenziali e con professionisti del settore pubblico (rappresentato dai servizi specifici per l'alcoldipendenza istituiti dalla

Regione Lombardia ovvero i Nuclei Operativi Alcolologici – NOA -) e privato studiando un modello di intervento per gli alcolisti all'interno del contesto residenziale. Da questo confronto parte il modulo strutturato specifico per alcolisti e polidipendenti nella Comunità Dianova di Cozzo che comprende quattordici posti all'interno di una organizzazione molto più numerosa con trentatré posti accreditati dalla Regione Lombardia (modulo pedagogico – riabilitativo e pronta accoglienza). Il modello che verrà illustrato è frutto di un lavoro che di anno in anno viene costantemente valutato ed aggiornato attuando i cambiamenti che si ritengono opportuni in un confronto continuo con i servizi esterni (in particolare i NOA di Milano).

Questo modello di intervento (definito Servizio Specialistico per Alcol e Polidipendenti - dgr 12621 del 07/04/2003 Regione Lombardia) prevede una forte sinergia nell'intervento con i servizi pubblici (Sert e quando presenti NOA) o privati accreditati (SMI) e mette al centro del percorso l'utente lavorando in modo circolare e sinergico con tutti gli strumenti delle diverse aree (educativa, psicologica, sanitaria e sociale), funzionali alla realizzazione degli obiettivi individuali nel rispetto dell'autonomia possibile [1]. Il percorso di cura non serve solo a sperimentare l'astinenza alcolica ma ad affrontare i problemi che i pazienti presentano, quali disfunzionalità della comunicazione, alessitimia, problemi relativi all'autostima, difficoltà ad adottare strategie di coping adeguate e problematiche che coinvolgono i familiari oltre ad un "dolore interno" che non sanno gestire e placare con la sostanza alcol. L'ingresso in comunità si inserisce in una fase successiva della presa in carico del paziente DUA fatta dal NOA o da un SerT con équipe alcolica che, dopo aver fatto una valutazione e, ove necessario, una disintossicazione, invia nella nostra Comunità Terapeutica (CT). Il percorso pertanto intende aiutare la persona in cura ad analizzare i motivi, (ad esempio il "dolore interno"), sottostanti lo sviluppo della dipendenza, per comprendere come acquisire competenze e capacità senza l'uso di alcol. La peculiarità, che verrà illustrata nel dettaglio, del contesto residenziale di Cozzo, permette di aiutare l'alcolista ad osservarsi nella quotidianità, dove spesso gesti e atteggiamenti fanno capire come l'alcol sia parte della sua storia e della sua identità, e a costruire la consapevolezza di poterne fare a meno. L'alcol fa parte del nostro patrimonio culturale e si tende a percepirlo come una sostanza poco pericolosa e questo concetto ha un'influenza nel trattamento clinico dell'alcolista che si differenzia in alcuni aspetti dal percorso per persone dipendenti da altre sostanze (ad es. gruppi con tematiche specifiche, attenzione alla presenza di alcol in alimenti, conteggio giorni di astinenza). La compresenza nella comunità di persone con dipendenza da sostanze e di alcolisti, pur considerando un numero non trascurabile di pazienti poliassuntori, si è rivelata utile per le differenti categorie dei pazienti. Nello specifico per i tossicodipendenti si è aperta una riflessione sull'utilizzo eccessivo della sostanza alcol durante la dipendenza da sostanze con il possibile rischio di una sostituzione della droga con la dipendenza alcolica. All'alcolista viene proposto di leggere il disturbo da uso di alcol attraverso la visione del sintomo come simbolo di un disagio che deve essere contestualizzato e interpretato anche all'interno della trama delle relazioni familiari in cui è inserito. Per questo motivo al lavoro educativo è affiancato il lavoro psicologico con uno sguardo sul significato che il sintomo ha avuto nella storia del paziente. Questo lo aiuta a leggere, a significare i suoi comportamenti e i suoi agiti e a ripercorrere come si è strutturata la sua storia di dipendenza oltre a comprendere quali siano le difficoltà personali e relazionali su cui lavorare. Si procede con un processo sincrono sul qui ed ora alternato ad uno diacronico sulla storia relazionale del paziente e sulle radici della sua sofferenza [2]. L'intervento residenziale oltre ad avere specificità comuni a qualunque

intervento terapeutico, come la relazione di aiuto o l'alleanza terapeutica, ne ha altre più legate alla residenzialità. I pazienti sperimentano, ad esempio, la possibilità di esperire risposte differenti al proprio comportamento attraverso il confronto con il gruppo dei pari e degli operatori che permette di osservare come l'espressione dei propri sentimenti e pensieri può suscitare risposte diverse da quelle a cui si è sempre stati abituati. La persona dipendente da alcol, nel corso del tempo, ha stabilito con la sostanza una "relazione affettiva" e di sostegno con una valenza molto forte e decidere di rinunciarvi significa vivere lo spazio che occupava l'alcol e lavorare per riempirlo con qualcosa di nuovo. L'alcol copre il dolore ma la persona senza quel dolore non è se stessa e ci sono pazienti che non possono abbandonare il dolore interno perché il vuoto che si viene a creare è intollerabile. Sperimentare, anche se in un contesto protetto come la comunità, il vuoto e il dolore consente all'alcolista di iniziare a ragionare intorno ai propri bisogni e desideri sopiti dalla sostanza e che da tempo attendono di essere appagati.

Lavorare in una comunità terapeutica ha come specificità l'osservazione quotidiana dei pazienti che è possibile solo vivendo insieme a loro e osservandoli in diverse attività oltre ai colloqui e ai momenti terapeutici previsti dal programma [3]. Non va dimenticata la difficoltà a raccogliere dati attendibili nella loro storia perché, come dice Selvini, i dati di fatto spesso sono scarsi perché nei pazienti mancano i presupposti relazionali, di stabilità emotivo – cognitiva e psicofisiologica essendo presenti deficit nella competenza autobiografica. Quindi l'osservazione del comportamento quotidiano permette di cogliere piccole sfumature utilissime per comprendere e completare l'ipotesi di funzionamento che gli strumenti più standardizzati, quali test e colloqui, vanno delineando nel corso dei mesi. È inoltre "un luogo dove avviene la riagggregazione di un'individualità, di una storia e di uno stato di coscienza frammentato" [4]. Gli obiettivi del percorso vengono perseguiti attraverso la massima costanza e coerenza nelle relazioni interpersonali facendo vivere ai pazienti una differenza rispetto a quanto avviene nel contesto da cui provengono, caratterizzato da disfunzionalità e patologia. Il gruppo dei pari con i quali gli alcolisti vivono e condividono la giornata rappresenta lo specchio di parti, comportamenti e frammenti di storia personale che il soggetto può avvertire come risonanti facilitando la consapevolezza di alcuni aspetti della sua storia per darne anche un nuovo significato. Le figure professionali svolgono il ruolo di "base sicura" perché vi è la necessità di una stabilità relazionale riparativa [5] che trova nelle figure professionali il costituirsi di una base sicura capace di accogliere e rimodulare sia i significati che le strategie comunicative. Il percorso terapeutico porta gli operatori a prendersi carico della "paura" che il paziente ha quando non assume più alcol per curare il dolore interno. Solo così il paziente potrà usufruire dell'affidabilità e dell'empatia dell'operatore come catalizzatore relazionale per esperienze emozionali correttive che possano fungere da luogo di interconnessione di frammenti di vita mai raccontati prima. Inoltre il paziente ha a disposizione modelli identificatori alternativi a quelli carenziali o patologici con cui si è confrontato fino ad ora.

Gli strumenti per un contesto terapeutico integrato

Una delle caratteristiche principali dei contesti residenziali è la quotidianità che non può essere interpretata esclusivamente nel suo carattere di mera organizzazione del tempo e dello spazio ma attraverso il continuo "ripensamento" di tutte le interazioni che si manifestano in quello spazio fisico e mentale, un vero e proprio setting specifico, che definisce la comunità nell'arco della giornata. All'interno di questo setting le diverse

figure che vi operano hanno a loro disposizione una serie di strumenti che concorrono alla continua ricerca di senso e di significato della presenza del paziente all'interno del percorso terapeutico. Di seguito, nella tabella 1, vengono elencati gli strumenti che costituiscono il programma terapeutico che vede al centro il paziente e i suoi bisogni.

| Progetto individuale co costruito con il paziente | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Strumenti | | | | | |
| Area sociale | Area educativa | | | Area psicologica | Area sanitaria |
| Colloqui | <u>schede</u> | <u>Gruppi</u> | <u>Gruppi</u> | <u>Colloqui</u> | - colloqui psichiatra - visite mediche |
| | - settimanali - mensili | - come stai - casa | - primi passi - fascia - laboratorio intensivo - reinserimento - tematici - esperienziali | - individuali - con famigliari <u>Gruppi alcol</u> - slide - fase avanzata | |
| | - ruoli di responsabilità - GAC gruppo aiuto casa - Animazione | | <u>Laboratori</u> - Cucina - Igiene e lavanderia - Manutenzione casa - Arti decorative - Panificazione - Dispensa alimentare - Giardini e orto | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Uscite esterne - Rientri su territorio di provenienza - Montagnaterapia - Attività di tempo libero (palestra, sport) | | | | | |

Tabella 1. Suddivisione strumenti per area

Nella tabella 2 viene descritto un percorso tipo individualizzato che il paziente svolge durante la sua permanenza all'interno della struttura e che viene condiviso e concordato a cadenza trimestrale con il paziente stesso.

| PERCORSO | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| PROGETTO INDIVIDUALIZZATO | | | | | |
| | Area sociale | Area educativa e psicologica | | | Area sanitaria |
| Fase di trattamento | | Strumenti | | | |
| | | Grande gruppo | Medio gruppo | Individuali | Individuali |
| Ingresso stabilizzazione 0 -1 mese | - colloqui anamnesi sociale | "come stai" - riunione casa | - "primi passi" - laboratorio | - Colloqui psicologici educativi schede settimanali - schede mensili - firma Progetto Individuale | - colloqui psichiatra - visite mediche |
| Inquadramento 2 – 3 mesi | | "come stai" - riunione casa | - gruppo fascia - gruppo laboratorio - gruppo slide | - Colloqui psicologici educativi schede settimanali - schede mensili - condivisione progetto individuale | - colloqui psichiatra visite mediche in base a necessità |
| Centrale 3 – 12 mesi | | "come stai" - riunione casa | - gruppo fascia - gruppo slide /avanzata - gruppo laboratorio - gruppo "intensivo" - esperienziali | - Colloqui psicologici educativi - schede settimanali - schede mensili uscite esterne rientri - condivisione progetto individuale con cadenza trimestrale | -colloqui psichiatra visite mediche in base a necessità |

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Reinserimento 12 - 18 | | | gruppo reinserimento | - Colloqui psicologici educativi - scheda settimanale programmazione | - colloqui psichiatra Visite mediche in base a necessità |
|--------------------------|--|--|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Tabella 2. Strumenti suddivisi per periodo di percorso.

Nella Comunità Dianova, una struttura molto numerosa, si sono organizzati, come si evince dalla tabella 2, interventi di grande gruppo e di piccolo gruppo. Nel grande gruppo sono presenti tutti gli ospiti della comunità mentre il medio gruppo ha composizioni diverse a seconda della tipologia e vi partecipano pazienti con lo stesso o con un diverso periodo di permanenza. Un paziente che entra nella Comunità Dianova, durante i primi dieci giorni di permanenza viene affiancato da un altro paziente che lo accompagna nell'inserimento. Nel primo mese di permanenza il paziente viene preso in carico dagli operatori dell'équipe multiprofessionale per una prima conoscenza sua e della sua storia attraverso colloqui psicologici, psichiatrici, educativi; partecipa una volta alla settimana al gruppo primi passi e al gruppo slide. Quotidianamente inizia a partecipare all'incontro del "come stai" e viene inserito nei diversi laboratori accompagnato da un pari. Insieme agli operatori viene scelto un laboratorio specifico in cui si inserirà per un mese circa. Nella restante parte della giornata partecipa ad attività varie di tempo libero o strutturato. Al termine del primo mese l'équipe multidisciplinare in accordo con il paziente delinea un Progetto Educativo ed un Piano educativo Individualizzato della durata di due mesi dove si definiscono, per ogni area, gli obiettivi specifici e gli indicatori osservabili e misurabili nel quotidiano e nell'attività dei laboratori. Dopo i gruppi primi passi il paziente accede al gruppo fascia composto da persone di pari periodo di permanenza. Al termine del terzo mese si verificano gli obiettivi raggiunti insieme al paziente e sempre con la stessa modalità si procede con un ulteriore Progetto Individuale e Piano Educativo. Il paziente proseguirà con la partecipazione ai colloqui di diverso tipo, al gruppo Fascia, ai gruppi e riunioni laboratorio ed entrerà nel gruppo alcol avanzato. Insieme alla psicoterapeuta verrà concordato un primo colloquio di allargamento con i familiari che proseguirà a cadenza mensile. Dopo un lavoro specifico sulle proprie criticità parteciperà al gruppo Intensivo e, gradualmente, gli verranno assegnati incarichi di responsabilità (ad es. responsabilità della riserva tabacco, responsabilità di un gruppo di laboratorio, utilizzo del cellulare personale), i primi rientri sul territorio e le prime uscite dalla comunità in autonomia. I progetti individuali, dopo le verifiche previste, sono rinnovati ogni trimestre. Di seguito la descrizione delle singole tipologie di gruppo riportate nelle Tabelle 1 e 2.

Grande gruppo: Come stai, Riunione casa.

Come stai: a cadenza quotidiana per tutta la durata del programma terapeutico. L'incontro è condotto da un educatore e ha una durata di trenta minuti. L'obiettivo è sollecitare, nel paziente, la necessità di riempire di senso il suo tempo ed il suo spazio, stabilendo un primo contatto con sé stesso attraverso un obiettivo concreto come, ad es. concentrarsi sul qui ed ora o impegnarsi nella difficile relazione con un pari. Nel

proseguimento del percorso l'obiettivo quotidiano da raggiungere diviene specifico e sempre più attinente alle criticità che il paziente sta incontrando nel programma terapeutico.

Riunione casa: a cadenza settimanale, per tutta la durata del percorso. Il gruppo si pone l'obiettivo di sollecitare i pazienti ad una presa di coscienza sull'andamento di tutto il gruppo comunitario partendo da una visione individuale e arrivando ad una visione collettiva. Attraverso queste riflessioni e la discussione in plenaria i partecipanti acquisiscono il significato di come ogni singolo contributo abbia sempre una ricaduta su tutto il contesto. L'utilizzo del rimando sollecita il paziente a divenire parte attiva del sistema organizzativo e a costruire un senso di appartenenza, condizione utile per attivare una modalità attiva nei confronti del programma riabilitativo.

Medio gruppo: Primi passi, Gruppo laboratorio.

Primi passi: rivolto a tutti i pazienti nel primo mese di permanenza in comunità, ha una durata di quattro incontri di un'ora a cadenza settimanale ed è condotto da un educatore. Durante gli incontri viene somministrato il test MAC [13], poi risomministrato durante il gruppo specialistico per alcol e polidipendenti. L'obiettivo del gruppo è quello di accompagnare l'alcolista nel percorso di inserimento nel contesto comunitario, prendere confidenza con il sistema gruppale, con le regole di funzionamento, con gli orari e le modalità di svolgimento delle varie attività. Il gruppo "Primi passi" si presenta come momento informativo per la presentazione del programma e per spiegare al paziente come utilizzare lo strumento gruppale come contenitore per esprimere il proprio disagio nel percorso terapeutico comunitario anche attraverso la condivisione. In questo modo si avvia la comprensione e l'utilizzo del concetto di auto-mutuo-aiuto.

Gruppo laboratorio: a cadenza quindicinale è condotto da un operatore e la sua composizione è trasversale perché nel gruppo sono presenti ospiti con differente "anzianità" nel percorso riabilitativo. Le osservazioni e le criticità sugli aspetti comportamentali e relazionali, sui lavori svolti e su quelli da programmare che emergono verranno comunicate dall'operatore del Gruppo laboratorio alle altre figure professionali che hanno in carico l'utente e saranno esaminate per consentire al paziente DUA di usufruire, in un'ottica circolare, di differenti spunti di riflessione per arricchirsi di contenuti relativi alle proprie specificità. I laboratori sono differenti e al loro interno lavorano gruppi di pazienti con un educatore referente di ogni specifico laboratorio. Il paziente è stimolato a mettersi in gioco attraverso la realizzazione dei propri obiettivi per cercare di riflettere sui comportamenti disfunzionali e magari riuscire a modificarli. Attraverso l'uso del rimando da parte degli operatori e del confronto con gli altri, il paziente DUA è stimolato ad osservarsi e aiutato a vivere frustrazioni che lo aiutino a vedere i nodi critici connessi al dolore interno. Ogni laboratorio si struttura con un regolamento che definisce ruoli e competenze, specifiche schede di settore dove il paziente evidenzia gli aspetti positivi e gli aspetti critici del lavoro quotidiano e offrono la possibilità di costruire, gradualmente, un bilancio della giornata, facendo riferimento agli obiettivi del Piano Educativo Individuale e analizzando i propri comportamenti disfunzionali. Nei colloqui psicologici periodici il paziente è invitato a portare le sue difficoltà per comprenderne l'origine e accrescere la propria competenza attraverso l'analisi delle emozioni e delle sensazioni vissute, anche nelle difficili esperienze infantili, e dare significato alla sofferenza arrivando all'origine del malessere. Anche nei gruppi fascia si è invitati a verificare l'andamento degli obiettivi portando esempi pratici e confrontandosi con i pari così da portare il paziente

stesso a riflettere sul raggiungimento o meno di un obiettivo. Nelle descrizioni degli strumenti emerge in modo preponderante l'utilizzo dei gruppi con i pazienti DUA e tale scelta è supportata da un'importante parte della letteratura sull'argomento: «...La costruzione della propria identità non può limitarsi al sé, ma deve svolgersi sullo sfondo di un orizzonte sociale, capace di conferirgli una rilevanza che vada oltre il proprio sé» [6]. La funzionalità dei gruppi nella dipendenza da alcol è ormai ampiamente trattata in letteratura [7] [8] [9] partendo dalle caratteristiche teoriche alla base del lavoro di gruppo, attraverso due importanti autori come I. Yalom [10] e K. Lewin [11]. Yalom ha individuato dei meccanismi o fattori tipici dei gruppi che si ritiene siano in grado di promuovere il cambiamento. L'autore individua undici fattori primari: 1) instillazione di speranza; 2) universalità; 3) offerta di informazioni; 4) altruismo; 5) sviluppo di tecniche socializzanti 6) comportamento imitativo; 7) catarsi; 8) ricapitolazione correttiva del gruppo di famiglia primario; 9) fattori esistenziali; 10) coesione di gruppo; 11) apprendimento interpersonale. K. Lewin definisce il gruppo come «...qualcosa di più, o per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha struttura propria. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato in una sua parte o frazione qualsiasi interessa lo stato di tutte le altre». Infine l'esperienza esperita in questi anni di lavoro permette di ipotizzare che il gruppo possa creare quella condizione che Cirillo et altri autori nel libro *Entrare in terapia* [12] definiscono come “cordata di sostegno” individuata nei famigliari per supportare il paziente con disorganizzazione dell'attaccamento che non può trovare nel terapeuta una stabile “messa in sicurezza” o “base sicura”.

Gruppo “fascia”.

Dopo aver completato il percorso dei gruppi primi passi il paziente viene inserito nel gruppo “Fascia”, condotto e gestito dal proprio case manager di riferimento, in cui rimarrà fino alla conclusione del programma terapeutico pur frequentando, parallelamente, il gruppo “Informativo sull'alcol” e il gruppo “Di fase avanzata”. Il gruppo “Fascia” è un gruppo chiuso per facilitare il processo fiduciario e la trasmissione dei contenuti per costruire gli strumenti psicoeducativi. I passaggi operativi si possono riassumere in:

- formazione gruppo
- comunicazione/traduzione dei significati
- maturazione gruppo
- maturazione dell'individuo.

La scelta del gruppo anche in ambito educativo, trova la sua ragione nell'idea che il percorso di vita con una dipendenza abbia attivato delle forme comportamentali, come ad esempio, manipolazione, propensione all'utilizzo della menzogna, seduzione, che sono facilmente individuabili soprattutto da chi condivide lo stesso percorso di dipendenza. Diventa, quindi, uno strumento utile per evitare prestidigitazioni dialettiche e per sollecitare il paziente ad attivare un percorso di revisione critica della propria storia e delle proprie modalità relazionali. La letteratura individua tre fasi sul processo operativo del percorso di gruppo [14]:

- Fase iniziale: il gruppo è dipendente dal conduttore, in una relazione simile alla dimensione adulto- bambino. In questa prima fase di reciproca conoscenza il case manager sollecita la comunicazione orizzontale tra i partecipanti attraverso riflessioni sulla similarità comportamentale, sui percorsi di vita comuni per facilitare il processo di rivisitazione critica e attivazione di modalità coerenti e funzionali.
- Fase intermedia: il punto di riferimento non è più l'operatore, parte integrante del gruppo, ma il gruppo in sé. Il modello di comunicazione è orizzontale. In questa fase entrano in gioco i fenomeni di rispecchiamento e di risonanza e l'esperienza emotiva condivisa attiva il processo di "cambiamento" attraverso le riflessioni dalla fase del sintomo all'analisi dei sentimenti e dei bisogni sottostanti. Il qui e ora assume una connotazione di processo esplorativo e conoscenza di sé in un contenitore protetto.
- Fase finale: i componenti del gruppo gradualmente si riappropriano della propria individualità. La modalità di comunicazione è riconducibile allo schema adulto-adulto in cui i partecipanti rispettano le proprie caratteristiche personalologiche e il rispetto delle altre individualità attraverso momenti di verifica e confronto sulle capacità di autoregolamentarsi rispetto alle criticità identificate. Il rapporto con l'operatore si avvia alla fase di progettazione degli obiettivi esterni alla comunità in una logica di condivisione e di proiezione verso il reinserimento sociale.

Gruppo informativo sull'alcol

Questo gruppo ha come obiettivi formare ed informare rispetto ai fattori correlati all'uso di sostanze. I temi trattati riguardano i fattori sanitari, culturali (tra cui l'impatto della specificità della sostanza alcol presente in molteplici contesti), sociali e clinici. Viene condivisa la definizione dell'OMS e del DSM-5 [15] sul tema delle sostanze e del circuito della tossicodipendenza dibattendo anche sugli stereotipi e pregiudizi che vedono l'alcol come un vizio. Vengono illustrate le complicazioni, sia fisiche che psicologiche, legate al bere. Avviene poi una condivisione e un confronto sulle diverse esperienze dei pazienti che partecipano. In Comunità Terapeutica l'attenzione alla tematica alcol è molto presente. L'alcol non viene utilizzato in cucina e anche ai pazienti non dipendenti da alcol l'equipe richiede l'astinenza nei rientri dopo le uscite sul territorio con l'obiettivo di sollecitare una riflessione su questa sostanza che spesso viene scelta al posto della sostanza primaria con il rischio di passare da una dipendenza all'altra.

Gruppo di fase avanzata

Dopo il gruppo "Informativo sull'alcol" che ha una durata di due, tre mesi i pazienti iniziano una fase successiva definita "avanzata" che ha come obiettivo le strategie per il mantenimento dell'astinenza. Le tematiche trattate riguardano la comprensione individuale e di gruppo della propria dipendenza con "doppia intervista" fatta dai partecipanti che si interrogano sulla dipendenza dell'altro e riportano al gruppo le proprie osservazioni. Vengono inoltre individuati le risorse e i limiti personali, gli automatismi disfunzionali, i comportamenti e le strategie alternative per l'astinenza anche in un contesto non protetto. Viene inoltre utilizzata la "scultura" di gruppo, proposta da Caillé [16] con alcuni adattamenti.

Si ricostruisce infine la storia individuale e familiare attraverso la tecnica della “spirale” allo scopo di riprendere e focalizzare gli aspetti rilevanti della storia di vita con quelli di dipendenza di ogni singolo componente. La tecnica prevede due fasi: nella prima fase del lavoro si chiede ai partecipanti di definirsi secondo due macro aree ovvero emotivi (ossia che tendono a vivere le situazioni di “pancia” e a reagire sull’onda dei vissuti) e razionali (ossia che tendono a tenere a distanza gli aspetti emotivi e a reagire razionalizzando le esperienze).

Sulla base di tale suddivisione il gruppo si divide in due sottogruppi emotivi e razionali ma chi si è definito emotivo viene inserito nel sottogruppo dei “razionali” e viceversa. A questo punto viene data come consegna di impegnarsi, nello svolgimento dell’esercizio che seguirà, a fare interventi utilizzando il canale per ognuno meno automatico ed abituale. La seconda fase prevede la ricostruzione della propria storia con la specifica consegna di selezionare e condividere le informazioni, gli eventi, le situazioni più rilevanti che il paziente ha capito essere collegate all’insorgere della dipendenza nonché alle loro criticità cercando di narrarla con il canale (emotivo o razionale) meno automatico per sé stessi. Parallelamente gli altri componenti del gruppo intervengono con richieste di approfondimento cercando sia di aiutare chi narra a seguire la consegna sia applicando loro stessi questa indicazione

L’intervento psicologico

L’intervento psicologico che si svolge in Comunità con i pazienti DUA e con i loro familiari ha come obiettivi un’accurata raccolta anamnestica per comprendere le motivazioni che hanno portato il paziente alla dipendenza alcolica e la messa a fuoco delle sue caratteristiche di personalità per definire il percorso introspettivo da proporgli. Si ritiene importante comprendere il funzionamento del paziente, entrare in contatto con la sua sofferenza e parlare del dolore interno che lo tortura da anni. All’interno di questi macro obiettivi si lavora, secondo le capacità del paziente, con diverse tipologie di colloqui (di supporto, di psicoterapia, psicoterapia EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing-, di allargamento familiare seguendo il modello sistemico) e strumenti clinici (ad esempio il genogramma, il SAT Separation Anxiety Test, l’ACE Adverse Childhood Experience) per accompagnarlo a prendere consapevolezza dello sviluppo e della genesi della sua dipendenza per approfondire ed elaborare, ove possibile, almeno alcune esperienze traumatiche che l’alcolista ha vissuto e che hanno condizionato il suo percorso di vita. La definizione che incarna la modalità che si sta utilizzando in Comunità Terapeutica viene descritta in una recente pubblicazione [17] di Cambiaso e Mazza, in cui si afferma che il cambiamento : «...non si genera solo ricostruendo “verità storiche” ma assemblando reperti del passato a vicissitudini del momento in un clima di forte empatia ed emotività in grado di favorire un particolare e nuovo tipo di apprendimento che dia senso, illumini una vicenda intergenerazionale, e aiuti a riconoscere la disfunzionalità attuale delle antiche strategie relazionali». In questo senso, integrando il lavoro psicologico con quello educativo in un’ottica circolare, si cerca di comprendere in setting di colloquio e/o di gruppo, la disfunzionalità delle vecchie strategie e la funzionalità delle nuove tenendo conto che gli ospiti polidipendenti della Comunità presentano spesso storie personali di neglect, trascuratezza, abbandoni e abusi che necessitano di una lettura corretta degli eventi.

Il lavoro con le famiglie

L'alcol spesso è parte della vita familiare (senza necessariamente avere una familiarità con l'alcolismo), e partendo da una prospettiva sistemico – relazionale possiamo osservare il paziente con disturbo da uso di alcol come il portatore di un disagio che deve essere contestualizzato e interpretato nella trama delle relazioni familiari in cui è inserito. Il coinvolgimento della famiglia, da parte della Comunità, si propone di allargare l'informazione sulle problematiche alcolologiche ai familiari dei pazienti e di mettere a fuoco i problemi che il nucleo ha costruito, nel tempo, creando disfunzionalità o patologia. Il lavoro sul significato e sul ruolo dell'alcol all'interno della famiglia è necessario anche per una migliore comprensione dei cambiamenti del paziente. Attraverso gli strumenti come la condivisione della diagnosi sistemica in équipe, i colloqui mensili con la famiglia e il gruppo "intensivo" si cerca di evitare che dopo il percorso si inneschino dinamiche di irrigidimento sui cambiamenti che il paziente ha attuato e che, inevitabilmente, modificano i ruoli nel sistema familiare. È doveroso segnalare situazioni in cui il lavoro proposto con la famiglia non si è potuto attuare o sviluppare o per scelta della famiglia o per situazioni complesse ad es. la presenza di una fratria numerosa. In tali casi il percorso non ha portato al risultato sperato e si sono verificati casi di pazienti in cui il rientro in famiglia si è rivelato negativo e ha portato ad una ricaduta. In queste situazioni è stato necessario attivare un supporto e un sostegno maggiore ad opera dei servizi territoriali. Ad esempio possiamo riportare il caso di un alcolista cinquantenne il cui quadro familiare era composto dal figlio, dalla ex moglie e da una fratria numerosa caratterizzata da un rigido schema di regole disfunzionali. Prendendo in esame solo il lavoro con la famiglia si era osservato come il paziente non avesse di fatto attuato una separazione dalla famiglia di origine e il suo ruolo all'interno della fratria fosse ancora molto attivo permettendo con la sua dipendenza di mantenere un equilibrio consolidato da tempo. Di conseguenza i piccoli cambiamenti avvenuti in comunità sono stati vanificati nel rientro a casa dove la fratria non è riuscita ad accettare i suoi cambiamenti e il ruolo diverso che inevitabilmente avrebbe modificato l'equilibrio precedente.

L'équipe

L'équipe multidisciplinare funziona da specchio della multifattorialità del fenomeno bio – psico – sociale della dipendenza alcolica. L'approccio che si cerca di perseguire nella Comunità Terapeutica Dianova di Cozzo è quello di "equipe come mente collettiva" [18]. Le diverse professionalità cercano di condividere le differenti competenze con un approccio il più possibile integrato lavorando insieme e pensando insieme. In molti articoli scientifici e libri [4] [19] [20] [21] [22] che trattano il contesto organizzativo della comunità terapeutica si parla del ruolo dell'équipe nel suo rapporto con l'utente in una dimensione individuale. Dianova propone un'esperienza sulla potenzialità terapeutica dell'intervento circolare dell'équipe come strumento imprescindibile di lavoro [12] caratterizzato dalla copresenza di due menti pensanti capaci di dialogare tra loro, di confrontare punti di vista, idee e risonanze emotive. A. Nettuno [20] illustra la specificità del lavoro di équipe in una comunità terapeutica: «[...] la presa in carico coinvolge una molteplicità di figure professionali e ne consegue l'importanza del lavoro in équipe per costruire delle condizioni "efficaci nel generare la riduzione della sofferenza psichica o nel produrre cambiamenti stabili nelle condotte disadattative" (Fea, 2000 pag 19)". Per assolvere questo compito, diventa essenziale la creazione di un

gruppo di lavoro multidisciplinare, intendendo con ciò l'insieme degli operatori accumulati dall'orientamento su ogni singolo caso che devono sviluppare uno spazio, prima di tutto mentale, di diagnosi e di progettualità condivisa in cui il contributo di ciascuno sia valorizzato come risorsa terapeutica a beneficio del paziente [...] è evidente che per i nostri pazienti il terapeuta è costituito dal sistema curante più che dal singolo operatore, perciò diventa ancora più importante che siano curati con estrema attenzione tutti quegli aspetti dell'organizzazione e dei processi di erogazione delle prestazioni che concorrono a definire il sistema di cura ». Questa descrizione illustra chiaramente cosa sia un gruppo di lavoro multidisciplinare che nel contesto residenziale è l'équipe e il concetto di terapeuta inteso in senso lato come sistema curante che nella residenzialità indica non solo gli interventi prettamente terapeutici ma anche la quotidianità, la cura degli spazi ed i momenti informali. Nella routine quotidiana la cura degli spazi, i momenti informali, la cooperazione tra i terapeuti si pongono come modello di cooperazione per la famiglia [12]. Nella tabella 1 il modello di lavoro viene descritto con al centro il paziente e l'équipe costruisce percorsi sviluppando la co titolarità e la co progettazione con l'alcolista aiutandolo a costruire una capacità autocritica attraverso l'alleanza terapeutica, la chiarezza e la coerenza. L' individualizzazione del progetto significa avere un'ipotesi di percorso flessibile che non prevede necessariamente il raggiungimento di tutti gli obiettivi per ogni singolo paziente ma vede la comunità come una parte del percorso che la persona decide di fare, iniziato nel Servizio di Alcologia o al Sert, continuato in Comunità e poi ripreso nel servizio territoriale.

Risultati

Abbiamo preso in esame il campione degli ultimi tre anni (gennaio 2020 – dicembre 2022) e analizzato nelle tabelle 3, 4, 5 il numero di utenti, il genere, la durata del percorso e la tipologia di conclusione del percorso. Il campione è composto dai pazienti che hanno fatto ingresso nella struttura con diagnosi DUA e di conseguenza hanno seguito il programma terapeutico specialistico per alcol e polidipendenti.

| 2020 | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|------|---|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2020 | Nuovi ingressi | | | Esiti percorsi conclusi | Ancora In trattamento |
| 32* *di cui 14 già in trattamento | 18 2 femmine 16 maschi | 2020 | 5 | - 3 abbandoni - 1 rinvio - 1 fine percorso | 13 |
| | | 2019 | 8 | - 5 Fine percorso - 2 trasferimento in altre sedi - 1 allontanamento | |
| | | 2018 | 2 | - 2 fine percorso | |

Tabella 3

| 2021 | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2021 | Nuovi ingressi | | | Esiti percorsi conclusi | Ancora In trattamento |
| 34 *di cui già in trattamento | 20 3 femmine 17 maschi | 2021 | 8 | - 5 abbandoni - 3 fine percorso 1 allontanamento | 14 |
| | | 2020 | 11 | - 6 Fine percorso trasferimento in altre sedi 2 allontanamento - 2 abbandoni | |
| | | 2018 | 1 | - 1 fine percorso | |

Tabella 4

| 2022 | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------|------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2021 | Nuovi ingressi | | | Esiti percorsi conclusi | Ancora In trattamento |
| 34 *di cui già in trattamento | 21 2 femmine 19 maschi | 2022 | 8 | - 4 abbandoni - 2 allontanamento - 1 rientro in carcere* 1 trasferimento in altra struttura | 14 |
| | | 2021 | 7 | - 4 Fine percorso - 3 abbandoni | |
| | | 2020 | 2 | - 2 fine percorso | |

Tabella 5

Come emerge dalle tabelle il campione è misto con una prevalenza di pazienti maschi. Si riscontra come i drop out avvengano tendenzialmente nei primi mesi del percorso e diminuiscano quando il paziente si è inserito nella routine comunitaria. Il coinvolgimento del paziente e la tipologia di servizio offerto sono funzionali alla buona riuscita del trattamento. La conclusione del percorso avviene tra i dodici e i diciotto mesi data la complessità dei pazienti e la presenza, spesso, di comorbidità.

Per Corrispondenza

Luraschi Eugenia, psicologa, psicoterapeuta, terapeuta EMDR presso Dianova Cooperativa Sociale arl - sede di Cozzo (PV). E-mail eugenia.luraschi@dianova.it

Bibliografia

1. Pasqualotto L., Carozza P., Cibin M., (2020): ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery. Carocci.
2. Rossin M. R., Mattavelli G., Vaccari C., Ferla M. M., Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti; Group psychological education film pathway for alcoholics and their families: a study on changes, Riv Psichiatr 2021; 56(3): 157-166.
3. Selvini M., (2007): Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica". Terapia Familiare; 84: 9-29
4. Zanusso G., Giannantonio M., (1998): Tossicodipendenza e comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia. Franco Angeli Milano
5. Liotti G., (1993): (a cura di), Le discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi. Franco Angeli, Milano
6. Byung-Chul H., (2021): La scomparsa dei riti. Nottetempo
7. Nettuno A., (2008): La psicoterapia di gruppo nel campo delle dipendenze patologiche". In Lucchini A., Nava F., Manzato F., Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista. Franco Angeli Milano.
8. Rossin M.R., Teruggi A., Vaccari C., Paggi M. (2008): Lavorare con i gruppi in alcologia". In Lucchini A., Nava F., Manzato F., Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista. Franco Angeli Milano
9. Algisi P., Sanfilippo B. (2010): Individuo e società: il potere trasformativo dell'auto mutuo aiuto. In Lucchini A., Strepparola G.,: Modelli di intervento in alcologia. Franco Angeli Milano
10. Yalom I., (1974): Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Bollati Boringhieri Torino, 2005.
11. Lewin K.; (1948): I conflitti sociali. Tr.it. Franco Angeli Milano 1972.
12. Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., (2016): Entrare in terapia. Raffaello Cortina Milano.
13. Guelfi G.P, Spiller, V. (1994): Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze. Il vaso di pandora II, 4, 1994.
14. Pisani R.A., (2000): Elementi di gruppo analisi. Ed. universitarie Romane
15. American Psychiatric Association (2014): Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Cortina editore
16. Caillé P., Rey E., (2005): Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche. Armando editore Roma.
17. Cambiaso G, Mazza R., (2018): Tra intrapsichico e trigenerazionale. Raffaello Cortina Editore
18. Selvini M., Selvini Palazzoli M., (1989): Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare. Ecologia della mente; 4: 54-76.
19. Pinkus L., (1999): Tossicodipendenza e intervento educativo. Erikson Trento
20. Nettuno A., (2003): Il lavoro terapeutico di gruppo. La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato. Franco Angeli Milano
21. Lucchini A., Nava F., Manzato F., (2008): (a cura di) Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista. Franco Angeli Milano

22. Lucchini A., Srepparola G., (2010): (a cura di) Modelli di intervento in alcologia. Franco Angeli Milano.
23. Fea M., (2000): Valenze e dimensioni terapeutiche dei servizi delle dipendenze. In Psicoterapia delle tossicodipendenze e dell'abuso di sostanze. Franco Angeli Milano.

Modonutti Giovanni Battista, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste
Costantinides Fulvio, Professore a contratto, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli
Studi di Trieste.

Crevatin Edoardo, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Leon Luca, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

L'ETÀ DELL'ALCOLIZZAZIONE E DELL'APPROCCIO ALLE BEVANDE ALCOLICHE DEGLI ADOLESCENTI SCOLARIZZATI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)

Riassunto

La studio, avviato nel primo quadrimestre dell'anno scolastico 2018/19 su una coorte di 488 studenti/esse (M: 67,6; F: 32,4%) delle Scuole Secondarie di 2° grado (SS2) in provincia di Gorizia, rivela che l'alcolizzazione accomuna, senza differenze fra i generi, la stragrande maggioranza della comunità scolastica - otto studenti/esse su dieci -, è avvenuta in media fra i dodici ed i tredici anni ed ha coinvolto la popolazione maschile più precocemente di quella femminile. In particolare, uno/a studente/ssa su venti - un ragazzo su venticinque, una ragazza su cinquanta - ha assaggiato per la prima volta una bevanda alcolica in età prescolare, un/a adolescente su sette - un maschio su sei, una femmina su tredici - lo ha fatto fra i sei ed i dieci anni, un/a coetaneo/a su cinque tra gli undici ed i tredici anni e quattro compagni/e su dieci - quattro studenti su dieci ed una studentessa su due - a partire dai quattordici anni. In buona sostanza la sperimentazione degli alcolici ha interessato quattro studenti/esse su dieci, i maschi - quattro su dieci - di gran lunga più numerosi delle femmine - tre su dieci -, ad un'età inferiore ai quattordici anni, mentre quattro su dieci sono i/le coetanei/e, le ragazze - cinque su dieci - più propense dei ragazzi - quattro su dieci -, che hanno bevuto per la prima volta gli alcolici a partire dai quattordici anni e otto adolescenti su dieci, maschi e femmine in egual misura, li hanno assaggiati quando erano ancora minorenni.

Abstract

The study, started in the first quarter of the 2018/19 school year on a cohort of 488 students (M: 67.6; F: 32.4%) of lower secondary schools (SS2) in the province of Gorizia, reveals that alcoholism is common, without differences between genders, in the vast majority of the school community - eight students out of ten -, occurred on average between the ages of twelve and thirteen and involved the male population earlier than that female. In particular, one student in twenty - one boy in twenty-five, one girl in fifty - tasted an alcoholic drink for the first time in preschool age, one adolescent in seven - one boy in six, one girl in thirteen - did it between the ages of six and ten, one peer out of five between the ages of eleven and thirteen and four classmates out of ten - four students out of ten and one student out of two - starting from the age of fourteen years. In essence, the experimentation with alcohol involved four out of ten students, the males - four out of ten - far more numerous than the females - three out of ten -, at an age of less than fourteen, while four out of ten were their peers, girls - five out of ten - more likely than boys - four out of ten - to have drunk alcohol for the first time from the age of fourteen and eight out of ten adolescents, males and females in equal measure, they tasted them when they were still minors.

A proposito delle diverse bevande alcoliche c'è da dire che la maggior parte della comunità scolastica - tre studenti su quattro - ha già bevuto per la prima volta la birra, lo ha fatto in media fra i dodici ed i tredici anni, i maschi ben prima delle femmine. L'evento ha interessato uno/a studenti/esse su tre, rivelando una marcata prevalenza degli sperimentatori - quattro su dieci - sulle sperimentatrici - tre su dieci -, prima dei quattordici anni e tre ragazzi/e su quattro prima dei diciotto anni.

L'iniziazione al vino è una realtà per buona parte della comunità scolastica - sette studenti/esse su dieci - è avvenuta ad un'età media di tredici anni ed ha interessato i maschi nettamente in anticipo rispetto alle femmine. Un quarto degli studenti/esse, fra i quali i maschi - tre su dieci - risultano di gran lunga più rappresentati delle coetanee - due su dieci -, ha approcciato il vino prima dei quattordici anni ed una netta maggioranza - sette su dieci - ha vissuto questa esperienza da minorenni.

L'approccio ai superalcolici è avvenuto per la maggioranza degli/le studenti/esse - sette su dieci - che li hanno bevuti per la prima volta, i ragazzi più lesti delle ragazze, ad un'età media di quattordici anni. Uno/a adolescente su dieci, i maschi - uno su sette - più numerosi delle femmine - una su sedici -, hanno assaggiato i superalcolici prima di accedere alla Scuola Secondaria di 2° grado e due studenti/esse su tre li hanno sperimentati prima del diciottesimo compleanno.

La restituzione dei risultati agli studenti, alla scuola ed alla famiglia sarà motivo di confronto e riflessione critica in grado di orientare ed estendere, fin da subito, gli interventi di informazione, sensibilizzazione, formazione e prevenzione anche ad altre e più precoci realtà scolastiche - Spr e SS1- con l'intento di contrastare un fattore di rischio, l'età dell'alcolizzazione e dell'approccio alle bevande alcoliche, in grado di penalizzare precocemente la salute e la qualità della vita.

Parole Chiave: adolescenti, età, alcolizzazione, vino, birra, superalcolici

Regarding the different alcoholic drinks, it must be said that the majority of the school community - three out of four students - has already drunk beer for the first time, on average between the ages of twelve and thirteen, the males well before females. The event involved one student out of three, revealing a marked prevalence of experimenters - four out of ten - over female experimenters - three out of ten - before the age of fourteen and three boys out of four before the age of eighteen.

Initiation into wine is a reality for a large part of the school community - seven out of ten students - it occurred at an average age of thirteen and affected males significantly earlier than females. A quarter of the students, among whom the males - three out of ten - are far more represented than their peers - two out of ten -, approached wine before the age of fourteen and a clear majority - seven out of ten - have lived this experience as a minor.

The approach to spirits occurred for the majority of students - seven out of ten - who drank them for the first time, the boys more agile than the girls, at an average age of fourteen. One adolescent in ten, males - one in seven - more numerous than females - one in sixteen - have tasted spirits before entering secondary school and two out of three students have experimented with them before Eighteenth birthday.

The return of the results to the students, the school and the family will be a reason for discussion and critical reflection capable of orienting and extending, immediately, the information, awareness, training and prevention interventions also to other and earlier school realities - Spr and SS1- with the aim of counteracting a risk factor, the age of alcoholism and the approach to alcoholic beverages, capable of prematurely penalizing health and quality of life.

Key Words: adolescents, age, alcoholism, wine, beer, spirits

Introduzione

Benché ci sia ancora chi attribuisce alle bevande alcoliche proprietà terapeutiche, la capacità di migliorare le relazioni interpersonali e la qualità della vita [1-8] un'ampia letteratura scientifica riconosce nell'alcol, e quindi nelle bevande alcoliche, un fattore di rischio evitabile per la salute con costi umani, economici e sociali "intollerabili" [9-22] tanto da indurre le istituzioni politiche e socio sanitarie a far proprio il mantra "Alcohol, less is better/Alcol, meno è meglio" [23-30], a proporre, "a tutto tondo", il monitoraggio dell'uso delle bevande alcoliche e gli interventi di informazione, formazione, sensibilizzazione ed educazione della popolazione, con particolare attenzione alle fasce più giovani, sui problemi e le patologie alcol correlate [31-37].

Per parte nostra, sensibili nei confronti della salute delle "giovani generazioni" ed alla luce dei risultati espressi dagli studi di epidemiologia descrittiva condotti nell'ambito del progetto di ricerca "Dall'idea all'azione: stili di vita e rischi per la salute" [38-42] abbiamo sentito la necessità di approfondire - interessando la comunità scolastica di una più estesa area geografica di riferimento - la conoscenza sul vivere quotidiano degli adolescenti e considerare l'opportunità di programmare, attuare, ottimizzare e valutare l'efficacia degli interventi di promozione della salute proposti in ambiente scolastico.

Scopo del lavoro

Questa fase della ricerca intende far luce sui tempi della alcolizzazione¹ e del primo approccio alle diverse bevande alcoliche da parte degli/le adolescenti scolarizzati. I risultati acquisiti, resi disponibili ai partners - studenti, scuola, famiglia...-, costituiranno il patrimonio di conoscenze essenziale per orientare in ambiente scolastico, e non solo, le azioni finalizzate a sensibilizzare, dissuadere e/o dilazionare il più possibile nel tempo gli/le studenti/esse dall'approccio alle bevande alcoliche.

Materiali e metodi

La comunità scolastica di riferimento è costituita dagli/le studenti/esse di alcuni Istituti Tecnici e Professionali della provincia di Gorizia², la popolazione coinvolta nella ricerca è risultata composta da 488 adolescenti con una decisa prevalenza (M vs F: $p < 0,0005$) dei maschi (n: 330; 67,6%) sulle compagne di studi (n: 158; 32,4%).

L'età anagrafica dichiarata dagli/le adolescenti è compresa fra i 13 ed i 21 anni (aa) (M: 13-21aa aa; F: 14-21aa), l'età media stimata pari a 16,4aa (IC95%: 16,2-16,5aa) è la stessa per i maschi (x: 16.4aa; IC95%: 16,2-16,6aa) e le femmine (x: 16.4aa; IC95%: 16.1-16.6aa).

¹ Per alcolizzazione si intende "il primo approccio alle bevande alcoliche". Nel testo vengono utilizzati come sinonimi: "la sperimentazione, l'iniziazione, il primo approccio, la prima esperienza, il primo contatto, il primo assaggio, la prima bevuta".

² G. Brignoli di Gradisca d'Isonzo (GO), L. Einaudi e G. Marconi di Staranzano (GO), R.M. Cossar- L. da Vinci di Gorizia di seguito indicati come SS2 e/o BREIMACODA

La distribuzione percentuale, specifica per genere, della popolazione scolastica in funzione dell'età mette in luce che i diciassetenni sono i più rappresentati (M: 22,1%; F: 19,0%; MF: 21,1%), evidenza che il 72,3% degli/elle studenti/esse non hanno ancora compiuto 18anni (M: 72.1 %; F: 72.8%), mentre il 27,7% dei/le compagni/e di scuola (M: 27,9 %; F: 27,2%) - una decisa minoranza (<18aa vs ≥18aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) - sono maggiorenni.

Attualmente il 21,7% degli/elle studenti/esse frequenta la prima classe (M: 22,1%; F: 20.9%), il 21,3% è in seconda (M: 20.9%; F: 22.2%), il 19,5% risulta iscritto alla terza (M: 19.7%; F: 19.0%), un altro 22,1% è presente in quarta (M: 23.3%; F: 19.6%) ed il 15,4% è prossimo al diploma (M: 13.9%; F: 18.4%).

I tempi della ricerca e lo strumento d'indagine Agli/le studenti/esse coinvolti/e³ - selezionati "con un campionamento a grappolo" delle classi scolastiche presenti in ciascun Istituto [43-44] - nei mesi di febbraio e marzo del 2019 è stato proposto, rispettando la programmazione concordata con le Istituzione Scolastiche [40], di rispondere - in classe, nell'arco di due ore, durante l'attività didattica curricolare - alle domande di una scheda questionario cartacea - anonima, autosomministrata, semi strutturata [45-47] - in grado di raccogliere le informazioni che consentano di conoscere:

- a) l'anagrafe della popolazione studentesca - il genere, l'età e la classe scolastica
- b) l'età della alcolizzazione e del primo approccio al vino, alla birra ed ai superalcolici.

L'acquisizione ed il trattamento delle informazioni Le schede questionario compilate dagli/le studenti/esse sono state prese in consegna dai collaboratori del Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute di Trieste (GRES) che si sono fatti carico di codificare le risposte fornite dagli/le adolescenti, del loro inserimento in computer in una matrice Excell, di sottoporle ad editing e successivamente di elaborarle utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) [48-50].

L'analisi, le valutazioni ed il commento dei risultati acquisiti fanno riferimento, di volta in volta, alle frequenze assolute (n) e/o relative (%), alla media aritmetica campionaria (x) ed al corrispondente intervallo di confidenza (IC95%) del carattere considerato. La significatività degli eventi è stata pesata ricorrendo al "t-Test di Student" per il confronto fra le medie aritmetiche campionarie ed al "Test del Chi-quadrato (χ^2)" per il confronto fra le frequenze utilizzando, caso per caso, la "correzione di Yates" oppure il "metodo esatto di Fisher" [51-53].

³ La compilazione della scheda questionario è stata proposta a 520 studenti/esse, 357 maschi e 163 femmine. Dallo "spoglio" delle schede questionario restituite è emerso che 27 maschi (7,6%) e 5 femmine (3.1%) le hanno riconsegnate "in bianco", oppure solo parzialmente compilate e/o incomprensibili/illeggibili e pertanto sono state escluse dalla ricerca (n: 32; 6,7%).

Risultati

L'alcolizzazione della comunità scolastica⁴ Ora come ora, l'82,4% degli/le adolescenti (M: 83,0%; F: 81,0%) - la maggior parte della popolazione studentesca (Sp vs Ns=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) - afferma di aver già assaggiato le bevande alcoliche (Sp), quando invece il 17,6% dei/le coetanei/e (M: 17,0%; F: 19,0%) ammette di non aver mai fatto questa esperienza (Ns) (Tab. 1).

| Condizione | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-------------------------------|------------|-------------|--------|
| Non sperimentatore/trice (Ns) | 17,0* | 19,0° | 17,6^ |
| Sperimentatore/trice (Sp) | 83,0* | 81,0° | 82,4^ |

Tab. 1 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato le bevande alcoliche. *,°,^) $p<0,0005$

La sperimentazione delle bevande alcoliche viene ricondotta dagli/le adolescenti (Tab. 2) ad un'età compresa fra i 2 ed i 18 anni (M: 2-18aa; F: 3-18aa), in media a 12,8aa (IC95%: 12,5-13,1aa), e i maschi (x: 12,5aa; IC95%: 12,1-12,9aa) risultano aver fatto questa esperienza ben prima (M vs F: $p<0,005$) delle compagne di scuola (13,4aa; IC95%: 13,0-13,9aa).

A ben guardare, il 3,9% degli/le adolescenti - i maschi prevalgono in qualche misura sulle femmine (M: 4,8%; F: 1,9%; $p<0,1$) - affermano di aver sperimentato le bevande alcoliche in età prescolare (Epr) (Tab. 3), mentre nettamente più rappresentati e pari al 15,0% sono i/le giovani - i ragazzi più numerosi delle coetanee (M: 17,9%; F: 7,6%; $p<0,005$) - che hanno vissuto questa esperienza fra i 6-10aa (6-10aa vs <6aa=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,02$; MF: $p<0,0005$), ragionevolmente ad un'età in cui si frequenta la "Scuola primaria (Spr)".

⁴ È stato chiesto agli studenti di rispondere alla domanda: "Puoi indicare a che età hai bevuto per la prima volta la birra a ___/___/anni; il vino a ___/___/anni; i superalcolici a ___/___/anni;

| Età della Sperimentazione | Maschi (anni) | Femmine (anni) | MF (anni) |
|---------------------------|---------------|----------------|-----------|
| RANGE | 2-18 | 3-18 | 2-18 |
| x | 12,5* | 13,4* | 12,8 |
| SD | 3,42 | 2,47 | 3,18 |
| ES | 0,21 | 0,22 | 0,16 |
| IC95% | 12.1-12,9 | 13.0-13.9 | 12,5-13.1 |

Tab. 2 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) affermano di aver sperimentato le bevande alcoliche. *) p<0,005

Ammontano al 20,7% della stessa comunità scolastica i/le giovani (M: 21,2%; F: 19,6%) che hanno approcciato per la prima volta gli alcolici fra gli 11 ed i 13 anni, vale a dire ad un'età in cui solitamente si studia alla "Scuola Secondaria di 1° grado (SS1)".

| Età della sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <6aa (Epr) | 4,8 ^{*e,h,m} | 1,9 ^{*f,i,n} | 3,9 ^{g,l,o} |
| 6-10aa (Spr) | 17,9 ^{°e,s} | 7,6 ^{°f,q,t} | 15,0 ^{g,r,u} |
| 11-13aa (SS1) | 21,2 ^{h,w} | 19,6 ^{i,q,x} | 20,7 ^{l,r,y} |
| ≥14aa (SS2) | 39,1 ^{^,m,s,w} | 51,9 ^{^,n,t,x} | 43,2 ^{o,u,y} |

Tab. 3 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della classe d'età in cui affermano di aver sperimentato le bevande alcoliche.

*) p<0,1; (^) p<0,05; (f) p<0,02; (°) p<0,005; e,g,h,i,l,m,n,o,q,s,t,u,w,x,y) p<0,0005

Quest'ultima coorte di sperimentatori/trici prevale su quella dei/le coetanei/e che hanno assaggiato gli alcolici prima dei sei anni (11-13aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e talvolta su quella dei/le compagni/e di scuola che lo hanno fatto fra i 6 ed i 10 anni (11-13aa vs 6-10aa =>F: p<0,0005; MF: p<0,05).

In assoluto la più elevata percentuale di giovani, il 43,2% degli/le studenti/esse - le femmine sono preponderanti sui maschi (M: 39,1%; F: 51,9%; p<0,05) -, ricorda di aver vissuto la prima esperienza con le bevande alcoliche a partire dai 14 anni, presumibilmente nel corso degli studi alla "Scuola Secondaria di 2° grado (SS2)".

Nella popolazione studentesca censita i/le ragazzi/e che hanno sperimentato gli alcolici nel corso degli studi alla SS2 risultano sempre più rappresentati dei/le compagni/e che hanno vissuto l'evento mentre frequentavano la SS1 (≥ 14 aa vs 11-13aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), dei/le coetanei/e che datano il primo assaggio degli alcolici nel corso degli studi alla Spr (≥ 14 aa vs 6-10aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e dei/le compagni/e che fanno risalire la sperimentazione alcolica prima dei sei anni (≥ 14 aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Al momento, l'81,8% della popolazione scolastica (M: 81,8%; F: 80,4) - vale a dire il 98,8% degli/le sperimentatori/trici (M: 98,5%; F: 99,2%) - afferma di aver assaggiato le bevande alcoliche prima di aver raggiunto la maggiore età (Tab. 4). Decisamente inferiori a questi ultimi (<18aa vs ≥ 18 aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e pari all'1,1% della popolazione studentesca (M: 1,2; F: 0,6%) – pari all'1,2% degli/le sperimentatori/trici (M:1,5%; F: 0,8%) - sono i/le colleghi/e che dicono di aver sperimentato gli alcolici dall'età di diciotto anni.

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------|------------|-------------|--------|
| <18aa | 81,8* | 80,4° | 81,8^ |
| ≥ 18 aa | 1,2* | 0,6° | 1,0^ |

Tab. 4 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato le bevande alcoliche prima (<18aa) e dal raggiungimento della maggiore età (≥ 18 aa). *,°,^ p<0,0005

D'altra parte, si ha riscontro che il 39,5% degli/le adolescenti - i ragazzi significativamente più rappresentati delle ragazze (M: 43,9%; F: 29,1%; p<0,005) - hanno vissuto la loro alcolizzazione

quando avevano meno di quattordici anni, presumibilmente prima di iniziare il loro percorso didattico alla Scuola Secondaria di 2° grado (Tab. 5).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| <14aa | 43,9 [^] | 29,1 ^{w,^} | 39,5 |
| ≥14aa | 39,1 [§] | 51,9 ^{w,§} | 43,2 |

Tab. 5 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.) che affermano di aver sperimentato le bevande alcoliche prima (<14aa) e a partire dai 14anni (≥14aa). §) p<0,01; ^) p<0,005; w) p<0,0005

Sperimentazione alcolica che il 43,2% della comunità scolastica - le femmine prevalgono decisamente sui compagni di studi (M: 39,1; F: 51,9%; p<0,01) - ricorda di aver vissuto a partire dai 14aa, ragionevolmente nel corso degli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado. In questo ambito, le studentesse che hanno assaggiato una bevanda alcolica a partire dai 14aa si sono rivelate di gran lunga più numerose delle protagoniste dell'evento prima dei 14aa (≥14aa vs <14aa: p<0,0005).

La sperimentazione delle diverse bevande alcoliche.

La birra Ora come ora il 76,0% della popolazione studentesca (M: 77,6%; F: 72,8) afferma di aver già assaggiato la birra (Spb), quando invece il 24,4% dei/le coetanei/e (M: 22,4%; F: 27,2%) - una netta minoranza (Spb vs Nsb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) - ammette di non aver ancora soddisfatto questa curiosità (Nsb) (Tab. 6).

| Condizione | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|--------------------------------|------------|-------------|--------|
| Non sperimentatore/trice (Nsb) | 22,4* | 27,2° | 24,0^ |
| Sperimentatore/trice (Spb) | 77,6* | 72,8° | 76,0^ |

Tab. 6 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato la birra. *.°.^) $p < 0,0005$

La sperimentazione della birra (Tab. 7) è avvenuta ad un'età che oscilla fra i 3 ed i 19 anni (M: 3-19aa; F: 5-18aa), mediamente a 13,1aa (IC95%: 12,8-13,4aa) ed i ragazzi (x: 12,9aa; IC95%: 11,1-14,8aa) si sono rivelati più precoci (M vs F: $p < 0,01$) delle coetanee (x: 13,4aa; IC95%: 11,0-15,7aa).

| Età della Sperimentazione | Maschi (anni) | Femmine (anni) | MF (anni) |
|---------------------------|---------------|----------------|-----------|
| RANGE | 3-19 | 5-18 | 3-19 |
| x | 12,9* | 13,4* | 13,1 |
| SD | 14,90 | 12,59 | 2,85 |
| ES | 0,93 | 1,17 | 0,15 |
| IC95% | 11,1-14,8 | 11,0-15,7 | 12,8-13,4 |

Tab. 7 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) affermano di aver sperimentato la birra. *) $p < 0,01$

Nel dettaglio, l'1,8% degli/le studenti/esse (M: 2,4%; F: 0,6%) ammette di aver assaggiato la birra in età prescolare (Tab. 8). Predominano su questi ultimi il 12,5% dei/le coetanei/e - i maschi in qualche misura più rappresentati delle femmine (M: 14,2%; F: 8,9%; $p < 0,1$) - che ricordano di aver bevuto per la prima volta la birra fra i 6 ed i 10 anni (6-10aa vs <6aa=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$).

Più rappresentati dei/le compagni/e che hanno assaggiato la birra in età prescolare (11-13aa vs <6aa=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) e di quelli che hanno fatto questa esperienza

mentre frequentavano la Scuola Primaria (11-13aa vs 6-10aa=>M: p<0,025; F: p<0,025; MF: p<0,005) risultano il 20,3% dei/le coetanei/e (M: 21,5%; F: 17,7%) che asseriscono di aver sperimentato la birra durante gli studi alla Scuola Secondaria di 1° grado.

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <6aa (Epr) | 2,4 ^{b,e,h} | 0,6 ^{c,f,i} | 1,8 ^{d,g,l} |
| 6-10aa (Spr) | 14,2 ^{*,b,m,p} | 8,9 ^{*,c,i,n,q} | 12,5 ^{d,o,r} |
| 11-13aa (SS1) | 21,5 ^{e,m,s} | 17,7 ^{f,n,t} | 20,3 ^{g,o,u} |
| ≥14aa (SS2) | 39,4 ^{h,p,s} | 45,6 ^{i,q,t} | 41,4 ^{l,r,u} |

Tab. 8 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA(GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della classe d'età in cui affermano di aver sperimentato la birra.

*) p<0,1; m,n) p<0,025; o) p<0,005; c) p<0,001; b,d,e,f,g,h,i,l,p,q,r,s,t,u) p<0,0005

Allo stesso tempo, il 41,4% degli/le adolescenti (M: 39,4%; F: 45,6%) datano la sperimentazione della birra a partire dai quattordici anni, coorte di adolescenti che si rivela di gran lunga superiore a quella degli/le sperimentatori/trici più precoci (≥14aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), dei/le coetanei/e che hanno assaggiato la birra nel corso della prima esperienza scolastica (≥14aa vs 6-10aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e di quelli/e che ricordano di aver vissuto l'evento fra gli 11-13 aa (≥14aa vs 11-13aa =>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

In particolare, nella comunità scolastica il primo assaggio della birra (Tab. 9) è avvenuto per il 74,8% degli/le studenti/esse (M: 76,1%; F: 72,2%) - il 98,4% degli/le sperimentatori/trici (M: 98,0%; F: 99,1%) - prima dei diciotto anni d'età e solamente l'1,2% dei/le coetanei/e (M: 1,5%; F: 0,6%) - l'1,6% degli/le sperimentatori/trici (M: 2,0%; F: 0,9%) - una chiara minoranza (≥18aa vs <18aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) affermano di aver vissuto questa esperienza da maggiorenne.

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------------|---------------|----------------|-----------|
| <18aa | 76,1* | 72,2° | 74,8^ |
| ≥18aa | 1,5* | 0,6° | 1,2^ |

Tab. 9 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato la birra prima (<18aa) e dal raggiungimento della maggiore età (≥18aa). *,°,^ p<0,0005

Fra gli/le studenti/esse coinvolti/e e nella popolazione femminile (Tab. 10) gli/le adolescenti che hanno bevuto per la prima volta la birra dai quattordici anni d'età (F: 45,6%; MF: 41,4%) si sono rivelati più rappresentati/e (≥14aa vs <14aa=>F: p<0,01; MF: p<0,001) dei/le compagni/e che lo hanno fatto prima dei quattordici anni (F: 27,2%; MF: 34,6%). Nella coorte degli/le adolescenti che hanno approcciato la birra prima dei 14 anni i maschi sono risultati significativamente più numerosi delle femmine (M vs F: p<0,025).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| <14aa | 38,2* | 27,2 ^{t,*} | 34,6 ^u |
| ≥14aa | 39,4 | 45,6 ^t | 41,4 ^u |

Tab. 13 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato la birra prima (<14aa) e a partire dai 14anni. (≥14aa). *) p<0,025; ^t) p<0,01; ^u) p<0,001

Il vino Al momento buona parte della comunità scolastica, il 68,2% degli/le adolescenti (M: 69,7%; F: 65,2%) ingaggiati dallo studio, ha già bevuto il vino (Spv), allorquando il 31,8% dei/le coetanei/e (M: 30,3%; F: 34,8%) - decisamente molti meno (Spv vs Nsv=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) - dichiarano di non averlo mai assaggiato (Nsv) (Tab. 11).

| Condizione | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|--------------------------------|------------|-------------|--------|
| Non sperimentatore/trice (Nsv) | 30,3* | 34,8° | 31,8^ |
| Sperimentatore/trice (Spv) | 69,7* | 65,2° | 68,2^ |

Tab. 11 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli /lle studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA"(GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato il vino. *,°,^ p<0,0005

Questa esperienza ha coinvolto gli/le adolescenti (Tab.12) ad un'età che varia fra i 3 e 18aa (M: 4-18aa; F: 3-18aa), mediamente a 13,3aa (IC95%: 12.8-13.6aa), ed i ragazzi (x: 13,1aa; IC95%: 12.7-13.5aa;) hanno vissuto l'iniziazione al vino ben prima (x=>M vs F: p<0,035) delle ragazze (x: 13.8aa; IC95%: 13.3-14.3aa).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (anni) | Femmine (anni) | MF (anni) |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------|
| RANGE | 4-18 | 3-18 | 3-18 |
| x | 13,1* | 13,8* | 13,3 |
| SD | 2,99 | 2,53 | 2,87 |
| ES | 0,20 | 0,25 | 0,16 |
| IC95% | 12.7-13.5 | 13.3-14.3 | 12,8-13,6 |

Tab. 12 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA"(GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) affermano di aver sperimentato il vino. *) p<0.035

Dalla lettura dell'età della sperimentazione del vino (Tab. 13) viene alla luce che a fronte dell'1.2% della popolazione studentesca coinvolta che dice di averlo assaggiato prima dei sei anni (M: 1,2%; F: 1,3%), decisamente superiori si rivelano sia il 12,5% dei/lle compagni/e di studi - coorte nella quale la componente maschile è più marcata di quella femminile (M: 15,2%; F: 7,0%; p<0,025) - che questo assaggio lo hanno fatto fra i 6 ed i 10aa (6-10aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,025 MF: p<0,0005), così come il 13,7% dei/lle coetanei/e (M: 14,8%; F: 11,4%) che ammettono di averlo

approcciato per la prima volta fra gli 11 ed i 13 anni (11-13aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <6aa (Epr) | 1,2 ^{b,e,h} | 1,3 ^{c,f,i} | 1,2 ^{d,g,l} |
| 6-10aa (Spr) | 15,2 ^{a,b,p} | 7,0 ^{a,c,q} | 12,5 ^{d,r} |
| 11-13aa (SS1) | 14,8 ^{e,s} | 11,4 ^{f,t} | 13,7 ^{g,u} |
| ≥14aa (SS2) | 38,5 ^{h,p,s} | 45,6 ^{i,q,t} | 40,8 ^{l,r,u} |

Tab. 13 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della classe d'età in cui affermano di aver sperimentato il vino. ^{a,c} p<0,025; ^{b,d,e,f,g,h,i,l,p,q,r,s,t,u} p<0,0005

Decisamente più elevato risulta il 40,8% degli/le studenti/esse che hanno bevuto il vino per la prima volta ad un'età ≥14aa (M: 38,5%; F: 45,6%) rispetto ai/le compagni/e di studi che dicono di essere stati protagonisti dell'evento fra gli 11 ed i 13aa (≥14aa vs 11-13aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), fra i 6 ed 10aa (≥14 vs 6-10aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e quelli che hanno sperimentato il vino in età prescolare (≥14aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

La popolazione studentesca che ha assaggiato il vino prima dei 18 anni, ammonta al 67,2% degli/le adolescenti ingaggiati dalla ricerca (M: 68,5%; F: 64,6%) - equivalente al 98,5% degli/le sperimentatori/trici (98,3%; F: 99,0%) -, risulta ben più numerosa (≥18aa vs <18aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) rispetto all'1,0% dei/le coetanei/e (M: 1,2%; F: 0,6%) - l'1,5% degli sperimentatori/trici (M: 1,7%; F: 1,0%) - per i quali l'iniziazione al vino si è concretizzata a partire dai 18 anni (Tab. 14).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------------|---------------|----------------|-----------|
| <18aa | 68,5* | 64,6° | 67,2^ |
| ≥18aa | 1,2* | 0,6° | 1,0^ |

Tab. 14 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato il vino prima (<18aa) e dal raggiungimento della maggiore età (≥18aa). *,°,^ p<0,0005

Quale che sia la popolazione scolastica considerata (Tab. 15) gli/le adolescenti che hanno bevuto per la prima volta il vino a partire dall'età di quattordici anni (M: 38,5%; F: 45,6%; MF: 40,8%) sono più rappresentati dei/le coetanei/e (≥14aa vs <14aa=> M: p<0.05; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) che lo hanno fatto prima dei 14aa (M: 31,2%; F: 19,6%; MF: 27,5%).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| <14aa | 31,2 ^{q,°} | 19,6 ^{r,°} | 27,5 ^s |
| ≥14aa | 38,5 ^q | 45,6 ^r | 40,8 ^s |

Tab. 15 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato il vino prima (<14aa) e a partire dai 14anni (≥14aa). ^q) p<0,05; [°]) p<0,01; ^{r,s}) p<0,0005

Nella popolazione studentesca che ha sperimentato il vino prima dei quattordici anni i maschi risultano significativamente più numerosi delle coetanee (<14aa=>M vs F: p<0,01).

I superalcolici La sperimentazione di questo tipo di bevande è una realtà per il 67,6% degli/le adolescenti (Sps) della comunità scolastica (M: 66,1%; F: 70,9%), coorte che prevale nettamente (Sps vs Nss=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) su quella del 32,4% degli/le studenti/esse (M: 33,9%; F: 29,1%) che negano di aver fatto questa esperienza (Nss) (Tab. 16).

| Condizione | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-------------------------|------------|-------------|--------|
| No sperimentatori (Nss) | 33,9* | 29,1° | 32,4^ |
| Sperimentatori (Sps) | 66,1* | 70,9° | 67,6^ |

Tab. 16 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli /lle studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato i superalcolici. *.°.^) p<0,0005

Quando hanno bevuto per la prima volta un superalcolico gli/le studenti/esse avevano fra i 2 ed i 18aa (M: 2-18aa; F: 2-18aa), lo hanno fatto mediamente 14,5aa (IC95%: 14,3-14,8aa) ed i ragazzi (x: 14,3aa; IC95%: 14.0-14.7aa) hanno sperimentato questo tipo di bevande ad un'età media nettamente inferiore (M vs F: p<0,05) a quella delle coetanee (x: 14,9aa; IC95%: 14.6-15.1aa) (Tab. 17).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (anni) | Femmine (anni) | MF (anni) |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------|
| RANGE | 2-18 | 2-18 | 2-18 |
| x | 14,3* | 14,9* | 14,5 |
| SD | 2,68 | 1,36 | 2,33 |
| ES | 0,18 | 0,13 | 0,13 |
| IC95% | 14.0-14,7 | 14.6-15,1 | 14.3-14,8 |

Tab. 17 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) affermano di aver sperimentato i superalcolici.*) p<0.05

La curiosità per i superalcolici è stata soddisfatta dall'1,2% degli/le adolescenti - solo maschi (M: 1,8%; F: 0,0%; p<0,09) - prima dell'inizio della carriera scolastica ed il 2,0% dei/le coetanei/e (M: 2,7 F: 0,6%) lo hanno fatto quando avevano fra i 6 ed i 10aa. (Tab. 18).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <6aa (Epr) | 1,8 ^{*,a,h,m} | 0,0 ^{*,a,i,n} | 1,2 ^{l,o} |
| 6-10aa (Spr) | 2,7 ^{p,s} | 0,6 ^{q,t,q,t} | 2,0 ^{r,u} |
| 11-13aa (SS1) | 9,4 ^{o,h,p,v} | 5,7 ^{o,i,q,w} | 8,2 ^{l,r,x} |
| ≥14aa (SS2) | 52,1 ^{o,m,s,v} | 64,6 ^{o□n,t,w} | 56,1 ^{o,u,x} |

Tab. 18 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della classe d'età in cui affermano di aver sperimentato i superalcolici.

*) p<0,09; °) p<0,07; ◊;q) p<0,025; i) p<0,005; h,l,m,n,o,p,r,s,t,u,v,w,x) p<0,0005

Nello stesso contesto scolastico l'8,2% degli/le studenti/sse - i maschi prevalgono sulle coetanee (M: 9.4%; F: 5,7%; p<0,07) - hanno assaggiato per la prima volta i superalcolici fra gli 11 ed i 13 anni, rivelandosi largamente più rappresentativi dei/le colleghi/e che hanno vissuto questa esperienza in età prescolare (11-13aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,005; MF: p<0,0005) e dei/le compagni/e che la datano fra i 6 ed i 10aa (11-13aa vs 6-10aa=>M: p<0,0005; F: p<0,025; MF: p<0,0005).

Costituiscono la maggioranza il 56,1% degli/le studenti/esse - la componente femminile più copiosa di quella maschile (M: 52,1%; F: 64,6%; p<0,025) - che ammettono di aver assaggiato i superalcolici a partire dai 14 anni. Questo gruppo di adolescenti si rivela di parecchio più numeroso vuoi dei/le compagni/e protagonisti dell'evento fra gli 11 ed i 13 anni (≥14aa vs 11-13aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), sia di quello dei/le coetanei/e che riportano di averli assaggiati per la prima volta fra i 6 ed i 10 anni (≥14aa vs 6-10aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) o prima dei 6 anni d'età (≥14aa vs <6aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Allo stato delle cose (Tab. 19), la sperimentazione dei superalcolici è avvenuta per il 65,2% degli/le adolescenti (M: 63.3%; F: 69.0%) - il 96,4% degli/le sperimentatori/trici (M: 95.9%; F: 97.3%) - prima del raggiungimento della maggiore età. Questi ultimi prevalgono decisamente (≥18aa vs <18aa=>M:

p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) sul 2,4% dei/le coetanei/e (M: 2,8%; F: 1,9%) - il 3,6% degli sperimentatori/trici (M: 4,1%; F: 2,7%) - che riconducono il primo approccio ai superalcolici a partire dai 18 anni.

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------|------------|-------------|--------|
| <18aa | 63,3* | 69,0° | 65,2^ |
| ≥18aa | 2,8* | 1,9° | 2,4^ |

Tab. 19 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato i superalcolici prima (<18aa) e dal raggiungimento della maggiore età (≥18aa). *,°,^ p<0,0005

Nella comunità scolastica in toto (≥14aa: 56,1%; <14aa: 11,5%; p<0,0005) così come in quella maschile (≥14aa: 52,1%; <14aa: 13,9%; p<0,0005) e femminile (≥14aa: 64,6%; <14aa: 6,3%; p<0,0005) c'è una netta prevalenza degli/le studenti/esse che hanno bevuto per la prima volta i superalcolici a partire dal quattordicesimo anno d'età rispetto ai/le compagni/e di scuola che fanno risalire l'approccio ai superalcolici a prima dei 14 anni (Tab. 20).

| Età della Sperimentazione (anni) | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|----------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------|
| <14aa | 13,9 ^{v,&} | 6,3 ^{z,&} | 11,5 ^x |
| ≥14aa | 52,1 ^{v,£} | 64,6 ^{z,£} | 56,1 ^x |

Tab. 20 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di aver sperimentato 1 superalcolici prima (<14aa) e a partire dai 14anni (≥14aa). &) p<0,025; £) p<0,01; v,z,x) p<0,0005

Fra gli/le studenti/esse che hanno sperimentato i superalcolici prima dei 14 anni sono i maschi ad essere più numerosi delle compagne di studi (<14aa=>M vs F: p<0,025), mentre fra coloro i/le quali

hanno assaggiato i superalcolici a partire dai quattordici anni sono le ragazze a prevalere sui coetanei ($\geq 14aa \Rightarrow M$ vs F : $p < 0,01$).

Uno sguardo d'insieme all'età della prima bevuta delle diverse bevande alcoliche mette in luce che la sperimentazione della birra (B vs $SA \Rightarrow M$: $3,1E-07^5$; F : $p < 1,8E-07$; MF : $p < 4,7E-12$) e del vino (V vs $SA \Rightarrow M$: $p < 2,9E-06$; F : $p < 9,9E-05$; MF : $p < 2,3E-09$) è avvenuta ad una età media decisamente inferiore a quella dei superalcolici.

Per quanto concerne il primo approccio alle specifiche bevande emerge che nella popolazione studentesca generale ed in quella maschile gli/le sperimentatori/trici della birra risultano nettamente più numerosi/e dei/le coetanei/e che affermano di aver sperimentato il vino (B vs $V \Rightarrow M$: $p < 0,025$; MF : $p < 0,01$) ed i superalcolici (B vs $S \Rightarrow M$: $p < 0,001$; MF : $p < 0,01$).

Nella popolazione BREIMACODA gli/le adolescenti che hanno assaggiato la birra prima dei diciotto anni - ad eccezione delle femmine, - prevalgono significativamente sui/le coetanei/e che hanno maturato la loro prima esperienza con il vino (B vs $V \Rightarrow M$: $p < 0,05$; MF : $p < 0,0005$) ed i superalcolici (B vs $SA \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$) quando erano ancora minorenni.

In ciascuna delle popolazioni considerate gli/le studenti/esse che fanno risalire a prima dei diciotto anni ($< 18aa$) la sperimentazione della birra ($< 18aa$ vs $\geq 18aa \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$), del vino ($< 18aa$ vs $\geq 18aa \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$) e dei superalcolici ($< 18aa$ vs $\geq 18aa \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$) risultano di gran lunga più numerosi/e dei/le compagni/e di studi che hanno vissuto questa esperienza da maggiorenni ($\geq 18aa$).

Dal confronto fra gli/le adolescenti che hanno sperimentato le diverse bevande alcoliche prima ($< 14aa$) e dai quattordici anni ($\geq 14aa$) si ha riscontro che gli/le studenti/esse che dai quattordici anni hanno assaggiato il vino ($\geq 14aa$ vs $< 14aa \Rightarrow M$: $p < 0,05$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$), la birra ($\geq 14aa$ vs $< 14aa \Rightarrow F$: $p < 0,001$; MF : $p < 0,05$) - con la sola eccezione degli sperimentatori - ed i superalcolici ($\geq 14aa$ vs $< 14aa \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$) sono di gran lunga più numerosi/e dei/le coetanei/e che hanno vissuto la stessa esperienza prima dei quattordici anni.

Sempre nella coorte degli/le adolescenti che hanno assaggiato le diverse bevande alcoliche prima dei quattordici anni emerge che gli/le studenti/esse che hanno sperimentato la birra si rivelano - fatta eccezione per le sperimentatrici - decisamente più numerosi dei/le coetanei/e che hanno bevuto per la prima volta il vino (B vs $V \Rightarrow M$: $p < 0,07$; MF : $p < 0,025$) ed i superalcolici (B vs $SA \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$), e che gli sperimentatori/trici del vino risultano prevalere ampiamente sui/le compagni/e di scuola che nella stessa fascia d'età hanno sperimentato i superalcolici (V vs $SA \Rightarrow M$: $p < 0,0005$; F : $p < 0,0005$; MF : $p < 0,0005$).

Se guardiamo al genere, si ha riscontro che gli sperimentatori della birra (M vs F : $p < 0,025$), del vino (M vs F : $p < 0,01$) e dei superalcolici (M vs F : $p < 0,025$) prima dei quattordici anni ($< 14aa$) appaiono nettamente più rappresentati della corrispondente popolazione femminile.

⁵ La scrittura $p < 2,9E-06$ equivale a $p < 0,0000029$ [54-55]

Per quanto riguarda gli/le studenti/esse che fanno risalire la loro prima esperienza con le bevande alcoliche a partire dai quattordici anni (≥ 14 aa) si osserva che in ciascuna delle popolazioni prese in esame gli/le sperimentatori/trici che hanno fatto la prima esperienza con i superalcolici mostrano di prevalere ampiamente su quelli/e che a partire dalla stessa età hanno assaggiato per la prima volta la birra (SA vs B=>M: $p < 0,005$; F: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$) ed il vino (SA vs V=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$).

Vuoi nella popolazione scolastica in toto così come in quella di entrambi i generi gli/le sperimentatori/trici che a partire dai quattordici anni hanno bevuto per la prima volta la birra (≥ 14 aa vs < 14 aa=>M: ns; F: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$), il vino (≥ 14 aa vs < 14 aa=>M: $p < 0,05$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) ed i superalcolici (≥ 14 aa vs < 14 aa=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) si sono rivelati ben più numerosi dei/le coetanei/e che hanno fatto questa esperienza prima del quattordicesimo compleanno. Nella stessa fascia d'età la sola percentuale delle ragazze che hanno sperimentato i superalcolici risulta prevalere su quella dei maschi (F vs M=> $p < 0,01$).

Conclusioni

Lo studio ha consentito di datare alcolizzazione ed il primo approccio alle diverse bevande alcoliche della comunità scolastica BREIMACODA, di stimare la precocità dell'evento, di far emergere che i maschi hanno soddisfatto la curiosità per gli alcolici e per le diverse bevande alcoliche sostanzialmente prima ed in misura più marcata delle coetanee, di enfatizzare che la birra ed il vino hanno contribuito decisamente più dei superalcolici all'alcolizzazione della comunità scolastica e favorito la precocità dell'evento, di constatare che la quasi totalità della popolazione studentesca ha sperimentato il bere alcolico quando era ancora minorenni, di prendere atto che la maggioranza degli/le sperimentatori/trici ha approcciato il bere alcolico nel corso degli studi alla SS2 e di far emergere che, seppur minoritaria, una frazione considerevole degli/le studenti/esse ha approcciato gli alcolici prima dei quattordici anni.

Quanto detto ci induce a ritenere prioritario rendere disponibili i risultati acquisiti alla popolazione studentesca protagonista, alle figure professionali - ad es. insegnanti, psicologi, educatori, istruttori sportivi ed adulti significativi che si fanno carico, nelle sedi scolastiche di ogni ordine e grado - SPR, SS1° e SS2° grado -, della proposta didattica e della emancipazione degli/le studenti/esse - ed alla famiglia. Sono questi gli/le interlocutori/trici privilegiati con i quali intendiamo confrontarci e riflettere sulle realtà emerse, le responsabilità, le competenze e le possibili ricadute del patrimonio di informazioni caratterizzanti la popolazione BREIMACODA da utilizzare nella programmazione ed attuazione degli interventi di promozione della salute intesi a contrastare ciò che la comunità scientifica a ben presente da tempo [56-57] e che il "World Drug Report 23" ribadisce con forza: "L'inizio precoce del consumo di droga può portare a uno sviluppo più rapido della dipendenza rispetto agli adulti e ad altri problemi dell'età adulta"[58].

Per Corrispondenza

Modonutti Giovanni Battista, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste.
E-mail modonuttigb@gmail.com

Bibliografia

1. Baseline A., La nascita e l'evoluzione di una coscienza popolare e sociale nei confronti delle bevande alcoliche e dei problemi alcol correlati. In: Fummo, eravamo, siamo e... saremo in grado di affiancare i giovani in un progetto di vita più salutare? A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2016:1-21.
2. Beccaria F., Il significato sociale del consumo di bevande alcoliche tra i giovani, In: Prevenzione giovani e... i rischi del vivere quotidiano .A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2012:143-169.
3. Imbriani G., Serio F., De Donno A., Vino e salute: benefici o rischi per la salute umana? Journal of Preventive Medicine and Higiene, Atti 55° Congresso Nazionale SItI Padova, 28 settembre- 1 ottobre 2022, Vol. n.63/2, June 2022, Sup. 1: E 408. *Abstract Code: SIT17003-91*
4. Lundgaard I., Wang W., Eberhardt A. Vinitky H.S., Reeves B.C., Peng S., Lou N., Hussain R., Nedergaard M., Beneficial effects of low alcohol exposure, but adverse effects of high alcohol intake on glimphatic function. Sci Rep 8, 2246 (2018) pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. Paganini-Hill A., Kawas C.N., Corrada M.M., Type of alcohol consumed, changes in intake over time and mortality: the Leisure World Cohort. Age and Ageing. 2007 Mar; 36 (2): 203-209. DOI: 10193/AGEING/AFL184
6. MacInnis RJ, Hodge AM, Hopper JL, Giles GG, Room R, English DR: Alcohol consumption for different periods in life, intake pattern over time and all-cause mortality J public Health (Oxf). 2015 Dec;37(4):625-33. Doi: 10.1093/pubmed/fdu082.Epub 2014 Oct15. PMID: 25320075
7. Collicelli C. Da Lancet una revisione del rischio alcol: rivalutato il bere a basse dosi. https://www.quotidianosanita.it/m/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=106592
8. Lancet: alcol, rischi e benefici a seconda di età e area geografica. Poli (Nfi) "ora si riapre il dibattito" <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722014732>
9. World Health Organization. Regional Office for Europe 72nd session Tel Aviv, 12-14 september 2022. European framework for action on alcohol 2022-2025. 72wd12e-Alcohol-220604.pdf
10. Towards an action plan (2022-2030) to effectively implement the Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol. 22-28 May 2022: Seventy- fifth World Health Assembly to discuss the alcohol action plan. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>
11. Alcohol use and burned for 195 countries and territories,1990-2016: a systematic analysis for the global Burden of Disease study 2016. GBD 2016 Alcohol Collaborators THE LANCET

VOLUME 392, ISSUES 10152; P1015-1035, SEPTEMBER 22, 2018 DOI:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)

12. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic Analysis for the Global Burden of Diseases Study 2020, THE LANCET, VOLUME 400,ISSUE 10347, P185-235, JULY 16 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6376\(22\)00847-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6376(22)00847-9)
13. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2019. THE LANCET, VOLUME 400, ISSUES 10352, P563-59, AUGUST 20, 2022 Doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736822\)01438-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736822)01438-6)
14. Allison MED, Verne G., Bernal G., Clayton M., CoxS., Dhanda A., et al., Deaths from alcohol-related liver diseases in the UK: an escalating tragedy. THE LANCET, VOLUME 401, ISSUES 10375, P418-420, FEBRUARY 11, 2023 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02583-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02583-1)
15. Anderson BO, Berdzuli Ni, Libawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, Mikkelsen B, Neufeld M, Poznyak V, Rekve D, Slam S, Tello J, Ferreira-Borges C., Health and cancer risks associated with low level of alcohol consumption Public Health VOLUME 8, ISSUES 1, E6-E7, JANUARI 2023 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)
16. Sperkova K., 6 Reasons Why New WHO Comment on Health and Cancer Risks From Low Dose alcohol Use Is a Game Change <https://movendi.ngo/blog/2023/01/07/6-reasons-why-new-who-comment-on-health-and-cancer-risks-from-low-dose-alcohol-use-is-a-game/>
17. Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Matone A., Vichi M., Il Gruppo di lavoro CSDA Epicemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione dell'attività del Piano Nazionale Alcol e Salute Rapporto 2022 Rapporti ISTISAN 22/1 <https://www.iss.it>
18. Piano Nazionale della Prevenzione 2025 Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. C-17_notizie_5029_0_file.pdf
19. Relazione del ministero della salute I parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n.125 legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Ministero della salute, direzione generale della prevenzione sanitaria – ufficio 6, anno 2021. C_17_publicazioni-3202_allegato.pdf
20. Kivimaki M, Batty GD., Alcohol and Health. THE LANCET CORRESPONDENCE, VOLUME 400, ISSUES 10365, P 1763-1764, NOVEMBER 19, 2022.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02122-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02122-5)
21. Manthey J, Scudo K, Rehm J., Alcohol and Health. LANCET CORRESPONDENCE, VOLUME 400, ISSUES 10365, P 1764-1765, NOVEMBER 19, 2022.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02123-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02123-7)
22. Schooling CM, Leung G., Alcohol and Health. LANCET CORRESPONDENCE, VOLUME 400, ISSUE 10365, P 1765, NOVEMBER 19, 2022

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02124-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02124-9)

23. Anderson P., Alcohol less is better - Report of the WHO European Conference Health, Society and Alcohol. Paris 12-14 december 1995; Copenhagen: World Health Organization, 1996. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/272999>
24. 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_eSn4gb9VR2daPqxEOwWNk
25. Burton R., Sheron N., No level of alcohol consumption Improves health. The Lancet, VOLUME 392, ISSUES 10152, SEPTEMBER 22, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/So140-6736\(18\)31571-X](https://doi.org/10.1016/So140-6736(18)31571-X)
26. Testino (SIA): “ Una qualità di vita migliore senza il consumo di alcol” <https://www.interris.it/copertino/testino-sia-qualita-vita-migliore- senza-consumo-alcol/>
27. Alcol, zero o il meno possibile <https://www.salute.gov.it>
28. Il falso mito dell'alcol come toccasana per il cuore. <https://www.airc.it/news/il-falso-mito- dellalcol- come- toccasana-per- il-cuore-03-22>
29. Scafato E. Alcol, Non ci sono più le soglie di una volta . <https://www.epicentro.iss.it/alcol/SoglieAlcolicheLancet>
- 30 Testino G., Balbinot P., Educazione a corretti stili vita l'importanza di ciò che sembra inutile. *Alcologia*, N. 51, 2023:15-17
31. Patussi V., Fanucchi T., Cianti M., Cerofolini M.A, Testino G., Caputo G., Big Alcol, Big Bibite, Big Alimenti, Big Tabacco, sapere per fare una scelta ecologica. IN: *Prevenzione, giovani e...come investire nella formazione scolastica per la salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, edizioni Goliardiche, Udine, 2019: 123-150.
32. Un bicchiere di vino al giorno: il falso mito dell'alcol – Airc. <https://www.airc.it>
33. Scafato E., Gandin C., Ghirini S., Matone A., OMS: non esistono quantità di consumo di alcol sicure per la salute, il rischio evitabile parte dal bicchiere e dal consumo moderato. *Alcologia*, N. 51, 2023: 10-14.
34. Scafato E., Gandin C., Ghirini S., Matone A., Awareness week on alcohol related harm 2022: i messaggi di prevenzione della settimana europea di consapevolezza sui danni Alcol-correlati per tutto l'anno. *Alcologia*, N. 51, 2023:33-47.
35. Scafato E., I giovani e le bevande alcoliche: la tutela della salute e la prevenzione del rischio. L'evidenza scientifica contro le fake new per conoscere e non rischiare. In. *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute* A cura di Giovanni Battista Modonutti, edizioni Goliardiche, Udine, 2019:153-198.
36. Gruppo di lavoro per la prevenzione dei danni causati dall'alcol nei giovani (ultima modifica 18 aprile 2023) Coordinatore Scafato E. Componenti Affinita A., Castiglione F., Cuffari A., Gandin C., Ghirini S. www1.ordine mediciroma.it

37. Involving youth in alcohol policies: imagining and planning for a better world.
<https://www.who.int/Bulgaria/news/item/14-09-2022-involving-youth-in-alcohol-policies-imagining-and-planning-for-a-better-world>
38. Fragiaco M., Modonutti G.B., Da una idea alla nascita ed alla realizzazione di un progetto. In : Prevenzione , giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti , Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa(UD), 2019: 1-10.
39. Modonutti G.B., Conoscere per prevenire: realtà, criticità e priorità emerse sulle bevande alcoliche in ambiente scolastico. In : Prevenzione , giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti , Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2019: 333-372
40. Modonutti G.B., Conoscere per prevenire: realtà, criticità e priorità emerse sul fumo di tabacco in ambiente scolastico. In : Prevenzione , giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti , Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2019: 295-331
41. Modonutti G.B., Costantinides F., La sperimentazione alcolica di una coorte di adolescenti all'inizio della loro esperienza didattica alla Scuola Secondaria di 2° grado (SS2) della provincia di Gorizia (2019).
 Atti del 55° Congresso SItI Padova 28settembre-1 ottobre 2022. Supplemento 1, Journal of Preventive Medicine and Higiene, 63/2, June 2022: 446-447
42. Modonutti G.B., Il vivere quotidiano con le bevande alcoliche di una coorte di adolescenti all'inizio della loro esperienza didattica alla Scuola Secondaria di 2° grado (SS2) della provincia di Gorizia (2019)-
 Atti del 55° Congresso SItI Padova 28settembre-1 ottobre 2022. Supplemento 1, Journal of Preventive Medicine and Higiene, 63/2, June 2022: 291-292
43. Agresti A. Finlay B., Metodi statistici di base e avanzati per le scienze sociali. Pearson Italia, Milano-Torino, 2012
44. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed McGraw Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
45. Guidelines for the evaluation of drug prevenzione. A manual for programme planners and evaluators Second edition. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
https://www.researchgate.net/.../231184158_Guidelines_for_the_evaluation_for_drug_pr
46. Repubblica Italiana: Legge 675 del 31 dicembre 1996. Testo consolidato dal Decreto-legge 26 dicembre 2001, n. 46 ed eventuali modifiche successive.
47. Signorelli C., I questionari in epidemiologia. Società Editrice Universo, Roma, 1998.
48. Salin M., Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01, Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1992.

49. Pedone R., Elementi di analisi dei dati con Excel e SPSS Per la ricerca psicologica ed educativa. Carocci Ed., Napoli, 2010.
50. Giuliani D, Dickson M.M., Analisi statistica con Excel, Apogeo Education - Maggioli Editore, Milano, 2015.
51. Faggiano F, Donato F, Barbone F., Applicazioni di Epidemiologia per la sanità Pub-blica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
52. Borra S, Di Ciaccio A., Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed McGraw Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
53. Biggeri A., P-value "Il re è morto, viva il re!" Epidemiol Prev 2019; 43 (2-3): 120-121.
Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045
54. Cavalli Sforza L., Analisi statistica per medici e biologi, Boringhieri, Torino, 1966.
55. Villani V., Matematica per discipline bio-mediche. McGraw-Hill Italia s.r.l., Milano 1991.
56. Modonutti G.B., Leon L., I rischi del vivere quotidiano: le bevande alcoliche. In: , giovani è... rischi del vivere quotidiano. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine, 2012: 219-258
57. Modonutti G.B., Un percorso con i giovani e le bevande alcoliche (1989-2013) In: Fummo, eravamo siamo e... saremo in grado di affiancare i giovani in un progetto di vita più salutare? A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine, 2015: 259-285
58. World Drug Report 2023
https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023_booklet_2.html

Modonutti Giovanni Battista, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste
Costantinides Fulvio, Professore a contratto, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
 Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli Studi di Trieste.

LUOGHI E MOTIVI DELL'ALCOLIZZAZIONE E DELL'APPROCCIO ALLE BEVANDE ALCOLICHE DEGLI ADOLESCENTI SCOLARIZZATI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)

Riassunto

L'alcolizzazione, evento che ha già interessato la maggioranza della comunità scolastica di entrambi i generi - ~8 studenti/esse su 10 -, è avvenuta "in ambiente domestico" per la maggior parte degli/le sperimentatori/trici - ~7 su 10 -, buona parte dei/le quali - ~1 su 3 - ammette di aver assaggiato gli alcolici "a casa", mentre meno numerosi - ~1 su 4 - sono i/le coetanei/e che lo hanno fatto "a casa di amici" e ancora più ridotta è la percentuale dei/compagni/e - ~1 su 7 - che hanno sperimentato il bere alcolico "a casa di parenti". In questo ambiente, gli/le sperimentatori/trici del vino - ~8 su 10 - e della birra - ~8 su 10 - prevalgono sui/le coetanei/e che hanno sperimentato i superalcolici - ~6 su 10 -. Allo stesso tempo, gli/le sperimentatori/trici che collocano l'iniziazione al vino - ~4 su 10 - ed alla birra - ~4 su 10 - "a casa" sono più rappresentati dei/le compagni/e che hanno sperimentato i superalcolici - ~1 su 10 -. Per altro, l'iniziazione ai superalcolici "a casa di amici" - ~1 su 2 - è più frequente di quella della birra - ~1 su 4 - e del vino - ~1 su 7 -, mentre la sperimentazione "a casa di parenti" ha fatto più proseliti fra gli sperimentatori/trici del vino - ~1 su 4 - che della birra - ~1 su 8 - e dei superalcolici - ~1 su 16 -. L'iniziazione "in ambiente extradomestico" si è rivelata nettamente la seconda scelta degli/le studenti/esse - ~3 su 10 - e fra questi quelli che hanno approcciato gli alcolici "al bar" - ~1 su 5 - hanno il sopravvento sui/le compagni/e che hanno fatto questa esperienza "fuori casa" - ~1 su 12 - e "alle feste" - ~1 su 25 -.

Abstract

Alcoholism, an event that has already affected the majority of the school community of both genders - 8 out of 10 students - occurred "in a domestic environment" for the majority of the experimenters - 7 out of 10 -, most of whom - ~1 in 3 - admit to having tasted alcohol "at home", while fewer - ~1 in 4 - are their peers who have done so "at friends' houses" and even smaller is the percentage of classmates - ~1 in 7 - who have experimented with drinking alcohol "at relatives' houses". In this environment, the experimenters of wine - ~8 out of 10 - and beer - ~8 out of 10 - prevail over their peers who have experimented with spirits - ~6 out of 10 -. At the same time, the experimenters who place the initiation into wine - ~4 out of 10 - and beer - ~4 out of 10 - "at home" are more represented than their classmates who have experimented with spirits - ~1 in 10 -. Furthermore, initiation into spirits "at a friend's house" - ~1 in 2 - is more frequent than that of beer - ~1 in 4 - and wine - ~1 in 7 -, while experimentation "at a friend's house" relatives" has made more converts among wine experimenters - ~1 in 4 - than beer - ~1 in 8 - and spirits - ~1 in 16 -. Initiation "in an extra-domestic environment" clearly proved to be the second choice of the students - ~3 out of 10 - and among these those who approached alcohol "at the bar" - ~1 out of 5 - had the upper hand over the Companions who have had this experience "outside the home" - ~1 in 12 - and "at parties" - ~1 in 25 -.

Gli/le sperimentatori/trici della birra "fuori casa" - ~1 su 3 - hanno il primato su quelli dei superalcolici - ~3 su 10 - e del vino - ~1 su 4 -. Extra moenia, il "bar" si è rivelato la location preferita per sperimentare la birra - ~1 su 4 - ed in misura minore per i superalcolici - ~1 su 5 - ed il vino - ~1 su 6. L'incontro con i superalcolici "alle feste" ha coinvolto una coorte della comunità scolastica - ~1 su 17 - che prevale sugli/le sperimentatori/trici del vino - ~1 su 15 - e della birra - ~1 su 127 -. "Per provare..." è il motivo che ha indotto buona parte degli/le sperimentatori/trici - ~7 su 10 - all'alcolizzazione, alternativa che una parte minoritaria dei/elle coetanei/e - ~1 su 12 - dice di aver trovato nella sapidità degli alcolici "perché piace..." e via via nelle occasioni "conviviali..." - ~1 su 50 -, "per dissetarmi" - ~1 su 70 -, oppure "per sballare" - ~1 su 100 -, "perché lo produco" - ~1 su 100 - o "per gioco" - ~1 su 125 -. La curiosità per la birra "per provare" - ~6 su 10 -, più di quella per il vino - ~1 su 2 - ed i superalcolici - ~4 su 10 - ha indotto una parte cospicua degli/le sperimentatori/trici ad assaggiare la specifica bevanda, movente che nella popolazione maschile vede prevalere gli sperimentatori della birra - ~6 su 10 - e del vino - ~1 su 2 -, su quelli dei superalcolici - ~4 su 10 -. Un peso decisamente inferiore è stato attribuito alla sapidità "perché piace..." nella iniziazione ai superalcolici - ~1 su 10 -, alla birra - ~1 su 20 - ed al vino - ~1 su 25 -, ed ancor più esigua è la coorte dei/le compagni/e che identificano nelle "occasioni conviviali..." il motivo del primo approccio alla birra - ~3 su 100 -, al vino - ~2 su 100 -, ed ai superalcolici - ~1 su 200 -. Il "dove" ed il "perché" della sperimentazione alcolica degli/le adolescenti fanno chiarezza sui determinanti alcolizzazione, identificano ambiti, moventi e criticità dell'evento, informazioni che aggiornano il bagaglio culturale di quanti sono coinvolti nella emancipazione dei/le giovani allo scopo di favorire scelte critiche e responsabili degli/le studenti/esse intese a procrastinare il più possibile e/o scoraggiare l'uso "precoce e a rischio" del bere alcolico.

Parole Chiave: adolescenti, alcolizzazione, bevande alcoliche, luogo, motivo.

The experimenters of beer "out of home" - ~1 out of 3 - have the lead over those of spirits - ~3 out of 10 - and wine - ~1 out of 4 -. Extraordinary, the "bar" proved to be the favorite location for experimenting with beer - ~1 in 4 - and to a lesser extent for spirits - ~1 in 5 - and wine - ~1 in 6. The meeting with the spirits "at parties" involved a cohort of the school community - ~1 in 17 - which prevails over the experimenters of wine - ~1 in 15 - and beer - ~1 in 127 -. "To try..." is the reason that led a good part of the experimenters - ~7 out of 10 - to alcoholism, an alternative that a minority of their peers - ~1 out of 12 - say they have found in the flavor of alcohol "because I like it..." and gradually on "convivial occasions..." - ~1 in 50 -, "to quench my thirst" - ~1 in 70 -, or "to get high" - ~1 in 100 -, "because I produce it" - ~1 in 100 - or "for fun" - ~1 in 125 -. Curiosity for beer "to try" - ~6 out of 10 -, more than that for wine - ~1 out of 2 - and spirits - ~4 out of 10 - induced a large part of the experimenters to taste the specific drink, a motive which in the male population sees the experimenters of beer prevail - ~6 out of 10 - and wine - ~1 out of 2 -, over those of spirits - ~4 out of 10 -. A decidedly lower weight was attributed to flavor "because you like it..." in the initiation to spirits - ~1 out of 10 -, to beer - ~1 out of 20 - and to wine - ~1 out of 25 -, and the cohort is even smaller of classmates who identify "convivial occasions..." as the reason for their first approach to beer - ~3 out of 100 -, to wine - ~2 out of 100 -, and to spirits - ~1 out of 200 -. The "where" and the "why" of the alcoholic experimentation of adolescents shed light on the determinants of alcoholism, identify areas, motives and critical issues of the event, information that updates the cultural baggage of those involved in the emancipation of young people for the purpose to encourage critical and responsible choices by students aimed at procrastinating as much as possible and/or discouraging the "early and risky" use of alcohol.

Key Words: adolescents, alcoholism, alcoholic beverages, place, reason.

Introduzione

Nello stile di vita degli italiani sono presenti e diffusi/e abitudini, atteggiamenti, comportamenti [1-4] e conoscenze, riconducibili alla cultura popolare piuttosto che alla realtà scientifica [5-7], in grado di distrarre e confondere l'attenzione e favorire l'indulgenza della popolazione nei confronti di alcuni fattori di rischio evitabili per la salute, ad esempio l'uso di sostanze voluttuarie - bevande alcoliche, fumo di tabacco, nervini...-, che penalizzavano la qualità della vita e la salute [1-4,7-11] in particolare dei più giovani [7,12-16] e delle generazioni future [17-21].

Scopo del lavoro

La consapevolezza che all'uso delle sostanze voluttuarie viene attribuito il ruolo di "gateway drugs/droghe di passaggio"¹ e riconosciuto che "più precoce è l'iniziazione ad una sostanza o ad un comportamento, maggiore è in termini di vita media la convivenza con la sostanza o con il comportamento e più elevata è la probabilità di incorrere in problemi psico medico sociali correlati all'uso della sostanza o all'adozione del comportamento" [22-28], è stato programmato ed attuato, nell'ambito del progetto "Dall'idea all'azione: stili di vita e rischi per la salute" [29], uno studio sul vivere quotidiano degli/le adolescenti.

In questo contesto verrà approfondita la conoscenza sul dove è avvenuta ed i motivi che hanno indotto gli/le adolescenti a sperimentare il bere alcolico ed al primo approccio alle diverse bevande².

Materiali e metodi

La popolazione studentesca, reclutata con un "campionamento a grappolo" delle classi presenti in ciascun Istituto scolastico³ [30,31], è risultata composta da 488 adolescenti⁴ con una netta prevalenza (M vs F: $p < 0,0005$) dei maschi (n: 330; 67,6%) sulle compagne di studi (n: 158; 32,4%). Al momento gli/le studenti/esse dichiaravano un'età anagrafica che oscillava fra i 13 ed i 21 anni (M: 13-21aa; F: 14-21aa), un'età media stimata di 16,4aa (IC95%: 16,2-16,5aa) - uguale fra maschi (x: 16,4aa; IC95%: 16,2-16,6aa) e femmine (x: 16,4aa; IC95%: 16,1-16,6aa) - ed i/le minorenni (M: 72,1%; F: 72,8%; MF: 72,3%) erano di gran lunga più numerosi/e (<18aa vs $\geq 18aa \Rightarrow$ M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) dei/le maggiorenni (M: 27,9 %; F: 27,2%; MF: 27,7%).

La distribuzione degli/le studenti/esse coinvolti/e in funzione della classe scolastica non presenta differenze sostanziali fra i generi e rivela che il 21,7% degli/le adolescenti era presente in prima (M: 22,1%; F: 20,9%), il 21,3% frequentava la seconda (M: 20,9%; F: 22,2%), un altro 19,5% la terza (M: 19,7%; F: 19,0%), il 22,1% risultava iscritto alla quarta (M: 23,3%; F: 19,6%) ed il 15,4% si apprestava al diploma (M: 13,9%; F: 18,4%).

¹ The term "gateway drug" is used to describe a recreational substance that leads to the use of other substances, usually, ones that are more addictive, involve more risks, eg. they are illicit, or are more potent, so more dangerous to use. Alcohol is often labeled by addiction experts as a gateway drug, as are both tobacco and cannabis. This is called the gateway theory, or gateway hypothesis. [26]

² Le bevande alcoliche a cui si fa riferimento sono il vino (V), la birra (B) ed i superalcolici (S).

³ G. Brignoli di Gradisca d'Isonzo (GO), L. Einaudi e G. Marconi di Staranzano (GO), R.M. Cossar- L. da Vinci di Gorizia di seguito indicati come SS2 e/o BREIMACODA.

⁴ La compilazione della scheda questionario è stata proposta a 520 studenti/esse, 357 maschi e 163 femmine. Dallo "spoglio" delle schede questionario restituite è emerso che 27 maschi (7,6%) e 5 femmine (3,1%) le hanno riconsegnate "in bianco", oppure solo parzialmente compilate e/o incomprensibili/illeggibili e pertanto sono state escluse dalla ricerca (n: 32; 6,7%).

Lo sviluppo della ricerca Così come a suo tempo concordato con la dirigenza scolastica [29], nel periodo febbraio/marzo del 2019 è stato proposto alla popolazione studentesca coinvolta di esprimere - in classe, nell'arco di due ore, durante l'attività didattica curricolare - la propria opinione sui quesiti proposti da una scheda questionario cartacea - anonima, autosomministrata, semi strutturata [32-34] - in grado di far luce sull'anagrafe della popolazione studentesca - il genere, l'età e la classe scolastica frequentata -, il luogo ed il motivo che hanno indotto gli/le studenti/esse a sperimentare il bere alcolico e le diverse bevande alcoliche assunte.

La raccolta e l'elaborazione dei dati Mano a mano che gli/le studenti/esse terminavano la compilazione della scheda questionario, la depositavano in un apposito contenitore che alla fine delle due ore è stato preso in consegna dai/le collaboratori/trici del Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute di Trieste (GRES) i quali, a tempo debito, hanno provveduto a codificare le opinioni espresse dagli/le adolescenti, alla loro computerizzazione in una matrice Excell, alla revisione critica e ad elaborarle avvalendosi dello Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) [35-37].

La stima delle frequenze assolute (n) e/o relative (%), della media aritmetica campionaria (x) e dell'intervallo di confidenza (IC95%) del carattere considerato sono state utilizzate per l'analisi, le valutazioni ed il commento dei risultati. Il confronto fra le medie aritmetiche campionarie, eseguito utilizzando il "t-Test di Student", ed il confronto fra le frequenze assolute, realizzato tramite il "Test del Chi-quadrato (χ^2)" - facendo ricorso, a secondo delle opportunità, alla "correzione di Yates" oppure al "metodo esatto di Fisher" -, hanno reso possibile analizzare la significatività degli eventi [31,38,39].

Risultati

I luoghi del primo approccio al bere alcolico

| Dove è avvenuta l'alcolizzazione... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-------------------------------------|------------|-------------|--------|
| Amb. domestico (Ica) | 72,1* | 70,4° | 71,5^ |
| Amb. extra domestico (Fca) | 27,9* | 29,6° | 28,5^ |

Tab. 1 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle risposte fornite dagli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) relative al dove hanno bevuto per la prima volta una bevanda alcolica. *,°.^) p<0,0005

L'alcolizzazione⁵ è un'esperienza che ha già coinvolto l'82,5% (M: 83,0%; F: 81,0%) della comunità scolastica [40] fatto che, così come testimoniato dal 71,5% delle risposte⁶ degli/le sperimentatori/trici (M: 72,1%; F: 70,4%), è avvenuto in "ambiente domestico (Ica)" (Tab. 1). Per contro, il 28,5% delle risposte (M: 27,9%; F: 29,6%), una

⁵ Per alcolizzazione si intende "il primo approccio alle bevande alcoliche". Nel testo si utilizzano come sinonimi: l'iniziazione, il primo approccio, la prima esperienza, il primo contatto, il primo assaggio, la prima bevuta.

⁶ Veniva chiesto allo/a studente/essa: "Puoi indicare dove hai bevuto per la prima volta la birra, il vino ed i superalcolici?" La domanda prevedeva la possibilità di fornire tre risposte per ciascun tipo di bevanda alcolica

parte minoritaria (Ica vs Fca=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), attestano che l'iniziazione agli alcolici è avvenuta in "ambiente extradomestico (Fca)".

| Alcolizzazione in ambiente domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-----------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| A casa (Ccs) | 34,3 ^{a,d} | 36,3 ^{b,e} | 35,0 ^{c,f} |
| A casa di amici (Cam) | 23,7 ^{a,g} | 21,7 ^{b,h} | 23,0 ^{c,i} |
| A casa di parenti (Cpa) | 14,0 ^{d,g} | 12,4 ^{e,h} | 13,5 ^{f,i} |

Tab. 2 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle risposte fornite dagli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) relative al dove hanno bevuto per la prima volta una bevanda alcolica in "ambiente domestico". ^h) p<0,005; ^{a,b,c,d,e,f,g,i}) p<0,0005

Analizzando le risposte che collocano l'iniziazione agli alcolici in "ambiente domestico" (Tab. 2) si ha riscontro che il 35,0% di queste indicano che la sperimentazione alcolica è avvenuta laconicamente "a casa (Ccs)" (M: 34,3%; F: 36,3%), il 23,0% la riconducono "a casa di amici (Cam)" (M: 23,7%; F: 21,7%) ed il 13,5% testimoniano che questa esperienza è stata vissuta per la prima volta "a casa di parenti (Cpa)" (M: 14,0%; F: 12,4%).

Le risposte degli/le adolescenti indicanti che la sperimentazione delle bevande alcoliche è avvenuta genericamente "a casa" risultano nettamente superiori di quelle attestanti che l'evento è maturato "a casa di amici" (Ccs vs Cam=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) o "a casa di parenti" (Ccs vs Cpa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005). Allo stesso tempo, le risposte che riconducono il primo approccio agli alcolici "a casa di amici" prevalgono decisamente su quelle che ammettono che questa esperienza si è concretizzata "a casa di parenti" (Cam vs Cpa=>M: p<0,0005; F: p<0,005; MF: p<0,0005).

Per quanto riguarda l'approccio agli alcolici in "ambiente extradomestico" (Tab. 3) il 20,0% delle risposte (M: 19,5%; F: 21,0%) segnalano che questo si è verificato "al bar (Exb)" (M: 19,5%; F: 21,0%), una frazione di gran lunga meno rappresentata e pari all'8,1% (M: 6,1%; F: 12,0%) lo riconduce genericamente "fuori casa (Exc)" (Exb vs Exc=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), mentre un esiguo 4,3% - le sperimentatrici più numerose degli sperimentatori (M: 3,4%; F: 6,0%; p<0,09) - mette in luce che la prima bevuta alcolica è stata fatta "alle feste (Exf)" (Exb vs Exf=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

| Alcolizzazione in ambiente extra domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-----------------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Al bar (Exb) | 19,5 ^{a,d} | 21,0 ^{b,e} | 20,0 ^{c,f} |
| Alle feste (Exf) | 3,4 ^{*,a} | 6,0 ^{*,b,h} | 4,3 ^c |
| Fuori casa (Exc) | 6,1 ^d | 12,0 ^{e,h} | 8,1 ^f |

Tab. 3 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle risposte fornite dagli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) relative al dove hanno bevuto per la prima volta una bevanda alcolica "in ambiente extradomestico". ^{*}) p<0,09 ^h) p<0,06; ^{a,b,c,d,e,f}) p<0,0005

Nella popolazione femminile le risposte che testimoniano dell'avvenuta sperimentazione alcolica in ambiente extradomestico indicate genericamente "fuori casa" prevalgono nettamente su quelle attestanti che la prima esperienza con gli alcolici ha avuto luogo "alle feste" (F=>Exc vs Exf: p<0,06).

Dove è avvenuta la sperimentazione del vino Scorporando le risposte in funzione del dove è avvenuta la prima bevuta di una specifica bevanda alcolica si realizza che l'81,4% degli sperimentatori/trici (M: 82,5%; F: 79,2%) afferma di aver assaggiato il vino in "ambiente domestico (lcv)"⁷, a fronte del 24,3% dei/le coetanei/e (M: 24,1 %; F: 24,6%) - decisamente inferiori (lcv vs Fcv=> M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) - che ricordano di aver avuto il primo approccio con la bevanda in ambiente extradomestico "fuori casa (Fcv)"

| Dove è avvenuta la sperimentazione del vino... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|------------------------------------------------|------------|-------------|--------|
| Amb. domestico (lcv) | 82,5* | 79,2° | 81,4^ |
| Amb. extra domestico (Fcv) | 24,1* | 24,6° | 24,3^ |

Tab. 4 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove hanno bevuto per la prima volta il vino.*.°.^ P<0,0005

Approfondendo l'analisi riguardante l'iniziazione al vino in "ambiente domestico" (Tab. 5) si constata che il 43,3% degli/le sperimentatori/trici (M: 43,1%; F: 43,8%) ammette di averlo assaggiato "a casa (lcv)", una frazione decisamente più limitata e pari al 22,8% (M: 22,3%; F: 23,8%) risponde di averlo fatto "a casa di parenti (lpv)" (lcv vs lpv=>M: p<0,0005; F: p<0,001; MF: p<0,0005) ed ancora più contenuto (lcv vs lav=>M: p<0,0005; F:p<0,0005; MF:p<0,0005) risulta il 15,3% dei/le compagni/e di studi (M: 17,2 %; F: 11,5%) che ricordano di aver sperimentato il vino "a casa di amici (lav)".

| Sperimentazione del vino in ambiente domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|---------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| A casa (lcv) | 43,1 ^{a,d} | 43,8 ^{b,e} | 43,3 ^{c,f} |
| A casa di amici (lav) | 17,2 ^a | 11,5 ^{b,g} | 15,3 ^{c,h} |
| a casa di parenti (lpv) | 22,3 ^d | 23,8 ^{e,g} | 22,8 ^{f,h} |

Tab. 5 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli /le sperimentatori /trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta il vino in "ambiente domestico". ^{g,h}) p<0,01; ^e) p<0,001; ^{a,b,c,d,f}) p<0,0005

⁷ La somma delle percentuali, ottenuta dal rapporto "numero delle risposte/numero degli/le sperimentatori/trici", va oltre al 100% in quanto gli/le studenti/esse hanno fornito più di una risposta alla domanda: "Dove hai bevuto per la prima volta...".

A seguire, gli/le sperimentatori/trici e le ragazze che dichiarano di aver avuto il primo approccio al vino “a casa di parenti” prevalgono nettamente (I_{pv} vs I_{av}=> F: p<0,01; MF: p<0,01) sui/le coetanei/e che l’iniziazione al vino l’hanno vissuta “a casa di amici”. A proposito della prima esperienza con il vino in “ambiente extradomestico” (Tab. 6) questa si è concretizzata per il 15,8% degli/le sperimentatori/trici “al bar” (M: 14,2%; F: 19,2%), una coorte meno cospicua (F_{bv} vs F_{fv}=>M: p<0,0005 F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e pari al 4,0% (M: 4,7%; F: 2,3%) dichiara di aver assaggiato per la prima volta il vino “alle feste” ed un altro 3,7% dei/le compagni/e (M: 4,0%; F: 3,1%), la frazione meno rappresentata (F_{bv} vs F_{cv}=>M: p<0,0005 F: p<0,0005; MF: p<0,0005), ammette in modo stringato di averlo sperimentato “fuori casa”.

| Sperimentazione del vino in ambiente extra domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|---------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Al bar (Fbv) | 14,2 ^{*.£} | 19,2 ^{°. \$} | 15,8 ^{^ €.€} |
| Alle feste (Ffv) | 4,7 [*] | 2,3 [°] | 4,0 [^] |
| Fuori casa (Fcv) | 4,0 [£] | 3,1 ^{\$} | 3,7 [€] |

Tab. 6 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta il vino in “ambiente extradomestico”. ^{*,°,^,£,\$,€} p<0,0005

Dove è avvenuta la sperimentazione della birra L’iniziazione alla birra è un evento che l’80,2% degli/le sperimentatori/trici (M: 79,9%; F: 80,8%) ammettono di aver fatto in “ambiente domestico (I_{cb})”, contesto che prevale di gran lunga (I_{cb} vs F_{cb}=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) su quello “extradomestico” (F_{cb}) nel quale il 36,4% dei/le coetanei/e (M: 38,3%; F: 32,3%) affermano di averla bevuta per la prima volta (Tab. 7).

| Dove è avvenuta la sperimentazione della birra... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|---------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Amb. domestico (I _{cb}) | 79,9 [*] | 80,8 [°] | 80,2 [^] |
| Amb. extra domestico (F _{cb}) | 38,3 [*] | 32,3 [°] | 36,4 [^] |

Tab. 7 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta la birra. ^{*,°,^} p<0,0005

Con maggior dettaglio, si osserva che in “ambiente domestico” il 41,8% gli/le sperimentatori/trici (M: 40,9 F: 43,8%) ammettono di aver bevuto per la prima volta la birra semplicemente “a casa” (I_{cb})” (Tab. 8).

| Sperimentazione della birra in ambiente domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| A casa (lcb) | 40,9 ^{a,d} | 43,8 ^{b,e} | 41,8 ^{c,f} |
| A casa di amici (lab) | 26,6 ^{a,g} | 25,4 ^{b,h} | 26,2 ^{c,i} |
| a casa di parenti (lpb) | 12,4 ^{d,g} | 11,5 ^{e,h} | 12,1 ^{f,i} |

Tab. 8 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta la birra in "ambiente domestico". ^{b,h}) p<0,005; ^{a,c,d,e,f,g,i}) p<0,0005

Contemporaneamente, meno presenti (lcb vs lab=>M: p<0,0005; F: p<0,005 ; MF: p<0,0005) appaiono il 26,2% degli/le adolescenti (M: 26,6%; F: 25,4%) che dicono di averlo fatto "a casa di amici (lab)" ed ancor più ridotta è la coorte del 12,1% dei/le compagni/e di studi (M: 12,4%; F: 11,5 %) che riconducono il primo assaggio della birra "a casa di parenti (lpb)" (lcb vs lpb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005). A seguire, gli/le adolescenti che hanno sperimentato la birra in "casa di amici" prevalgono su quelli/e che hanno fatto questa esperienza "a casa di parenti" (lab vs lpb=>M: p<0,0005; F: p<0,005 ; MF: p<0,0005).

In "ambiente extradomestico" (Tab. 9) il primo assaggio della birra è avvenuto "al bar (Fbb)" per il 28,2% degli/le sperimentatori/trici (M: 29,9%; F: 24,6%), per il 3,7% l'esperienza ha avuto luogo "alle feste (Ffb)" (M: 2,9%; F: 5,4%) e per un altro 4,2% semplicemente "fuori casa (Fcb)" (M: 5,5%; F: 1,5%).

| Sperimentazione della birra in ambiente extra domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Al bar (Fbb) | 29,9 ^{a,d} | 24,6 ^{b,e} | 28,2 ^{c,f} |
| Alle feste (Ffb) | 2,9 ^a | 5,4 ^{b,h} | 3,7 ^c |
| Fuori casa (Fcb) | 5,5 ^{d,*} | 1,5 ^{e,h,*} | 4,2 ^f |

Tab. 9 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta la birra in "ambiente extradomestico". ^h) p<0,1; ^{*}) p<0,06; ^{a,b,c,d,e,f}) p<0,0005

Gli/le adolescenti che ricordano di aver sperimentato la birra "al bar (Fbb)" sovrastano vuoi i/le coetanei/e che dichiarano di essere stati/e protagonisti/e dell'evento "alle feste (Ffb)" (Fbb vs Ffb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005 ; MF: p<0,0005) sia quelli/e che dicono di aver vissuto l'evento "fuori casa" (Fbb vs Fcb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005 ; MF: p<0,0005). Allo stesso tempo le sperimentatrici che ammettono di aver assaggiato la birra "alle feste" hanno in qualche misura il sopravvento sulle coetanee che hanno bevuto per la prima volta la birra "fuori casa" (Ffb vs Fcb: p<0,1). Ed ancora, gli sperimentatori che hanno ammesso di aver fatto il primo approccio alla birra "fuori casa" sono risultati prevalere sulle sperimentatrici (M vs F: p<0,06).

Dove è avvenuta la sperimentazione dei superalcolici⁸ La prima assunzione di questo gruppo di bevande in “ambiente domestico (lcs)” fa parte del bagaglio esperienziale del 61,9% degli sperimentatori/trici (M: 63,1%; F: 59,2%), episodio che il 29,1% dei/le coetanei/e - le femmine più dei compagni di scuola (M: 23,0; F: 42,3; $p < 0,0005$) - indicano di aver vissuto in “ambiente extradomestico (Fcs)” (Tab. 10). Quale che sia la coorte considerata gli/le sperimentatori/trici che hanno vissuto l’iniziazione ai super alcolici fra le mura domestiche prevalgono significativamente sui/le coetanei/e che li hanno assunti per la prima volta extra moenia (lcs vs Fcs=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,01$; MF: $p < 0,0005$).

| Dove è avvenuta la sperimentazione dei superalcolici... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|---------------------------------------------------------|------------|-------------|--------|
| Amb. domestico (lcs) | 63,1* | 59,2° | 61,9^ |
| Amb. extra domestico (Fcs) | 23,0*,a | 42,3°,a | 29,1^ |

Tab. 10 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori /trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta i superalcolici. °) $p < 0,01$; a,*^) $p < 0,0005$

“A casa di amici” (las) è avvenuta per il 45,5% degli sperimentatori/trici (M: 44,2%; F: 48,5%) l’iniziazione ai superalcolici in ambiente domestico (Tab. 11).

| Sperimentazione dei superalcolici in ambiente domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| A casa (lcs) | 11,3 ^a | 6,9 ^b | 9,9 ^{c,f} |
| A casa di amici (las) | 44,2 ^{a,g} | 48,5 ^{b,h} | 45,5 ^{c,i} |
| A casa di parenti (lps) | 7,7 ^g | 3,8 ^h | 6,4 ^{f,i} |

Tab. 11 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta i super alcolici in “ambiente domestico”. f) $p < 0,08$; a,b,c,g,h,i) $p < 0,0005$

Più limitata e pari al 9,9% (M: 11,3%; F: 6,9%) è la frazione degli/le sperimentatori/trici che in maniera concisa affermano di aver assaggiato per la prima volta un superalcolico “a casa (lps)” (las vs lcs=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$), così come il 6,4% dei/le compagni/e di scuola (M: 7,7%; F: 3,8%) che riconducono la sperimentazione dei superalcolici “a casa di parenti (lps)” (las vs lps=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$). Nel frattempo, solamente gli sperimentatori/trici che affermano di aver assaggiato i superalcolici sinteticamente “a casa” prevalgono significativamente (MF=>lcs vs lps: $p < 0,08$) su quelli/le che ammettono di aver approcciato per la prima volta queste bevande “a casa di parenti”. Al momento di dar conto sul dove hanno

⁸ Si definiscono “superalcolici” le bevande con un contenuto di alcol etilico superiore a 21mL per 100 mL di bevanda.

soddisfatto l'interesse per i superalcolici in "ambiente extradomestico" il 20,8% degli/le sperimentatori/trici - le ragazze più dei compagni di scuola (M: 16,1 F: 30,8%; $p < 0,001$) - riconoscono che il fatto è avvenuto per la prima volta "al bar (Fbs)" (Tab. 12).

| Sperimentazione dei superalcolici in ambiente extra domestico... | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Al bar (Fbs) | 16,1 ^{a,d,*} | 30,8 ^{b,e,*} | 20,8 ^{c,f} |
| Alle feste (Ffs) | 4,7 ^{a,g} | 8,5 ^{b,h} | 5,9 ^{c,i} |
| Fuori casa (Fcs) | 1,1 ^{d,g} | 3,1 ^{e,h} | 1,7 ^{f,i} |

Tab. 12 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli /lle sperimentatori /trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione di dove affermano di aver bevuto per la prima volta i superalcolici in "ambiente extradomestico". ^{h)} $p < 0,07$; ^{* ,l)} $p < 0,001$; ^{g,i)} $p < 0,025$; ^{a,b,c,d,e,f)} $p < 0,0005$

Decisamente inferiori a questi ultimi ed equivalenti al 5,9% degli sperimentatori/trici (M: 4,7%; F: 8,5%) si rivelano coloro i/le quali riconoscono di aver fatto la prima bevuta dei superalcolici "alle feste (Ffs)" (Fbs vs Ffs=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) e l'1,7% dei/le coetanei/e (M: 1,1%; F: 3,1%) che rispondono succintamente "fuori casa (Fcs)" (Fbs vs Fcs=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$).

In ciascuna delle popolazioni considerate sono risultate rilevanti le differenze percentuali emerse fra gli/le sperimentatori/trici che affermano di aver assaggiato i super alcolici "alle feste" e quelli che affermano di averlo fatto genericamente "fuori casa (Fcs)" (Ffs vs Fcs=>M: $p < 0,025$; F: $p < 0,07$; MF: $p < 0,025$).

Il peso delle diverse bevande sui luoghi della l'alcolizzazione

Dal confronto fra "il dove..." sono state consumate per la prima volta le diverse bevande alcoliche emerge chiaramente che gli/le studenti/esse protagonisti in ambiente domestico della prima bevuta del vino (Vic) (Vic vs Sic=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) e della birra (Bic) (Bic vs Sic=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) prevalgono nettamente sui/le coetanei che hanno assaggiato per la prima volta i superalcolici (Sic). A proposito dei diversi contesti in cui è stata vissuta dagli/le studenti/esse l'iniziazione alle bevande alcoliche in ambiente domestico c'è evidenza che gli/le sperimentatori/trici che ammettono in maniera spicciola di aver sperimentato "a casa..." il vino (Vic) (Vic vs Sic=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) e la birra (Bic) (Bic vs Sic=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) si rivelano nettamente più numerosi/e di quelli/e che nello stesso ambito hanno fatto la loro prima esperienza con i superalcolici (Sic).

Sempre in ambiente domestico, gli/le sperimentatori/trici che ricordano di aver bevuto per la prima volta i superalcolici in "casa di amici... (Sam)" sono di gran lunga superiori dei compagni/e che ammettono di aver assaggiato sempre "a casa di amici" la birra (Bam) (Sam vs Bam=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) ed il vino (Vam) (Sam vs Vam=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$). Allo stesso tempo, gli/le sperimentatori/trici in "casa di amici" della birra prevalgono sui/le sperimentatori/trici del vino (Bam vs Vam=>M: $p < 0,01$; F: $p < 0,005$; MF: $p < 0,0005$).

Nel frattempo, la percentuale degli/le sperimentatori/trici che hanno bevuto per la prima volta il vino “a casa di parenti...(Vpa)” appare decisamente più elevata di quella degli/le adolescenti che dichiarano di aver sperimentato la birra (Bpa) (Vpa vs Bpa=>M: $p<0,005$; F: $p<0,01$; MF: $p<0,0005$) ed i superalcolici (Spa) (Vpa vs Spa=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$). In aggiunta, gli/le sperimentatori/trici della birra “a casa di parenti” sono risultati/e preponderanti sui/le coetanei/e che nel medesimo ambiente hanno bevuto per la prima volta un superalcolico (Bpa vs Spa=>M: $p<0,07$; F: $p<0,025$; MF: $p<0,01$).

Frattanto, in ambiente extra domestico si ha modo di vedere che nella popolazione scolastica generale ed in quella maschile gli sperimentatori/trici della birra “fuori casa (Bfc)” hanno il sopravvento sui/le compagni/e di scuola che affermano di aver fatto nello stesso contesto la prima bevuta del vino (Vfc) (Bfc vs Vfc=>M: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) e dei superalcolici (Sfc) (Bfc vs Sfc=>M: $p<0,0005$; MF: $p<0,05$), mentre nella popolazione femminile è la percentuale delle adolescenti che hanno assaggiato i superalcolici “fuori casa” (Sfc) a rivelarsi più elevata di quella delle coetanee che nell’identico luogo hanno sperimentato sia il vino (Vfs) (Sfc vs Vfc: $p<0,005$) che la birra (Bfc) (Sfc vs Bfc: $p<0,09$).

L’analisi relativa alla sperimentazione delle specifiche bevande alcoliche nei diversi contesti extradomestici, mette in luce che gli/le sperimentatori/trici che hanno assaggiato la birra “al bar (Bba)” hanno il sopravvento sui/le compagni/e che sempre “al bar” affermano di aver assaggiato per la prima volta il vino (Vba) nello stesso luogo (Bba vs Vba=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,07$; MF: $p<0,0005$).

In contemporanea, nella comunità scolastica generale ed in quella maschile emerge una significativa supremazia degli/le sperimentatori/trici che hanno approcciato per la prima volta la birra “al bar” sui/le coetanei/e che ammettono di essere stati/e “al bar” protagonisti/e della iniziazione ai superalcolici (Sba) (Bba vs Sba=> M: $p<0,0005$; MF: $p<0,025$), quando invece nella popolazione femminile sono le sperimentatrici che fanno risalire “al bar” la loro prima bevuta di un superalcolico ad essere decisamente più rappresentate delle compagne che nel medesimo contesto hanno sperimentato il vino (Sba vs Vba=>F: $p<0,005$).

Benché nella popolazione studentesca e fra le adolescenti gli sperimentatori/trici che “alle feste” hanno soddisfatto la loro curiosità per i superalcolici siano più rappresentati/e dei/le coetanei/e che hanno sperimentato il vino e la birra, solamente nella popolazione femminile si registra una significativa prevalenza delle sperimentatrici dei superalcolici su quelle del vino (Saf vs Vif=> $p<0,05$).

Sempre nella comunità studentesca ed in quella maschile gli/le sperimentatori/trici che ammettono di aver bevuto per la prima volta i superalcolici genericamente “fuori casa...(Sfg)” si rivelano nettamente inferiori dei/le colleghi/e che ricordano di essere stati protagonisti lontano dalle mura domestiche della iniziazione al vino (Vfg) (Vfg vs Sfg=>M: $p<0,05$; MF: $p<0,09$) ed alla birra (Bfg) (Bfg vs Sfg=>M: $p<0,005$; MF: $p<0,05$).

I motivi del primo approccio alle bevande alcoliche

L’iniziazione al bere alcolico ha trovato nella “voglia di provare/assaggiare, curiosità...(Pcu)” gli alcolici il motivo che raccoglie il 69,5% delle risposte (M: 71,0%; F: 66,8%) degli/le studenti/esse che affermano di aver già avuto un primo approccio con le bevande alcoliche⁹ (Tab. 13). Decisamente inferiori

⁹ È stato proposto agli/le studenti/esse di rispondere alla domanda: “Puoi indicare il/i motivo/i che ti ha/hanno portato a bere per la prima volta...Vino_____ ; Birra_____ ; Super alcolici_____?”

| I motivi del primo approccio al bere alcolico | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Per provare... (Pcu) | 71,0 ^{a,d,g,l,o,r} | 66,8 ^{b,e,h,m,p,s} | 69,5 ^{c,f,i,n,q,t} |
| Per piacere...(Ppi) | 8,4 ^{a,u,j,x,\$,&} | 8,2 ^{b,v,k,y,€,@,A} | 8,3 ^{c,z,w,£,\$,#} |
| In occasioni conviviali...(Con) | 2,7 ^{d,u,D,L,*} | 0,5 ^{e,v,*} | 1,9 ^{f,z,N} |
| Per dissetarmi (Dis) | 1,8 ^{g,j} | 0,5 ^{h,k} | 1,4 ^{i,w} |
| Per sballare...(Sba) | 0,9 ^{l,x,D} | 1,1 ^{m,y} | 1,0 ^{n,£} |
| Lo produco...(Pro) | 1,2 ^{o,\$} | 0,5 ^{p,€} | 1,0 ^{q,\$} |
| Per gioco (Pgi) | 0,6 ^{l,r,&,L} | 1,1 ^{s,@} | 0,8 ^{t,#,N} |

Tab. 13 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle risposte fornite dagli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) relative al motivo che li/e ha indotti/e a bere per la prima volta una bevanda alcolica. N) p<0,1; *) p<0,09; D) p<0,08; L) p<0,05; @) p<0,005; a,b,c,d,e,f,g,h,i,l,m,n,o,p,q,r,s,t,u,v,z,j,k,w,x,y,£,\$,€,£,\$,&,#) p<0,0005;

(Pcu vs Ppi=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e pari all'8,3% risultano le risposte (M: 8,4%; F: 8,2%) che riconducono il motivo della prima bevuta di un alcolico a "perché piacciono, piace il loro sapore, il colore, l'odore... (Ppi)"¹⁰. In concomitanza, ammontano all'1,9% le risposte - quelle dei maschi superiori a quelle delle femmine (M: 2,7%; F: 0,5%; p<0,09) - che riconoscono in alcune occasioni conviviali "per brindare, con la pizza, l'aperitivo, un pranzo...(Con)" il motivo che ha indotto gli/le adolescenti alla sperimentazione del bere alcolico. Queste ultime si rivelano di gran lunga meno numerose delle risposte che identificano il motivo del primo approccio agli alcolici nella "per curiosità..." (Pcu vs Con=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) o "perché piacciono..." (Ppi vs Con=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Ancora più contenute si rivelano l'1,4% delle risposte rese dagli/le sperimentatori/trici (M: 1,8%; F: 0,5%) che riconoscono il motivo della iniziazione alcolica nella "voglia di dissetarsi...(Dis)" (Pcu vs Dis=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), l'1,0% che lo ravvisano (M: 0,9%; F: 1,1%) nella l'intenzione "di sballare, dimenticare...(Sba)" (Pcu vs Sba=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), di altrettanti/e (M: 1,2%; F: 0,5%) che lo riconducono al coinvolgimento personale "nella produzione e nella miscita delle bevande alcoliche...(Pro)" (Pcu vs Pro=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e da un residuale 0,8% (M: 0,6%; F: 1,1%) per le quali il motivo della iniziazione agli alcolici è stato "per scherzo o per gioco...(Pgi)" (Pcu vs Pgi=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

¹⁰ Le percentuali sono riferite al rapporto fra il numero delle risposte fornite dagli/le sperimentatori/trici riconducibili ad un motivo ed il totale delle risposte.

Differenze sostanziali emergono anche fra le percentuali delle risposte degli/le sperimentatori/trici che identificano nel “perché piace” il motivo della primo approccio ad una bevanda alcolica e quelle che riconoscono il motivo dell’alcolizzazione nelle “occasioni conviviali...” (Ppi vs Con=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$), nella necessità “per dissetarmi...” (Ppi vs Dis=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$), “per sballare” (Ppi vs Sba=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$), oppure perché “lo produco...” (Ppi vs Pro=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) o “per gioco...” (Ppi vs Pgi=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,005$; MF: $p<0,0005$).

Al tempo stesso, le risposte degli/le sperimentatori/trici che riconducono il motivo della prima bevuta alcolica ad avvenimenti “conviviali...” prevalgono, esclusivamente fra i maschi (Con vs Sba=>M: $p<0,08$), su quelle che indicano che gli/le adolescenti sono stati motivati/e a vivere questa esperienza “per ubriacarsi, per sballare...”, mentre fra gli/le studenti/esse e fra i maschi sono predominanti su coloro che lo hanno fatto “per gioco...” (Con vs Pgi=>M: $p<0,05$; MF: $p<0,1$).

I motivi del primo approccio al vino

Affermano di essere stati indotti a bere per la prima volta il vino dalla voglia di “provare, assaggiare, dalla curiosità... (Pcv)” il 50.2% degli/le sperimentatori/trici (M: 52.6%; F: 45.4%) (Tab. 14). Di gran lunga meno rappresentati si rivelano il 4,2% degli/le sperimentatori/trici (M: 4.4%; F: 3,8%) che riconoscono nell’appeal che il vino esercita ovvero “piace, piace il suo sapore, il colore e l’odore (Ppv)” il movente della loro iniziazione alla bevanda (Pcv vs Ppv=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$), il 2,0% (M: 2,2%; F: 1,5%) dei/elle coetanei/e che identificano il motivo del primo approccio al vino con la partecipazione ad alcuni momenti particolari del vivere quotidiano “per brindare, la pizza, l’aperitivo, un pranzo...(Cov)” (Pcv vs Cov=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) e l’1,5% dei/le compagni/e (M: 1.8%; F: 0,8%) che affermano di essere stati invogliati alla sperimentazione del vino “per dissetarmi...(Div)” (Pcv vs Div=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$).

| I motivi del primo approccio al vino | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Per provare... (Pcv) | 52,6 ^{a,d,g,i,o,r} | 45,4 ^{b,e,h,m,p,s} | 50,2 ^{c,f,i,n,q,t} |
| Per piacere...(Ppv) | 4,4 ^{a,j,x,\$,&} | 3,8 ^{b,k,€,@} | 4,2 ^{c,z,w,£,§,#} |
| In occasioni conviviali...(Cov) | 2,2 ^{d,l} | 1,5 ^e | 2,0 ^{f,N} |
| Per dissetarmi... (Div) | 1,8 ^{g,j,u} | 0,8 ^{h,k} | 1,5 ^{i,w,z} |
| Per sballare...(Sbv) | 1,1 ^{l,x} | 1,5 ^m | 1,2 ^{n,£,j} |
| Lo produco...(Prv) | 1,5 ^{o,\$} | 0,8 ^{p,€} | 1,2 ^{q,£,K} |
| Per gioco...(Pgv) | 0,4 ^{r,&,l,u} | 0,0 ^{s,@} | 0,2 ^{t,#,N,Z,j,K} |

Tab. 14 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione del motivo che li/e ha indotti/e a bere per la prima volta il vino. €^{U,J,K}) $p<0,1$; j) $p<0,09$; z) $p<0,07$; L,Z) $p<0,06$; §) $p<0,05$; w,x,@,N) $p<0,025$; k,£,§) $p<0,01$; . &) $p<0,005$; a,b,c,d,e,f,g,h,i,l,m,n,o,p,q,r,s,t,#) $p<0,0005$

La supremazia degli/le sperimentatori/trici incentivati a sperimentare il vino “dalla voglia di provare, assaggiare, dalla curiosità...” è netta anche nei confronti dell’1,2% (M: 1.1%; F: 1.5%) dei/le coetanei/e che la motivazione alla sperimentazione della bevanda l’hanno trovata nella volontà di “sballare, ubriacarsi...(Sbv)” (Pcv vs Sbv=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), di un altro 1,2% di quelli/le (M: 1,5%; F: 0,8%) che il motivo lo riconducono al perché il vino “lo produco, lo vendo...(Prv)” (Pcv vs Prv=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e rispetto allo 0,2% (M: 0.4%; F: 0.0%) che lo identificano in alcuni eventi ludici “per gioco...(Pgv)” (Pcv vs Pgv=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Nello stesso contesto scolastico, gli sperimentatori/trici che ricordano di essere stati incentivati ad assaggiare il vino “perché piace...” si rivelano decisamente più rappresentati dei/le compagni/e che il motivo lo hanno trovato nella voglia di bere “per dissetarmi...” (Ppv vs Div=>M: p<0,09; F: p<0,01; MF: p<0,025), di quelli/e che lo identificano con l’intento di “per sballare...” (Ppv vs Sbv=>M: p<0,025; MF: p<0,01) o perché coinvolti nella produzione e commercializzazione della bevanda “lo produco, lo vendo...” (Ppv vs Prv=>M: p<0,05; F: p<0,1; MF: p<0,01) oppure “per gioco...” (Ppv vs Pgv=>M: p<0,005; F: p<0,025; MF: p<0,0005).

Contemporaneamente, gli/le sperimentatori/trici motivati ad assaggiare il vino dalle “occasioni conviviali...” (Cov vs Pgv=>M: p<0,06; MF: p<0,025) o “per dissetarmi...” (Div vs Pgv=>M: p<0,1; MF: p<0,06) prevalgono su quelli spinti ad approcciare il vino “per gioco...”, così come gli/le studenti/esse che fanno risalire il motivo del primo contatto con il vino alla volontà di “sballare...” (Sbv vs Pgv=>MF: p<0,1) o perché “lo produco, vendo...” (Pro vs Pgi=>MF: p<0,1) sono più rappresentati dei/le coetanei/e invogliati al primo approccio al vino “per gioco...”.

I motivi del primo approccio alla birra

L’iniziazione alla birra è una esperienza che il 57,9% degli/le sperimentatori/trici (M: 57,7%; F: 58,5%) attestano di aver fatto per soddisfare “la voglia di provare/assaggiare, la curiosità...(Pcb)” la bevanda (Tab. 15). Nel contempo, nettamente inferiori sono il 5,2% degli sperimentatori/trici - i maschi più numerosi delle femmine (M: 6,6%; F: 2,3%; p<0,08) - che affermano di aver approcciato la birra “perché piace, piace il suo sapore, il colore e l’odore...(Ppb)” (Pcb vs Ppb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), così come decisamente meno rappresentati risultano il 3,2% dei/elle coetanei/e - le femmine più dei maschi (M: 2,2%; F: 5,4%; p<0,09) - che affermano di essere stati indotti/e a berla “per brindare, la pizza, l’aperitivo, un pranzo...(Con)” (Pcb vs Cob=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) ed il 2,2% degli/le adolescenti - solo maschi (M: 3,3%; F: 0,0%; p<0,05) - che ricordano di averlo fatto per far fronte alla sete “per dissetarmi...(Dib)” (Pcb vs Dib=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

| I motivi del primo approccio alla birra | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Per provare... (Pcb) | 57,7 ^{a,d,g,l,o,r} | 58,5 ^{b,e,h,m,p,s} | 57,9 ^{c,f,i,n,q,t} |
| Per piacere...(Ppb) | 6,6 ^{a,u,j,x;\$,*,*} | 2,3 ^{b,k,y,€,*} | 5,2 ^{c,w,£,§,£} |
| In occasioni conviviali...(Cob) | 2,2 ^{d,u,D,G,L,°} | 5,4 ^{e,B,E,H,M,°} | 3,2 ^{f,F,I,N} |
| Per dissetarmi... (Dib) | 3,3 ^{g,j,^,O,R,U} | 0,0 ^{h,k,B,^} | 2,2 ^{i,w,Q,T,Z} |
| Per sballare...(Sbb) | 0,0 ^{i,x,D,O} | 0,0 ^{m,y,E,} | 0,0 ^{n,£,F,Q} |
| Lo produco...(Prb) | 0,4 ^{o,£,G,R} | 0,0 ^{p,€,H} | 0,2 ^{q,£,I,T} |
| Per gioco...(Pgb) | 0,0 ^{r,£,L,U} | 0,8 ^{s,M} | 0,2 ^{t,£,N,Z} |

Tab. 15 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione dei motivi che li/e hanno indotti/e a bere per la prima volta la birra. °) p<0,09; j,k,y,€,*) p<0,08; °) p<0,06; w,M,U,^*) p<0,05; u,D,L,R,T,Z) p<0,025; B,E,H) p<0,01; i,N,O,Q) p<0,005; a,b,c,d,e,f,g,h,i,l,m,n,o,p,q,r,s,t,x,£,§,£,£,£,£) p<0,0005

Differenze considerevoli emergono anche fra le percentuali di coloro i/le quali hanno rivendicato il motivo del primo approccio alla birra “per curiosità...” e lo 0,2% degli/le sperimentatori/trici (M: 0,4%; F: 0,0%) che fanno risalire l’iniziazione alla bevanda al fatto che “la produco, la vendo...(Prb)” (Pcb vs Prb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e con altrettanti coetanei/e (M: 0,0%; F: 0,8%) che affermano di averla assaggiata “per gioco...(Pgb)” (Pcb vs Pgb=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Di seguito, gli/le sperimentatori/trici che attribuiscono il motivo del primo approccio alla birra alla sensazione gradevole che suscita l’assunzione della bevanda “per piacere...” risultano percentualmente più rappresentati di quelli/le che dicono di essere stati protagonisti dell’evento “per dissetarmi...” (Ppb vs Dib=>M: p<0,08; F: p<0,08; MF: p<0,05), oppure perché “lo produco.” (Ppb vs Prb=>M: p<0,0005; F: p<0,08; MF: p<0,0005) o “per gioco” (Ppb vs Pgb=>M: p<0,0005; MF: p<0,0005). C’è da aggiungere che nella popolazione maschile gli sperimentatori che hanno assaggiato per la prima volta la birra “per piacere...” sono più presenti di quelli lo hanno fatto “in occasioni conviviali...” (Ppb vs Cob=>M: p<0,025).

Inoltre, fra gli/le sperimentatori/trici quelli/le che riconoscono come motivo della iniziazione alla birra alcune situazioni “conviviali...” sono predominanti sui/le coetanei/e che hanno vissuto questa esperienza perché “la produco...” (Cob vs Prb=>M: p<0,06; F: p<0,01; MF: p<0,005) o “per gioco” (Cob vs Pgb=>M: p<0,025; F: p<0,05; MF: p<0,005). Limitatamente alla popolazione femminile le sperimentatrici che hanno approcciato la birra per la prima volta in occasioni “conviviali...” risultano più rappresentate delle compagne che dicono di essere state indotte all’assaggio “per dissetarmi...” (Cob vs Dib=> F: p<0,01).

Rileviamo ancora che ad eccezione della popolazione femminile gli/le sperimentatori/trici della birra che ammettono di essere stati protagonisti dell’evento “per dissetarmi...” prevalgono significativamente sui/le

colleghi/e che ricordano di averlo vissuto in quanto “la produco...” (Dib vs Prb=>M: $p<0,025$; MF: $p<0,025$) o “per gioco...” (Dib vs Pgb=>M: $p<0,05$; MF: $p<0,025$).

I motivi del primo approccio ai superalcolici

Ammettono di essere stati indotti ad accostarsi per la prima volta a questo tipo di bevande “per provare...” (Pcs) (Tab. 16) il 44,8% degli sperimentatori/trici (M:43,8 %; F: 46,9%), motivo predominante su quello che il 10,6% dei/le coetanei/e - i maschi in particolare (M: 12,4%; F: 6,9%; $p<0,09$) - riconoscono nella sapidità dei superalcolici “per piacere...(Pps)” (Pcs vs Pps=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) e che un altro 3,0% identifica (M: 3,3 %; F: 2,3%) nella ricerca della ubriacatura “per sballare...(Sbs)” (Pcs vs Sbs=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$).

Superiorità ancor più manifesta nei confronti dello 0,7% degli/le sperimentatori/trici - solo maschi (M: 1,1%; F: 0,0%) - che attribuiscono la responsabilità della loro iniziazione ai superalcolici alla opportunità di bere “per dissetarmi...(Dss)” (Pcs vs Dss=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$), di altrettanti/e compagni/e (M: 0,7%; F: 0,8%) che ammettono di aver fatto questa esperienza “per gioco...(Pgs)” (Pcs vs Pgs=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) ed ancora sullo 0,5% dei/le coetanei/e (M: 0,7%; F: 0,0%) che riconoscono il movente della sperimentazione dei superalcolici nelle occasioni “conviviali...(Cos)” (Pcs vs Cos=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$).

Nella popolazione studentesca gli/le sperimentatori/trici dei superalcolici “per piacere...” prevalgono sui/le coetanei/e che il motivo lo hanno trovato nella ricerca della sbornia “per sballare...” (Pps vs Sbs=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,08$; MF: $p<0,0005$), su quelli che hanno vissuto l’esperienza “per dissetarmi...” (Pps vs Dis=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,005$; MF: $p<0,0005$), per trastullarsi “per gioco...” (Pps vs Pgs=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,01$; MF: $p<0,0005$) oppure partecipando ad eventi “conviviali ...” (Pps vs Cos=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,005$; MF: $p<0,0005$).

Gli/le sperimentatori/trici che riconoscono nella intenzione di ubriacarsi “per sballare...” il motivo all’origine del primo assaggio dei superalcolici si rivela percentualmente superiore a quello riconducibile alle situazioni “conviviali...” (Sbs vs Cos=>M: $p<0,05$; F: $p<0,08$; MF: $p<0,01$), così come la coorte degli/le sperimentatori/trici che affermano di aver approcciato per la prima volta i superalcolici “per dissetarmi...” è percentualmente più elevata di quella che riconosce nella voglia di giocare “per gioco” (Dss vs Pgs=>M: $p<0,09$; MF: $p<0,09$) il motivo della sperimentazione dei superalcolici.

| I motivi del primo approccio ai superalcolici | Maschi (%) | Femmine (%) | MF (%) |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Per provare... (Pcs) | 43,8 ^{a,d,g,l,o,r} | 46,9 ^{b,e,h,m,p,s} | 44,8 ^{c,f,i,n,q,t} |
| Per piacere...(Pps) | 12,4 ^{a,u,j,x,\$,&,*} | 6,9 ^{b,v,k,y,€,@,*} | 10,6 ^{c,z,w,£,\$,#} |
| In occasioni conviviali...(Cos) | 0,7 ^{d,u,D} | 0,0 ^{e,v,E} | 0,5 ^{f,z,F} |
| Per dissetarmi (Dss) | 1,1 ^{g,j,O,R} | 0,0 ^{h,k} | 0,7 ^{i,w,Q,T} |
| Per sballare...(Sbs) | 3,3 ^{l,x,D,U,J} | 2,3 ^{m,y,E,V} | 3,0 ^{n,£,F,Z,W} |
| Lo produco...(Prs) | 0,0 ^{o,\$,O,U,J} | 0,0 ^{p,€,V} | 0,0 ^{q,\$,Q,Z,ε} |
| Per gioco (Pgs) | 0,7 ^{r,&,R} | 0,8 ^{s,@} | 0,7 ^{t,#,T,W,ε} |

Tab. 16 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione dei motivi che li/e hanno indotti/e a bere per la prima volta i superalcolici. ^{R,T,ε,*}) p<0,09; ^{y,E,O,Q,V}) p<0,08; ^{D,J}) p<0,05; ^W) p<0,025; ^{@,F}) p<0,01; ^{v,k,€,U}) p<0,005; ^{a,b,c,d,e,f,g,h,i,l,m,n,o,p,q,r,s,t,u,z,j,w,x,£,\$,&,#,Z}) p<0,0005

Il peso delle diverse bevande sui motivi dell'alcolizzazione

Uno sguardo d'insieme ai motivi che hanno indotto gli/le adolescenti a bere per la prima volta una specifica bevanda alcolica ci mette in grado di realizzare che gli/le sperimentatori/trici che affermano di aver approcciato la birra "per assaggiare, per provare, per curiosità..." risultano decisamente più numerosi dei/le coetanei/e che ricordano di essere stati indotti dallo stesso movente a soddisfare l'interesse nei confronti del vino e dei superalcolici (MF=> B vs V: p<0.05; B vs S: p<0,0005). Una situazione analoga si presenta nell'ambito della popolazione femminile (F=> B vs V: p<0.05; B vs S: p<0,06), mentre nella popolazione maschile sono gli sperimentatori che hanno approcciato la birra ed il vino "per assaggiare, per provare, per curiosità..." (M=> B vs S: p<0.005; V vs S: p<0,05) a prevalere di gran lunga sui coetanei che per lo stesso motivo hanno bevuto per la prima volta i superalcolici.

Nella coorte degli/le adolescenti che al momento annoverano una prima esperienza con le bevande alcoliche quelli/e che ricordano di essere stati indotti ad assaggiare i superalcolici perché "piace, piace il suo sapore, il colore e l'odore ..." appaiono percentualmente più rappresentati di quelli/le che per l'appeal della bevanda ammettono di aver sperimentato la birra (S vs B=> M: 0,025; F: 0,08 ; MF: 0,005) ed il vino (S vs V=> M: p<0,001; MF: p<0,0005).

"Per brindare, con la pizza, l'aperitivo, un pranzo..." è il movente della prima bevuta della birra e del vino indicato da una percentuale di sperimentatori/trici nettamente superiore (MF=> B vs S: p<0,005; V vs S: p<0,06) a quella dei/le coetanei/e indotti ad approcciare i superalcolici. Nella popolazione femminile è la frazione delle sperimentatrici che "per brindare..." hanno assaggiato per la prima volta la birra a prevalere sulle compagne di

studi che per lo stesso motivo hanno approcciato sia il vino che i superalcolici (F=> B vs V: $p<0,09$; B vs S: $p<0,01$).

“La voglia di dissetarsi...” viene ritenuto dagli/le sperimentatori/trici presenti nella comunità scolastica ed in quelle maschile lo sprone alla prima bevuta della birra piuttosto che dei superalcolici (B vs S=>M: $p<0,08$; MF: $p<0,08$).

Nel fare loro prima esperienza alcolica con l'intento di “sballare, dimenticare...” gli/le sperimentatori/trici che hanno fatto ricorso ai superalcolici prevalgono sui coetanei che scopo allo stesso hanno utilizzato la birra (S vs B=>M: $p<0,005$; F: $p<0,08$; MF: $p<0,0005$) e, con l'eccezione delle sperimentatrici, su quelli/le che hanno fatto ricorso al vino (S vs V=>M: $p<0,09$; MF: $p<0,09$). Per altro, nella popolazione studentesca in toto ed in quella maschile gli/le sperimentatori/trici che per “sballare, dimenticare...” hanno bevuto per la prima volta il vino si rivelano più numerosi dei/le coetanei/e che hanno fatto ricorso alla birra (V vs B=>M: $p<0,005$; MF: $p<0,09$).

Il coinvolgimento “nella produzione e nella vendita...” del vino viene riconosciuto come il motivo della propria alcolizzazione da una percentuale degli/le sperimentatori/trici nettamente più elevata di quella dei/le compagni/e di scuola che la riconducono alla birra ed ai superalcolici (MF=> V vs B: $p<0,05$; V vs S: $p<0,025$), mentre fra gli sperimentatori quelli indotti all'assaggio del vino perchè coinvolti nella “produzione e commercializzazione” prevalgono sui coetanei/e partecipi al business dei superalcolici (M=>V vs S: $p<0,05$).

Conclusioni

Nella popolazione studentesca attenzionata il coinvolgimento e la responsabilità dell'ambiente domestico - a casa, a casa di amici e di parenti - prevalgono nettamente rispetto a quelle extra moenia - al bar, fuori casa ed alle feste - nel determinismo del primo approccio alle specifiche bevande alcoliche - al vino ed alla birra più che ai superalcolici - ed alla alcolizzazione degli/le adolescenti. L'evento riconosce, seppur in diversa misura, nella voglia di provare e nella sapidità degli alcolici - riconducibili alla birra ed in misura più contenuta al vino ed ai superalcolici - il movente più importante alla sperimentazione delle bevande alcoliche.

Queste evidenze contribuiscono a puntualizzare scenari e motivi, talvolta particolarmente critici, all'origine della alcolizzazione degli adolescenti coinvolti nella ricerca dei quali tener conto nella programmazione ed attuazione di interventi finalizzati da un lato ad accrescere negli adulti significativi a vario titolo coinvolti nella formazione delle giovani generazioni la consapevolezza dei rischi insiti nel vivere quotidiano degli/le studenti/esse, dall'altro rendere disponibile alla comunità scolastica conoscenze, comportamenti e percezione dei rischi alcol correlati in grado di consentire loro, dilazionando od astenendosi dalla sperimentazione alcolica, di fare una scelta di vita salutare.

Per Corrispondenza

Modonutti Giovanni Battista, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste.
E-mail modonuttigb@gmail.com

Bibliografia

1. Scafato E., Ghirini S., Gandin A., Matone Vichi M. e il 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 di Prevenzione. Roma: Istituto Superiore di Sanità: 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3). ISSN: 123.3117 (cartaceo)- 2384-8936 (online). 23-3 web finale.pdf
2. World Drug Report 2023
https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis-/wdr-2023_booklet_2.html
3. Alcol Prevention Day 2023. <https://www.epicentro.iss.it/alcohol/apd-2023>
4. Population-levels risks of alcohol consumption by amount geogrpny, age, sex and years: systematic analysis for the global Burden of Disease Study 2020. GBD 2020 Alcohol Collaborators. Lancet, VOLUME 400, ISSUE10347, P185-235. JULY16,2022.
Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00847-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9)
5. Baselice A., La nascita e l'evoluzione di una coscienza popolare e sociale nei confronti delle bevande alcoliche. In: Fummo, eravamo, siamo e...saremo in grado di affiancare i giovani in un progetto di vita più salutare? A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine, 2016: 1-21
6. Patussi V., Ciapetti M., Fanucchi T., Londi I., Magri G., Merola V., Fabrizzi S., Ticciati S., Trimarco J., Testino G., La percezione e l'evoluzione del concetto di rischio del bere alcolico. In: Fummo, eravamo, siamo e...saremo in grado di affiancare i giovani in un progetto di vita più salutare? A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine, 2016: 23-44
7. Informare sull'alcol ed i danni alcol-correlati: una guida dell'OMS
<https://www.epicentro.iss.it/alcol//guida-oms-comunicazione-giornalisti-2023>
8. Le implicazioni di salute pubblica per una road map di riduzione dell'impatto dell'alcol sulla salute in Italia. [istisan-23-3-implicazioni-salute-pubblica.pdf](https://www.istisan.it/23-3-implicazioni-salute-pubblica.pdf)
9. 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_eSn4gb9VR2daPqxEOwWNk
10. Ridurre il consumo dannoso di alcol: una priorità di salute pubblica. A cura di Alessandro Rizzo. www.dors.it Giugno 2023
11. The 17 goals United Nations <https://sdgs.un.org/goals>
12. Scafato E., I giovani e le bevande alcoliche: la tutela della salute e la prevenzione del rischio. L'evidenza scientifica contro le fake new per conoscere e non rischiare. In. Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute A cura di Giovanni Battista Modonutti, edizioni Goliardiche, Udine, 2019:153-198.
13. Bere a rischio. <https://www.minoro.gov.it>
14. Factsheet finale alcol e giovani.pdf <https://www.epicentro.iss.it> Epicentro.iss.it

15. Modonutti G.B., Conoscere per prevenire: realtà, criticità, priorità emerse sulle bevande alcoliche in ambiente scolastico. In: Prevenzione, giovani e...come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche (2^a ed.), Udine, 2019: 333:372
16. Gruppo di lavoro per la prevenzione dei danni causati dall'alcol nei giovani.
www1.ordinemediciroma.it
17. Modonutti G.B., Alcol e gravidanza: a fianco delle gestanti per una genitorialità responsabile. In: Fummo, eravamo, siamo e...saremo in grado di affiancare i giovani in un progetto di vita più salutare? A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine, 2016: 219-258
18. Becorpi AM., Tredici Z., Fanucchi T., Patussi V., Grimaldi E., Evoluzione della percezione del rischio alcol correlato in gravidanza. In: Fummo, eravamo, siamo e...saremo in grado di affiancare i giovani in un progetto di vita più salutare? A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine, 2016: 139-164.
19. Global status report on alcohol and health 2018.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
20. Alcol e gravidanza: il 65%... delle donne è informata sui rischi ma 1 su 3 non sospende il consumo di bevande. www.assobirra.it
21. Alcohol consumption in pregnancy: an ISS study.
<https://www.epicentro.iss.it/en/alcohol/alcohol-consumption-pregnancy-iss-study>
22. Scafato E., L'alcol come "droga ponte" e fattore chiave del danno sociale da uso di sostanze
www.asaps.it
23. Pechkam A., Fletcher J., Is alcohol a gateway drug?
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/is-alcohol-a-gateway-drug>
24. Kirby T., Barry A.E., Alcohol as a gateway drug: a study of US12th grades. J Sch Health. 2012 Aug.
25. Is alcohol a Gateway drug? The Recovery Village Cherry Hill. www.southjerseyrecovery.com
26. Buttler G. Is alcohol "gateway drug"? Theory vs Scientific Research
www.modernrecoverynetwork.com
27. The Real Gateway Drug Editorial Staff. <https://americanaddictioncenters.org/the-real-gateway-drug>
28. Ingraham I., The real "gateway drug" is 100% legal. www.washingtonpost.com
29. Fragiaco M., Modonutti G.B., Da una idea alla nascita ed alla realizzazione di un progetto. In : Prevenzione , giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti , Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa(UD), 2019: 1-10.
30. Agresti A. Finlay B., Metodi statistici di base e avanzati per le scienze sociali. Pearson Italia, Milano-Torino, 2012
31. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed McGraw Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
32. Guidelines for the evaluation of drug prevenzione. A manual for programme planners and evaluators . Second edition. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). https://www.researchgate.net/.../231184158_Guidelines_for_the_evaluation_for_drug_pr

33. Legge 675 del 31 dicembre 1996. Testo consolidato dal Decreto-legge 26 dicembre 2001, n. 46 ed eventuali modifiche successive.
34. Signorelli C., I questionari in epidemiologia. Società Editrice Universo, Roma, 1998.
35. Salin M., Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01, Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1992.
36. Pedone R., Elementi di analisi dei dati con Excel e SPSS Per la ricerca psicologica ed educativa. Carocci Ed., Napoli, 2010.
37. Giuliani D, Dickson M.M., Analisi statistica con Excel, Apogeo Education - Maggioli Editore, Milano, 2015.
38. Faggiano F, Donato F, Barbone F., Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
39. Biggeri A., P-value "Il re e morto, viva il re!" *Epidemiol I Prev* 2019; 43 (2-3): 120-121.
Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045
40. Modonutti G.B., Costantinides F., Crevatin E. Leon L., L'età dell'alcolizzazione e dell'approccio alle bevande alcoliche degli adolescenti scolarizzati in Friuli-Venezia Giulia (as 2018/19). *Alcologia*, Numero 51, Vol. 1, ISSN 0394-9826. In press

Balbinot Patrizia, Unit of Addiction and Hepatology, ASL3 c/o Polyclinic San Martino Hospital, Genova. Alcoholological Regional Centre, ASL3, Genova. Centro Studi "Auto-Mutuo-Aiuto, Programmi di Comunità, Formazione Caregiver", ASL3,

Genova. Dipartimento Educazione a Corretti Stili di Vita e Programmi di Comunità, ASL3 Liguria

Testino Gianni, Unit of Addiction and Hepatology, ASL3 c/o Polyclinic San Martino Hospital, Genova. Alcoholological Regional Centre, ASL3, Genova. Centro Studi "Auto-Mutuo-Aiuto, Programmi di Comunità, Formazione Caregiver", ASL3,

Genova. Dipartimento Educazione a Corretti Stili di Vita e Programmi di Comunità, ASL3 Liguria

ALCOHOL USE DISORDER AND MUTUAL SELF HELP ASSOCIATION. AN ORGANIZATIONAL PROPOSAL. INTRODUCTION OF THE SELF HELP GROUP FACILITATOR IN ADDICTION UNIT.

Communication

Mean lifetime prevalence of alcohol use worldwide is 80% and the average population lifetime of alcohol use disorder (AUD) is 8.6%. Alcohol consumption is responsible for over 200 diseases and for 14 different types of cancer involving every medical discipline; moreover alcohol related problems and disease represent a great burden from social and economic points of view, accounting 1.5-2.5% of Gross Domestic Product [1].

The follow-up of AUD patients who were untreated or treated in non-accredited facilities revealed an average abstention rate of 21% after one year [1].

Pharmacological and psychosocial activities are closely intertwined, however the results after one year are still unsatisfactory. After formal treatment, meta-analyses find abstinence from 25 to 43%. Percentages that vary in relation to the intensity of treatment and the length of follow-up.

Relapse rates at 3 or 6 months may range from 35 to 90% and long-term abstinence rates following alcohol treatment rarely exceed 40% [1].

Scientific evidence now states that self-help groups (SHGs) are successful in the long term compared to traditional therapy (drug and psychotherapy).

Kelly et al. (2020) have concluded that "clinically-delivered twelve step facilitation (TSF) interventions designed to increase alcoholics anonymous (AA) participation usually lead to better outcomes over the subsequent months to years in terms of producing higher rates of continuous abstinence. This is achieved largely by fostering increased AA participation beyond the end of the TSF intervention. AA/TSF will probably produce substantial healthcare cost savings while simultaneously improving alcohol abstinence" (Cochrane Database of Systematic Reviews; 27 relevant studies that had included 10,565 participants).

AA are effective even in the presence of psychiatric comorbidity and even in the absence of an addiction specialist [1, 2].

At an international level AA is certainly the most popular association, however there are several self-help associations (SHAs) of varying scope, size, availability, accessibility, emphasis, philosophy and practices [2]. The best known of these (especially in Europe) is clubs of alcoholics in treatment association or territorial alcoholological clubs association [1].

Both the personal experience in real-practice and the scientific data in favor of other self-help associations (SHAs) make the method worthy of being reported decisively, especially when the suffering person has a family reality available that wants support him.

Certainly, a family and community approach can be very useful and effective.

SHAs as a whole represent a highly effective approach in inducing and maintaining long-term abstinence independently of other associated medical and psychological therapies. SHAs represent a highly efficient tool in terms of cost-benefit ratio.

Despite these well-defined and reproducible results, a limited number of patients attend self-help groups. In Italy, for example, only 5% of AUD patients frequent them (Report of the Minister of Health to the Italian Parliament, 2018) [3].

In real practice it is very difficult to get patients into groups.

The reasons are many, however in our opinion the most important are the following:

many doctors are not familiar with these realities or do not know the scientific evidence, in the daily routine there is little time available to devote to describing these realities, many doctors are against it and can dissuade patients as SHGs can be experienced as competitor with a negative personal economic impact, patients may oppose or be reluctant [2], patients refuse to take-action and prefer to rely on professionals.

Considering the growing number of AUD patients, the economic difficulties of healthcare systems and at the same time the high scientific effectiveness of the method, we propose to introduce self-help group facilitator (SHGF) in addiction units. This figure can be carried out by a healthcare professional with experience in an alcohol service and with a proven knowledge of SHGs.

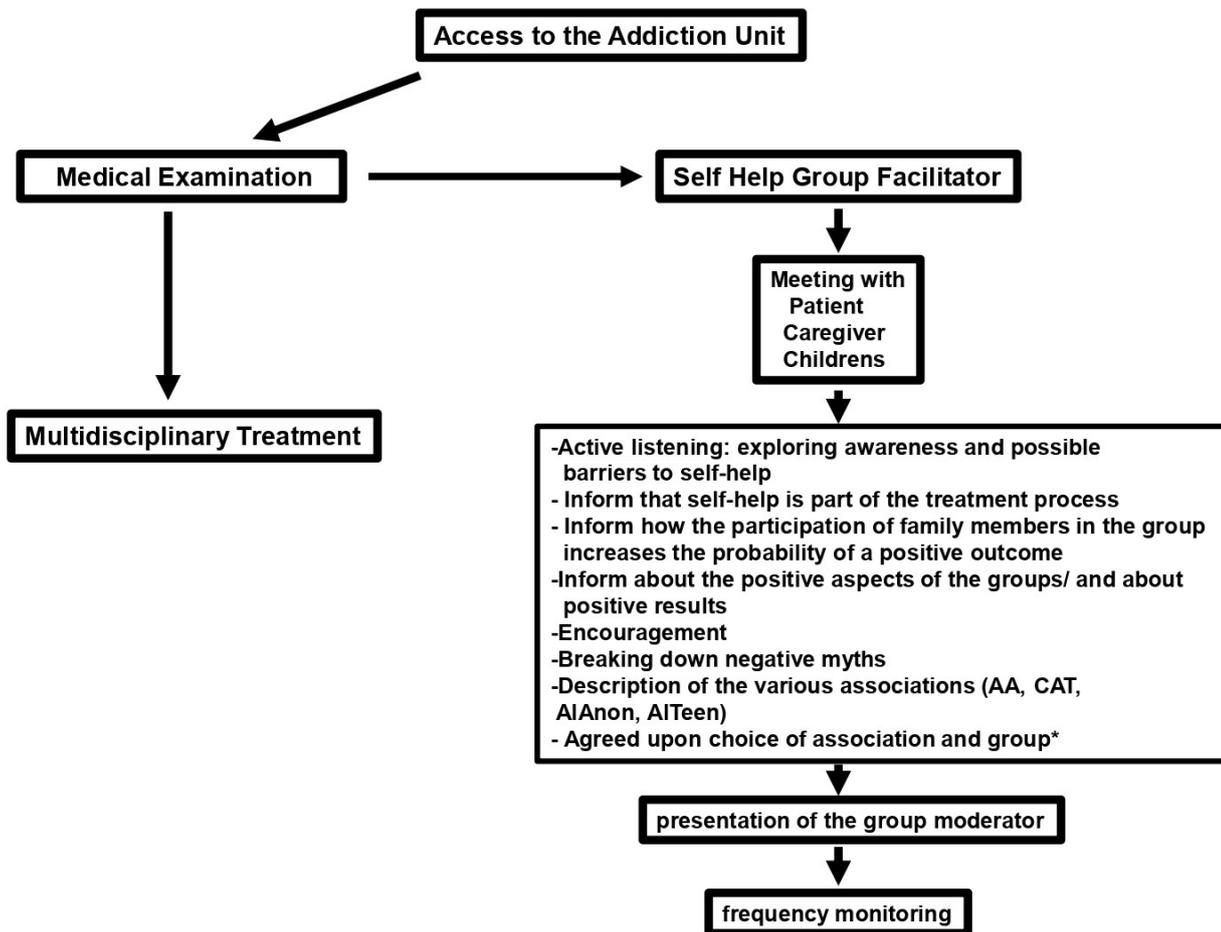


Figure I – Activities of the Self Help Group Facilitator (*explore whether there is a close-knit family or not, whether there are intra-family conflicts, whether the patient does not wish to attend the group with a family member or other person and other variables. AA: alcoholics anonymous, CAT: club of alcoholics in treatment or territorial alcoholological clubs; AlAnon: SHGs for family members of alcoholics, AlAteen: SHGs for children of alcoholics)

Data availability statement

None

Ethics and Consent

All co-authors consent that this paper is submitted to this journal

Funding

None

Conflict of interest statement

None declared.

Per Corrispondenza

Patrizia Balbinot – SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Padiglione 10 (piano terra), Piazzale Rosanna Benzi, 10 – 16132 Genova, Italy
patrizia.balbinot@asl3.liguria.it

Bibliografia

1. Balbinot P, Pellicano R, Patussi V, Caputo F, Testino G. Alcohol use disorders, self-help groups as a supplement to pharmacological and psychological therapy? A retrospective study in a population with alcohol related liver disease. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 2022 Oct 18. doi: 10.23736/S2724-5985.22.03292-2
2. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Review* 2020; 3: CD012880
3. Minister of Health. Directorate-General for Health Prevention. Office 6. Report of the Minister of Health to the Parliament on the interventions carried out pursuant to the law 30.03.2001 N. 125 "Framework law on alcohol and alcohol related problems" - Year 2018

XXX Congresso Nazionale AICAT 27- 29 ottobre 2023

La vita non dipende - La funzione circolare della cultura ecologico sociale

Firenze, Palazzo Vecchio, Sala dei 500 Apertura del Congresso

Simona Rossi, Presidente Arcat Toscana

Carissimi tutti, benvenuti a “La vita non dipende - La funzione circolare della cultura ecologico sociale”. Il titolo del nostro 30° Congresso nazionale viene da un percorso fatto di relazioni, di umanità, di dialettico confrontarsi tra generazioni che - in questi anni - i club della nostra regione hanno intrapreso, percorso e vissuto con tenacia e umiltà.

La parola “dipende” (e quindi tutte le declinazioni derivate da questa) ha rappresentato una parte importante del nostro percorso, ci ha portato a riflettere e decidere che non fosse necessario doverci definire, o farci rappresentare e forse anche essere rassicurati da termini e/o parole.

Sapevamo che il titolo avrebbe suscitato dubbi e perplessità, ed è proprio questo il motivo per cui abbiamo deciso con coraggio di sceglierlo. La nostra vita non dipende perché va avanti e scorre

inesorabile tra le nostre dita, e noi possiamo scegliere, scegliere di viverla da persone, da esseri umani con le nostre fragilità oppure nascosti dietro parole, comportamenti e azioni che ci definiscono agli occhi degli altri (e alla fine anche ai nostri).

Abbiamo pensato che per mettere in pratica il cambiamento a cui tutti tendiamo fosse necessario partire dal cambiare il punto di vista, l'argomento su cui riflettere. Riflettere su queste parole significa riflettere sulle nostre vite tutte, indipendentemente da dove abbiamo deciso di stare (fuori o dentro al Club), significa che è arrivato il momento di decidere delle nostre vite, almeno di quelle cose che la vita ci lascia scegliere.

Perché la Vita non dipende da noi.

Spesso ci esprimiamo dicendo “la nostra vita” e domandiamoci allora “nostra di chi”? Davvero la vita è nostra? Oppure la vita è solo un dono che possiamo decidere di preservare e coltivare?

Forse dovremmo aprirci ad accogliere la Vita senza metterci accanto un “mio, tuo, nostro e loro” evitando così giudizi e divisioni. Esiste anche poi un altro aspetto a cui ci riportano parole come “dipende” ci fanno pensare a tutti quei termini che ci chiudono in gabbie, in stereotipi che non possiamo più accettare.



Alla luce di tutto questo nasce l'esigenza di cambiare rotta e, per farlo, in questi mesi abbiamo incontrato nella nostra Regione moltissime persone, ragazzi, insegnanti, politici ed Istituzioni a cui abbiamo chiesto cosa significasse per loro "la Vita non dipende" a cosa li facesse pensare, dove li portasse....

Abbiamo discusso se questo volerci "legati" sempre a - da qualcosa (oppure a - da qualcuno) non serva agli altri, alle Istituzioni, agli insegnanti, ai luoghi di lavoro solo per incasellare tutto e tutti e per non accettare il fatto che l'uomo è fatto anche delle sue fragilità: allora forse sarebbe venuta l'ora di accettare rispettosamente il fatto che "ognuno di noi non è un granché" e fare scelte che vadano in questa direzione: scelte fatte di condivisione, di rispetto e anche di cultura.

E alla luce di queste riflessioni e dei diversi punti di vista espressi, viene scontato pensare al sottotitolo che abbiamo voluto usare nel nostro 30° Congresso perché il sentirci solo "esseri umani" ha a che fare con il nostro DNA, con le nostre esperienze ed in particolare con la cultura ecologico- sociale.

La nostra cultura (e la cultura in generale) rappresentano un nodo fondamentale per il movimento dei Club, e in questo congresso (che chiude trent'anni di esperienze per aprirsi con fiducia ai prossimi 30) potremo affrontare e condividere l'importanza di fare e proporre cultura, la cultura della salute a 360 gradi.

Visto che si parla di cultura quale luogo poteva essere più adatto della Toscana, di Firenze, di Firenze Palazzo Vecchio, del Salone dei 500? La nostra scelta di essere qui oggi è stata facile, ed è bellissimo avervi qui da tutta Italia, così numerosi e così entusiasti e partecipi.

Grazie a tutti per essere venuti.

Grazie al Comune di Firenze, e in particolare all'Assessore Sara Funaro, per averci concesso il privilegio di aprire il nostro congresso qui e per tutta l'assistenza prestata.

Grazie alla Regione Toscana, al suo Governatore Eugenio Giani e al portavoce Bernard Dika, per il patrocinio alla realizzazione del Congresso e per il sostegno che non è mai mancato.

Grazie anche al Cevot, che ci supporta sempre e ci ha supportato anche in questa occasione seguendoci da vicino nella sua realizzazione e alla Fondazione Cassa di Risparmio per il contributo e il sostegno.

Un ringraziamento speciale va infine a tutte le famiglie dei club della Regione Toscana e dell'Aicat nazionale, che hanno lavorato per un lungo anno con amore e dedizione, perché oggi potessimo essere qui a confrontarci sul come accogliere la nostra vita, una vita che non dipende.

Grazie a tutti

Relazione introduttiva e saluto

Marco Orsega, Presidente Aicat

Buongiorno a tutti, un saluto ed un abbraccio a tutti i partecipanti a questo 30° congresso nazionale AICAT. Saluto e ringrazio innanzitutto il Comune di Firenze che ci ha voluto ospitare in questa prestigiosa sede storica ed artistica di Palazzo Vecchio. È un dono che ci avete fatto! Ringrazio anche la Regione Toscana per aver contribuito a sostenere l'organizzazione di questo Congresso. Saluto e ringrazio per la loro partecipazione i Rappresentanti delle Istituzioni, delle Organizzazioni ed Associazioni Nazionali e Regionali presenti. Ma soprattutto un sentito grazie all'ARCAT Toscana, al presidente Simona Rossi che la rappresenta, per il grande lavoro ed impegno nell'organizzazione di questo Congresso insieme ad AICAT e a tutte le persone, famiglie, Club che si sono impegnate ed hanno collaborato alla sua realizzazione. Ricordo e saluto anche i Giovani delle Scuole Superiori di Firenze, che hanno partecipato al progetto regionale "La vita non dipende" che ha ispirato anche il tema del Congresso e che porteranno, anche, il loro particolare contributo a questo Congresso. Un saluto, infine, alle persone, alle famiglie, ai Servitori Insegnanti, ai Club che partecipano e saranno protagonisti di questo Congresso.

Il 30 Congresso, un numero e una tappa significativa, di un lungo percorso fatto insieme, di questo nostro sistema associativo, che ha vissuto momenti e scelte decisionali e progettuali importanti ed impegnative, pause riflessive, difficoltà e crisi che appartengono alla vita ed alle dinamiche di ogni sistema organizzato, sia esso formale che informale. Ma siamo ancora qui per un lavoro insieme di continuazione, ma anche di evoluzione, rigenerazione, rilancio dell'AES dei Club. Il Club, spazio aperto e scuola di vita della comunità, che sa accogliere le difficoltà ed i bisogni essenziali di persone e famiglie della comunità, un approccio di comunità dove tutti abbiamo uguali diritti, uguali opportunità, uguale dignità, dove sia valorizzata la diversità di ognuno come valore di ricchezza e non come etichetta di discriminazione. L'AES dei Club promuove la salute e la qualità della vita con una visione circolare, non antropocentrica, che salvaguarda e rispetta la vita in tutte le sue forme, umana, naturale e ambientale. Scrive Ilaria Capua: "Abbiamo bisogno di vedere la salute come un bene che scorre, una linfa vitale che connette fra loro gli uomini, gli animali, le piante e l'ambiente."

I problemi alcol correlati e complessi sono alla base della nascita e dello sviluppo dell'esperienza dei Club, ma il professor Hudolin affermava che: "I problemi alcolcorrelati come altre difficoltà esistenziali di riguardano la persona, la famiglia e la comunità sono la conseguenza degli squilibri ecologico sociali della comunità". Quindi necessita un cambiamento della cultura sociale rispetto alle qualità della vita, della salute, delle relazioni umane e sociali, con la natura e con l'ambiente e dei valori che le regolano, quello che il professore ha definito il cambiamento della spiritualità antropologica della comunità. Le persone e le famiglie di Club, con un percorso di cambiamento e di responsabilizzazione, diventano risorse, capitale sociale e bene comune di cambiamento culturale. Una proposta culturale alternativa all'attuale cultura sociale che promuove un modello culturale, politico, economico individualistico e

consumistico soggetto ai profitti di produttori e portatori di interessi finanziari. L'emergenza COVID ha messo fortemente in discussione ed in crisi questo modello, ma non è servito a cambiarlo anzi, dopo l'emergenza, si è rilanciato fortemente lo spirito consumistico ed individualistico del modello sociale. È necessario ripartire da un approccio di comunità che dia risposte ai bisogni essenziali che salvaguardano e difendono la vita, umana, naturale e ambientale, come prospettiva dignitosa per tutti. Non il PIL come indice di riferimento del benessere sociale, ma il benessere integrale equo e sostenibile come parametro di valutazione della qualità della vita. I Club hanno dimostrato e rappresentato questa capacità di partire dalla base, di rispondere ai bisogni essenziali delle comunità, partendo dalle persone e famiglie che si sono impegnate in un percorso di scelta del proprio cambiamento culturale, per testimoniare nelle comunità, nel proprio impegno per la promozione della qualità della vita, della salute. È fondamentale che il patrimonio di questa esperienza venga ulteriormente valorizzato e rilanciato in tutta la sua potenzialità di proposta di cambiamento culturale. I Club hanno anch'essi risentito e sofferto della chiusura pandemica, anche come chiusura della vita sociale, e pur dimostrando una motivata capacità di resilienza e di ripresa, hanno subito una riduzione come numero e come attività. È iniziata la stagione della rigenerazione, che necessita di un'evoluzione del Club come spazio aperto delle comunità, che sappia rispondere al profondo disagio esistenziale dell'intera comunità, che si esprime nelle tante forme di comportamento, di difficoltà, di sofferenza, di indifferenza, di appiattimento motivazionale. Necessita la promozione di un rigenerato impegno di cambiamento culturale ecologico sociale alternativo alla cultura egoistica e consumistica che danneggia la vita in tutti i suoi aspetti. Rigenerare il Club, andando oltre il Club nel costruire e tessere reti, a livello territoriale, regionale e nazionale con tutti i nodi sensibili e responsabili della realtà sociale, che possano condividere insieme un percorso, un progetto di cambiamento ecologico sociale di qualità della vita, della salute circolare, del benessere integrale di tutti, una cultura del bene comune. Afferma Hudolin: "tutto il sistema ecologico per il controllo dei problemi alcolcorrelati in futuro dovrebbe svilupparsi per comprendere la multidimensionalità della sofferenza umana. Non esiste un problema alcolcorrelato che non sia collegata con le altre difficoltà della persona, della famiglia e della comunità. Il cambiamento si può ottenere solo in seno alla comunità locale in cui la famiglia vive e lavora e deve essere in grado di dare una risposta a tutti i suoi bisogni. Ed il sistema deve essere attivo dentro la comunità stessa, altrimenti diviene alienato. Il lavoro nella comunità si traduce in una fitta rete quanto più possibile capillare, dei punti di appoggio per la protezione e la promozione della salute per la qualità della vita. Punti di appoggio nella rete territoriale sono tutti gli individui, famiglie, Club, organizzazioni ed istituzioni pubbliche e private."

La relazione della rete è una relazione circolare, in un rapporto integrato che dev'essere di pari dignità e capace di armonizzare saperi, conoscenze, competenze ed esperienze per condividere interventi e progetti costruiti insieme.

Promuovere insieme un approccio di comunità multidimensionale capace di rispondere efficacemente alla complessità della vita.

Anche il sistema socio sanitario dovrebbe passare da un modello unicamente e strettamente sanitario, concentrato nell'erogazione di prestazioni di servizi sanitari, ad un modello salute, caratterizzato da concetti di rete, promozione e prevenzione nei luoghi di vita, valorizzazione e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse dei territori. I Dipartimenti delle Dipendenze, in questo approccio di comunità, trasformarsi in centri e servizi per la promozione della salute e di sani stili di vita.

I CARE - m'interessa, mi sta a cuore - scritto sulla scuola di Barbiana di don Milani e "cambiare il mondo e la vita" sono stati i motti che hanno stimolato i miei ideali ed i miei sogni giovanili e gli importanti cambiamenti di quella stagione e di quegli anni. Poi quei sogni si sono un po' persi anche nella mia esperienza di vita. Ma poi ho ritrovato il senso di quegli ideali, conoscendo il Club e nel mio percorso di cambiamento nell'Approccio Ecologico Sociale del Club. In questa nuova esperienza ho capito che potevo vivere e realizzare quegli ideali partendo da me, dal mio cambiamento dalla mia assunzione di responsabilità individuale e che questa, insieme a tante altre, poteva generare una responsabilità collettiva e sociale. Sentirmi parte responsabile di una comunità e di una rete poteva alimentare quel sogno "I CARE cambiare il mondo e la vita". È cambiare la vita, partendo dal cambiamento della cultura sociale esistente, era l'obiettivo di Hudolin, partendo dalla piccola realtà del Club. Sta a noi continuare insieme per rigenerare la potenzialità dell'Approccio Ecologico Sociale dei Club, lavorando insieme con tutti coloro che condividono l'obiettivo di difendere e valorizzare la vita in tutta la sua ricchezza e bellezza di bene comune. Hudolin nel Congresso di Grado del 1996, poco prima di lasciarci, con una visione profetica anche per l'attuale, affermava: "La spiritualità antropologica attuale (o cultura sociale) nel mondo, lascia molto a desiderare, basti vedere l'aumento dell'uso delle sostanze psicoattive, dei problemi alcol correlati e complessi, del terrorismo, delle guerre continue. La mancanza di giustizia sociale e molti altri problemi. Noi, nei Club, dobbiamo prendere parte ad iniziative per migliorare la vita delle nostre famiglie e delle comunità. Nei Club, di fronte a tutti i problemi elencati, parliamo della necessità dell'amicizia, della solidarietà, dell'amore, della possibilità di una convivenza, della compartecipazione, della pace, della giustizia sociale, o meglio della solidarietà e spiritualità antropologica. Tutto questo significa lavorare nella comunità ed introdurre l'ecologia sociale non solamente la protezione della natura verde, ma della società umana, non si tratta solamente di un individuo ma della famiglia e della comunità. La salute non può essere protetta e promossa se non c'è pace. Bisogna sottolineare la necessità di lavorare per la pace, la pace interiore dell'uomo, la pace nei cuori, che poi si trasmetterà al vivere familiare, comunitario, nazionale e planetario." Hudolin.

Buon congresso a tutti noi

Frammenti di riflessione Intorno al 30° congresso dell'Aicat

Franco Marcomini

Il titolo del congresso dei club quest'anno è risultato particolarmente ricco di spunti e di riflessione che testimoniano una maturità del mondo dei club nel trovare il coraggio di affrontare temi complessi ed essenziali per l'esistenza di ciascun*. Gli organizzatori hanno saputo regalare tre giorni tra Bellezza e profondità riflessiva contrassegnata ad un'apertura ai temi del nostro tempo che hanno una valenza transgenerazionale, nel dialogo e nell'ascolto reciproco. Con le amiche e gli amici dei club della nostra piccola realtà locale ho condiviso una preparazione al congresso che si è sostanziata anche con frammenti di pensiero a partire da agosto, pressoché quotidianamente, per continuare anche oltre l'evento del congresso. In questi frammenti di riflessione si trova la realtà dell'esperienza concreta nel cammino del club e nella sua appartenenza alla comunità locale, rispetto alla quale desidera farsi protagonista del cambiamento della cultura esistente e dominante. "La Vita non Dipende" apre orizzonti di senso che ci richiamano ad un cambiamento radicale dei nostri stili di vita, dei nostri comportamenti della nostra stessa visione della Vita. Questo titolo e l'esperienza vissuta a Firenze (penso in particolare alla tavola rotonda conclusiva, sulla Pace, che dovrebbe essere ascoltata e riascoltata da tutte le persone che partecipano alla vita del club per diffonderne i contenuti alle comunità locali di appartenenza, la mondo della politica e della cultura; in questi tristi tempi di guerra, uno squarcio di speranza che ci liberi dal nostro egocentrismo sovranista e chiuso in se stesso) ci spingono, con coraggio e passione, a dischiudere una nuova stagione dei programmi dei club. Una stagione di maggiore apertura alla complessità ed alla multidimensionalità della Vita alla quale apparteniamo, che è prima di noi e sarà dopo di noi. La Vita che siamo chiamati a rispettare e contemplare a partire dal nostro comportamento teso verso la sobrietà e contemporaneamente consapevole dei nostri limiti. Di seguito alcune riflessioni che vanno dal 22 ottobre 2023 al 5 novembre 2023. Riflessioni nate dalla preparazione condivisa verso il congresso e che oggi si nutrono della ricchezza e della bellezza dell'esperienza vissuta nel congresso nel dialogo, nell'amicizia e nella convivialità.

22 ottobre 2023. La Vita non Dipende, esprime in sé la pienezza del Sacro, il mistero verso il quale ci predisponiamo ad attingere per contemplare, coltivare e vivere la Bellezza, la Verità e la Giustizia, che non sono opera nostra, ma appartengono alla Vita che non Dipende. Siamo generati nella Libertà e nell'Autonomia. Nell'evolversi dell'esistenza incontriamo culture, ordini religiosi, provvisorie scoperte scientifiche, modelli morali, ideali ed ideologie politiche analoghe o divergenti. In questa evoluzione che ci rende pellegrini, abitanti provvisori della Terra che nessun* potrà mai possedere e che ognun* è chiamato a percorrere con passo leggero e gentile, impariamo la flessibilità dell'esistere che apre prospettive di letizia condivisa anche nei momenti di difficoltà 23 ottobre 2023.

La Vita non Dipende, monito rivolto a ciascun* di noi ad abitare la Terra come edificatori, architetti di Pace che mai elude il conflitto. Pace da costruire a partire dalla disponibilità di emendare in noi stessi*

qualsiasi frammento ostativo alla disponibilità di metterci in discussione, ponendo mano al cambiamento dei nostri stili di vita e dei nostri atteggiamenti alimentati da un solipsismo, incline al possesso ed autoreferenziale. In questi tempi di guerra generata dal delirio di onnipotenza delle oligarchie arricchite a spese del prossimo, delle oligarchie che si sono impossessate del bene comune, facendone uno scempio appropriativo, siamo chiamati ad essere testimoni di umiltà, parsimonia e condivisione del bene comune che mai deve essere proprietà di qualcun*, neppure dello Stato. Abitiamo la Terra come viandanti stranieri percorrenti le vie dell'esistere con sobrietà e rispetto del Creato 24 ottobre 2023. La Vita non Dipende, proiettandoci in un contesto pubblico e comunitario nel quale il nostro dire è chiamato ad armonizzarsi con il fare, evitando il più possibile l'ipocrisia che cerca di coprire le nostre contraddizioni. La morale e l'etica siano generate dalla disponibilità ad essere messi in discussione dall'incontro con l'Altro, nel quale il farsi prossimo è nella reciprocità vissuta nella dimensione dell'Amore e dell'Amicizia. Nella prossimità incontriamo la Cura dell'Anima che stemperale sofferenza, innalza canti di Gioia, ci libera da ogni forma di chiusura respingente e ci apre alla comprensione. In questi movimenti antitetici alla cultura dominante troviamo la forza della ribellione trasformativa e co-Evolutiva che ci svela l'appartenenza alla Vita che non Dipende.

25 ottobre 2023. La Vita non Dipende, accogliamo in noi e nelle nostre relazioni di appartenenza l'invito ad essere testimoni concreti di una responsabilità gioiosa, nella condivisione, di generare tempo di pace avvolti dall'amore profondo ed appassionato per la giustizia sociale e per la lotta contro ogni forma di discriminazione, di alienazione, di disconoscimento del diritto di essere diversi. Di fronte a tutte le forme che rendono le esistenze umane belligeranti, cariche di odio e di senso radicale di vendetta, sia tra i popoli e sia nei rapporti di prossimità, dichiariamo il nostro amore per la pace, dichiariamo ed agiamo concretamente per eliminare ogni faziosità ipocrita che non vuole andare alla radice dei problemi.

26 ottobre 2023. La Vita non Dipende, in viaggio verso Firenze per condividere un'esperienza coraggiosa ed innovativa che è nel titolo del congresso. Un invito a percorrere strade nuove lungo la direzione della visione e del pensiero ecologico radicale, profondo ed integrale. Non siamo di fronte ad astrazioni teoriche, ma ad espressioni di un cammino concreto che ha messo insieme esperienza e scienza, spiritualità e materialità. Il coraggio trasformativo ed evolutivo deve caratterizzare la Vita del Club e dei loro programmi comunitari, che riprendono le tracce di un discorso smarrito finalizzato a liberare l'umano da ogni forma di stigmatizzazione che è sempre conformista e obbediente nei confronti del potere costituito. Non solo, ma l'apertura all'intero Creato diventa occasione per rivisitare le nostre esistenze alla luce di una ricerca costante dell'armonia del divenire, nella pienezza del piacere di appartenere alla Vita che non Dipende. Buon congresso ed un profondo sentimento di gratitudine nei confronti degli organizzatori.

27 ottobre 2023. Firenze, primo giorno del XXX° congresso AICAT: La Vita non Dipende. In un contesto di Storia, Arte e Bellezza, di intensa emozionalità, senza retorica, di Sentimenti autentici, senza suggestioni di amicizia gruppale e settaria, si tracciano i percorsi evolutivi immanenti e trascendenti, nello stesso tempo, la questione alcologica, emblematica espressione delle nostre contraddizioni e dei nostri moralismi negati. Il vociare delle persone, i silenzi attenti dell'ascolto, l'incrociarsi degli sguardi, lo stringersi delle mani, la gentilezza degli abbracci, rappresentano il segno che ci troviamo nell'armonia di ragione, sentimento, emozione ed istinto.

28 ottobre 2023. Firenze, secondo giorno del XXX° congresso AICAT: La Vita non Dipende. La discussione generata dalla presentazione dei lavori dei gruppi, squarcia il velo di una lettura dell'alcologia, svelando un orizzonte di senso a partire dall'alcologia, rimanendo radicati nella sua contraddizione tra normalità e devianza, entrambe arbitrarie ed opinabili. Dallo svelamento sorgono domande che scuotono le generazioni osservando un futuro sempre più incerto e sempre più caratterizzato da una rigida antropologia, all'ombra della potenza della tecnica, incapace di lasciarsi andare flessibilmente con coraggio alla freschezza della Letizia del Cantico delle Creature. Accogliamo la Gioia di questo Cantico.

29 ottobre 2023. Firenze, terzo giorno del XXX° congresso AICAT: la Vita non Dipende. Irrompe la sorprendente immagine della Pace danzante con la Giustizia. Le tenebre della guerra non impediscono il dischiudersi di una splendida Aurora di Nuova ed Antica Speranza. Le nostre vie irte di ostacoli si fanno gioiosi percorsi di scoperta nello stupore che un mondo diverso è possibile qui ed ora. Sapremo fare delle diversità esperienziali, che si traducono in pensiero profondo, complesso ed umile, l'opportunità di non assolutizzare i nostri punti di vista e di vivere nella pienezza dell'armonizzazione di responsabilità soggettiva e relativismo etico. Armonizzazione che libera l'umano dalla supponenza iperegoica ed autoreferenziale dell'antropocentrismo. Grazie a quanti hanno reso possibile tre giorni di intensa condivisione esistenziale, nella bellezza e nella convivialità. I club alcologici territoriali aperti ai temi dell'ecologia integrale, radicale e profonda, con relativa attenzione al multiverso del disagio spirituale, esistenziale e mentale, hanno dimostrato un miglioramento significativo delle proposte ed azioni culturali e di cura, che infondono coraggio e serenità nel proseguire in un percorso di liberazione che da sempre caratterizza il cammino dell'homo sapiens, nell'alternarsi di ricadute e di un rialzarsi innovativo che incontra la pienezza della Vita che non Dipende. Non vi è una conclusione, ma un nuovo inizio.

30 ottobre 2023. A volte si ritrova la Fiducia anche nei momenti più difficili del cammino, tra tensioni, guerre, crisi economiche, crisi nelle relazioni di amicizia, impressioni di decadenza dei costumi e della politica. La Fiducia prende forma concreta in una persona tenace ed umile allo stesso utile. Una persona, rimanendo nella metafora evangelica che getta un minuscolo seme di senape in un terreno

accogliente e nasce un albero immenso e maestoso, nel quale anche gli uccelli trovano dimora. La mia gratitudine va a Simona Rossi che al congresso dell'AICAT ha donato il suo generoso servizio, insieme alla sua famiglia, affinché, in questi tempi di turbolenze associative, del tutto insensate, nella logica perseverante delle cordate "noi-loro", potesse fiorire il piacere di stare insieme riflettendo sui contenuti, senza dover sempre definire le relazioni. Grazie Simona, hai saputo attingere e lasciarti andare al Sacro nel quale, come ci insegna Simone Weil, vi è Verità e Bellezza che trascendono la Persona. Ancora una volta una persona di genere femminile, ancora una volta un nome Simona (italiano) o Simone (francese), ci porta lungo le strade della ponderata trascendenza nella quale troviamo la Fiducia.

31 ottobre 2023. Gli echi del congresso AICAT 2023 si espandono e bussano alle porte della coscienza di ciascun* generando nuove armonie che sostanziano l'esperienza dei club come lievito, come ci insegna il messaggio evangelico: essere l'esempio del regno di Dio per i credenti, del regno della Vita autentica che non Dipende per tutta l'umanità, la Vita alla quale apparteniamo e della quale siamo immagine da coltivare con gioia e letizia, anche nei momenti difficili e di ricaduta nella seduzione del potere, emblema della mondanità appropriativa e mortificante. L'armonia vissuta a Firenze la portiamo nei nostri contesti relazionali per testimoniare con coraggio ed umiltà che un mondo diverso è possibile, qui ed ora tra concretezza ed utopia, tra radicamento e cammino, tra realismo e speranza. Dal riconoscere, con umiltà, che nulla e nessun* è un granché, possiamo fare grandi cose se ci facciamo artigiani ed architetti di Pace, che sanno cogliere nelle diversità l'opportunità di costruire ponti da percorrere insieme tra sponde opposte lungo le quali scorre un unico fiume.

1 novembre 2023. Nel giorno della festa dei Santi, oltre a ricordare, come sottolinea Papa Francesco, non c'è Santo che non abbia fatto esperienza di peccato e non vi è peccatore che non possa essere Santo, facciamo memoria di essere stati chiamati con un nome che non abbiamo scelto noi e che è in sé un insieme complesso di ricordi e di aspettative, di desideri e rimpianti, di continuità e di discontinuità. Noi siamo chiamati e ci predisponiamo a rispondere, ad essere rispondenti, responsabili. Nel nome vi è il primo suono intimo che ci introduce nella dimensione dell'Accoglienza e dell'Amore, nella relazione con l'Altro* che con un nome è chiamat*. Incontriamoci nel nome e non nelle etichette che designano il pregiudizio e l'annullamento della singolarità di ciascun*. Nel nome riverbera la Bellezza della condivisione di destini, che non abbiamo scelto e che possiamo condividere verso un bene comune che non ha un nome e neppure una proprietà, ma l'appartenenza alla Vita che non Dipende e che ci abbraccia gentilmente chiamandoci per nome.

2 novembre 2023. Oggi 2 novembre, sia il giorno della memoria e della speranza. Siamo approfondendo il mistero della realtà della Vita che non Dipende che i club, ideati dal prof. Vladimir Hudolin, testimoniano essere il terreno fertile di un'umiltà che ci rende homo sapiens nel discernimento e nella ponderazione. Impariamo a contemplare e celebrare la Vita che va oltre il nostro procedere

transitorio e che invita ad essere gioiosamente tesi verso la sobrietà da vivere insieme anche a chi non c'è più, ma continua ad esserci concretamente, non solo nella nostra memoria. Dedichiamo questa giornata alla Vita oltre la morte, in una prospettiva che trascende la contingenza dello spazio e del tempo che noi umani ci siamo inventati. Giornata della Vita gioiosa anche nei momenti difficili, gioiosa perché sempre nutrita dal sentirci parte di una comunità che non lasceremo mai e non ci lascerà mai soli: la Comunità del Creato, la Comunità del Cantico delle Creature.

3 novembre 2023. La Natura che ci circonda ed è in noi, che spesso testimoniano, tristemente, di non averne compresa la complessità nel semplice dettaglio di un filo d'erba, ci parla con schiettezza della Vita che si dispiega come dono da accogliere con letizia e condivisione, tessendo relazioni di amicizia che rasserenano l'anima, dissolvendo pregiudizi e barriere nei confronti dell'Altr*. Siamo chiamati alla trascendenza che ci rende partecipi dell'anima collettiva che si nutre di povertà liberante, di giustizia scuotente, di piacere intenso, di convivialità armoniosa. La Vita e la Natura sono grazia che spezza l'angosciante e mortifera solitudine che spinge alla chiusura autoreferenziale, egocentrica ed egoista. Vivere in pace è vivere nella pienezza della Vita che non Dipende ed è generatrice di luce per i nostri passi insieme nei tratti bui del nostro procedere. Genera inoltre l'orizzonte di senso e la direzione verso la quale andare con perseverante e rassicurante fiducia nell'appartenenza cosmica, che mai ci lascia soli.

4 novembre 2023. "Chiunque si esalta sarà umiliato, e chi si umilia sarà esaltato": come rimane nell'umiltà senza desiderio o pretesa di essere esaltati in virtù del merito acquisito attraverso la pratica dell'umiltà? Come cogliere nell'esaltazione attribuita a sé la necessità di rimanere nella consapevolezza di non essere un granché? Spesso l'autoesaltazione è nascosta dalla ostentazione della propria semplicità ed umiltà. Spesso, gli esaltati e celebrati personaggi, che interpretano la grandezza loro attribuita come riconoscimento dei loro millantati meriti, sono dei mediocri iracondi che non tollerano la loro pochezza e si guardano bene dall'essere umiliati, costruendo regole e regolette che li mantengono nel trono, trascinando l'umanità nell'abisso. Questa è la psicopatologia degli under-dog che vivono in una costante ricerca del potere, da esercitare con supponenza ed arroganza. È una questione culturale, antropospirituale ed anche psicopatologica, prima ancora di poterla definire politica.

5 novembre 2023. "Chi tra voi è più grande, sarà vostro servo". Il servitore, il servo con maggiore efficacia espressiva, accoglie la sua grandezza ricevuta in dono e senza merito particolare e personale mettendola al servizio del bene comune comunitario. Proviamo ad immaginare una formula associativa nella quale anziché un presidente ed un direttivo vi sia, o vi siano, uno o più servitori/servi ed un esecutivo del bene comune anziché un direttivo. Nel quale neppure il popolo acclamante sia sovrano, ma ciascun* sia semplicemente servitore/servitrice nella reciprocità e nella piena coscienza di non essere un granché, neppure nella dimensione collettiva, populista ed acclamante. Proviamo a pensarci

seriamente, perché la saggezza antica ci ammonisce a cerca la via dell'umiltà e della responsabilità. Esploriamo con un atteggiamento nuovo, che sappia essere ecologico e sistemico anche nella complessità organizzativa, che rispecchi l'autonomia della Vita che non Dipende.

Non vi sono conclusioni definitive che possiamo trarre, ma una precisa indicazione di maggiore condivisione nella diversità feconda che dovrebbe caratterizzare il movimento dei club, anche in questo tempo di conflittualità associativa, che deve rappresentare un'occasione per diventare architetti ed artigiani di Pace, senza mai rimuovere i conflitti, ma interpretandoli in una modalità che renda concreta l'enunciazione del fondamento dei club: Visione ecologica profonda e radicale nella dimensione condivisa dell'Amore, dell'Amicizia, della Convivialità e del rispetto della Diversità.

Propongo un frammento finale, la cui data non ricordo bene, ma che è o il 20 o il 21 ottobre 2023: La Vita non Dipende, ci ammonisce a non essere censori del comportamento altrui, ma sereni testimoni della messa in discussione del nostro comportamento, senza aspettative particolari o finalizzazioni supponenti, che spesso si concretizzano nel voler dare il buon esempio e saggi consigli ai devianti di turno, uscendone, il più delle volte, tristi e delusi perché il nostro sacrificio non ha sortito effetto sull'altro da emendare. Essere testimoni ci riporta all'irriducibile autonomia di ciascun* ed alla impossibilità di forgiare gli altri e le altre secondo i principi morali che faticosamente cerchiamo di incarnare e che spesso disattendiamo per la nostra intrinseca fragilità, che non ci giustifica e non può essere fonte di giustificazione per gli altri e ci ammonisce a non essere mai giudicanti e neppure immaginare di possedere il giusto modo di vivere.

Riflessioni sul Congresso

Alina Bucurescu

La trentesima edizione del congresso nazionale dell'Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali si è aperta in uno dei luoghi che portano più bellezza in Italia: il Salone dei Cinquecento all'interno di Palazzo Vecchio a Firenze, la più grande sala nazionale dove viene praticata la gestione della vita civile.

Costruita in non più di sette mesi su commissione di Girolamo Savonarola, lo spazio è simbolo di una riforma della Repubblica fiorentina avvenuta alla fine del XV secolo che ha portato alla formazione del Maggior Consiglio: 1500 cittadini potevano così riunirsi per scongiurare che il potere sulla popolazione potesse convergere in singoli individui. L'atmosfera dello spazio che ci ha accolto ci ha dunque accompagnato nella mattinata di apertura ai lavori del congresso che ha avuto come tema proprio la responsabilità sociale, concetto che riprende la famosa domanda di Dio a Caino "Dov'è tuo fratello Abele?" e alla quale Caino risponde "Sono forse io il custode di mio fratello?"

Questo interrogativo ci pone nella condizione di riflettere su quale sia la nostra posizione nei confronti dell'Altro che irrompe nella nostra vita, costringendoci a fare i conti con l'umanità che c'è in tutti e ciascuno. L'Altro, la cui diversità rispetto a noi è impersonificata dalla persona che beve, che usa sostanze, che mette in atto comportamenti disturbanti, ci turba proprio perché in realtà ne siamo i custodi nel senso più radicale del termine: io e L'Altro ci apparteniamo e condividiamo le stesse premesse esistenziali, quello che fa riguarda anche me e quello che agisco io riguarderà sempre anche lui.

Non a caso la parola "responsabilità" condivide la radice etimologica con la parola "risposta" suggerendoci che siamo responsabili nei confronti delle relazioni di prossimità quando rispondiamo alla loro presenza, ci siamo. Il problema è che l'incontro con gli altri raramente è scevro da incomprensioni e conflitti, proprio perché il "prossimo" (anche in senso evangelico) è qualcosa che si oppone a noi per certi versi, che ci si approssima provenendo da un'altra direzione, e questo ci obbliga a stare continuamente in una posizione di ambiguità nei confronti delle persone attorno a noi: da una parte ci sono indispensabili perché noi stessi siamo solo l'Altro dell'Altro, la nostra identità nasce attraverso l'essere in relazione, e dall'altra dobbiamo fare i conti con una diversità che non può essere eliminata.

Secondo Massimo Cacciari, filosofo e già Professore Ordinario di Estetica, avere una relazione di prossimità vuol dire custodire la distanza e non eliminarla, dunque, non ridurre gli altri a nostra immagine e somiglianza ma prendersene cura rispettando il loro essere – anche perturbante – perché riguarda anche il nostro essere, profondamente.

Il pomeriggio della prima giornata e la mattinata della seconda sono proseguiti con i laboratori tematici "La funzione circolare della cultura ecologico sociale", durante i quali cinque gruppi di persone hanno riflettuto e condiviso esperienze sull'andare oltre al club visto come bene comune, su un futuro

sostenibile e sull'economia circolare, su una nuova cultura della salute che possa andare verso il benessere integrale, sulla comprensione, la condivisione e il rilancio dell'identità di questo movimento e sul capitale sociale al servizio della costruzione di politiche condivise.

Ognuno dei contributi nati dalle interazioni dei partecipanti concorrono a procedere nell'evoluzione di un'esperienza straordinaria, partita dal professor Hudolin, che deve necessariamente riflettere sui temi della contemporaneità per poter incontrare la vita delle persone che diventano membri di club, e non solo.

I cambiamenti (a volte anche molto repentini) del mondo in cui viviamo ci obbligano a rimanere al passo con la complessità cercando sempre nuovi strumenti di interpretazione a ciò che ci succede: a volte, anche se siamo molto affezionati a un'esperienza, dobbiamo avere il coraggio di lasciarci trascinare dal flusso della vita che non dipende da ciò che noi abbiamo deciso debba essere.

I laboratori sono, da questo punto di vista, degli spazi necessari per poter pensare assieme alle direzioni da prendere senza farci governare da quella che Gregory Bateson chiamava la "finalità cosciente", cioè la caratteristica degli esseri umani di prendere e selezionare dalla realtà solo ciò che interessa ai propri scopi, decisi a priori. Secondo Bateson "quando l'uomo commette l'errore di pensare in modo finalizzato e trascura la natura sistemica del mondo con cui deve vedersela [...] non riesce ancora a vedersi come parte del sistema in cui accadono i guai, e allora dà la colpa al resto del sistema oppure a sé stesso" (G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*. 1977).

La sfida è allora quella di agire serenamente impotenti rimanendo aperti alle perturbazioni della società che ci può indicare le vie da percorrere. L'agire spinto dalla gioia non segue un obiettivo perché la gioia e la passione ne sono origine, non scopo.

Il pomeriggio del secondo giorno è stato dedicato a un confronto molto ricco con degli studenti e studentesse fiorentine, che dopo aver partecipato a un percorso sul tema del congresso hanno scritto quattro lettere rivolte agli adulti sui temi dell'ascolto, della coerenza, della libertà di scelta e del rischio associato al piacere.

Riprendo a tal proposito le parole di Giorgio Agamben: "Non so se abbia senso credere di potersi rivolgere a dei "giovani". Certo giovinezza e vecchiaia convivono finché è vivo in ciascuno e ci portiamo dentro a ogni istante il giovane che siamo stati, così come il giovane presentiva lucidamente e perentoriamente la sua vecchiaia.

È proprio questa contemporaneità dei tempi e delle età che si è andata perdendo, così che oggi i giovani diventano vecchi anzitempo e i vecchi si credono giovani fuori tempo". Se si assume questo punto di vista è fondamentale, dunque, non concedersi separazioni

nette tra generazioni ma tentare di comprendere, riprendendo anche la riflessione che mi è sorta in apertura, che cosa ci riguarda gli uni degli altri:

quanto siamo capaci di ascoltare e rispondere alla chiamata dell'altro, quanto ciò che pretendiamo dagli altri siamo noi in prima persona disposti a dare, quanto riusciamo ad accettare l'autonomia del vivente di cui parla

Francisco Varela, quanto siamo disposti a mettere in discussione i nostri privilegi?

In conclusione, il congresso ha dedicato l'ultima mattinata a disposizione, quella della terza giornata, a un dialogo aperto sul bene comune dal titolo "La pace non dipende". Alla discussione erano presenti Mons. Francesco Savino – Vice Presidente della CEI (Conferenza Episcopale Italiana), Gadi Piperno – Rabbino capo della Comunità Ebraica Firenze-Siena, Izzedin Elzir – Imam della Comunità islamica di Firenze; Luca Milani – Presidente del Consiglio Comunale di Firenze; Olivier Turquet della Pizzola scuola di pace – Q4 Isolotto Firenze, Lauro Seriacopi della Fondazione Don Lorenzo Milani, Anna Meli di COS- PE Onlus e Luigi Paccosi – Presidente CESVOT.

L'incontro e il dialogo sulla pace, soprattutto in un momento dove le guerre sono sempre più presenti nel nostro panorama, sono stati un'occasione davvero importante di aderenza alla complessità delle dinamiche umane, nella consapevolezza che pace non significa assenza di conflitto – che è relazione – ma confronto costante tra le diversità che devono convivere rispettosamente in uno stesso spazio limitato che è il nostro pianeta.

Miguel Benasayag, filosofo e psicanalista argentino naturalizzato francese, sostiene che l'eliminazione dei conflitti in favore di una pace imposta e illusoria non fa altro che esacerbare i sentimenti e i movimenti negativi, non permettendo agli individui e alle società di elaborare un confronto che possa arrivare a una sintesi delle parti contrapposte.

Secondo lui "si tratta di capire in che modo l'essere umano, l'essere umano così com'è, l'essere umano con il suo fondo di costitutiva oscurità, possa costruire le condizioni di un vivere comune malgrado il conflitto e anzi attraverso il conflitto, mettendo fine al sogno o all'incubo di chi vorrebbe eliminare tutto ciò che vi è, in lui, di ingovernabile. L'ingovernabile è parte essenziale della realtà dell'uomo: ogni tentativo di negarlo o di assoggettarlo violentemente a una forma – di formattarlo, come potremmo dire d'ora in poi – è destinato a produrre un ritorno del rimosso o nel peggiore dei casi un'esplosione di barbarie." (M. Benasayag, Elogio del conflitto, p.9. 2008). Se la guerra è un'"invariante che periodicamente si ripresenta nella vita della società", per non condannarci "a guerre sempre più barbare, perché combattute nel deserto dell'indiscusso e dell'impensato" (Ibidem, p.55) dobbiamo affrontare con coraggio le molteplici dimensioni dell'esistenza anche quando queste sembrano confliggere.

Il congresso si è chiuso, per me, con l'augurio che noi esseri umani possiamo essere capaci di una convivenza nella quale la responsabilità nei confronti dell'Altro coesista con il rispetto della sua diversità e la disponibilità ad affrontare i conflitti che possono nascere da questo senza sottrarsi alla relazione.

Considerazioni finali sul percorso e sul Congresso

Simona Rossi

È stato un anno faticosissimo ma un anno pieno di incontri, abbracci, pianti, risate e tanta amicizia. Quello che scrivo potrebbero scriverlo ognuno dei ragazzi e delle ragazze che avete visto lavorare perché quello che ci siamo detti il 29 ottobre alle

è stato: siamo stati bene!

Il Congresso dovrebbe essere un'occasione per costruire relazioni, legami, collaborazioni, intese e in Toscana è stato così.

Ci siamo incontrati una volta al mese per un anno ogni giovedì sera e ogni gruppo di lavoro (accoglienza, contenuti, segreteria, comunicazione e intrattenimento) ha lavorato prima in autonomia e poi in condivisione.

Non avevamo le risorse per pagare un'agenzia che ci organizzasse il Congresso e neanche la recettività, quindi ognuno di noi ha fatto la sua parte mettendo a disposizione le competenze e le relazioni che aveva facendo il massimo che poteva (e forse anche di più!!!)

La rete ha funzionato, anzi le relazioni hanno funzionato!!! È stato bello sentirsi dire dall'Assessore che non aveva risorse da darci ma poteva "regalarci" il Salone dei 500 e lo stesso dalla Regione che ci ha aiutato con i contatti della stampa, con gli interventi nel progetto dei ragazzi, con la presenza amichevole durante tutto il Congresso.

Ognuno di noi ha messo in campo la propria rete e anche se eravamo terrorizzati siamo arrivati alla fine. Ogni volta che mi prendeva il panico...mi sentivo dire...: "Simo tranquilla ci siamo noi!!!...andrà tutto bene" ed era vero... perché l'entusiasmo che hanno avuto tutti nell'organizzare il congresso mi ha fatto capire che il nostro movimento lo merita!

Mi fanno piacere i ringraziamenti personali ma ho sempre detto a tutti che io da sola non sarei e non farei nulla e che quello che ci rende una comunità è la condivisione.

Chissà se questo è passato ai partecipanti... noi tutti lo speriamo...abbiamo imparato tante cose che ci serviranno anche per il futuro e che saremo lieti di condividere con chi avrà voglia di farlo.

Buon congresso ai nostri amici veneti per il 2024.

Noi siamo a disposizione.

Arcat Toscana Odv

Riflessioni conclusive del XXX Congresso AICAT

“La vita non dipende, la funzione circolare della cultura ecologico sociale”

Nei giorni 27-29 ottobre 2023 si è aperto in Palazzo Vecchio nel Salone dei 500 e poi svolto presso il Tuscan Hall il XXX Congresso Nazionale AICAT, dal titolo La vita non dipende. La funzione circolare della cultura ecologico sociale.

Il Congresso è stato organizzato dall'ARCAT Toscana e dall'AICAT. Si ringraziano l'AICAT, nella figura del Presidente Marco Orsega, la Presidente ARCAT Simona Rossi, il gruppo di lavoro nazionale e il gruppo di lavoro regionale toscano, tutti i Club della Toscana, per la buona riuscita del Congresso. Si ringrazia, inoltre, tutto lo staff della segreteria.

Ringraziamo il Comune di Firenze per la disponibilità del Salone dei Cinquecento dello storico Palazzo Vecchio nella mattina dell'inaugurazione, che ha conferito al Congresso un'atmosfera di solennità che rimarrà nella storia dei congressi AICAT; ringraziamo inoltre la Regione Toscana, la Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze, il CESVOT.

Al Congresso hanno partecipato circa 650 persone provenienti dalla gran parte delle regioni italiane, 24 studenti dell'Istituto Ernesto Balducci di Pontassieve e 22 studenti dell'Istituto Marco Polo di Firenze accompagnati dai professori, che hanno collaborato attivamente alla realizzazione del programma nella sessione "Decliniamo il presente per il futuro - lettere agli adulti", con il coordinamento di Simona Rossi, di Salvatore Argese dei giovani della Croce Rossa e di Greta Pieraccini dei giovani AVIS di Firenze.

Il Congresso è stato aperto dalla consueta sfilata, partita dalla prestigiosa Piazza della Signoria, dalle bandiere dei ventinove congressi precedenti e da un'ultima bandiera portata dai bambini come simbolo di continuità fra le generazioni. A loro va un abbraccio e un ringraziamento particolarmente affettuoso. Si inizia con i saluti istituzionali (Comune di Firenze e Regione Toscana) e con i saluti di benvenuto di Simona Rossi la Presidente ARCAT della Toscana Simona Rossi ha illustrato le motivazioni che hanno portato alla scelta del Tema del Congresso

(vedi allegato 2):

Il titolo del nostro 30° Congresso nazionale viene da un percorso fatto di relazioni, di umanità, di dialettico confrontarsi tra generazioni che - in questi anni - i club hanno intrapreso, percorso e vissuto con tenacia e umiltà.

La parola "dipende" (e quindi tutte le declinazioni derivate da questa) ha rappresentato una parte importante del nostro percorso, ci ha portato a riflettere e decidere che non fosse necessario doverci definire, o farci rappresentare e forse anche essere rassicurati da termini e/o parole.

- Sapevamo che il titolo avrebbe suscitato dubbi e perplessità, ed è proprio questo il motivo per cui abbiamo deciso con coraggio di sceglierlo. La nostra vita non dipende perché va avanti e scorre inesorabile tra le nostre dita, ma noi possiamo scegliere, scegliere di viverla da persone, da esseri

umani con le nostre fragilità oppure nascosti dietro parole, comportamenti e azioni che ci definiscono agli occhi degli altri (e alla fine anche ai nostri).

Alla cerimonia di inaugurazione erano presenti ed hanno portato i propri saluti:

Sara Funaro, assessore Educazione, Welfare e Immigrazione del Comune di Firenze;

Stefania Saccardi, Vicepresidente della Regione Toscana; Zoran Zoricic, presidente WACAT.

La relazione del Presidente Marco Orsega, ha dato avvio ai lavori. Le sue riflessioni hanno sottolineato che il trentesimo Congresso rappresenta una tappa significativa di un lungo percorso fatto insieme, nel sistema associativo, che ha vissuto momenti e scelte decisionali e progettuali importanti ed impegnative, pause riflessive, difficoltà e crisi che appartengono alla vita e alle dinamiche di ogni sistema organizzato, in un'ottica di lavoro condiviso di evoluzione, rigenerazione, rilancio dell'Approccio ecologico sociale dei Club.

La relazione ha proposto una riflessione sui club come proposta culturale alternativa all'attuale cultura sociale, per ripartire da un approccio di comunità che dia risposte ai bisogni essenziali che salvaguardano e difendono la vita. I Club rappresentano questa capacità di partire dalla base, di rispondere ai bisogni esistenziali delle comunità, partendo dalle persone e dalle famiglie. È fondamentale che il patrimonio di questa esperienza venga ulteriormente valorizzato e rilanciato come proposta di cambiamento culturale per rispondere al disagio esistenziale dell'intera comunità. Si rende necessario costruire e tessere reti, a livello territoriale, regionale e nazionale con tutti i nodi sensibili e responsabili della realtà sociale.

Il sistema socio-sanitario dovrebbe passare ad un modello di salute caratterizzato da concetti di rete, promozione e prevenzione nei luoghi di vita, valorizzazione e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse dei territori.

Si è quindi tenuta la Tavola Rotonda sul tema "La Vita non dipende - La responsabilità Sociale", in cui sono intervenuti:

Andrea Vannucci, consigliere regionale, presidente della terza commissione (sanità e politiche sociali)

Emanuele Scafato, dell'Istituto Superiore di Sanità

Valentino Patussi, CAR (Centro Alcolologico Territoriale Regionale della Toscana)

Vanessa Pallucchi, portavoce del Forum Terzo Settore

Luigi Paccosi, Vice Presidente CSV Net

Ha fatto da moderatore Giulio Sensi, giornalista CSV Net.

Dal dibattito è emerso che la responsabilità trascende la singola persona perché fa riferimento ad un orizzonte etico che include due o più persone; dovrebbe essere quindi inquadrata come un "valore". Accanto alle dimensioni valoriali sono i principi di cura (I care) e giustizia ad avere un ruolo centrale nella costruzione della responsabilità sociale. I valori che convergono nella responsabilità sociale sono positivamente associati al servizio alla comunità.

I lavori proseguono nel pomeriggio presso la struttura Tuscan Hall con alcune riflessioni del Presidente Marco Orsega che esprime alcune considerazioni, riflessioni e pensieri libertà, alla scadenza

del suo incarico: è necessario favorire e promuovere il ricambio generazionale, dando maggiore spazio alle nuove risorse e valorizzando la loro capacità. Si sofferma inoltre sulle difficoltà e divisioni associative dell'AICAT che vedono tutti corresponsabili, e sulla necessità di rigenerare le nostre relazioni e quelle parole che usiamo spesso: amicizia, solidarietà, amore, condivisione.

Proseguono i lavori con la presentazione da parte dei coordinatori dei laboratori tematici, che si sono svolti nel pomeriggio, producendo le seguenti sintesi.

Laboratorio 1 - PER ANDARE OLTRE IL CLUB. IL CLUB BENE COMUNE

Il Gruppo ha lavorato in un clima sereno ed interessato, con la voglia di approfondire ed esplorare tutto ciò che veniva riportato; insieme siamo riusciti a tenere la rotta, attenendoci al tema.

Due temi sono emersi più di tutti:

1. L'uso del linguaggio, l'uso delle parole nuove
2. La voglia di andare oltre e del nuovo: andare oltre vuol dire anche cercare di arrivare a ciò che è invisibile. Dovremmo essere più fiduciosi nei nostri mezzi ed avere meno paura di ciò che ancora non conosciamo.

“Ogni volta che facciamo un passo, per un attimo perdiamo l'equilibrio”

Laboratorio 2 – PER UN FUTURO SOSTENIBILE- L' ECONOMIA CIRCOLARE

Dopo una doverosa introduzione sul significato dei vari termini, è iniziato subito un dibattito molto partecipato.

Ci si è concentrati molto sulle attività pratiche che ciascuno di noi, sia individualmente che come CLUB, potrebbe mettere in atto per dare un senso ai temi trattati. Tra le attività proposte ci sono i corsi di approfondimento sui temi da svolgersi a livello locale, introducendoli, qualora non lo fossero già, all'interno delle serate di Club.

È arrivata anche la proposta di coinvolgere altre associazioni sensibili ai temi ecologici per condividere iniziative pratiche (raccolta differenziata, giornate dedicate alla pulizia di strade e viali del proprio paese, in nome del recupero e del riuso...) da svolgere insieme.

Molto successo ha avuto infine l'idea della riparazione (delle cose ma anche degli esseri umani) in luogo della loro alienazione. Si è parlato poi di 'plastic-free' e di un'ecologia declinata molto all'ambiente, nella consapevolezza che tutto ciò che ci circonda fa parte non solo del nostro quotidiano ma anche del nostro futuro.

Il gruppo si è concentrato su proposte semplici, ma concrete.

Importante è anche che la serata di Club non sia fine a sé stessa e che possa invece diventare un momento di progettazione delle attività da svolgere poi durante la settimana.

Laboratorio 3 - PER UNA NUOVA CULTURA DELLA SALUTE - BENESSERE INTEGRALE

Il gruppo ha condiviso l'opportunità di superare il concetto di salute per arrivare a quello di benessere, che consente di includere anche la realizzazione delle potenzialità dell'individuo e l'appagamento delle sue aspettative.

Il benessere si colloca in un rapporto circolare con gli stili di vita, l'intelligenza emotiva e le relazioni interpersonali.

La capacità di riconoscere le proprie emozioni è fondamentale nella promozione del benessere ed il gruppo propone quindi di dedicare anche a questo tema la formazione delle famiglie dei club.

È auspicabile che i club promuovano progetti nelle scuole sul tema del benessere e dell'intelligenza emotiva.

“Più crisi e meno riti”: il club deve favorire la messa in discussione delle persone piuttosto che il ripetersi di routine codificate di cui a volte si rischia di perdere il senso.

Laboratorio 4 - PER COMPRENDERE, CONDI-VIDERE E RILANCIARE LA NOSTRA IDENTITÀ

Il Club offre accoglienza, gentilezza e ascolto a tutte le persone che chiedono di partecipare.

I membri di Club vengono accettati per come sono e invitati a partecipare agli incontri settimanali con le loro famiglie. L'interazione e lo scambio di esperienze tra i membri di Club favorisce il cambiamento dello stile di vita che tende ad una maggiore conoscenza di sé stessi favorendo un processo di maturazione. La continuità della frequenza al Club determina un cambiamento personale, familiare e comunitario.

Il Club deve tener conto dei cambiamenti ecologici e sociali delle comunità in cui svolgano la propria attività. Il Club trasmette passione, entusiasmo, gioia e fiducia nel cambiamento che è sempre possibile. L'identità del Club non è data dal nome, ma da tutto quello che i suoi membri riescono a fare di concreto per promuovere stili di vita sani e ricchi di benessere nelle rispettive Comunità.

Laboratorio 5 -IL NOSTRO CAPITALE SOCIALE AL SERVIZIO PER COSTRUIRE POLITICHE CONDIVISE

Il capitale sociale è definito come la somma delle risorse, materiali o meno, che ciascun individuo o gruppo sociale ottiene grazie alla partecipazione ad una rete di relazioni interpersonali basate su principi di reciprocità e mutuo riconoscimento. I nostri club producono ogni settimana capitale sociale, fatto di relazioni umane, di rapporti veri, fiducia interpersonale, responsabilità condivise: un patrimonio microsociale che dovrebbe essere raccolto, messo a servizio della comunità. Per farlo, il club e l'associazione devono essere capaci di uscire all'esterno, e incontrarsi con altre realtà, non limitandosi a rapporti quasi esclusivi con il mondo sanitario, uscendo dalla logica di essere un luogo medicalizzato. Essere capitale sociale vuol dire andare oltre la nostra esperienza con l'alcol, e interessarsi al benessere della comunità

I lavori nei Laboratori hanno permesso lo scambio di buone prassi che andranno a contaminare tutte le realtà che sono interessate a crescere ed a radicarsi nella Comunità.

La giornata di venerdì si è conclusa con lo spettacolo “Siamo fatti di-versi, perché siamo poesia” di e con Guido Marangoni, incentrato sul tema dell’inclusione

Nella prima parte della mattinata del sabato i lavori dei gruppi hanno suscitato un’ampia, proficua e appassionata discussione.

Durante la mattinata di sabato sono intervenuti:

Mimma Dardano, Consigliere comunale che si occupa dei gruppi salute e benessere

Dottoressa Valentina Mercanti, consigliere regionale della Toscana

Al termine dei lavori è stato presentato il video “Cittadini del mondo, passaggio in India – Centro di salute mentale Casa ricostruzione della speranza”. Durante la sessione pomeridiana dedicata ai giovani dal titolo: *Declinare il presente per il futuro– Lettere agli adulti*, sono stati presentati i risultati dei lavori che li ha visti impegnati su quattro argomenti:

1. Sull’Ascolto e sull’essere ascoltati
2. Sulla Coerenza
3. Rischio e Piacere
4. Sulla Libertà di scelta

Ogni gruppo, dopo un lavoro fatto da vari incontri e terminato con una mattinata di lavoro condiviso, ha scritto una lettera agli adulti esprimendo le proprie richieste. I ragazzi hanno rivendicato la propria capacità di essere protagonisti e il bisogno di non essere giudicati dagli adulti.

I giovani hanno espresso la voglia di partecipare in prima persona in un rapporto di confronto con gli adulti improntato al reciproco rispetto e all’ascolto.

Dai loro scritti è emerso:

L’ascolto è molto diverso dal sentire ed è necessario un confronto costruttivo che deriva da una messa in ascolto che porti alla condivisione. Spesso si innalzano muri di pregiudizi e generalizzazioni che limitano l’ascolto reciproco. I ragazzi per il futuro chiedono di abbattere queste muri, di lasciarli liberi di sbagliare accompagnandoli verso la migliore versione di loro stessi (Gruppo ARCIERI come la freccia!) Sulla coerenza I ragazzi osservano che nel mondo adulto non è molto visibile. Partono dalla riflessione riguardante la vendita di alcolici e di tabacco che viene dal mondo adulto a discapito dei minorenni favorendo solo un interesse economico. Le imposizioni non servono, ma servono invece le informazioni, il cambiamento da parte degli adulti e per il futuro viene chiesto di non puntare il dito sulle nuove generazioni perché queste sono il risultato del mondo adulto, perciò l’unica strada è un cambiamento comune.

Il rischio si inquadra come andare contro a imposizioni non comprensibili, non giustificate. I ragazzi chiedono fiducia e la possibilità di vivere le proprie esperienze con meno timore del giudizio che arriva

dall'alto (Gruppo Innominato come il protagonista dei Promessi Sposi che ha fatto un cambiamento nel cammino della propria vita).

La libertà è desiderata, voluta, cercata ma nelle proprie vite i ragazzi non si sentono liberi. La libertà è scelta, indipendenza, possibilità, futuro. I pregiudizi fermano la libertà e per il futuro chiedono che i pregiudizi si trasformino in suggerimenti costruttivi. Chiedono un cambiamento anche educativo e fanno delle proposte anche in termini di leggi. L'articolo 13 della nostra costituzione ha un concetto di libertà che per le nuove generazioni è ancora troppo vago e pertanto andrebbe cambiato, ampliato e riscritto. La lettura delle lettere degli studenti (in allegato) ha provocato forte emozione nella platea e ha suscitato un dibattito che costituisce un esempio di come i rapporti fra le generazioni siano di fondamentale importanza per l'arricchimento reciproco.

Nella sezione dedicata al confronto tra ragazzi e adulti sono intervenuti, e si ringraziano,

Bernard Dika portavoce del Governatore Regione Toscana

Yassine El Ghid Ideatore del Progetto Won-derland

Dopo la sessione giovani si è svolta l'Assemblea Aicat dove sono stati discussi i seguenti punti:

Sono stati illustrati i punti salienti della conclusione del Forum tenutosi a Roma dal 23 al 25 giugno 2023 sul tema "Quale evoluzione dell'approccio ecologico sociale, per quale comunità".

Si è concordato che il prossimo Forum nazionale che si propone tratterà il tema "Ecologia sociale" si terrà presumibilmente nel mese giugno 2024 a seguito di quelli regionali e o di area. Dopo un'ampia discussione sulle eventuali aggregazioni delle regioni per aree si rimanda la decisione al prossimo consiglio direttivo nazionale di novembre 2023 sui contenuti e le modalità di attuazione.

In seguito sono state illustrate le attività svolte nel progetto Reti al Cubo, che hanno permesso di finanziare i Congressi Nazionali della Sardegna e Toscana, i due Congressi di Assisi e il Forum di Roma 2024, 13 corsi di sensibilizzazione di cui 2 in Calabria che permetteranno lo sviluppo dei programmi e dell'associazione regionale dei club.

Sono state svolte attività di formazione inter-regionale sul ruolo del tessitore di reti in tre aree geografiche diverse dell'Italia. A cascata si sono svolte attività di formazione nelle singole regioni che verranno riportate nelle ACAT e nei Club.

Si terranno n. 5 corsi monotematici sull'approccio ecologico sociale che coinvolgono altre associazioni aderenti al progetto Reti al Cubo e diverse altre.

All'interno di Reti al Cubo rientra anche una prima parte del progetto sulla comunicazione. Si è svolto infatti un evento di formazione sul tema specifico della comunicazione che ha coinvolto 13 partecipanti dell'AICAT e altri delle associazioni aderenti al progetto (MO.VI, CE.DI, ACMOS).

Si propone di proseguire il progetto con l'adesione al nuovo bando del ministero del Lavoro con capofila l'Associazione MO.Vi.

La giornata di sabato si è conclusa con la cena in comunità e festa delle Famiglie accompagnati dalla musica del gruppo "Electric Souls"

Il programma della domenica si apre con sessione dedicata al tema della pace dal titolo: "La Pace non dipende", sessione moderata da Bruno Lo Cicero.

Hanno partecipato

Monsignor Francesco Savino, Vice Presidente della CEI (Conferenza Episcopale Italiana)

Gadi Piperno: Rabbino Capo della Comunità Ebraica Firenze-Siena (on line)

Izzedin Elzir: Imam della Comunità Islamica di Firenze (on line)

Luca Milani: Presidente del Consiglio Comuna Firenze

Oliver Turquet: Piccola Scuola di Pace Q4-Isolotto

Lauro Seriacoppi: Fondazione Don Lorenzo Milani

Anna Meli: COSPE On- lus

Luigi Paccosi: Presi- dente CESVOT

Nel corso della sessione è stata sottolineata l'importanza di:

La Pace è un diritto come è un diritto la Salute e che la Pace sia un bene necessario.

La Pace come superamento delle diseguaglianze;

La Pace non è assenza di guerra, ma un processo per trovare l'equilibrio e l'armonia, l'autorevolezza del Perdono, la Convivialità delle Differenze;

La Pace e La Giustizia sono un binomio indivisibile, la Pace è Convergenza nelle diversità e dovremmo partire dal principio "Tratta gli altri come vuoi essere trattato";

È fondamentale trovare l'armonia con noi stessi e con chi sta intorno a noi e occorre diventare artigiani di Pace, tutti possiamo esserlo con pazienza ed ascolto;

Non è più tempo di essere neutrali, dobbiamo sapere da che parte stiamo; La banalità è un male, dobbiamo osare.

Sono stati sottolineati due pensieri di Don Milani: La Pace è un'arte che si può apprendere; Per capire i poveri bisogna vivere come i poveri"

NON C'E' UNA VIA PER LA PACE, LA PACE È LA VIA

Si ringraziano Christian Camerini e Augusta Bianchi per le sessioni di yoga del sabato e della domenica mattina.

Si ringraziano tutti i relatori ed in particolare i coordinatori dei lavori di gruppo e i partecipanti al congresso. Un ringraziamento sentito va agli ospiti intervenuti durante i 3 giorni di congresso.

Si ringrazia il gruppo fotografico "Il Cupolone APS", il gruppo "Tre Tempi Folk" e i ragazzi che hanno coordinato lo spazio giochi per i bambini (Corso e Rocco).

Come sempre il nostro pensiero va alla famiglia Hudolin che continua a guidarci nel nostro agire quotidiano, personale, familiare, associativo e comunitario.

Le presenti conclusioni saranno inviate alla rivista "Camminando Insieme" e pubblicate sul sito dell'AICAT.

Invitiamo tutti a condividere queste conclusioni con le famiglie e i Servitori insegnanti nelle proprie realtà territoriali.

Grazie a tutti e buon rientro a casa!

Firenze 29 ottobre 2023



Associazione Italiana del Club Alcologici Territoriali (metodo Audeiki)

27-29 OTTOBRE 2023

**Firenze
Tuscany Hall
Lungarno A. Moro, 3**

**La vita non dipende
La funzione circolare della cultura ecologico sociale**

La vita NON dipende

Associazione Regionale dei Club Alcologici Territoriali (metodo Audeiki)

Regione Toscana

CESV T

FIRENZE

M

Indirizzo metodologico nell'ambito del progetto "Reti al Club" con il finanziamento concesso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e gestione sul territorio e finanziamento di progetti e attività di interesse generale nel terzo settore e servizi sociali. Di cui dicembre settembre luglio 2023, n. 211

www.arcattoscana.it - congresso2023@arcattoscana.it
Info generali: 339 3431624

PROGRAMMA PROGRAMMA PROGRAMMA

VENERDI' 27 OTTOBRE 2023

Palazzo Vecchio - Salone dei 500

9.30-10.00 Apertura congresso - Saluti Istituzionali Regione Toscana, Comune di Firenze.

10.00-11.00 Relazione apertura del presidente AICAT.

11.00-13.00 La vita non dipende - La responsabilità sociale.

Giulio Sensi (giornalista CSV Net) ne parla con:

Ministero della Salute: Dott.ssa Maria Migliore

Istituto Superiore della Sanità: Prof. Emanuele Scafato

Ministero Welfare: Dott. Alessandro Lombardi

Forum 3 Settore: Vanessa Pallucchi - Presidente CSV Net: Chiara Tommasini

Presidente Aicat Marco Orsega

Direttore Centro Alcologico Regionale della Toscana Dr. Valentino Patussi.

13.00-15.00 Pausa pranzo libera.

Tuscany Hall

15.00-16.00 Presentazione laboratori tematici.

16.00-19.00 Laboratori tematici. La funzione circolare della cultura ecologico sociale.

1. Per andare oltre il club - il club bene comune.

2. Per un futuro sostenibile - economia circolare.

3. Per una nuova cultura della salute - benessere integrale.

4. Per comprendere, condividere e rilanciare la nostra identità.

5. Il nostro capitale sociale al servizio per costruire politiche condivise.

21.30-22.30

Spettacolo teatrale: **Siamo fatti di-versi perché siamo poesia**, di Guido Marangoni.

SABATO 28 OTTOBRE 2023

Tuscany Hall

7.30-8.30 Sessione di Yoga

9.00-11.00 Presentazione delle sintesi dei laboratori tematici

Partecipano i coordinatori dei laboratori tematici.

11.00-13.00 Discussione in plenaria e sintesi condivise.

13.00-14.30 Pausa pranzo (catering interno).

14.30-17.00 Decliniamo il presente per il futuro - lettere agli adulti.

Partecipano i ragazzi del laboratorio - Discussione in comunità.

17.00-18.30 Assemblea AICAT.

20.30-22.30 Cena e festa delle famiglie accompagnati dalla musica del gruppo

Electric Souls

DOMENICA 29 OTTOBRE 2023

Tuscany Hall

7.30-8.30 Sessione di Yoga - Sport - Santa messa.

9.00-10.30 La pace non dipende. Coordinano Bruno Lo Cicero e Simona Rossi.

Con: Padre Bernardo Gianni, Rabbino di Firenze, Islam, altre religioni,

Fondazione Don Milani, Associazione COSPE, Forum Terzo settore Toscana, Cesvot Firenze.

10.30-11.30 Testimonianze e/o comunità aperta.

11.30-13.00 Chiusura congresso - Lettura conclusioni

Cerimonia finale e passaggio del testimone.

**INTORNO AL CONGRESSO SARANNO ORGANIZZATE
ATTIVITA' LEGATE ALLO SPORT, ALLA CULTURA
E COINVOLTE LE ASSOCIAZIONI DEL TERRITORIO.**



Centro di Documentazione InformAlcol

Dal 2001 il Centro Alcologico Regione Toscana, ospita il Centro di documentazione InformAlcol, unico in tutta Italia ospita al suo interno materiale attinente al tema Alcol.

Il Centro InformAlcol nasce grazie ad una grossa donazione che la famiglia dello psichiatra Andrea Devoto fece alla Regione Toscana dopo la sua morte.

Andrea Devoto fu un psichiatra fiorentino che lavorò come psichiatra in vari ospedali della Toscana (tra gli altri, fu primario all'ospedale psichiatrico di Maggiano, dove ebbe come collega Mario Tobino) e come psichiatra partecipò a numerosi congressi internazionali e collaborò a riviste specifiche del settore quali la "Rivista di psicologia" e la "Rivista di psicologia sociale", e offrì contributi originali a periodici autorevoli di altre discipline. Durante il suo lavoro si interessò anche alle problematiche alcol correlate e su tale tema raccolse molto materiale.

Nella prima metà degli anni 1980 Devoto lascerà l'istituzione psichiatrica per dedicarsi alla promozione dei gruppi di auto mutuo aiuto, soprattutto per quel che riguarda la lotta alla dipendenza dall'alcolismo.

Affianco al materiale del Dr Devoto è conservato il Fondo Foggi, appartenuto all'intellettuale fiorentino Franco Foggi. Uomo poliedrico, ricco di interessi e conoscenza fu un pilastro per le attività culturali della città gigliata, ma soprattutto lavorò per affrontare le problematiche legate all'uso dell'alcol, tema a lui estremamente caro, soprattutto perché lui stesso aveva combattuto contro tale dipendenza.

Nel corso della sua carriera raccolse tutto ciò che poteva sull'argomento, sia di contemporaneo che di storico.

Il centro ha una collezione di documenti specializzata sui temi connessi ai problemi alcolcorrelati e alla complessità della vita. 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, inoltre, ha un'ampia raccolta di tesi di laurea, di specializzazione e mater a disposizione degli utenti.

INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano - Via Ippocrate, Padiglione 13B, - Clinica Medica- Careggi

50134 Firenze FI - Tel. 055 794 9650 cart@aou-careggi.toscana.it

<https://www.facebook.com/CentroAlcologicoRegionaleToscano/>

[Sitohttps://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/](https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/)

Ministero della Salute, 2022

Libro Bianco

"Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"

Abstract

Il Libro Bianco è stato curato dal Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol. Si tratta di uno strumento diretto agli operatori del settore con la finalità di diffondere le conoscenze che sono state discusse nell'ambito della "Conferenza Nazionale Alcol" si è svolta presso il Ministero della Salute dal 15 al 17 marzo 2022

Presentazione

Il Libro Bianco che ho il piacere di presentare, quale strumento dotato di autorevolezza, intende rappresentare un riferimento concreto, di alto profilo professionale, per tutti gli stakeholder dell'area dell'alcolologia italiana ed internazionale, avvalendosi dei contributi prodotti nei documenti di analisi e di consenso elaborati durante i tre anni di preparazione alla Conferenza Nazionale, frutto di una prolungata consultazione rivolta alla creazione partecipata del consenso sulle tematiche trattate. Con tale rilevante iniziativa si è inteso far convergere tutto il panorama scientifico e culturale che opera nel settore dell'alcolologia per inquadrare il problema e fare il punto sullo stato dell'arte nell'applicazione dei principi fondanti che nell'ultimo decennio sono stati il drive delle azioni promosse a livello nazionale, regionale e locale sul tema alcolico. Dai dati epidemiologici diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale. Nei 30 Paesi dell'Unione Europea il 5,5% di tutti i decessi sono stati causati dall'alcol, in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) (1-3). Oramai sono purtroppo ben conosciuti i danni diretti ed indiretti alla salute causati dal consumo dannoso di alcol, sappiamo infatti che al danno biologico si associano i danni causati da comportamenti irresponsabili che conducono ad azioni violente, ad incidenti mortali o invalidanti, senza tralasciare le ripercussioni in ambito lavorativo, familiare e sociale che ne conseguono. Ai rischi e ai danni precedentemente menzionati vanno aggiunti i costi sostenuti per l'assistenza socio-sanitaria e per la comunità, oltre a perdite di produttività. La pandemia da coronavirus (Sars-CoV-2) ha riportato prepotentemente all'attenzione dei policy makers il fenomeno dei consumi del bere rischioso e dannoso di bevande alcoliche che ha superato i consumi degli anni precedenti, avvalendosi

anche di canali d'acquisto alternativi quali quelli di consegna a domicilio o di vendita online. L'allarme è stato lanciato subito dal contesto europeo ed internazionale, imprimendo una forte accelerazione al documento sul quale si stava già lavorando, il "Piano d'Azione sull'Alcol - Global alcohol action plan 2022- 2030 WHO - per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol". Le consultazioni mondiali presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno confermato la necessità di rafforzamento delle azioni e delle politiche internazionali, europee e nazionali da dedicare al trattamento e presa in carico nell'ambito dei disturbi da uso di alcol (DSM-V) ma anche e soprattutto a prevenirli attraverso la riduzione dei 14 consumatori a rischio, come già fortemente raccomandato dall'Agenda 2030 di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (Obiettivo 3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso stupefacenti e uso dannoso di alcol). Tenuto conto del contesto che si è andato a delineare in questi anni, come precedentemente rappresentato, si è inteso richiamare l'attenzione sulle problematiche correlate al consumo dannoso di alcol attraverso iniziative che potessero agevolare un dibattito costruttivo sulle criticità e le possibili soluzioni da proporre per il loro superamento anche alla luce di possibili elementi innovativi. Pertanto, il Ministero della Salute ha finanziato progetti su tematiche algologiche; organizzato la seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol nelle date del 15 -16-17 marzo; costituito un Tavolo di Lavoro sull'Alcol all'indomani della Conferenza con il compito di redigere il presente Libro Bianco. La Conferenza ha rappresentato un importante momento di confronto indispensabile per evidenziare i risultati e gli insegnamenti derivanti da 20 anni di esperienza nel settore. Si tratta, infatti, di un lavoro svolto da quanti, professionisti e cittadini, che impegnandosi presso servizi, strutture ed associazioni, si sono adoperati nello sforzo comune di delineare risposte sempre più in linea con le nuove esigenze delle persone e delle famiglie richiedenti assistenza. L'esperienza ed il know-how, in particolare dei Servizi territoriali delle Regioni, trova una propria collocazione nel dialogo con i maggiori livelli programmatori, che per la prima volta hanno prodotto e condiviso documenti di consenso o di buone prassi, insieme alla forte motivazione a perseguire l'importante obiettivo di rimuovere eventuali diseguità sul piano nazionale attraverso proposte operative finalizzate a ridurre i gap. A tutto ciò va ad aggiungersi la spinta all'evoluzione e all'innovazione di un sistema di rete ancora più rispondente alla domanda di cura attuale, una presa in carico multidisciplinare ed integrata che prevede il passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care", del "prendersi cura", in cui il Budget di Salute può costituire lo strumento più appropriato, garantendo interventi in grado di rispondere ai bisogni socio-sanitari e terapeutici, finalizzati al reinserimento e all'inclusione sociale. In questa ottica di rete, cui si intende dare ulteriore impulso, occorre porre particolare attenzione al sistema integrato di presa in carico territoriale per la persona con disturbo da uso di alcol e ai loro familiari, cogliendo anche la concreta opportunità che offre il PNRR di ridisegnare l'assistenza territoriale con la previsione delle Case della Comunità. È evidente che il lavoro di ridisegnare la rete di assistenza territoriale 15 necessita di una manutenzione e aggiornamento ai continui cambiamenti e alle esigenze del territorio. L'importanza di questo Libro Bianco, a mio parere, è data non solo dalla scelta dei temi trattati ma anche dalla metodologia utilizzata che ha visto attivate significative collaborazioni scientifiche e operative, coordinate dal Ministero della Salute, attraverso l'ufficio 6 della Direzione Generale della Prevenzione, competente per materia, in stretta collaborazione con il coordinamento tecnico delle Regioni che, attraverso il lavoro in Gruppi, hanno

permesso un'ampia partecipazione a molteplici stakeholders: rappresentanti delle Regioni, Associazione Nazionale Comuni Italiani, Istituzioni, professionisti dei Servizi pubblici, delle Società scientifiche, delle Comunità Terapeutiche, delle Associazioni; tutti impegnati nel comune intento di condividere i rispettivi saperi e competenze che abbiamo inteso raccogliere nel presente Libro Bianco.

Ministro della Salute Roberto Speranza



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



- | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Myth</i> | <i>Consuming alcohol destroys the virus that causes COVID-19.</i> |
| 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. |
| <i>Myth</i> | <i>Drinking strong alcohol kills the virus in the inhaled air.</i> |
| 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. |
| <i>Myth</i> | <i>Alcohol (beer, wine, distilled spirits or herbal alcohol) stimulates immunity and resistance to the virus.</i> |
| Fact | Alcohol has a deleterious effect on your immune system and will not stimulate immunity and virus resistance. |

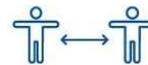
Alcohol: what to do, and what not to do, during the COVID-19 pandemic



- 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.¹

- 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.²
- 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.

¹ 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).

² 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.³
- 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.

³ 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? FALSO
 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.

L'ALCOL È UN IMMUNOSOPPRESSORE? VERO
 Il consumo di bevande alcoliche **pregiudica il sistema immunitario, riduce gli anticorpi e rende più vulnerabili alle infezioni virali**, comprese quella da Covid-19.

L'ALCOL AUMENTA LA LUCIDITÀ E I RIFLESSI? FALSO
 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.

L'ALCOL È ANTIDEPRESSIVO E AIUTA A SOPPORTARE LE ATTUALI LIMITAZIONI? FALSO
 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.

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
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.

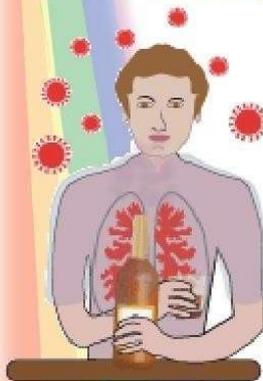
A cura del Gruppo ISS "Comunicazione Nuovo Coronavirus"
Fonte ISS • 11 marzo 2020



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

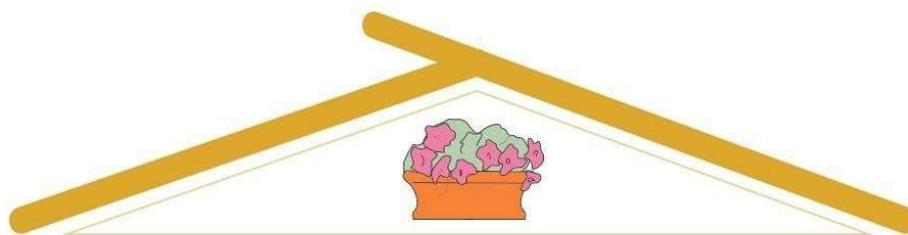
È evidenza da tempo consolidata dalla revisione sistematica della letteratura scientifica che il consumo di bevande alcoliche pregiudica il sistema immunitario e la risposta anticorpale, esponendo i consumatori a una maggiore vulnerabilità alle infezioni virali, soprattutto da virus respiratori e polmonari, 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



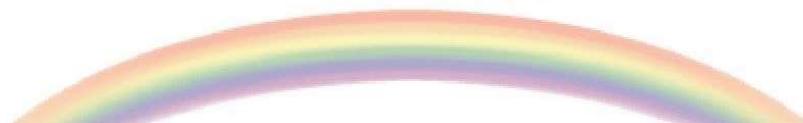
L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò 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

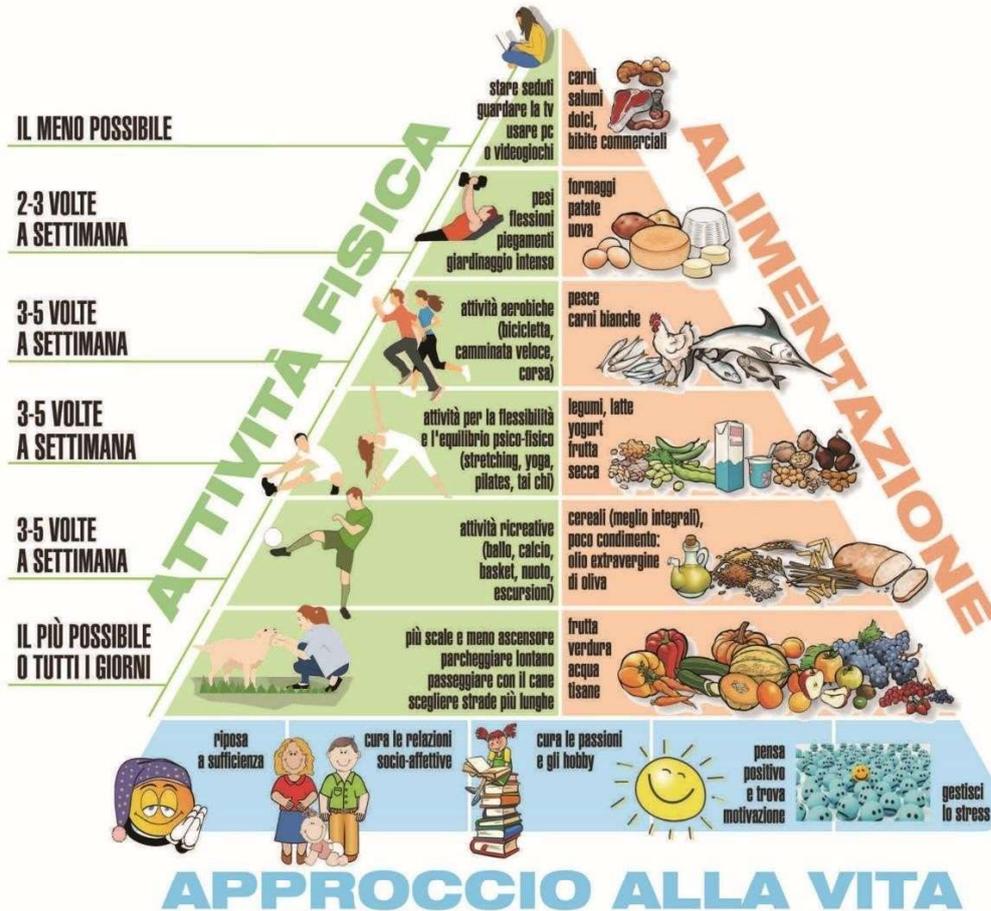
L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale 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



Vivi ecologicaMENTE...

Piccole scelte quotidiane che fanno la differenza per noi e per il nostro pianeta

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

Centro Alcolico Neurologico Toscano

Servizio Sanitario della Toscana

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 Ircs 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