

PREVENZIONE AL FEMMINILE



Dossier

alcol, donna
e salute

EMANUELE SCAFATO* - ROSARIA RUSSO**

Il problema dell'abuso di alcol riguarda sempre più da vicino il mondo giovanile e in particolare le ragazzine, che vi ricorrono, probabilmente, per sentirsi più sicure ed essere accettate dal gruppo; altro periodo "a rischio" nella vita delle donne è quello a cavallo dei 40 anni, quando molte di esse si trovano a fare un bilancio della propria vita, bilancio che spesso, purtroppo, risulta deludente

Il bere è un gesto che accompagna la vita quotidiana e sociale da secoli. Consumare bevande alcoliche è un comportamento attuato secondo modalità che possono differire da cultura a cultura e presentare caratteristiche variegata anche all'interno di una stesso contesto sociale. Nel corso degli ultimi decenni gli stili di consumo ed i modelli del bere hanno subito a livello nazionale ed internazionale profondi cambiamenti e nel corso degli anni più recenti hanno contribuito a modificare rapidamente culture e tradizioni, fortemente radicate nelle generazioni precedenti, i comportamenti che rientrano negli stili di vita della popolazione e gli stessi valori connessi alla percezione soggettiva e sociale del bere. Tale processo, non propriamente evolutivo nel senso positivo del termine, osservato in tutte le società ha ovviamente coinvolto la popolazione italiana, strati sociali sempre più ampi e determinato l'adesione delle donne in particolare a modelli di consumo di bevande alcoliche spesso considerati, sino al recente passato, prerogativa esclusiva del sesso maschile. Tale fenomeno, emblematico del mutato universo femminile e, paradossalmente, del rinnovato e moderno ruolo di

partecipazione della donna nella società, ha contribuito a determinare una profonda mutazione in alcune differenze comportamentali di genere giungendo ad influenzare i modelli di vita di relazione sociale familiare, lavorativa in cui il bere ha assunto una valenza d'uso oltre che di consumo ben lontani dalle tradizioni e dallo stile mediterraneo. Nel confronto generazionale, comportamenti interpretabili come "sconvenienti" per il sesso femminile, come il bere o il fumare in pubblico, sono oggi accettati e, probabilmente, adottati e promossi dalle donne quale forma di emancipazione e di manifestazione di adeguatezza del rinnovato ruolo femminile nella società. Nel bilancio costi-benefici conseguente a tali importanti mutamenti l'effetto sullo stato di salute non ha tardato a manifestarsi attraverso il noto incremento delle patologie alcol-correlate e in una incrementata esposizione al rischio specifico per la salute di milioni di italiane. Per l'alcol, in particolare, la maggiore vulnerabilità fisiologica delle donne agli effetti tossici di tale molecola, legata alla minore capacità di metabolizzare le bevande alcoliche (la dotazione enzimatica dell'ADH, alcoldeidrogenasi, è la metà rispetto all'uomo), ha reso e rende sicuramente indispensabile e prioritaria la necessità di dedicare un'attenzione specifica alle iniziative di informazione, prevenzione e promozione della salute da rivolgere al sesso femminile nell'ambito di strategie di ampio respiro che coinvolgono l'intera popolazione. Il fattore età, fattore ulteriormente determinante nella valutazione di efficaci strategie di prevenzione, rappresenta un ulteriore elemento obbligato nel tentativo di porre adeguati rimedi al bere al femminile. Mentre per le giovanissime generazioni le modalità del bere delle adolescenti sono assimilabili a quelle dei coetanei di sesso maschile (consumo di birra e superalcolici, in gruppo, prevalentemente fuori pasto e concentrato nel fine settimana), quelle delle donne più mature e soprattutto di quelle anziane seguono un modello basato su un bagaglio informativo spesso basato sul modello maschile di consumo; le donne della terza e quarta età basano attualmente i propri comportamenti su abilità poco sviluppate (in quanto mai a loro trasmesse attraverso l'educazione formale e sociale ricevuta) e comunque insufficienti a identificare quantità considerabili a rischio consumate, per lo più, nel contesto privato o domestico,

Corresponding:
e-mail: scafato@iss.it



● IL RISCONTRO DI UN RECENTE INCREMENTO DEL TASSO DI ALCOL DIPENDENZA TRA LE DONNE RISPETTO AL SESSO MASCHILE È SOLO UNO DEI CAMPANELLI DI ALLARME CHE DOVREBBE INDURRE AD UNA SERIA RIFLESSIONE SANITARIA OLTRE CHE SOCIALE ●

spesso dissimulate (per timori di riprovazione sociale) rendendo ancora più difficile l'identificazione precoce di possibili problematiche alcol-correlate. Ciò è alla base del frequente riscontro di alcoldipendenza tra le pensionate e le casalinghe. Il riscontro di un recente incremento del tasso di alcol-dipendenza tra le donne rispetto al sesso maschile è solo uno dei campanelli di allarme che dovrebbe indurre ad una seria riflessione sanitaria oltre che sociale; riflessione che dovrebbe partire soprattutto dalle stesse donne, persone sicuramente più esposte ai rischi di violenze psicologiche, relazionali e sessuali causate dall'abuso alcolico o dall'alcoldipendenza altrui ma sempre più frequentemente vittime, consapevoli o meno, del personale abuso di alcol, spesso misconosciuto, quasi sempre sottovalutato.

■ IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE

Il significato del bere è estremamente variabile e per la maggioranza degli individui consumare una bevanda alcolica costituisce parte integrante e normale della vita sociale; meno diffusa è, invece, la consapevolezza che il danno, attivo e passivo, che può essere causato dall'alcol si estende, oltre che a chi sceglie di bere, alle famiglie e all'intera società. L'OMS stima che nelle realtà economiche quali quelle appartenenti all'UE prodotti alcolici siano responsabili dell'8-10% circa del carico totale di malattia dell'individuo.

Il danno provocato dall'alcol impone un carico

economico stimabile pari al 2-5 % del Prodotto Interno Lordo di una nazione industrializzata; costi sanitari e sociali che gravano sull'individuo, le famiglie, la società attraverso perdita di produttività, morbidità, invalidità, mortalità precoce. E' oramai unanimemente condiviso, oltre che sostenuto da una qualificata e consistente evidenza scientifica, che il consumo di alcol e il bere eccessivo nella popolazione sono associati ad un sostanziale aumento della mortalità generale e del rischio diretto ed indiretto di numerose malattie (cirrosi epatica, alcolismo, psicosi alcolica, intossicazione etilica, gastrite alcolica, cardiomiopatia e polineuropatia alcolica, stroke emorragico, sindrome feto-alcolica ecc.) e della morbidità alcol-correlata, di incidenti, principalmente quelli stradali, di violenza intenzionale sia verso se stessi che verso gli altri, suicidi, violenza familiare, crimini violenti, comportamenti criminali e danni prodotti alle persone in quanto vittime, inclusi il furto e lo stupro (1).

E' questo il motivo per il quale la riduzione dei danni causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini (2-6).

L'Europa è attualmente nel mondo una delle aree di maggior consumo di alcol; il documentato, progressivo e costante incremento nel consumo di alcol da parte di alcune fasce di popolazione e dei giovani e delle donne in partico-



lare rappresenta un motivo di preoccupazione per l'Unione Europea (7).

Come già accennato, numerose evidenze hanno incrementato la consapevolezza da parte dei decisori politici della frequenza crescente dei problemi sociali e dei comportamenti individuali che possono derivare da tendenze rapide, inattese e uniformemente diffuse nella UE di abuso o consumo inadeguato di alcol che appaiono collegate ad un preoccupante incremento dei rischi associati alla salute.

Provvedimenti specifici sono stati sollecitati dalle Risoluzioni, Conclusioni e Raccomandazioni del Consiglio d'Europa (UE) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) che, nel corso degli ultimi anni, hanno identificato alcune priorità (8-10) da perseguire riassumibili in alcuni obiettivi fondamentali:

- ridurre il consumo di alcol a livello di popolazione ed in particolare nei gruppi più vulnerabili, come le donne ed i giovani, e svantaggiati;
- incrementare il grado di consapevolezza della popolazione e dei giovani in particolare nei confronti del consumo delle bevande alcoliche
- ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario in particolare nei contesti giovanili;
- sollecitare il mondo della produzione ad incrementare il livello di attenzione e la responsabilità dell'industria sulle modalità di confezionamento e di marketing dei prodotti alcolici, ribadendo l'inopportunità di utilizzare tecniche indirizzate al target e alla cultura giovanile.

Tali enunciazioni di principio, che sono state il punto di partenza per l'adozione di strategie specifiche di programmazione sanitaria (piani sanitari nazionali, regolamentazioni ecc.) in tutti gli Stati Membri UE, hanno incontrato, come era prevedibile, numerose difficoltà principalmente legate alle azioni di resistenza e contrasto all'implementazione di strategie specifiche da parte dei contesti produttivi il cui peso e ruolo economico costituisce un reale elemento di criticità nella effettiva ed efficace applicazione di alcune misure di tutela della salute dei consumatori quali, ad esempio, quelle relative alla regolamentazione e alle modalità di vendita, commercializzazione e promozione delle bevande alcoliche da parte delle industrie produttrici attualmente basate su un codice nazionale di autoregolamentazione. Codice di condotta che appare fragile rispetto alla velocità di cambiamento delle tecniche di marketing e che in alcuni casi è oggi spesso indicato come fattore limitativo o comunque influente riguardo alla libera circolazione di prodotti di consumo nell'area comunitaria così come sancito dallo stesso trattato di Maastricht.

Poiché le bevande alcoliche sono di fatto beni di consumo e come tali destinate ad un mercato, è facile prevedere che nel breve-medio termine gran parte dell'impegno dei decisori politici, tanto a livello europeo ma soprattutto a livello nazionale, si concentrerà sull'esigenza di fronteggiare e auspicabilmente superare la logica di alcune convenienze legate a fattori eco-



nomici al fine di trovare un giusto equilibrio tra quello che è il diritto di libera circolazione dei prodotti sul mercato interno e quello di tutela della salute dei consumatori, in particolare di coloro che scelgono di consumare le bevande alcoliche.

Il testo dei documenti ufficiali che hanno come oggetto il bere o, più in genere la salute esprimono una preoccupazione comunitaria rispetto alle evidenze che indicano come i giovani e più recentemente le donne che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini rispetto agli astemi ad associare comportamenti incrementano notevolmente le probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali, potenzialmente evitabili, alla salute; il fumo ne è un esempio paradigmatico. Attraverso modalità di comportamento legate spesso all'inconsapevolezza o all'inesperienza e a seguito di modalità emergenti di consumo definite di "binge drinking", bere per ubriacarsi, il ruolo dell'uso di alcol appare agire oggi come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve. L'adesione recente da parte di differenti generazioni di donne, giovani ma anche meno giovani, a modelli di consumo che sembrano sempre più orientati a qualificare il consumo alcolico femminile come uno "status symbol" o come un segno di distinzione (spesso di omologazione culturale) non è stato, purtroppo, accompagnato da un incremento dei livelli di conoscenza e consapevolezza della maggiore vulnerabilità all'alcol dell'organismo femminile da parte delle consumatrici (11-15) ed è alla base di un progressivo incremento nei livelli di patologie alcolcorrelate in strati sempre più ampi di popolazione femminile (16-19).

■ LA SITUAZIONE ITALIANA

L'Italia è il primo dei 51 Paesi afferenti alla Regione Europea del WHO ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25 % del consumo pro-capite di alcol nel periodo prefissato 1981-2000.

Al decremento complessivo del consumo di alcol ha contribuito in maniera preponderante il calo del consumo di vino e di superalcolici mentre la birra mostra un andamento crescente. Il consumo pro-capite non consente, tuttavia, di fare alcuna valutazione sulla reale distribuzione del consumo di bevande alcoliche nella popolazione essendo, per definizione, un calcolo basato sulla ripartizione delle quantità di bevande alcoliche prodotte nella popolazione

ultra14enne residente, astemia e non, senza distinzione alcuna di sesso o età. Il consumo pro-capite è tuttavia utile per la comparazione dei dati internazionali e per seguire i trend di consumo alcolico nel tempo; è inoltre un indicatore indiretto del livello di patologie alcolcorrelate nella popolazione.

Volendo esaminare in maniera più dettagliata il consumo alcolico nella popolazione, una delle fonti a disposizione è rappresentata dalle indagini campionarie annuali dell'ISTAT denominate Multiscopo. "A tal fine l'Osservatorio Nazionale Alcol ed il Centro Collaboratore del l'OMS per la Ricerca sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità" hanno effettuato l'analisi complessiva della serie storica ISTAT-Multiscopo 1993-2002 (il 1996 non è stata effettuata l'indagine) e, ai fini di una dimostrazione pratica dell'applicabilità di un sistema di monitoraggio specifico basata sugli indicatori ISTAT, sicuramente perfezionabile, hanno provveduto ad analizzare i dati della Multiscopo per la valutazione dei risultati raggiunti dal Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 che fissava esplicitamente obiettivi di salute sull'alcol rivolti al miglioramento dello stato di salute della popolazione italiana (20). Tale esercizio si propone principalmente quale strumento esplicativo e sicuramente meno astratto della produzione di dati statistici che, pur interessanti, presentano il valore aggiunto della utilizzazione diretta per le politiche sociosanitarie e per la programmazione nazionale e regionale.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 si proponeva il raggiungimento di due obiettivi principali che recitavano testualmente:

- ridurre del 20 % la prevalenza degli uomini e delle donne che consumino rispettivamente più di 40 grammi e 20 grammi quotidiani di alcol;
- ridurre del 30% la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti;

Si tratta di obiettivi che tengono conto delle finalità preventive basate sulle evidenze fisiopatologiche che indicano che:

1. il consumo di alcol meno dannoso è quello moderato;
2. le quantità di alcol metabolizzabili dall'organismo sono differenziate per i due sessi;
3. l'assunzione di cibo garantisce un assorbimento più graduale dell'alcol consumato e quindi una riduzione del potenziale danno o rischio per la salute.

Il riferimento di base per seguire l'andamento dei trend degli indicatori ISTAT presi in considerazione è il 1998. E' infatti solo dal 1998 che è possibile desumere con reale approssimazione il numero dei consumatori di bevande alcoliche in considerazione del fatto che negli anni



precedenti era rilevata solo la prevalenza di consumatori di vino e birra e non quella di altre bevande alcoliche.

La valutazione del numero dei consumatori di bevande alcoliche (esposti al potenziale fattore di rischio alcol) e gli individui che consumano quantità di alcol considerate a maggior rischio per la salute rappresentano indicatori essenziali per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione.

Per procedere alle valutazioni di merito, sono state di recente rielaborate, secondo criteri stabiliti dall'Osservatorio Nazionale Alcol e dal Centro dell'OMS per la Ricerca e la promozione della salute sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), le serie storiche annuali delle Indagini Multiscopo ISTAT relative a "Stili di vita e condizioni di salute" per gli anni 1998-2002 e analizzate nel dettaglio le prevalenze specifiche relative all'anno 2002. Ai fini di una elaborazione di indicatori e dati più aderenti a quelli che sono le competenze e gli obiettivi di sanità e salute pubblica che l'analisi si propone, riguardo alla variabile età si è scelto di adottare una ripartizione per classi rappresentative dei principali target di popolazione ai quali destinare eventuali iniziative preventive opportunamente differenziate in funzione delle caratteristiche e dei modelli culturali del consumo alcolico e che sono ovviamente differenti per le singole fasce di età considerate (adolescenti, giovani, giovani adulti, adulti, giovani anziani, anziani). L'ISTAT non elabora il dato relativo alla prevalenza complessiva dei consumatori di

bevande alcoliche fornendo, a tale riguardo, informazioni disaggregate sulle frequenze dei consumatori delle bevande alcoliche oggetto di rilevazione (vino, birra, superalcolici, amari e aperitivi alcolici). E' tuttavia possibile calcolare il dato aggregato sulla base dell'assunzione che possono essere considerati come consumatori di alcol tutti i soggetti di età superiore ai 14 anni che all'indagine ISTAT dichiarino di consumare almeno una delle bevande alcoliche inserite nel questionario di rilevazione; per converso, possono essere definiti astemi coloro che hanno dichiarato di non consumare alcuna delle bevande alcoliche considerate.

Relativamente ai consumatori a maggior rischio, coincidenti con il numero di individui che non si attiene a quanto raccomandato dalle Linee Guida per una Sana Alimentazione (Italia, 2003, INRAN, Ministero per le Politiche Agricole e Forestali), che acquisiscono le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute (Piano Sanitario Nazionale), dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia (SIA), è possibile attribuire un significato di maggiore probabilità di insorgenza di problemi e patologie alcol-correlate a quantità giornaliere consumate eccedenti i 20 grammi di alcol al giorno per il sesso femminile (2 bicchieri circa di una qualsiasi bevanda alcolica) e 40 grammi al giorno per quello maschile (3 bicchieri circa). L'uso di tale indicatore è raccomandato anche dall'European Community Health Indicators - ECHI 1 e ECHI 2 (www.healthindicators.org) che ha definito lo standard di monitoraggio della salute europea.

Tenendo conto delle categorie di consumo rilevate dallo standard dell'indagine ISTAT e facendo riferimento a quantità equivalenti di alcol (12 grammi = 1 Unità Alcolica Standard) e delle conversioni necessarie (i cui dettagli sono reperibili sul sito www.iss.it/ofad) è possibile identificare come a maggior rischio gli individui che dichiarano di consumare quantità complessive quotidiane di alcol superiore a quelli suggestive di maggior rischio per la salute e sintetizzate nelle definizioni che seguono.

■ **CONSUMATORI DI ALCOL CONSIDERABILI A MAGGIOR RISCHIO DI PATOLOGIE E PROBLEMATICHE ALCOLCORRELATE**

Definizioni WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol - ISS.

Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol

Numeratore Definizione: **I)** Uomini che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno o oltre



un litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici.

Definizione: II) Donne che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno o oltre 1/2 litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici;

Denominatore

Popolazione dell'indagine Multiscopo ISTAT di età superiore ai 14 anni.

■ IL NUMERO DI CONSUMATORI IN ITALIA

ED I CONSUMATORI A RISCHIO

La prevalenza dei consumatori di alcol in Italia è pari all'86,6% degli uomini e dal 60,1% delle donne con età superiore ai 14 anni di età. Tali prevalenze presentano delle differenze regionali più marcate per il sesso femminile per il quale si registra un più evidente gradiente nord-sud.

In relazione alle prevalenze di consumatori a maggior rischio, la distribuzione regionale degli individui che non si attengono alle indicazioni delle Linee Guida per una Sana alimentazione; il 9,4% degli uomini e il 19,2% delle donne eccede le quantità considerate a minor rischio rappresentando la proporzione di individui che sono esposti ad una incrementata probabilità di insorgenza di patologie o problematiche alcol-correlate; tali prevalenze includono, ovviamente, anche gli alcolodipendenti che, comunque, contribuiscono in maniera molto limitata (0,9% e 0,4% la stima per i due sessi rispettivamente) alle prevalenze elaborate. Il maggior contributo alla prevalenza di consumatori a rischio è fornito dalla quota di consumatrici con prevalenze doppie rispetto al sesso maschile. Tali risultati sono da considerare con particolare

attenzione in termini di possibili esigenze di attività di prevenzione da orientare al target femminile che, fisiologicamente, è più vulnerabile a quantità comunemente percepite come moderate di alcol e pari a 1-2 bicchieri di una qualunque bevanda alcolica.

Riguardo la distribuzione dei consumatori a maggior rischio di alcol per i differenti target di popolazione è da registrare che la prevalenza (e relative numerosità stimate) aumenta con l'età per entrambi i sessi e presenta i valori più elevati nelle classi di età 65-74 anni seguita da quella relativa ai 45-64enni.

■ DISCUSSIONE

Volendo tentare di riassumere i risultati dell'analisi e di individuare le implicazioni di sanità pubblica che sono sollecitati dalla lettura dei dati si può affermare quanto segue.

Nonostante la diminuzione del consumo di alcol registrato dagli indicatori di consumo pro-capite, l'analisi nazionale effettuata attraverso gli indicatori ISTAT consente di esaminare il fenomeno con una maggiore accuratezza e appropriatezza suggerendo la necessità di poter disporre di informazioni dettagliate ed articolate per i vari gruppi di popolazione esaminati. Nel caso specifico, la valutazione sintetica del consumo pro-capite non si presta ad identificare la distribuzione del consumo alcolico nella popolazione e mal si adatta alla necessità di predisporre, sulla base della tendenza osservata, iniziative atte a fronteggiare fenomeni emergenti di possibile danno alla salute individuale e collettiva. Infatti, nonostante la riduzione sostanziale del consumo di alcol:

1. il numero di consumatori di bevande alcoliche in Italia è aumentato; è aumentato, di conseguenza, il numero di individui esposti ai possibili effetti dannosi, sociali e sanitari, collegati all'uso/abuso di bevande alcoliche;
2. è incrementato il numero di consumatori di bevande alcoliche tra i giovani e le donne;
3. ad una sostanziale stabilità nel numero di consumatori di vino si affianca un emergente incremento di individui che si orienta a consumare la birra (verosimilmente a sostituirla al consumo di vino);
4. le modalità di consumo di tali bevande sembra essere differenziato per età; in particolare il numero di consumatori di quantità superiori al 1/2 litro di vino o birra appare incrementato in particolare per i giovani specie se di sesso femminile;
5. il consumo di alcol appare sempre più orientato verso un modello "culturale" che considera le bevande alcoliche non come parte integrante del pasto ma, in accordo ad un'internazionaliz-



zazione dei consumi in atto a livello europeo, come elemento separato da consumare, verosimilmente, in contesti non più legati alla tradizione "mediterranea".

Per i citati motivi la riduzione del consumo di alcol è inserito a livello nazionale e regionale nella programmazione sanitaria quale obiettivo prioritario di salute da conseguire nell'ambito di un approccio non meramente sanitario ma multidisciplinare e pienamente comprensivo del citato principio europeo di "health in other policies".

Naturalmente all'interno delle nostre società vi sono gruppi di popolazione (giovani, donne, anziani, residenti in particolari aree geografiche ed altri) che sono più esposti di altri a stili di vita dannosi per la salute e, tra questi, gruppi che non possono o non riescono ad avvalersi delle conoscenze e dei servizi per migliorare i loro stili di vita o che hanno già consolidati stili di vita dannosi che è difficile modificare. Il picco di maggior frequenza di uso problematico di alcol si colloca attualmente in Italia tra i 35 e i 44 anni, in corrispondenza con il picco della prevalenza del consumo registrato per le donne. E' probabilmente questa la fase più critica per il sesso femminile, un momento delicato in cui a livello individuale possono prevalere timori di perdita della giovinezza, di riduzione della fertilità e della capacità procreativa, di una mancata realizzazione di progetti giovanili, di elaborazione di bilanci di esperienze vissute e che si sono dimostrate inadeguate in termini di relazione, di vita affettiva e familiare o che hanno condotto a rotture di legami importanti. L'età matura può essere caratterizzata, oggi, per molte donne da un profondo conflitto tra un modello culturale di realizzazione ed affermazione personale desiderato e costruito in gioventù (in un periodo sociale di forte spinta alla emancipazione femminile) e quello realizzato in maturità e che quotidianamente spinge la donna verso ruoli personali fortemente legati ai ruoli di moglie e di madre; una condizione tutt'altro che infrequente e che vede la donna dibattersi tra la necessità di affermarsi nel mondo lavorativo e quello di non poter rinunciare al ruolo tradizionale familiare. La realtà italiana è fortemente ancorata ad una cultura mediterranea che mette ancora più in crisi l'identità femminile influenzata dalla "modernizzazione" e alla quale la donna non ha avuto il tempo di prepararsi subendo la transizione culturale che la proietta verso nuovi stili di vita senza, tuttavia, affrancarla dall'assolvimento dei compiti tradizionali. Il cambiamento del ruolo della donna si riflette inevitabilmente sulla famiglia e può agire quale catalizzatore di situa-

zioni di disagio o di conflitto che, se non opportunamente canalizzate, possono generare tensioni che sfociano nell'incomprensione, nella solitudine e, di conseguenza, predispongono all'adozione di comportamenti quale l'alcol dipendenza in risposta all'incapacità di far fronte alle difficoltà socio-relazionali. Gli stili di vita non spiegano, comunque, da soli le grandi differenze di salute che si osservano tra gruppi di popolazione. In associazione o in sinergia con gli stili di vita agiscono altri determinanti di salute quali le caratteristiche genetiche ed i fattori di rischio individuali, l'ambiente, la disponibilità e l'efficacia dei servizi sanitari. Inoltre lo studio di queste grandi differenze permette di evidenziare che esse sono associate ai fattori economici e sociali che costituiscono il fulcro dello sviluppo della società e che sono alla base delle disuguaglianze registrabili in qualsiasi realtà nazionale o internazionale.

E' noto che esiste una forte influenza tra il livello socio-economico cui l'individuo appartiene e lo sviluppo del bere problematico. Il basso livello socio-economico è associato con una minore speranza di vita, alta mortalità infantile, una povera salute riproduttiva, una maggiore probabilità di contrarre malattie infettive, un maggiore consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti, una maggiore prevalenza di malattie cronico-degenerative, depressione, suicidi, comportamenti anti-sociali e violenza, un maggiore rischio di esposizione ai fattori ambientali. In Italia, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche aumenta al decrescere del titolo di studio; in Gran Bretagna la prevalenza del bere problematico in uomini e donne poveri sotto i 30 anni è doppia della prevalenza riscontrata nelle classi più abbienti. A livello europeo il consumo di alcol è maggiore tra i disoccupati, i senza fissa dimora e tra le persone anziane istituzionalizzate. Le morti alcol-associate, incluse quelle accidentali, sono maggiore nelle classi più disagiate.

Altre associazioni che sono spesso osservate sono quelle all'interno del nucleo familiare. In Italia, ad esempio, alcune indagini epidemiologiche hanno dimostrato come l'abitudine al bere dei genitori, del capofamiglia in particolare, condizioni fortemente il modello di consumo alcolico dei componenti il nucleo familiare risultando più elevata la prevalenza dei consumatori eccessivi tra i componenti di un nucleo familiare il cui capofamiglia beve inadeguatamente (21).

Le strategie di sanità pubblica in risposta alle tendenze evidenziate sarebbero numerose ma alcune andrebbero perseguite prioritariamente richiamandosi alle iniziative sollecitate a livello

europeo e sostanzialmente orientate ad incrementare il grado di consapevolezza nei confronti del consumo delle bevande alcoliche e a ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario. Alla luce delle tendenze emergenti e delle nuove realtà epidemiologiche appare opportuno provvedere a favorire e dare sostegno ad iniziative rivolte a tre settori prioritari:

- elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario (produzione e diffusione dell'informazione);
- potenziamento delle capacità di affrontare le minacce alla salute attraverso lo sviluppo di un'adeguata sorveglianza ed informazione (sorveglianza, identificazione del rischio);
- strategie e misure rivolte a potenziare le capacità di gestione dei determinanti sanitari (stili di vita) socioeconomici, ambientali (promozione della salute, prevenzione delle malattie).

L'analisi dei dati evidenzia alcuni importanti incrementi nel numero dei giovani e delle donne che adottano atteggiamenti potenzialmente a maggior rischio (consumi di alcolici fuori pasto, consumo di bevande ad alto tenore alcolico, eccedenza e concentrazione nei consumi in genere) e che suggeriscono l'opportunità di sviluppo prioritario di una politica sanitaria di promozione della salute sensibile alla riduzione delle conseguenze negative, sociali e sanitarie, legate ad un'inadeguata, prematura (ed evitabile) esposizione all'alcol come fattore di rischio (22). Ciò riguarda anche e soprattutto le donne in funzione degli eventi fisiologici che accompagnano l'intero ciclo dell'esistenza e che ne caratterizzano la diversità biologica e riproduttiva. L'alcol consumato dalla madre attraversa la placenta e raggiunge il bambino, può causare problemi durante la gravidanza e danneggiare il feto. Non è dato sapere se esista o non esista un livello di consumo sicuro durante la gravidanza. Non è nemmeno certo se vi sia una particolare fase della gravidanza più vulnerabile agli effetti dell'alcol. In assenza di limiti sicuri dimostrati, l'astinenza totale dall'alcol durante la gravidanza è raccomandata e dovrebbe essere incoraggiata. Anche riguardo ai presunti benefici derivanti da un moderato consumo di alcol è importante che le donne (e gli uomini) siano resi consapevoli e ispirino le proprie scelte alle evidenze scientifiche che ribadiscono che, ad esempio, i benefici dell'alcol nella popolazione ascrivibili alla riduzione del rischio di mortalità cardiovascolare si registrano a bassi o bassissimi livelli di consumo, al massimo una unità di alcol al giorno per gli uomini all'età di 70 anni, e meno di mezza unità alcolica al giorno per le donne della stessa età. Qualunque consumo superiore

a questi livelli è associato ad un aumento del rischio. Al di sotto dei 40 anni non si registra alcun effetto benefico dell'alcol e bere fino all'intossicazione è sempre associato ad un aumento del rischio. Se è vero, poi, che l'evidenza scientifica dimostra che un basso consumo regolare in certi gruppi è associato alla riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e del diabete di tipo 2, le conclusioni dei ricercatori sono unanimi nel segnalare la cautela e che non è praticabile la via dell'incoraggiamento dei pazienti a usare l'alcol come un mezzo per ridurre i rischi di queste malattie. Il consumo di alcol non può essere raccomandato come un farmaco preventivo.

Se, infine, da un lato non ci sono ragioni per scoraggiare consumi a basso rischio nella popolazione sana adulta, dall'altro è basilare sottolineare che occorre sempre tenere in considerazione le circostanze e le situazioni individuali. Queste includono, oltre alla gravidanza e all'allattamento, la presenza di patologie (più frequenti nelle donne che negli uomini), l'assunzione di farmaci comuni (aspirina, anticoncezionali, antinfiammatori, antidolorifici, antibiotici) e naturalmente la guida o comunque tutte le attività che richiedono concentrazione, attenzione o una completa integrità psico-fisica.

I dati più recenti che mostrano che, in generale, la mortalità alcol correlata è aumentata di circa il 15% dal 2000 al 2002, e che, attualmente, rappresenta il 6.3% di tutte le cause di morte nella Regione Europea evidenziano che l'informazione sull'alcol o è carente o non è acquisita dagli individui. Ciò ha importanti influenze sullo stato di salute della popolazione in termini di malattia o di mortalità prematura e di anni di vita trascorsi in stato di disabilità come dimostrato dalla quantificazione del peso dei problemi alcol-correlati che rappresentano il 10.8% del carico complessivo di malattia: i giovani sono particolarmente colpiti e, nella fascia di età 15-30, più di un terzo del carico di malattia nei maschi e circa il 14% nelle femmine è attribuibile all'alcol. Gli effetti negativi dell'alcol, inoltre, sembrano essere più pronunciati nel caso di interazione con la povertà e contribuiscono in maniera significativa all'insorgenza di problemi sociali quali la criminalità, i problemi familiari e quelli in ambito lavorativo.

Problemi in gran parte evitabili a fronte di un supporto dell'individuo nell'adozione di uno stile di vita e di consumo alcolico che recuperi il valore della tradizionale moderazione mediterranea e che riscopra il valore del consumo rispetto a quello di "uso" della sostanza alcol, come purtroppo acquisito attualmente da un numero sempre più crescente di giovani.

Informazione, promozione, prevenzione, cura sono aree integrate e complementari nelle quali è indispensabile che il contributo sanitario e sociale nazionale, regionale e locale confluisca per giungere a realizzare nel medio e lungo termine uno dei più importanti investimenti in salute in cui una società moderna possa sperare: il benessere fisico, psichico e sociale. ■

■ BIBLIOGRAFIA

1. Alcohol policies in Europe. In "Alcohol in the European Region - consumption, harm and policies". Nina Rehn and the National Counterparts of European Alcohol Action Plan, Chapter 5. pag. 43-76 (contributors list: pag. 96) World Health Organization, Europe.
2001. (<http://www.youngalcohol.who.dk/PDFdocs>).
2. Scafato E., Zuccaro P., Russo R., Batoli G. Alcohol, Health and policy: the Italian perspective. *Alcologia, European Journal on Alcohol studies*, 13 (2), 61-65, 2001.
3. Scafato E. Alcohol as a part of regional, Italian and European healthcare plans. The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach. *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 13 (1), 2001, 3 - 10.
4. Scafato E, Ghirini S, Russo R. Consumo di alcol. In *Rapporto Osservasalute 2004*. 57-59. 2004. Osservatorio Nazionale Salute Regioni Italiane.
5. Scafato E, Ghirini S, Russo R, Mattioli D, Carosi G, Di Pasquale L et al. Alcol Prevention Day. L'analisi dell'Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD sui consumi alcolici in Italia. *Notiziario ISS 2004*; 17(5):11-15.
6. Scafato E. La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1, 2000, 2- 11.
7. Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2004; 40(1):25-33
8. Scafato E., Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young ? *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, 1998, X, 1-2, 5-9.
9. Scafato E. Alcol: prospettive di sanità e salute pubblica per il Duemila. *Alcologia - European Journal of Alcohol Studies*, 1998, X, suppl. 1-2, 14.
10. Scafato E., Cicogna F. I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto O.M.S. "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1998, XXI,1, 11-20.
11. Frezza M.; Di Padova C.; Pozzato G.; et al. High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med* 322(2):95-99, 1990.
12. Li T.K.; Beard J.D.; Orr, W.E.; et al. Gender and ethnic differences in alcohol metabolism. *Alcohol Clin Exp Res* 22(3):771-772, 1998.
13. Kwo P.Y.; Ramchandani V.A.; O'Connor S.; et al. Gender differences in alcohol metabolism: Relationship to liver volume and effect of adjusting for body mass. *Gastroenterology* 115(6):1552-1557, 1998.
14. Urbano-Marquez A.; Estruch R.; Fernández-Solá J.; et al. The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men. *JAMA* 274(2):149 -154, 1995.
15. Zhang, Y.; Kreger, B.E.; Dorgan, J.F.; et al. Alcohol consumption and risk of breast cancer: The Framingham Study revisited. *Am J Epidemiol* 149(2):93-101, 1999.
16. Wells-Parker E.; Popkin C.L.; and Ashley M. Drinking and driving among women: Gender trends, gender differences. In: Howard, J.M.; Martin, S.E.; Mail, P.D.; et al., eds. *Women and Alcohol: Issues for Prevention Research*. NIAAA Research Monograph No. 32. Bethesda, MD: NIAAA, 1996.
17. Ferrence R. G. Janeczek Helen Elizabeth Ross and Eva, *Women and substance abuse: literature review*. Addition Research Foundation, Toronto, 1990.
18. Gray A., Norton V., *Women and alcohol: What's the problem? Research monograph No. 9*. Wellington, New Zeland: Alcohol advisory Council of New Zeland, 1998, p.45.
19. Sandmaier M., *The Invisible Alcoholics: Women and alcohol*. New York: McGraw-Hill, 1992.
20. Scafato E.. La riduzione dell'esposizione all'alcol come fattore di rischio: il razionale dell'intervento proposto dagli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale 1998-2000. *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, 1998, X suppl., 1-2, 20.
21. Scafato E. and the COALA research Group. The CO.A.L.A Project (Alcohol and Food Consumption in the Latium Region): prevalence and patterns of alcohol consumption in an Italian general population survey. *ALCOLOGIA, European Journal of alcohol studies*, vol. XI, 3, 121-134.
22. Framework on Alcohol Policy in the European Region. WHO Regional Committee. 2005. Bucarest. (traduzione italiana a cura di E. Scafato, R. Russo e Tiziana Codenotti su www.epicentro.iss.it/temi/alcol).