

Trentennale della Società Italiana di Alcologia (1979-2009)

Dal XXI Congresso

“Conoscere e praticare e l'alcologia”
(Padova, 3 dicembre 2009)

Prima pubblicazione degli atti

EMANUELE SCAFATO presidente SIA, direttore Centro Coll. OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su alcol e problemi alcol correlati, direttore Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS, direttore Rep. Salute della Popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia - CNESPS, Istituto Superiore di Sanità

Alcol, politiche e società: il ruolo dell'evidenza scientifica, le contraddizioni della prevenzione

Fare prevenzione in alcologia vuol dire oggi confrontarsi con una serie di fenomeni e fattori estremamente complessi, per lo più sconosciuti in passato, che favoriscono un rischio estremamente diffuso nella popolazione e che hanno come effetto comune il manifestarsi del danno alcolcorrelato. Mai come ai tempi odierni l'individuo è stato sollecitato al bere a rischio da pressioni così intense, mediatiche e sociali, non controbilanciate da un'adeguata disponibilità di fattori di protezione capaci di contrastare con pari intensità le nuove minacce alcolcorrelate alla salute da salvaguardare, come atteso di diritto, da politiche sull'alcol eque, efficaci ed efficienti di controllo, di tutela della salute, di sicurezza, di protezione dei più deboli.

La Società Italiana di Alcologia (SIA) promuove da trenta anni un approccio multidisciplinare sull'alcol basando tutte le attività sul rigore del metodo e dell'evidenza scientifica, su valutazioni specifiche dei Programmi nazionali, europei ed internazionali privilegiando nel corso degli anni gli strumenti propri della ricerca quali l'utilizzo delle revisioni sistematiche e delle meta-analisi che sono alla base degli interventi proposti dal Programma Quadro OMS per le Politiche sull'Alcol nella Regione Europea (2006) e dalla Strategia Comunitaria (2007) ricomprese, in linea di principio, nelle strategie nazionali correnti.

Nel panorama dei soggetti chiave per la prevenzione alcol correlata la SIA e l'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS hanno elaborato e proposto formalmente, anche attraverso la Consulta Nazionale Alcol di cui sono membri permanente, in tutte le sedi scientifiche, sanitarie, politiche e istituzionali le misure più efficaci

e realistiche mirate a contrastare l'uso dannoso e rischioso di alcol; proposte e misure di cui si conosce il rapporto favorevole costi-benefici e la cui valenza è confermata e sostenuta dalle evidenze prodotte da una vasta e consolidata rete europea scientifica e di advocacy impegnata nel sollecitare l'adozione di azioni concrete di contrasto al dilagare di modelli e di culture del bere che minacciano la salute e la società. Ciò nonostante, l'aderenza delle politiche all'evidenza scientifica ed epidemiologica si è mantenuta e si mantiene fortemente distante dall'espressione di un'indispensabile volontà politica orientata a superare la logica delle "convenienze" e, purtroppo, lontana da una cultura di reale e rigorosa applicazione degli interventi delineati; per tale motivo la ricerca internazionale colloca l'Italia tra le Nazioni a più basso livello di applicazione e di rigorosità delle politiche formali adottate sull'alcol. Politiche sanitarie e sociali che hanno saputo riconoscere e valorizzare le evidenze ed il ruolo della ricerca indipendente e dell'evidenza scientifica quale quella prodotta dall'*Handbook for action to reduce alcohol-related harm* (OMS 2009), come dimostrato dal Piano Nazionale Alcol e Salute ma che incontrano un'insormontabile barriera nella tutela degli interessi commerciali prevalenti sulla tutela della salute.

A tale riguardo l'OMS ribadisce nella *Framework on Alcohol Policies* che quanti sono responsabili delle politiche sull'alcol hanno un ruolo che impone eticamente una distanza dagli interessi commerciali e/o economici al fine di riuscire ad adottare le soluzioni dotate del più vantaggioso bilancio costi/benefici negli interessi della collettività.

Soluzioni che non possono non prevedere una sistematizzazione delle strategie e delle azioni multi-dimensionali e multi-disciplinari da articolare in un piano di interventi reso efficiente attraverso l'indispensabile e completa disponibilità delle infrastrutture essenziali per:

- l'elaborazione dei piani d'intervento;
- l'individuazione delle priorità;
- il monitoraggio e la sorveglianza, la ricerca e la valutazione;
- l'adeguamento delle risorse professionali;
- la messa in pratica del programma.

Nonostante alcuni progressi che si sono realizzati nel corso dell'ultimo quinquennio attraverso la definizione del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Programma Guadagnare Salute, permane immutata la tendenza a considerare marginali risorse e investimenti pubblici tesi al finanziamento, funzionamento e al mantenimento delle citate infrastrutture che rappresentano spesso un puro esercizio documentale e di programma che non riesce a trovare reale e concreta implementazione. E ciò nonostante sia ampiamente dimostrato che l'impiego efficace delle infrastrutture esistenti, o la creazione di nuove infrastrutture, contribuirebbe a superare le ben evidenti barriere di natura economica e commerciale che dispongono di mezzi ben superiori a quelli investiti per la prevenzione alcol correlata: 169 milioni di euro l'anno in investimenti pubblicitari per le bevande alcoliche contro un milione di euro speso in prevenzione; milioni di euro spesi in termini di sussidio e di sostegno diretto e indiretto del settore della produzione rispetto al nulla a supporto di programmi di prevenzione delle fasce deboli e vulnerabili.

Alla luce di tali considerazioni appare estremamente difficile che vengano raggiunti gli obiettivi dell'“Health for All” in cui l'Italia si è impegnata dal 2000 per la riduzione del consumo medio pro-capite a 6 litri/anno e per la riduzione del consumo da parte dei giovani al di sotto dei 15 anni a zero litri entro il 2015.

Una delle ulteriori barriere è rappresentata, in tale ottica, dalla mancanza di un coordinamento nazionale sulle politiche sull'alcol, di una cabina di regia capace di coordinare i differenti ruoli e le diverse responsabilità esecutive di elaborazione di interventi sull'alcol che sono ripartite tra vari organi e livelli

istituzionali: industria, commercio, agricoltura, lavoro, solidarietà sociale, finanza e salute. Organismi che in gran parte vedono propri rappresentanti espressi nella Consulta Nazionale Alcol disposta dalla legge 125/2001 ma il cui operato e ruolo, pur attivo da anni, consistente nell'avanzare pareri e proposte ai ministri e alle autorità competenti, è scarsamente valorizzato pur rappresentando una ideale camera di compensazione degli orientamenti che giungono ad essere condivisi in maniera collegiale e coordinata come dimostrato attraverso l'organizzazione della Prima Conferenza Nazionale Alcol nel 2008.

Gli interessi e le priorità dei diversi organi di governo risultano oggi spesso in conflitto riguardo alle politiche sull'alcol e differenti sono anche gli ambiti di esercizio del processo e del potere decisionale; dal punto di vista della salute pubblica, le barriere più comuni alla realizzazione di un'efficace azione in tema di alcol sono rappresentate dalle priorità politiche ed economiche del libero mercato, dalla carenza di vincoli efficienti nella commercializzazione, dall'assenza o dalla mancata applicazione di restrizioni nell'accessibilità all'alcol; secondo l'OMS, l'ostacolo principale alla prevenzione alcol correlata è rappresentato dalla considerazione in cui è tenuta dai governi l'importanza economica dei produttori di alcolici e dalla potenziale impopolarità che interventi come le regolamentazioni, le restrizioni all'accessibilità, la tassazione comportano.

Contemporaneamente alle criticità riportate e alle contestuali ed evidenti azioni di lobby attuate nelle sedi istituzionali e nei diversi settori a tutela del mercato e del prodotto si registra una forte mancanza di supporto ai fattori che possono, invece, contribuire a contrastare efficacemente il consumo dannoso e rischioso di alcol; fattori che potrebbero essere positivamente influenzati dai risultati della ricerca scientifica, oggi mortificata ma sempre in grado di incrementare la base di conoscenza utile alla creazione di efficaci interventi sull'alcol. Non vi sono dubbi che attraverso la ricerca sia possibile identificare i problemi, valutare ed analizzare i programmi e le politiche di intervento, individuando proposte di strategia ma, purtroppo, esiste un profondo divario tra le misure proposte, le più efficaci dal punto di vista dell'evidenza scientifica e quelle realmente prese in considerazione dai governi.

La ricerca e l'operato delle Società scientifiche sembrano oggi avere una maggiore influenza nel deter-

minare l'agenda politica e nel considerare interventi alternativi, ma la loro influenza è decisamente inferiore nel processo decisionale.

Il monitoraggio e la sorveglianza delle tendenze sono oggi in Italia alla base di ogni strategia di elaborazione e implementazione dell'intervento politico, e soprattutto dell'identificazione delle priorità. I sistemi di monitoraggio e sorveglianza sono necessari per individuare e rendere pubbliche le informazioni sui trend attuali e futuri, per relazionare sull'efficacia delle misure politiche, sulla valutazione dei fattori di rischio del danno alcol-correlato, sull'identificazione dei gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili, per monitorare le sfide istituzionali ed organizzative legate all'implementazione degli interventi. I sistemi informativi sono elementi critici nella disseminazione della conoscenza sull'alcol sempre accessibili ad una vasta gamma di soggetti, tra cui i ricercatori, gli operatori professionali, i decisori ed i politici; sistemi formalizzati, periodicamente adattati e rifiniti che necessitano, tuttavia, di un adeguato finanziamento specifico centrali e soprattutto regionali che nel corso degli anni è, invece, stato progressivamente ridotto e oggi assolutamente inadeguato rispetto alle finalità previste dalla legge 125/2001 che prevede e stanziava risorse specifiche penalizzate dalle restrizioni di bilancio che hanno drasticamente ridotto le risorse centrali e alle Regioni con marginalizzazione della reale valenza dell'uso dei dati e degli indicatori di salute.

Le valutazioni sinora poste sono un esempio delle considerazioni che una società scientifica come la Società Italiana di Alcolologia sulla base delle competenze e del ruolo vocazionale ha sempre privilegiato nell'impegno costante e continuo degli ultimi trenta anni di garantire la disponibilità di considerazioni scientifiche e di elementi di giudizio, validi e oggettivi, non solo per chi opera a livello nazionale, ma anche per chi è impegnato in ambito periferico, regionale o locale, attraverso la ricerca delle strategie possibili di comunicazione, coordinamento e intervento idonee a favorire la pianificazione delle misure d'intervento e tentare di assicurare coesione ed integrazione tra i vari livelli salvaguardando un approccio di cautela e di precauzione alla legislazione, alla regolamentazione, alle programmazioni nazionali e regionali capaci di agevolare l'azione a livello locale e periferico.

Produzione e consumo di bevande alcoliche sono da sempre presenti nella storia dell'uomo come fenomeno culturale e sociale che oggi, più che in passato, ha acquisito una valenza troppo spesso associata a fenomeni di consumo dannoso e rischioso in parte legati a una predisposizione psicologica e fisiologica individuale e, in parte, favoriti da difficoltà contingenti e dall'atteggiamento in parte marcato di accettazione sociale del consumo alcolico, di normalizzazione del bere che caratterizza l'ambiente di vita.

Drammatiche e ingenti sono le ripercussioni sanitarie ed economiche di questa errata interpretazione del bere che, secondo le stime più recenti disponibili (WHO, 2004), renderebbe conto del 3,8% della mortalità e del 4,6% degli anni di disabilità globali (che in Europa salgono, rispettivamente, al 6,5% e all'11,6%) associandosi a una spesa media pari a circa l'1-3% del PIL per i sistemi sanitari dei Paesi a reddito medio-alto (Rehm J. et al. *The Lancet*; 373: 2223-2233, 2009).

Il report 2009 del WHO "Global health risks" fotografa una situazione in cui negli ultimi anni l'alcol è giunto a rappresentare il terzo più importante fattore di rischio (era quinto sei anni fa), di disabilità, di morbilità, di mortalità.

Il rischio alcol correlato in Italia non è trascurabile. L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità riporta nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento e nella Relazione sullo Stato del Paese 2009 che, su circa 36 milioni di consumatori, la quota di coloro che assumono bevande alcoliche secondo una "modalità rischiosa o dannosa", come la definisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è di circa il 25% se si considera la popolazione maschile di tutte le età e di circa il 7-8% in quella femminile. In sostanza, circa un uomo su quattro e una donna su dieci sono bevitori problematici. L'aspetto che colpisce di più nel contesto italiano è che, contrariamente a quanto molti pensano, il fenomeno dell'abuso alcolico non interessa né esclusivamente né principalmente i giovani, vittime più che promotori di una cultura del bere che sta progressivamente evolvendo in peggio, ma soprattutto gli anziani. Al punto che tra gli ultra65enni maschi si riscontra quasi un 50% di bevitori problematici. Complessivamente queste percentuali corrispondono a una platea di oltre nove milioni di consumato-

ri a rischio che sarebbero suscettibili di un'azione di identificazione precoce o di un intervento breve (per esempio, un colloquio motivazionale) e meritevoli di una valutazione clinica indirizzata a evidenziare eventuali danni alcol-correlati già presenti. Di questi nove milioni, inoltre, circa un milione e mezzo sono giovani, di cui circa la metà sotto all'età minima legale.

Ciò che significa che in Italia esistono 750mila bambini e ragazzi con meno di 16 anni che ricevono o possono accedere e consumare bevande alcoliche senza controllo, nonostante esista un chiaro divieto alla somministrazione e alla vendita di vino, birra, breezer e cocktail in questa fascia d'età. Evidentemente, si tratta di ragazzi che si avvalgono della complicità irresponsabile di amici più grandi o di persone adulte che avvallano o, addirittura, promuovono questo comportamento, senza percepirne la gravità o preoccuparsi dei rischi associati e contribuendo a fare dell'Italia la Nazione in cui i bambini sono in assoluto i più precoci d'Europa, in media già consumatori verso gli 11-12 anni, anche se in realtà, in molti casi, l'approccio è sicuramente ancora più prematuro. L'esposizione così precoce all'alcol che avrà le sue manifestazioni più evidenti nel corso dei prossimi decenni ha già oggi un impatto evidente attraverso le conseguenze estreme del bere a rischio: l'alcoldipendenza giovanile. Esaminando i dati rilevati dai Servizi per le alcoldipendenze presenti sul territorio (SerT) si contano in Italia circa 61mila alcolisti in carico e in terapia, di cui 1600-1800 con un'età inferiore ai 19 anni. Poiché per arrivare a una condizione di alcoldipendenza tale da portare a un intervento di recupero specifico serve una consolidata carriera di abuso alle spalle, è evidente che questi ragazzi hanno cominciato a bere già nell'infanzia e nella pre-adolescenza. Ragazzi che sarebbe opportuno e doveroso intercettare attraverso sistemi di identificazione precoce attualmente inesistenti e che dovrebbero giovare di competenze mediche capaci di utilizzare le moderne metodologie messe a disposizione dalla ricerca come quella del progetto europeo PHEPA che propone il training degli operatori sanitari riguardo l'identificazione precoce e l'intervento breve.

Purtroppo, nonostante a livello internazionale così come nel Piano Alcol e Salute 2009-2012 e nel programma di prevenzione approvato dalla Conferenza Stato-Regioni sia stata riconosciuta la centralità

dell'AUDIT (Alcohol use disorder identification test) validata attraverso i nostri studi con l'OMS durata 25 anni, una griglia di dieci domande in grado di discriminare il bevitore problematico candidato al colloquio motivazionale finalizzato al ripristino di regimi di consumo alcolico non nocivi per la salute, finora i finanziamenti per la sua piena applicazione sono stati decisamente scarsi e si sono addirittura bloccati nel corso del 2008, per mancanza di fondi, i corsi di formazione che l'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS e il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità avevano pionieristicamente attivato alla fine del 2006.

La chiave per evitare che nuovi bevitori problematici possano entrare nelle competenze dei servizi di cura per alcol dipendenti risiede indispensabilmente nel promuovere il riconoscimento precoce e il recupero dell'individuo consumatore rischioso o dannoso di alcol; la chiave, consiste nel mettere i medici e gli operatori professionali sanitari nelle condizioni di integrare quest'azione di monitoraggio e presa in carico nell'attività ambulatoriale abituale o nell'ambito della primary health care territoriale, nonché in tutti i contesti deputati alla prevenzione e alla promozione della salute, a partire dai Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie locali ma soprattutto, come sostenuto dall'evidenza che scaturisce dalle esperienze correnti e documentato dalle buone pratiche in atto nel settore della prevenzione, attraverso il riconoscimento formale dell'alcolologia come disciplina autonoma e integrata in un sistema di competenze che oggi è molto carente in Italia e sostanzialmente ostacolata da logiche organizzative non congruenti.

Occorre lavorare di concerto per creare un substrato culturale orientato alla "salutogenesi", in contrasto alla patogenesi, un sistema capace di prevenire attraverso adeguate competenze che non possono essere confuse con quelle tipiche della cura dell'alcoldipendente, con contesti anche logistici separati per i bevitori problematici che non dovrebbero essere costretti a frequentare in maniera esclusiva i SERT in cui si svolge un altro tipo di impegno clinico: un percorso di potenziamento e tutela della salute che parta dalle risorse individuali e da una responsabilizzazione del singolo nei confronti del proprio benessere globale.

Nello specifico dei problemi alcol-correlati, ciò significa da un lato informare efficacemente la popo-

lazione (ma anche gli operatori sanitari) sui rischi del bere e trasmettere messaggi in grado di ridurre l'attrazione e l'accettazione sociale del consumo di alcolici e, dall'altro, promuovere l'empowerment del soggetto che già ne abusa per favorire una riabilitazione consapevole. I danni dell'alcol, che oggi gravano sulle risorse del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 7% del totale delle patologie, sono danni evitabili; e l'individuazione precoce è un mezzo capace di prevenirli, consentendo un risparmio in Italia, documentato dall'evidenza scientifica, di centinaia di milioni di euro l'anno se solo ci fosse la volontà politica di implementarlo.

Il problema, di per sé preoccupante, diventa drammatico se lo si inserisce in un sistema sanitario e sociale che non è dotato di strumenti di approccio e riabilitazione studiati appositamente per le fasce di età più critiche, quelle giovanili e quelle degli anziani; un sistema che peraltro appare sostanzialmente disimpegnato anche rispetto alla necessità di garantire il finanziamento di ricerche e programmi in grado di sviluppare metodi di riabilitazione efficaci e validati per questi soggetti che sono differenti tra simili, alcol dipendenti ma con caratteristiche di "ingaggio" in una pratica di riabilitazione che non può essere quella tradizionalmente dispensata dai servizi.

I programmi e le tecniche di recupero oggi disponibili sono stati messi a punto considerando criticità, personalità, abitudini e schemi comportamentali e sociali tipici dell'adulto, ben lontani dalle modalità di percezione, interiorizzazione, rappresentazione e socializzazione di un adolescente, rendendo così ancora più ardua una presa in carico già estremamente complessa.

Sono numerose le cause dell'alcolismo giovanile e altrettante le responsabilità della società degli adulti rispetto alle culture emergenti del "binge drinking", del bere per ubriacarsi che caratterizzano il 25% dei giovani italiani. Consumare in un'unica occasione più di sei bicchieri di bevande alcoliche, in Italia, è un fenomeno di massa, trasversale rispetto alle generazioni, cominciato circa una decina di anni fa, sulla scia di una tendenza evidente da tempo nei Paesi Nord-europei. Già nel 2000, in concomitanza con la conferenza OMS di Stoccolma (Svezia) su "Giovani e alcol", il Consiglio dei Ministri d'Europa

sottolineava l'importanza di individuare politiche e interventi indirizzati a tutelare bambini e adolescenti dall'abuso alcolico e a sottrarli alle pressioni al bere supportate e promosse dal marketing e dal settore della produzione.

Purtroppo, gli anni sono passati senza che si sia potuto fare molto sul piano della prevenzione pratica; la comunicazione commerciale ha differenziato e potenziato le modalità di promozione del bere (internet, media, cellulari ecc.) soprattutto nei confronti dei giovani, a dispetto delle teoriche (e comunque troppo blande) limitazioni normative e in totale contrasto con una logica di tutela della salute delle fasce di popolazione maggiormente influenzabili. Gli ultimi anni sono stati testimoni di una programmata strategia di investimenti di settore, una vera e propria "strategia di arruolamento" che ha usato e usa messaggi ammiccanti, stuzzicanti la fantasia giovanile, la trasgressività, che promette successo sessuale, sociale, elevate performance e centralità del ruolo di chi beve promuovendo un maggior consumo in chi già beve e sollecitando chi non ha ancora provato a iniziare senza esitazioni. E, purtroppo, è una strategia che riscuote notevole successo tra i giovani che rappresentano oggi un target centrale per il settore della produzione di alcolici.

A confermarlo è anche un'indagine effettuata dal Rand Institute su richiesta della Commissione europea e presentata lo scorso aprile in occasione dell'*Alcohol prevention Day 2009*, promosso dalla Società Italiana di Alcolologia, dall'AICAT, da Eurocare Italia in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, che segnala come negli ultimi dieci anni in Italia l'"affordability", ossia l'accessibilità, alle bevande alcoliche sia aumentata esclusivamente per i giovani e non per gli adulti.

Ciò avvalorava la sensazione comunemente percepita di una strategia di mercato specificamente indirizzata a rendere più conveniente per un ragazzo acquistare alcolici anziché altri beni di consumo e non sufficientemente osteggiata sul piano legislativo.

Quale possibile soluzione la Società Italiana di Alcolologia ha supportato in Consulta Nazionale Alcol la proposta avanzata ai ministri competenti sin dal 2007 dell'abolizione della pubblicità di alcolici da tutte le reti televisive, analogamente a quanto acca-

de in Francia dal 1991 grazie alla “Loi Evin”, in base alla quale nessun messaggio pubblicitario può essere direttamente indirizzato ai giovani, né trasmesso sulle reti televisive o nei cinema oppure associato a manifestazioni culturali o sportive, mentre la comunicazione commerciale autorizzata per gli adulti deve veicolare messaggi o immagini legati esclusivamente alle caratteristiche del prodotto (bicchiere e bottiglia) senza sfumature o riferimenti individuali o simbolici che inducano ad associarne il consumo a vantaggi sul piano del successo sessuale, personale, sociale e così via, e sottolineandone, invece, i rischi diretti e indiretti per la salute. Si tratta di un riorientamento legislativo essenziale se si vuole scoraggiare seriamente l'abuso alcolico e far interiorizzare ai giovani il concetto che le “happy hours” sono “ore felici” soltanto per chi trae profitto dalla vendita di alcolici.

Un altro cambiamento fondamentale riguarda il passaggio dall'autoregolamentazione dei messaggi pubblicitari, effettuata autonomamente dalle aziende, ad una più adeguata co-regolamentazione, con il coinvolgimento di panel di esperti di salute pubblica, attualmente assenti nei panel di valutazione; valutatori realmente indipendenti nel delicato esercizio autorizzativo preliminare alla diffusione attraverso i media. In tutta Europa l'autoregolamentazione ha dimostrato un sostanziale fallimento, come dimostrato da numerosi progetti europei (ELSA, ad esempio) e richiede una revisione come richiesto dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 2007.

Un consumo rischioso o dannoso di alcolici, eccedente le Linee Guida Nutrizionali, e oggi riferibile al 25% della popolazione maschile e a circa l'8% di quella femminile di più di 11 anni di età si associa a problemi a livello clinico, familiare e sociale. L'OMS individua circa 60 patologie correlabili all'alcol non soltanto in termini di abuso, ma anche di semplice consumo. Un esempio per tutti viene dal cancro della mammella che le evidenze del Millennium Study in Inghilterra hanno dimostrato essere più frequente nelle donne che consumano anche soltanto un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica al giorno, vino incluso, rispetto alle astemie; al punto che l'International Agency for Research on Cancer (IARC) raccomanda di non includere l'alcol, qualsiasi tipo di alcol incluso il vino, tra le Linee guida nutrizionali e di scoraggiare l'uso di qualsivoglia alcolico

nella donna, in quanto fortemente pregiudiziali per il mantenimento di un buono stato di salute. Non bisogna dimenticare inoltre che, al di là delle possibili patologie, l'alcol è la prima causa di morte tra i giovani per incidenti d'auto; dei 5600 decessi che si verificano ogni anno sulle strade italiane, circa 2400 interessano ragazzi con meno di 24 anni, che nel 40-50% dei casi erano alla guida in stato di ebbrezza o, comunque, di vigilanza ridotta a causa dell'alcol. Quando si vuole fare prevenzione in questo senso, il messaggio deve essere chiaro e inequivocabile: chi guida non deve bere. Il limite di tolleranza non deve essere in questo caso un bicchiere o mezzo, ma nessuno pur nella consapevolezza che qualunque livello proposto, persino superiore a quello attuale, non ha alcun senso senza un sistema di controlli alcolemici deterrente, assolutamente certo e capillare e ben superiore al milione e trecentomila controlli correnti. Per questo, la Consulta Nazionale Alcol, la Società Italiana di Alcolologia e l'Osservatorio Nazionale Alcol hanno proposto in Commissione ottava del Senato di portare a zero il livello di alcolemia accettabile per i giovani sino ai 21 anni e gli ultrasessantacinquenni al volante.

Un discorso a parte merita l'organizzazione ed il ruolo dei servizi per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie e problematiche alcol correlate (PPAC). Appare innanzitutto essenziale potenziare i servizi strutturati già esistenti il cui personale sanitario, oggi carente, ha visto moltiplicarsi esponenzialmente le richieste d'intervento a fronte di un incremento irrisorio delle risorse umane, logistiche ed economiche disponibili. Soltanto per dare un'idea: nel 1996 ogni operatore dei SerT doveva gestire in media dieci alcolisti, oggi circa 16-17, con un incremento del 60% del proprio impegno quotidiano. A fronte di un incremento del 180% dell'utenza in carico nel giro degli ultimi 10 anni, con una presa in carico di circa 5000 nuovi utenti in media all'anno in carico ai servizi, lo scarto da correggere a vantaggio dell'operatività, dell'equità, dell'accessibilità e della stessa efficacia dell'intervento è notevole. È uno scarto che va corretto al più presto, così come da ribaltare è il concetto che gli sforzi vadano concentrati esclusivamente sugli alcolisti dichiarati, dando alla prevenzione un ruolo marginale quando, al contrario, è la chiave per risolvere il problema, a partire dalla scuola e, fondamentale, dalla famiglia oggi quasi completamente fallimentare in termini di

capacità di comunicare ed educare alla prevenzione. Importante e urgente è sviluppare e far riconoscere da un punto di vista legislativo e formale la funzione, il ruolo e la dignità autonoma dell'alcologia nell'ambito delle strutture sanitarie di base, della Primary Health Care come è intesa a livello europeo e promuovere l'individuazione e la presa in carico precoci, prima che l'alcolismo si consolidi, sviluppando anche una Rete di Servizi che faccia parte integrante del territorio e in grado di agire anche a livello familiare e sociale. Soltanto in questo modo si possono prevenire danni gravi e migliorare il successo del recupero a lungo termine.

Conclusioni

Alla luce delle evidenze e dei dati sinora proposti, appare indispensabile riconsiderare con attenzione le priorità da affrontare in tema di prevenzione alcol correlate. Nonostante le molte attività delineate dal Piano Nazionale Alcol e Salute, appare inderogabile creare un coordinamento capace di affrontare con competenza tutte le problematiche oggi consolidate relative al consumo dannoso e rischioso di alcol da parti di vasti strati di popolazione e degli anziani e dei giovani in particolare. Gli anziani appaiono un target negletto ma, drammaticamente, il target per eccellenza considerati gli elevati livelli di consumatori e consumatrici a maggior rischio che, oltre i 65 anni, mostrano i massimi livelli di prevalenza registrati da sempre in Italia. Rischi legato a modelli che usano la più tradizionale delle bevande alcoliche, il vino, e che si rendono responsabili di un impatto sui ricoveri ospedalieri, sui livelli di morbilità, disabilità e mortalità che sono troppo sottovalutati e che producono costi evitabili pagati inevitabilmente dalla collettività.

È necessario che anche la cultura delle istituzioni si faccia carico dell'esigenza di un recupero del ruolo legittimo di tutela di una salute protetta dalle pressioni al bere come garantito dalla Legge 125/2001 e di reale garanzia di regole e norme capaci di contrastare adeguatamente i modelli del bere che trovano nella promozione delle bevande alcoliche e nella pubblicità uno dei tanti fattori favorevoli un rapporto inadeguato e pericoloso con le bevande alcoliche. Recuperare il senso della moderazione e della responsabilità nei consumi in particolare in alcuni

contesti, come alcol e guida, e supportare gli individui attraverso un'informazione istituzionale corretta e capace di garantire scelte informate contribuirebbe a creare una nuova generazione di consumatori, consapevoli e sicuramente ispirati a stili di vita e di consumo più sani.

È opportuno che la stessa cultura medica e gestionale sulle problematiche alcolcorrelate e in particolare relative all'alcoldipendenza riceva diffusione e promozione attraverso i mass media ed i classici canali di formazione, informazione, comunicazione professionale e generale, con il duplice obiettivo di mantenere alto, da un lato, il livello di attenzione su una patologia sociale e sanitaria misconosciuta e di rinforzare, dall'altro, i servizi di prevenzione sostenendo gli operatori nel loro ruolo terapeutico che non può essere solo quello di curare ma fondamentalmente di prevenire.

A tale riguardo è fondamentale giungere al riconoscimento formale e legislativo dell'alcologia, una disciplina autonoma e complementare al settore delle dipendenze, integrata in una più ampia rete di competenze in qualità di disciplina con dignità autonoma dedicata prevalentemente all'identificazione precoce delle patologie e problematiche alcol correlate (PPAC) che includono anche l'alcoldipendenza che incide, tuttavia, per una quota stimabile non superiore al 10 % di tutte le condizioni patologiche alcol correlate.

La realizzazione di una rete formale di competenze e di un modello dedicato di continuità assistenziale, di case management più che di disease management, contribuirebbe a creare ed implementare un modello di identificazione precoce dell'abuso alcolico e di intervento breve nei bevitori problematici che potrebbero così giovare di un efficace e tempestivo strumento di prevenzione del rischio dell'alcoldipendenza. Modello di formazione professionale proposto già da tempo dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS in collaborazione con la SIA ma che allo stato attuale è privato di finanziamenti e della possibilità di essere razionalmente applicato secondo le modalità stabilite e già collaudate in Europa dal Progetto PHEPA.

È indispensabile investire in ricerca e prevenzione, comunicazione e informazione valida e oggettiva che l'OMS richiama indispensabilmente lontana

da qualunque interesse commerciale. Una funzione delicata, svolta autonomamente, autorevolmente e esclusivamente dai rappresentanti istituzionali per evitare ritorni di immagine da parte dei tanti soggetti che hanno interessi nella produzione, marketing e vendita di alcolici. L'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESP svolge da anni tale funzione che potrà essere mantenuta solo a fronte di finanziamenti, oggi assenti, sottesi allo svolgimento delle attività istituzionali; una funzione resa nell'ottica e nella consapevolezza dello svolgimento di un servizio alla collettività e nell'esigenza di dover garantire le competenze specifiche a supporto del Piano Nazionale Alcol e Salute e del programma "Guadagnare Salute"; un investimento in risorse che è vitale per continuare ad assicurare i flussi informativi, le elaborazioni statistiche, le attività di formazione e soprattutto di prevenzione la cui realizzazione e proseguimento appaiono oggi oggettivamente depotenziati e privati della necessaria incisività che la stessa legge 125/2001 poneva in termini di legge. Un investimento in una cultura della moderazione, del controllo, della precauzione rispetto ad un comportamento estremamente diffuso, il bere, incentrato sull'uso di una sostanza i cui effetti travalicano la sfera personale e possono comportare pregiudizio alla salute e alla sicurezza non dell'individuo che beve ma di chi lo circonda. Cultura apparentemente tutta da costruire nell'interesse della collettività e di una società più sana e protetta dagli effetti negativi dell'alcol.

Bibliografia nazionale

Anderson P., Baumberg B., Scafato E., Codenotti T., Russo R.: L'alcol in Europa: una prospettiva di salute pubblica. In: Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti, Roma, ISFOL, 25-45, 2007.

Beccaria F., Blasutti V., Cau L., Codenotti T., Costamagna F., Rolando S., Scafato E.: La pubblicità delle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto Europeo ELSA. *Alcologia*, 2, 2008.

Consulta nazionale alcol. Alcol e lavoro: la decretazione prevista dall'art. 15 della legge n. 125/2001. In: Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti. Roma, ISFOL, 67-74, 2007.

Consulta nazionale alcol. Criteri di monitoraggio dei problemi alcolcorrelati. In: Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti. Roma, ISFOL, 55-61, 2007.

Consulta nazionale alcol. I pareri della Consulta e delle Regioni. In: Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti. Roma, ISFOL, 89-102, 2007.

Mezzani L., Patussi V., Rossi A., Russo R., Scafato E., Establishing an Italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers. *Substance use & misuse*, 42 (12-13): 1979-1989, 2007.

Scafato E.: La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. *Alcologia*, 2: 80-85, 2008.

Scafato E.: Alcol: epidemiologia e prevenzione in una prospettiva evidence-based di tutela della salute. *ADI magazine*, 4 (12): 497-499, 2008.

Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. *Internal and emergency medicine*, 3 (suppl.): S131-S133, 2008.

Scafato E. (ed.): Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Gruppo di lavoro IPIB; 2008.

Scafato E., Ghirini S.: L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, ed. La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla. Libro Verde. Milano, FrancoAngeli, 33-41, 2008.

Scafato E., Galluzzo L., Gandin C., Martire S., Ghirini S.: Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. *Alcologia*, 1: 28-42, 2008.

Scafato E., Ghirini S., Galluzzo L., Farchi G., Gandin C.: Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. *Rapporti ISTISAN*, 9 (4), 2009.

Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Parisi N.: Consumo di alcol. Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, 51-57, 2008.

Bibliografia internazionale

Anderson P., Gual A., Colom J.: Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia, 2005 <http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf>, accessed 16 August 2009.

Anderson P.: Binge drinking and Europe. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS), 2008a <http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/binge_drinking_report.pdf>, accessed 14 August 2009.

Il documento descrive l'evidenza internazionale sull'efficacia delle misure per contrastare il fenomeno del bere per ubriacarsi, incluse quelle che riguardano i contesti in cui si beve. È pubblicato da Pathways for Health, un progetto cofinanziato dalla Commissione Europea e gestito dal DHS.

Anderson P.: Reducing drinking and driving in Europe. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS), 2008b <http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/drink_driving_report.pdf>, accessed 14 August 2009.

Questo documento fornisce evidenze sull'impatto di politiche su alcol e guida. È stato pubblicato da Pathways for Health, un progetto cofinanziato dalla Commissione Europea e gestito dal DHS.

Anderson P.: Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.

Babor T.F. et al.: AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, second edition. Geneva, WHO, 2001 <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf>, accessed 16 August 2009.

Babor T.F., Higgins-Biddle J.C.: Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva, WHO, 2001 <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf>, accessed 19 August 2009.

Committee on Data Collection, Indicators and Definitions: 1st meeting: Luxembourg, 4 December 2008: summary report. Luxembourg, European Communities, 2008 <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/ev_20081204_mi_en.pdf>, accessed 12 July 2009.

Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol (ELSA), 2009. Welcome to the ELSA website [web site]. Utrecht, ELSA <<http://stap.nl/elsa>>, accessed 12 August 2009.

European Centre for Alcohol Marketing (EUCAM) (2009). EUCAM [web page]. Utrecht, EUCAM, 2009 <<http://eucam.info>>, accessed 12 August 2009. EUCAM riporta regolarmente il trend del marketing nelle regioni Europee, così come descrive le regolamentazioni nelle Regioni.

Gual A. et al.: Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia, 2005 <http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/tripa_training_ok.pdf>, accessed 16 August 2009).

König C., Segura L.: Do infrastructures impact on alcohol policy making? Barcelona, Alcohol Public Health Research Alliance .amphoraproject.net. (AMPHORA), 2009.

Primary Health Care European Project on Alcohol (PHE-PA): Assessment tool report: hazardous and harmful alcohol consumption. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia, 2009 <http://gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/_assessment_tool.pdf>, accessed 16 August 2009.

Rabinovich L. et al.: The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Cambridge, United Kingdom, RAND Corporation, 2009 <http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689>, accessed 12 July 2009.

Science Group of the European Alcohol and Health Forum: Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? A review of longitudinal studies. Luxembourg, European Communities, 2009 <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/science_o01_en.pdf>, accessed 12 July 2009.

The Netherlands Institute for Health Promotion (NIGZ): Getting Evidence into Practice [web page]. Woerden, NIGZ, 2005 <<http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm>>, accessed 23 August 2009.

TNS Opinion and Social: Attitudes towards alcohol. Luxembourg, European Commission, 2007. Special Eurobarometer 272b <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf>, accessed 10 July 2009.

United States Centers for Disease Prevention and Control (US CDC): Healthy places terminology: social capital [web page]. Atlanta, CDC, 2009 <<http://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm#p>>, accessed 30 August 2009.

WHO: WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: report on Phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva, WHO, 2006a <http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf>, accessed 16 August 2009.

WHO: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007 [online database]. Geneva, WHO, 2006b <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>>, accessed 16 August 2009.

WHO: WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use [web page]. Geneva, WHO, 2009a <http://www.who.int/choice/interventions/rf_alcohol>, accessed 11 August 2009.

WHO: Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [web site]. Geneva, WHO, 2009b <<http://apps.who.int/globalatlas>>, accessed 23 August 2009.