

Altri contributi

Alcologia e Promozione della Salute: evidenze, criticità e prospettive *Alcoholology and Health Promotion: evidence, critical issues and perspectives*

Luciano Bondi

Servizio di Alcologia Interdistrettuale USL Umbria 1- Perugia

Parole chiave: alcologia, prevenzione, promozione della salute, efficacia degli interventi

RIASSUNTO

Il consumo di alcol è uno dei maggiori fattori evitabili di rischio per la salute in Italia: è causa di circa 200 diverse malattie, del 7,4% di tutte le disabilità e delle morti premature. Agire sui fattori che influenzano il consumo rischioso e dannoso di alcol costituisce una priorità: le Istituzioni Internazionali di tutela della salute esprimono consenso sulla necessità di adottare un approccio rivolto alla popolazione generale a cui affiancare interventi specifici per le categorie a maggiore rischio, basato su politiche e programmi caratterizzati da requisiti di efficacia e da favorevole rapporto costo/efficacia. La promozione della salute nei giovani costituisce uno dei cardini della prevenzione mirata alla salutogenesi e all'empowerment dei futuri cittadini: risultano efficaci per la prevenzione del consumo di alcolici a rischio gli interventi condotti nell'ambiente scolastico che riguardano più di una componente, utilizzano un approccio interattivo, si basano sui concetti dell'influenza sociale e mirano allo sviluppo delle life skills coinvolgendo il nucleo familiare del ragazzo, la comunità e la scuola.

Key words: alcoholology, prevention, health promotion, evidence-based interventions

SUMMARY

Alcohol use is one of the most important avoidable risk factors for health in Italy, being responsible for about 200 different diseases, 7.4% of all disabilities and premature deaths. Acting on the factors influencing the hazardous and harmful use of alcohol is a priority. International Institutions for health protection express a consensus on the need to adopt an approach which is aimed at the general population and supported by specific interventions for the

Autore per corrispondenza: luciano.bondi@uslumbria1.it

subpopulations with an increased risk, all based on policies and programs with the requirements for effectiveness and cost/effectiveness. Health promotion among young people is a cornerstone of prevention aimed at salutogenesis and the empowerment of future citizens: interventions conducted in the school environment comprising more than one component, using an interactive approach based on the concepts of social influence and aimed at the development of life skills, involving the family, the community and the school are effective for the prevention of the hazardous use of alcohol.

Premesse: alcologia, ecologia sociale e problemi alcolcorrelati

L'Alcologia, nel corso degli ultimi trenta anni, si è sempre più caratterizzata nell'ambito delle discipline scientifiche che si occupano delle conseguenze sulla salute derivanti dall'uso di sostanze psicoattive, promuovendo un approccio che tiene conto della complessità dei problemi e, di conseguenza, della molteplicità delle risposte da attuare per fronteggiarli, contrastarli e prevenirli. Nella fase storica di crisi del modello bio-medico tradizionale di "malattia", con l'affermazione del modello bio-psico-sociale, lo sviluppo della teoria dei sistemi e dell'approccio ecologico-sociale si è iniziato a guardare ai problemi alcol-correlati come un fenomeno complesso e multidimensionale, che considera il consumo di alcol come stile di vita e conseguentemente come determinante di salute della popolazione.

Questo processo ha comportato, in Italia in particolare, una sostanziale modifica nell'approccio da parte degli operatori sanitari impegnati nei servizi che tradizionalmente, per mandato o per prassi clinica, si occupavano del trattamento dell'alcolismo e dei problemi ad esso conseguenti. Sostituire al termine alcolismo l'espressione "problemi e patologie alcol correlate", che comprende tutte le problematiche di carattere fisico, psichico e sociale connesse al consumo di bevande alcoliche, episodico o protratto nel tempo, non riferibili esclusivamente alla condizione di dipendenza, non costituisce soltanto una variazione terminologica: dalla nuova definizione deriva una migliore comprensione della vastità dei problemi e della complessità degli interventi necessari a contrastarli. Secondo questa visione l'alcolismo rientra in un concetto più vasto di comportamento - stile di vita degli individui, delle loro famiglie e della comunità in cui vivono. Sostenendo il concetto di alcolismo come stile di vita e non come malattia si è avviato un processo culturale di superamento del confinamento dei problemi alcol-correlati alla categoria dell'abuso e della dipendenza: riconoscere che l'alcolismo è una delle espressioni del comportamento del bere, che costituisce un rischio in sé, non significa né condurre una lotta preconcetta all'alcol o al vino della dieta mediterranea o della cultura occidentale, né promuovere un nuovo proibizionismo, ma sottolineare la necessità di confrontarsi con la realtà e la diffusione dei problemi provocati dall'alcol, ammettendo le conseguenze variabili delle diverse quantità e modalità di consumo, inclusi gli episodi di intossicazione acuta.

È però importante considerare la relazione di contiguità e continuità tra questi aspetti, che porta a riconoscere che il comportamento del bere bevande alcoliche, come altre attività che provocano piacere, richiede una attenzione critica: l'ecologia sociale e l'approccio sistemico

permettono di superare il rapporto esclusivo individuo-sostanza, consentendo di focalizzare l'attenzione sulla persona nella sua totalità e complessità, che comprende i suoi livelli di integrazione e le relazioni sociali.

Il recupero e la valorizzazione della dimensione comunitaria delle persone costituisce la base per l'approccio di comunità: l'alcolologia si può definire come una modalità di intervento multidisciplinare e multiprofessionale in cui viene promossa la piena partecipazione delle persone e della comunità che, a partire dalla definizione del loro rapporto con l'alcol, diventano protagonisti di un processo di autotutela e promozione della salute (1).

Tale definizione non contrasta con quella, più sintetica, di stampo psico-socio-antropologico che la individua nello studio del rapporto tra uomo e bevande alcoliche, alla pari delle scienze che studiano le relazioni tra gli umani e tra questi e il mondo materiale che li circonda (2).

I problemi e le contrapposizioni aumentano nel momento in cui si confrontano le politiche che caratterizzano i programmi di presa in carico e trattamento dei problemi alcol-correlati con quelle dei programmi di promozione della salute: se si ritiene che i problemi riguardino solo, o prevalentemente, le persone che assumono alcolici con modalità di "abuso" o "dipendenza", allora l'obiettivo a cui si guarda è la ricerca e la promozione di rapporti equilibrati con l'alcol, con la necessità di definire, su basi scientifiche corrette e aggiornate, quello che si intende come consumo "moderato", sia a livello individuale che sociale.

Il consumo di alcolici riassunto nel concetto di moderato, responsabile o "mediterraneo", non soltanto è socialmente accettato dalla nostra cultura ma viene proposto come componente, se non essenziale, quantomeno importante per un buono stato di salute, tanto consigliabile da trovare posto nelle piramidi alimentari. Sono tuttavia emerse evidenze che anche un consumo "moderato" di bevande alcoliche possa rappresentare un comportamento a rischio per la salute, non essendo possibile identificare un livello di consumo sicuro: anche un quantitativo di alcol corrispondente a meno di una unità alcolica (pari a 12 g di alcol, 1 bicchiere di vino o equivalenti) al giorno è in grado di aumentare il rischio di varie patologie. È necessaria pertanto maggiore attenzione alla comunicazione delle presunte quantità e qualità salutistiche delle bevande alcoliche, cercando di non consigliarne il consumo come modalità preventiva nei confronti, ad esempio, delle malattie cardiovascolari e dell'invecchiamento (3).

La massima attenzione va posta soprattutto nella programmazione degli interventi di promozione della salute, che debbono sempre rispondere ai requisiti di buone pratiche, caratteristiche degli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi, i valori, le credenze e le prove di efficacia, ben integrati con i contesti ambientali, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione (4).

Nella scelta degli interventi non bisognerebbe dare per scontato che buoni interventi, basati su buone teorie e buone intenzioni, diano sempre buoni risultati (5); in altri termini, la valutazione approfondita degli obiettivi raggiunti nel breve-medio e lungo termine deve costituire necessariamente l'elemento qualificante della loro efficacia, che è premessa per la loro riproducibilità.

Alcol e salute in Italia

L'alcol è uno dei maggiori fattori di rischio evitabili per la salute in Italia. La dipendenza da alcol, fenomeno in costante crescita tra i giovani e i giovani adulti, va vista come l'esito finale, ma non esclusivo, di un comportamento che può comportare un ampio spettro di problemi e patologie correlate. L'alcol è causa di circa 200 diverse malattie, del 7,4% di tutte le disabilità e delle morti premature (6). Sotto il profilo della salute pubblica è ormai acquisito che la distinzione fra uso e abuso di alcol, oggi più correttamente sostituito con il termine introdotto dall'ICD 10 di consumo rischioso e / o consumo dannoso, sia poco sostenibile ai fini delle raccomandazioni istituzionali per la tutela della salute. Le strategie internazionali e nazionali rivolte alla riduzione del danno alcol-correlato nella popolazione richiamano l'attenzione sul rischio connesso all'insorgenza di numerose patologie (fra cui il cancro), quantificabile anche per l'assunzione di quantità di alcol inferiori a 10-12 g. di alcol giornalieri: meno di un bicchiere di vino o di un boccale di birra (7).

Agire sui fattori che influenzano il consumo rischioso e dannoso, causa dei problemi, delle patologie alcol correlate e dell'alcol dipendenza non è facile: le Istituzioni Internazionali di tutela della salute esprimono un consenso sulla necessità di adottare un approccio di popolazione generale a cui affiancare quello per la popolazione a maggiore rischio (8), basato su politiche e programmi caratterizzati dai requisiti di efficacia e di favorevole rapporto costo/efficacia (9). Intervenire sull'alcol dipendenza ha un senso ai fini della necessaria diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi gravi, ma prevenire la comparsa di tutti i problemi conseguenti all'assunzione di alcolici costituisce una priorità di salute pubblica indicata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Comunità Europea e dalle Direttive nazionali: Piano Nazionale Alcol e Salute, Programma Guadagnare Salute, Piano Nazionale e Piani Regionali di Prevenzione (10).

L'obiettivo della prevenzione delle conseguenze negative per la salute alcol-correlate nella popolazione generale può essere conseguito attraverso la riduzione dei consumi medi pro-capite, sostenuta da una riduzione dei consumi individuali; l'obiettivo consiste nel riportarli e contenerli entro i limiti massimi di 10-12 grammi giornalieri per le donne e 20-24 per gli uomini adulti. L'OMS nelle sue indicazioni è anche più categorica, affermando che le Linee Guida sull'Alcol dovrebbero semplicemente ribadire che non esiste un livello di sicurezza minimo nel consumo di alcolici e che quindi "meno è meglio", rifuggendo dalla tentazione di indicare soglie che, ad oggi, non supportano i livelli di tutela della salute e di sicurezza nell'individuo e della collettività (11); viene anche rimarcato che qualunque forma di comunicazione relativa al consumo di alcolici, in particolare quella istituzionale di prevenzione collettiva, dovrebbe sempre ispirarsi al principio di precauzione ed essere sempre contestualizzata per sesso, età, contesti e circostanze (12), indicazione solo parzialmente recepita.

La definizione della quantità giornaliera di alcolici da non superare consente di stimare la popolazione degli individui che, a fronte di consumi rilevati eccedenti tali limiti, sono da

considerare a maggior rischio per conseguenze negative sulla loro salute e quindi suscettibili di un intervento.

Nel corso degli anni in Italia si è registrato un progressivo incremento degli astemi sia tra i maschi (attualmente 1 su 5) che per le femmine (1 su 2); sono diminuiti i consumatori giornalieri in entrambi i sessi, e sono aumentati quelli occasionali fra i maschi. Tali processi hanno contribuito alla riduzione del consumo medio pro-capite di alcol, che si è attestato a 6,1 litri /anno; questa riduzione non sembra però aver riguardato la quota di consumatori definibili “heavy drinkers”, cioè delle persone che assumono alcolici con le modalità di consumo dannoso di alcol secondo la definizione dell’OMS: “consumo giornaliero e persistente di oltre 40 g. di alcol per le donne e oltre 60 g. per gli uomini, che causa un danno per la salute – fisica o psichica – registrabile clinicamente”.

Nonostante le difficoltà riscontrate nella standardizzazione delle definizioni utilizzate, un’analisi recentemente condotta in alcuni Paesi dell’OCSE, mostra che il consumo di bevande alcoliche tende a essere concentrato nel 20% della popolazione che beve di più, con qualche variazione tra Paesi: il 20% dei forti bevitori in Ungheria ad esempio consumano circa il 90% di tutto l’alcol consumato, mentre in Francia la quota è di circa il 50%.

Nel nostro paese le rilevazioni annuali ISTAT e ISS consentono di valutare, su circa 8 milioni di consumatori di alcolici a rischio di età superiore a 11 anni, in circa 460.000 i maschi che consumano giornalmente più di 5 unità (pari a 5 bicchieri / 60 g) di bevande alcoliche, da aggiungere alle 260.000 donne che assumono giornalmente più di 3 unità (13). Appare evidente la consistenza di tale popolazione che, per la presenza di un danno registrabile clinicamente, si pone nella categoria diagnostica della patologia alcol correlata, compresa nel più vasto capitolo degli Alcohol Use Disorders, che richiederebbe una verifica di approfondimento per un eventuale percorso terapeutico e / o riabilitativo da parte del Servizio Sanitario.

È opportuno ricordare che il DSM-5 ha compreso la dipendenza da alcol nell’ambito più ampio del disturbo da uso di alcol (14), rendendo ipotizzabile l’utilizzo come suo sostituto della categoria diagnostica “uso pesante e continuato nel tempo di alcol”, definibile sulla base di un consumo giornaliero di alcol superiore alle quantità riportate per la definizione del consumo dannoso (15).

Approccio al consumo rischioso e dannoso di alcolici

Se si considera che nel 2014 sono stati “solo” 20.200 i nuovi utenti che si sono affiancati ai 52.000 già in carico ai Servizi di Alcologia del SSN (16), è evidente lo squilibrio (1/10) tra utenti osservati e utenti attesi sulla base dello status di consumatore dannoso di alcol. Questo comporta la necessità di adeguare l’offerta assistenziale e di trattamento attualmente disponibile nei Servizi di Alcologia, ma soprattutto occorre ampliare l’identificazione del sommerso e favorire l’emersione dei disturbi da uso di alcol, nuova categoria diagnostica di riferimento. Per questi obiettivi è necessario attuare iniziative e programmi di Identificazione Precoce e Inter-

vento Breve: le persone sono spesso poco consapevoli di ritrovarsi in una classe di rischio per la loro salute dalla quale è possibile uscire se intercettate precocemente da competenze mediche formate e attente alla valutazione delle abitudini di consumo alcolico.

Occorre coniugare la tempestività di diagnosi con un intervento, definito breve in riferimento alla sua durata, solitamente non eccedente i 5-10 minuti, dedicato a comunicare la condizione di rischio e le sue possibili soluzioni: l'intervento breve formalizza e standardizza la normale interazione dialettica medico-paziente, con la finalità di facilitare e sollecitare un cambiamento comportamentale della persona verso uno stile di vita sano, evitando anche che, con il tempo, si possa sviluppare una dipendenza.

In Italia, rispetto al resto dei Paesi europei, è ancora scarsa l'implementazione dell'approccio integrato "Identificazione Precoce e Intervento Breve": solo il 30% dei medici dichiara di conoscere gli strumenti per lo screening del consumo dannoso e dell'alcoldipendenza e, tra questi, soltanto una metà li utilizza nella propria pratica clinica (17).

Questi dati critici sono confermati da quelli forniti dal Sistema di sorveglianza nazionale PASSI, che riguarda la popolazione di età tra i 18 e i 65 anni: solo il 14% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul suo consumo di alcol, e questo riguarda solo il 6% della popolazione con consumo di alcol a rischio: tra i fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol rappresenta l'abitudine a cui gli operatori sanitari dedicano minor attenzione. Si rende quindi necessario attuare un sistema integrato di gestione delle patologie e delle problematiche alcol-correlate più adeguato, efficace ed efficiente, capace di ricomprendere in una rete più ampia varie professionalità. Questo orientamento è comune a diversi progetti che si sono svolti nell'ultimo decennio nell'ambito Europeo e, parzialmente, anche in Italia: dal Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), all' Optimizing Delivery of Health care Interventions (ODHIN), al Brief Interventions to Address Alcohol Use Disorders in Primary Health Care, Workplace Health Services, Emergency Care and Social Services (BI-STAIRS) all' Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project (ALICE-RAP), che hanno promosso strategie per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche in cui l'alcol è considerato anche in funzione dell'alcol dipendenza, ma soprattutto come determinante di danno e di rischio in vasti strati di popolazione, per i quali gli strumenti da privilegiare sono costituiti dall'intercettazione precoce e il sostegno al cambiamento del comportamento a rischio.

Se si considerasse soltanto il consumo di alcol pro-capite come indicatore dell'entità dei problemi alcol correlati, si dovrebbe essere soddisfatti di quanto avvenuto negli anni: l'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio pro capite più elevato, nel 2010 e per il terzo anno consecutivo ha presentato il valore più basso tra tutti i 28 Paesi dell'UE con 6,1 litri /anno, vicino a quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015: 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore. Si può affermare che l'obiettivo della riduzione dei consumi di alcolici del 25%, proposto per

l'anno 2000 nel Piano d'Azione Europeo per l'alcol presentato dall'Ufficio Regionale dell'OMS nel 1992 (18), è stato ampiamente raggiunto e che il trend positivo sta proseguendo (16).

In realtà questo dato, confrontato con la sostanziale stabilità della quantità di alcol prodotto, con l'aumento della quota di popolazione che si definisce astemia e di quella che assume alcolici con modalità binge (5-6 unità di alcolici in un'unica occasione), fa pensare ad un maggiore problema derivante dalla redistribuzione delle quantità consumate tra coloro i quali scelgono di bere (19). Risultano anche poco modificati i consumi delle categorie più vulnerabili come i minori, i giovani e gli anziani.

Nel corso dell'ultimo decennio sono stati elaborati e pubblicati, a livello europeo, diversi documenti che individuano obiettivi e strategie di prevenzione riguardanti l'alcol in una prospettiva di salute pubblica, stimando anche l'impatto delle varie politiche alcoliche (20-21).

Ad oggi rivestono una particolare rilevanza la Strategia Comunitaria 2006-2012 per la riduzione dei danni alcol correlati - European Alcohol Action Plan (22), la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol (Global Strategy on Alcohol) e il Piano di azione OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020, nel quale è proposto l'obiettivo della riduzione del consumo dannoso di alcol pari al 10% (23).

Un altro documento di riferimento è costituito dal Piano di Azione Europeo per l'Alcol 2012-2020 (24), che propone una strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol individuando cinque obiettivi principali:

1. aumentare la consapevolezza globale dell'entità dei problemi di salute, sociali ed economici causati dal consumo dannoso di alcol, e aumentare l'impegno dei governi ad agire per affrontarlo;
2. rafforzare la base di conoscenza sull'entità e i determinanti dei danni alcol-correlati e sugli interventi efficaci per ridurre e prevenire tali danni;
3. assicurare maggiore sostegno tecnico e una maggiore capacità a prevenire il consumo dannoso di alcol e gestire i disturbi associati al consumo di alcol;
4. rafforzamento dei partenariati, miglior coordinamento tra gli stakeholder e maggiore mobilitazione di risorse per azioni concertate e appropriate volte a prevenire il consumo dannoso di alcol;
5. migliorare i sistemi di monitoraggio e controllo a vari livelli, con diffusione e applicazione delle informazioni per il sostegno e lo sviluppo delle politiche e per scopi di valutazione.

Su queste premesse vengono distinte 10 aree target, in cui sviluppare gli interventi:

1. leadership, consapevolezza e impegno nella realizzazione di politiche globali e intersettoriali nazionali;
2. risposta dei Servizi Sanitari;
3. azioni comunitarie con obiettivo di promuovere il cambiamento del comportamento collettivo;

4. politiche e contromisure per la guida sotto effetto dell'alcol;
5. regolazione della disponibilità commerciale o pubblica di alcol;
6. marketing delle bevande alcoliche, regolamentazione delle tecniche di pubblicità e di promozione;
7. politiche dei prezzi;
8. riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol;
9. riduzione dell'impatto della produzione illegale e informale di alcol sulla salute pubblica;
10. monitoraggio e sorveglianza, con sviluppo di sistemi sostenibili di informazione.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 ha fatto proprio l'approccio di popolazione del precedente Programma Ministeriale Guadagnare Salute, individuando un numero limitato di macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni; ha rinnovato l'attenzione alla prevenzione delle malattie cronico-degenerative, che spesso hanno in comune alcuni fattori di rischio correlati a comportamenti individuali modificabili, come l'uso dannoso di alcol; nel macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili" si prevede tra le strategie mirate all'individuo la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico - assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. In questa prospettiva, l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio e la loro presa in carico da parte del Sistema Sanitario risulta essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili: tra le azioni suggerite vi è l'applicazione dello strumento di Identificazione Precoce e Intervento Breve nel consumo a rischio e dannoso di alcol (IPIB), da attuarsi nei contesti sanitari "opportunistici": ambulatori dei MMG, attività dei Medici Competenti, Consultori, Medicina dello Sport ecc.

Nel nostro Paese si è sviluppata negli anni la consapevolezza che per realizzare l'obiettivo di ridurre la prevalenza dei problemi alcol correlati, gli interventi medici non siano sufficienti, se non rinforzati da interventi preventivi di salute pubblica, basati su un approccio di comunità (25).

Sono stati realizzati, tra il 1999 e il 2006, progetti di intervento in 10 comunità, che hanno interessato complessivamente più di 120.000 persone, utilizzando un approccio sistemico basato sul coinvolgimento attivo dei leader della comunità, delle istituzioni e delle organizzazioni di volontariato, con l'obiettivo di ottenere cambiamenti degli atteggiamenti nei confronti del bere nella popolazione oggetto dell'intervento, misurato attraverso la variazione del consumo individuale di alcol. La valutazione conclusiva ha consentito di documentare una riduzione significativa di tale indicatore, confrontato con la stabilità del consumo riferito dai gruppi di controllo (26-27).

Pur non potendo generalizzare, da questi risultati, sull'assoluta efficacia e riproducibilità di tali modelli di intervento, va sottolineato che sono stati registrati effetti positivi e misurabili su

popolazioni residenti in tutto il territorio nazionale, sulla base di un approccio che, attraverso interventi che possono modificare l'ambiente sociale promuovendo i processi decisionali delle persone riguardo ad un range di comportamenti a rischio per la loro salute (fumo, sedentarietà, consumo di alcol), si propone di raggiungere un reale empowerment della comunità, che si mantiene e si può sviluppare ulteriormente nel tempo.

Gli interventi di comunità hanno anche il vantaggio di coinvolgere più facilmente la popolazione più anziana, che deve essere aiutata a superare le difficoltà soprattutto culturali che ostacolano l'adeguata percezione dei rischi correlati al consumo alcolico più tradizionale, ricevendo istruzioni chiare e sicure sui limiti da rispettare per un consumo di alcol realmente moderato, in relazione all'età, al genere, alle patologie più frequenti ed ai farmaci assunti.

Per tale finalità possono dare un importante contributo gli operatori socio-sanitari, tramite una formazione che li renda consapevoli della specificità del rischio alcol per le persone anziane e offra loro adeguati strumenti per aiutare gli anziani al rispetto dei parametri di consumo prescritti. Più in generale, gli operatori sanitari e in particolare i medici di medicina generale possono svolgere un importante ruolo di prevenzione per tutte le categorie di popolazione, dedicando una maggiore attenzione ai consumi alcolici dei propri assistiti.

Consumo di alcol e promozione della salute dei giovani

L'Italia si è allineata al nuovo Piano di Azione Europeo per l'Alcol 2012-2020 con l'introduzione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, che il Piano propone agli Stati Membri nell'ambito della specifica area strategica finalizzata alla riduzione della disponibilità dell'alcol.

Questa misura non può certamente risolvere da sola il problema della pericolosità del consumo di alcol nei giovani, minori e no: da diverse interpretazioni sembra però che il problema alcol riguardi solo i giovani colpevoli di aver perso o "tradito" il modello della tradizione mediterranea del bere moderato, analizzando il problema con la contrapposizione, più o meno moralistica, tra gli schieramenti dei "tolleranti" contrapposti ai "proibizionisti", ovvero delle differenze tra culture "bagnate" contrapposte a quelle "asciutte". Non si tiene conto che le crociate a favore o contro determinati comportamenti, tradizioni o innovazioni bloccano solo i processi di crescita, creando irrigidimenti in favore di uno stallo, spesso ipocrita, culturale e sociale.

La promozione della salute fra i giovani costituisce uno dei cardini della prevenzione mirata alla salutogenesi e all'empowerment dei futuri cittadini adulti: promuovere salute, anche nei termini di un modello alimentare e nutrizionale, significa individuare le strategie e i mezzi per promuovere alimenti e prodotti sani, attraverso una informazione valida e corretta ed un'azione, anche commerciale e di mercato, mirata a favorire scelte informate e soprattutto salutari.

Occorre ricordare che l'alcol è una delle poche sostanze che, in funzione della sua tossicità diretta, raggiunta nei giovani e nei minori anche attraverso l'assunzione di piccole quantità, comporta un rischio immediato in termini di morbosità (intossicazione acuta), disabilità e

mortalità prematura (incidenti stradali) anche nel caso isolato di cattiva interpretazione di un comportamento più o meno normalizzato dalla società. Per queste ragioni diventa sempre più necessario affrontare la complessità delle problematiche del “bene-essere” inteso come diritto inalienabile dei cittadini in un modo nuovo, svincolato da preconetti ideologici (28).

È un dato di fatto, confermato dalla letteratura nazionale e internazionale, che esistano differenze nelle modalità del bere da parte dei giovani, legate al contesto in cui si trovano: ogni contesto sociale è caratterizzato da un insieme di regole e di norme che definiscono come e quanto è appropriato bere, così come sottendono differenti motivazioni per bere (29-31).

Vengono riportate suggestive interpretazioni psicologiche che vedono nell’assunzione di alcolici da parte dei giovani un modo non tanto per dimenticare i problemi, ma per rinnegarli, creandosi un’illusione di vita che prescinde dalla realtà; con l’alcol si rincorre il piacere come una forma di fruizione concreta e istintiva, un modo di inseguire un mondo privo di frustrazioni che si trasforma spesso in dipendenza dalla sostanza (32).

Sono più che condivisibili le considerazioni sulle difficoltà che si incontrano nei programmi di promozione della salute nei giovani, che pongono l’esigenza di superare il concetto di rischio e l’approccio centrato sul negativo per promuovere il positivo, le potenzialità sociali, dell’ambiente e della persona, con l’obiettivo della conquista e del mantenimento dell’equilibrio, del bene-essere (33); la stessa definizione del concetto di rischio e la sua percezione da parte dei giovani può risultare discordante da quella riportata dagli adulti, anche da quelli responsabili di funzioni educative, e comprende i concetti di avventura-coraggio, vuoto, sfida, trasgressione, mettersi in mostra, essere notati, essere parte del gruppo (34).

Spesso poi nella progettazione e conduzione degli interventi non si tiene conto dei paradossi della prevenzione rivolta ai giovani (35):

- il primo è costituito dalla continua proposta di campagne di natura esortativa, nonostante siano risultate inefficaci (quando non controproducenti);
- il secondo riguarda l’oggetto della prevenzione: si continuano a proporre campagne su singoli rischi (alcol, fumo, droghe, bullismo, gioco d’azzardo) nonostante la dimostrazione che i comportamenti a rischio tendono ad essere tra loro associati o a sostituirsi nel tempo;
- il terzo riguarda la necessità di effettuare interventi integrati nel contesto in cui i ragazzi vivono, che contrasta con la tendenza a privilegiare gli interventi rivolti ai singoli, ad alto rischio o problematici.

A queste considerazioni si dovrebbe aggiungere la necessità considerare l’efficacia degli interventi di prevenzione prima della loro attuazione, che dovrebbe essere basata sull’evidenza dimostrata (36-37), non sempre scontata alla luce della revisioni sistematiche, che analizzano pochi interventi condotti sul territorio nazionale e ancor meno li valutano tra quelli efficaci (38-39).

I progetti condotti negli ultimi anni sul territorio nazionale hanno tenuto in considerazione l’importanza del coinvolgimento dei giovani studenti nelle fasi di progettazione, di implementazione, di sviluppo e di valutazione (40). Sono risultati efficaci per la prevenzione

del consumo di alcolici a rischio gli interventi condotti nell'ambiente scolastico che contengono più di una componente, quelli che utilizzano un approccio interattivo, che si basano sui concetti dell'influenza sociale e mirano allo sviluppo delle life skills (41-42); i programmi di prevenzione più efficaci sono quelli che coinvolgono il nucleo familiare del ragazzo, la scuola e la comunità. Le campagne di comunicazione si rivelano inefficaci se non sono inserite all'interno di strategie che comprendano anche misure regolatorie del consumo: tra queste, la più efficace è l'innalzamento dell'età minima all'acquisto di alcolici, soprattutto ai fini della riduzione degli incidenti stradali alcol-correlati, sui quali può anche influire l'attribuzione della responsabilità legale al venditore e somministratore di alcolici. Le avvertenze riguardanti i rischi alcol-correlati sulle etichette delle bevande alcoliche sembrano accrescere la conoscenza del rischio anche tra gli adolescenti, senza tuttavia modificarne sostanzialmente i comportamenti (43-44).

Nella fascia di popolazione giovanile si sta assistendo sempre più al cambiamento del consumo alcolico femminile, che tende alla omologazione con i maschi nella assunzione di comportamenti a rischio. Si pone pertanto l'esigenza di curare maggiormente l'informazione delle donne sulla specificità dei rischi nel consumo dell'alcol, sia in relazione alla propria salute che a quella del feto (sviluppo della Sindrome Feto-Alcolica – FAS): a tutte le donne in gravidanza dovrebbero essere offerte dai competenti servizi socio-sanitari informazioni e consigli specifici per evitare di bere, secondo quanto raccomandato dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati e dal Piano di Azione Europeo per l'Alcol.

L'Italia ha partecipato attivamente ai lavori per la predisposizione del Piano di Azione Europeo sulla prevenzione dei danni alcol correlati nei settori del bere giovanile e del bere pesante episodico "Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)", pubblicato nel 2014; il Piano indica sei aree di azioni prioritarie:

1. ridurre il binge drinking;
2. ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani;
3. ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al marketing delle bevande alcoliche;
4. ridurre il danno da alcol in gravidanza;
5. assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani;
6. supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 ha individuato in due macro obiettivi le strategie di prevenzione da attuare per la fascia di popolazione giovanile: sia il macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche Non Trasmissibili" che quello "Prevenire la dipendenza da sostanze" prevedono azioni svolte in setting specifici per giungere ad incidere sulla popolazione giovanile (scuole, famiglie, luoghi di svago). Le strategie individuate sono focalizzate sullo sviluppo di potenzialità delle capacità personali (ad esempio delle competenze socio-emotive e relazionali) e su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi della "life skills education" e della "peer education"; si propone la diffusione di un approccio educativo centrato sul potenziamento dei

fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Per gli interventi sui determinanti ambientali sono indicate le strategie che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze nel quadro di un approccio di promozione della salute, che comprendono anche interventi di comunicazione, attraverso vecchi e nuovi media, e di marketing sociale, volti alla de-normalizzazione dell'uso di alcol.

Considerazioni conclusive

Confermare oggi le peculiarità dell'approccio alcologico nell'ambito socio sanitario e in particolare nell'ambito della promozione della salute potrebbe sembrare superfluo e superato dal continuo succedersi dei cambiamenti socio-economici, che si affiancano a quelli che riguardano i comportamenti e le abitudini individuali.

Si rilevano sempre più spesso le criticità del nostro Sistema Sanitario e si discute della sua sostenibilità, proponendo misure per renderlo più efficiente ed efficace: è stato stimato che nell'anno 2013 si sono persi 23,6 miliardi di euro in corruzione, sprechi e inefficienze, pari al 23% della spesa sanitaria nazionale: in un paese che investe in prevenzione soltanto lo 0,5% della spesa sanitaria, riconoscere l'importanza della Promozione della salute in quanto potenziamento delle risorse delle persone e della comunità, concetto che in campo alcologico è noto e acquisito da tempo, costituisce ancora oggi un obiettivo da raggiungere.

Il consumo di alcol, alla pari di altri comportamenti a rischio per la salute, costituisce un comportamento che le persone attuano, mantengono o modificano nel tempo sulla base di scelte personali o di sollecitazioni ambientali, familiari e sociali; non diversamente da altri comportamenti di assunzione di sostanze psicoattive, il consumo di alcol può portare a una condizione di dipendenza. Le conseguenze di questo comportamento sulla salute delle persone sono così rilevanti che non si può mettere in dubbio che diminuire il carico di problemi e malattie causate dall'alcol costituisce una priorità, anche nel nostro Paese.

Sono state individuate le misure di politiche da mettere in atto per realizzare questo obiettivo, e tra queste le più efficaci riguardano la regolamentazione ambientale del consumo di alcolici (prezzi, disponibilità, età minima di assunzione, legislazione alcol-guida) e gli interventi individuali sulla popolazione a rischio.

I programmi educativi e di prevenzione nelle scuole dovrebbero essere concepiti e condotti coinvolgendo i giovani studenti e i loro insegnanti già dalla fase di progettazione; vanno proposti soltanto gli interventi di provata efficacia, escludendo le iniziative limitate all'informazione. Va sempre ricordato che le persone, soprattutto quelle che hanno acquisito un comportamento piacevole o "adattivo" personale e/o sociale, come è il bere alcolici, non lo modificano facilmente soltanto sulla base di una informazione, anche se scientificamente corretta e trasmessa in maniera emotivamente persuasiva: questo vale nel rapporto terapeutico individuale ma anche nei programmi e negli interventi di salute pubblica, che riguardano l'intera comunità.

BIBLIOGRAFIA

1. Editoriale: L'Alcologia tra passato e presente. *Alcologia* 2014; 18: 4-6.
2. Cottino A. L'alcologia in una prospettiva multidisciplinare. *Salute e Società* 2010; IX 3 (suppl.):175.
3. Ghiselli A. Consumo consapevole o, meglio, astensione consapevole? *Alcologia* 2011; 10: 5-8.
4. Kahan B, Goodstadt M. The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. *Health Promotion Practice* 2001; 2: 6-7.
5. Faggiano F. L'alcologia in una prospettiva multidisciplinare. *Salute e Società* 201; IX 3 (suppl.): 185.
6. Scafato E. Alcol e danno alla salute. *Alcologia* 2015; 23: 17-24.
7. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Study: Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011; 342: d1584.
8. Scafato E Alcol e alcol dipendenza: cura della persona, cura della malattia. *Alcologia* 2013; 16: 8-9.
9. Anderson P, Chisolm D, Fuhr DC Alcohol and Global health. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programs to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; 373:2234-46.
10. WHO Regional Office for Europe: European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
11. WHO Regional Office for Europe: Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
12. WHO Regional Office for Europe: Handbook for action to reduce alcohol – related harm. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
13. Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L et al. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle regioni. *Rapporti ISTISAN* 2016;16/4.
14. Schuckit M, Grant BF. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *Am.J.Psychiatry* 2013; 170: 834-51.
15. Rehm J, Marmet S, Anderson P et al. Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use? *Alcohol and Alcoholism* 2013; 48(6): 633-640.
16. Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria: Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001- 2015. Roma; 2016.
17. Scafato E, Gandin C, Ghirini S. et al. A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in primary health care: the European Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA) project. *Addiction Science and Clinical Practice* 2013; 8 (Suppl.1) A 66.
18. Ufficio Regionale Europeo-OMS: Alcol: un piano d'azione europeo. Trad. It. 1994.Trento: Centro Studi e documentazione sui problemi alcol correlati, pp 3-21.
19. Scafato E. L'alcol in Italia: l'impatto sociale e sanitario delle culture emergenti e l'esigenza di rinnovati modelli di prevenzione. *Alcologia* 2010; 9:18-20.
20. Anderson P, Baumberg B Alcohol in Europe: A Public Health Perspective-Report to the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies; 2007.
21. Editorial. Building a pan-European alcohol policy research competence. *Addiction* 2011; 106 (Suppl 1): V-VI.
22. European Alcohol Action Plan 2006. Trad.it. Scafato E, Codenotti T, Russo .R Alcol: le strategie di prevenzione della Comunità Europea – ISS Roma 2007; pp 3-45.
23. WHO Regional Office for Europe: European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. WHO 2012. Trad. it. Scafato E – ISS Roma; 2013.
24. World Health Organization: Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol 2012. Trad.it. ISS – ONA Roma; 2013: pp11-50.
25. AAVV Progetto Skipper. L'approccio di comunità in ambito alcologico: l'esperienza della Provincia di Pistoia. *Quaderni di Alcologia –Alcologia* 2010 ; 8 (Suppl): 21-58.

26. Bagnardi V, Sorini E, Di Salvatore D et al. "Alcohol, less is better" project: outcomes of an Italian community-based prevention program on reducing per-capita alcohol consumption. *Addiction* 2010;1-9 doi:10.1111/j.1360-0443.
27. Sorini E, Bagnardi V, Di Salvatore D. et al. Progetto "Alcol, meno è meglio": risultati di un programma italiano di prevenzione per la riduzione dei consumi pro-capite basato su un approccio di comunità. *Mission* 2014; 41:29-50.
28. Patussi V, Alunni F. Lobbying e advocacy al servizio della promozione del diritto universale al benessere. *Alcologia* 2009; 5:5-7.
29. Altamura M, Beccaria F, Cottino A, Guidoni O. Giovani e alcol in una cultura bagnata: tra ricerca e intervento. *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute* 2004; 27(1): 36-53.
30. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool: Adolescenti e alcool-Indagine in cinque città metropolitane 2014. *La Salute Umana* 2015; 253:5-11.
31. Aresi G, Marta E. Significati e valenze dell'uso di alcol nel divertimento notturno dei giovani. *Alcologia* 2015; 24:47-48.
32. Baldini T. Dipendenze e psiche. L'alcool come riempitivo dell'anima. *La Salute Umana* 2015; 253:4.
33. Modolo MA. L'attenzione all'alcol nei programmi di promozione dell'agio e della salute dei giovani. *Salute e Società* 2010; IX-3 (Suppl.):141-157.
34. Marmocchi P, Strassari E, Foresti M. Una ricerca azione sui comportamenti a rischio degli adolescenti. *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute* 2009; 22(1):48-60.
35. Carbone P. Risk and Youth: ambiguities and paradoxes. In Buhringer G et al. *I giovani a rischio in Italia e in Europa. Quaderni dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool* 2001; 13.
36. Sackett DL The arrogance of preventive medicine. *Can Med Association Journal* 2002; 167:363-364.
37. Faggiano F, Allara E, Giannotta F et al. Europe Needs a Central, Transparent and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions. *PLOS Medicine* 2014; 11(10): e 10001740,1-6.
38. Chinnock P, Ker K. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 3, CD005244.
39. Grisci C, Grigioni S, Ribiscini S, Pocetta G. Prevenzione e promozione della salute nei confronti del consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani: evidenze, strategie e ruolo dei mass media. *Alcologia* 2015; 24:53-54.
40. Mosti A. I giovani per i giovani: diario di bordo di un progetto nazionale di prevenzione alcologica nella scuola. *Salute e Società* 2010; IX (suppl.3):187-202.
41. Anderson P, de Bruijn A, Angus K et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol* 2009; 44: 229-43.
42. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programs for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health* 2012; 132(3): 128-134.
43. Coppo A, Allara E, Faggiano F Strategie di contrasto al bere alcolico a rischio. *Alcologia* 2015; 24: 50-51.
44. European Commission: Drug prevention and information 2007-13 TRIP - Testing in Recreational-settings prevention-Interventions addressed to Polydrug-users. Online: [synergia-net.it/uploads/attachment/efficacy analysis 1359566343.pdf](http://synergia-net.it/uploads/attachment/efficacy_analysis_1359566343.pdf).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno