

Bere a rischio

Uso e abuso di alcol tra i giovanissimi

a cura di

Chiara Barlucchi, Roberto Ricciotti e Marco Zelano

INDICE

Presentazione.....	3
Meglio un minuto in più che una vita in meno.....	4
LA RICERCA.....	7
La ricerca e la sua metodologia	8
La dimensione del fenomeno in Italia e in Europa	13
CONTRIBUTI.....	75
La legislazione in ambito di problemi e patologie alcolcorrelate.....	76
Alcol e giovani: uso e abuso.....	95
Consumo di alcol tra i giovani: evidenze scientifiche e responsabilità del mondo degli adulti.....	106
Giovani e alcol: i figli della “tradizione mediterranea”.....	118
La rilevazione di dati soggettivi in alcologia: un modello per adolescenti	127
Giovani e alcol.....	141
Alcol, ragazzi e ragazze e violenze interpersonali	150
Voci distinte per un impegno comune	158
APPENDICE	180
Cocktail Minori e Alcol nella stampa nazionale. Brani e articoli pubblicati dalla stampa nazionale nel 2005.....	181
Principale normativa di riferimento a livello europeo e nazionale.....	189
Bibliografia e Filmografia	213
Come calcolare facilmente il tasso alcolemico.....	224

PRESENTAZIONE

La ricerca su l'uso e l'abuso di alcol tra i giovanissimi, commissionata dal Ministero della Solidarietà sociale al Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, nasce da un forte interesse ad approfondire gli aspetti caratterizzanti e problematici di un fenomeno che con l'andare del tempo acquisisce tonalità sempre più allarmanti.

Il consumo e l'abuso di alcol da parte dei giovanissimi è difatti un fenomeno che nel corso degli ultimi anni è andato intensificandosi e secondo le evidenze scientifiche ufficiali, si rivela in crescita sia a livello nazionale che internazionale.

Questa progressiva diffusione del "bere" è un indicatore, al quanto significativo, della maggiore esposizione al rischio alcol correlato di un universo di consumatori che sono i più vulnerabili agli effetti negativi dell'alcol, data la minore capacità dell'organismo giovanile a metabolizzare e smaltire l'alcol ingerito.

Peraltro, la modalità di consumo che va tra loro estendendosi si rifà maggiormente alle usanze e ai costumi tipici dei paesi del nord Europa, piuttosto che alla tradizione mediterranea fondata su una cultura del bere che predilige il consumo del vino ai pasti, in quanto complementare al mangiare. I giovani infatti propendono per un uso, soprattutto di birra e superalcolici, fuori dai pasti; inoltre, seguono sempre di più la pratica del *binge-drinking*¹.

Il loro modello di consumo è per lo più occasionale, concentrato specialmente nel fine settimana, con una intensità più elevata il sabato. Una propensione che diventa maggiore per quanti poi frequentano le discoteche, gli open bar e gli happy hour dove superalcolici, alcolici o alcolpops sono "la norma".

Al di là dei titoli allarmistici ultimamente sempre più presenti sulla stampa sia locale che nazionale, l'alcol poi rimane effettivamente il principale fattore di rischio sulle strade: la guida in stato di ebbrezza è infatti la causa primaria di incidenti stradali spesso mortali, che tra i giovani e i giovanissimi rappresentano la prima causa di morte.

Come rendere allora i giovani maggiormente consapevoli dei reali rischi derivanti dall'abuso di alcolici? Quali soluzioni sono realmente praticabili? Quali sono i primi fattori causali che inducono le nuove generazioni a questa attitudine del "bere" fuori misura? Quali azioni e interventi di prevenzione vengono al momento messi in atto? Come proteggere i giovani dal rischio rappresentato da questi nuovi modelli di consumo? E cosa si dovrebbe effettivamente implementare per una prevenzione realmente efficace?

Lo scopo principale della ricerca è proprio quello di cercare di accrescere la conoscenza rispetto a un fenomeno che, pur essendo relativamente nuovo, acquisisce rapidamente tonalità sempre più drammatiche e contribuire ad individuare strategie e iniziative finalizzate a rafforzare innanzitutto la tutela della salute e della sicurezza dei giovani e ad innescare processi di cambiamento dei comportamenti.

Un ringraziamento particolare è da rivolgere a coloro che con estrema disponibilità hanno partecipato alla ricerca, arricchendola con la loro testimonianza ricca di competenza, esperienza e passione: *Paola Bassi* (Dipartimento Politiche Giovanili e Attività sportive - Ministero per le Politiche giovanili e le attività sportive), *Ottavio Cagiano* (Direttore generale Federvini), *Claudio Cricelli* (Presidente nazionale SIMG), *Antonio Giannella* (Direttore del Servizio Polizia Stradale del Viminale), *Giuseppe* (Relazioni esterne - Associazione Alcolisti Anonimi), *Guido Guidoni* (Vice Presidente AICAT), *Bianca Maria Lanzetta* (Direttore Centro Ricerche di Laboratorio e di Tossicologia Forense - Polizia di Stato), *Annunziata Lopez* (Tossicologia Forense - Dipartimento di Medicina Legale), *Filippo Terzaghi* (Direttore dell'Associazione Assobirra), *Oliviero Toscani* (Centro di ricerca della comunicazione moderna "La Sterpaia").

¹ Ovvero il bere per ubricarsi, 5 o più bevande alcoliche di seguito, in un'unica occasione.

MEGLIO UN MINUTO IN PIÙ CHE UNA VITA IN MENO

Il mio nome è Valentina Borgogni² e sono una ragazza fiorentina di 26 anni. Come la maggior parte dei ragazzi e delle ragazze della mia età mi piace uscire la sera, stare con gli amici, andare a fare una bevuta... Fino a non molto tempo fa consideravo tutto questo “normale”. Insomma, questo è quello che fanno i giovani, questo è il “nostro divertimento”. Poi una sera, la mia vita è cambiata. Tutto è cambiato.

Era la notte tra il 2 e il 3 dicembre del 2004, ed ero appena tornata da un fantastico stage di qualche mese a New York. La mia vita era bellissima.

Quella notte, più o meno verso le 3,30, il campanello ha incominciato a suonare, sempre più insistentemente, fino a svegliarci. Ho risposto io, mentre mia mamma e mia nonna erano ancora sul letto. Alla mia domanda “chi è?”, mi sono sentita rispondere “polizia, apra”. Pensavo ad uno scherzo, poi mi hanno ordinato di nuovo di aprire, e così ho fatto.

Sono andata verso la porta, mentre alle mie spalle c'erano mia mamma e mia nonna. La porta di camera del mio fratellino era ancora aperta, segno che lui non era a letto.

Sono saliti due Agenti della Polizia municipale che hanno chiesto se era la famiglia di Gabriele Borgogni. Sì, ho risposto, perché? Dov'è? Che è successo? Il sonno ha lasciato spazio all'agitazione, alla paura, ad uno spazio sospeso tra realtà e fantasia.

Ci hanno detto che aveva fatto un incidente e che era in ospedale. Mia mamma, come se si sentisse qualcosa, chiedeva urlando se era morto, e non ricevevamo alcuna risposta. Poi, un agente ha detto che non era morto, ma era molto grave, in ospedale. Così ho cercato di riprendere le forze, di ritornare in me, e ho abbracciato mia mamma, dicendole di vestirsi perché dovevamo andare da Gabry. Per me sarebbe andato tutto bene, Gabry era forte. Dovevamo solo andare da lui. Ho chiamato telefonicamente mio padre e ci siamo fatte accompagnare all'ospedale.

Al pronto soccorso non c'era, era stato portato di sopra, a rianimazione.

Pochi minuti dopo è arrivato mio padre, ed è uscito il medico. Ha parlato prima delle varie fratture che aveva riportato, mandibola, zigomo, costole, femore, poi però ha detto che la cosa più grave era la testa. Aveva battuto forte la testa. Era molto grave. Era in coma.

Coma. Questa parola mi ha sempre fatto pensare a qualcosa di brutto, l'ho sempre associata alla morte. E il mio fratellino era in coma. Come era possibile? Perché? Questa è la domanda che mi è entrata subito in testa, e che non mi uscirà mai. Domanda a cui nessuno può (e forse deve) dare risposta, ma che non ti lascia mai.

La sua immagine su quel letto non la scorderò mai. Il mio Piccoletto. Era su quel letto, pieno di tubi ed io non potevo fare niente per aiutarlo.

Non avrei mai pensato che potessi succedere a lui. Come avrei fatto a vivere senza di lui?

È morto due giorni dopo. Morte celebrale.

La mia mente, il mio cuore, tutta me stessa non riusciva a capire, a comprendere, a crederci. Eppure l'avevo lì accanto a me, se lo toccavo era caldo. Lo baciavo sulla fronte, gli parlavo, gli ho promesso che avremmo fatto un bel viaggio appena si sarebbe rimesso. Non avrei mai pensato...

E chi può pensare che in un secondo, in un attimo, mentre stai dormendo, ti viene portata via una persona così importante?

E poi tu non puoi fare nulla. Sei inerte. Non puoi combattere, non puoi parlare. Al massimo puoi pregare, chiedere per favore che non lo faccia morire, dire quanto è importante per te.

I giorni dopo sono stati quelli della dinamica, delle procedure burocratiche, quelli della verità.

Il mio fratellino era stato ucciso da un uomo di quasi 60 anni, che, ubriaco, ha passato dopo otto secondi l'incrocio col semaforo rosso, e che lo ha trascinato per 64 metri. E che si è fermato, obbligatoriamente, perché il motorino di mio fratello ha bloccato la ruota anteriore della sua macchina, sennò chissà se si sarebbe fermato...

² Associazione familiare vittime della strada.

E il mio fratellino è morto. Perché?

Cosa si può fare in una disgrazia del genere?

In quei giorni, in quei momenti, la mente corre veloce e poi si ferma e poi ricomincia a correre. I pensieri si muovono così forti che tu non te ne accorgi neanche e ti sembra tutto fermo, immobile. Sensazioni strane, nuove per me che ero una ragazza che pensava che nella vita avrebbe perso i nonni, e poi quando sarei stata grande, quando sarei stata mamma, i genitori... ma no, no, il mio fratellino. Non può morire un ragazzo di 19 anni appena compiuti che aveva una vita grandiosa davanti a sé, che avrebbe fatto grandi cose, perché Lui era grande...

E tu rimani lì, immobile, non vai né avanti né indietro, ti chiedi “perché?”, ma nessuno ti risponde, fai cose che non sai davvero di fare in quel momento, forse per difenderti.

Ho scelto io la bara di mio fratello. Il colore. Il modello. Le rifiniture. Se penso a quello che ho fatto mi viene la nausea. Come ho fatto in quel momento a scegliere una bara piuttosto che un'altra. A scegliere il color faggio invece che qualsiasi altro colore. Su quale base, su quale logica, sapendo che là avrei messo il corpo del mio fratellino. Lo fai perché “devi” farlo, ma forse non ti rendi conto che lo stai facendo quando lo fai.

E tutto questo perché?

Da quel giorno i giorni avvenire sono stati sempre diversi, meno solari, e lo saranno sempre.

Successivamente ho pensato di costituire una Associazione di beneficenza, proprio a nome di mio fratello, perché?

Perché forse volevo che il suo nome fosse ancora pronunciato. Non volevo che la sua morte rimasse chiusa, scritta in un semplice verbale e dimenticata. Non volevo, altruista come sono, che altre persone, morissero dentro come sono morta io. Non volevo, non voglio, che altri genitori debbano soffrire come fanno i miei ogni giorno. Non volevo, non voglio, che un ragazzo di 19 anni muoia in una notte buia e fredda, così, perché è successo...

Forse alcuni di voi che leggono adesso pensano che questi siano discorsi moralisti, che “siano dovuti”, ovvi, ma credete davvero di trovare qualcosa di dovuto oppure ovvio in questa tragedia?

Non credo che le mie parole possano cambiare il mondo, ma se anche solo avrò salvato una giovane vita, per me sarà vittoria.

Noi giovani non troviamo più tante soddisfazioni, sono andati via via persi i valori più importanti della nostra società, ma credo che si sia sempre a tempo a capire di aver sbagliato e prendere la strada giusta.

Noi generazioni “di sconvolti”, come dice Vasco, facciamo portatori del “Valore della Vita”, che non calpestiamo, che rispettiamo, che non vogliamo perdere su un asfalto duro e privo di qualsiasi emozione.

Certo continuiamo a divertirci, cavolo, sono i nostri anni migliori! Andiamo fuori, guardiamo l'alba, facciamoci una birra, brindiamo all'esame appena passato, balliamo finché le gambe riescono a tenerci in piedi, cantiamo ai concerti finché il fiato ce la fa... Facciamo tutto quello che vogliamo, ma non ci perdiamo, non buttiamoci via, valiamo di più, la nostra vita vale di più.

Se questo mondo non cambia, cambiamolo noi! Costruiamoci il nostro futuro, le nostre speranze... se capita vabbè dai, anche qualche sbronza fa parte della vita, ma non rischiamo la nostra vita o quella degli altri, perché non ne vale la pena...

Credete forse che la vita di mio fratello sia meno importante della mia? O della vostra?

Mio fratello è la vittima, insieme a tutti quelli che gli vogliono bene, di una società che ad oggi è incapace di salvarsi dalla guerra che si è dichiarata.

Ma anche le guerre dal risultato già scritto possono cambiare perché nascono gli Eroi. E questi Eroi possiamo esserlo Noi. Possiamo vivere, divertirci, sognare, e sbronzarci, senza dover per forza mettere a rischio la vita di nessuno.

Possiamo trovare così tante soddisfazioni nelle battute con gli amici, nella visione di un bel film, nell'attesa dell'alba sulla spiaggia dopo un falò... ci sono così tante belle cose che una vita può offrire, così che Gabry non potrà fare, se non tramite me.

Mi manca non vederlo crescere, non sapere delle sue conquiste, non sentirmi più piccola di Lui quando mi consolare, mi manca non sapere che sarà il testimone al mio matrimonio, mi manca sapere di non poter diventare zia... mi manca Lui, mi manca tutto, e vorrei solo che voi sapeste di

quanto ancora avete tra le mani, di tutte le cose che potete fare, senza correre in macchina o in moto, senza bere....
Solo per gusto del Valore della Vita!

Grazie a tutti, un saluto caloroso,

Valentina & Gabriele Borgogni

LA RICERCA

LA RICERCA E LA SUA METODOLOGIA *

1. OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA RICERCA

Affrontare la problematica “giovani e alcol” implica senza dubbio rapportarsi a un fenomeno complesso e estremamente variegato, data la molteplicità delle dinamiche implicate in cui si immettono e si intessono vicende individuali e realtà sociale nel suo insieme.

A fronte dei problemi, o addirittura danni, alla salute psicofisica che l'alcol come sostanza fortemente psicotropa può comportare, sussiste infatti una ‘normalità’ derivante dal suo essere parte costitutiva di bevande liberamente prodotte e commercializzate, il cui consumo è socialmente accettato, diffuso e promosso.

Oltretutto, nel momento in cui il consumo di alcol diventa abuso o comunque uso improprio, i problemi alcolcorrelati che inevitabilmente si determinano, coinvolgono certamente in primo luogo l'individuo però poi a cascata, secondo modalità diverse ma tutte accomunate dal dover pagare un prezzo (in termini di sofferenza, o salute, oppure economici o sociali) tutti gli altri soggetti direttamente o indirettamente implicati. In relazione a ciò, il concorso di responsabilità diverse e a livelli differenti è dunque evidente.

Al fine di tracciare il quadro della problematica complessiva, l'attività di ricerca si è pertanto indirizzata su versanti multidimensionali, ricorrendo per la sua realizzazione al contributo essenziale di istituzioni e soggetti, pubblici e privati, che a titolo diverso sono chiamati a confrontarsi con la realtà in questione e con le problematiche ad essa connesse.

Da un punto di vista operativo, essa si è realizzata attraverso le seguenti attività:

- un iniziale lavoro collegiale di confronto col Presidente della Società Italiana di Alcologia, per individuare i principali settori chiave da indagare, quindi i relativi referenti cui chiedere la collaborazione all'indagine, ovvero il rilascio di un'intervista o la stesura di un contributo scritto;
- la formulazione della traccia di intervista non strutturata;
- l'effettuazione di interviste non strutturate ai testimoni privilegiati selezionati;
- l'analisi del contenuto delle interviste effettuate;
- la stesura del rapporto di ricerca.

L'organizzazione e la realizzazione complessiva delle attività costitutive la ricerca è stata curata dall'équipe di ricerca del Centro di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

Le interviste a testimoni privilegiati e i contributi scritti sono stati integrati con l'analisi dei dati disponibili sul fenomeno giovani e alcol, prendendo come riferimento non solo l'uso e l'abuso di alcolici ma anche i comportamenti a rischio strettamente correlati, le abitudini e gli stili di vita e gli aspetti più drammatici che determinati atteggiamenti producono come ad esempio gli incidenti stradali. Inoltre, per contestualizzare il fenomeno a livello europeo sono state costruite delle schede di sintesi per ogni Paese aderente all'UE con informazioni relative agli stili e ai comportamenti dei giovani e degli adolescenti con un approfondimento sulla regolamentazione vigente, sui consumi medi di alcol e sui tassi di incidentalità causati dal abuso di alcolici. Le fonti utilizzate per la contestualizzazione del fenomeno sono state il WHO, l'Eurostat e l'Istat.

Contestualizzare il fenomeno vuol dire anche fornire la documentazione e i riferimenti della normativa vigente a livello nazionale e a livello europeo. Una parte del lavoro è dedicato proprio a questi temi e riporta semplicemente i documenti e le norme che sono stati indicati sia nelle interviste ai testimoni privilegiati che nei contributi scritti. Tra questi si citano la Carta Europea sull'Alcol (1995), la dichiarazione di Stoccolma sui giovani e l'alcol (2001), la legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati 125/2001, ecc.

* Chiara Barlucchi, Roberto Ricciotti e Marco Zelano.

Infine, il volume si arricchisce di due ulteriori elementi informativi che rendono quantomeno esaustivo il lavoro svolto: la ricerca bibliografica e filmografia relativa alle alcoldipendenze tra i giovani e un approfondimento specifico sul tema giovani e alcol nella stampa nazionale.

2. LA CONTESTUALIZZAZIONE DEL FENOMENO

Il consumo di alcol nella popolazione italiana, viene monitorato attraverso l'indagine annuale di carattere campionario "Aspetti della vita quotidiana" realizzata dall'Istat coinvolgendo annualmente circa 20 mila famiglie per un totale di 50 mila intervistati. Dal 2005 la ricerca ha adottato una diversa impostazione metodologica abbassando l'età degli intervistati da 14 a 11 anni, operazione dovuta alla evidente evoluzione nei modelli di consumo di alcol soprattutto nei giovani e nei giovanissimi.

Oltre alle caratteristiche del consumo di alcol e ai comportamenti di rischio correlati è stato realizzato un ulteriore approfondimento sugli incidenti stradali dovuti all'abuso di alcol dei giovani. Questo aspetto è di primaria importanza se si considera che gli incidenti stradali rappresentano per i giovani di 14-25 anni la principale causa di morte. I dati utilizzati raffigurano un'assoluta novità nello scenario statistico nazionale e sono estratti dalla banca dati Istat sull'incidentalità stradale. L'approfondimento del Centro nazionale prende in considerazione gli incidenti stradali in cui almeno un conducente aveva non più di 25 anni al momento dell'incidente e risultava in stato di ebbrezza. La base dati viene implementata dalle Forze dell'Ordine che hanno rilevato l'incidente, le quali sono tenute a trasmettere una serie di informazioni attraverso un modulo predisposto dall'Istat. Si tratta di un set di variabili piuttosto ampio che fornisce informazioni, sui dati anagrafici dei conducenti, dei passeggeri, nonché il tipo di strada in cui è avvenuto l'incidente, la causa che l'ha provocato e le conseguenze che si sono avute per ciascuno dei coinvolti nell'incidente (feriti o morti).

Infine, è stata realizzata una scheda per ogni Paese dell'Ue utilizzando i dati di una ricerca condotta nel corso del 2004 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'ausilio del Dipartimento di Salute Mentale e dell'Abuso di Sostanze sul consumo di alcol nei 189 Paesi aderenti.

3. I CONTRIBUTI SCRITTI

Al fine di completare e arricchire il quadro del fenomeno oggetto di studio, oltre alle testimonianze dei testimoni privilegiati è stato raccolto un ventaglio di contributi scritti elaborati da referenti individuati ad hoc.

Gli autori di tali contributi afferiscono anch'essi ad aree strategiche nell'ambito della salute, della sicurezza e della cultura alcolologica.

All'interno di tali aree è stata data voce a quei soggetti, pubblici e privati, che rispetto all'obiettivo cognitivo della ricerca oltre ad essere una fonte informativa adeguata risultassero complementari ai settori indagati tramite la realizzazione delle interviste ai testimoni privilegiati.

Nello specifico sono stati considerati: l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcolologia (SIA), il Centro alcolologica Regionale della Toscana, il Centro di Alcolologia dell'Azienda Ospedaliera dell'Università degli studi di Firenze, l'Associazione familiare "vittime della strada", l'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), la Fondazione Istituto Andrea Devoto - Istituto di ricerca sulle marginalità e le polidipendenze e il Centro Nazionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza.

Nell'insieme gli autori dei contributi scritti sono i seguenti:

Servizi Sanitari Pubblici	Emanuele Scafato	Istituto Superiore di Sanità	Direttore Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS.
	Valentino Patussi	Centro Alcolologico Regionale della Toscana Centro di Alcologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze	Presidente della Società Italiana di Alcologia
	Ilaria Londi	Centro Alcolologico Regionale della Toscana Centro di Alcologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze	psicologa
	Elena Vanni	Centro Alcolologico Regionale della Toscana	epidemiologa
	Tiziana Mola	Centro Alcolologico Regionale della Toscana	epidemiologa
Associazione familiare vittime della strada	Valentina Borgognoni	Associazione familiare vittime della strada	
Istituzioni politiche	Orazio Ciliberti	Associazione Nazionale Comuni Italiani	vice presidente Anci
Ricerca e documentazione	Laura Mezzani	Fondazione Istituto Andrea Devoto - Istituto di ricerca sulle marginalità e le polidipendenze	psicologa
	Donata Bianchi	Istituto degli Innocenti, Firenze	sociologa

I contributi scritti hanno affrontato gli aspetti caratterizzanti l'attuale stile di consumo di alcolici da parte dei giovani, per cui l'intensità del problema e i suoi fattori generativi, le soluzioni possibili al momento nonché il sistema di interventi di prevenzione e le strategie e le azioni necessarie per attualizzarlo, valorizzando la peculiarità del contesto in cui opera e di conseguenza l'impegno e la responsabilità profuse.

4. I TESTIMONI PRIVILEGIATI

In relazione agli obiettivi cognitivi intesi perseguire nonché l'esigenza di procedere secondo un approccio multidimensionali che permetta la ricomposizione del quadro nelle sue diverse sfaccettature, sono state individuate quelle aree che svolgono un ruolo strategico nell'ambito della salute, della sicurezza e della cultura alcolologica.

In questo senso, l'attenzione si è pertanto focalizzata oltre che ovviamente sul sistema sanitario e gli organismi deputati alla sicurezza stradale, anche sulla realtà dello sport, delle attività ricreative e delle politiche di interesse per i giovani, dei gruppi di mutuo aiuto, dell'educazione e della comunicazione e non ultimo sul mondo della produzione e della distribuzione di bevande alcoliche.

Nello specifico i contesti indagati riguardano dunque i Servizi Sanitari Pubblici, il Servizio di Polizia, le istituzioni per le politiche giovanili e le attività sportive, le Associazioni di mutuo aiuto e di volontariato, l'Università, il campo della comunicazione e della promozione pubblicitaria e il settore della produzione e della distribuzione di bevande alcoliche.

Per ognuno di essi sono stati individuati quei soggetti reputati essere la fonte informativa più adeguata rispetto al fabbisogno conoscitivo della ricerca. Di conseguenza sono stati coinvolti: la Società italiana di medicina generale (SIMG), il Servizio di Polizia Stradale del Viminale, la Polizia di Stato, il Dipartimento Politiche Giovanili e attività sportive, l'Associazione Alcolisti Anonimi, l'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (AICAT), il Dipartimento di Medicina Legale - Tossicologia Forense, il Centro di ricerca della comunicazione moderna "La Sterpaia", la Federvini e l'Associazione Assobirra.

Nell'insieme i testimoni privilegiati intervistati sono i seguenti:

Servizi Sanitari Pubblici	Claudio Cricelli	Presidente nazionale SIMG
Servizio di Polizia	Antonio Giannella	Direttore del Servizio Polizia Stradale del Viminale
	Bianca Maria Lanzetta	Direttore Centro Ricerche di Laboratorio e di Tossicologia Forense - Polizia di Stato
Istituzioni per le politiche giovanili e le attività sportive	Paola Bassi	Dipartimento Politiche Giovanili e Attività sportive - Ministero per le Politiche giovanili e le attività sportive
Associazioni di mutuo aiuto e volontariato	Giuseppe	Relazioni esterne - Associazione Alcolisti Anonimi
	Guido Guidoni	Vice Presidente AICAT
Università	Annunziata Lopez	Tossicologia Forense - Dipartimento di Medicina Legale
Comunicazione e promozione pubblicitaria	Oliviero Toscani	Centro di ricerca della comunicazione moderna "La Sterpaia"
Produzione e distribuzione	Ottavio Cagiano de Azevedo	Direttore generale Federvini
	Filippo Terzaghi	Direttore dell'Associazione Assobirra

Grazie al contributo dei testimoni privilegiati è stato possibile raccogliere un patrimonio di elementi informativi molteplici nonché unici: un insieme di informazioni che oltre ad essere utile per ricomporre il quadro nelle sue diverse articolazioni, offre spunti di riflessione di estrema rilevanza da un punto di vista sia scientifico che operativo.

5. LA TRACCIA DI INTERVISTA NON STRUTTURATA

Al fine di tracciare il quadro complessivo della problematica, valorizzando il più possibile la competenza e l'esperienza specifica di ogni testimone privilegiato, sono state affrontate e approfondite soprattutto le seguenti tematiche:

- le peculiarità del bere giovanile di oggi: l'intensità del problema e le sue cause scatenanti;
- le possibili soluzioni ai bisogni emergenti;
- lo stato attuale del sistema di interventi di prevenzione;
- le strategie e le azioni necessarie per attualizzare il sistema di interventi di prevenzione;
- il contesto d'insieme in cui nasce e cresce il fenomeno.

Le interviste sono state condotte da due ricercatori dell'equipe di ricerca sulla base di una traccia di intervista non strutturata e raccolte (previa autorizzazione) con registratore così da effettuare la trascrizione completa in base alla quale condurre l'analisi del contenuto, ovvero una lettura analitica del testo secondo una prospettiva di tipo ermeneutico. Nell'insieme, la disamina del fenomeno si risolve quindi in una lettura multisettoriale che come tale rende conto della

multidimensionalità delle dinamiche implicate e nel contempo permette la composizione del quadro nelle sue diverse sfaccettature.

La traccia di intervista non strutturata è costituita fundamentalmente da cinque sezioni tematiche comuni, più una specifica modulata sulla peculiarità di ciascun testimone privilegiato.

La prima sezione si incentra essenzialmente sulla rappresentazione del fenomeno. Tramite la competenza e l'esperienza del testimone privilegiato si disegna il quadro relativo, specificandone la dimensione e evidenziandone le caratteristiche principali, nonché la tipologia prevalente (maschile e/o femminile, la fascia d'età predominante ...). E sulla base di ciò si delinea la tendenza circa le modalità attuali del consumo e il senso e il significato sottostanti, mettendone in evidenza le possibili cause scatenanti e i nessi causali principali.

Una volta tracciate le coordinate principali della problematica in oggetto, si vagliano le soluzioni possibili, riflettendo sulle più auspicabili. Ad esempio tra le più diffuse al momento, la promozione di "una cultura della moderazione", la *peer-education* o il vietare la vendita di alcolici.

In successione si affronta poi la realtà del sistema di interventi di prevenzione approfondendola sia a livello generale che per il settore specifico in cui opera il testimone privilegiato.

La quarta sezione tende invece a raccogliere il parere del testimone privilegiato su una serie di tematiche così da ricostruire – secondo la sua valutazione personale – la realtà di fatto cui ci si rapporta e quali siano le possibilità effettive per intervenire al fine di modificarla. Le questioni considerate sono fundamentalmente: l'attenzione complessiva dedicata al problema; la legislazione vigente e le politiche nazionali in tema di abuso di alcol; le più ampie politiche di prevenzione finora intraprese; le potenzialità, i limiti e le difficoltà che si incontrano sul campo; il ruolo dell'istituzione pubblica; lo stato attuale dei servizi impegnati nel settore; la formazione e la preparazione degli operatori dei servizi; il sussistere o meno della dimensione del lavoro di rete e le modalità relative; l'esistenza o meno di flussi informativi finalizzati alla documentazione e il monitoraggio.

A completamento di tutto ciò, l'ultima sezione rileva infine la valutazione personale del testimone privilegiato e una sua eventuale proposta operativa in merito alla definizione e alla realizzazione di un sistema di interventi di prevenzione qualificabile nei termini di efficacia e efficienza: sia nel settore specifico di sua competenza che a livello generale.

Nella sezione specifica per i diversi contesti, l'interesse principale è teso a rilevare quelle peculiarità e informazioni particolari e proprie del settore relativo, utili per approfondire e meglio comprendere la problematica sia allo stato attuale delle cose che in prospettiva.

6. LE MODALITÀ REALIZZATIVE

Al fine di condurre l'indagine nella maniera più adeguata sono stati adottati alcuni accorgimenti preliminari. Inizialmente è stato effettuato un primo contatto telefonico volto a illustrare lo scopo, la rilevanza e le modalità dell'indagine e allo stesso tempo evidenziare la preziosità e l'importanza del contributo richiesto a ogni testimone privilegiato, data la sua competenza e esperienza del fenomeno in oggetto, nonché il ruolo e la responsabilità nel campo.

Conseguentemente è stata poi inviata a ciascun testimone privilegiato una lettera personalizzata, a cura del coordinatore scientifico del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, con la quale veniva attestato ulteriormente quanto annunciato nel corso della prima telefonata e richiesta ufficialmente la collaborazione all'indagine.

L'iniziativa oltre ad essere stata gradita dai destinatari ha avuto un esito fortemente positivo: tutti hanno risposto manifestando interesse e esternando la disponibilità a partecipare e così a farsi intervistare (seppure compatibilmente ai loro tempi, dati gli impegni lavorativi) nonostante il tipo di intervista postposta implicasse una durata temporale non breve.

Con una seconda telefonata, successiva all'invio della richiesta ufficiale, è stato infatti possibile concordare agevolmente la data e il luogo dell'incontro per la realizzazione dell'intervista faccia a faccia secondo la traccia preventivata.

La campagna di rilevazione si è svolta complessivamente nell'arco di due mesi: un risultato al quanto positivo considerando l'impegno lavorativo e l'agenda relativa dei soggetti coinvolti.

LA DIMENSIONE DEL FENOMENO IN ITALIA E IN EUROPA*

1. L'ALCOL TRA I GIOVANISSIMI: LA CIFRA DEL FENOMENO

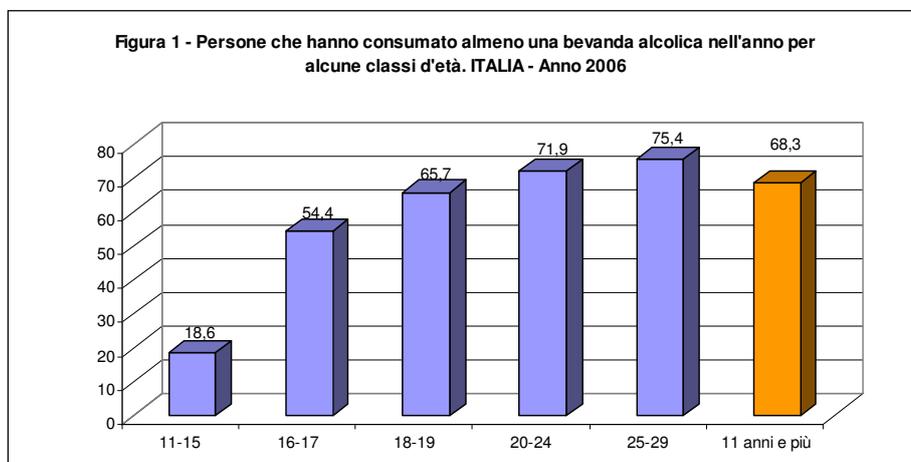
L'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" realizzata dall'Istat nel 2006 coinvolge annualmente circa 20mila famiglie per un totale di 50 mila intervistati e prevede approfondimenti specifici sul tema del consumo e dell'abuso di alcolici nella popolazione italiana.

L'indagine del 2006 e quella realizzata l'anno prima, seguono a un'indagine analoga realizzata dallo stesso Istat nel corso del 2003, dalla quale però si differenziano sostanzialmente per aver abbassato da 14 a 11 anni l'età degli intervistati. Questa diversa impostazione metodologica si è resa necessaria alla luce di una evidente evoluzione nei modelli di consumo di alcol, soprattutto nei giovani e nei giovanissimi, emersi proprio nell'indagine del 2003 e successivamente consolidati nell'indagine del 2005. Emerge, sempre più evidente, che tra i giovani si sta passando dai tradizionali modelli di consumo moderato realizzato prevalentemente durante i pasti e a base per lo più di vino, ad un consumo lontano dai pasti caratterizzato spesso da super alcolici. Questa modalità di consumo di alcol sta prendendo piede in Italia soprattutto nelle fasce d'età dei più giovani con marcate differenze di comportamento tra maschi e femmine.

1.1 Il consumo di alcol³

Tra la popolazione al di sopra dei 14 anni il consumo di alcol, valutato come consumo di almeno una bevanda alcolica negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista, presenta un andamento sostanzialmente stabile nel periodo 1998-2006 (il 1998 rappresenta il primo anno per il quale è possibile realizzare un, seppur minimo, confronto con gli anni successivi), quantificabile in media attorno al 70% circa della popolazione considerata. Rapportando il dato al contesto europeo (Indagine Eurostat, Health in Europe, 2003), il valore italiano è considerevolmente più basso di quello di altri Paesi quali Gran Bretagna (99,2%), Svezia (87,6%), Belgio (84,9%), Germania (84,7%), Norvegia (84%) e Irlanda (83,6%), mentre è sensibilmente più alto del solo Portogallo (57,9%).

Il solo consumo di alcol relativo ai 12 mesi precedenti l'intervista è un indicatore condiviso convenzionalmente a livello europeo dal 2003 e utilizzato nelle indagini sulle condizioni di salute nella popolazione, ma non rappresenta un indicatore di rischio nella popolazione se non riportato alle classi d'età più giovani e associato ad altri fattori di rischio. Per gli 11-24enni cresce infatti il livello di preoccupazione, soprattutto in considerazione del fatto che dichiara di aver consumato almeno una bevanda alcolica durante l'anno trascorso il 18,6% degli 11-15enni, il 54,5% dei ragazzi tra i 16 e i 17 anni, il 65,7% dei 18-19enni e infine il 71,9% dei 20-24enni.



* Roberto Ricciotti e Marco Zelano.

³ Quando non diversamente indicato, i dati si riferiscono all'anno 2006.

Sarebbe sicuramente stato interessante aver potuto approfondire l'analisi, ma i dati a disposizione non lo permettono, con una valutazione del consumo di alcol per ogni singola classe d'età, in particolar modo nella classe 11-15 anni, per verificare in che situazioni si è verificata l'assunzione di alcolici, se ad esempio in un contesto familiare controllato oppure con amici nell'atto di una piccola trasgressione.

La figura 1 mette in evidenza che al crescere dell'età, rapidamente sale l'incidenza di coloro che hanno bevuto alcolici almeno una volta nell'anno con un salto notevole dalla classe d'età 11-15 anni alla classe 16-17 anni, dove, più di 1 ragazzo su 2 appunto dichiara di aver consumato alcolici. Lo "scalino" tra queste due fasce d'età è probabilmente imputabile al divieto che la legge impone agli esercizi pubblici di vendere alcolici ai ragazzi con meno di 16 anni come espressamente cita l'articolo 689 cp. A evidenziare un'alta propensione al bere da parte dei giovani il fatto che nelle classi d'età che vanno dai 20 ai 29 anni la quota di quanti hanno consumato alcolici è superiore all'incidenza della popolazione complessivamente interessata di 11 e più anni.

Altro dato interessante è quello relativo alle differenze di genere dei consumatori di alcol: a prescindere dall'età che si prende in considerazione la quota di maschi che consumano alcolici almeno una volta all'anno è sistematicamente più alta di quella delle femmine, con differenze che diventano particolarmente evidenti nelle classi d'età più elevate.

1.2 Il consumo di alcol fuori dai pasti

Tra i giovani e i giovanissimi, un possibile fattore di rischio è rappresentato dal consumo di alcol al di fuori dei pasti. Per i 14-17enni, l'incidenza percentuale dei consumatori di alcol al di fuori dei pasti era riferito al 12,6% degli stessi nel 1998, mentre passa ad un più consistente 20,5% nel 2006. La crescita si differenzia secondo il genere di appartenenza e in proporzione cresce molto di più tra le femmine che tra i maschi pur rimanendo più diffuso tra quest'ultimi: le femmine passano dal 1998 al 2006 dal 9,7% al 16,8%, mentre i maschi passano nel periodo considerato dal 15,2% al 24,2%.

Tabella 1 – Persone di 14-17 anni che consumano alcolici fuori pasto. ITALIA. Anni 1998-2006 (per 100 ragazzi della stessa età)

Anni	Incidenza percentuale dei consumatori 14-17enni sul totale dei ragazzi della stessa età
1998	12,6
1999	15,4
2000	14,5
2001	15,9
2002	15,1
2003	18,7
2005	18,2
2006	20,5

Se si considera come arco di tempo la settimana, si nota che tra gli 11-15enni l'1,4% dichiarano di consumare alcolici fuori dai pasti almeno una volta alla settimana (2,4% per i maschi e 0,2% per le femmine). Tra i 16-17enni la stessa incidenza percentuale sale al 7,5% con il 9,4% tra i maschi e il 5,6% tra le femmine. È importante sottolineare come tra i 16-17enni il consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta alla settimana è più alto del valore medio relativo alla popolazione complessivamente considerata di 11 anni e più pari al 7%; è significativo che il valore molto alto tra i ragazzi di questa età è in sostanza attribuibile ad un maggior consumo di alcolici tra le femmine. Infatti, tra i maschi della stessa età il consumo settimanale fuori pasto è pari al 9,4% dei coetanei mentre la media riferita all'intera popolazione di riferimento è pari all'11,6%, tra le femmine invece ad un valore medio riferito all'intera popolazione pari al 2,7% corrisponde un valore medio delle 16-17enni pari al 5,6%.

Tra i 18-19enni il consumo settimanale di alcol almeno una volta alla settimana coinvolge l'11% dei ragazzi, il 6,3% delle femmine e il 15,5% dei maschi; in entrambi i casi si tratta di valori decisamente più alti del valore medio della popolazione complessiva di 11 anni e più.

Incidenze decisamente più alte interessano i ragazzi tra i 20 e i 24 anni: il 22,1% dei maschi consuma alcolici fuori pasto almeno una volta alla settimana, mentre le femmine sono l'8,6%. Queste due incidenze sono le più alte registrate tra tutte le classi d'età.

1.3 Il consumo quotidiano

L'analisi sui fattori di rischio correlati all'uso e all'abuso di alcol deve necessariamente tenere conto della frequenza giornaliera con la quale si consuma alcol, tenendo in considerazione la quantità e la qualità degli alcolici consumati.

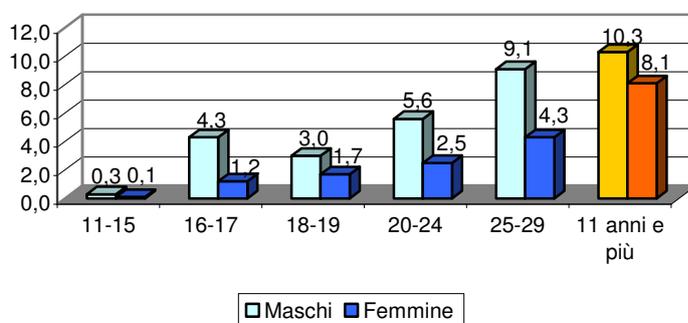
Per consumatori giornalieri si definiscono quelle persone che dichiarano di consumare almeno una bevanda alcolica al giorno. Il consumo quotidiano di alcol ha un andamento crescente al crescere dell'età e riguarda in particolar modo il consumo di vino e la popolazione maschile. In generale nella popolazione di 11 anni e più circa un terzo sono consumatori giornalieri con differenze sostanziali tra i generi (il 43,4% dei maschi e il 16,5% delle femmine).

Per i piccolissimi in età tra gli 11 e i 15 anni, solamente l'1% dichiara di consumare quotidianamente alcol e nella quasi totalità dei casi si tratta di maschi (1,7%). Per i 16-17enni aumenta la percentuale di coloro che consumano alcol giornalmente che sono il 5,6%; anche in questo caso con forti differenze tra maschi (7,8%) e femmine (3,3%). Differenze di genere che si presentano ancora più marcate tra i 18-19enni, a fronte di un'incidenza media pari al 6,2% di ragazzi che consumano giornalmente alcol, per i maschi lo stesso valore è pari al 9,6% mentre per le femmine è pari al 2,4%. La forbice si allarga ancora di più tra i 20-24enni: il 17,9% dei maschi dichiara di consumare giornalmente bevande alcoliche a fronte del 4,9% delle femmine, per un valore medio totale dell'11,6%.

Proprio sulla base del consumo giornaliero di alcol viene costruito un indicatore giornaliero espresso in unità alcoliche consumate. Prendendo in considerazione questo indicatore nelle varie classi d'età, è possibile quantificare la consistenza di gruppi giovanili con comportamenti non corretti nei confronti del consumo di alcol, arrivandone a identificarne l'abuso. Si deve tener presente che per unità alcolica s'intende convenzionalmente una bevanda che contiene 12 grammi di alcol; questa quantità viene ad esempio ingerita o bevendo una lattina di birra da 5°, o attraverso un bicchiere di vino di media gradazione (intorno ai 12°) da 125ml, o bevendo 80ml di un aperitivo con una gradazione di 18° oppure consumando 40ml di un cocktail alcolico da 36°.

I dati disponibili per genere di appartenenza evidenziano in prima battuta che le ragazze e le donne in particolare, oltre ad essere in numero più basso rispetto ai coetanei maschi, quando bevono lo fanno in maniera più contenuta. La figura 2 è sufficientemente esplicativa e dimostra come sistematicamente il consumo quotidiano di alcol, riferito ad una unità alcolica, sia nettamente più diffuso tra i maschi che tra le femmine.

Figura 2 - Persone che consumano quotidianamente una unità alcolica secondo alcune classi d'età e genere. ITALIA - Anno 2006
(per 100 persone della stessa età e sesso)



La differenze di genere si mantengono sia nelle diverse classi d'età che nel maggior consumo di unità alcoliche. Tra i maschi di 11-17 anni l'1,5% consuma una unità alcolica durante il giorno e l'1,2% ne consuma due, mentre sono lo 0,8% quelli che consumano più di due unità alcoliche giornaliere. Tra le femmine le stesse percentuali sono molto basse e prossime allo zero in quanto poco più dell'1% ha un consumo giornaliero di almeno un'unità alcolica.

Aumentano le incidenze percentuali per i 18-24enni: consumano una unità alcolica al giorno il 4,9% dei maschi e il 2,3% delle femmine; mentre per i maschi risulta addirittura più alto il consumo giornaliero di due unità alcoliche pari al 5,9% dei ragazzi tra i 18 e i 24 anni, tra le femmine la stessa incidenza percentuale è pari all'1,5%. È significativa l'incidenza percentuale, pari al 3,7%, dei ragazzi tra i 18 e i 24 anni che consumano giornalmente tre unità alcoliche.

In relazione a quanto detto, si evidenzia che secondo le linee guida individuate a livello europeo e nazionale il consumo di alcol viene definito in media come non moderato quando eccede le 2-3 unità alcoliche per l'uomo, l'1-2 unità per la donna e qualsiasi quantità giornaliera per i minorenni. Un consumo non moderato di alcolici viene definito come comportamento potenzialmente a rischio.

1.4 Binge drinking

L'abitudine di consumare eccessive quantità in una sola occasione, convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche, viene definita binge drinking. Questi comportamenti che erano, fino a qualche anno fa caratteristici dei Paesi del Nord Europa, negli ultimi anni stanno prendendo sempre più spazio anche nei Paesi Mediterranei e in Italia.

Tra la popolazione di 11 anni e più, in media, l'8,4% si è ubriacata almeno una volta nei 12 mesi prima dell'intervista; per i maschi la stessa percentuale sale al 13,9% mentre per le femmine scende al 3,3%. Tra i giovanissimi di 11-15 anni, che evidenziando un precocissimo approccio all'abuso di alcol e possono quindi potenzialmente diventare dei usuali binge-drinkers, il 2,1% si sono ubriacati nei 12 mesi prima dell'intervista, con non significative differenze tra maschi e femmine. Differenze di genere che invece emergono tra i più grandi di 16-17 anni per i quali il 12,1% dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nel periodo considerato con valori del 16% per i maschi e dell'8,2% per le femmine. È da sottolineare che per quest'età le medie sono più alte del valore medio relativo a tutta la popolazione considerata.

Le stesse incidenze percentuali salgono ancora per i 18-19enni: si sono ubriacati almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista il 22,1% dei maschi di 18 e 19 anni e l'8% delle femmine (15,3% maschi e femmine). Percentuali che salgono ancora per i 20-24enni, che registrano incidenze di ubriacatura più basse solo rispetto ai più grandi di 25-29 anni; tra i 20-24enni si sono ubriacati almeno una volta nei 12 mesi prima dell'intervista il 23,4% dei maschi (in pratica 1 ragazzo su 4) e il 7,4% delle femmine (15,6% maschi e femmine).

Tabella 2 – Persone di 11-24 anni che si sono ubriacate almeno una volta nell'ultimo anno per classe d'età e sesso. ITALIA - Anno 2006 (per 100 ragazzi della stessa età)

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
11-15	2,6	1,5	2,1
16-17	16,0	8,2	12,1
18-19	22,1	8,0	15,3
20-24	23,4	7,4	15,6

Anche se si tratta di una caratteristica che riguarda la popolazione di 11 anni e più e non i giovani o i giovanissimi è importante sottolineare che il fenomeno del binge drinking è abitudine maggiormente diffusa nell'Italia settentrionale e in particolar modo nell'Italia Nord-occidentale.

1.5 La coesistenza di più comportamenti a rischio

Un altro elemento di valutazione del rischio connesso all'assunzione eccessiva di bevande alcoliche è dato dall'analisi congiunta di più comportamenti di consumo. Dai dati disponibili è infatti possibile stabilire, ad esempio, quanti ragazzi hanno l'abitudine, accompagnata anche da ubriacature, di consumare alcolici fuori dai pasti almeno una volta alla settimana. Anche in questo caso si rileva che la percentuale delle persone che associa i due comportamenti a rischio riguarda soprattutto i giovani e in particolar modo i maschi.

Tra gli 11-17enni il consumo combinato di alcolici fuori pasto e binge drinking riguarda il 2,4% dei maschi della stessa età e lo 0,6% delle femmine; la stessa incidenza percentuale sale addirittura al 10,5% per i maschi di 18-19 anni e al 2,8% per le femmine. La classe 20-24 anni è quella con le incidenze percentuali più alte in assoluto (sia per i maschi che per le femmine) nella combinazione dei due comportamenti a rischio; dichiarano di consumare alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana legando anche fenomeni di binge drinking il 13,1% dei maschi tra i 20 e i 24 anni, mentre per le femmine la stessa incidenza percentuale è pari al 2,8%.

L'uso combinato dei due comportamenti a rischio è anche molto spesso accompagnato ad altri comportamenti legati alla salute dell'individuo come ad esempio l'abitudine al fumo. La percentuale di persone di 11 anni e più che dichiara di avere l'abitudine al consumo di alcolici fuori pasto e di ubriacarsi è notevolmente più alta tra i fumatori che tra i non fumatori o ex fumatori, con differenze di genere, anche in questo caso, molto marcate; tra i fumatori i soggetti maschi definibili a rischio alcol sono il 9,9%, mentre tra le femmine il 2,1%.

Le stesse percentuali si presentano in una dimensione allarmante per la classe d'età 11-24 anni. Se si considerano i maschi fumatori in questa classe d'età, che combinano il consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta alla settimana anche al binge drinking, l'incidenza sulla popolazione con le stesse caratteristiche è pari al 20,3%. La percentuale dei ragazzi con la combinazione di comportamenti a rischio diminuisce e si dimezza per gli ex-fumatori ed è pari al 9,6%; tra i non fumatori l'incidenza percentuale dei ragazzi con comportamenti a rischio scende fino al 4%. Tra le femmine di 11-24 anni si registra la stessa situazione con differenze meno marcate tra fumatrici ed ex fumatrici: il 6,3% delle fumatrici associa al consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana l'ubriacatura, mentre la stessa incidenza percentuale scende al 5,7% tra le ex fumatrici e allo 0,6% tra le non fumatrici.

La coesistenza di più comportamenti a rischio è anche riconducibile agli stili di vita, non necessariamente riferiti alla salute dei giovani. Ad esempio i due fattori di rischio visti in precedenza, il consumo di alcol fuori pasto almeno una volta a settimana e i fenomeni di binge drinking si associano decisamente all'abitudine dei ragazzi di frequentare le discoteche o i locali dove si balla. Tra i ragazzi di 11-24 anni che frequentano le discoteche l'11,7% associa i due comportamenti a rischi appena citati, mentre tra i non frequentanti la stessa percentuale scende all'1,9%. Tra le femmine che frequentano discoteche l'associazione dei comportamenti a rischio tra le fumatrici riguarda il 2,8% delle ragazze, mentre tra le non fumatrici la stessa incidenza percentuale è pari allo 0,3%.

1.6 Le bevande più consumate

Per concludere è opportuno citare il tipo di bevande che i giovani preferiscono consumare. Dalla ricerca emerge che la popolazione di 11 anni e più, sono il 54,8%, consuma prevalentemente vino, segue il consumo della birra (44,8%) e di altri tipi di alcolici (41,3%). Tra i più giovani cambiano le abitudini di consumo e tra i minorenni di 11-17 anni la bevanda più diffusa è la birra (19,1%), poi gli aperitivi alcolici (15,7%) e il vino (12,3%), mentre rimangono relativamente basse le percentuali dei consumatori di amari (6,5%) e di superalcolici (8,2%). Tra i più grandi con età tra i 18 e i 24 anni cambiano ancora le abitudini di consumo: diventano prevalenti gli altri tipi di alcolici (55,4%) al pari della birra (52,3%), il 48,8% consuma aperitivi alcolici, il 34,9% superalcolici e il 29,6% amari, mentre il tradizionale consumo di vino riguarda il 39,7%.

1.7 I dati di riferimento*

Tavola 1.1 - Persone di 11 anni e più secondo l'associazione tra consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana e binge drinking secondo il genere e la classe d'età. ITALIA - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature
11-17	2,4	4,4	1,9	1,2	2,9	0,6	1,9	3,7	1,3
18-19	5,0	11,6	10,5	4,1	5,8	2,1	4,6	8,8	6,4
20-24	9,0	10,4	13,1	5,8	4,7	2,8	7,5	7,6	8,0
25-29	9,1	13,0	11,3	3,4	5,6	2,2	6,3	9,3	6,8
30-34	6,9	12,3	7,7	2,5	3,0	1,9	4,8	7,8	4,9
35-44	6,5	10,7	5,1	1,9	3,2	0,6	4,2	6,9	2,8
45-54	6,3	8,9	4,6	1,5	2,4	0,3	3,9	5,6	2,4
55-59	7,7	8,1	4,1	1,4	1,5	0,3	4,5	4,7	2,1
60-64	6,0	7,0	3,1	1,0	2,0	0,2	3,5	4,5	1,7
65-74	6,0	5,2	3,2	0,9	1,0	0,1	3,2	2,9	1,5
75 e più	3,6	2,2	1,7	1,2	0,6	0,0	2,1	1,2	0,6
Totale	6,2	8,5	5,4	1,9	2,6	0,7	4,0	5,4	3,0

* Fonte: Istat.

Tavola 1.2 - Persone di 11 anni e più secondo l'associazione tra consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana e binge drinking per frequentazione delle discoteche e luoghi in cui si balla, genere e classe d'età. ITALIA - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature
Frequenta discoteche									
No									
11-24	1,7	2,6	1,9	1,0	1,2	0,3	1,4	1,9	1,1
25-44	5,2	9,7	4,1	1,6	2,1	0,7	3,3	5,7	2,3
45-64	6,4	7,5	3,7	1,1	1,8	0,3	3,7	4,6	1,9
65 e più	4,9	3,7	2,5	1,0	0,7	0,1	2,7	1,9	1,1
Totale	5,2	6,7	3,3	1,2	1,5	0,3	3,0	3,9	1,7
Si									
11-24	8,3	12,0	11,7	5,2	6,3	2,8	6,8	9,2	7,4
25-44	10,2	14,9	11,5	4,0	6,7	2,4	7,4	11,2	7,5
45-64	8,2	13,3	6,8	2,5	3,5	0,3	5,5	8,6	3,7
65 e più	8,3	10,8	3,8	2,8	1,9	0,9	5,9	7,0	2,6
Totale	9,2	13,6	10,6	4,2	5,9	2,2	6,9	10,0	6,7

Tavola 1.3 - Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, per classe di età e genere. ITALIA - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
11-15	20,7	16,2	18,6
16-17	61,3	47,6	54,4
18-19	71,3	59,8	65,7
20-24	81,2	62,2	71,9
25-29	85,7	64,9	75,4
30-34	86,5	63,2	75,1
35-44	88,0	64,1	76,0
45-54	89,9	61,8	75,6
55-59	87,6	59,0	72,7
60-64	85,9	59,8	73,0
65-74	84,2	53,2	67,4
75 e più	77,4	44,1	56,6
Totale	81,1	56,4	68,3

Tavola 1.4 - Persone di 11 anni e più per numero di unità alcoliche consumate quotidianamente, per genere e classe d'età.
ITALIA - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età	Maschi				Femmine		
	1 unità	2 unità	3 unità	4 e più unità	1 unità	2 unità	3 e più unità
11-15	0,3	0,6	0,1	0,6	0,1	-	0,1
16-17	4,3	2,6	-	0,9	1,2	0,6	1,4
18-19	3,0	4,7	0,2	1,7	1,7	0,6	0,2
20-24	5,6	6,3	1,4	4,5	2,5	1,8	0,6
25-29	9,1	12,2	3,5	4,0	4,3	2,9	0,9
30-34	9,5	14,7	4,2	6,3	4,8	3,7	1,1
35-44	10,6	20,8	5,1	7,9	6,9	6,6	1,8
45-54	11,5	25,5	6,9	10,4	9,5	8,6	2,1
55-59	11,1	26,7	7,8	13,9	10,3	10,4	2,6
60-64	12,2	30,1	7,4	11,2	13,3	12,4	1,5
65-74	13,3	30,6	6,8	13,5	12,8	10,4	2,4
75 e più	17,9	28,3	4,2	7,9	12,2	7,9	1,1
Totale	10,3	20,1	4,9	8,2	8,1	6,8	1,6

Tavola 1.5 - Persone di 11 anni e più secondo l'associazione tra consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana e binge drinking per abitudine al fumo, genere e classe di età. ITALIA - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature	solo fuori pasto	solo ubriacature	alcolici fuori pasto e ubriacature
Non Fumatori									
11-24	3,8	5,3	4,0	2,1	2,9	0,6	2,9	4,1	2,3
25-44	5,3	8,7	4,8	1,6	1,9	0,5	3,2	4,7	2,3
45-64	6,0	6,7	2,6	1,0	1,9	0,3	2,7	3,5	1,1
65 E più	3,6	2,9	1,8	1,0	0,7	0,0	1,6	1,2	0,4
Totale	4,8	6,5	3,7	1,4	1,7	0,3	2,6	3,5	1,6
Ex-fumatori									
11-24	8,5	15,7	9,6	6,3	8,7	5,7	7,5	12,4	7,7
25-44	7,8	12,8	5,2	3,4	4,2	1,4	5,7	8,8	3,4
45-64	6,1	9,2	4,0	1,4	1,8	0,3	4,5	6,6	2,7
65 E più	5,2	3,9	2,2	0,5	0,4	0,3	4,0	3,1	1,7
Totale	6,3	8,5	3,8	2,2	2,8	1,0	4,8	6,4	2,8
Fumatori									
11-24	10,5	15,6	20,3	10,8	9,7	6,3	10,6	13,3	14,9
25-44	9,1	14,7	10,9	3,6	7,7	2,9	7,0	12,0	7,9
45-64	8,0	9,0	6,1	2,6	3,1	0,2	5,7	6,5	3,6
65 E più	7,7	6,6	5,6	3,0	2,1	0,1	6,1	5,0	3,7
Totale	8,8	12,2	9,9	4,0	5,8	2,1	6,9	9,7	6,9

Tavola 1.6 - Persone di 14 anni e più per consumo di vino e birra, genere e classe di età. ITALIA - Anno 2006

(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età Sesso	Consuma vino	Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno	Consuma 1- 2 bicchieri di vino al giorno	Consuma vino più raramente	Consuma birra	Consuma birra tutti i giorni	Consuma birra più raramente	Consuma birra solo stagionalment e
MASCHI								
14-17	22,1	0,4	2,7	13,9	36,3	2,9	24,6	8,8
18-19	39,1	0,3	4,2	27,6	57,1	6,2	36,8	14,2
20-24	51,6	0,9	11,0	33,8	70,6	10,2	48,4	12,0
25-34	67,0	3,5	21,9	36,4	75,5	12,0	46,2	17,2
35-44	75,6	6,2	33,6	32,1	74,8	11,2	43,3	20,3
45-54	81,9	9,8	41,2	27,7	71,1	8,6	37,0	25,5
55-59	80,8	11,9	46,0	20,0	62,2	6,3	30,5	25,4
60-64	81,1	12,8	46,2	19,9	56,3	5,0	26,3	25,0
65-74	80,1	14,1	49,2	14,5	44,3	3,7	19,8	20,8
75 e più	73,7	9,7	48,1	14,6	26,9	1,8	11,1	14,1
Totale	71,2	7,6	33,9	26,0	62,1	7,9	34,6	19,6
FEMMINE								
14-17	14,8	0,1	0,5	9,5	21,4	1,1	14,6	5,7
18-19	22,9	0,1	1,2	15,8	31,7	1,4	20,6	9,7
20-24	34,0	0,3	3,8	25,0	39,2	1,5	26,5	11,3
25-34	42,0	0,5	7,1	30,2	44,6	2,0	29,2	13,3
35-44	45,6	1,0	13,0	27,8	44,7	2,4	27,3	15,0
45-54	48,2	1,3	17,5	26,3	36,9	1,9	20,4	14,6
55-59	47,2	1,5	21,3	22,2	29,5	0,8	16,7	12,0
60-64	51,7	1,9	24,8	21,2	23,2	1,0	10,4	11,7
65-74	47,0	2,0	23,3	19,3	16,1	0,8	8,3	7,0
75 e più	40,2	0,8	20,2	17,3	8,3	0,3	4,1	3,9
Totale	42,9	1,1	15,0	23,5	31,2	1,4	18,6	11,1
MASCHI E FEMMINE								
14-17	18,5	0,3	1,6	11,7	29,0	2,0	19,7	7,3
18-19	31,2	0,2	2,8	21,9	44,8	3,8	28,9	12,0
20-24	43,0	0,6	7,5	29,5	55,2	5,9	37,7	11,6
25-34	54,7	2,0	14,6	33,4	60,3	7,1	37,9	15,3
35-44	60,6	3,6	23,3	30,0	59,7	6,8	35,3	17,6
45-54	64,8	5,5	29,2	27,0	53,7	5,2	28,6	19,9
55-59	63,3	6,5	33,1	21,1	45,2	3,4	23,3	18,4
60-64	66,5	7,4	35,6	20,5	39,8	3,0	18,4	18,4
65-74	62,1	7,5	35,1	17,1	29,0	2,1	13,6	13,3
75 e più	52,8	4,2	30,7	16,3	15,3	0,8	6,7	7,7
Totale	56,5	4,2	24,1	24,7	46,1	4,6	26,4	15,2

Tavola 1.7 - Persone di 14 anni e più per consumo di aperitivi e bevande alcoliche, genere e classe di età. ITALIA - Anno 2006

(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età Sesso	Aperitivi analcolici	Aperitivi eccezio- nalmente (a)	Aperitivi alcolici nalmente (a)	Aperitivi eccezio- nalmente (a)	Amari	Amari eccezio- nalmente (a)	Liquori	Liquori eccezio- nalmente (a)	Alcolici fuori pasto	Alcolici fuori pasto meno di una volta a settimana (b)	Né vino, né birra, né alcolici fuori pasto	
MASCHI												
14-17	46,1	51,8	27,5	50,4	13,8	59,4	16,7	68,2	24,2	70,5	52,6	
18-19	62,7	47,9	48,5	44,0	33,1	59,4	39,0	53,2	44,6	65,2	29,6	
20-24	66,5	42,8	60,3	42,1	43,5	49,7	47,4	52,5	52,4	57,9	18,2	
25-34	69,7	46,3	61,2	47,5	55,5	48,5	48,5	56,1	51,0	66,4	13,2	
35-44	65,1	52,5	53,8	59,7	53,4	56,7	46,1	64,6	44,1	73,6	12,2	
45-54	59,4	55,9	46,2	59,9	50,0	57,3	45,5	65,8	39,8	72,6	9,9	
55-59	53,4	60,1	39,5	67,0	44,6	57,6	41,6	62,5	37,7	68,5	12,5	
60-64	45,8	64,7	32,0	70,4	38,2	62,4	36,7	69,7	32,7	72,3	12,5	
65-74	36,0	66,3	24,5	69,8	32,8	65,8	25,3	68,5	30,3	69,8	15,0	
75 e più	19,0	66,8	11,0	75,7	18,1	68,7	13,4	69,4	18,7	71,7	21,1	
Totale	54,8	53,5	43,5	56,6	43,2	56,3	38,8	62,5	39,3	69,3	15,9	
FEMMINE												
14-17	40,6	63,8	20,6	61,0	6,5	65,0	10,1	56,5	16,8	81,6	66,1	
18-19	63,1	51,7	41,0	59,4	12,9	74,6	20,4	69,2	29,4	78,7	47,0	
20-24	61,5	54,3	40,0	55,2	20,2	65,5	25,8	61,5	33,3	74,2	42,3	
25-34	59,0	58,7	32,8	62,7	22,0	71,2	19,7	72,5	26,2	81,1	39,3	
35-44	51,4	68,5	23,6	73,9	20,5	75,6	16,2	80,8	17,4	85,8	37,7	
45-54	45,2	71,5	19,9	79,2	20,0	76,7	13,6	82,6	13,1	86,2	39,2	
55-59	34,1	74,1	14,8	82,2	15,6	76,5	12,6	81,0	11,4	84,6	40,7	
60-64	28,6	76,7	11,5	81,3	12,5	79,1	9,5	80,7	11,8	89,9	38,9	
65-74	18,6	77,9	6,2	80,0	8,2	78,8	5,7	83,2	6,7	84,0	45,1	

75 e più	9,3	78,9	2,6	76,0	5,1	80,6	2,9	76,1	4,1	69,9	53,4
Totale	39,8	66,4	19,4	69,4	15,5	74,6	13,0	75,8	15,4	82,2	43,1

MASCHI E FEMMINE

14-17	43,4	57,3	24,1	54,9	10,2	61,2	13,4	63,9	20,6	75,0	59,2
18-19	62,9	49,8	44,8	50,8	23,3	63,5	30,0	58,5	37,3	70,4	38,0
20-24	64,1	48,2	50,4	47,2	32,1	54,6	36,8	55,6	43,1	64,0	29,9
25-34	64,4	51,9	47,3	52,7	39,1	54,8	34,4	60,7	38,8	71,2	26,0
35-44	58,2	59,6	38,6	64,1	36,9	62,0	31,1	68,8	30,7	77,1	25,0
45-54	52,2	62,8	32,9	65,8	34,8	63,0	29,3	69,8	26,2	76,1	24,8
55-59	43,3	65,8	26,6	71,4	29,4	62,8	26,5	67,1	24,0	72,5	27,2
60-64	37,3	69,3	21,9	73,3	25,4	66,4	23,2	71,9	22,4	76,9	25,6
65-74	26,5	70,7	14,5	72,1	19,4	68,7	14,7	71,6	17,5	72,7	31,3
75 e più	12,9	72,2	5,8	75,8	10,0	72,5	6,8	71,2	9,6	71,2	41,3
Totale	47,1	59,2	31,0	60,7	28,9	61,4	25,5	66,0	26,9	73,1	30,0

Tavola 1.8 - Persone di 11 anni e più per consumo delle diverse bevande alcoliche, genere e classe di età.
ITALIA - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi d'età Sesso	Consuma vino	Consuma birra	Consuma altri tipi di alcolici	Consuma aperitivi alcolici	Consuma amari	Consuma superalcolici
MASCHI						
11-17	14,4	23,4	20,0	17,4	8,5	9,9
18-24	48,0	66,8	64,5	57,0	40,6	45,0
25-44	71,7	75,1	69,7	57,1	54,4	47,2
45-64	81,4	65,5	61,7	41,3	45,9	42,5
65 e più	77,5	37,2	35,6	19,0	26,8	20,5
Totale	68,8	60,1	56,4	42,1	41,7	37,5
FEMMINE						
11-17	10,1	14,4	15,8	13,9	4,3	6,3
18-24	30,9	37,1	45,8	40,2	18,1	24,3
25-44	44,0	44,6	37,4	27,7	21,2	17,7
45-64	48,7	31,9	27,7	16,8	17,2	12,5
65 e più	43,7	12,3	10,1	4,4	6,7	4,3
Totale	41,8	30,4	27,1	18,9	15,1	12,7
MASCHI E FEMMINE						
11-17	12,3	19,1	18,0	15,7	6,5	8,2
18-24	39,7	52,3	55,4	48,8	29,6	34,9
25-44	58,0	60,0	53,7	42,5	37,9	32,6
45-64	64,7	48,4	44,4	28,8	31,3	27,2
65 e più	57,9	22,8	20,8	10,6	15,1	11,1
Totale	54,8	44,8	41,3	30,1	28,0	24,7

2. GLI INCIDENTI STRADALI DOVUTI A CAUSE ALCOL CORRELATE

In Italia, in media, avvengono ogni giorno 614 incidenti stradali nei quali perdono la vita 15 persone e 867 rimangono ferite. Nel 2004, ultimo anno per il quale si hanno a disposizione i dati, in Italia ci sono stati 224.553 incidenti stradali nei quali sono morte 5.625 persone e rimaste ferite 316.630; ciò vuol dire che rispetto all'anno precedente si è verificata una sostanziale diminuzione del fenomeno: -3,1% di incidenti stradali, -7,3% di morti e -3,3% di feriti. Quest'ottimo risultato viene a seguito di un ulteriore calo riscontrato nel corso del 2003, dove non solo era stato toccato il numero più basso di incidenti registrati dal 1997, ma soprattutto il numero più basso di morti in incidenti stradali mai registrato. Si abbassa quindi in modo sostanziale l'indice di mortalità, che si calcola rapportando il numero di morti al numero di incidenti stradali, fattore attribuibile senza dubbio all'entrata in vigore del decreto legge 151/2003⁴ che ha introdotto la patente a punti e nuove regole nel codice della strada (uso della cintura, riduzione dei limiti di velocità, divieto dell'uso del telefonino, uso del casco ecc.). In questo contesto di generale diminuzione del fenomeno anche i dati che riguardano i più giovani mostrano un significativo e incoraggiante miglioramento.

L'importanza del binomio giovani-incidenti stradali è ancora più rilevante se si considera che per i ragazzi che si trovano nella fascia d'età 15-24 anni, gli incidenti stradali rappresentano in assoluto la prima causa di morte; nel corso 2004 sono morti in questa età per incidenti stradali, 1.078 ragazzi, 1.097 sono morti l'anno prima e 1.257 sono morti nel corso del 2002 (3.432 in tre anni). Ma non solo, in questa fascia d'età, ogni anno rimangono feriti sulle strade più di 80 mila ragazzi.

Per i più piccoli sotto i 15 anni il fenomeno è quantitativamente meno apprezzabile ma ugualmente importante nella sua criticità. Tra il 2002 e il 2004 la mortalità in incidenti stradali dei infra quattordicenni risulta decisamente in calo, nonostante ciò nel triennio sono morti più di 400 bambini e circa 40mila sono rimasti feriti.

Allo scopo di approfondire l'analisi sugli incidenti stradali in relazione alle cause legate all'abuso di sostanze alcoliche tra i giovani, che rappresenta un'assoluta novità nel contesto statistico nazionale, l'Istat ha messo a disposizione del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza la base dati relativa alle statistiche sugli incidenti stradali relativa al periodo 1995-2004.

L'archivio in questione viene implementato annualmente da una rete di soggetti che vede coinvolti l'Acì, il Ministero dell'Interno, i Carabinieri, la Polizia stradale, la Polizia provinciale, la Polizia municipale, gli uffici di statistica dei Comuni capoluogo di provincia e di alcune Province convenzionate. Le informazioni che vengono trasmesse sono relative ai dati anagrafici dei conducenti, dei passeggeri, nonché il tipo di strada in cui è avvenuto l'incidente, la causa che l'ha provocato e le conseguenze che si sono avute per ciascuno dei coinvolti nell'incidente (feriti o morti).

Per far emergere le dimensioni del fenomeno degli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol tra i giovani, è stato ristretto il campo di analisi agli incidenti per i quali è stata indicata come causa la guida in stato di ebbrezza per almeno uno dei conducenti coinvolti; in particolare gli incidenti in cui almeno uno dei conducenti aveva non più di 25 anni e risultava in stato di ebbrezza al momento dell'incidente.

Prima di illustrare gli elementi che emergono dall'analisi dei dati è opportuno fare alcune importanti considerazioni in merito alla loro correttezza e completezza informativa, in quanto i risultati che emergono dagli archivi sottostimano per alcuni motivi la realtà dei fatti, anche se rimane difficile quantificare la parte del fenomeno che rimane sommersa. A monte di questa osservazione c'è un problema sostanziale che sta alla base della rilevazione dei dati al momento dell'incidente, dovuto ad una serie di concause e legato al fatto che il test per la misurazione del livello di alcol nel sangue non viene effettuato per ogni incidente stradale rilevato. In primo luogo la dotazione di strumenti di rilevazione risulta ancora insufficiente, inoltre anche nei casi più gravi, ossia nel caso in cui si verifichi la morte di un giovane che non ha coinvolto terze persone, è

⁴ Decreto legge 27 giugno, n151, Modifiche ed integrazioni al codice della strada, poi convertito in legge 1° agosto 2003, n. 214.

a discrezione del giudice disporre che venga effettuata la rilevazione per il livello di alcolemia nel sangue. In più, quand'anche questo accertamento venga fatto, i risultati saranno sicuramente successivi alla compilazione della scheda che viene inviata all'Istat. Accade quindi che in un numero imprecisato di casi si indichi genericamente la guida distratta, laddove ci sia uno stato di alterazione psico-fisica legata al consumo di alcolici.

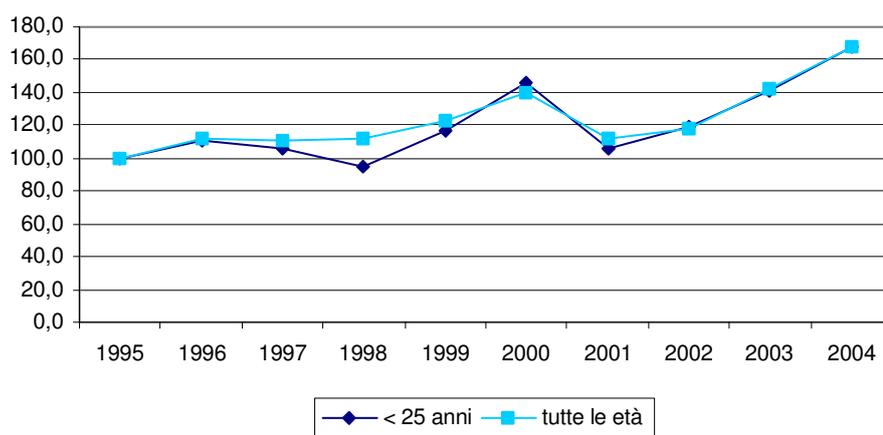
Nonostante questa doverosa premessa, si deve sottolineare come i dati riescono comunque ad evidenziare aspetti interessanti, dando un ordine di grandezza del fenomeno già di per sé drammatico e numericamente importante che troppo spesso viene ingigantito da cifre difficilmente attendibili.

2.1 I dati

Nel paragrafo introduttivo è stato già menzionato il fatto che gli archivi messi a disposizione dall'Istat prendono come unità di analisi l'evento "incidente stradale". I dati raccolti per ogni singolo evento sono piuttosto numerosi e vanno dalle informazioni generali sul dove è accaduto l'incidente (tipo di strada), su quando è accaduto (ora, giorno e mese) e sul motivo principale, per poi rilevare tutta una serie di dati sui conducenti dei veicoli coinvolti, degli eventuali passeggeri, per un massimo di 4 passeggeri e di 3 macchine coinvolte.

L'analisi della serie storica a disposizione relativa al numero di incidenti stradali, feriti e morti nel decennio che va dal 1995 al 2004, in cui la causa dell'incidente è imputabile alla guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente coinvolto, evidenzia un sostanziale aumento degli eventi "incidenti stradali" rilevati. Se si considerano i due estremi temporali (il 1995 e il 2004) gli incidenti stradali dovuti allo stato di ebbrezza di almeno un conducente coinvolto, aumentano del 67% nella classe dei conducenti infra venticinquenni, passando dai 596 del 1995 ai 997 del 2004 e aumentano del 68% nell'intera popolazione, passando dai 2.443 del 1995 ai 4.114 del 2004; l'andamento intermedio dei due fenomeni è stato piuttosto altalenante con picchi toccati oltre che nell'ultimo anno disponibile anche nel corso del 2000: 870 incidenti stradali, 28 persone decedute e 1.485 rimaste ferite in incidenti con almeno un conducente in stato di ebbrezza in età sotto i 25 anni e 3.404 incidenti, 92 persone decedute e 5.109 rimaste ferite in incidenti con almeno un conducente in stato di ebbrezza di tutte le età.

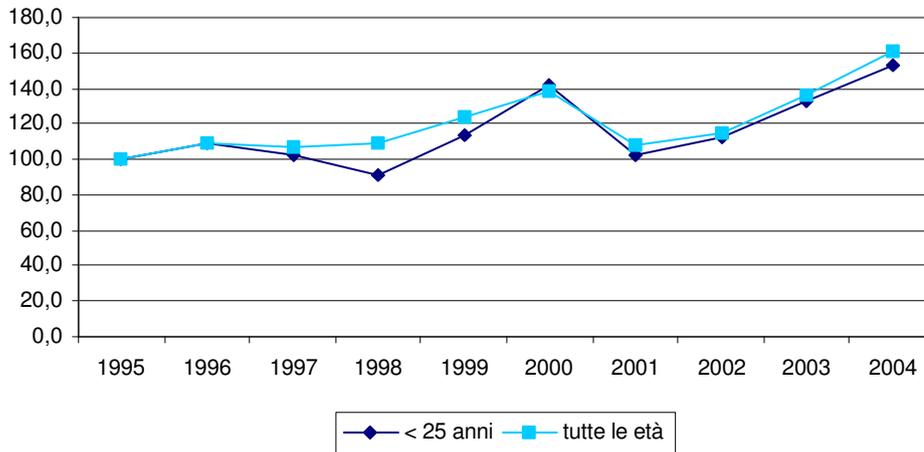
Figura 1 - Incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza di ragazzi con meno di 25 anni ed in totale. ITALIA - Anni 1995-2004 (numeri indice; base=1995)



Anche se in maniera più contenuta rispetto agli incidenti aumenta il numero dei feriti coinvolti negli stessi. Nel decennio considerato, negli incidenti dovuti allo stato di ebbrezza in cui il conducente era un infra venticinquenne, il numero totale dei feriti è stato di circa 12mila, passando dai 1.048 del 1995 ai 1.599 del 2004 per un incremento percentuale nel periodo considerato del 50% circa. Tra gli incidenti causati dalla popolazione di tutte le età l'aumento dei

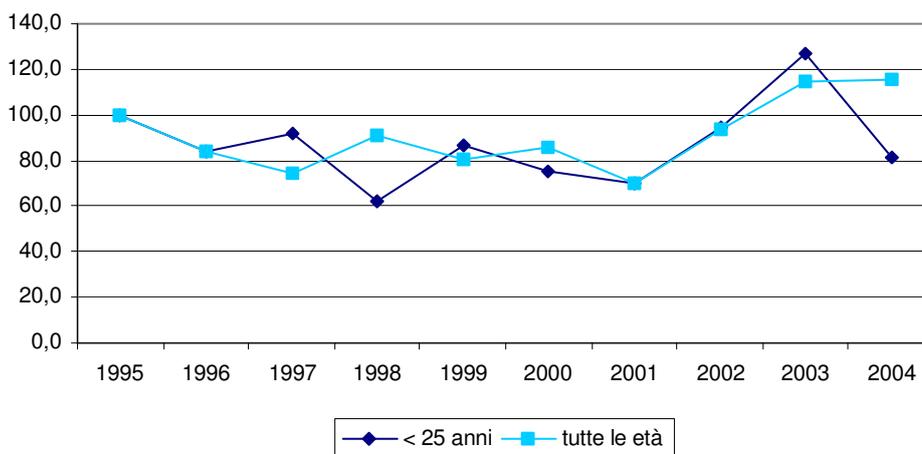
feriti è leggermente più consistente e pari al 60%, si passa infatti dai 3.699 feriti del 1995 ai 5.953 feriti del 2004.

Figura 2 - Feriti in incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza di ragazzi con meno di 25 anni ed in totale. ITALIA - Anni 1995-2004
(numeri indice; base=1995)



Il dato, non certo confortante ma che non presenta significativi incrementi nel periodo considerato, viene dal numero di morti a seguito di incidenti stradali in cui almeno un conducente coinvolto era in stato di ebbrezza. Le serie storiche, infatti, evidenziano una sostanziale stabilità del dato con un numero di morti in incidenti stradali in cui il conducente aveva non più di 25 anni che oscilla intorno ai 30 casi annui, mentre i casi salgono mediamente a 100 considerando la popolazione nel suo complesso. Il 2003 ha rappresentato senza dubbio l'anno di maggiore criticità con 103 morti registrati tra l'intera popolazione.

Figura 3 - Morti in incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza di ragazzi con meno di 25 anni ed in totale. ITALIA - Anni 1995-2004
(numeri indice; base=1995)



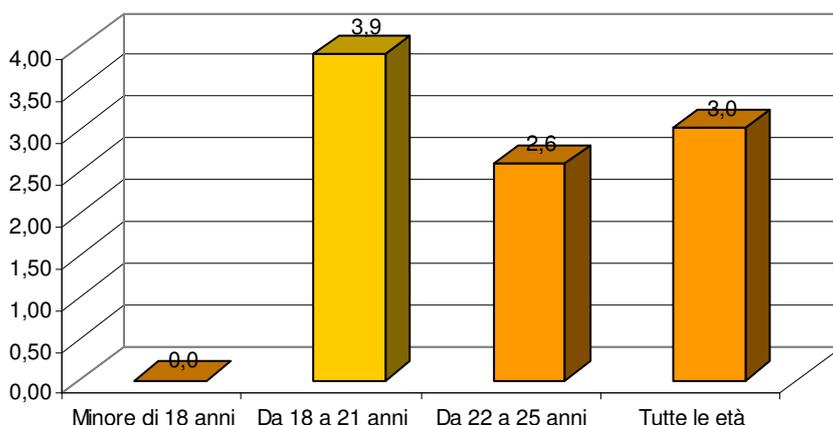
Per far emergere attraverso un set di variabili eventuali elementi caratterizzanti il rapporto giovani-alcol-guida, i dati presentati nel seguito dell'esposizione si riferiranno all'ultimo anno disponibile (2004).

Prendendo in considerazione le sottoclassi d'età all'interno di quella giovanile, emerge un quadro del fenomeno piuttosto disomogeneo. Conforta il dato relativo al numero esiguo di incidenti

stradali (29 nel corso del 2004) con conducenti al di sotto dei 18 anni trovati in stato di ebbrezza; i 29 incidenti non hanno causato nessun morto e hanno coinvolto 38 feriti di cui 7 femmine.

La classe d'età che va dai 18 ai 21 anni risulta notevolmente più problematica, nel senso che pur non essendo la classe d'età dove si verificano il maggior numero di incidenti dovuti a conducente in stato di ebbrezza, è quella dove gli incidenti hanno gli effetti peggiori; infatti, si ha un indice di mortalità stradale che risulta superiore a quello della classe di 22-25 anni e superiore anche a quello della popolazione considerata nel suo complesso. Il numero di incidenti che ha visto coinvolti conducenti in stato di ebbrezza con età compresa tra i 22 e i 25 anni è stato nel 2004 pari a 386, in questi sono decedute 15 persone di cui una di sesso femminile; i feriti sono stati 648 di cui 132 femmine.

Figura 4 - Indice di mortalità stradale per alcune classi d'età dei conducenti. IATLIA - Anno 2004 (morti per 100 incidenti)



Viene naturale pensare che l'inesperienza alla guida accompagnata da uno stato psico-fisico alterato sia un fattore che incide fortemente nel determinare le conseguenze di un incidente; ipotesi che viene supportata anche dal numero medio di feriti per incidente che è superiore a quello delle altre classi considerate e della popolazione complessiva. In questo senso appaiono molto previdenti, e lo si vedrà più avanti, le restrizioni imposte dal codice della strada relativamente alla cilindrata del mezzo che i neopatentati possono guidare.

Interessante il fatto che il numero di ragazze e donne coinvolte in incidenti stradali, che hanno riportato come conseguenza il ferimento o nel peggiore dei casi la morte, sono una quota molto residuale del totale, laddove la quota di decessi delle femmine è vicino al 6% nelle classi giovanili e al 12% nell'intera popolazione, mentre per quel che riguarda i feriti è circa il 20% per tutte le classi d'età analizzate.

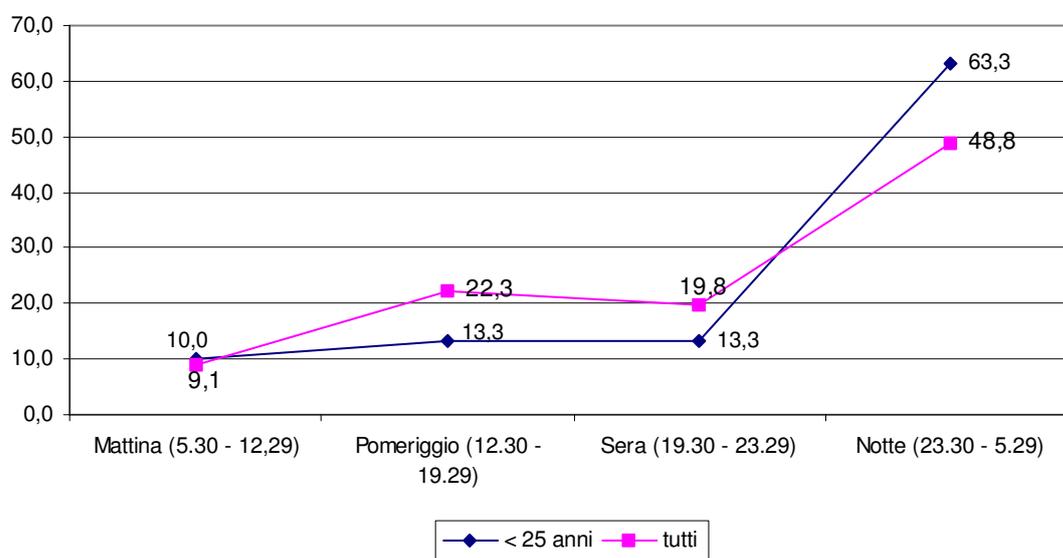
Le conseguenze riportate dal conducente del veicolo coinvolto negli incidenti sono differenti in relazione all'età. Se infatti la quota dei conducenti deceduti negli incidenti esaminati oscilla tra il 20% ed il 30% tra le classi d'età giovanili viste in precedenza, nella popolazione complessivamente considerata questa incidenza sale al 60% circa. Ciò si giustifica in larga parte, col fatto che considerando la popolazione nel suo complesso è più evidente il numero di casi in cui nel mezzo incidentato era presente solamente il conducente, mentre negli incidenti in cui sono coinvolti i ragazzi molto spesso sono presenti coetanei.

Non si registrano differenze significative tra le due popolazioni oggetto di studio allorché si prenda in considerazione la quota di conducenti che rimangono feriti a seguito degli incidenti in esame, in quanto, mediamente circa il 65% dei feriti sono proprio i conducenti dei mezzi coinvolti, a prescindere dall'età considerata.

Il momento della giornata in cui avvengono gli incidenti è uno degli aspetti del fenomeno da sempre oggetto di grande attenzione da parte dell'opinione pubblica e delle Forze dell'Ordine. Le tristemente famose stragi del sabato sera sono ormai da tempo alla ribalta delle cronache nazionali e i dati a disposizione confermano quanto già ampiamente conosciuto.

Tra gli incidenti stradali che vedono coinvolto almeno un conducente al di sotto dei 25 anni in stato di ebbrezza, in 2 casi su 3 questi avvengono nell'orario che va dalle 23.30 alle 5.30 del mattino. In questa fascia oraria si concentrano anche le più alte incidenze di morti e di feriti dovuti ad incidenti con le stesse caratteristiche; troviamo infatti in media il 65% dei morti e dei feriti in incidenti stradali che vedono appunto coinvolto almeno un conducente al di sotto dei 25 anni in stato di ebbrezza. La mattina (5.30-12.30), il pomeriggio (12.30-19.30) e la sera (19.30-23.30), con rispettivamente il 10%, l'8% ed il 14% degli incidenti, rappresentano incidenze importanti ma comunque residuali rispetto all'orario notturno. Si deve in ogni caso tenere presente che la concentrazione notturna degli incidenti non è così anomala vista la tendenza nei giovani a consumare alcolici proprio in queste ore della giornata.

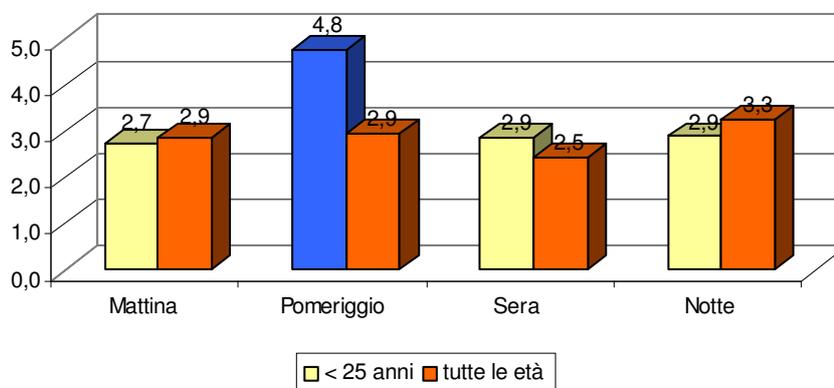
Figura 5 - Morti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente con meno di 25 anni ed di tutte le età secondo il momento della giornata in cui avviene l'incidente. ITALIA - Anno 2004 (valori %)



Come bene evidenziato in figura 4, tra i conducenti di tutte le età, la distribuzione percentuale dei decessi secondo l'orario in cui è avvenuto l'incidente, non evidenzia la stessa forte concentrazione che si ha nella popolazione degli infra-venticinquenni nell'orario notturno (pur rimanendo questa voce al di sopra del 40%), ma si caratterizza per una più alta incidenza di casi nell'orario pomeridiano, poco meno di 1 caso su 4, valore che è di circa 10 punti percentuali superiore a quello relativo ai più giovani.

I dati mettono senza dubbio in evidenza che la notte è il momento della giornata più a rischio per la popolazione giovanile, ma c'è un aspetto interessante che va sottolineato e si riferisce all'indice di mortalità stradale. Se si prende in considerazione questo indicatore, infatti, si può notare come proporzionalmente al numero di incidenti che avvengono, il pomeriggio sia il momento della giornata in cui la mortalità è più alta. In altre parole, mentre nella notte ogni 100 incidenti causati da giovani sotto i venticinque anni in stato di ebbrezza muoiono mediamente 2,9 persone, nel pomeriggio questa quota sale a 4,8. Il che ci fa pensare che gli incidenti causati nel pomeriggio, sebbene molto meno numerosi di quelli della notte, risultano molto più pericolosi. Non è così per gli incidenti causati dalla popolazione considerata nel suo complesso, dove al maggior numero di incidenti in valore assoluto, relativo alla fascia oraria 23,30-5,30, si associa anche un indice di mortalità più alto.

Figura 6 - Indice di mortalità stradale dei minori di 25 anni e di tutte le età secondo il momento della giornata in cui avviene l'incidente. ITALIA - Anno 2004



Analoghe riflessioni possono essere formulate prendendo in considerazione l'indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti), il quale conferma il fatto che i giovani, nei casi in cui siano la causa di incidenti stradali pomeridiani dovuti all'abuso di alcol, provocano conseguenze mediamente più gravi della media.

Ma dove avvengono questi incidenti? Si dibatte spesso sul tema della messa in sicurezza delle strade come ad esempio l'applicazione del divieto di vendita di alcolici sulle autostrade. I dati dicono però che più del 70% degli incidenti rilevati, in cui almeno un conducente è risultato essere in stato di ebbrezza e a prescindere dall'età delle persone coinvolte è avvenuto in un centro abitato. Mediamente in circa il 25% dei casi gli incidenti avvengono fuori dai centri abitati, mentre sulle autostrade e in altri tipi di strade la quota di incidenti non arriva complessivamente al 2% del totale.

Come era lecito attendere, nonostante questa forte concentrazione di eventi nei centri abitati, le conseguenze peggiori si registrano negli incidenti che avvengono sulle strade fuori dai centri abitati. È ovvio pensare che la velocità con cui avvengono gli incidenti nei centri abitati sia molto inferiore a quella che viene sostenuta sulle strade al di fuori, risultando la velocità dell'impatto un elemento decisivo nel determinare la gravità dell'incidente.

Per gli incidenti causati dallo stato di ebbrezza di almeno un infra venticinquenne, in tabella 1 sono riportati accanto alle incidenze percentuali secondo il tipo di strada, i relativi tassi di mortalità e di lesività; mentre per gli incidenti avvenuti nei centri abitati il tasso di mortalità è pari a 1,8 e il tasso di lesività è pari a 148,6, per gli incidenti avvenuti fuori dal centro abitato il tasso di mortalità sale addirittura a 6,4 e il tasso di lesività al 190,6.

Tabella 1 – Incidenti e morti con conducenti con meno di 25 anni secondo la localizzazione dell'incidente. ITALIA – Anno 2004

Localizzazione	Conducenti fino a 25 anni		
	% incidenti	indice di mortalità	indice di lesività
Centro abitato	71,6	1,8	148,6
Fuori centro abitato	26,8	6,4	190,6
Autostrada	1,1	0,0	172,7
Altro tipo di strada	0,5	0,0	200,0
Totale	100,0	3,0	160,4

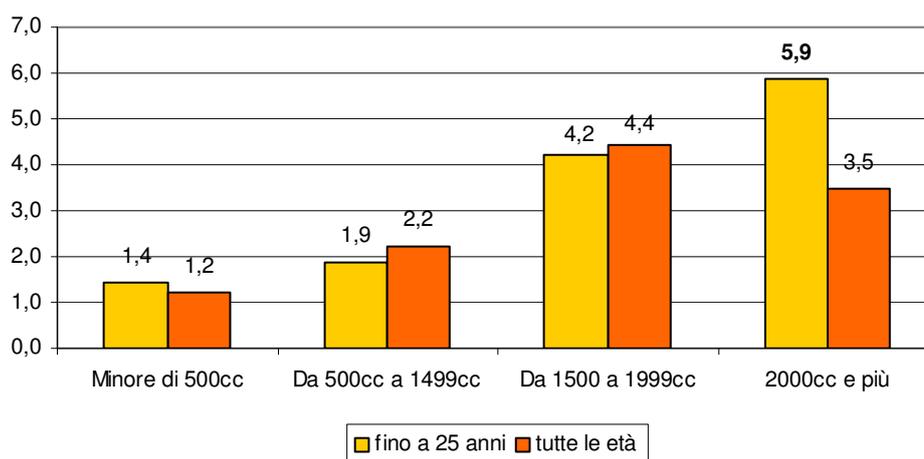
La cilindrata della macchina rappresenta sicuramente un elemento di rischio per i giovani soprattutto nel caso in cui si trovino in stato di ebbrezza. Per quel che riguarda i giovani conducenti sotto i venticinque anni che hanno provocato un incidente perché in stato di ebbrezza,

nel 50% circa dei casi erano alla guida di un mezzo con cilindrata compresa tra i 500cc e 1500cc; stessa incidenza che si registra per i conducenti di tutte le età. Questo aspetto è chiaramente legato al fatto che le macchine di questa cilindrata sono quelle più diffuse sia tra i giovani che tra la popolazione complessiva.

Gli incidenti in cui sono coinvolti mezzi con una cilindrata superiore o uguale ai 2000cc rappresentano circa il 10% del totale a prescindere dall'età del conducente. Come già accennato, è per le macchine con questa cilindrata che si hanno i problemi maggiori per i giovani, dato che si registra un tasso di mortalità stradale più che doppio rispetto agli incidenti in cui il mezzo guidato ha una cilindrata inferiore ai 1500cc. La figura 6 indica che, in modo particolare per i giovani, gli incidenti in cui sono coinvolte macchine di grossa cilindrata raddoppiano il rischio di morte rispetto a quelli in cui sono coinvolte macchine di piccola cilindrata.

Il tema dell'opportunità di vietare la guida di certi tipi di vetture a giovani con scarsa esperienza alla guida è dibattuto frequentemente ed i dati ne dimostrano la rilevanza. È evidente che, sebbene le macchine di grossa cilindrata presentino notevoli accorgimenti tecnici a livello di sicurezza, l'inesperienza dei ragazzi gioca un ruolo decisivo nel determinare le tragiche conseguenze degli incidenti. Se poi all'inesperienza alla guida sommiamo lo stato psico-fisico alterato dal consumo di bevande alcoliche il mix risulta micidiale.

Figura 7 - Indice di mortalità stradale dei minori di 25 anni e di tutte le età secondo la cilindrata del mezzo guidato. ITALIA - Anno 2004

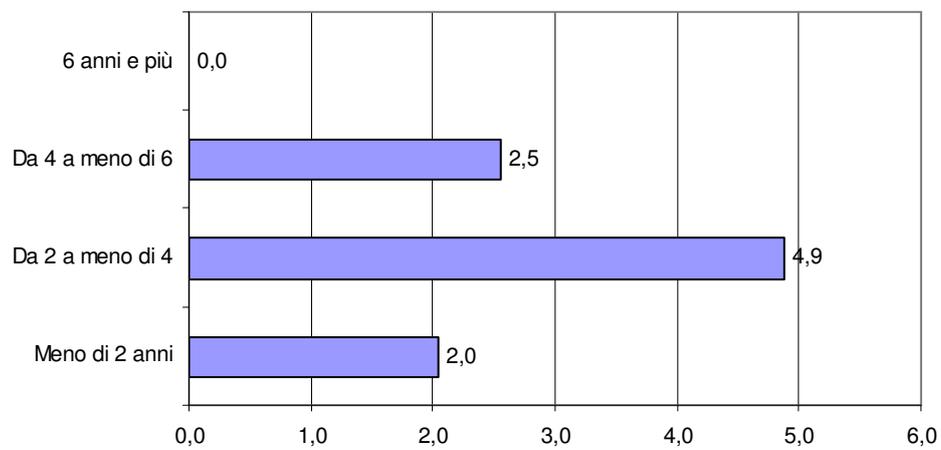


L'inesperienza dei ragazzi alla guida è legata al fatto che gli infra venticinquenni oggetto dell'analisi in questione hanno la patente per la guida di autovetture al massimo da 7 anni e che gli incidenti con altri mezzi (motocicli per esempio) rappresentano una quota residuale.

I dati disponibili evidenziano quanto accennato: il 70% degli incidenti causati dallo stato di ebbrezza tra gli infra venticinquenni sono provocati da ragazzi che hanno la patente da meno di 4 anni, ed in particolare il 37% circa da meno di 2 anni e nell'altro 33% tra 2 e 4 anni, mentre il 19% degli incidenti avviene con conducenti che hanno la patente da più di 4 anni e da meno di 6.

Il momento più critico dal punto di vista della pericolosità degli incidenti sembra riguardare non tanto i neopatentati, sui quali ha probabilmente effetto il timore del primo periodo di guida, quanto quelli che hanno tra 2 e 4 anni di patente, nei quali è probabilmente subentrata quella incosciente sicurezza di saper gestire le situazioni critiche della guida compreso lo stato di ebbrezza. Per gli incidenti in cui sono coinvolti questa categoria di conducenti il tasso di mortalità risulta doppio rispetto alle altre classi: 4,9 per i patentati da 2 a 4 anni, 2,5 per i patentati da meno di 6 anni e non più di 4 e 2,0 per i patentati da meno di due anni.

**Figura 8 - Indice di mortalità stradale di giovani con meno di 25 anni
secondo gli anni di patente. ITALIA - Anno 2004**



2.2 I dati di riferimento*

Tavola 2.1 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente e per alcune classi d'età del conducente. ITALIA - Anni 1995-2004

Anni	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni			Conducenti in stato di ebbrezza di tutte le età		
	incidenti	morti	feriti	Incidenti	morti	feriti
1995	596	37	1.048	2.443	107	3.699
1996	662	31	1.142	2.729	90	4.026
1997	634	34	1.070	2.709	80	3.961
1998	564	23	950	2.726	97	4.022
1999	696	32	1.190	3.004	86	4.573
2000	870	28	1.485	3.404	92	5.109
2001	634	26	1.074	2.738	75	4.009
2002	709	35	1.183	2.896	100	4.251
2003	842	47	1.395	3.492	123	5.029
2004	997	30	1.599	4.114	124	5.953

* Fonte: Istat; Elaborazioni: Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

Tavola 2.2 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un condicente e per alcune classi d'età del conducente. ITALIA - Anni 1995-2004 (numeri indice; base=1995)

Anni	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni			Conducenti in stato di ebbrezza di tutte le età		
	incidenti	morti	feriti	Incidenti	morti	feriti
1995	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1996	111,1	83,8	109,0	111,7	84,1	108,8
1997	106,4	91,9	102,1	110,9	74,8	107,1
1998	94,6	62,2	90,6	111,6	90,7	108,7
1999	116,8	86,5	113,5	123,0	80,4	123,6
2000	146,0	75,7	141,7	139,3	86,0	138,1
2001	106,4	70,3	102,5	112,1	70,1	108,4
2002	119,0	94,6	112,9	118,5	93,5	114,9
2003	141,3	127,0	133,1	142,9	115,0	136,0
2004	167,3	81,1	152,6	168,4	115,9	160,9

Tavola 2.3 - Indice di mortalità e indice di lesività stradale per alcune classi d'età del conducente in stato di ebbrezza.

ITALIA - Anni 1995-2004

Anni	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni		Conducenti in stato di ebbrezza di tutte le età	
	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)
1995	6,2	175,8	4,4	151,4
1996	4,7	172,5	3,3	147,5
1997	5,4	168,8	3,0	146,2
1998	4,1	168,4	3,6	147,5
1999	4,6	171,0	2,9	152,2
2000	3,2	170,7	2,7	150,1
2001	4,1	169,4	2,7	146,4
2002	4,9	166,9	3,5	146,8
2003	5,6	165,7	3,5	144,0
2004	3,0	160,4	3,0	144,7

Tavola 2.4 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente e per alcune classi d'età del conducente. ITALIA - Anno 2004

Classi d'età del conducente	Incidenti	Morti		Feriti	
		Totale	di cui femmine	Totale	di cui femmine
<i>valori assoluti</i>					
Minore di 18 anni	29	0	0	38	7
Da 18 a 21 anni	386	15	1	648	132
Da 22 a 25 anni	582	15	1	913	175
Totale con conducenti con meno di 25 anni	997	30	2	1.599	314
<i>Tutte le età</i>	<i>4.114</i>	<i>124</i>	<i>15</i>	<i>5.953</i>	<i>1.325</i>
<i>valori percentuali</i>					
Minore di 18 anni	2,9	0,0	0,0	2,4	2,2
Da 18 a 21 anni	38,7	50,0	50,0	40,5	42,0
Da 22 a 25 anni	58,4	50,0	50,0	57,1	55,7
Totale con conducenti con meno di 25 anni	100,0	100	100	100,0	100,0
<i>Incidenza minori di 25 anni sul totale</i>	<i>24,2</i>	<i>24,2</i>	<i>13,3</i>	<i>26,9</i>	<i>23,7</i>

Tavola 2.5 - Morti e feriti in incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente e per alcune classi d'età del conducente. ITALIA - Anno 2004

Classe d'età conducente	Morti		Feriti	
	Totale	<i>di cui conducenti</i>	Totale	<i>di cui conducenti</i>
Minore di 18 anni	0	0	38	30
Da 18 a 21 anni	15	3	648	388
Da 22 a 25 anni	15	5	913	592
Totale con conducenti con meno di 25 anni	30	8	1.599	1.010
<i>Tutte le età</i>	<i>124</i>	<i>74</i>	<i>5.953</i>	<i>4.148</i>

Tavola 2.6 - Morti e feriti in incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente e per alcune classi d'età del conducente. ITALIA - Anno 2004

<u>Classe d'età conducente</u>	<u>% conducenti morti sul totale morti</u>	<u>% conducenti feriti sul totale feriti</u>
Minore di 18 anni	0,0	78,9
Da 18 a 21 anni	20,0	59,9
Da 22 a 25 anni	33,3	64,8
Totale con conducenti con meno di 25 anni	26,7	63,2
<i>Tutte le età</i>	<i>59,7</i>	<i>69,7</i>

Tavola 2.7 - Indice di mortalità e indice di lesività stradale per alcune classi d'età del conducente in stato di ebbrezza.

ITALIA - Anno 2004

Classe d'età conducente	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)	N° medio di feriti per incidente	Morti per 100.000 ragazzi della stessa età
Minore di 18 anni	0,0	0,0	1,3	0,0
Da 18 a 21 anni	3,9	2,3	1,7	0,6
Da 22 a 25 anni	2,6	1,6	1,6	0,6
Totale con conducenti con meno di 25 anni	3,0	1,9	1,6	0,4
<i>Tutte le età</i>	<i>3,0</i>	<i>2,1</i>	<i>1,4</i>	<i>0,2</i>

Tavola 2.8 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente per alcune classi d'età del conducente e secondo il momento della giornata in cui avviene l'incidente. ITALIA - Anno 2004

Orario	Conducenti fino a 25 anni			Tutti i conducenti		
	incidenti	morti	feriti	Incidenti	morti	feriti
	valori assoluti					
Mattina (5.30 - 12,29)	110	3	187	383	11	524
Pomeriggio (12.30 - 19.29)	84	4	149	919	27	1.261
Sera (19.30 - 23.29)	140	4	203	979	24	1.363
Notte (23.30 - 5.29)	658	19	1.053	1.804	59	2.770
<i>Non specificato</i>	5	-	7	29	3	35
Totale	997	30	1.599	4.114	124	5.953
	valori percentuali					
Mattina (5.30 - 12,29)	11,1	10,0	11,7	9,4	9,1	8,9
Pomeriggio (12.30 - 19.29)	8,5	13,3	9,4	22,5	22,3	21,3
Sera (19.30 - 23.29)	14,1	13,3	12,8	24,0	19,8	23,0
Notte (23.30 - 5.29)	66,3	63,3	66,1	44,2	48,8	46,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tavola 2.9 - Indice di mortalità e indice di lesività stradale secondo l'età del conducente e secondo il momento della giornata in cui avviene l'incidente. ITALIA - Anno 2004

Orario	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni		Tutti i conducenti in stato di ebbrezza	
	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)
Mattina (5.30 - 12,29)	2,7	170,0	2,9	136,8
Pomeriggio (12.30 - 19.29)	4,8	177,4	2,9	137,2
Sera (19.30 - 23.29)	2,9	145,0	2,5	139,2
Notte (23.30 - 5.29)	2,9	160,0	3,3	153,5
Totale	3,0	160,4	3,0	144,7

Tavola 2.10 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente, per alcune classi d'età del conducente e secondo la localizzazione dell'incidente. ITALIA - Anno 2004

Localizzazione	Conducenti fino a 25 anni			Tutti i conducenti		
	incidenti	morti	feriti	Incidenti	morti	feriti
	valori assoluti					
Centro abitato	714	13	1.061	3.025	47	4.227
Fuori centro abitato	267	17	509	1.045	74	1.650
Autostrada	11	0	19	35	2	59
Altro tipo di strada	5	0	10	9	1	17
Totale	997	30	1.599	4.114	124	5.953
	valori percentuali					
Centro abitato	71,6	43,3	66,4	73,5	37,9	71,0
Fuori centro abitato	26,8	56,7	31,8	25,4	59,7	27,7
Autostrada	1,1	0,0	1,2	0,9	1,6	1,0
Altro tipo di strada	0,5	0,0	0,6	0,2	0,8	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tavola 2.11 - Indice di mortalità e indice di lesività stradale secondo l'età del conducente e secondo il luogo dove è avvenuto l'incidente. ITALIA - Anno 2004

Localizzazione	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni		Tutti i conducenti in stato di ebbrezza	
	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)
Centro abitato	1,8	148,6	1,6	139,7
Fuori centro abitato	6,4	190,6	7,1	157,9
Autostrada	0,0	172,7	5,7	168,6
Altro tipo di strada	0,0	200,0	11,1	188,9
Totale	3,0	160,4	3,0	144,7

Tavola 2.12 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente, per alcune classi d'età del conducente e secondo la cilindrata del mezzo guidato. ITALIA - Anno 2004

Cilindrata	Conducenti fino a 25 anni			Tutti i conducenti		
	incidenti	morti	feriti	Incidenti	morti	feriti
	valori assoluti					
Minore di 500cc	70	1	81	323	4	353
Da 500cc a 1499cc	324	6	519	1.394	31	2.036
Da 1500 a 1999cc	262	11	451	993	44	1.541
2000cc e più	68	4	130	318	11	504
<i>n.i.</i>	<i>273</i>	<i>8</i>	<i>418</i>	<i>1.086</i>	<i>34</i>	<i>1.519</i>
Totale	997	30	1.599	4.114	124	5.953
	valori percentuali					
Minore di 500cc	9,7	4,5	6,9	10,7	4,4	8,0
Da 500cc a 1499cc	44,8	27,3	43,9	46,0	34,4	45,9
Da 1500 a 1999cc	36,2	50,0	38,2	32,8	48,9	34,8
2000cc e più	9,4	18,2	11,0	10,5	12,2	11,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tavola 2.13 - Indice di mortalità e indice di lesività stradale secondo l'età del conducente e secondo la cilindrata del mezzo guidato. ITALIA - Anno 2004

Cilindrata	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni		Tutti i conducenti in stato di ebbrezza	
	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)
Minore di 500cc	1,4	115,7	1,2	109,3
Da 500cc a 1499cc	1,9	160,2	2,2	146,1
Da 1500 a 1999cc	4,2	172,1	4,4	155,2
2000cc e più	5,9	191,2	3,5	158,5
Totale	3,0	160,4	3,0	144,7

Tavola 2.14 - Incidenti stradali, morti e feriti per guida in stato di ebbrezza di almeno un conducente, per alcune classi d'età del conducente e secondo il numero di anni di patente. ITALIA - Anno 2004

Anni di patente	Conducenti fino a 25 anni			Tutti i conducenti		
	incidenti	morti	feriti	Incidenti	morti	feriti
	valori assoluti					
Meno di 2 anni	294	6	483	648	16	1.010
Da 2 a meno di 4	266	13	469	645	29	1.045
Da 4 a meno di 6	157	4	254	427	10	626
6 anni e più	82	0	133	1.481	38	2.178
<i>n.i.</i>	198	7	260	913	31	1.094
Totale	997	30	1.599	4.114	124	5.953
	valori percentuali					
Meno di 2 anni	36,8	26,1	36,1	20,2	17,2	20,8
Da 2 a meno di 4	33,3	56,5	35,0	20,1	31,2	21,5
Da 4 a meno di 6	19,6	17,4	19,0	13,3	10,8	12,9
6 anni e più	10,3	0,0	9,9	46,3	40,9	44,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Tavola 2.15 - Indice di mortalità e indice di lesività stradale secondo l'età del conducente e secondo gli anni di patente.
ITALIA - Anno 2004**

Anni di patente	Conducenti in stato di ebbrezza fino a 25 anni		Tutti i conducenti in stato di ebbrezza	
	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)	Indice di mortalità stradale (morti per 100 incidenti)	Indice di lesività stradale (feriti per 100 incidenti)
Meno di 2 anni	2,0	164,3	2,5	155,9
Da 2 a meno di 4	4,9	176,3	4,5	162,0
Da 4 a meno di 6	2,5	161,8	2,3	146,6
6 anni e più	0,0	162,2	2,6	147,1
Totale	3,0	160,4	3,0	144,7

3. UNO SGUARDO ALL'EUROPA

I dati di seguito presentati sono relativi ad alcuni indicatori socio-demografico di contesto nonché indicatori sul consumo di alcolici.

Austria

Popolazione complessiva	8.206.524
Popolazione minorile	1.613.844
Indice di vecchiaia	99,2
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	22,5
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	34,68
Consumo medio di alcol puro (litri)	10,51
% giovani che bevono almeno settimanalmente	34,5

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Usato regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa al si sotto degli 80mg %, al di sopra sospensione della patente da 3 settimane a 4 mesi. Conseguenze penali se c'è un incidente stradale

Belgio

Popolazione complessiva	10.445.852
Popolazione minorile	2.169.933
Indice di vecchiaia	100,3
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	25,7
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	41,28
Consumo medio di alcol puro (litri)	8,93
% 15-22enni che hanno bevuto alcolici (a)	47,7

(a) I dati citati si riferiscono ad una indagine svolta a Bruxelles

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Usato regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa dai 137 ai 11.00 € e sospensione della patente da 8 giorni a 5 anni.

Fonti: WHO, HBSC

Bulgaria

Popolazione complessiva	7.761.049
Popolazione minorile	1.381.405
Indice di vecchiaia	124,0
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	15,0
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	5,4
Consumo medio di alcol puro (litri)	5,04
15-16enni che hanno bevuto alcolici 40 o più volte nella vita	16,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa o arresto

Fonti: WHO, ESPAD, HBSC

Cipro

Popolazione complessiva	749.175
Popolazione minorile	176.992
Indice di vecchiaia	62,2
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	n.d.
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	2,44
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,04
15-16enni che hanno bevuto alcolici 40 o più volte nella vita	21,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)

E' consentito l'uso dell'etilometro

Con che frequenza viene usato?

Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?

Repubblica ceca

Popolazione complessiva	10.220.577
Popolazione minorile	1.916.356
Indice di vecchiaia	94,0
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	20,4
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	27,3
Consumo medio di alcol puro (litri)	13,67
% 15enni che bevono alcolici settimanalmente	28,8

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	0
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa o sospensione della patente.

Fonti: WHO, ESPAD, HBSC

Danimarca

Popolazione complessiva	5.411.405
Popolazione minorile	1.205.489
Indice di vecchiaia	79,8
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	19,3
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	20,09
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,84
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	46,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa, sospensione della patente o carcere.

Fonti: WHO, ESPAD, HBSC

Estonia

Popolazione complessiva	1.351.069
Popolazione minorile	280.533
Indice di vecchiaia	101,4
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	22,6
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	42,17
Consumo medio di alcol puro (litri)	13,4
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	23,7

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	20
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa, sospensione della patente fino a 3 mesi o carcere fino a 30 giorni.

Fonti: WHO, HBSC

Finlandia

Popolazione complessiva	5.236.611
Popolazione minorile	1.105.768
Indice di vecchiaia	90,9
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	13,0
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	19,3
Consumo medio di alcol puro (litri)	8,23
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	16,8

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa, sospensione della patente fino a 3 mesi o carcere fino a 30 giorni.

Francia

Popolazione complessiva	62.370.800
Popolazione minorile	14.069.693
Indice di vecchiaia	86,9
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	24,3
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	n.d.
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,95
% 17-19enni che hanno bevuto alcolici nell'ultimo mese	79,2

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa o carcere

Fonti: WHO, ESPAD, HBSC

Germania

Popolazione complessiva	82.500.849
Popolazione minorile	14.828.835
Indice di vecchiaia	128,9
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	19,7
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	29,38
Consumo medio di alcol puro (litri)	10,71
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	39,3

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	No
Con che frequenza viene usato?	Se risulta necessario (sospetto di ubriachezza)
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa, sospensione della patente e carcere.

Fonti: WHO, ESPAD, HBSC

Grecia

Popolazione complessiva	11.082.751
Popolazione minorile	1.950.325
Indice di vecchiaia	125,6
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	31,5
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	13,12
Consumo medio di alcol puro (litri)	7,68
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	27,5

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente)
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	n.d.

Fonti: WHO, HBSC

Irlanda

Popolazione complessiva	4.109.173
Popolazione minorile	1.026.237
Indice di vecchiaia	53,9
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	19,0
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	n.d.
Consumo medio di alcol puro (litri)	10,61
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	40,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	80
E' consentito l'uso dell'etilometro	No
Con che frequenza viene usato?	
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Sospensione della patente da 3 mesi a 4 anni, multa e carcere

Fonti: WHO, HBSC

Lettonia

Popolazione complessiva	2.306.434
Popolazione minorile	451.230
Indice di vecchiaia	111,6
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	28,1
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	32,26
Consumo medio di alcol puro (litri)	8,36
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	16,7

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Sospensione della patente da 3 mesi a 5 anni, multa e carcere da 10 a 15 giorni

Fonti: WHO

Lituania

Popolazione complessiva	3.425.324
Popolazione minorile	746.274
Indice di vecchiaia	88,4
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	4,8
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	28,82
Consumo medio di alcol puro (litri)	8,56
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	23,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	40
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	n.d.

Malta

Popolazione complessiva	402.668
Popolazione minorile	88.303
Indice di vecchiaia	75,4
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	10,2
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	0,27
Consumo medio di alcol puro (litri)	5,36
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	36,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	80
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Se la concentrazione di alcol nel sangue supera i 100mg % la patente viene sospesa per non meno di 6 mesi, altrimenti multa o prigione.

Fonti: WHO, HBSC

Olanda

Popolazione complessiva	16.305.526
Popolazione minorile	3.597.591
Indice di vecchiaia	76,1
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	11,9
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	12,76
Consumo medio di alcol puro (litri)	7,79
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	55,6

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa di 220€, sospensione della patente e obbligo di servizi sociali

Polonia

Popolazione complessiva	38.173.835
Popolazione minorile	8.087.067
Indice di vecchiaia	78,7
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	19,8
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	18,1
Consumo medio di alcol puro (litri)	6,68
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	26,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	20
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Regolarmente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa, sospensione della patente e prigione

Fonti: WHO, HBSC

Portogallo

Popolazione complessiva	10.529.255
Popolazione minorile	1.997.620
Indice di vecchiaia	108,7
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	28,4
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	21,45
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,38
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	15,5

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Da 50 a 80mg%, multa sospensione della patente, da 80 a 120mg% multe più pesanti e sospensione, oltre 120 processo e carcere

Fonti: WHO, HBSC

Romania

Popolazione complessiva	21.658.528
Popolazione minorile	4.477.013
Indice di vecchiaia	92,4
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	11,9
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	1,39
Consumo medio di alcol puro (litri)	7,39
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	18,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	0
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	Raramente
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Non disponibile

Fonti: WHO, HBSC

Slovacchia

Popolazione complessiva	5.384.822
Popolazione minorile	1.162.243
Indice di vecchiaia	68,1
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	18,0
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	20,89
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,48
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	27,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	0
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Sospensione della patente

Slovenia

Popolazione complessiva	1.997.590
Popolazione minorile	361.141
Indice di vecchiaia	106,9,1
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	24,2
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	88,33
Consumo medio di alcol puro (litri)	8,83
% 15-16enni che hanno consumato alcolici nella vita almeno 40 volte	23,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebrezza?	Multe da 125 a 500€ e punti penali da 3 a 18

Fonti: WHO, HBSC

Spagna

Popolazione complessiva	43.038.035
Popolazione minorile	7.590.078
Indice di vecchiaia	115,8
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	22,1
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	10,57
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,99
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	28,3

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	50
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebrezza?	Multe da 301 a 600€ e sospensione della patente da un minimo di un mese ad un massimo di 3. Perdita di punti della patente da 4 a 6

Fonti: WHO, HBSC

Svezia

Popolazione complessiva	9.011.392
Popolazione minorile	1.939.153
Indice di vecchiaia	98,2
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	12,5
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	11,74
Consumo medio di alcol puro (litri)	5,62
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	20,1

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	20
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebrezza?	Sospensione della patente o carcere da 1 o 2 mesi fino a 2 anni secondo la concentrazione di alcol nel sangue

Fonti: WHO, HBSC

Regno Unito

Popolazione complessiva	59.699.828
Popolazione minorile	13.240.672
Indice di vecchiaia	87,5
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	11,2
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	18,75
Consumo medio di alcol puro (litri)	9,29
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	47,0

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	80
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebrezza?	Fino a 6 mesi di prigione e 5.000 sterline di multa

Fonti: WHO, HBSC

Ungheria

Popolazione complessiva	10.097.549
Popolazione minorile	1.950.417
Indice di vecchiaia	99,9
Tasso di incidentalità stradale nella popolazione di 15-24 anni (per 100.000)	15,8
Incidenti stradali causati dall'alcol per 100.000 residenti	28,78
Consumo medio di alcol puro (litri)	11,6
% 15enni che bevono alcolici almeno settimanalmente	24,4

Alcol e guida

Concentrazione massima consentita di alcol nel sangue (mg %)	0
E' consentito l'uso dell'etilometro	Si
Con che frequenza viene usato?	A volte
Quali sono le sanzioni per guida in stato di ebbrezza?	Multa e sospensione della patente fino a 6 mesi

Fonti: WHO

CONTRIBUTI

LA LEGISLAZIONE IN AMBITO DI PROBLEMI E PATOLOGIE ALCOLCORRELATE*

1. STORIA

L'alcolologia è quella disciplina che tratta la relazione uomo-alcol in tutti i suoi aspetti sanitari, sociali, psicologici, economici, ambientali, ecc. ed anche nel nostro Paese ha acquisito ormai da numerosi anni una specificità sia negli interventi clinico-riabilitativi, così come in quelli nel campo della prevenzione, della ricerca e della formazione. Nel 1994 la Società Italiana di Alcolologia in una Consensus Conference sull'alcol definì l'alcolismo: "un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo (da famiglia a famiglia, da comunità a comunità)."

Nell'ambito socio-sanitario ci troviamo di fronte alla quarta causa di morbilità in termini di rischio attribuibile e ad una grande numerosità di utenti, o potenziali utenti, con problemi e patologie alcol-correlate, che necessitano di interventi specifici e mirati, che coinvolgono professionisti di discipline diverse e che richiedono una specifica preparazione degli operatori.

2. LEGGE 125 "LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E DI PROBLEMI ALCOLCORRELATI." (PUBBLICATO SULLA GAZZETTA UFFICIALE N. 90 DEL 18-04-2001)

La Legge 125/01 è una *framework* legislativo che sostiene politicamente ed al tempo stesso traccia linee guida in questo settore della promozione della salute. La 125/01 è il risultato di un processo di conoscenze e di presa di coscienza politica, sanitaria, sociale, economica e di diritto da parte della società italiana. Questo processo ha storicamente degli eventi fondanti che sono: la nascita nel 1975 del primo gruppo di AA a Roma; del primo Club degli alcolisti in trattamento in Italia nel 1979, e nel settembre del 1979 della Società Italiana di Alcolologia che nasce con il fine esclusivo dello studio e della ricerca in campo alcologico.

La contemporanea presenza dei primi servizi di Alcolologia situati principalmente a livello ospedaliero ha permesso in quegli anni lo sviluppo di una sensibilità e di una nuova attenzione alle patologie alcolcorrelate ed all'alcolismo che ha portato nel 2001, dopo un lungo e laborioso processo politico legislativo alla definizione ed approvazione della prima legge nazionale.

Questa è l'unica legge a livello europeo che fa suoi nel testo i cinque principi etici ed obiettivi della Carta Europea approvata dalla Conferenza Europea sulla Salute "la Società e l'Alcol", a Parigi nel 1995 adempiendo per primi come nazione a quanto sottoscritto e che citava: "*A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati Membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed i seguenti obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali.*"

La 125 è una legge quadro che stabilisce una serie di adempimenti su questioni legate alle bevande alcoliche: prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolodipendenti.

Le finalità della presente sono le seguenti:

* Valentino Patussi, residente della Società Italiana di Alcolologia - Centro Alcolologico Regionale della Toscana; Centro di Alcolologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze.

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

La legge nazionale ha previsto inoltre la costituzione della Consulta Nazionale sull'Alcol e sui problemi alcolcorrelati, presieduta dal Ministro della Solidarietà Sociale è composta da 18 membri; la sua funzione si è rivelata estremamente importante per la realizzazione concreta di azioni politiche che, in questi anni hanno visto il coinvolgimento dei Ministeri competenti, delle Regioni e delle Province Autonome di Bolzano e di Trento, degli enti e delle organizzazioni internazionali che si occupano di questa tematica, in particolar modo l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Queste proposte si sono spesso concretizzate a livello locale, consegnando alle problematiche alcolcorrelate una legittimità dell'intervento.

- Nel corso del biennio 2005-2006, i gruppi di lavoro costituiti all'interno della Consulta hanno prodotto una serie di documenti sulle tematiche trattate:
- Monitoraggio e valutazione delle documentazioni nazionali, europee e internazionali pertinenti agli ambiti e alle competenze della Consulta nazionale alcol
- Definizione dei criteri di monitoraggio sui problemi alcol-correlati: rilevazione dell'esistente e dei bisogni a livello nazionale e regionale
- Formazione e aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcol-correlati
- Parere relativo allo schema di decreto del ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il ministro della salute.

Dopo la legge nazionale 125/01 delibere e azioni a livello regionale si sono andate sempre più diffondendo, sviluppandosi su percorsi condivisi, sia a livello di informazione che di metodologia, considerando le diversità e differenziazioni locali.

Uno di questi esempi è la Provincia Autonoma di Trento e Bolzano che ha al suo interno deliberato un sistema di organizzazione dei servizi alcologici in piena sintonia con le caratteristiche più elastiche che lo Statuto Speciale conferisce.

In questi anni le varie indicazioni contenute nella legge nazionale 125 hanno trovato in modo non sempre puntuale ed omogeneo una loro attuazione; qui di seguito sono riportati quegli articoli che hanno visto concretizzarsi obiettivi e azioni.

Articolo 4

Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol-correlati

I. È istituita la Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol-correlati, composta da:

- a) il ministro per la Solidarietà sociale che la presiede;
- b) tre membri designati dal ministro per la Solidarietà sociale fra persone che abbiano maturato una comprovata esperienza professionale in tema di alcol e problemi alcol-correlati;
- c) quattro membri designati dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- d) il direttore dell'Istituto Superiore di Sanità o un suo delegato) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche, designato dal suo presidente;
- f) due membri designati dal ministro per la Solidarietà sociale di cui uno su proposta delle associazioni di volontariato e uno su proposta delle associazioni di auto-mutuo-aiuto attive nel settore;
- g) due membri designati dal ministro per la Solidarietà sociale di cui uno su proposta del ministro per le Politiche agricole e uno su proposta delle associazioni dei produttori e dei commercianti di bevande alcoliche; ...
- h) due membri designati dal ministro della Sanità;
- i) il presidente della società di alcologia o un suo delegato. ...

Con Decreto del Ministero del 18 ottobre 2006 e con e con i DD.MM del [6 febbraio 2007](#) e del [31 maggio 2007](#), viene rinnovata la Consulta Nazionale sull'Alcol e sui Problemi Alcol correlati.

Nel corso del biennio 2006-2007 sono stati attivati i seguenti gruppi di lavoro all'interno della Consulta:

- Alcol e Stili di vita
- Alcol, educazione, prevenzione e trattamento
- Legge 125 e Conferenza Nazionale Alcol
- Alcol, Guida e Lavoro

I gruppi di lavoro già esistenti e portati avanti dalla Consulta Nazionale 2003-2005 precedentemente al rinnovo erano:

1. "Monitoraggio e valutazione delle documentazioni nazionali, europee ed internazionali pertinenti agli ambiti e alle competenze della Consulta Nazionale Alcol"
2. "Formazione e aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati"
3. "[Definizione dei criteri di monitoraggio sui problemi alcolcorrelati: rilevazione dell'esistente e dei bisogni a livello nazionale e regionale](#)"

www.ministerosalute.it

Articolo 5

Modificazioni agli ordinamenti didattici universitari

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 9 della L. 341/90, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitari o relativi alle professioni sanitarie o a quelle a indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in Medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di assicurare, quale corso di studio, l'apprendimento dell'alcolologia.

In questo settore non ci sono state disposizioni ufficiali, se non alcune iniziative isolate da parte delle singole facoltà. Non esiste nessuna indicazione da parte del Ministero della Università e della Ricerca.

Esiste il documento sulla formazione approvato dalla Consulta Nazionale sull'alcol e sulle patologie alcolcorrelate che ha preso spunto dalla "Carta di Vietri" (documento sulla formazione in campo alcologico) approvata nel maggio del 2005 a Vietri dalla Società Italiana di Algologia.

Nonostante questa assenza di disposizioni ufficiali l'attenzione del mondo alcologico si è andata concentrando sempre di più su interventi di formazione specifici rivolti a: medici di medicina generale, pediatri di famiglia, ginecologi, farmacisti, al fine di far acquisire competenze finalizzate all'integrazione nella pratica professionale di strategie di identificazione precoce dei problemi alcolcorrelati e di intervento breve.

Dal 2003 è stato attivato un Master di primo livello in Problemi e patologie alcolcorrelate presso l'Università degli Studi di Firenze.

Articolo 6
Modificazioni al codice della strada

1. Al Dlgs 285/92, sono state le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 119, comma 8, lettera c), dopo il secondo periodo è inserito il seguente:

«Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestano comportamenti o sintomi associabili a patologie correlate all'abuso di alcol, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi alcolologici pubblici»;

b) all'articolo 186, al comma 4, le parole: «In caso di incidente o quando si abbia motivo di ritenere che» sono sostituite dalle seguenti: "Al fine di constatare se".

2. Il ministro dei Trasporti e della navigazione, con propri decreti, emanati ai sensi dell'articolo 123, comma 10 del Dlgs 285/92, provvede all'integrazione dei programmi di esame per l'accertamento dell'idoneità tecnica degli insegnanti e degli istruttori delle autoscuole nonché dei programmi di esame per il conseguimento della patente di guida al fine di assicurare un'adeguata informazione sui rischi derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche prima della guida.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è tenuto a emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1 della L. 400/88, una modifica al comma 1 dell'articolo 379 del regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada, emanato con decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che modifichi la concentrazione alcolemica portandola da 0,8 grammi per litro a 0,5 grammi per litro.

Decreto Legge Bianchi n. 117 /2007

Testo del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 180 del 4 agosto 2007), coordinato con la legge di conversione 2 ottobre 2007, n. 160, (in questa stessa Gazzetta Ufficiale alla pag. 3), recante:
"Disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione".

Il decreto Legge porta il nome del primo firmatario, il Ministro dei Trasporti Alessandro Bianchi, il quale dopo l'emergenza incidenti stradali alcol correlati che ha visto un suo culmine nell'estate 2007, ha provveduto all'inasprimento delle pene per tutti i provvedimenti già esistenti relativi alla "Guida in stato di ebbrezza"

GU n. 230 del 3-10-2007.

Articolo 8
Relazione al Parlamento

1. Il ministro della Sanità trasmette al Parlamento una relazione sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge, predisposta sulla base delle relazioni inviate dalle Regioni, ai sensi dell'articolo 9, comma 2.

Le Regioni in questi anni hanno trasmesso regolarmente le relazioni sulle attività alcoliche realizzate ai sensi della presente legge.

Le relazioni vengono poi inviate al Ministero della Salute che le rende visibili attraverso il proprio sito internet.

Attualmente sono presenti le relazioni che descrivono gli interventi dall'anno 2002 al 2006.

www.ministerosalute.it

CAPO II
COMPETENZE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Articolo 9

Attribuzioni delle Regioni e delle Province di Trento e di Bolzano

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle risorse destinate all'assistenza sanitaria rese disponibili dal Fondo sanitario nazionale, alla programmazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcol-correlate, all'individuazione dei servizi e delle strutture anche ospedaliere e universitarie, incaricati della realizzazione degli interventi stessi, compresi quelli per il trattamento in fase acuta dei soggetti con problemi di alcolismo e/o di patologie alcol-correlate, alla formazione e all'aggiornamento degli operatori del settore, in base ai principi stabiliti dalla presente legge e alle previsioni dell'atto di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 3.

Il lavoro da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano si organizza secondo questo percorso e non ci sono state modifiche a riguardo.

All'interno del sito del Ministero della Salute è possibile consultare le relazioni sulle attività alcoliche trasmesse da ogni Regione.

www.ministerosalute.it

2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al ministero della Sanità sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge.

Articolo 12

Collaborazione con enti e con associazioni

1. Le Regioni, le aziende unità sanitarie locali e i servizi alcologici possono svolgere la loro attività avvalendosi, anche mediante apposita convenzione, di enti e associazioni pubbliche o private che operano per il perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1 della presente legge.

Le attività di prevenzione e trattamento sono sempre più numerose, anche attraverso il coinvolgimento di associazioni come: l'associazione dei Club alcolisti in trattamento (ACAT), i gruppi dei dodici passi (AA, ALANON, ALATEEN), le cooperative sociali e le associazioni di volontariato e di promozione sociale che si occupano di promozione della salute. Nel corso del 2007 è nato un coordinamento (CONSAES) dei Centri di Alcologia che utilizzano l'approccio ecologico sociale.

Capo III
DISPOSIZIONI SULLA PUBBLICITA' E SUL CONSUMO DELLE BEVANDE ALCOLICHE
E IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO

Articolo 13

Disposizioni in materia di pubblicità

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le emittenti televisive pubbliche e private e le agenzie pubblicitarie adottano un codice di autoregolamentazione sulle modalità e sui contenuti dei messaggi pubblicitari relativi alle bevande alcoliche e superalcoliche.

2. È vietata la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche che:

- a) sia trasmessa all'interno di programmi rivolti ai minori;
- b) attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche che non siano espressamente riconosciute dal ministero della Sanità in sede di autorizzazione;
- c) rappresenti minori intenti al consumo di alcol ovvero rappresenti in modo negativo l'astinenza o la sobrietà dall'alcol;
- d) preveda la concessione di premi o di altri vantaggi allo scopo di incentivare il consumo di alcol.

3. È vietata la pubblicità diretta o indiretta delle bevande alcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di 18 anni di età.

4. È vietata la pubblicità di bevande superalcoliche nella fascia oraria dalle 16 alle 19.

5. La violazione delle disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4 è punita con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 5 milioni a lire 20 milioni. La sanzione si duplica per ogni ulteriore trasgressione.

6. La sanzione di cui al comma 5 si applica altresì alle industrie produttrici e ai responsabili delle emittenti radiotelevisive, degli organi di stampa e dei proprietari delle sale cinematografiche.

Attualmente in materia di pubblicità in Italia esiste solo un codice di Autoregolamentazione che non sembrano essere sufficienti a garantire ciò che la legge stessa 125/01 ha sancito come limite per la promozione delle bevande alcoliche.

Il ministro della Solidarietà Sociale Paolo Ferrero in collaborazione con la Consulta Nazionale Alcol, anche in base alle raccomandazioni del Consiglio d'Europa, ha presentato presso il Consiglio dei Ministri, tra aprile e maggio 2007 una proposta di legge volta alla limitazione della pubblicità di prodotti alcolici in tv, seguendo il percorso già esistente in Francia (Loi Evin). Inoltre nella proposta sono previste etichette informative sui prodotti alcolici, che mettano in guardia dai rischi connessi alla bevanda.

Per ogni bevanda di gradazione superiore a 1,2 gradi, è vietato presentare una associazione tra la stessa ed una idea "di successo della persona". Rimane possibile informare, attraverso gli spot, delle caratteristiche del prodotto alcolico, tenendo conto del divieto di associare idee di benessere derivato dall'uso dello stesso.

Articolo 14

Vendita di alcolici sulle autostrade

1. È vietata la vendita al banco di bevande superalcoliche nelle aree di servizio situate lungo le autostrade dalle ore 22 alle ore 6.
2. La violazione della disposizione di cui al comma 1 è punita con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 1 milione a lire 5 milioni.

Il Divieto di vendita e somministrazione di alcolici sulle autostrade in ogni momento della giornata è uno dei punti del disegno di legge “*sulla semplificazione degli adempimenti amministrativi per la tutela della salute*” presentato dal Ministro della Salute Livia Turco nell’ottobre del 2006. Il divieto era stato stralciato dalla Commissione Bilancio del Senato all’interno dei provvedimenti della Finanziaria 2007, ma è stato poi riproposto. In questo disegno di legge si prevedeva anche l’innalzamento dell’età legale per la somministrazione di bevande alcoliche dai 16 ai 18 anni.

Articolo 15

Disposizioni per la sicurezza sul lavoro

1. Nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio per gli infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, individuate con decreto del ministro del Lavoro e della previdenza sociale di concerto con il ministro della Sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è fatto assoluto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.
2. Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici sui luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ai sensi dell’articolo 2, comma 1, lettera d) del Dlgs 626/94, ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende sanitarie pubbliche.
3. Ai lavoratori affetti da patologie alcol-correlate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi alcolologici presso altre strutture riabilitative, si applica l’articolo 124 del Dpr309/90.
4. Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo è punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 1 milione a lire 5 milioni.

Nella seduta del 16 marzo 2006 la Conferenza stato regioni ha approvato lo schema di intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell’articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125, che individua le attività lavorative per le quali sono vietate l’assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Dal 2005-2007 è stato realizzato il progetto nazionale: “Programma di sensibilizzazione informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende” (Alcol e lavoro) promosso dal Ministero della Salute che ha coinvolto 11 regioni e di cui la Toscana è stata capofila. Il lavoro svolto ha visto il coinvolgimento dei sindacati confederati, dei medici del lavoro e dei medici competenti delle Aziende Sanitarie, e delle varie associazioni di settore ed è risultato di estrema importanza nell’attivare una nuova attenzione alla sicurezza nei luoghi di lavoro connessa all’utilizzo all’interno delle ore lavorative di bevande alcoliche. Sono stati prodotti materiali per la sensibilizzazione e l’informazione, sia per i lavoratori che per i datori di lavoro.

3. PIANI SANITARI NAZIONALI 2003-05 E 2006-08

I piani sanitari nazionali successivi alla data di approvazione della 125 pongono la prevenzione e la riduzione dei rischi sanitari e sociali correlati al consumo di bevande alcoliche uno dei principali obiettivi di salute pubblica con particolare attenzione ai giovani.

Il **Piano sanitario Nazionale 2003-2005 approvato DPR 23.5.2003**, inserisce la prevenzione dell'alcolismo come uno dei dieci progetti prioritari nell'ottica di una strategia di cambiamento finalizzata a: "Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", ponendo l'alcol, con il tabacco, l'attività fisica, e la dieta tra gli stili di vita che richiedono dei cambiamenti per un miglioramento della salute pubblica. Nel piano facendo riferimento agli obiettivi promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unione Europea nelle strategie comunitarie per la riduzione dei danni alcol-correlati, viene ribadito che nonostante ci sia stata una riduzione dei consumi di bevande alcoliche in Italia (vedi obiettivo dell'OMS della riduzione dei consumi del 25%) viene ribadito che la riduzione dei danni sanitari e sociali alcol-correlati debba essere considerata come uno dei principali obiettivi di salute pubblica. Particolare attenzione viene posta alla correlazione alcol e guida, alcol e lavoro. Inoltre viene evidenziata, nelle generazioni più giovani, la crescente correlazione tra consumo di alcol ed altre sostanze come il tabacco e le droghe illegali.

Il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato con DPR 7 aprile 2006** mantiene la linea del precedente piano che poneva il consumo delle bevande alcoliche tra gli stili di vita che mettono a rischio la salute della popolazione. Mette in evidenza come, in base alle relazioni pervenute dalle regioni e alla Relazione al Parlamento che il Ministero della salute presenta ogni anno ai sensi dell'articolo 8 della legge 125/2000, si siano andate consolidando azioni di politica sanitaria volte alla prevenzione, al trattamento e riabilitazione dei problemi e patologie alcol-correlate. Nonostante questi segnali positivi, si evidenzia come emerga dai monitoraggi sia a livello regionale che nazionale si evidenzia un aumento dei comportamenti di consumo a rischio di bevande alcoliche con particolare evidenza nelle donne, negli anziani e nei giovani.

4. PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE" E "GUADAGNARE SALUTE"

Il *Piano Nazionale Alcol e Salute* (PNAS), proposto dal Ministero della Salute approvato il 5 Aprile del 2007 è un documento all'interno del quale convogliano tutti gli atti normativi e programmatici a livello nazionale e internazionale relativi alle problematiche alcolologiche.

Gli obiettivi previsti sono:

- 1) informazione ed educazione
- 2) bere e guida
- 3) ambienti e luoghi di lavoro
- 4) trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza
- 5) responsabilità del mondo della produzione e distribuzione
- 6) capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol
- 7) monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto
- 8) potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di auto-mutuo-aiuto.

Al fine di attivare e favorire la realizzazione degli obiettivi sopra descritti, dei progetti e del loro relativo monitoraggio e valutazione, il PNAS prevede l'attivazione di un gruppo tecnico congiunto formato dal sottogruppo "Alcol" del Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) e dalla Sottocommissione "Alcol" della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni con lo scopo di affrontare prioritariamente i seguenti argomenti:

- a) Definizione di nuovi criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori, tenendo conto che questi dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001;

- b) Individuazione delle azioni prioritarie rivolte alla protezione ed alla promozione della salute

Le precedenti considerazioni vengono riportate anche nel Programma Nazionale **“Guadagnare Salute-rendere facili le scelte salutari”**, voluto dal Ministro della Salute e approvato dal Governo con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 4 Maggio 2007, in accordo con le Regioni e Province autonome, il quale inquadra le problematiche alcolcorrelate nel concetto dei così detti “stili di vita”. Bere alcolici in Italia ha un ampio peso culturale, ma le conseguenze di questo comportamento possono essere evidenti, in termini di sicurezza personale e della collettività e di tutela della salute, anche senza che la persona sia inquadrabile nella categoria diagnostica della dipendenza.

Al fine di dare piena attuazione agli impegni assunti in relazione al (PNAS) e al Piano Nazionale “Guadagnare Salute” le Regioni e Province Autonome stanno sviluppando azioni sinergiche e condivise, che trovano origine nella pianificazione socio sanitaria locale, affinché sia maggiormente capillare il livello di conoscenza nelle persone, dei rischi che conseguono l’assunzione di bevande alcoliche e siano maggiormente definiti percorsi di cura e di continuità terapeutica efficaci e accessibili, per tutte le persone che presentano problematiche alcolcorrelate, nel pieno rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti a livello nazionale. In tal senso è bene ricordare come si sia costituita presso lo Stato-regioni una specifica sottocommissione alcol, proprio con la finalità di garantire una maggiore concertazione ed omogeneità nelle azioni e politiche in materia di alcol.

5. CONCLUSIONI

Il percorso legislativo e culturale in questi anni è stato estremamente difficile e complesso con derive e manipolazioni che hanno fatto ricorso ad aspetti moralistici fino a paventare un nuovo “proibizionismo”.

L’evidenza scientifica ha da tempo dimostrato come i fenomeni legati all’uso di sostanze psicoattive legali e illegali (oppiacei, alcol, tabacco, anabolizzanti, cocaina, ecstasy, psicofarmaci, sostanze dopanti, etc.), e vari comportamenti e stili di vita (gioco d’azzardo, disturbi alimentari, etc.), creino delle condizioni neuro-biologiche che hanno le caratteristiche delle abitudini consolidate e degli automatismi ripetitivi, come tanti altri comportamenti che da sempre hanno caratterizzato la condizione umana del nostro tempo. Queste abitudini, che piaccia o no, esistono e non sono lontane da molti comportamenti medi della popolazione, dei quali condividono presupposti, sistemi di valori, modalità esistenziali. Queste abitudini simulano e fingono meccanismi del tutto naturali, che richiedono tempi lunghi per raggiungere uno stato mentale di benessere e di armonia con l’ambiente.

Nel caso specifico dei problemi e patologie alcolcorrelate, la letteratura scientifica lascia spazio ad una visione “culturale” del fenomeno, chiedendo a ciascuno un semplice “atto di coscienza”, che si traduca nel ridimensionamento o nella rinuncia ad un comportamento “socialmente accettato” ma che contribuisce in modo significativo a ridurre lo stato di benessere di una comunità.

Pertanto è impossibile pretendere il cambiamento dell’individuo senza valutare e modificare il contesto, prima familiare e poi sociale, e senza che ci si ponga come obiettivo la sensibilizzazione e quindi il mutamento di abitudini e stili di vita della e nella comunità.

Si auspica che, anche a seguito dei percorsi normativi e legislativi, si possa riprendere il confronto a livello locale, regionale e nazionale creando circoli virtuosi tra quanti si riconoscono in politiche di tutela e promozione della salute per gli alcolisti e per le loro famiglie.

DOCUMENTI E LEGGI DI RIFERIMENTO

Unione Europea

- Raccomandazione del Consiglio d'Europa "Drinking of children and adolescents"
"Community action in the field of public health" (2001-2006)
- Council Conclusion on a European Community Alcohol Strategy
- Risoluzione del Parlamento Europeo del 5 settembre 2007 su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (2007/2005) (INI)
- I° Piano di Azione Europeo per l'alcol 1992/99
- II° Piano di Azione Europeo per l'alcol 2000-2005

WHO

- HEALTH 21- Health for all in the 21st Century, 1999
- European Alcohol Action Plan 2000-2004
- Declaration on Young People and Alcohol, 2001
- First European Alcohol Action Plan, 1992
- European Charter on Alcohol, 1995
- Second European Alcohol Action Plan, 1999
- Stockholm Declaration on Young People and Alcohol, 2001
- WHO World Health Assembly resolution on health problems caused by harmful use of alcohol, 2005
- RC endorsement of the Framework for alcohol policy in the European Region, 2005

Nazionali

- "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo uno della legge 23 ottobre 1992 N. 421" Decreto Legislativo 502/92 comma 7 Art. 14, in S.O alla Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 1994 n. 4.
- Accordo Stato-regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" Provvedimento 31 gennaio 1999 publ. Sulla Gazzetta Ufficiale n. 61 del 15 marzo 1999.
- Legge 30 Marzo del 2001, n° 125 Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati. Pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001
- Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'atto di intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999. Deliberazione n.1165 del 21-10-2002
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato DPR 23.5.2003
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato con DPR 7 aprile 2006
- "Attività lavorative ad elevato rischio infortuni"Intesa Conferenza Stato Regioni, 16 Marzo 2006
- "Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009" Ministero della Salute-Direzione generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. Roma 07-01-2007
- Linee di indirizzo relative alla valutazione di idoneità alla guida per violazione art. 186 Nuovo Codice della Strada. Delibera n. 264 del 03-09-2007
- "Guadagnare Salute-Rendere Facili le scelte salutari" Ministero della Salute Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 4 Maggio 2007

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione", Legge n. 160 del 2 ottobre 2007

Regioni

Regione Toscana

- Legge Regionale 7 Febbraio del 2005, n° 28, art. 42, punto 4 "Codice del Commercio. Testo Unico in materia di commercio in sede fissa, su aree pubbliche, somministrazione di alimenti e bevande, vendita di stampa quotidiana e periodica e distribuzione di carburanti".

Publicata su Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, n. 11 del 10 febbraio del 2005

- " Piano Sanitario Regionale 2002-2004: un piano per la salute, un piano sostenibile"

- "Piano Sanitario Regionale 2005-2007: un sistema sanitario sostenibile, un sistema per la salute, un sistema sanitario di comunità"

- "Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010" Consiglio della Regione Toscana in raccordo con il Piano Sanitario Regionale

- Deliberazioni 281 del 15-09-1998 del Consiglio Regionale "Azione programmata: organizzazione dei servizi alcolologici" pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 41 del 14 ottobre del 1998

- Deliberazione 624 del 03-09-2007 della Giunta Regionale "Linee di indirizzo alle commissioni mediche locali e alle aziende USL toscane per la valutazione dell'idoneità alla guida per violazione dell'art. 186 del Nuovo Codice della Strada"

Ddl in materia di alcool e delle sostanze alcool-correlate", approvato dalla commissione Affari sociali della Camera e trasmesso all'aula. (è una pre legge 125 i contenuti sono i medesimi)

Legge 2 ottobre 2007, n. 160

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione "

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 230 del 3 ottobre 2007

Art. 1.

1. Il decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Testo del decreto-legge coordinato con la legge di conversione

pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 230 del 3 ottobre 2007

Art. 1.

Disposizioni in materia di guida senza patente

1. All'art. 116 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, il comma 13 è sostituito dal seguente:

"13. Chiunque guida autoveicoli o motoveicoli senza aver conseguito la patente di guida è punito con l'ammenda da euro 2.257 a euro 9.032; la stessa sanzione si applica ai conducenti che guidano senza patente perché revocata o non rinnovata per mancanza dei requisiti previsti dal presente codice. Nell'ipotesi di reiterazione del reato nel biennio si applica altresì la pena dell'arresto fino ad un anno. Per le violazioni di cui al presente comma è competente il tribunale in composizione monocratica".

Art. 2.

Disposizioni in materia di limitazioni nella guida

All'art. 117 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

"1. è consentita la guida dei motocicli ai titolari di patente A, rilasciata alle condizioni e con le limitazioni dettate dalle disposizioni comunitarie in materia di patenti.";

b) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

"2-bis. Ai titolari di patente di guida di categoria B, per il primo anno dal rilascio non è consentita la guida di autoveicoli aventi una potenza specifica, riferita alla tara, superiore a 50 kw/t. La limitazione di cui al presente comma non si applica ai veicoli adibiti al servizio di persone invalide, autorizzate ai sensi dell'art. 188, purché la persona invalida sia presente sul veicolo.";

c) al comma 3, primo periodo, le parole: "ai commi 1 e 2" sono sostituite dalle seguenti: "ai commi 1, 2 e 2-bis";

d) al comma 5, primo periodo, le parole: "e comunque prima di aver raggiunto l'età di venti anni," sono soppresse e le parole: "da euro 74 a euro 296" sono sostituite dalle seguenti: "da euro 148 a euro 594".

2. Le disposizioni del comma 2-bis dell'art. 117 del decreto legislativo n. 285 del 1992, introdotto dal comma 1, lettera b), del presente articolo, si applicano ai titolari di patente di guida di categoria B rilasciata a fare data dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. All'art. 170 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

"1-bis. Sui veicoli di cui al comma 1 è vietato il trasporto di minori di anni cinque.";

b) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

"6-bis. Chiunque viola le disposizioni del comma 1-bis è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 148 a euro 594."

Art. 3.

Disposizioni in materia di velocità dei veicoli

1. All'art. 142 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 6, dopo le parole: "le risultanze di apparecchiature debitamente omologate," sono inserite le seguenti: "anche per il calcolo della velocità media di percorrenza su tratti determinati,"; b) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

"6-bis. Le postazioni di controllo sulla rete stradale per il rilevamento della velocità devono essere preventivamente segnalate e ben visibili, ricorrendo all'impiego di cartelli o di dispositivi di segnalazione luminosi, conformemente alle norme stabilite nel regolamento di esecuzione del presente codice. Le modalità di impiego sono stabilite con decreto del Ministro dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'interno.";

c) il comma 9 è sostituito dai seguenti:

"9. Chiunque supera di oltre 40 km/h ma di non oltre 60 km/h i limiti massimi di velocità è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 370,00 a euro 1.458,00. Dalla

violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida *da uno a tre mesi con il provvedimento di inibizione alla guida del veicolo, nella fascia oraria che va dalle ore 22 alle ore 7 del mattino, per i tre mesi successivi alla restituzione della patente di guida. Il provvedimento di inibizione alla guida è annotato nell'anagrafe nazionale degli abilitati alla guida, di cui agli articoli 225 e 226 del presente codice.*

9-bis. Chiunque supera di oltre 60 km/h i limiti massimi di velocità è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 2.000. Dalla violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei a dodici mesi, ai sensi delle norme di cui al capo I, sezione II, del titolo VI.";

d) il comma 11 è sostituito dal seguente:

"11. Se le violazioni di cui ai commi 7, 8, 9 e 9-bis sono commesse alla guida di uno dei veicoli indicati al comma 3, lettere b), e), f), g), h), i) e l) le sanzioni amministrative pecuniarie e quelle accessorie ivi previste sono raddoppiate. L'eccesso di velocità oltre il limite al quale è tarato il limitatore di velocità di cui all'art. 179 comporta, nei veicoli obbligati a montare tale apparecchio, l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dai commi 2-bis e 3 del medesimo art. 179, per il caso di limitatore non funzionante o alterato. È sempre disposto l'accompagnamento del mezzo presso un'officina autorizzata, per i fini di cui al comma 6-bis del citato art. 179.";

e) il comma 12 è sostituito dal seguente:

"12. Quando il titolare di una patente di guida sia incorso, in un periodo di due anni, in una ulteriore violazione del comma 9, la sanzione amministrativa accessoria è della sospensione della patente da otto a diciotto mesi, ai sensi delle norme di cui al capo I, sezione II, del titolo VI. Quando il titolare di una patente di guida sia incorso, in un periodo di due anni, in una ulteriore violazione del comma 9-bis, la sanzione amministrativa accessoria è la revoca della patente, ai sensi delle norme di cui al capo I, sezione II, del titolo VI.".

2. Alla tabella dei punteggi allegata all'art. 126-bis del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, le parole:

{Norma violata	Punti
Art. 142, comma 8	2
comma 9	10}

sono sostituite dalle seguenti:

{Norma violata	Punti
Art. 142, comma 8	5
commi 9 e 9-bis	10}

3. All'attuazione delle disposizioni introdotte dal comma 1 del presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 3-bis.

Modifiche all'art. 157 del decreto legislativo n. 285 e successive modificazioni del 1992, in materia di accensione del motore durante la sosta o la fermata del veicolo.

1. All'art. 157 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 7, è inserito il seguente:

"7-bis. è fatto divieto di tenere il motore acceso, durante la sosta o fermata del veicolo, allo scopo di mantenere in funzione l'impianto di condizionamento d'aria nel veicolo stesso; dalla violazione consegue la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 200 a euro 400.";

b) al comma 8 sono premesse le seguenti parole: "Fatto salvo quanto disposto dal comma 7-bis,".

Art. 4.

Disposizioni in materia di uso dei dispositivi radiotrasmittenti durante la guida

1. Il comma 3 dell'art. 173 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"3. Chiunque viola le disposizioni di cui al comma 1 è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 70,00 a euro 285,00.

3-bis. Chiunque viola le disposizioni di cui al comma 2 è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 148,00 a euro 594,00. Si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a tre mesi, qualora lo stesso soggetto compia un'ulteriore violazione nel corso di un biennio".

2. Alla tabella dei punteggi allegata all'art. 126-bis del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, le parole:

{ Norma violata	Punti
Art. 173, comma 3	5

sono sostituite dalle seguenti:

{ Norma violata	Punti
Art. 173, commi 3 e 3-bis	5

Art. 5.

Modifiche agli articoli 186 e 187 del decreto legislativo n. 285 del 1992, in materia di guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di stupefacenti.

1. All'art. 186 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 2 è sostituito dai seguenti:

"2. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca piu' grave reato:

a) con l'ammenda da euro 500 a euro 2000, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da tre a sei mesi;

b) con l'ammenda da euro 800 a euro 3.200 e l'arresto fino a tre mesi, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,8 e non superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei mesi ad un anno;

c) con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000, l'arresto fino a sei mesi, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente

di guida da uno a due anni. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, quando il reato è commesso dal conducente di un autobus o di un veicolo di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5t. o di complessi di veicoli, ovvero in caso di recidiva nel biennio. Ai fini del ritiro della patente si applicano le disposizioni dell'art. 223.

2-bis. Se il conducente in stato di ebbrezza provoca un incidente stradale, le pene di cui al comma 2) sono raddoppiate ed è disposto il fermo amministrativo del veicolo per novanta giorni ai sensi del Capo I, sezione II, del titolo VI, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea al reato. È fatta salva in ogni caso l'applicazione delle sanzioni accessorie previste dagli articoli 222 e 223.

2-ter. Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica.

2-quater. Le disposizioni relative alle sanzioni accessorie di cui ai commi 2 e 2-bis si applicano anche in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti";

b) al comma 5, dopo il terzo periodo è aggiunto, in fine, il seguente: "Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'art. 187.";

c) il comma 7 è sostituito dal seguente:

"7. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5 il conducente è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 2.500 a euro 10.000. Se la violazione è commessa in occasione di un incidente stradale in cui il conducente è rimasto coinvolto, si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 3.000 ad euro 12.000. Dalle violazioni conseguono la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e del fermo amministrativo del veicolo per un periodo di centottanta giorni ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea alla violazione. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica secondo le disposizioni del comma 8. Quando lo stesso soggetto compie più violazioni nel corso di un biennio, è sempre disposta la sanzione amministrativa accessoria della revoca della patente di guida ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI.";

d) al comma 8, primo periodo, le parole: "del comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "dei commi 2 e 2-bis";

e) il comma 9 è sostituito dal seguente:

"9. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 e 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro, ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui ai commi 2 e 2-bis, il prefetto, in via cautelare, dispone la sospensione della patente fino all'esito della visita medica di cui al comma 8.".

2. All'art. 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 1 è sostituito dai seguenti:

"1. Chiunque guida in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con l'ammenda da euro 1000 a euro 4000 e l'arresto fino a tre mesi. All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei mesi ad un anno. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, quando il reato è commesso dal conducente di un autobus o di un veicolo di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5t. o di complessi di veicoli, ovvero in caso di recidiva nel biennio. Ai fini del ritiro della patente si applicano le disposizioni dell'art. 223.

1-bis. Se il conducente in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope provoca un incidente stradale, le pene di cui al comma 1 sono raddoppiate ed è disposto il fermo amministrativo del veicolo per novanta giorni ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea al reato. È fatta salva in ogni caso l'applicazione delle sanzioni accessorie previste dagli articoli 222 e 223.

1-ter. Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica. Si applicano le disposizioni dell'art. 186, comma 2-quater.";

b) dopo il comma 5 è inserito il seguente:

"5-bis. Qualora l'esito degli accertamenti di cui ai commi 3, 4 e 5 non sia immediatamente disponibile e gli accertamenti di cui al comma 2 abbiano dato esito positivo, se ricorrono fondati motivi per ritenere che il conducente si trovi in stato di alterazione psico-fisica dopo l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli organi di polizia stradale possono disporre il ritiro della patente di guida fino all'esito degli accertamenti e, comunque, per un periodo non superiore a dieci giorni. Si applicano le disposizioni dell'art. 216 in quanto compatibili. La patente ritirata è depositata presso l'ufficio o il comando da cui dipende l'organo accertatore.";

c) il comma 7 è abrogato;

d) il comma 8 è sostituito dal seguente:

"8. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 2, 3 o 4, il conducente è soggetto alle sanzioni di cui all'art. 186, comma 7. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'art. 119".

Art. 6.

Nuove norme volte a promuovere la consapevolezza dei rischi di incidente stradale in caso di guida in stato di ebbrezza.

1. All'art. 230, comma 1 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, dopo le parole: "e delle regole di comportamento degli utenti" sono aggiunte, in fine, le seguenti:", con particolare riferimento all'informazione sui rischi conseguenti all'assunzione di sostanze psicotrope, stupefacenti e di bevande alcoliche".

2. Tutti i titolari e i gestori di locali ove si svolgono, con qualsiasi modalità e in qualsiasi orario, spettacoli o altre forme di intrattenimento, congiuntamente all'attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche, *devono interrompere la somministrazione di bevande alcoliche dopo le ore 2 della notte ed assicurarsi che all'uscita del locale sia possibile effettuare, in maniera volontaria da parte dei clienti, una rilevazione del tasso alcolemico; inoltre* devono esporre all'entrata, all'interno e all'uscita dei locali apposite tabelle che riproducano:

a) la descrizione dei sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica nell'aria alveolare espirata;

b) le quantità, espresse in centimetri cubici, delle bevande alcoliche più comuni che determinano il superamento del tasso alcolemico per la guida in stato di ebbrezza, pari a 0,5 grammi per litro, da determinare anche sulla base del peso corporeo.

3. L'inosservanza delle disposizioni di cui al comma 2 comporta la sanzione di chiusura del locale da sette fino a trenta giorni, secondo la valutazione dell'autorità competente.

4. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro della salute, con proprio decreto, stabilisce i contenuti delle tabelle di cui al comma 2.

Art. 6-bis.

Fondo contro l'incidentalità notturna

1. *è istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il Fondo contro l'incidentalità notturna.*

2. *Chiunque, dopo le ore 20 e prima delle ore 7, viola gli articoli 141, 142, commi 8 e 9, 186 e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, è punito con la sanzione amministrativa aggiuntiva di euro 200 che vengono destinati al Fondo contro l'incidentalità notturna.*

3. *Le risorse del Fondo di cui al comma 1 devono essere usate per le attività di contrasto dell'incidentalità notturna.*

4. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro dell'economia e delle finanze, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'interno e con il Ministro dei trasporti, emana il regolamento per l'attuazione del presente articolo.

5. Per il finanziamento iniziale del Fondo di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di 500.000 euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'art. 1, comma 1036, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Art. 6-ter.

Destinazione delle maggiori entrate derivanti dall'incremento delle sanzioni amministrative pecuniarie

1. Le maggiori entrate derivanti dall'incremento delle sanzioni amministrative pecuniarie disposto dal presente decreto sono destinate al finanziamento di corsi volti all'educazione stradale nelle scuole di ogni ordine e grado.

2. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dei trasporti e con il Ministro della pubblica istruzione, da adottare entro quattro mesi dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, si provvede all'attuazione del presente articolo disciplinando, agli effetti della definizione dei programmi e delle relative attività di formazione e di supporto didattico, le modalità di collaborazione di enti ed organismi con qualificata esperienza e competenza nel settore.

Art. 7.

Norme di coordinamento

1. Le disposizioni del presente decreto che sostituiscono sanzioni penali con sanzioni amministrative si applicano anche alle violazioni commesse anteriormente alla data di entrata in vigore, purché il procedimento penale non sia stato definito con sentenza o decreto penale irrevocabili.

ALCOL E GIOVANI: USO E ABUSO*

1. INTRODUZIONE

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e la terza causa di mortalità prematura e malattia nell'Unione Europea; l'alcol è la prima causa di morte per i giovani maschi di età compresa tra i 15 ed i 29 anni. L'alcol è causa di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro, e la principale causa di cirrosi epatica in Europa. Nonostante un decremento nel consumo medio pro-capite di alcol registrato in Europa ed in Italia nel corso del trascorso decennio l'abuso di alcol rappresenta un problema soprattutto per le giovani generazioni. Il bere a rischio è stimato pari al 15 % dei consumatori in Europa ed il binge drinking, il bere per ubriacarsi, è giunto a caratterizzarsi anche in Italia come fenomeno rapidamente diffuso a fasce sempre più ampie di popolazione e non più relegato alle fasce giovanili. Il consumo e l'abuso di alcol fra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante e in forte crescita sia a livello internazionale che nazionale. Questa è la situazione sottolineata dal recente report "Alcohol in Europe"⁵ che ha costituito la base della Community Strategy on Alcohol approvata in seno all'Unione Europea che risulta essere la Regione con il più alto consumo di alcol nel mondo nonostante il decremento nei consumi di alcol pro-capite sebbene passati da 15 litri di alcol puro per ogni adulto registrato a metà degli anni 70 a circa 11 litri attuali [2]. Dal progetto europeo di indagini condotte nelle scuole (ESPAD) è emerso che escludendo tabacco e caffeina, l'alcol è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dai giovani dell'UE. La percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati almeno qualche volta varia dal 36% in Portogallo all'89% in Danimarca [3]. La cultura del bere attualmente diffusa tra i giovani segue sempre più frequentemente standard orientati verso modelli di "binge-drinking" ossia il "bere per ubriacarsi, 5 drink di seguito", cioè di abuso concentrato in singole occasioni, che non riflettono quindi le modalità di consumo tipicamente mediterranee a cui le generazioni precedenti si sono conformate e che privilegiavano il consumo del vino ai pasti quale parte integrante dell'alimentazione. Nel rapporto della commissione Europea pubblicato a giugno del 2006 [2] si legge infatti che nell'UE più di 1 su 8 tra i ragazzi di 15 e 16 anni si è ubriacato più di 20 volte nel corso della vita, e che più di 1 su 6 (18%) ha avuto episodi di "binge drinking" (5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione) tre volte o più nell'ultimo mese. Si registra inoltre un aumento degli episodi di "binge drinking" tra i ragazzi nel corso degli ultimi anni, e quasi tutti i paesi registrano questo dato particolarmente in crescita tra le ragazze.

A livello comunitario molti sono stati i piani d'azione proposti dagli stati membri a tutela di questa fascia di popolazione che insieme alle donne, è considerata quella più a rischio per problematiche alcol correlate [4] [5] [6] [7]. È evidente che oltre che cercare di migliorare le nostre conoscenze riguardo ad un'abitudine giovanile relativamente nuova per il nostro Paese, distante dalle abitudini mediterranee che traevano ispirazione dalla moderazione e dal consumo ai pasti, è importante analizzare le cause legate al rischio alcolcorrelato tra i giovani per poter con maggiore efficacia realizzare interventi di prevenzione e di promozione della salute prima che l'alcol possa determinare un danno o pregiudicare la salute dei ragazzi e delle ragazze in Italia.

A titolo puramente informativo è da ricordare che a livello di popolazione non è possibile identificare quantità di alcol da potersi considerare sicura per la salute poiché gli effetti dovuti alle concentrazioni di alcol presenti nel sangue sono influenzati sia da fattori strutturali della popolazione come ad

* Emanuele Scafato, Direttore Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS - Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma.

⁵ http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Report_Alcol_Ue_2006_it.pdf

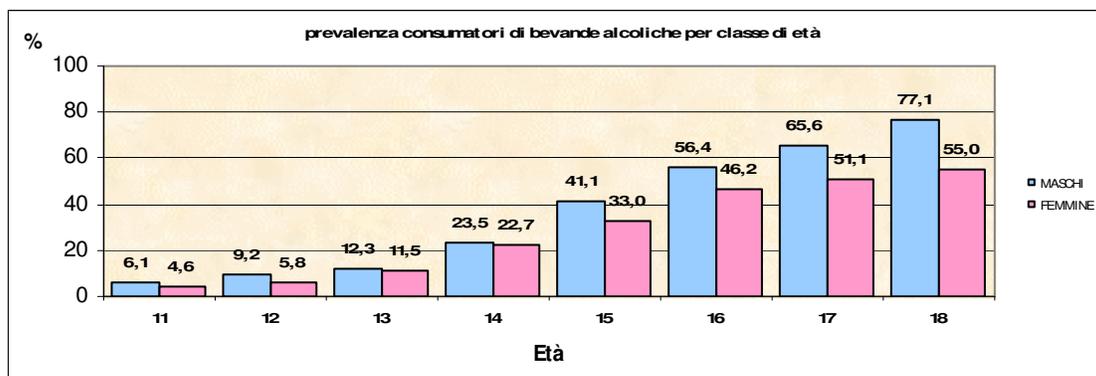
esempio l'età e il sesso dell'individuo oltre che dalla metodologia di assunzione delle bevande. È importante sottolineare che per i giovani in particolare, le linee guida consigliano nell'infanzia e nell'adolescenza (almeno sino ai 16 anni) di evitare del tutto l'uso di bevande alcoliche, sia per una non perfetta capacità di trasformare l'alcol, sia per il fatto che più precoce è il primo contatto con l'alcol, maggiore è il rischio di abuso. [8] [9][10] [11]; solo a partire dalla maggiore età (18 anni) si possono consumare bevande alcoliche che sino ai 20-21 anni è consigliabile mantenere entro un rigoroso limite di 1 bevanda alcolica al giorno, ai pasti e preferendo le bevande a più bassa gradazione.

2. LA DIMENSIONE DEL BERE GIOVANILE

I dati delle Indagini Multiscopo ISTAT relative a “Stili di vita e condizioni di salute” sono oggetto di costante rielaborazione secondo i criteri di salute pubblica stabiliti dal Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate e dall'Osservatorio Nazionale Alcol presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Dai dati analizzati risulta che nel corso degli ultimi anni in media una proporzione di circa il 35 % dei ragazzi di età compresa tra 11 e 18 anni dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica negli ultimi 12 mesi con un maggior prevalenze per giovani di sesso maschile (circa il 38 %) rispetto a quelli di sesso femminile (circa il 29%).

Grafico 1. Prevalenza consumatori di bevande alcoliche tra i giovani di 11 18 anni in base al sesso



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo

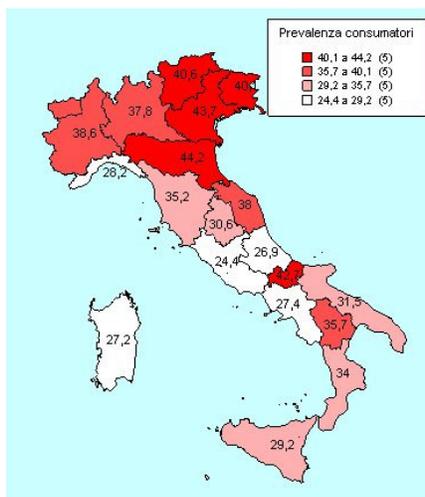
Andando ad analizzare il dato per le singole età (Grafico 1), appare evidente un trend crescente della prevalenza dei consumatori per entrambe i sessi all'aumentare dell'età.

Le proporzioni dei consumatori risultano inoltre consistenti a partire dai 14 anni (23,5% per i maschi; 22,7% femmine) età.

A livello regionale (Grafico 2), per i giovani di età 11-18 anni le più elevate prevalenze di consumatori si registrano in Emilia Romagna (44,2%), nelle regioni dell'Italia Nord-Orientale, cioè Veneto (43,7%), Trentino Alto Adige (40,6%) e Friuli Venezia Giulia (40,1%) ed in Molise (42,7%). Le prevalenze più basse di consumatori invece si registrano nel Lazio (24,4%), in Abruzzo (26,9%), in Sardegna (27,2%), in Campania (27,4%) ed in Liguria (28,2%).

Nel complesso in 12 regioni risultano prevalenze al di sopra dei valori della media nazionale (33,4%).

Grafico 2. Prevalenza consumatori per ripartizione territoriale. Indagine ISTAT Multiscopo – Anno 2003



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2003

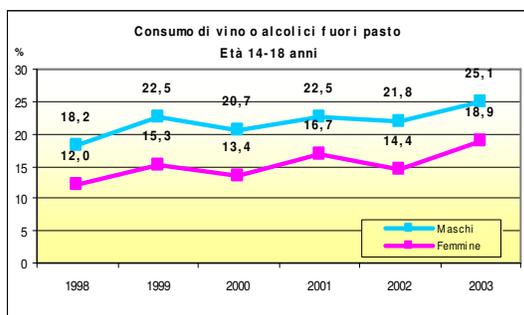
Se si analizzano nel dettaglio le tipologie dei consumi alcolici dei giovani italiani, la bevanda maggiormente bevuta, sia dai ragazzi che dalle ragazze, è la birra (28,5% maschi; 17,1% femmine), seguita dagli aperitivi alcolici (19,7% maschi; 14,2% femmine). Per tutte le tipologie di bevande e per entrambe i sessi si osserva un trend crescente particolarmente consistente a partire dall'età di 14 anni.

ETA'	VINO			BIRRA			APERITIVI ALCOLICI			AMARI			SUPER ALCOLICI		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
11	1,8	1,2	1,5	2,3	2,0	2,2	1,1	0,6	0,9	1,7	0,6	1,2	1,1		0,5
12	3,0	2,9	3,0	4,3	2,1	3,3	2,9	0,6	1,8	0,7	0,9	0,8	2,4	0,2	1,4
13	8,2	4,7	6,4	5,9	6,6	6,2	3,0	6,5	4,7	1,1	1,5	1,3	1,1	0,9	1,0
14	10,8	7,3	9,0	18,0	11,5	14,7	10,5	9,0	9,7	4,1	4,1	4,1	3,9	2,6	3,2
15	15,9	12,7	14,5	30,5	19,5	25,7	19,2	14,4	17,1	10,1	5,1	8,0	8,8	6,4	7,8
16	28,2	11,8	20,8	42,9	27,1	35,8	31,9	25,4	29,0	13,9	8,0	11,3	22,3	12,7	18,0
17	26,7	19,0	23,1	55,2	32,9	44,8	36,6	26,9	32,1	22,4	10,1	16,7	26,0	19,4	22,9
18	40,0	17,2	28,6	62,5	33,4	47,9	47,3	29,3	38,3	29,9	11,3	20,6	38,6	21,4	30,0
Totale	17,2	9,7	13,6	28,5	17,1	23,1	19,7	14,2	17,1	10,8	5,3	8,1	13,4	8,1	10,8

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2003

Il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti è un tipologia di comportamento che, nel corso degli anni più recenti è seguito dal 15 % circa dei ragazzi di 11-18 anni con una lieve maggior frequenza registrata tra i maschi (17 %) rispetto alle femmine (13 %).

Grafico 3. Prevalenza consumatori di alcolici fuori pasto. Indagine ISTAT Multiscopo – Anno 1998-2003

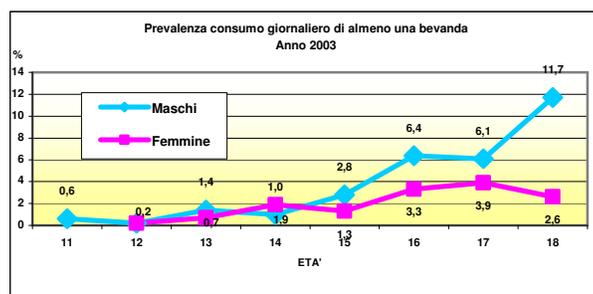


Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2003

Nella fascia di età 14-18 anni (precedentemente al 2003 l'informazione sul consumo di alcolici fuori pasto veniva rilevata solo nella popolazione di età superiore a 14 anni), si è assistito ad un incremento di questa tipologia di consumo sia rispetto al 1998 (M +37,9; F +57,5) che rispetto alla precedente rilevazione (2002).

Il consumo giornaliero di bevande alcoliche, come si può osservare nel Grafico 4, è un fenomeno piuttosto contenuto fino a 14 anni mentre da 15 anni in poi le prevalenze dei consumatori diventano più consistenti e assumono comportamenti diversificati per sesso.

Grafico 4. Prevalenza consumatori giornalieri di almeno 1 bevanda alcolica. Indagine ISTAT Multiscopo–Anno 2003



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2003

Esiste infatti una correlazione tra il consumo giornaliero ed il sesso dei giovani ($\chi^2=34,0$; $df=1$; $p\text{-value}= 0,00$) e tra il consumo giornaliero e l'età ($\chi^2=114,4$; $df=7$; $p\text{-value}= 0,00$).

Da 15 anni fino a 18 aumenta la prevalenza dei ragazzi che consumano giornalmente alcol e raggiunge proporzioni dell'11,7% mentre si mantiene tra il 1,3% e 2,9% quella delle ragazze.

Le prevalenze dei consumatori giornalieri delle singole bevande di sesso maschile mettono in evidenza che i maggiori contributi sono attribuibili, fino all'età di 14 anni esclusivamente ai consumatori di vino o birra mentre dai 15 ai 18 anni anche ai consumatori di aperitivi alcolici (la cui prevalenza passa da 0,1% a 15 anni al 2,0% a 18). Nelle ragazze invece (ad eccezione delle sedicenni in cui la prevalenza dei consumi giornalieri di aperitivi alcolici raggiunge quota 1,2%) il contributo alla prevalenza delle consumatrici e principalmente da imputare al consumo giornaliero di vino o birra (vedi Tavola 2).

Tavola 2. Prevalenza consumatori giornalieri di bevande alcoliche per età e sesso

ETA'	VINO			BIRRA			APERITIVI ALCOLICI			AMARI			SUPER ALCOLICI			ALCOL(almeno1 bev)		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
11	0,6		0,3													0,6		0,3
12		0,2	0,1	0,2		0,1										0,2	0,2	0,2
13	0,9	0,7	0,8	0,7	0,4	0,6										1,4	0,7	1,1
14	0,6	1,1	0,9	0,5	0,6	0,6										1,0	1,9	1,5
15	0,9	0,7	0,8	2,5	1,1	1,9	0,1		0,1			0,2	0,1			2,8	1,3	2,2
16	4,5	1,1	3,0	2,9	1,6	2,3	0,6	1,2	0,9	0,4		0,2		0,3	0,1	6,4	3,3	5,0
17	2,3	0,8	1,6	3,7	3,5	3,6	1,1		0,6	0,6		0,3	0,6	0,3	0,6	6,1	3,9	5,1
18	6,3	1,4	3,9	6,5	1,6	4,1	2,0		1,0	0,1		0,0				11,7	2,6	7,1
Totale	2,1	0,8	1,4	2,2	1,1	1,7	0,5	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	3,9	1,8	2,9

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2003

Il fenomeno del "binge drinking" ossia il "bere per ubriacarsi" è una tipologia di comportamento seguito in Italia dal poco più del 5 % dei ragazzi di età compresa tra 11 e 18 anni. Il fenomeno è diversamente caratterizzato a seconda del sesso e dell'età degli intervistati (la correlazione con il sesso presenta infatti un $\chi^2=32,8$; $df=1$; $p\text{-value}= 0,00$ e quella con l'età $\chi^2=218,5$; $df=7$; $p\text{-value}= 0,00$).

Un dato particolarmente interessante riguarda la relazione esistente tra il ricorso al pronto soccorso e la pratica del binge drinking tra i ragazzi. Le elaborazioni statistiche mettono infatti in evidenza una relazione diretta tra queste due variabili ($\chi^2=5,84$; $df=1$; $p\text{-value}= 0.02$).

Il rischio relativo di ricorrere al pronto soccorso nei ragazzi che consumano bevande alcoliche secondo le modalità di binge drinking (più di 6 bicchieri in un'unica occasione almeno una volta nel corso dei precedenti 12 mesi), risulta essere di 1,70 (intervallo di confidenza 95% (CI)=[1,11;2,61]) il che vuol dire che il rischio per queste ragazzi e ragazze è del 70% più elevato rispetto ai coetanei che non hanno seguito questo comportamento.

La prevalenza dei giovani di sesso maschile che praticano il binge drinking in Italia aumenta rapidamente da 14 anni fino a raggiungere a 18 anni circa il 21% della popolazione considerata. Tra le ragazze invece, il fenomeno del binge drinking sembra essere più attenuato anche se a 17 anni quasi il 9% della popolazione ha dichiarato di aver bevuto più di 6 bicchieri di alcol in un'unica occasione nel corso dell'ultimo anno.

A livello territoriale, le stesse regioni che presentano le prevalenze di consumatori di alcol più elevate, mantengono il primato anche nel caso delle prevalenze di binge drinkers ad eccezione del Friuli Venezia Giulia (4,3%) che rimane sotto i livelli della media nazionale. Nel complesso 9 regioni presentano una prevalenza di binge drinkers al di sopra della media nazionale (Trentino Alto Adige 12,8%; Veneto 10,1%; Emilia Romagna 8,2%; Molise 8,4%; Marche 7,2%; Lombardia 7,1%; Lazio 6,3%; Calabria 5,5%; Sardegna 5,4%).

È importante, alla luce dei dati esposti, cercare di caratterizzare in maniera più approfondita i ragazzi che presentino con stili di consumo alcolico e di vita dannosi per la loro salute e di individuare quelle caratteristiche sociali e comportamentali che possono essere oggetto di indirizzo di eventuali campagne di sensibilizzazione al problema del consumo di alcol.

L'analisi effettuata mostra che qualsiasi tipo di consumo di bevande alcoliche risulta essere correlato con la pratica da parte dei giovani del binge drinking. La variabile che risulta essere più correlata con il fenomeno del Binge drinking risulta essere il consumo di "vino o alcolici lontano dai pasti" per la quale si registra un χ^2 pari a 811,3 ($p\text{-value}=0,00$). A livello di associazione con altri comportamenti rischiosi per la salute dell'individuo è da evidenziare la correlazione esistente per i maschi tra la pratica del binge drinking e l'abitudine al fumo ($\chi^2=151,0$ $p\text{-value}=0,00$), e tra i binge drinking e frequentazione di discoteche e locali da ballo ($\chi^2=195,3$ $p\text{-value}=0,00$).

Dall'analisi multivariata emerge che il consumo di bevande alcoliche fuori pasto è il principale determinante per la pratica del binge drinking tra i giovani sia di sesso maschile che di sesso femminile. Questo fattore, non scontato in funzione del fatto che il consumo di 6 o più bicchieri potrebbe essere attuato anche in occasione dei pasti, è verosimilmente imputabile alla sempre maggiore diffusione dell'abitudine a incontrarsi in "open bar" o nei locali che promuovono le 'happy hours', l'ora dell'aperitivo alcolico o degli "alcopops", della birra e stuzzichini sempre più frequentemente proposti come momento di svago, di divertimento e socializzazione, la cui convenienza economica condiziona evidentemente il continuare a bere.

Nel modello dell'analisi effettuata risultano maggiormente determinanti per la pratica del binge drinking lo status di consumatore di super alcolici per entrambi i sessi (OR: M=2,41; F=3,56) o di aperitivi alcolici tra le ragazze (OR: 2,92).

Altro determinante per la pratica del binge drinking risulta essere per i soli ragazzi, il frequentare luoghi come discoteche o luoghi in cui ballare, e per il quale si registra un OR pari a 1,63 con un CI relativamente ristretto [1,05-2,54].

3. CONSIDERAZIONI

Il consumo di alcol in Italia è un fenomeno in continua evoluzione, in particolare nel corso degli ultimi anni sono aumentate per entrambe i sessi le prevalenze dei consumatori teenager (14-16 anni) di super alcolici, di aperitivi alcolici (+47 %) e dei consumatori fuori pasto (+50%); nel caso di queste ultime due tipologie di consumo le variazioni maggiori si registrano per il sesso femminile [13]. Il modello di consumo mediterraneo, prevalente fino a pochi anni fa in Italia, che contemplava il consumo di bevande a più bassa gradazione alcolica durante i pasti principali, sembra esser stato sostituito da quello più caratteristico del nord Europa del bere fino ad ubriacarsi.

Le elaborazioni dei dati presentati ormai in maniera sistematica nel corso dell'Alcohol Prevention Day organizzato a Roma nel mese di Aprile di ogni anno dall'Istituto Superiore di Sanità confermano che è in aumento la popolazione di più di 11 anni che ha dichiarato di aver consumato alcol in eccesso in una sola occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, passando dal 7,1% registrato nel 2003 all'8,4% del 2005[14].

Le conseguenze legate a questo fenomeno, dannoso non solo per la salute stessa (maggiori probabilità di contrarre tumori, problemi al pancreas ed al sistema cardiovascolare, problemi gastrointestinali e neurologici, danni al sistema riproduttivo), risultano essere molteplici anche a causa dei così detti effetti secondari indotti da comportamenti a rischio sotto l'effetto dell'alcol [16]:

- la guida in stato di ebbrezza, che, a sua volta è la causa principale di incidenti stradali spesso mortali.
- Le attività sessuali non pianificate che presentano per le donne il rischio di gravidanze indesiderate e per l'uomo il costringere un'altra persona ad avere rapporti con lui, oltre che, per entrambe, il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV (visto che nella maggior parte dei casi i rapporti avvengono senza protezione)
- L'aver comportamenti violenti contro se stessi e contro le altre persone
- Provocare danni alle proprietà altrui
- Il peggioramento delle prestazioni scolastiche che spesso conducono all'abbandono degli studi.

Uno dei principali ostacoli alla diffusione di una corretta informazione e comunicazione sui rischi e danni causati dall'alcol è rappresentato dalle pressioni sociali al bere e dall'azione dei mass media e delle pubblicità che privilegiano l'uso dell'associazione di immagini di successo (ricchezza, sesso, salute, amicizia) al consumo di alcol proposto anche attraverso il ricorso a testimonial o personaggi famosi del mondo dello sport, della moda e del cinema. Naturalmente anche la normalizzazione del bere spesso proposta attraverso le trame delle fiction contribuisce a sottovalutare l'impatto dell'alcol sui livelli di salute e sicurezza individuali e collettivi. Una ricerca effettuata dall'Osservatorio Nazionale Alcol e condotta nel 2000-2001 ha evidenziato che in 3.000 ore di programmazione televisiva dei palinsesti televisivi di Rai, Mediaset e Telemontecarlo, la presenza di scene o situazioni inerenti il consumo di alcol si registra in media ogni 13 minuti [15]. I risultati presentati nel corso della ricerca dell'Osservatorio Nazionale Alcol non possono dimostrare se tale relazione sia efficace ed efficiente ai fini dei fenomeni di abuso ma il riscontro dell'uso (più che del consumo) sempre più frequente da parte dei giovani di bevande che ricevono, nei fatti, una maggiore promozione commerciale o pubblicitaria, in parte sollecita un ripensamento sulle influenze che i giovani subiscono nell'adozione scarsamente informata di stili di consumo e modelli del bere che non rientrano nel modello mediterraneo, che allontanano sempre di più i giovani dalla pratica della moderazione che oggettivamente appare di difficile attuazione in contesti extra-familiari che non concedono, spesso, alternative.

Sulla base delle evidenze disponibili è possibile affermare che la frequenza del bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare; se, da un lato, circa l'80 % della popolazione consuma secondo

sani criteri di moderazione, esiste una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti a partire dall'attuazione di iniziative di breve, medio e lungo termine di informazione e sensibilizzazione che possano incrementare i livelli di conoscenza nella popolazione sui rischi connessi al bere. Tali iniziative dovrebbero prioritariamente concretizzarsi in cicli consecutivi e coordinati da attuare in tutte le scuole, a partire dalle materne ed elementari, coinvolgendo il corpo docente attraverso una formazione specifica ed il livello parentale e familiare che rappresenta il fattore chiave per rafforzare le conoscenze e le abilità dei giovani nella gestione del bere prima che questo giunga a rappresentare un valore comportamentale.

Appare, oltre, indispensabile, per il ruolo che intuitivamente comporta sulla salute della popolazione, avviare in maniera sistematica iniziative di formazione per il personale sanitario relativamente all'uso di strumenti di identificazione precoce ed intervento breve che possono essere integrati nella pratica quotidiana dai medici, dai pediatri dai professionisti sanitari afferenti a tutti i contesti di prevenzione primaria, privilegiando quelli collettivi e lavorativi dove le persone svolgono la maggior parte della vita quotidiana.

È evidente, quindi, che in tale ottica per giungere ad una riduzione dell'impatto dell'alcol sui giovani è indispensabile agire sulla cultura del bere di tutta la popolazione e non solo sul target giovanile, su tutti i consumatori e non solo su quelli problematici.

A partire dalla strategia Health 21 e attraverso la seconda e terza fase del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (EAAP) l'OMS sollecita la riduzione dei consumi di alcol a livello di popolazione e sottolinea l'urgenza di ridurre a zero il consumo di alcol al di sotto dei 15 anni d'età. Le evidenze disponibili relative alle misure che presentano il più vantaggioso rapporto costo/beneficio sono state oggetto di continui aggiornamenti e inglobate nella Framework for Alcohol Policy e recepiscono le indicazioni della Rete di Evidenza per la Salute WHO (HEN) del 2004 e di gran parte delle pubblicazioni scientifiche che hanno costituito la background documentation presentata e approvata, nel corso del Comitato Regionale OMS del settembre 2005, dai 52 Ministri della Salute della Regione Europea dell'OMS.

Ai fini della prevenzione dei problemi alcolcorrelati a livello di popolazione l'OMS suggerisce una politica basata su un mix di misure tra le quali:

- aumento del prezzo delle bevande alcoliche attraverso aumento della tassazione
- limitazione di orario e giorni di apertura degli esercizi che vendono alcolici
- controllo (limitazione) del numero degli esercizi che vendono alcolici
- innalzamento dell'età minima legale di accesso all'alcol (vendita/acquisto e somministrazione)
- interventi su alcol e guida (check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato, abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida, misure differenziali per i guidatori principianti, programmi di intervento breve sui bevitori problematici
- interventi sulla regolamentazione della pubblicità e sulle modalità di marketing
- interventi e campagne di educazione, informazione e sensibilizzazione, governativi, indipendenti, di lungo termine e combinati con strategie di continuità e coinvolgimento a livello familiare.

La FAP WHO 2005 dedica un intero paragrafo alle “*alcohol-free situations*”, alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l'uso di alcol. Tra le situazioni elencate quelle relative alla sicurezza stradale, alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla gravidanza, all'età infantile ed adolescenziale, ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile sono quelli per cui esistono evidenze di necessità di intervento ai fini della sicurezza e della salute. La FAP WHO 2005 sollecita, inoltre, la realizzazione di una

giornata nazionale di prevenzione (*focus day on preventing alcohol-related problems*) in combinazione con interventi di medio-lungo termine quale strumento integrativo e di supporto alla realizzazione di opzioni preventive collegate all'*alcohol policy* nazionale. Infine si sollecita il sostegno alla realizzazione di progetti o programmi di ricerca finanziata e studi capaci di sostenere attraverso i risultati politiche sull'alcol basate sull'evidenza epidemiologica, sociale e culturale nazionali. Le aree di intervento sollecitate dalla FAP WHO del 2005 sono le dieci aree di azione dell'EAAP 2002-2005 (terza fase) e già parzialmente ricomprese nel Piano Nazionale Alcol e Salute approvato dalla Conferenza Stato-Regioni e nel Programma "Guadagnare Salute" di recente approvazione.

4. PROPOSTE

L'analisi degli orientamenti correnti dettati dall'ormai ampia disponibilità di direttive, raccomandazioni, risoluzioni a livello europeo delinea in maniera marcata la necessità di adozione di una serie di possibili misure volte a favorire in Italia "*la prevenzione, la cura ed il reinserimento sociale degli alcolodipendenti*" come da art. 1 della Legge 125/2001. Poiché le finalità richiamate dall'art 2 della stessa Legge (Finalità) si ispirano a ben definiti ambiti di intervento, appare adeguato richiamarsi alle cinque finalità di cui ai comma a) ed – e) del citato articolo, dando per acquisita la validità e l'efficacia delle indicazioni esaminate nelle documentazioni ufficiali già, peraltro, formalmente sottoscritte a livello governativo.

Le proposte avanzate in merito dalla Consulta Nazionale Alcol sono indirizzate in concreto sui gruppi più vulnerabili all'alcol e al rischio alcolcorrelato: i bambini, i giovani, le donne.

L'analisi epidemiologica e l'allarme sociale sollecitano un rafforzamento della tutela della salute e della sicurezza dei giovani, in particolare di quelli al di sotto dei sedici anni; attualmente le norme vietano ai minori di anni 16 la somministrazione di alcolici, ma non proibiscono la vendita che è largamente consentita (circa 800.000 under-aged all'anno dichiarano di consumare bevande alcoliche secondo dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS).

Una prima proposta è quindi quella di introdurre il divieto di vendita, oltre che di somministrazione, di alcolici ai giovani al di sotto dell'età legale.

Una seconda proposta, peraltro già considerata dalla Community Strategy on Alcohol ed alla Risoluzione del settembre 2007 del Parlamento europeo, coerente con la tendenza europea di armonizzare ovunque a 18 anni l'età minima, riguarda l'innalzamento dell'età dagli attuali 16 anni ai 18 anni, accompagnando tali modifiche con un adeguato rafforzamento dei controlli e applicazione delle relative sanzioni a carico degli esercenti che violino tali norme.

Sempre nell'ottica della protezione dei giovani dalle pressioni al bere che ne determinano la precocità (e quindi l'incremento del rischio nell'età adulta) occorre rafforzare le misure relative alle modalità di marketing e di pubblicità che promuovono l'alcol, inclusa la sponsorizzazione di eventi che richiamano i giovani.

Al di là di ulteriori e possibili revisioni del codice di autoregolamentazione (e di cui si discute a livello europeo) sarebbe opportuno proporre la creazione di un fondo da destinare alla ricerca e alla prevenzione garantito da adeguate forme di prelievo. Un fondo di prevenzione specifico è stato creato negli anni trascorsi per il fumo attraverso una maggiore tassazione delle sigarette; tale opzione sarebbe comunque da tenere in stretta considerazione.

Una priorità costante e riemergente è quella relativa ad alcol e guida. Tra le proposte che è realistico avanzare ci sono quelle relative alle esperienze già in atto in altre nazioni europee e relative alla dotazione di check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato nei locali frequentati in particolare dai giovani, e l'abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e quindi più inesperti. Sempre in tale ottica sarebbe da modificare la norma relativa al divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne sostituendola con un divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche.

Per la sensibilizzazione, in particolare dei giovani, sugli effetti dell'alcol, si propone un programma di promozione della salute riguardante l'alcol ed i problemi alcolcorrelati nei contesti scolastici. I programmi, differenziati per fascia di età, dovrebbero favorire l'incremento delle abilità e di capacità critica dei giovani attraverso il sostegno degli insegnanti, dei gruppi di pari e, in continuità, dei genitori.

Programmi specifici di prevenzione, di identificazione precoce di abuso alcolico e di intervento breve andrebbero previsti per tutti i luoghi di lavoro e rafforzati i controlli per tutte le categorie a maggior rischio indicate dalle normative vigenti.

L'informazione e la sensibilizzazione su alcol e giovani, alcol e donna, alcol e gravidanza sono da considerarsi prioritari e da proporre in maniera sistematica attraverso iniziative costanti e di medio-lungo termine.

Dato il contributo "essenziale" delle associazioni di volontariato basate sul mutuo-aiuto, è opportuno sollecitare la individuazione delle modalità atte a garantire sia a livello nazionale (per le associazioni di coordinamento) sia a livello regionale e locale, il necessario sostegno alla loro attività ordinaria.

Relativamente alla ricerca, il Piano Nazionale Alcol e Salute, che recepisce le indicazioni emergenti dalla Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sullo stato di implementazione della 125/2001, considera solo parzialmente tali aree che dovrebbero pertanto esser riconsiderate nella loro integralità ricomprendendo, quindi, ad esempio, anche le aree relative alla ricerca (comma e) della 125/2001) e alla formazione e aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati.

Riguardo alla formazione, sarebbe opportuno prevedere un programma di formazione e l'integrazione di attività specifiche riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo OMS e EU (Phepa) nei setting di medicina generale ed in quelli socio-sanitari di prevenzione ed assistenza.

Le evidenze disponibili mostrano che il bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare. La classificazione di consumatore a rischio non dovrebbe mai contemplare l'analisi di un unico indicatore ma avvalersi dell'analisi, anche combinata, degli indicatori disponibili attraverso definizioni, oltre che statistiche, capaci di valorizzare le indicazioni di tutela della salute. Si può essere attualmente considerati a rischio "solo" per un abuso quotidiano, ma nella realtà è estremamente diffuso l'abuso concentrato in un determinato giorno o contesto come avviene per il *binge drinking*; nessuna di queste modalità può isolatamente "pesare" l'impatto dell'atteggiamento complessivo dell'individuo nell'adottare un modello di bere a rischio e solo l'analisi dei fattori che determinano l'abuso può orientare in merito alle contromisure o alle misure di contrasto idonee ed indispensabili per target di popolazione: una ricetta universale non esiste né potrà mai essere concepita in tal senso. Pur tenendo conto che da un lato, circa il 70% della popolazione consuma secondo sani criteri di moderazione, occorre riflettere sul fatto che esiste una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti. L'emergenza di abitudini di consumo a rischio in vasti strati della popolazione e la diffusione di modalità di "uso" dell'alcol più che di consumo, evidenziano la necessità di intervenire efficacemente attraverso misure che possano contribuire a stigmatizzare, anche culturalmente, l'approccio pericoloso o dannoso all'alcol. Il consumo a rischio o problematico o dannoso di alcol ed il *binge drinking* rappresentano uno dei primi tre determinanti di malattia, mortalità prematura ed invalidità ovviamente evitabili a fronte di un adeguato stile di consumo ispirato alla moderazione. Occorre rafforzare in maniera costante nel tempo le iniziative di sensibilizzazione ed educazione sotto forma di cicli consecutivi e coordinati in tutte le scuole, a partire dalle materne ed elementari, che coinvolgano i livelli parentali e familiari, e rafforzare le conoscenze e le abilità dei giovani e dei futuri adulti nella gestione del bere prima che questo giunga a rappresentare un problema comportamentale. Appare infine indispensabile favorire e sostenere l'interazione tra le diverse competenze della Pubblica Amministrazione, quelle sociosanitarie e con le Associazioni del privato sociale e dell'auto e mutuo-aiuto.

Solo un approccio globale che consideri il problema sotto tutte le molteplici sfaccettature e nella sua complessità di interazioni potrà realmente contribuire a creare, diffondere e consolidare il valore della moderazione quale presupposto essenziale di prevenzione e riduzione del bere problematico in Italia ed i giovani saranno i primi ad avvantaggiarsene in termini di opportunità riconquistate e di rinnovate prospettive sociali e di salute.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. Indagine Multiscopo sulle Famiglie Aspetti della vita Quotidiana Anno 2003. Roma: ISTAT 2005.
2. Anderson P., Baumberg B. Alcohol In Europe -A Public Health Perspective A report for the European Commission Institute of Alcohol Studies. UK June 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_it_en.pdf
3. Relazione annuale 2003: Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea ed in Norvegia, Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2003, ISBN 92-9168-161-X. (<http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/legislation/drugs/sdr%202004%2034%20emcdda%20relazione%20annuale%20oedt%202003.pdf>);
4. European Alcohol Action Plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
5. European Alcohol Action Plan. 2000–2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>.
6. European Charter on Alcohol, European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France, 12-14 December 1995. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf).
7. World Health Organization (1985) Targets for health for all. WHO: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All. Copenhagen: WHO
8. World Health Organization (1995) European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France 12–14 December 1995.
9. Mancinelli R. Determinazione diretta e indiretta dell'alcolemia: considerazioni metodologiche e strumentali nell'analisi di diversi fluidi biologici. In: Avico U, Macchia T, Dell'Utri A, Mancinelli R (Ed). Droga e tossicodipendenze: aspetti normativi, sociali sanitari, diagnostici e terapeutici. Milano: Clas International; 1992: 337-44
10. Parlesak A, Billinger MHU, Bode C, Bode JC. Gastric alcohol dehydrogenase activity in man: influence of gender, age, alcohol consumption and smoking in a Caucasian population. *Alcohol* 2002;37(4): 388-93.
11. Scafato E. La riduzione dell'esposizione all'alcol come fattore di rischio: il rationale dell'intervento proposto dagli obiettivi di salute del piano sanitario nazionale 1998-2000. *Alcologia, European Journal of Alcohol studies* 1998; 10 (Suppl 1-2): 20.
12. Anderson P., Gual A., Colom J. on behalf of the PHEPA network Clinical guidelines Formation and updating for identification and treatment in patients at risk. *Salute e Territorio. Alcol e primary health care: linee guida 2006; (N°155): 77-84.* http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/155_02lineeguida.1155108966.pdf
13. Ministero delle politiche agricole e forestali, Istituto nazionale di ricerca per la ricerca e la nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003;(7): 56-67. http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/INRAN%20L.G%20df.pdf
14. Scafato E., Ghirini S., Russo R.. I consumi alcolici in Italia: analisi e proposte. Istituto Superiore di Sanità. Roma. (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/ConsumiAlcolici_reportAPD06.pdf).

15. Gargiulo L, Bologna E., Adamo D., L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Statistiche in breve. Roma. ISTAT 2006. (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Alcol_Istat.pdf).
16. Società Italiana di Alcologia, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Nazionale Alcol - OssFad, Centro Alcologico Regionale della Toscana, Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi! (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/Alcol_SaiCosaBevi.pdf)
17. Faralli C., Zuccaro P., Russo R., E. Scafato, Alcol e televisione: i modelli di consumo di bevande alcoliche nelle fiction e nei film televisivi, *ALCOLOGIA*, 15 (1-2-3), 95-109, 2003 (<http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20e%20tv.1153400539.pdf>)

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI: EVIDENZE SCIENTIFICHE E RESPONSABILITÀ DEL MONDO DEGLI ADULTI*

«...si sa che la gente dà buoni consigli quando non può più dare il cattivo esempio»

F. De André

1. INTRODUZIONE

La definizione che la Consensus Conference della Società Italiana di Alcologia (1994) ha dato dell'alcolismo offre molti spunti per riflettere sui mutamenti che negli ultimi anni si sono verificati nell'espressione di questa problematica, ovvero che "l'alcolismo è un disturbo a genesi multifattoriale (biopsicosociale) associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo".

Innanzitutto la specificazione "*genesi multifattoriale*" considera l'individuo nei suoi aspetti biologici, psicologici e sociali e sottolinea che le cause possono essere più di una e le modalità di espressione del disagio possono prevalere su uno degli aspetti dell'individuo, e non su altri. Questo approccio teorico dovrebbe declinarsi anche sulla programmazione degli interventi preventivi.

La multifattorialità comporta che l'approccio diagnostico sia volto ad identificare l'interazione dei fattori in campo, contrastando la tendenza degli approcci deterministici che per anni hanno cercato "la" causa dell'alcolismo, seguendo un'ottica riduzionista che vedeva il prevalere dell'aspetto organico su quello psichico, o viceversa, senza considerare la complessità dell'essere umano e dei contesti in cui vive.

La varietà di teorie esistenti, formulate nel tentativo di comprendere cosa spinge un individuo ad assumere una sostanza psicoattiva, lascia intendere come sia l'alcolismo, sia l'abuso di sostanze illegali rappresentino disturbi eterogenei e con eziologia multifattoriale per i quali non è adeguato tanto un approccio unitario, bensì approfondimenti specifici (Madeddu e Prunas, 2003).

Risulta inefficace e non produttivo da un punto di vista preventivo e di realizzazione di interventi terapeutici parlare di alcolismo, piuttosto che di alcolismi, e parlare di alcol e giovani senza considerare la variabilità che questi ultimi hanno in termini di età differenti (quali età consideriamo), di sesso (le differenze di identità di genere), e di culture di appartenenza, che in particolare nel periodo dell'adolescenza, assumono un ruolo di riferimento molto importante e variano tantissimo l'una dall'altra.

2. ALCUNI DATI SUL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI

Dai dati dell'*indagine multiscopo ISTAT6* presentati alla giornata nazionale di prevenzione alcologica all'Istituto Superiore di Sanità⁷ emerge che *quasi un quinto dei ragazzi tra gli 11 e 15 anni consuma bevande alcoliche* e che tra i 20 e 24 anni i consumi sono vicini alla media della popolazione: 65,7% (20-24 anni) contro 68,3% (media della popolazione). La popolazione che consuma alcol è rimasta sostanzialmente stabile rispetto ai dati rilevati nell'anno precedente (2005) pari al 70%, ma emergono incrementi significativi tra i giovani, in particolare tra le donne di 20-24 anni: dal 57,6% al 59%. Questo dato acquista significato nel contesto nazionale di riferimento, in quanto sempre di più le donne giovani perseguono stili di vita potenzialmente rischiosi, in passato più frequenti nei coetanei maschi.

* Laura Mezzani, Psicologa - Fondazione Istituto Andrea Devoto - Istituto di ricerca sulle marginalità e le polidipendenze.

6 Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana - 2006".

7 Alcol Prevention Day, 12 Aprile 2007.

Sembra essere fortemente diminuito il fattore protettivo che la famiglia esercitava sul consumo di bevande alcoliche; infatti è in forte crescita il consumo di alcolici fuori pasto tra i ragazzi di 14-17 anni: dal 12,6% al 20,5%, e risulta maggiore tra le ragazze: dal 9,7% al 16,8%.

Questo aspetto è fondamentale per comprendere le numerose ambiguità del contesto che andiamo ad osservare; infatti, da parte del mondo degli adulti i giovani sono tenuti in grande considerazione in quanto fruitori di bevande alcoliche, mentre sono stigmatizzati consumatori di sostanze psicotrope e potenziali e auspicati consumatori di merci (Meringolo e Chiodini, 2005). L'ambiguità sta nel fatto che la commercializzazione dell'alcol è portata avanti dal mondo degli adulti che sono poi gli stessi che, come emerge dai dati ISTAT (ibidem), bevono alcol al di sopra dei livelli di rischio indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.⁸ Gli stili di vita verso i quali i giovani si dirigono, sono fortemente condivisi dagli adulti che si attivano in caso di "emergenza", ma che hanno difficoltà a porsi come "modelli sani" di riferimento.

I ragazzi che possiedono almeno un genitore che ha un consumo di alcol non moderato, consumano alcolici in una percentuale maggiore rispetto a coloro che non hanno questa caratteristica in famiglia: 32,8 % contro il 24,1% (ibidem).

Il numero di giovanissimi che consuma alcol è molto elevato: infatti tra 11-15 anni il 18,6% ha consumato alcolici almeno una volta nell'anno; l'1,4% beve fuori pasto almeno una volta a settimana; il 2,1% si è ubriacato almeno una volta nell'anno. Tra i 16-17 anni, uno su due si è ubriacato almeno una volta nell'anno: il 61,3% dei maschi e il 47,6% delle femmine. Tra i maschi il 7,8% ha dichiarato di bere fuori pasto tutti i giorni, il 9,4% almeno una volta a settimana, e il 16% ha consumato alcolici in modalità *binge drinking*⁹ almeno una volta nell'anno.

Questa modalità di assunzione di alcolici risulta prevalentemente associata ai luoghi di aggregazione giovanili e di divertimento, sfuggendo al controllo familiare.

Le evidenze epidemiologiche prodotte dall'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁰ indicano che, *a partire dagli 11 anni*, il consumo di alcol da parte dei giovani si caratterizza sempre più come un consumo concentrato nella serata del sabato, lontano dal controllo formale della famiglia. Si tratta sempre più spesso di abuso di birra, aperitivi alcolici e superalcolici, che determina il fenomeno del *binge drinking*.

Inoltre come sottolinea Orlandini (2002) un precoce accesso al tabacco, all'alcol e alle altre sostanze incrementa la probabilità che il giovane faccia uso di sostanze.

In questo senso i dati che emergono dalla relazione presentata al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati¹¹ mostrano come sia in diminuzione anche l'età media degli alcolodipendenti in carico ai servizi alcolologici, pari a 44,5 anni; il 17% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni e i nuovi utenti fra i 20 e i 29 anni sono passati dal 10% del 1996 al 15,7% del 2005.

È opportuno quindi intercettare queste tendenze prima che possano contribuire a consolidare fenomeni di alcolodipendenza o a provocare uno dei circa 6000 incidenti stradali alcol-correlati, prima causa di morte per i giovani italiani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni di età¹².

Pertanto, considerando questi dati, che ci informano sulla data di inizio del consumo di alcolici intorno agli 11 anni e il fatto che i ragazzi sotto i 16 anni (limite legale per la somministrazione di alcolici per la legge italiana) abbiano un consumo frequente di alcol sempre maggiore di anno in anno, riteniamo che il mondo degli adulti abbia il compito di assumersi la responsabilità, sia all'interno della famiglia che della scuola che della società in generale, di una corretta educazione alla salute già dalla primissima infanzia, affinché i ragazzi siano in grado di prendere decisioni

⁸ *Livello di consumo a basso rischio*: per gli uomini, 2-3 bicchieri al giorno durante i pasti, per le donne 1-2 bicchieri al giorno durante i pasti. Si intende in soggetti sopra i 16 anni, che non hanno patologie che escludano l'assunzione di alcolici e che non assumono farmaci. Il rischio è zero solo quando il consumo di alcol è zero (WHO, 2000).

⁹ *Binge drinking*: assumere bevande alcoliche con il fine di ubriacarsi. Modalità di consumo di origine anglosassone, ormai frequente anche tra i giovani italiani.

¹⁰ www.ossfad.iss.it

¹¹ www.ministerosalute.it/imgs/c_17_pubblicazioni_673_allegato.pdf

¹² www.epicentro.iss.it

consapevoli rispetto ai loro stili di vita, riducendo il più possibile la forza delle pressioni sociali ed economiche.

Purtroppo il mondo degli adulti è quello che spesso viene rappresentato dai mass media nell'atto di bere alcolici in situazioni accattivanti, e d'altra parte "cerca di rendere sempre più patologico un momento della vita, l'adolescenza, che per natura è fatto di stadi di sperimentazione, rappresentando la fase del ciclo di vita in cui il bisogno di rischiare, inteso come assunzione di rischi in termini comportamentali, si esprime con particolare intensità" (Zani e Cicognani, 2000).

3. FATTORI DI CAUSALITÀ

Una definizione dell'adolescenza ancor oggi condivisibile è quella formulata da Lewin (1951), secondo cui è "una fase di ampliamento dello spazio vitale individuale, caratterizzata in particolare dal passaggio da un sistema di relazioni personali a forte connotazione affettiva, la famiglia, a un sistema di relazioni molto più articolato e complesso che, aumentando le possibilità di apprendimento, permette di imparare nuovi e diversi ruoli sociali". Se da un lato tale sperimentazione è funzionale a questa fase evolutiva, la capacità di prevedere conseguenze a breve e a lungo termine delle proprie azioni, di essere consapevoli delle proprie decisioni e del proprio comportamento, sono abilità psicosociali ancora in formazione e il confronto con modelli e stili di vita "non salutari" possono essere degli elementi di rischio in questo periodo della formazione dell'identità.

Gerra et al. (2004) considerano come "i repentini cambiamenti prodotti nella realtà sociale durante le ultime decadi possano aver originato forme di rischio o vere e proprie "ferite" nei bambini e negli adolescenti, più di quanto fosse accaduto sino alla prima metà del secolo scorso.

Tra questi cambiamenti, quelli che appaiono più evidenti sono:

- il venir meno della dimensione di comunità nella quale si articolavano le relazioni educative, improntate a modelli etico-culturali estensivamente condivisi;
- l'isolamento della famiglia "mono-cellulare" rispetto a quella patriarcale;
- la riduzione degli spazi per relazioni interpersonali non strumentali;
- l'esposizione a un clima di disattenzione e in qualche caso di violenza nel quale i bambini si trovano a crescere;
- la crisi delle ideologie politiche e delle fedi religiose con un impoverimento della percezione del futuro e delle risposte ai quesiti di senso.

Inoltre gli autori sottolineano come anche l'ossessione per l'immagine corporea, un diffuso senso di onnipotenza, aspettative personali rapportate a standard fittizi e irraggiungibili rappresentati dai media contribuiscono ad alimentare gli stati di frustrazione e l'incapacità a fruire degli aspetti quotidiani e autentici dell'esistenza.

I messaggi pubblicitari, attivando canali di comunicazione con lo spettatore, partecipano alla costruzione dei significati del bere, contribuiscono a creare un repertorio di immagini, forme di razionalità, formule di interazione, luoghi comuni a partire dai quali un sistema sociale si definisce e viene utilizzato nell'interazione tra i suoi membri (Giaccardi, 1996).

La pubblicità sembra incidere, più che nel condizionare un comportamento rispetto al bere, nel veicolare modelli di consumo e proponendo stili di vita; in funzione di ciò, come ha evidenziato Beccaria (1997), nelle conclusioni di una ricerca su *Alcol e pubblicità*, "sarebbe opportuno ridurre l'esposizione ai messaggi pubblicitari dei bambini per evitare un eccessivo rafforzamento di immagini e atteggiamenti nei confronti delle bevande alcoliche già acquisiti in famiglia o eventuali situazioni di dissonanza cognitiva rispetto all'uso e al significato dell'alcol. Particolare attenzione deve essere posta anche al contenuto delle pubblicità di alcolici per evitare che adolescenti e persone che vivono situazioni di disagio psicologico possano essere indotti a pensare che l'alcol abbia un eccessivo valore simbolico o sia considerato un ansiolitico".

Pietropolli Charmet (2004) sottolinea come i ragazzi di oggi abbiano vissuto "un'infanzia anestetizzata rispetto alla dimensione del conflitto e del dolore, che hanno interiorizzato grandi

aspettative rispetto al loro diritto ad avere relazioni, a essere ascoltati, a essere rispecchiati, a fruire di relazioni fortemente nutrienti da un punto di vista narcisistico (...). Tutto ciò che viene raccolto ed elaborato deve accadere all'interno di un contenitore che potremmo chiamare ascolto, relazione, attenzione educativa". Di fronte alle difficoltà che la vita gli presenta, alle frustrazioni, alle separazioni, si trovano impreparati e come evidenzia l'autore (ibidem) nei servizi ci troviamo sempre più spesso di fronte a problematiche legate alla separazione, all'abbandono, all'incapacità di elaborare il lutto, al timore del dolore, alla scelta di vita anestetizzata attraverso il gruppo, attraverso le sostanze, attraverso l'alcol.

Inoltre tra gli elementi del disagio che possono contribuire alla suscettibilità per l'alcolismo viene considerata da Gerra et al. (2004) anche l'incapacità a comunicare, soprattutto nel campo emozionale; gli autori parlano di una sorta di "desertificazione" emozionale, alla quale in modo vicariante suppliscono le emozioni trasmesse dai media, con una mancata percezione e consapevolezza degli stati emotivi propri e la difficoltà a decodificare il modo di sentire degli altri. Pertanto l'uso di alcol per l'individuo diventa la modalità attraverso cui l'individuo si vive gli affetti e veicola la comunicazione.

Nell'infanzia le relazioni più significative risultano essere quelle parentali di tipo "verticale", con l'ingresso in adolescenza si amplifica il bisogno di relazioni "orizzontali", e il gruppo di pari diventa sostegno e accompagnamento nell'assolvimento dei compiti di sviluppo fase-specifici. Dato il cambiamento della struttura familiare, in particolare negli ultimi venti anni, "il vero problema dei genitori sembra essere diventato come rendere precoci socialmente i «cuccioli» affinché possano presto inserirsi in una rete di relazioni orizzontali, in modo che riescano ad attingere a quel nutrimento affettivo che è la relazione di amicizia, di gioco e di condivisione del tempo. Ne risulta che questi ragazzi sono soggetti sociali precoci e lo sono sempre di più" (Pietropolli Charmet, 1997).

In una ricerca di Cottino (1997) sul bere giovanile emerge in maniera nettissima la centralità delle bevande alcoliche rispetto a tre momenti fondamentali di ricerca della propria identità: il rapporto con i coetanei, quello con l'altro sesso e quello con gli adulti/genitori.

Pertanto se nell'adolescenza la costruzione dell'identità si gioca molto nel gruppo dei pari, è pur vero che per il bambino il riferimento sono i genitori e rispetto all'alcol i bambini ricevono continuamente messaggi diretti o indiretti, e spessissimo il "primo assaggio" di una bevanda alcolica viene fatto durante l'infanzia, in famiglia, come d'altronde è sempre accaduto nella tradizione del bere mediterraneo. Il rischio che si presenta oggi è che a fronte del "primo assaggio" in famiglia, il consumo di bevande alcoliche avviene sempre più fuori casa, fuori dal controllo dei familiari, con un'offerta di bevande alcoliche¹³ "pensate" dalle multinazionali per attirare il gusto dei giovanissimi, con modelli di consumo offerti dai più grandi in cui in tutte le occasioni ricreative è presente l'alcol e gli episodi di *binge drinking* sono sempre più diffusi.

4. MODELLI DI PREVENZIONE

Nel 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce nella Carta di Ottawa il concetto di *promozione della salute* come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla", e declina la salute come derivante da un "*benessere fisico, psichico e sociale*". (W.H.O., 1986). Di conseguenza negli ultimi venti anni si è vista la crisi del concetto di prevenzione intesa come profilassi, ovvero come educazione sanitaria, sviluppatasi all'interno del modello bio-medico il dilagare di patologie infettive.

Ancora oggi utilizziamo il termine prevenzione, sebbene sarebbe più corretto parlare di promozione della salute e considerare, nella progettazione degli interventi volti ad evitare le problematiche alcolcorrelate, i risultati delle ricerche sui fattori protettivi della salute e non solo sui fattori di rischio.

¹³ *Alcoholpops*: bevande alcoliche costituite da succhi di frutta e superalcolici, che ne rendono un gusto dolce ed un aspetto colorato.

Barbaranelli et al. (1998) hanno dimostrato che l'autoefficacia¹⁴, la consapevolezza di saper resistere alle pressioni dei pari e di saper gestire in modo adeguato le emozioni positive e negative, fungono da meccanismi di protezione interna e diminuiscono possibili esiti di disagio, in particolare se associati ad una buona comunicazione interna alla famiglia.

Pertanto un'opera di prevenzione esclusivamente basata sull'informazione non sarà mai efficace, senza il contemporaneo sostegno di una adeguata e sufficiente educazione fondata sul rispetto dei limiti e delle regole (...); il rinforzo dell'autostima, del valore di sé, della propria vita e degli altri viene acquisita anche con la capacità di tollerare le frustrazioni e con l'allenamento ad attendere la soddisfazione dei desideri (Alberghino, 2005). Ciò accade in particolare nell'adolescenza, in cui, da un lato è presente una forte necessità di rompere gli schemi e di sperimentarsi, ma dall'altro, data la fragilità dell'individuo che è ancora in fase di maturazione emotiva, è altrettanto forte il bisogno di contenimento sia familiare che sociale. Proprio per questo gli interventi da parte del mondo degli adulti di riferimento dovrebbero essere caratterizzati da regole costanti e ferme, in modo da costituirsi per il ragazzo come punti di riferimento, anche con cui scontrarsi, ma da cui ci si sente contenuti e protetti. Purtroppo molti genitori, anche per le pressanti richieste dei figli, per il tempo sempre più scarso a disposizione per stare insieme, concedono spazi di libertà sempre maggiori con grave sofferenza della relazione stessa.

Negli ultimi anni è stata evidenziata l'inefficacia di modelli preventivi basati su messaggi espressi secondo codici, linguaggi e tipologie comunicative proprie del mondo adulto assolutamente diverse da quelle dei gruppi giovanili cui erano diretti (Orlandini et al., 2003). Si è reso necessario un ripensamento delle metodologie e degli approcci che fossero in grado di entrare in contatto con le varie dimensioni delle culture giovanili.

I giovani non sono più i meri destinatari dell'intervento, ma si cerca di far emergere in loro competenze tali da divenire soggetti attivi nella progettazione e realizzazione dell'intervento. Solo attraverso il coinvolgimento diretto dei giovani è possibile rendere adeguati e funzionali i messaggi educativi e preventivi in quanto veicolati ed espressi dagli stessi giovani.

Gli interventi hanno universalmente adottato l'ottica del contenimento dei rischi, avendo la consapevolezza che il modo migliore per avere accesso e lavorare con i gruppi di ragazzi è quello di accettare il fatto che possano fare uso di sostanze e, allo stesso tempo, fornire informazioni utili a contenere i rischi che questo comporta (Meringolo e Zuffa, 2001).

Un recente studio (Ybrandt, 2007) ha evidenziato come sia fondamentale promuovere negli adolescenti le competenze psicosociali come fattori protettivi per la gestione dei comportamenti a rischio, rafforzando l'autostima, enfatizzando le relazioni tra pari e il successo sociale nel gruppo. In quest'ottica è stato fondamentale il contributo di Goleman (1995) e la definizione dell'intelligenza emotiva che individua le seguenti abilità: conoscenza delle proprie emozioni, controllo delle emozioni, motivazione di se stessi, riconoscimento delle emozioni altrui, gestione delle relazioni.

I ragazzi dovrebbero essere posti al centro del processo di apprendimento, come soggetti "attivi", considerando che l'apprendimento e il potenziamento di queste abilità può permettere all'adolescente, nelle sue "sperimentazioni", di avere degli strumenti più adeguati per fronteggiare i comportamenti a rischio.

La sfida di percorsi di questo tipo è quella di riuscire ad entrare in contatto con le sub-culture giovanili, con i loro codici e linguaggi, non dimenticando che gli adolescenti in fondo portano dei bisogni universali in quella fascia di età: sperimentazione, ascolto, confronto e formazione di una propria identità.

In accordo con Pergamo e Drogo (2002), possiamo affermare che "fare prevenzione significa produrre cambiamenti stabili nel tempo e che vanno al di là dell'intervento individuale (...) una buona azione di prevenzione implica un approccio multimodale e pluridisciplinare complesso che possa toccare ogni ambito della vita dell'individuo, della sua famiglia e della comunità in cui essi vivono,

¹⁴ Autoefficacia: capacità percepita di affrontare e gestire specifici compiti e situazioni (Bandura, 1986).

rispettando la logica ecologica e interazionista, secondo cui individuo e ambiente interagiscono tra loro alla continua ricerca di un equilibrio ideale che permetta di raggiungere uno stato di benessere quanto più possibile assoluto”.

5. METODOLOGIE DI INTERVENTO

Un punto di riferimento nella progettazione degli interventi di promozione della salute, per contrastare il rischio di problemi alcolcorrelati nei più giovani, è costituito dalle linee guida del CSDPA (Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, 1999) che propongono come linee di intervento le seguenti:

1. il lavoro educativo sugli atteggiamenti deve tenere in considerazione *il fatto che gli adolescenti danno un peso molto maggiore al presente e alle conseguenze a breve termine*. Sottolineare il rischio di conseguenze negative che possono verificarsi a distanza di anni può non avere alcun interesse per i ragazzi: è necessario valutare quali possono essere i vantaggi e gli svantaggi immediati, per la vita quotidiana;
2. l'identificazione del gruppo dei pari come rischioso, è probabilmente inefficace. È necessario *individuare la diversità delle fonti di pressione* (mass-media, mondo degli adulti, gruppo dei pari) e concentrare l'attenzione sul gruppo dei pari come promotore di benessere. Le capacità individuali che i ragazzi dovrebbero sviluppare e apprendere sono legate al sapere *supportare i propri amici nel processo di crescita* e non quelle di resistere alla loro “cattiva” influenza;
3. l'intervento educativo in materia deve tenersi in equilibrio tra essere “tema specifico”(per aumentare la conoscenza e la presa di coscienza del fenomeno e di quanto c'è di non detto e non discusso) e orientarsi ad una *visione più globale* in cui ‘uso di sostanze è uno dei fattori che partecipa alla costruzione di identità e di salute;
4. tenere presente il salto logico non indifferente per gli educatori che devono passare dall'obiettivo di promozione di norme negative sui comportamenti a rischio a quello di *promuovere norme positive sui comportamenti sani*.

Come evidenziato dai risultati di un progetto europeo in cui l'*Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol* è stato coinvolto ed evidenziato da Contel all'interno del convegno “Giovani e Alcol: quale prevenzione?” (1997), uno degli interventi che risultano ad oggi più efficaci nel contrastare le problematiche alcolcorrelate è *l'intervento di comunità*, vale a dire un'azione di prevenzione del comportamento a rischio largamente affidata ad operatori informali (pari-grado nel gruppo, allenatori, baristi, d.j., poliziotti, giornalisti, operatori dell'informazione). Ne deriva la necessità di stabilire con i gruppi di giovani a rischio un contratto comunicativo nel quale il messaggio preventivo si coniughi con il vissuto e l'identità percepita dai ragazzi.

Chavis et al (1994) evidenziano i fattori protettivi che la comunità può offrire: servizi educativi, servizi sociosanitari, strutture ricreative; strutture che mantengono la rete e il sostegno sociale, come la parrocchia, la scuola, le organizzazioni, il vicinato, il gruppo dei pari; il coinvolgimento dei giovani e degli adulti nei servizi presenti; lo sviluppo di opportunità per il controllo della comunità stessa.

In quest'ottica la scuola, considerata come parte della comunità e come comunità essa stessa, è uno dei contesti ideali per il confronto con i più giovani e per la sperimentazione di questa tipologia di interventi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce l'importanza di introdurre nella scuola il concetto di promozione della salute e l'implementazione di strumenti che possano rafforzare le *competenze psicosociali* dei ragazzi nelle fasi più delicate dello sviluppo psicologico.

La scuola, come la famiglia possono essere i contesti di riferimento per lo sviluppo di un percorso finalizzato alla promozione del benessere psicosociale, il quale è comprensibile solo se avvalorato da simboli e da significati condivisi dal gruppo dei pari di riferimento.

L'alimentazione, l'attività fisica, il consumo di alcol e tabacco, l'utilizzo di farmaci, l'assunzione di altre sostanze illegali, sono comportamenti che nella loro messa in atto da parte degli individui

trovano spesso radice nel contesto sociale e culturale, il quale è regolato da leggi implicite che facilitano il verificarsi di queste condizioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l'importanza di introdurre nella scuola un'attenzione mirata alla promozione delle competenze psicosociali (*life skills*), cioè delle abilità che mettono la persona in grado di fronteggiare in modo efficace le richieste e le sfide della vita quotidiana, mantenendo un livello di benessere psicologico elevato e sviluppando attitudini positive ed adattive nell'interazione con gli altri, nel rapporto con il proprio ambiente sociale e con la propria cultura. Tutto ciò si intreccia con la promozione della salute, nel senso che le competenze psicosociali costituiscono un fattore di protezione e una risorsa essenziale laddove le pressioni della vita quotidiana e lo stress costituiscono una minaccia per la salute fisica e mentale.

Le *life skills* corrispondono ad “una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza ed armonia sia sul piano personale che sociale”(WHO, 1998).

Il panorama delle applicazioni nello sviluppo delle *life skills* è molto vario; il modello *Skills for Life* (Bertini ed al., 2004) esplicita con una proposta pragmatica concezioni evolutive, sistemiche e co-costruttive, che risultano particolarmente adeguate alla promozione dello sviluppo personale e sociale sia nel territorio che nella scuola. La proposta vedrebbe il coinvolgimento dell'intera organizzazione scolastica, dei genitori e degli insegnanti, in cui il ragazzo dovrebbe essere posto al centro.

Come evidenziato da alcune meta-analisi presenti nella letteratura sulla prevenzione dell'uso di sostanze (Tobler, 1993;1997b; Tobler & Stratton, 1997a), gli interventi che si focalizzano sul fornire informazioni ai giovani sui rischi del consumo di alcol sono risultati inefficaci nel produrre modifiche nel comportamento. In queste ricerche è stato dimostrato che gli interventi che funzionano meglio sono quelli che utilizzano strategie di tipo interattivo, che pongono l'accento sul coinvolgimento dei ragazzi, ottenendo un impatto maggiore sugli atteggiamenti e sul comportamento, piuttosto che gli interventi basati sul fornire informazioni che aumentano le conoscenze e la consapevolezza degli effetti negativi delle sostanze, ma non modificano i comportamenti legati al loro uso.

Negli ultimi anni la Fondazione Andrea Devoto sta cercando di implementare questo tipo di interventi nelle scuole toscane, in particolare nell'area fiorentina, in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università La Sapienza di Roma, l'ASL 10 di Firenze e il Centro Alcolologico Regionale Toscana.

L'esperienza della Fondazione Andrea Devoto nel contrastare i problemi legati al consumo di alcol si colloca all'interno degli interventi di promozione della salute. Nelle azioni questo significa considerare il problema dell'alcol nella sua complessità, avendo un approccio sistemico, sviluppando la metodologia ecologico-sociale del Prof Hudolin, quindi partecipando attivamente alla creazione di gruppi di mutuo aiuto, e lavorando in rete con i servizi territoriali e il Centro Alcolologico Regionale della Toscana nell'attivazione di progetti rivolti alla comunità (Patussi et al., 2003). I progetti vengono portati avanti nell'ottica del *lavoro di rete*, considerando con questo termine quel processo finalizzato a legare tra loro persone e gruppi tramite connessioni significative di relazioni interpersonali (Maguire, 1983; Folgheraiter F., 1994). Nella prassi questo si articola nell'attivare gli interventi all'interno di comunità il più possibile definite, in cui le persone vi si possano riconoscere, ovvero fare riferimento alle associazioni e ai servizi presenti. In quest'ottica risultano elitarie, per implementare gli interventi, le *reti informali primarie*, ovvero le relazioni interpersonali quotidiane: la famiglia, il vicinato, i colleghi di lavoro, i compagni di scuola; quindi le *reti informali secondarie*, costituite dall'insieme di associazioni, gruppi e tutto ciò che in una comunità si aggrega con una qualche finalità esplicita e riconosciuta; quindi le *reti formali*, ovvero le relazioni legate a realtà istituzionali pubbliche: servizi sanitari, sociali, le parrocchie, i sindacati, le forze dell'ordine, etc.

Gli interventi realizzati seguendo questo approccio possono essere competitivi nell'ottica dei costi, in quanto tendono ad ottimizzare le risorse che il territorio può offrire e ad attivare competenze talvolta presenti, ma non riconosciute. Inoltre il messaggio viene veicolato non dall'esperto del settore rivolto a tutta la popolazione indistinta, bensì a gruppi di popolazione, in cui il referente diventa colui che

all'interno della comunità ha un ruolo tale da poter essere identificato come figura chiave per quello specifico target di popolazione. Attraverso questa modalità è possibile attivare una distribuzione della responsabilità della salute sia individuale che collettiva e contrastare la delega incondizionata ai servizi e alla politica, i quali devono comunque assumersi le responsabilità di portare avanti percorsi relativi alle proprie competenze, sia nel settore della prevenzione che della riabilitazione, nella consapevolezza che una strategia vincente per contrastare le problematiche alcolcorrelate è quella dell'integrazione tra servizi sociosanitari, mondo dell'associazionismo e attivazione della cittadinanza nei contesti di vita quotidiana.

6. POLITICHE

Gli ultimi dieci anni hanno visto il consolidarsi di politiche internazionali, nazionali e regionali riguardanti le indicazioni per contrastare il fenomeno della diffusione del consumo di alcol, in particolare tra i più giovani.

L'attenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, rispetto alla problematica del consumo di alcol tra i giovani, si è concretizzata nella formulazione della "Dichiarazione su Alcol e Giovani" (WHO, 2001), dove vengono ripresi e consolidati alcuni principi etici già affermati nella Carta Europea sull'Alcol (WHO, 1995):

- tutti hanno diritto ad una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altre conseguenze negative del consumo alcolico;
- tutti hanno diritto, fin dalla prima infanzia, ad un'informazione e ad un'educazione valide ed imparziali riguardo gli effetti che il consumo di alcol esercita sulla salute, la famiglia e la società;
- tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dalle conseguenze negative del consumo di alcol e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche;
- tutti coloro che consumano alcol secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie, hanno diritto a trattamenti e cure accessibili;
- tutti coloro che non desiderano consumare alcol o che non possono farlo per motivi di salute o per altre ragioni hanno il diritto di essere salvaguardati dalle pressioni esercitate al bere e sostenuti nel loro comportamento di astinenza.

La "Dichiarazione sui Giovani e l'Alcol" inoltre fa riferimento all'importanza delle politiche sull'alcol, rimarcando il concetto che il consumo dei giovani riflette in gran parte atteggiamenti e comportamenti del mondo degli adulti.

Un ulteriore documento fondamentale per le politiche europee e nazionali è l'*Alcohol Action Plan* (2000-2005), il quale identifica tra gli obiettivi quelli di "suscitare una maggiore consapevolezza, fornendo strumenti educativi e costruire il supporto a favore di politiche di sanità pubblica che abbiano il compito di prevenire i danni causati dall'alcol" e quello di "ridurre i rischi di problemi alcol correlati che possono verificarsi in una serie di ambienti quali la casa, il luogo di lavoro, la comunità o ambienti nei quali l'alcol viene consumato".

Le azioni raccomandate per ottenere questi risultati comprendono:

- fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
- organizzare campagne con i mass media per promuovere il supporto pubblico nei confronti delle politiche esistenti o nuove che combattono i danni causati dall'alcol;
- dare a tutti i giovani l'opportunità di sperimentare un tipo di apprendimento basato sulle loro abilità attraverso un programma di educazione sanitaria integrato e olistico, con l'impegno nei confronti di un ambiente fisico e sociale che sia sicuro e che promuova la salute;

- fare in modo che l'educazione sull'alcol relativa alla scuola, a partire dalla scuola materna in avanti, sia integrata nel concetto di scuola che promuove la salute e anche nelle forme aggregative della comunità locale che lavorano nella prevenzione.

Rispetto all'informazione e all'educazione della popolazione come strategia per ridurre i danni del consumo di alcol, le indicazioni erano già presenti nella Carta Europea sull'Alcol (1995) che come prima componente indica “*informare la popolazione delle conseguenze del consumo di alcol per la salute, la famiglia e la società e delle misure efficaci che possono essere intraprese per prevenire o ridurre i possibili danni, realizzando, a partire dalla prima infanzia, programmi educativi di vasta portata*”.

È importante tenere presente che le campagne informative possono avere la funzione di sensibilizzare al problema, ma per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia degli interventi preventivi realizzati attraverso campagne informative e mass media, la letteratura scientifica (Österberg & Simpura, 1999) rileva la carenza di ricerche sulla valutazione dell'efficacia. Edwards et al. (1994) sottolineano che solamente quando le campagne sono state completate da politiche e da programmi di intervento focalizzati, hanno contribuito ad un cambiamento comportamentale.

L'*Alcohol Action Plan* così come la *Dichiarazione sui Giovani e l'Alcol* evidenziano la necessità di sviluppare obiettivi, politiche e attività di supporto specifiche per i giovani, tenendo presenti le differenti condizioni sociali, giuridiche ed economiche e del contesto culturale proprio di ciascun paese. Queste politiche internazionali sono state recepite a livello europeo da molti paesi, inclusa l'Italia¹⁵; gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che, in linea con il programma dell'Unione Europea 2003-2008, prevedono la promozione di stili di vita salutari e di prevenzione, la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol.

Babor (2002) sottolinea in una review come sembra esservi una fondamentale incompatibilità tra i valori politici ed economici del libero mercato, il libero accesso alle bevande alcoliche da una parte e i valori della salute pubblica con la domanda di riduzione dei consumi e dei danni e la prevenzione primaria dall'altra parte.

Così per essere efficace una politica sull'alcol che sia completa deve comprendere non solo misure che educino la popolazione sui danni del consumo di alcol, o interventi che si focalizzino sul trattamento di coloro che hanno messo a rischio la propria salute e quella degli altri, ma mettere in pratica regolarmente dei sistemi di supporto nel contesto di riferimento atti a promuovere la salute nell'insieme della popolazione (Report WHO, 2004).

A tal fine è necessario lavorare con le figure chiave (*stakeholders*) e i politici (*decision makers*) del territorio al fine di far adottare a livello locale delle politiche di promozione della salute che si riflettano sulla qualità della vita della popolazione.

7. CONCLUSIONI

Le riflessioni esposte avevano l'obiettivo di allargare il concetto di alcolismo a problematica multifattoriale e multidimensionale e, di conseguenza, sottolineare come sia gli interventi di prevenzione che di riabilitazione debbano essere sviluppati a partire da questo concetto, ovvero nell'ottica della complessità e non del riduzionismo.

Considerare che l'aumento costante, negli ultimi anni, del consumo di alcol nei più giovani, l'età di inizio di un consumo regolare sempre più precoce, la modalità di consumo più rischiosa, sia un problema che riguarda solo i giovani, è un pensiero riduzionista di vedere la complessità del “problema alcol nei giovani”.

Le famigerate “stragi del sabato sera” sono soltanto la punta di un iceberg, in cui i giovanissimi spesso risultano le vittime, come spesso accade, del comportamento degli adulti: da un lato l'aspetto

¹⁵ Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Piano Sanitario Regionale della Toscana 2005-2007, Piano Nazionale Alcol e Salute (2007), Documento del Ministero della Salute “Guadagnare Salute” (2007).

educativo e i modelli di consumo proposti dal mondo degli adulti, dall'altro l'aspetto economico, che vede i più giovani il bersaglio più facile per ampliare fette di mercato.

Pertanto i livelli di responsabilità sono diversi e vanno dalle politiche fino al comportamento individuale, passando per coloro i quali sono deputati a veicolare l'educazione: il tutto sempre più di frequente si risolve con uno scarica barile tra famiglie e scuole.

Riteniamo che sia necessaria un'assunzione di responsabilità da parte del mondo degli "adulti", una disponibilità a ripensare gli stili educativi che sono stati messi in atto negli ultimi anni, che da un lato richiedono ai giovanissimi di comportarsi "da grandi" e dall'altro spesso li privano di quella che è la loro richiesta primaria: quella di essere ascoltati e contenuti in una fase importante per la formazione della propria identità.

Le proposte di incontri di gruppo tra genitori ed insegnanti per riflettere sugli stili di vita, a partire dalla scuola dell'infanzia, che probabilmente potrebbero essere preziosi nell'ottica della prevenzione primaria, difficilmente vengono accolte, sia da parte delle scuole sia delle famiglie, che preferiscono interventi rivolti direttamente ai ragazzi. Ancora oggi, nonostante la dimostrazione dell'inefficacia, la maggior parte degli interventi sono di tipo informativo, in uno spazio temporale ridotto, senza la possibilità di avere uno spazio di gruppo per stimolare il dialogo e andare ad incidere sulle competenze psicosociali dell'individuo, quali la stima di sé, che potrebbero costituirsi come risorse preziose da mettere in atto per contrastare la dipendenza dall'alcol o altri comportamenti a rischio per la salute.

Ci troviamo in accordo con Alberghino (2005) nell'osservare che "con grande rammarico si deve constatare che manca ancora, in ambito familiare e scolastico, la cultura che accolga questo tipo di intervento e lo sostenga, diffondendolo come pratica regolare".

Probabilmente questo non è dovuto semplicemente alla mancanza di volontà di insegnanti e genitori, ma alla complessità dell'intreccio degli elementi che abbiamo descritto: sociali, culturali ed economici, che fanno sì che in funzione, spesso, delle risorse investite nei progetti, la programmazione delle azioni sia a breve termine, in modo da consentire maggiore visibilità, a scapito di interventi che richiedano maggior investimento, ma che potrebbero garantire un impatto sulle nuove generazioni più a lungo termine.

Bibliografia

Alberghino G., (2005) *Quale prevenzione*, in *Giovani e alcol*, a cura di Baraldi F., Franco Angeli, Milano

Babor T.F., (2002). *Linking science to policy. The role of international collaborative research*. *Alcohol Research and Health*, 26(1), p.66-74.

Bandura A. (1986) *Social foundation of thought and action*, Englewood, NJ, Prentice-hall

Barbaranelli C., Regalia C. & Pastorelli C., (1998) *Fattori protettivi dal rischio psicosociale in adolescenza*, in *Abilità prosociali e prevenzione del rischio*, 60, p. 93-99

Beccaria F., (1997) *Alcol e pubblicità*, in *Dalla prevenzione locale agli orientamenti comunitari*, Osservatorio Permanente sui giovani e l'alcol, n.10, Roma

Bertini M., Gagliardi M.P., Braibanti P. (2004), versione it. a cura di, *La promozione dello sviluppo personale e sociale: il modello "Skills for Life" 11-14 anni*, Franco Angeli Milano

Chavis D.M., De Pietro G. & Martini E.R., (1994). *Prevenzione del disagio e sviluppo di comunità*, in *Animazione sociale* n.4, p.9-20

Contel M., (1997) *Le motivazioni al bere dei giovani: i risultati del progetto*, Europa, in *Atti del Convegno Giovani e Alcol: quale prevenzione?*, Azienda U.S.S.L. 18, Brescia

Cottino A., Prina F., (1997) *Il bere giovane*, Franco Angeli, Milano

- CSDPA, (1999) *Alcol, scuola e salute. Un programma per la promozione della salute e la prevenzione dei problemi alcolcorrelati e complessi*, in “La scuola come comunità per la salute”, Centro Studi Trento, Trento
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P.H.M., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. and Skog, O.J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. WHO, Oxford University Press Inc., New York
- Folgheraiter F., (1994) *Interventi di rete e comunità locali*, ed Erikson, Trento
- Gerra G., Zaimovic A., Moi G., (2004) *Forme di disagio negli adolescenti e disturbi da uso di alcol*, in Sanfillo B., Galimberti G.L. Lucchini A, a cura di, *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, Franco Angeli ed., Milano
- Giaccardi C., (1996) *I luoghi del quotidiano*, Franco Angeli, Milano
- Goleman D., (1995) *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano
- Guadagnare Salute-Rendere facile le scelte salutari*, (2007) approvato dal Consiglio dei Ministri il 3 marzo 2007
- ISTAT, (2007) Indagine Multiscopo sulle famiglie, *Aspetti della vita quotidiana - 2006*
- Lewin K., (1951) *Field Theory in Social Science*, Harper & Row, New York
- Madeddu F. e Prunas A., (2003) *Meccanismi di difesa e alcol. Teorie e ricerca empirica*, in *Alcologia oggi*, a cura di Cerbini C., Bigianti C., Travaglino M., Dimauro P.E., Franco Angeli Milano
- Maguire L., (1983) *Understanding social networks*, SAGE Publication, Newbury Park, California, USA, ed. It. (1989) *Il lavoro sociale di rete*, ed Erikson, Trento
- Meringolo P. e Chiodini M. (2005) *Giovani protagonisti degli eventi del tempo libero. Esperienze di peer education*, in *Il Seme e L'Albero*, Anno XIII, Aprile 2005
- Meringolo P. e Zuffa G., (2001) *Droghe e riduzione del danno*. Un approccio di psicologia di comunità. Milano, Unicopi.
- Orlandini D., Nardelli R. e Bottignolo E., (2002) *Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione*, Dipartimento per le Dipendenze AZ.ULSS 12 Veneziana
- Orlandini D., Bottignolo E. e Pettenò A., (2003) *La prevenzione primaria in alcologia*, in *Alcologia oggi*, a cura di Cerbini C., Bigianti C., Travaglino M., Dimauro P.E., Franco Angeli Milano
- Österberg E & Simpura J (1999). *Charter Strategies Evidence: The Scientific Evidence for the Ten Strategies in the European Charter on Alcohol*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health
- Patussi V., Bartoli G., Focardi F., Ragazzo E., Marcomini F., Muscas F, Russo R., Zuccaro P., Scafato E.,(2003) *L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia*, Bollettino per le Farmacodipendenze, 26, 4, p. 17-25
- Pergamo A.B. e Drogo G.M.L., (2002) *I giovani e l'alcol*, Armando, Roma
- Piano Nazionale Alcol e Salute*, (2007) approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 23 marzo 2007
- Pietropolli Charmet G (1997) *Amici, compagni, complici*, Franco Angeli, Milano
- Società Italiana di Alcologia (1994), *Atti della I Consensus Conference*
- Tobler N.S., (1993) *Updated meta-analysis of adolescent drug prevention programs*, in Montoya C., Ringwalt C., Ryan B. e Zimmerman R., eds., *Evaluating school-linked prevention strategies: alcohol, tobacco and other drugs*, 18-20 Marzo, San Diego: UCSD Extension, University of California
- Tobler N.S. & Stratton H.H.,(1997a) *Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research*, in *Journal of primary prevention*, 18(1), p.7-128
- Tobler N.S., (1997b) *Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta-analysis*. NIDA http://165.112.78.61/pdf/monographs/monograph170/005-068_Tobler.pdf
- Ybrandt H., (2007) *The relation between self-concept and social functioning in adolescence*. *Journal of Adolescence*, Apr. 2007

Zani B. e Cicognani E. (2000) *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna
WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, International Conference on Health Promotion
WHO (1995) *European Charter on Alcohol*. Adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol. Paris 1-14 December 1995
WHO (1998) *Newsletter Skills for Life* n°8/98
WHO (2000) *European Alcohol Action Plan 2000-2005*, Regional Office for Europe
WHO (2001) *Declaration on young people and alcohol*, Adopted in Stokholm on 21 February 2001

GIOVANI E ALCOL: I FIGLI DELLA “TRADIZIONE MEDITERRANEA”*

1. INTRODUZIONE

“Alcol, ragazzi italiani i più viziosi...” (Il Messaggero, 10 marzo 2006).

Negli ultimi anni affermazioni come quella sopra riportata sono ripetutamente presenti sia nella stampa locale che nazionale, suffragate da numerosi dati epidemiologici rilevati dalle più importanti agenzie per la salute italiane e internazionali.

Cercando di dare un significato a quello che appare un titolo allarmistico e definitivo, è necessario calarsi in modo più dettagliato nella questione e ascrivere il “vizio del bere” da parte dei più giovani, alla dimensione del vero e proprio fenomeno socio-culturale, dai connotati storici-antropologici definiti e rilevabili.

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e capace di indurre dipendenza superiore rispetto alle sostanze o droghe illegali più conosciute. L'alcol puro, apportando 7 Kcalorie per grammo non è una sostanza nutriente, in quanto il nostro organismo non lo utilizza per portare avanti le sue funzioni. È invece una delle cause di danno diretto a molti organi: i più colpiti sono il fegato e il sistema nervoso centrale. I giovani, le donne e gli anziani sono considerati i soggetti più vulnerabili perché il loro organismo ha una ridotta capacità di metabolizzare l'alcol¹⁶.

È necessario chiarire alcuni concetti che ci permettono di capire meglio il senso dei dati e delle evidenze scientifiche che andremo più avanti ad osservare: quando si parla di problemi alcolcorrelati non si fa riferimento solo all'alcoldipendenza, realtà clinica importante che non implica solo un alterato rapporto con il bere, ma ha delle componenti sintomatologiche importanti: tolleranza alla sostanza, necessità immediata di bere fin dalle prime ore del mattino, astinenza con forti tremori, alterazioni dell'umore fino a tentativi di suicidio, disturbi del sonno e episodi di vero e proprio delirium tremens.¹⁷ I problemi alcol correlati sono tutti le compromissioni che l'alcol provoca sia a livello organico che comportamentale e non necessariamente sono presenti solo nelle persone con una diagnosi di dipendenza alcolica. Gli incidenti stradali, gli incidenti sui luoghi di lavoro, la violenza intra ed extra familiare, le intossicazioni acute, le interferenze con farmaci, la sindrome feto-alcolica sono tutti problemi alcol-correlati, che nella maggior parte dei casi non coinvolgono in modo isolato “l'alcolista”, ma la popolazione generale che consuma alcol. Le bevande alcoliche hanno da sempre rivestito un ruolo prioritario nei percorsi culturali e antropologici del nostro paese e sono alla base di percorsi commerciali ed economici di ingenti dimensioni; l'Italia è al mondo uno dei massimi produttori di vino, il quale tradizionalmente ha la funzione di esaltare il gusto dei pasti, incarnare le simbologie della dieta mediterranea, caratterizzare zone geografiche, usi e costumi locali.

In ogni cultura ove l'alcol sia presente (cultura bagnata)¹⁸ il processo di civilizzazione ha provato ad elaborare alcuni concetti, come quello di “uso” e di “abuso”, in modo da definire un confine tra ciò che è lecito e ciò che non lo è, rispettando il diritto alla “perdita del controllo” in occasioni speciali, mantenendo però l'ordine a livello individuale, familiare e sociale¹⁹.

Se questa distinzione ha aiutato negli anni a identificare i soggetti più deboli ed esposti a grandi rischi nel loro uso di alcol, al momento non è assolutamente pertinente ed utile lavorare su distinzioni di questo tipo.

L'attenzione va posta sul semplice concetto “di bere”, e non solo sull'idea di consumo di bevande alcoliche considerata a basso rischio secondo le “Linee Guida nazionali per una sana

* Ilaria Londi, Psicologa - Centro Alcológico Regionale della Toscana; Centro di Alcologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi – Firenze.

¹⁶ Guida Utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati. 2003.

¹⁷ Edwards G., Marshall E.J., Cook C.C., 2000.

¹⁸ Altamura M., Beccaria F., Cottino A., Guidoni G., Vidoni O., 2004.

¹⁹ Allamani A., Ciprianai F., Prina F., 2006.

alimentazione” dell’INRAN, che si rifanno alle indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell’Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia, le quali giudicano consumatori a rischio tutte quelle persone, di sesso maschile e femminile, che consumino più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 bicchieri per le donne, 2-3 bicchieri per gli uomini) contenuti in qualsiasi bevanda alcolica. Al di sotto dei 15 anni è da considerarsi a rischio qualsiasi livello di consumo, dai 16 ai 18 si raccomanda un quantitativo massimo di una bevanda alcolica quotidiana e si considerano consumatori a rischio gli ultra 65enni che introducono più di un bicchiere di bevande alcoliche al giorno²⁰.

Non è fondamentale soltanto la quantità, ma è necessario considerare anche la modalità e i tempi di assunzione, in quanto è vero che ci sono delle dosi a basso rischio, ma anche queste possono diventare pericolose se consumate in particolari momenti della giornata, come prima di mettersi alla guida, sul luogo di lavoro, in concomitanza con l’assunzione di farmaci o in qualsiasi altra situazione in cui è richiesta attenzione e lucidità.

“Alcol: più sai meno rischi” è stato per anni lo slogan che ha animato il Mese di Prevenzione Alcolologica portato avanti dal 2002 dalla Società Italiana di Alcolologia; in questa frase non si nega la possibilità di bere, anzi, partendo dall’analisi di contesti che incentivano l’uso di alcol, si sottolinea il valore della corretta informazione relativa a questa sostanza e alle conseguenze del suo utilizzo, che parta dall’analisi dei bisogni individuali e da processi attivi di coinvolgimento dei membri della comunità.

2. TRADIZIONE E CONSUMO DI ALCOL IN ITALIA

Le bevande alcoliche hanno da sempre rivestito un ruolo prioritario nei percorsi culturali e antropologici del nostro paese, oltre che essere alla base di un processo commerciale molto florido, che negli anni si è sempre di più raffinato, rendendo l’Italia uno dei massimi produttori, in primo luogo di vino.

Dal dopoguerra ad oggi l’Italia è stata protagonista di un percorso legato allo sviluppo economico e industriale che ha modificato la fotografia del nostro paese.

È nella cultura contadina che nascono le tradizioni, le quali però si modificano conseguentemente all’industrializzazione massiccia: vengono abbandonate le campagne e la popolazione si sposta in modo, spesso disorganizzato, nelle città.

Questo processo è sicuramente all’origine di quelli che oggi sono diventati i così detti “consumi di massa”, incentivati non soltanto da un cambiamento sociale e culturale, ma anche da processi economici che hanno influito sugli stili di vita.

Dagli anni 60 si è sviluppata una forte omologazione nei comportamenti e una massiccia adesione a modelli socio-economici trasversali, fino a giungere ad rappresentazione comunitaria. Ripercorrere i passi che l’Italia ha fatto negli anni del boom economico è utile per capire meglio ciò che oggi accade e come si è modificata la nostra società. Come affermano A. Allamani et al. nel report “I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia”²¹ i modelli di consumo delle bevande alcoliche e il rapporto con le abitudini alimentari, sono dei validi indicatori, utili per documentare l’evoluzione della società italiana e rappresentativi delle numerose dimensioni socio-antropologiche coinvolte.

I consumi di bevande alcoliche dagli anni 70 ad oggi sono diminuiti, soprattutto nei paesi del sud Europa; l’Italia negli ultimi trenta anni ha avuto la più alta riduzione dei consumi di tutti i paesi europei, dai 15,9 litri pro-capite di alcol puro nel 1970, ai 7,4 del 2003. Dall’altro lato però è si è allargato il numero di consumatori: bevono alcol molte più donne e giovani, e i non consumatori negli ultimi 10 anni passano da 41,4% a 39,8% della popolazione nazionale. Più che al calo dei consumi è interessante far riferimento al cambiamento delle tipologie di bevande alcoliche utilizzate; infatti nel nostro paese il vino, bevanda di cui siamo uno dei produttori più importanti al mondo e da sempre presente nella nostra tradizione, è stato fortemente affiancato da altri tipi di bevande come la birra e i superalcolici, che oltre che nel sapore, si differenziano nel dare origine a differenti utilizzi dell’alcol.

²⁰ Scafato E., Ghirini S., Galluzzo L., Gandin C., Martire S., Russo, R., 2007.

²¹ Allamani A., Cipriani F., Prina F., 2006.

La modalità di bere nella cultura italiana è espressione della così detta “tradizione mediterranea”, ovvero il consumo di vino durante i pasti per accompagnare i cibi e arricchire i sapori. L’omologazione dei costumi, di cui sopra ci siamo occupati, ha fatto sì che anche questa “tradizione” si perdesse nell’incontro con altre abitudini e utilizzi dell’alcol, per la maggior parte provenienti dai paesi del nord Europa. Tra i giovani nel corso degli anni 90, si è diffuso una cultura del bere connessa alla birra e ai superalcolici, bevuti fuori dai pasti, con uno scopo ricreativo o per provocare la perdita del controllo cosciente, in particolar modo nel fine settimana. Oltre che ad aumentare in modo elevato la presenza del mercato della birra e di altre bevande alcoliche create per il target giovanile, questo utilizzo dell’alcol ha avuto ripercussioni considerevoli sui livelli di salute e di sicurezza sociale²².

Nelle nuove generazioni è andato scomparendo il fattore protettivo della famiglia, la quale era sì il luogo di iniziazione alle bevande alcoliche, ma anche il contesto che garantiva una sperimentazione controllata della sostanza, spesso accompagnata da una simbologia antropologica e culturale, diversa da zona a zona. Nelle zone rurali, sembra però ancora persiste, anche tra i giovani, l’uso di vino durante i pasti. Il modello di consumo urbano è comunque conosciuto e incentivato anche in questi contesti. I soggetti più ad alto rischio sembrano essere i giovani centro-settentrionali di ceto sociale elevato, i giovani operai di ceto basso del centro e i giovani del sud Italia di condizione marginale e disagiata²³.

Come i dati sui consumi confermano, i ragazzi scelgono sempre meno le mura domestiche e il momento dei pasti per consumare vino e orientano le loro abitudini alcoliche all’esterno, nei luoghi di divertimento e aggregazione e negli innumerevoli percorsi proposti per il tempo libero (aperitivi, happy hours, feste free drink).

Il consumo di alcol nei giovani è però un evento complesso, che è necessario osservare nella sua pluralità d’aspetti. Le fasi transitorie come la pubertà e la crescita dell’indipendenza sono spesso associate al consumo di alcol. Da numerosi studi si evince che prima dei 9 anni i bambini attribuiscono all’alcol una connotazione negativa, ma intorno ai 13 anni le loro concezioni rispetto al bere alcolici divengono sempre più positive, manifestando curiosità rispetto agli effetti che la sostanza suscita. In questa ottica sembra che essere adolescenti sia un fattore di rischio non solo per l’iniziazione al bere, ma anche per il bere ad alto rischio²⁴.

Non è da sottovalutare il condizionamento del gruppo dei pari, i quali esercitano un’ influenza massiccia proprio sui comportamenti di consumo e sugli stili di vita, non solo sulla quantità di alcol consumata, ma anche sul modo di bere e sulla gestione delle conseguenze di un comportamento che perseguita un consumo eccessivo.

3. GIOVANI ED EPIDEMIOLOGIA DEI CONSUMI

È interessante soffermarsi a riflettere in modo più approfondito su ciò che significa *bere a rischio* nei giovani, tematica che desta allarme e che sembra sempre più ingestibile sia da parte degli operatori socio-sanitari che da parte delle figure di riferimento educativo, come genitori e insegnanti.

Un’emergenza di cui anche le istituzioni, con i loro organi tecnici e politici, si stanno occupando, ma che va inserita in un contesto più ampio rispetto a quello che i dati possono fornire.

Negli anni il consumo di alcolici da parte dei giovani ha assunto significati diversi, trasformandosi da tradizione familiare a comportamento deviante, da strumento per il divertimento a stile di vita.

La comprensione del mondo giovanile e delle caratteristiche che lo contraddistinguono, va ricercata nella lettura delle società, dei suoi cambiamenti e dei suoi percorsi, i quali sono stati in parte determinati dai comportamenti degli adulti.

Nella società moderna sembrano essere spariti i così detti “riti di passaggio”²⁵ che caratterizzano il movimento dall’infanzia all’età adulta. Un prolungamento dell’adolescenza a causa di una formazione scolastica “obbligatoriamente” più lunga, l’incertezza del mondo lavorativo, una

²² Brumback T., Cao D., King A., 2007.

²³ Forni E., 2004.

²⁴ ALcohol Alert, 2006.

²⁵ Cavalli A., 1992.

permanenza maggiore nella casa dei genitori, ha reso il percorso verso l'età adulta più diluito nel tempo e meno urgente.

Lo scontro tra le generazioni, storicamente inevitabile nella voglia di indipendenza giovanile, si è andato molto affievolendo nella logica dell'omologazione di atteggiamenti, valori, usi e costumi. I ragazzi sono così maggiormente deresponsabilizzati rispetto alla propria esistenza e percepiscono le scelte che fanno non abbastanza determinanti per il proprio futuro, di cui non sono totalmente padroni. Come se l'apparente non conflittualità avesse indebolito la funzione educativa della famiglia, non facendo emergere i nodi importanti su cui si fondano poi le scelte personali.

In questa ottica di "mancata presa di coscienza" si verificano i fatti che le indagini epidemiologiche nazionali ed internazionali evidenziano.

Secondo il Rapporto Eurobarometro 2007 sulle opinioni degli Europei sull'Alcol, presentato a Lussemburgo ai rappresentanti governativi del Working Group Alcohol and Health della DgSanco, l'Italia ha la più alta prevalenza in Europa di individui che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche nel corso dei 30 giorni precedenti l'intervista.

Dall' Eurobarometro, il 10% degli europei dichiara di ubriacarsi, percentuale che sale al 19% tra i giovani di 15-24 anni di età: un ragazzo su cinque, quindi, dichiara di bere per ubriacarsi. Un dato che si affianca a quello della mortalità giovanile alcolcorrelata: il 25% di tutte le morti tra i giovani di età tra i 15 ed i 29 anni è legato al consumo a rischio di alcol.

Secondo la ricerca condotta da Oms e Hbsc (Health behaviour in school-aged children) dal titolo «I determinanti sociali che influenzano le abitudini alimentari e l'attività fisica degli adolescenti» presentata a Firenze nel 2006, in Italia il 12% di loro già a 11 anni beve alcolici almeno una volta alla settimana, a 15 la percentuale sale al 37%: si tratta dei numeri più alti d'Europa. Per la ricerca italiana sono stati intervistati 4386 ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni.

Assumere sostanze, legali e illegali, esercitare aggressività e prepotenza sui pari, praticare poca attività fisica, avere rapporti sessuali a rischio e sfuggire ai contesti protettivi come di solito la scuola e la famiglia sono solo alcuni degli atteggiamenti che caratterizzano in linea di massima i giovanissimi della Regione Europea, con aspetti leggermente diversi da zona a zona.

Oltre alle quantità di alcol consumate, esistono modalità di bere considerate a rischio: consumo di alcol in età precoce, *Binge Drinking* (6 o più bevande alcoliche concentrate in un'unica occasione), consumo di alcolici fuori dai pasti.

A livello europeo, nel rapporto della Commissione Europea pubblicato a giugno del 2006²⁶ si legge infatti che nell'UE più di 1 su 8 tra i ragazzi di 15 e 16 anni si è ubriacato più di 20 volte nel corso della vita, e che più di 1 su 6 (18%) ha avuto episodi di *Binge Drinking*, tre volte o più nell'ultimo mese. Gli episodi di *Binge Drinking* sembrano essere in crescita nelle ragazze²⁷.

Osservando i fenomeni nel nostro paese, secondo l' Indagine Multiscopo ISTAT del 2005 si è osservato che il consumo di bevande alcoliche risulta essere correlato alla pratica del *Binge Drinking* da parte dei giovani e che la variabile comunque più associata a questo tipo di assunzione ad alto rischio sia il consumo di vino o altre bevande alcoliche fuori dai pasti, sia per il sesso maschile che femminile. Nei maschi appare correlato alla pratica del *Binge Drinking* il fumo di sigaretta e la frequentazione di discoteche e locali da ballo. Nelle femminine invece sembra essere correlato allo status di bevitrice di super alcolici o di aperitivi alcolici.

Dai dati dell' "Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita quotidiana-2006" sempre dell'ISTAT, si evince che è aumentata in Italia la popolazione che consuma aperitivi, amari e superalcolici, da 39,5% a 42,5%, specialmente gli aperitivi, dal 26% al 31%. C'è una forte crescita di consumo di alcol fuori dai pasti nei giovani dai 14 ai 17 anni, da 12,6% a 20,5% e questo fenomeno ha una forte impennata nei ragazzi tra i 18-19 anni e tra i 20 e i 24 anni.

Il *Binge Drinking* è praticato principalmente dai maschi tra i 20-29 anni. È più diffuso nel Nord Italia rispetto al Sud e al Centro.

Sicuramente in questi processi e nella lettura delle motivazioni che spingono a comportamenti di questo tipo, vanno considerati anche i meccanismi di imitazione e l'inclusione nel gruppo dei pari tipici dell'adolescenza e dell'età giovanile, ma affinché un atteggiamento divenga condiviso deve

26 Anderson P., Baumberg B, 2006.

27 Scafato E., Ghirini S., Galluzzo L., Gandin C., Martire S., Russo, R., 2007.

sicuramente essere incentivato e reso desiderabile. L'interesse economico ha fatto sì che i consumi si specificassero sempre più per target precisi di riferimento e in questo modo alcune bevande alcoliche, diverse dal vino, come la birra, gli aperitivi e gli alcolpop sono divenute le preferite tra i più giovani.

L'etica del libero scambio a livello internazionale ha determinato una serie di eventi che è molto difficile contrastare²⁸, in quanto il libero mercato delle bevande alcoliche ha portato al consolidamento di gruppi lobbistici molto forti, che non hanno nessun interesse a ridurre i consumi alcolici e si opporranno alle restrizioni attuali nella produzione e commercializzazione degli alcolici²⁹.

In una "cultura bagnata", fortemente impregnata di connotati culturali legati al bere, il consumo di alcol non può essere uno strumento di sviluppo economico e documenti nazionali come il "*Piano Nazionale Alcol e Salute*" e la strategia del Ministero della Salute "*Guadagnare Salute*" supportati a livello Europeo anche dalla "*Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol*" (COM 2006, 625 definitivo) sottolineano l'importanza di ridurre l'impatto dei problemi alcolcorrelate nella comunità anche attraverso attività di informazione, di educazione ed di aumento della consapevolezza dell'impatto del consumo rischioso di alcol e sui modelli di consumo appropriato.

4. L'ESPERIENZA DEL MESE DI PREVENZIONE ALCOLOGICA

Il primo passo fondamentale che l'alcologia ha intrapreso in ambito preventivo è quello di una sana e corretta informazione sulla tematica in oggetto, che andasse non tanto a stabilire i confini di permissività, ma consegnasse alle persone gli strumenti conoscitivi per poter effettuare delle scelte consapevoli rispetto ai loro comportamenti di assunzione.

Essendo l'alcol una sostanza accessibile a tutti, alla quale si attribuiscono falsamente proprietà benefiche, che gode di un alto consenso sociale e che coinvolge non solo lo specifico target di persone con diagnosi di dipendenza da alcol, ma l'intera popolazione generale, è necessario intensificare la prevenzione primaria a livello di comunità.

Come precedentemente detto, esistono categorie di persone che si possono considerare più "vulnerabili", nello specifico i giovani sotto i 16 anni, le donne e gli anziani, ma gli interventi di prevenzione affinché acquistino un significato e abbiano un impatto devono essere rivolti a tutta la popolazione.

Le politiche sanitarie devono avvalersi della promozione alla partecipazione diretta del cittadino alla vita sociale, alla gestione e alla protezione della propria salute attraverso un cambiamento degli stili di vita, nell'esigenze sia personali che sociali³⁰.

Il Centro Alcologico Regionale della Toscana promuove la Società Italiana di Alcologia (SIA) in collaborazione con l'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (AICAT), e l'Istituto Superiore di Sanità, nella realizzazione del *Mese di Prevenzione Alcologica*.

Si è scelto di intraprendere un cammino sia a livello nazionale, supportati dall'attività del Ministero della Salute, sia a livello locale, coinvolgendo a i soggetti istituzionali, del privato sociale e del volontariato presenti sul territorio, in modo da raggiungere la popolazione nella quotidianità.

Dal 2002 si organizza nel mese di aprile il *Mese di Prevenzione Alcologica*. A questa iniziativa partecipano tutte le realtà alcolologiche istituzionali, quali SerT e servizi di alcologia, le organizzazioni del terzo settore, quali Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento (AICAT) ed il movimento dei Dodici Passi (AA; Al Anon). Il mese di Aprile è stato scelto perché in concomitanza con il "National Alcohol Screening Day (NASD)" organizzato annualmente negli Stati Uniti.

L'iniziativa si basa su quanto è indicato nel Piano d'Azione Europeo per l'Alcol dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle Raccomandazioni e Conclusioni del Consiglio dei Ministri della Salute dell'Unione Europea, nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano

²⁸ Simpura, J., 1997.

²⁹ Anderson, 2004.

³⁰ Patussi V., Bazzani O., 2004.

Nazionale Alcol e Salute, che sollecitano l'attivazione di strategie multidimensionali capaci di incrementare i livelli di informazione relativi ad un uso moderato delle bevande alcoliche e la consapevolezza della responsabilità che il bere comporta nei confronti della propria salute e della sicurezza personale e della collettività.

Gli obiettivi del Mese di Prevenzione Alcolologica sono principalmente due: il primo è orientato a sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi al consumo di bevande alcoliche, ed in particolare chi, in relazione a specifici momenti della propria vita, donne in gravidanza, anziani, minori, persone che assumano farmaci, che hanno o hanno avuto problemi di alcoldipendenza, presenta un rischio più elevato di sviluppare problemi e patologie alcol correlate. Le attività di sensibilizzazione hanno consentito di raggiungere un gran numero di cittadini attraverso il contatto diretto, i messaggi sui media, la distribuzione di materiale informativo, stimolando anche dibattiti pubblici su tali temi. Il secondo è di sviluppare ulteriormente la rete alcolologica italiana tra i servizi pubblici e la collaborazione con le associazioni del terzo settore. L'implementazione della rete porta ad una maggiore comunicazione tra le realtà locali e sviluppa ulteriormente le collaborazioni tra soggetti rappresentativi di specifici aspetti dell'alcolologia quali la prevenzione, il trattamento e la ricerca.

L'iniziativa riceve il patrocinio del Capo dello Stato, del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro, della Solidarietà Sociale, dei Trasporti, dello Sport e delle Politiche Giovanili, delle Regioni e di molti Comuni.

Le attività che vengono realizzate sono plurime e a più livelli: convegni sui temi centrali dell'alcolologia, distribuzione di materiale informativo e divulgativo, attività nelle scuole, manifestazioni culturali e artistiche con distribuzione di bevande analcoliche, attività con i gestori dei locali da ballo e la polizia stradale, aggiornamenti per gli operatori del primary health care, dibattiti e discussioni con i genitori, gli insegnanti e con tutte quelle figure professionali che lavorano con i giovani e gli adolescenti.

Diversificare gli interventi ha permesso di raggiungere in modo più approfondito i diversi setting e le differenti realtà coinvolte, realizzando programmi che tenessero conto delle specifiche caratteristiche dei contesti in analisi.

A livello nazionale e più generale viene organizzato, presso l'Istituto Superiore di Sanità, l'Alcohol Prevention Day, una giornata di informazione per esperti del settore al fine di illustrare i dati delle ultime ricerche svolte in Italia ed Europa e presentare le iniziative organizzate per l'anno in corso all'interno del mese di aprile.

Si realizzano e si distribuiscono materiali informativi per la popolazione generale e per date aree di riferimento come: alcol e carcere, alcol e lavoro, alcol e guida, alcol e giovani. Questo materiale è stato curato dal gruppo tecnico-scientifico del Centro Alcolologico Regionale della Toscana e dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con esperti di specifici settori dell'alcolologia, affinché ci fosse un'omogeneità di informazioni su tutto il territorio nazionale.

Le esperienze del Mese di Prevenzione sono andate sempre più specificandosi su argomenti di particolare interesse sociale come gli incidenti stradali e il bere giovanile.

La prevenzione alle problematiche alcolcorrelate come per tanti altri argomenti passa attraverso messaggi di promozione della salute di cui la comunità si deve fare portavoce nel suo intero.

Nello specifico del contesto giovanile, un dato importante emerge dai vari studi europei sul fenomeno, ovvero che esiste una carenza di informazioni e conoscenze specifiche sui rischi legati al consumo di alcol da parte dei giovani. Le scuole non forniscono continuità a progetti informativi sebbene anche a livello Europeo siano stati sviluppati programmi volti alla promozione della salute nei setting scolastici (WHO, 1997).

È sempre più condiviso il pensiero che non sia possibile realizzare una prevenzione efficace se non si coinvolgono gli adulti di riferimento, i genitori, gli insegnanti e le altre figure che si occupano di educazione e tempo libero come gli allenatori sportivi e gli animatori dei gruppi giovanili, gli educatori dei doposcuola e dei laboratori per ragazzi.

Questo perché è necessario arrivare ad un'uniformità di opinioni in modo tale da non cadere in contraddizione nelle diverse informazioni che si danno ai ragazzi; è inoltre indispensabile avere modelli di riferimento in grado di essere uno stimolo forte nell'adozione di stili di vita e comportamenti sani.

Il Mese di Prevenzione ha incentivato questo processo di coinvolgimento generale, che ovviamente si protrae nel corso di tutto l'anno.

5. CONCLUSIONE

È evidente che la *cultura mediterranea* che caratterizza i consumi di alcolici in Italia sta progressivamente cambiando, e i ragazzi più giovani sono i portavoce di questo mutamento sia nelle quantità, nelle tipologie di bevande alcoliche e nelle modalità di consumo.

Nonostante i dati appaiano preoccupanti, l'Italia presenta un quadro meno allarmante in quanto si colloca tra gli ultimi paesi in Europa per il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi³¹, ma è necessario porre attenzione ai comportamenti a rischio emergenti: precoce consumo di alcol, *Binge Drinking*, consumo fuori dai pasti.

Le indicazioni del Ministero della Salute³², riportate anche sul *Piano Nazionale Alcol e Salute*, approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 23 marzo 2007 e nel documento *Guadagnare Salute-Rendere facile le scelte salutari*, approvato dal Consiglio dei Ministri il 3 marzo 2007, sono quelle di proteggere i minori dal danno alcolcorrelato attraverso:

- Campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori
- Interventi educativi nelle scuole
- Combattere l'abuso di bevande alcoliche
- Sensibilizzazione e formazione
- Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori.

Dalle valutazioni dei progetti di prevenzione sino adesso svolti nel nostro paese si è visto anche che l'informazione sanitaria mirata a dissuadere i ragazzi dal bere non è stata, nella maggior parte dei casi, verificabile nel suo impatto a livello di consumi e si è rivelata altamente costosa³³; appaiono maggiormente efficaci i percorsi che mirano alla valorizzazione degli aspetti positivi presenti, come l'autostima, la capacità di problem solving, l'attivazione del gruppo dei pari. È necessario un' approccio integrato che parta dalla lettura sociale e culturale del fenomeno, dalla rilevazione del problema e si strutturi poi in una programmazione sinergica di interventi che coinvolgano l'intera comunità in esame.

Come afferma Tempesta E. nell'introduzione a "*Condizione giovanile e consumo di Alcol. Dalle motivazioni alla regolazione*³⁴", gli adulti si sono posti nell'osservare i fenomeni che coinvolgono i giovani come spettatori esterni di una messa in scena, propensi a considerare solo quella parte del palcoscenico illuminata dall'occhio di buè, senza prendere in considerazione tutto il restante spazio in ombra. Per uscire dalla metafora, significa che spesso gli adulti considerano i fenomeni che riguardano i loro figli, o i giovani e adolescenti in generale, come se il comportamento di questi ultimi non avesse alcun legame con le loro scelte e i loro atteggiamenti, spesso deresponsabilizzando se stessi, e rifugiandosi in sistemi di contenimento sociali labili³⁵.

È necessario rafforzare l'idea che per proteggere i ragazzi è opportuno modificare gli atteggiamenti delle figure adulte di riferimento, affinché si realizzi una coerenza tra messaggi e comportamenti e un modello di stile di vita "*sano*" al quale i più giovani si possano ispirare.

Bibliografia

A cura di Daniela De Vecchis, Franca Romani Alcool, una questione "giovanile", in Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, n. 5 (18, 2005), pp. 9-10

Allamani A., Basetti Sani I., Morettin A., La prevenzione dei problemi Alcol-correlati. In Il Libro Italiano di Alcolologia, VOL II, Edizioni SEE-Firenze, 2004, Firenze

31 Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita quotidiana-2006 ISTAT.

32 Greco D., 2007.

33 Allamani A., et al., 2004.

34 Tempesta E., in "Gli Italiani e l'alcol" 2007.

35 M.E. Huver R., Engels R.C.M.E., Vermulst A. A., De Vries H., 2006.

Allamani A., Ciprianai F., Prina F., I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000. Osservatorio permanente sui Giovani e l'Alcol. Casa Editrice Litos, 2006, Roma.

Altamura M. Beccaria F. Cottino A. Guidoni Vidoni O. Giovani e alcol in una cultura bagnata: tra ricerca e intervento. In *Educazione sanitaria e promozione della salute*, n. 1, 2004, pp. 37-53

Anderson P., Baumberg B. Alcohol In Europe -A Public Health Perspective A report for the European Commission Institute of Alcohol Studies. UK June

Anderson P., La salute e l'alcol. In *Il Libro Italiano di Alcolologia*, VOL II, Edizioni SEE-Firenze, 2004, Firenze

Brumback T., Cao d., King A., Effects of alcohol on psychomotor performance and perceived impairment in heavy binge social drinkers. *Drug Alcohol Depend*, June 2007

Cavalli A., Prolungamento della fase giovanile e orientamenti al futuro. Terza Indagine IARD, 1992, Milano

European Alcohol Action Plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.

Faralli C., Zuccaro P., Russo R., E. Scafato, Alcol e televisione: i modelli di consumo di bevande alcoliche nelle fiction e nei film televisivi, *ALCOLOGIA*, 15 (1-2-3), 95-109, 2003

Forni E., Donne, Giovani e Anziani. In *Il Libro Italiano di Alcolologia*, VOL II, Edizioni SEE-Firenze, 2004, Firenze

Greco D., Le strategie di Prevenzione. Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie CCM, Alcohol Prevention Day 2007 (www.epicentro.iss.it)

Griffith E., Marshall E.J., Cook C.C., Diagnosi e trattamento dell'alcolismo. Manuale per le professioni di aiuto. Raffaella Cortina Editore, Milano 2000

Health Behaviour in School-aged Children Study. WHO/Europe-Promoting of young people's health (http://www.euro.who.int/youthhealth/hbsc/20030130_2)

Huver R.M.E., Engels R.C.M.E, Vermulst A.A., de Vries H. Is parenting style a context for smoking-specific parenting practices? *Health Education Research*, 21, pp. 66-77, 2006

ISTAT, Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita quotidiana-2006- Sabbadini L.L. Alcohol Prevention Day 2007 (www.epicentro.iss.it)

ISTAT, L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005 (www.istat.it)

Istituto Nazionale di Statistica. Indagine Multiscopo sulle Famiglie Aspetti della vita Quotidiana Anno 2003. Roma: ISTAT 2005.

Ministero delle politiche agricole e forestali, Istituto nazionale di ricerca per la ricerca e la nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003;(7): 56-67

Orlandini D., Nardelli R., Progettare e valutare nel campo della prevenzione delle dipendenze. In *Il Libro Italiano di Alcolologia*, VOL II, Edizioni SEE-Firenze, 2004, Firenze

Patussi V. Bazzoni O., Consumo di alcol nei giovani in Italia: una prospettiva per la prevenzione. In *Il Libro Italiano di Alcolologia*, VOL II, Edizioni SEE-Firenze, 2004, Firenze

Rapporto Eurobarometro 2007, Attitudes Towards Alcohol. (www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Eurobarom07.asp)

Scafato E. Patussi V. Surrenti C., Rossi A., Mezzani L., Bazzani O., Russao R., Gandin C., Galluzzo L., Guida Utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati. Progetto Finanziato dal Fondo Nazionale Di Intervento Per La Lotta Alla Droga, Presidenza del Consiglio, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2003

Scafato E., Ghirini S., Galluzzo L., Gandin C., Martire S. e Russo R. L'alcol e i giovani. Un'analisi dei fattori determinanti l'abuso. Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate- Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS.Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma.

Scafato E., Ghirini S., Galluzzo L., Gandin C., Martire S., Russo R. Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia. Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate- Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS.Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Scafato E., Ghirini S., Russo R. I consumi alcolici in Italia: analisi e proposte. Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate- Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Simpura J. Alcohol and European transformation. *Addiction* 92: Supplement1, S33-S41, 1997
Società Italiana di Alcolologia, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Nazionale Alcol - OssFad, Centro Alcolologico Regionale della Toscana, Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi!
Underage drinking, *Alcohol Alert*, number 67, January 2006
V Indagine Nazionale Doxa, Gli Italiani e l'alcol. Consumi tendenze e atteggiamenti. Osservatorio permanente sui Giovani e l'Alcol. Casa Editrice Litos, 2007, Roma
Van der Vorst H., Engels R.C., Meeus W., Dekovic M., J. Van Leeuwe, The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour, *Addiction* 100 (2005), pp. 1464-1476

LA RILEVAZIONE DI DATI SOGGETTIVI IN ALCOLOGIA: UN MODELLO PER ADOLESCENTI*

1. INTRODUZIONE

Il fenomeno del consumo di bevande alcoliche è ormai da anni oggetto di numerose ricerche per le forti ricadute che ha in termini di salute pubblica. Infatti l'estensione e le dimensioni sociali di questo fenomeno richiedono una più approfondita conoscenza delle problematiche relative ai consumi di bevande alcoliche e quindi dei loro effetti per la salute.

Dalla ricerca italiana (ad esempio Istituto Superiore di Sanità) e internazionale (ad esempio World Health Organization), è emerso che alcune categorie di popolazione risultano essere a maggior rischio rispetto alle altre, e tra esse è presente anche la fascia dei minori, non solo in quanto potenziali consumatori, ma anche come vittime del fenomeno alcol. In virtù di tali evidenze, sarebbe opportuno condurre ricerche che potessero portare ad una conoscenza più approfondita del problema, per comprendere il vissuto dei minori stessi. Quando si parla di minori, però, è necessario tenere presente che i soggetti considerati sono molto eterogenei tra loro, tali ricerche, quindi dovrebbero essere effettuate con metodi e tecniche diverse a seconda della fascia d'età interessata.

Considerando la suddivisione di tali fasce fornita dal sistema scolastico italiano si potrebbe ipotizzare per l'asilo nido e la scuola dell'infanzia, un intervento preventivo in campo alcolologico (inserito in una strategia di promozione della salute) rivolto alle famiglie, che nel primo periodo di vita del bambino, sono le maggiori detentrici del suo benessere fisico e psicologico. L'obiettivo potrebbe essere non solo osservare eventuali situazioni problematiche, ma anche informare e formare gli adulti di riferimento sui rischi dell'uso di alcol. Nella scuola elementare, invece, oltre ad un intervento che vede coinvolte le famiglie, come proposto per le scuole di grado inferiore, si potrebbe ipotizzare un'azione di educazione sanitaria che abbia come obiettivo quello di rendere consapevoli i bambini dei rischi connessi all'uso di alcol. Questa finalità potrebbe essere perseguita utilizzando tecniche di osservazione del comportamento infantile durante giochi (pensati *ad hoc*, cioè tenendo presente le capacità e le potenzialità dei soggetti coinvolti) che propongano situazioni legate ai rischi connessi all'uso di alcol.

Durante il periodo delle scuole medie (inferiori e superiori), è importante tenere presenti due obiettivi: la formazione dei ragazzi sui rischi dell'alcol e l'approccio (inteso come motivazione, consumo, percezione, atteggiamento, comportamento, ecc.) alle bevande alcoliche. In Italia è proibito consumare bevande alcoliche prima dei 16 anni, ma le ricerche effettuate da istituti nazionali come ISS, ISTAT, CNR, dimostrano che la realtà è ben diversa, infatti l'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" effettuata dall'ISTAT, ha messo in evidenza che in Italia nel 2005, il 19.5% (maschi 21.8%, femmine 17.0%) dei ragazzi tra gli 11 e 15 anni consumano bevande alcoliche. In virtù di tali evidenze, l'obiettivo del presente lavoro è quello di esporre un modello per rilevare dati soggettivi in ambito alcolologico adatto all'età adolescenziale.

Il ragazzo, in quanto persona, ha una complessità tale che per essere approfondita e messa in relazione ad un fenomeno specifico, come ad esempio l'alcol, è necessario indagare non solo quegli aspetti considerati individuali³⁶ (come può essere il consumo di alcol giornaliero o in occasioni particolari, ad esempio il fine settimana) ma anche gli elementi legati alla sfera soggettiva, tramite i quali è possibile interpretare i dati in una visione olistica della persona.

Il soggettivo mancando di un referente esterno, è difficilmente verificabile nei suoi contenuti, risente delle situazioni oggettive, dei differenti contesti socio-culturali, economici e ambientali, è costituito da percezioni e aspirazioni con grado di interazione differenziato a seconda degli stati emotivi e della realtà, che insieme condizionano lo *status* dell'individuo. Benché, quindi, sia impossibile accertare la "veridicità" dell'informazione, i dati soggettivi sono parti integranti e

* Tiziana Mola e Elena Vanni, Epidemiologhe - Centro Alcolologico Regionale della Toscana.

³⁶ Con il termine "individuali" si intendono quelle informazioni ottenibili anche da *proxy*.

centrali della persona, in quanto la descrivono come soggetto inserito in quel contesto, in quella situazione, facente parte di quel gruppo, di quella famiglia, ecc. Quindi solamente mettendo in relazione i dati soggettivi con quelli individuali, si può capire e comprendere le motivazioni, le percezioni, ecc. che gli adolescenti hanno verso il fenomeno alcol, al fine di poter pensare interventi di prevenzione che utilizzino metodologie e tecniche di comunicazione più idonee per le persone verso cui sono rivolte.

In questa sede, viene proposto un modello di rilevazione di tali informazioni (il cui strumento di rilevazione è un questionario strutturato) utilizzato in un progetto di indagine che si colloca nell'ambito del progetto multidimensionale Skipper (ancora in fase di realizzazione) nel comune di Pistoia. Tale progetto è realizzato dal CEIS (CEntro Italiano di Solidarietà) di Pistoia in collaborazione con il Centro Alcolologico Regionale della Toscana (CAR) e ha come obiettivo la promozione di strategie di prevenzione precoce dell'alcoldipendenza e la riduzione del danno alcolcorrelato nei *setting* e nei servizi socio-sanitari di base e nella comunità del comune di Pistoia.

2. IL MODELLO TEORICO-CONCETTUALE

Gli organismi sanitari internazionali hanno da tempo impostato campagne di educazione alla salute in campo alcolologico, le quali utilizzano la ricerca come supporto appropriato per acquisire informazioni sempre aggiornate su produzione, consumi, effetti sulla salute connessi al consumo di bevande alcoliche e cambiamenti di questi dati negli anni

I dati nazionali ed internazionali disponibili, relativi ai consumi di bevande alcoliche nella popolazione generale, mostrano risultati estremamente eterogenei, frammentari e difficilmente confrontabili. Questo dipende sia dalla complessità del problema che dalla variabilità dei metodi utilizzati nella raccolta dei dati, entrambi causa dell'attuale proliferare di ricerche settoriali in ambito alcolologico.

La conoscenza sistematica della epidemiologia dei consumi di bevande alcoliche e delle abitudini alimentari, associata a un monitoraggio dello stato di salute della popolazione generale, è la premessa per produrre una valutazione complessiva del fenomeno alcol in relazione agli aspetti psicologici, medici e socio-economici.

Gli strumenti di rilevazione utilizzati nell'ambito di queste ricerche hanno come obiettivo principale quello di indagare i consumi delle bevande alcoliche. Generalmente a questa area di indagine se ne associano altre, inerenti i consumi alimentari e altri comportamenti (per esempio il fumo di tabacco) in modo tale da definire le abitudini dei soggetti intervistati in termini di consumi³⁷.

Dal punto di vista metodologico non è ridondante precisare che i fenomeni sociali sono osservabili e misurabili solo dopo avere definito un modello concettuale che deve chiarire esattamente che cosa si vuole misurare con la definizione di un insieme di concetti astratti. La definizione di questo modello concettuale rappresenta un momento complesso, in quanto richiede l'identificazione e la definizione di una serie di concetti astratti (costrutti) che in genere derivano da astrazioni collocate in strutture teoriche con riferimenti concreti. La costruzione di uno strumento di rilevazione strutturato richiede il rispetto del "disegno di misurazione gerarchico, in cui ciascuna componente è definita e trova significato nell'ambito della precedente" (Maggino, ASTRIS 7 2007).

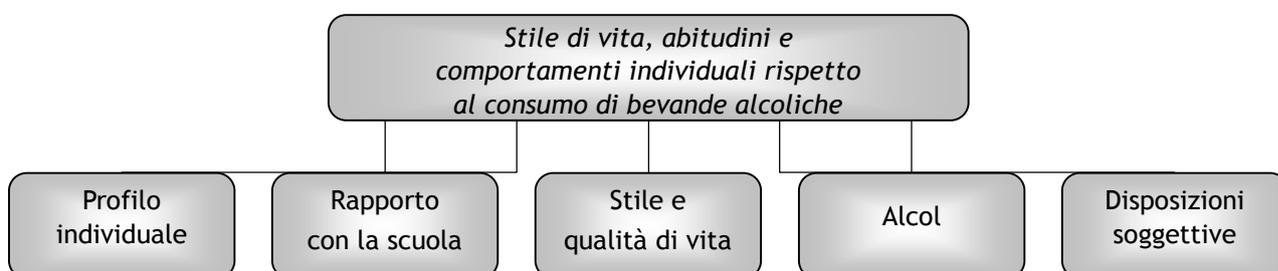
Tab. 1 Disegno gerarchico di costruzione di un questionario strutturato

1	Modello concettuale	su cosa si vuole effettuare l'osservazione
2	Concetti astratti/costrutti	aspetti generali da rilevare
3	Variabili latenti	aspetti singoli da rilevare
4	Item	elementi concretamente rilevabili per ciascuna variabile

³⁷ Un esempio è l'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" effettuata annualmente dall'ISTAT.

Il modello che si presenta in questa sede³⁸ si sviluppa dall'esigenza di studiare ed analizzare sia gli atteggiamenti che i comportamenti rispetto al consumo di bevande alcoliche di una particolare fascia della popolazione: gli adolescenti (definiti come giovani di età compresa tra i 14 e i 18 anni). Privilegiare un approccio esplorativo può consentire di individuare eventuali situazioni o, più precisamente, identificare particolari atteggiamenti e/o specifiche abitudini e stili di vita connessi al consumo inadeguato di bevande alcoliche. Infatti si ha interesse a studiare il fenomeno rispetto al comportamento della popolazione di adolescenti nei confronti dell'alcol (definito in termini di consumo, conoscenze, ecc.), ma anche rispetto agli atteggiamenti, alle impressioni e alle valutazioni connesse a diverse modalità di consumo di bevande alcoliche. Lo studio e l'analisi di questo comportamento e di questi atteggiamenti richiede la rilevazione di informazioni volte a descrivere l'adolescente rispetto a:

- profilo individuale (il contesto socio-economico-culturale di provenienza),
- rapporto con la scuola (l'ambito scolastico),
- stile e qualità di vita (le abitudini e la qualità di vita percepita),
- rapporto con l'alcol,
- disposizioni soggettive (alcuni tratti caratteriali e caratteristiche soggettive).



La definizione del modello concettuale ha una rilevanza che va oltre la semplice messa a punto degli strumenti di rilevazione: per studiare ed analizzare un fenomeno secondo il modello concettuale definito, è necessario effettuare specifiche scelte rispetto al campione e alla tecnica di campionamento, alla procedura di rilevazione e a quella di analisi³⁹. Il progetto in cui è stato utilizzata tale modello, ha previsto:

- l'estrazione di un campione *a grappolo*⁴⁰,
- la rilevazione contemporanea di tutti gli alunni di una classe all'interno dell'aula scolastica: la procedura di rilevazione prevede che il questionario strutturato sia auto-compilato con la guida e la supervisione di un rilevatore appositamente formato.

³⁸ Di seguito viene presentato nel dettaglio il modello teorico concettuale. È importante precisare che le variabili e gli *item* definiti in questo modello possono essere organizzati e riportati in sequenze diverse nella versione del questionario da somministrare: un medesimo *item* può contribuire alla definizione di diverse variabili. La versione del questionario da utilizzare per la rilevazione costituisce una ottimizzazione del modello concettuale, deve essere impostata quindi, in modo da facilitare il processo di comunicazione tra intervistato e intervistatore/ricercatore. Dal punto di vista operativo è importante valutare il numero delle domande, la loro disposizione e la sequenza soprattutto in relazione agli effetti cognitivi e di coinvolgimento (Maggino, 2005).

³⁹ In questa sede sono presentati solo alcuni brevi cenni rispetto all'impostazione della procedura di analisi.

⁴⁰ Il campione viene estratto dalle scuole medie superiori, le quali collocate in un determinato territorio non comprendano tutta la popolazione di adolescenti di quello specifico territorio per due motivi:

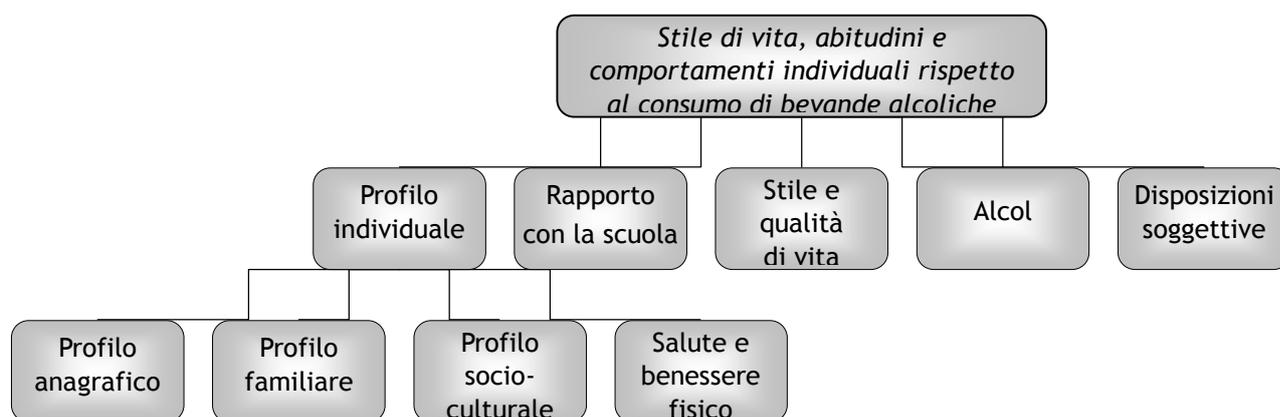
- gli studenti residenti a Pistoia possono frequentare scuole site in altri comuni e viceversa studenti residenti in altri comuni possono frequentare scuole medie superiori situate nel comune di Pistoia;
- non tutti gli adolescenti sono contattabili attraverso una scuola media superiore.

Si ritiene comunque che si tratti di un errore e di una approssimazione accettabile considerata la difficoltà di contattare e coinvolgere adolescenti minorenni in altri contesti. I passaggi per l'estrazione del campione prevedono:

1. la mappatura delle scuole medie superiori presenti sul territorio considerato,
2. il raggruppamento delle scuole in base ai diversi indirizzi di studio (per esempio licei, istituti tecnici, istituti professionali, scuola d'arte, ecc.),
3. l'estrazione casuale di almeno una scuola superiore per ciascun indirizzo di studio,
4. la predisposizione della lista del campione composto da tutti gli studenti delle scuole così individuate.

1. Profilo individuale

Il profilo individuale è costituito dalla descrizione di caratteristiche individuali e consente di inquadrare l'adolescente dal punto di vista anagrafico e di descriverlo in relazione al contesto socio-economico-culturale di appartenenza: si tratta di dimensioni che possono intervenire in maniera significativa sui comportamenti e sulle abitudini individuali e quindi anche sul rapporto con l'alcol, dai consumi individuali, agli atteggiamenti soggettivi, alle percezioni rispetto al fenomeno del consumo e dell'abuso di alcol.



Per rilevare le diverse informazioni relative a questo ambito complesso è conveniente utilizzare più indicatori elementari volti a inquadrare l'adolescente rispetto a differenti dimensioni, per esempio

<i>Come descriveresti il tuo rapporto con la religione?</i>		
① Non credente	② Credente non praticante	③ Credente praticante
<i>Come descriveresti il tuo rapporto con la politica?</i>		
① Non mi interessa	② Mi tengo aggiornato	③ Partecipo attivamente
<i>Ritieni che il reddito della tua famiglia (coloro che vivono con te) sia adeguato alle vostre esigenze?</i>		
① completamente adeguato	② parzialmente adeguato	③ inadeguato

Altra variabile rilevante in questo contesto è quella della salute e del benessere fisico degli adolescenti. In particolare lo stato di salute può essere rilevato in termini di relazione e confronto con altre situazioni ritenute significative utilizzando l'approccio della teoria delle discrepanze multiple (Michalos, 1985).

<i>Pensando al tuo attuale stato di salute rispondi alla domanda mettendo una crocetta sulla scala che va da completamente soddisfacente a completamente insoddisfacente.</i>			
✓ Il mio attuale stato di salute è ...	Completamente soddisfacente	<input type="checkbox"/>	Completamente insoddisfacente
✓ Considerato lo stato di salute dei miei coetanei il mio attuale stato di salute è ...	Completamente soddisfacente	<input type="checkbox"/>	Completamente insoddisfacente
✓ Considerate le mie abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, ecc.) il mio attuale stato di salute	Completamente soddisfacente	<input type="checkbox"/>	Completamente insoddisfacente

2. Rapporto con la scuola

Il rapporto con la scuola costituisce uno degli ambiti di indagine specifici per questa fascia di popolazione: il progetto prevede la realizzazione della rilevazione nelle scuole medie superiori di un'area territoriale definita.



Questo ambito è stato definito rispetto al percorso scolastico individuale (ritardi, passaggio alla scuola media superiore) con particolare attenzione alle motivazioni che hanno guidato l'adolescente alla scelta di una specifica scuola (interesse personale, il suggerimento di terze persone, le prospettive professionali di lavoro, altri elementi per esempio logistici). Questa variabile può essere rilevata tramite l'utilizzo dello *scaling* comparativo con la tecnica del *rank order*.

Pensa agli elementi che hanno contribuito alla tua decisione di iscriverti alla scuola che stai frequentando. Di seguito sono riportate cinque motivazioni: mettile in ordine di importanza (da 1 = la più importante a 6 = la meno importante) in base a quanto hanno pesato sulla decisione di iscriverti a questo istituto.

- | | |
|---|--------------------------|
| a) L'interesse e l'attitudine personale per le principali materie insegnate | <input type="checkbox"/> |
| b) Il suggerimento di genitori, amici, conoscenti, docenti, ecc. | <input type="checkbox"/> |
| c) L'iscrizione a questa scuola di compagni delle scuole medie inferiori | <input type="checkbox"/> |
| d) Le prospettive e le opportunità di lavoro che la scuola offre | <input type="checkbox"/> |
| e) La preparazione che la scuola offre per affrontare l'università | <input type="checkbox"/> |
| f) L'ubicazione dell'istituto (sede) | <input type="checkbox"/> |
| g) Altro (specificare) _____ | |

3. Stile e qualità di vita

Questa area di indagine è composta da due sotto-aree:

- lo stile di vita
- la qualità di vita.

Lo stile di vita costituisce l'ambito di indagine il cui obiettivo principale consiste nella definizione e identificazione di comportamenti e abitudini dell'adolescente. Questo costrutto consente di descrivere sinteticamente la *routine* dei giovani coinvolti nella rilevazione, indagando abitudini e ritmi di vita. La dimensione soggettiva della percezione che i ragazzi hanno del proprio vissuto viene recuperata in termini di "qualità di vita"; un modo per valutare questa dimensione può essere quello di considerare la soddisfazione nei diversi ambiti e contesti rispetto alla vita che conducono.



Lo stile di vita comprende:

- le abitudini rispetto all'alimentazione e ad altri consumi (per esempio quello di tabacco, bevande, medicinali, ecc.),
- la gestione del tempo libero in termini di quantità del tempo dedicato a diverse tipologie di attività e al contesto sia in termini fisici (dove?) che sociali (con chi?)

In media quanto ore alla settimana dedichi alle seguenti attività?

Attività sportive

Attività ludico-ricreative
(ascoltare musica, giocare al computer, andare al cinema, in discoteca, ecc.)

Attività di studio
(lettura, corsi extra-scolastici, ecc.)

Attività di impegno sociale
(frequenza di gruppi politici, di gruppi religiosi, volontariato, ecc.)

Attività culturali e artistiche
(teatro, cinema, musica, disegno, ecc.)

- i ritmi di vita, considerati in questo progetto, soprattutto in relazione all'eccezionalità del fine settimana.

Durante il fine settimana o i giorni non lavorativi, le tue abitudini rispetto alle seguenti voci cambiano ...

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
✓ Orario in cui ti svegli	①	②	③	④
✓ Orario dei pasti	①	②	③	④
✓ Contenuti dei pasti	①	②	③	④
✓ Orario in cui vai a dormire	①	②	③	④
✓ Numero delle ore di sonno	①	②	③	④

La qualità di vita viene definita in questo contesto in termini di soddisfazione:

- per la propria vita in generale, che può essere rilevata con scale grafiche,



- per specifici contesti e ambiti: scuola, (organizzazione, apprendimento, didattica, voti, ecc.), attività del tempo libero, relazioni.

Nell'ambito della definizione della qualità della vita assumono una particolare valenza anche le relazioni, le quali definiscono un complesso reticolo sociale che si sviluppa intorno all'adolescente (*ego-centrato*). Si ritiene che lo studio in termini quantitativi e la valutazione in termini qualitativi di questo reticolo possa costituire un supporto importante nell'interpretazione dei comportamenti e delle abitudini rispetto all'alcol⁴¹ soprattutto quando si studiano popolazioni particolari come quella degli adolescenti. Per questo motivo si utilizzano scale volte a rilevare la qualità di questi rapporti, per esempio semplice scale di *rating* sulla soddisfazione oppure scale multi-dimensionali sul supporto percepito e ricevuto.

Quanto spesso succede che i tuoi amici ...

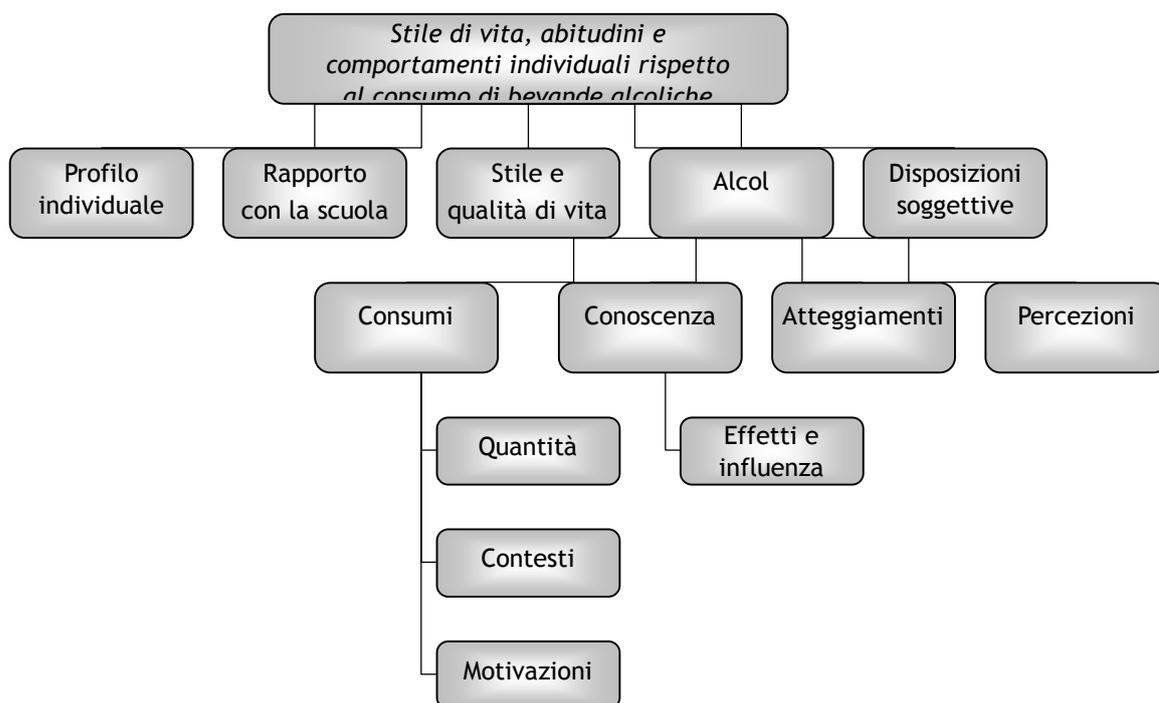
	MAI	RARAMENT	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
... ti offrano aiuto	①	②	③	④	⑤
... ti rassicurino	①	②	③	④	⑤
... ti diano consigli leali	①	②	③	④	⑤
... si confidino con te	①	②	③	④	⑤
... ti chiedano aiuto	①	②	③	④	⑤
... ti chiedano consigli	①	②	③	④	⑤
... ti dimostrino stima	①	②	③	④	⑤
... si congratulino per i tuoi successi	①	②	③	④	⑤

In una scala da 0 (minimo) a 10 (massimo) quanto ti ritieni soddisfatto del rapporto con i tuoi amici?

4. Alcol

Il rapporto con l'alcol è il costrutto centrale in tutte le indagini svolte in campo alcologico. Si ricordi che l'obiettivo del progetto consiste proprio nel rilevare abitudini, comportamenti e nel descrivere atteggiamenti degli adolescenti rispetto alle bevande alcoliche. Pertanto "rapporto con l'alcol" costituisce una etichetta che richiede di essere ulteriormente articolata e meglio definita.

⁴¹ Per descrivere il reticolo sociale si può fare riferimento ad alcune importanti proprietà dei legami: esistenza e loro descrizione in termini di natura e contenuto, direzione, intensità, molteplicità, connotazione temporale in termini di durata e frequenza. Per approfondimenti cfr. Maggino, Mola, 2007.



I comportamenti possono essere ricondotti essenzialmente ai consumi di bevande alcoliche, rispetto ai quali è possibile rilevare frequenza, quantità, motivazioni, contesto, ecc. In questa sede la quantità di bevande alcoliche può essere rilevata in unità alcoliche in riferimento ad una unità temporale pre-definita.

Pensando alla settimana appena trascorsa, indica il numero di cocktail, bicchieri di vino e birra che hai bevuto in tutto ogni giorno della settimana. Se non consumi bevande alcoliche passa alla sezione successiva

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
numero di cocktail, bicchieri di vino, birra, ecc	<input type="text"/> <input type="text"/>						

È interessante provare a riflettere sui contesti in cui avviene il consumo di bevande alcoliche, soprattutto in situazioni estreme sia piacevoli che spiacevoli.

Pensa all'ultima occasione in cui hai bevuto che ricordi come un'esperienza particolarmente piacevole e a quella che invece ricordi come particolarmente spiacevole e descrivi quelle situazioni.

	ESPERIENZA PIACEVOLE	ESPERIENZA SPIACEVOLE
PERIODO	① Inverno ② Primavera ③ Estate ④ Autunno	① Inverno ② Primavera ③ Estate ④ Autunno
MOMENTO DELLA GIORNATA	① Mattina ② Pomeriggio ③ Sera ④ Notte	① Mattina ② Pomeriggio ③ Sera ④ Notte
LUOGO	① in casa propria ② a casa di amici ③ in un locale ④ in discoteca ⑤ per strada	① in casa propria ② a casa di amici ③ in un locale ④ in discoteca ⑤ per strada
COMPAGNIA	① solo ② con famiglia ③ con amici ④ con partner	① solo ② con famiglia ③ con amici ④ con partner

OLTRE A BERE ...	① mangiavi ② non mangiavi	① mangiavi ② non mangiavi
OLTRE A BERE ...	① fumavi ② non fumavi	① fumavi ② non fumavi
DOPO AVER BEVUTO CHE COSA HAI FATTO?	① ho guidato (bici, scooter) per andare a casa ② gli amici mi hanno accompagnato a casa ③ mi sono fatto venire a prendere dai miei genitori o da genitori di altri ④ gli amici mi hanno accompagnato in altro locale (pub, discoteca, bar) ⑤ ho guidato (bici, scooter) per andare in altro locale (pub, discoteca, bar)	① ho guidato (bici, scooter) per andare a casa ② gli amici mi hanno accompagnato a casa ③ mi sono fatto venire a prendere dai miei genitori o da genitori di altri ④ gli amici mi hanno accompagnato in altro locale (pub, discoteca, bar) ⑤ ho guidato (bici, scooter) per andare in altro locale (pub, discoteca, bar)
E' STATA UNA ESPERIENZA piacevole perché	... spiacevole perché

Le conoscenze sul fenomeno in questione possono essere valutate rispetto a diverse dimensioni per esempio normativa, effetti del consumo sulla salute e più precisamente effetti fisici e psicologici, effetti sociali connessi all'abuso di alcol, ecc.

Gli atteggiamenti intesi come "sentimenti verso determinati oggetti comprendono una componente cognitiva (come si giudica l'ambiente sociale e materiale), affettiva e conativa (tendenze comportamentali rispetto a un certo oggetto)" (Maggino, Mola, 2007). Essi quindi possono essere studiati attraverso una batteria di domande in cui vengono presentate situazioni rispetto alle quali l'adolescente può specificare il proprio livello di accordo.

In una scala da 0 (minimo accordo) a 5 (massimo accordo), indica il tuo livello di accordo con ciascuna delle seguenti affermazioni.	Minimo ACCORDO Massimo ← ----- →
1. Quando festeggiamo un evento in famiglia, vengono bevute bevande alcoliche molto più del solito	① ② ③ ④ ⑤
2. Quando i miei amici "bevono" sono divertenti	① ② ③ ④ ⑤
3. Quando si esce in compagnia non si può non bere bevande alcoliche	① ② ③ ④ ⑤
4. Quando consumo bevande alcoliche posso vedere le cose da un altro punto di vista	① ② ③ ④ ⑤
5. Quando con i miei amici incontro per strada un ubriaco, lo prendiamo in giro	① ② ③ ④ ⑤
6. Durante le feste c'è sempre qualcuno che "beve" troppo	① ② ③ ④ ⑤
7. Quando i miei genitori "bevono" un po' di più, non sanno contenersi	① ② ③ ④ ⑤
8. Quando vedo una persona ubriaca, penso che potrei aiutarla	① ② ③ ④ ⑤
9. Quando ho la mente affollata di pensieri, è piacevole bere un "bicchiere" perché mi aiuti ad allentare la tensione	① ② ③ ④ ⑤

Le percezioni rispetto al consumo di bevande alcoliche vengono rilevate tramite due diversi e particolari approcci.

Il primo è quello della *conjoint analysis*, che ha come scopo quello di comprendere le reazioni e le valutazioni dei soggetti relativamente alla combinazione di particolari caratteristiche che rappresentano prodotti, servizi, tipologie di persone, oggetti, ecc., e per capire la composizione e la struttura delle preferenze degli individui. L'assunto da cui nasce il modello è il seguente: ogni scelta di preferenza è legata al concetto di utilità. L'utilità viene rilevata grazie all'individuazione degli attributi e alla definizione dei corrispondenti livelli e viene rappresentata dalla preferenza espressa da ciascun soggetto per ogni combinazione di attributi e livelli. Sommando, poi, le singole utilità associate a ciascun attributo, si ottiene un'utilità totale: l'oggetto che otterrà i valori più alti di utilità, sarà assunto come l'oggetto preferito e il migliore in termini di possibilità di scelta.

Di seguito viene riportato quanto proposto nell'esperienza svolta nell'ambito del progetto Skipper. I ragazzi intervistati devono formulare una graduatoria delle figure rappresentate, caratterizzate ciascuna, da livelli di attributi diversi (come ad esempio livello socio-economico: alto, medio, basso; età: giovane, adulto, anziano; ecc.). La graduatoria permetterà di assegnare a ciascuna caratteristica un punteggio, che consentirà di individuare secondo quali caratteristiche è stata realizzata la graduatoria stessa, e quindi quelle caratteristiche secondo le quali i ragazzi scelgono chi beve di più e chi beve di meno.

Osserva le dieci figure rappresentate di seguito e mettile in ordine in base alla quantità di bevande alcoliche che, secondo te, consumano: al primo posto inserisci la persona che pensi ne beva di più e al decimo quella che pensi ne beva di meno. Metti tutte le figure in ordine, nella graduatoria non sono previsti pari merito.

				
A. Atleta	B. Avvocato	C. Barbone	D. Casalinga	E. Donna in carriera
				
F. Imprenditore	G. Membro di una banda	H. Modella	I. Turista	J. Zingara

L'altro approccio consiste nell'utilizzo del differenziale semantico, un particolare strumento di *scaling* non comparativo con rappresentazione grafica del *continuum* finalizzato a rilevare l'immagine che si ha dell'oggetto proposto; in questa sede dovrebbe quindi fornire indicazioni su come gli adolescenti vedono un "bevitore". Prevede una precisa procedura di analisi (analisi fattoriale, interpretazione dei fattori, aggregazione degli *item* che contribuiscono alla definizione del medesimo fattore). (Maggino, Mola, 2007).

*Leggi le seguenti coppie di aggettivi e, pensando a un **bevitore**, metti una X più o meno vicina all'aggettivo che pensi sia più adeguato a descriverlo. RISPONDI SENZA SOFFERMARTI TROPPO.*

Maschio	<input type="checkbox"/>	Femmina				
Giovane	<input type="checkbox"/>	Vecchio				
Bianco	<input type="checkbox"/>	Nero				
Istruito	<input type="checkbox"/>	Non istruito				
Occupato	<input type="checkbox"/>	Disoccupato				
Alto	<input type="checkbox"/>	Basso				
Povero	<input type="checkbox"/>	Ricco				
Attivo	<input type="checkbox"/>	Passivo				
Dinamico	<input type="checkbox"/>	Statico				
Veloce	<input type="checkbox"/>	Lento				
Introverso	<input type="checkbox"/>	Estroverso				
Sincero	<input type="checkbox"/>	Bugiardo				
Ottimista	<input type="checkbox"/>	Pessimista				
Buono	<input type="checkbox"/>	Cattivo				

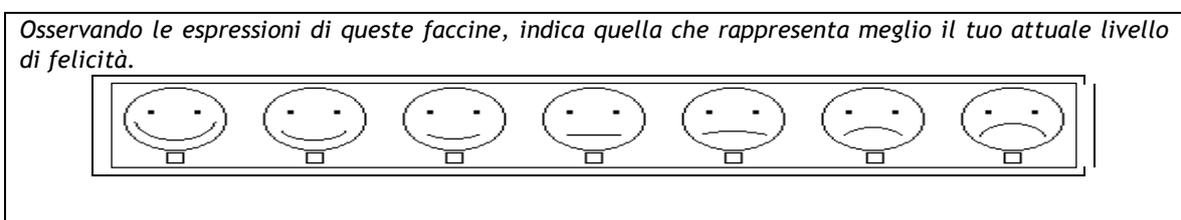
5. Disposizioni soggettive

Le disposizioni soggettive costituiscono l'ultima area di indagine identificata per la struttura teorico-concettuale descritta. Si ritiene che per spiegare i comportamenti degli adolescenti non sia sufficiente descrivere i loro contesti di vita, ma sia necessario avere anche alcune informazioni sul modo in cui si pongono verso il mondo che li circonda e in cui sono inseriti, verso il proprio futuro, verso se stessi. Questo può essere realizzato tramite la rilevazione di informazioni su caratteristiche di personalità e non solo, tali da permettere di identificare tipologie di approcci che possono contribuire, insieme ad altre dimensioni, all'interpretazione di differenti comportamenti.



In questa sede sono state considerate diverse dimensioni della sfera soggettiva:

- stato emozionale: viene valutata la dimensione della felicità;



- aspetti di personalità: viene studiata l'autostima tramite la scala messa a punto da Rosenberg⁴²;
- disposizione verso il futuro: viene considerata la speranza tramite la scala di perdita della speranza messa a punto da Beck⁴³;

⁴² La scala è stata messa a punto da Rosenberg nei primi anni '60 per indagare l'immagine che gli adolescenti avevano di se stessi (*Society and the Adolescent Self Image*, Princeton University Press, 1965). La scala è composta da 10 *item* con affermazioni su quello che il soggetto prova verso se stesso. Il soggetto manifesta il grado di accordo con ciascuna affermazione su una scala quantitativa da 0 a 10 (in origine la scala era qualitativa ordinale a 4 possibilità da molto d'accordo a molto in disaccordo). Il punteggio globale è il punteggio medio degli *score* ottenuti nelle singole affermazioni: maggiore è il punteggio, maggiore è il livello di autostima, con range da 0 a 10. Winefield e Tiggemann nelle loro ricerche sui correlati psicologici della disoccupazione hanno fatto spesso uso della scala dell'autostima. I risultati mostrano chiaramente che gli studenti e chi possiede un lavoro fisso hanno maggiori punteggi di autostima, invece tra i disoccupati chi non lavora da più di 6 mesi raggiunge i valori più bassi di autostima. Inoltre i maschi risultano in genere avere più autostima delle femmine, a parità delle altre condizioni. In una indagine degli stessi autori su uso del tempo libero e benessere psicologico si può inoltre constatare come alti livelli di autostima siano correlati in modo inverso con la quantità di tempo libero impiegata facendo niente.

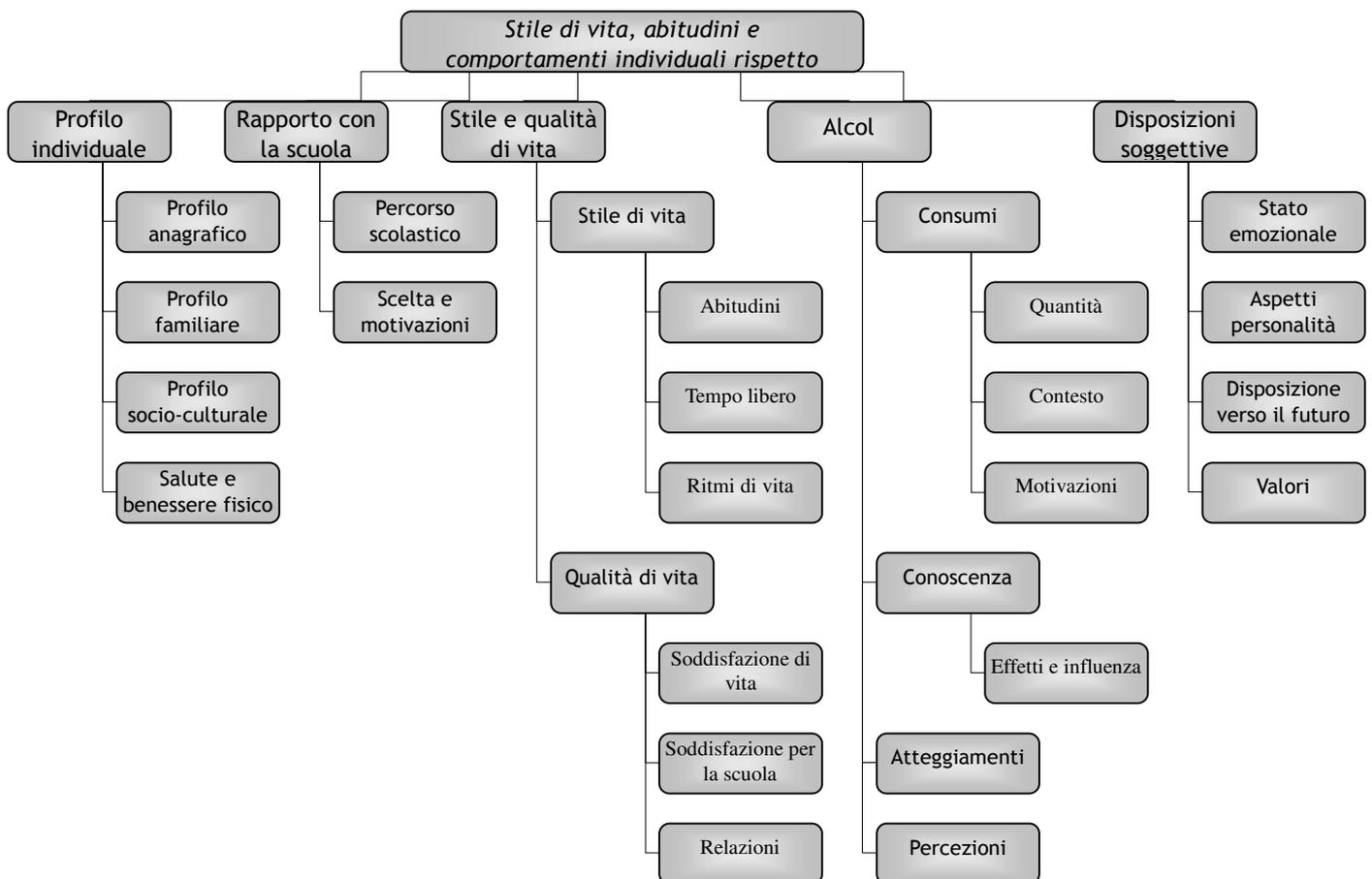
⁴³ La scala è una rivisitazione di quella messa a punto nella prima metà degli anni '70 da A.T. Beck, uno psicologo cognitivista che ha studiato la depressione e la perdita della speranza già a partire dagli anni '60. Secondo il modello cognitivo di Beck (*Cognitive Therapy of Depression*, 1979), la perdita di speranza può essere considerata un sistema di schemi cognitivi che condividono l'elemento di aspettative negative riguardo al mondo, a se stesso, al futuro. La scala originale è composta da 20 *item* che esprimono pensieri o sentimenti sul futuro, di cui alcuni sono positivi altri negativi. Il soggetto deve valutare come vere o false affermazioni riguardanti il proprio stato d'animo: maggiore è il punteggio

- sentimenti: viene analizzata la dimensione dei valori richiedendo l'ordinamento di diversi aspetti di vita e sul quale è possibile effettuare l'analisi di Thurstone, che consente di valutare in termini quantitativi il *continuum* del gruppo considerato.

Per te quanto sono importanti i seguenti aspetti della vita di un individuo?
 Mettiti in ordine di importanza da 1 il più importante a 10 il meno importante.

- Divertirsi
- Avere una cultura superiore
- Aspetto fisico
- Essere socialmente impegnati
- Fare carriera
- Avere tanti interessi
- Amicizia
- Avere un guadagno elevato
- Famiglia
- Salute

Per completezza d'informazione si riporta schematicamente di seguito la struttura teorico-concettuale (*conceptual framework*) così definita.



nella scala, più elevata la perdita di speranza. La scala rivista per questa rilevazione è composta da 12 *item* che esprimono pensieri o sentimenti sul futuro, di cui alcuni sono positivi altri negativi. Il soggetto deve valutare il livello di accordo su una scala quantitativa da 0 a 10 per ciascuna affermazioni rispetto al proprio stato d'animo: maggiore è il punteggio nella scala, più elevata la perdita di speranza.

3. CONCLUSIONI

Studiare il fenomeno alcol richiede che venga seguita una metodologia (metodo scientifico)⁴⁴, perché le motivazioni che spingono il soggetto a consumare (o a non consumare) bevande alcoliche sono molteplici, così come le percezioni e gli atteggiamenti delle persone quando si trovano ad essere in relazione con problematiche alcol correlate. Perché il soggetto possa essere compreso nella sua interezza e complessità, è necessario che sia considerato non solo per quegli aspetti cosiddetti individuali (che possono essere il genere, l'età, le abitudini, ecc.), ma anche per quegli elementi chiamati soggettivi che lo caratterizzano, lo definiscono e lo descrivono prima di tutto come essere umano. Perciò (e soprattutto) quando la ricerca è concentrata su una fascia d'età così particolare, come è quella dell'adolescenza (intesa in questa sede dai 14 ai 18 anni), la parte che riguarda l'informazione soggettiva non solo è parte integrante dell'indagine, ma diventa anche essenziale per la comprensione e l'interpretazione dei comportamenti e delle abitudini che gli adolescenti mettono in atto in riferimento alle bevande alcoliche. Quindi proprio per rispondere alla complessità dovuta da una parte alla fascia d'età considerata, dall'altra dalla visione olistica della persona che si vuole ottenere e infine, e per questo non meno importante, dalla problematicità del fenomeno stesso, è necessario adottare un disegno di ricerca che definisca in maniera significativa ed esatta le diverse informazioni rilevate, in modo da poter, una volta raccolte, ricostruire il modello di interazione tra le diverse variabili indagate, ipotizzato inizialmente. Adottando perciò il disegno gerarchico, che prevede la definizione dell'oggetto da osservare (modello concettuale), gli aspetti generali che lo descrivono (concetti astratti, o aree di indagine, o costrutti), le molteplici proprietà che caratterizzano gli aspetti generali (variabili latenti), e la dichiarazione dei diversi aspetti di tali proprietà (*item* del questionario strutturato), si può approdare ad un risultato metodologicamente corretto e quindi valido e affidabile. Il disegno gerarchico, una volta ottenuti i dati, consente di costruire degli indicatori che possano mettere in relazione i diversi costrutti, così da poter definire e verificare il modello concettuale. Perciò anche se determinare il disegno gerarchico in un primo momento può sembrare complesso e faticoso, in realtà aiuta sia in fase di rilevazione sia in fase di analisi e di interpretazione dei dati. Risulta per questo il momento essenziale e fondamentale che sta alla base di qualsiasi ricerca in ambito sociale.

Bibliografia

- Andrews F.M., Withey S.B. (1976) *Social Indicators of well-being Americans' Perceptions of Life Quality*, Plenum press, New York
- Aureli E., Buratto F. Carli Sardi L., Franci A., Ponti Sgargi A., Schifini D'Andrea S. (1999) *Contesti di qualità della vita. Problemi e misure*, Franco Angeli, Milano
- Arcuri L., Flores D'Arcais G.B. (1974) *La misura degli atteggiamenti*, Martello – Giunti.
- Corrao G., a cura di, *L'impatto del consumo di alcol sulla salute degli italiani: consumi, prevalenze, frazioni e mortalità attribuibili e prevenibili, strategie di intervento, Italia 1985-1994*, Dipartimento di Statistica, Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Milano Bicocca.
- Dautriat H. (1988) *Il questionario*, trad. ital., 6^a Ed., Franco Angeli Editore, Milano.
- ISTAT, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia, anno 2006*, Archivio Comunicati stampa – Prodotti, ISTAT
- Johnson P.E. (1998) *Social Choice: Theory and Research*, Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-123, Thousand Oaks, CA:Sage.
- Kuhn T.S. (1962) *The structure of scientific revolutions*, traduzione italiana 1969 Giulio Einaudi Editore, Torino
- Louviere J.J. (1988) *Analyzing decision making: metric conjoint analysis*, Sage, Newbury Park

⁴⁴ Kuhn T.S. (1962) *The structure of scientific revolutions*, traduzione italiana (1969) Giulio Einaudi Editore, Torino.

- Malhotra N.K. (1996) *Marketing research: an applied orientation*, Prentice-Hall International, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey
- Marchi M., Schifini D'Andrea S., Maggino F., Mola T. (2007) *Studio delle reti di supporto: un'applicazione ai dimessi ospedalieri*, Working Paper 2007/06, Dipartimento di Statistica "G. Parenti", Università di Firenze.
- Maggino F. (1993) "La rilevazione delle reti sociali", in *Gli anziani a casa. Uno studio a Dicomano, Comune di Dicomano, Università di Firenze, Provincia di Firenze, USL 11, INRCA*.
- Maggino F. (1998) *Introduzione all'analisi statistica per la ricerca sociale*, C.E.T., Firenze
- Maggino F. (2000) *Il questionario. Aspetti metodologici, informatici e statistici*, C.E.T., Firenze
- Maggino F. (2003) *Measuring stability and change in subjective quality of life. General and specific issues concerning testing reliability of measurement*, Firenze University Press, Archivio E-Prints, Firenze.
- Maggino F. (2004a) *La misurazione nella ricerca sociale. Teorie, strategie, modelli*, Firenze University Press, Archivio E-Prints, Firenze.
- Maggino F. (2004b) *I modelli di scaling. Confronto tra ipotesi complesse per la misurazione del soggettivo*, Firenze University Press, Archivio E-Prints, Firenze.
- Maggino F. (2005a) *L'analisi dei dati nell'indagine statistica*, Firenze University Press, Firenze.
- Maggino F. (2005b) *Importanza delle dimensioni di qualità della vita nelle preferenze dei cittadini: un'applicazione sperimentale dell'analisi congiunta*, Firenze University Press, Archivio E-Prints, Firenze.
- Maggino F. (2006) *Gli indicatori statistici: concetti, metodi e applicazioni*, Firenze University Press, Archivio E-Prints, Firenze.
- Maggino F., Mola T (2007) *Il differenziale semantico per la misura degli atteggiamenti: costruzione, applicazione e analisi. Presentazione di uno studio*, Firenze University Press, Archivio E-Prints, Firenze.
- Michalos A.C., (2002) *Prince George Papers on the Quality of Life*, (dispense)
- Olmerti P. D. (1998) *Teorie e tecniche dell'osservazione in classe*, Giunti Editore
- Osgood C.E., Suci G.J., Tannenbaum P.H. (1957) *The measurement of meaning*, University of Illinois Press, Urbana
- Scafato E., Ghirini S., Russo R., *I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001)*, Osservatorio Nazionale alcol – OssFAD.
- Tartabini A. (1998) *Tecniche di osservazione del comportamento infantile - Problemi e metodologie in un approccio comparatistico*, The McGraw-Hill Companies, Srl
- World Health Organization, *International Guide for Monitoring Alcohol Consumptions and Related Harm*, WHO, Geneva, 2000.
- World Health Organization, *Global Status Report on Alcohol 2004*, WHO, Geneva, 2004.

Review di bibliografia pertinente alla scala di Rosenberg dell'autostima:

- GREENE S.M., "The relationship between depression and hopelessness", *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, 650-659.
- ROSENBERG M., *Society and the adolescent self-image*, Princeton NJ: Princeton University Press, 1965.
- WINEFIELD A.H., TIGGEMANN M., "Job loss versus failure to find work as psychological stressors in the young unemployed", *Journal of Occupational Psychology*, 1989, 62, 79-85.
- WINEFIELD A.H., TIGGEMANN M., WINEFIELD H.R., "Spare time use and psychological well-being in employed and unemployed young people", *Journal of Occupational Psychology*, 1992, 65, 307-313.
- WINEFIELD A.H., TIGGEMANN M., WINEFIELD H.R., "The psychological impact of unemployment and unsatisfactory employment in young men and women: longitudinal and cross-sectional data", *British Journal of Psychology*, 1991, 82, 473-486.
- WINEFIELD A.H., TIGGEMANN M., "Unemployment duration and affective well-being in the young", *Journal of Occupational Psychology*, 1989, 62, 327-336.

GIOVANI E ALCOL*

Il consumo e l'abuso di alcol fra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante e in forte crescita sia a livello internazionale che nazionale. Questa è la situazione sottolineata dal recente report "Alcohol in Europe" che ha costituito la base della Community Strategy on Alcohol approvata in seno all'Unione Europea che risulta essere la Regione con il più alto consumo di alcol nel mondo nonostante il decremento nei consumi di alcol pro-capite sebbene passati da 15 litri di alcol puro per ogni adulto registrato a metà degli anni 70 a circa 11 litri attuali. Dal progetto europeo di indagini condotte nelle scuole (ESPAD) è emerso che escludendo tabacco e caffeina, l'alcol è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dai giovani dell'UE. La percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati almeno qualche volta varia dal 36% in Portogallo all'89% in Danimarca. La cultura del bere attualmente diffusa tra i giovani segue sempre più frequentemente standard orientati verso modelli di "binge-drinking" ossia il "bere per ubriacarsi, 5 drink di seguito", cioè di abuso concentrato in singole occasioni, che non riflettono quindi le modalità di consumo tipicamente mediterranee a cui le generazioni precedenti si sono conformate e che privilegiavano il consumo del vino ai pasti quale parte integrante dell'alimentazione. Nel rapporto della commissione Europea pubblicato a giugno del 2006 si legge infatti che nell'UE più di 1 su 8 tra i ragazzi di 15 e 16 anni si è ubriacato più di 20 volte nel corso della vita, e che più di 1 su 6 (18%) ha avuto episodi di "binge drinking" (5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione) tre volte o più nell'ultimo mese.

Si registra inoltre un aumento degli episodi di "binge drinking" tra i ragazzi nel corso degli ultimi anni, e quasi tutti i paesi registrano questo dato particolarmente in crescita tra le ragazze.

A livello comunitario molti sono stati i piani d'azione proposti dagli stati membri a tutela di questa fascia di popolazione che insieme alle donne, è considerata quella più a rischio per problematiche alcol correlate. È pertanto importante cercare di migliorare le conoscenze riguardo ad un'abitudine relativamente nuova per il nostro Paese e distante dalle abitudini mediterranee che traevano ispirazione dalla moderazione e dal consumo ai pasti.

Il consumo di alcol in Italia è un fenomeno in continua evoluzione, in particolare dal 1998 al 2003 sono aumentate per entrambi i sessi le prevalenze dei consumatori teenager (14-16 anni) di super alcolici (+24,4%), di aperitivi alcolici (+46,1%) e dei consumatori fuori pasto (+50%); nel caso di queste ultime due tipologie di consumo le variazioni maggiori si registrano per il sesso femminile. Il modello di consumo mediterraneo, prevalente fino a pochi anni fa in Italia, che contemplava il consumo di bevande a più bassa gradazione alcolica durante i pasti principali, sembra esser stato sostituito da quello più caratteristico del nord Europa del bere fino ad ubriacarsi.

L'ISTAT nel corso dell'Alcohol Prevention Day organizzato a Roma ad Aprile del 2006, ha confermato che la popolazione di 11 anni e più che ha dichiarato di aver consumato alcol in eccesso in una sola occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi è passata dal 7,1% registrato nel 2003 all'8,4% del 2005.

Le conseguenze legate a questo fenomeno, dannoso non solo per la salute stessa (maggiori probabilità di contrarre tumori, problemi al pancreas ed al sistema cardiovascolare, problemi gastrointestinali e neurologici, danni al sistema riproduttivo), risultano essere molteplici anche a causa dei così detti effetti secondari indotti da comportamenti a rischio sotto l'effetto dell'alcol:

- la guida in stato di ebbrezza, che, a sua volta è la causa principale di incidenti stradali spesso mortali.
- Le attività sessuali non pianificate che presentano per le donne il rischio di gravidanze indesiderate e per l'uomo il costringere un'altra persona ad avere rapporti con lui, oltre che, per entrambe, il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV (visto che nella maggior parte dei casi i rapporti avvengono senza protezione)
- L'aver comportamenti violenti contro se stessi e contro le altre persone

* Orazio Ciliberti, Vice presidente Associazione Nazionale Comuni Italiani e Sindaco di Foggia.

- Provocare danni alle proprietà altrui
- Il peggioramento delle prestazioni scolastiche che spesso conducono all'abbandono degli studi

Uno dei principali ostacoli alla diffusione di una corretta informazione e comunicazione sui rischi e danni causati dall'alcol è rappresentato dalle pressioni sociali al bere e dall'azione dei mass media e delle pubblicità che privilegiano l'uso dell'associazione di immagini di successo (ricchezza, sesso, salute, amicizia) al consumo di alcol proposto anche attraverso il ricorso a testimonial o personaggi famosi del mondo dello sport, della moda e del cinema. Naturalmente anche la normalizzazione del bere spesso proposta attraverso le trame delle fiction contribuisce a sottovalutare l'impatto dell'alcol sui livelli di salute e sicurezza individuali e collettivi. Una ricerca effettuata dall'Osservatorio Nazionale Alcol e condotta nel 2000-2001 in collaborazione con l'OssFAD ha evidenziato che in 3mila ore di programmazione televisiva dei palinsesti televisivi di Rai, Mediaset e Telemontecarlo, la presenza di scene o situazioni inerenti il consumo di alcol si registra in media ogni 13 minuti.

I risultati presentati in questo lavoro, non possono dimostrare se tale relazione sia efficace ed efficiente ai fini dei fenomeni di abuso ma il riscontro dell'uso (più che del consumo) sempre più frequente da parte dei giovani di bevande che ricevono, nei fatti, una maggiore promozione commerciale o pubblicitaria, in parte sollecita un ripensamento sulle influenze che i giovani subiscono nell'adozione scarsamente informata di stili di consumo e modelli del bere che non rientrano nel modello mediterraneo, che allontanano sempre di più i giovani dalla pratica della moderazione che oggettivamente appare di difficile attuazione in contesti extra-familiari che non concedono, spesso, alternative.

(L'alcol e i giovani "Un'analisi dei fattori determinanti l'abuso" - E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin, S. Martire e R. Russo - Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma.)

Con l'approvazione definitiva della Conferenza Stato Regioni, è diventato operativo il "Piano nazionale alcol e salute", voluto dal Ministro della Salute Livia Turco con l'obiettivo di coordinare tutte le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi correlati all'abuso di alcol tra la popolazione. Ne dà notizia lo stesso Ministero della Salute, secondo il quale "il Piano ha valenza triennale (2007-2009) e si prefigge 10 obiettivi da raggiungere attraverso azioni strategiche in collaborazione con le Regioni e con il coinvolgimento di varie strutture e soggetti del sistema sanitario nazionale: dipartimenti delle dipendenze, servizi alcolologici regionali, dipartimenti salute mentale, medici di famiglia, associazioni di mutuo soccorso e volontariato, asl e ospedali. Ma un ruolo particolare assumeranno anche le collaborazioni con il mondo della scuola e dello sport, i sindacati, i centri ricreativi per gli anziani, le Forze dell'Ordine e le imprese del settore".

Ecco i 10 obiettivi del triennio:

- aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato;
- ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane;
- ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse;
- ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, il luogo di lavoro, la comunità o i locali dove si beve;
- ridurre la diffusione e la gravità di danni alcolcorrelati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia;

- mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcolodipendenti;
- provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol;
- aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio;
- aumentare la percentuale di consumatori problematici avviati, secondo modalità adeguate alla gravità dei problemi, al controllo dei propri comportamenti di abuso, con particolare riferimento ai giovani;
- garantire l'adeguamento dei servizi secondo le previsioni della legge 125/2001 e aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per la dipendenza da alcol.

Gli interventi, poi, sono articolati in 8 aree strategiche:

- Informazione /educazione;
- bere e guida;
- ambienti e luoghi di lavoro;
- trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcolodipendenza;
- responsabilità del mondo della produzione e distribuzione;
- capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol;
- potenzialità delle organizzazioni di volontariato e mutuo aiuto e delle organizzazioni non governative;
- monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

“Per ognuna delle 8 aree si procederà per specifici target - si afferma - avviando alleanze con i diversi attori pubblici e privati comunque coinvolti nelle attività correlate (scuola, imprese, esercizi commerciali, ecc...). Per finanziare il Piano è previsto uno stanziamento di 1,5 milioni di euro l'anno per tre anni che va ad aggiungersi ai finanziamenti previsti dal programma del Ministero della Salute 'Guadagnare Salute' per la promozione di stili di vita salutari, approvato recentemente dal Governo e dalla Conferenza Unificata”.

(ONDS – Osservatorio Nazionale Sul Disagio e la Solidarietà nelle Stazioni Italiane)

1. I PIANI E LE STRATEGIE FINALIZZATE A RIDURRE IL CONSUMO DI ALCOL

Informare i giovani sulle conseguenze negative del bere, educarli ad un consumo che non sfoci nell'abuso e rinvigorire, al tempo stesso, le misure di protezione in loro favore. Solo così, dice l'Oms, sarà possibile creare una cultura alternativa a quella del bere.

Solo una reale consapevolezza dei danni indotti dall'abuso di alcol può contrastare il forte potere attrattivo che tale sostanza esercita sui ragazzi.

Combattendo, al tempo stesso, le strategie di vendita e sponsorizzazione, sempre più subdole, messe in atto dalle multinazionali.

È quanto si propone di fare l'Oms per sviluppare valide alternative alla cosiddetta "cultura del bere", secondo il programma fissato nella Declaration on Young People and Alcol, ratificata nel corso della Conferenza ministeriale congiunta Oms-Ue svoltasi a Stoccolma (Svezia) nel febbraio 2001.

La Dichiarazione pone alcuni fondamentali obiettivi da raggiungere, così riassumibili:

- a) ridurre il numero dei giovani che iniziano a consumare alcol
- b) ritardare l'età in cui i giovani cominciano a bere
- c) diminuire le occasioni e la frequenza del consumo ad alto rischio
- d) migliorare la formazione degli operatori a contatto con adolescenti e giovani adulti
- e) coinvolgere attivamente i giovani nello sviluppo di politiche aventi per fine la loro salute
- f) incrementare l'informazione e l'educazione dei giovani sull'alcol
- g) azzerare o ridurre al minimo le pressioni esercitate sui giovani per indurli al consumo (pubblicità, distribuzione gratuita ecc.)
- h) combattere la vendita illegale di alcol
- i) migliorare l'accesso ai servizi sanitari e sociali
- j) ridurre i danni alcol-correlati (incidenti, aggressioni, atti di violenza).

Obiettivi che rientrano a pieno titolo nello sviluppo delle seguenti quattro macroaree:

1. la promozione di una maggior comprensione riguardo alle conseguenze negative del bere sull'individuo, la famiglia e la società, il che implica una serie di misure che vanno dalla formazione del personale responsabile del servizio in bar, ristoranti e locali all'istituzione del divieto ferreo di vendita di alcolici a minori e persone in stato di etilismo acuto; dal rafforzamento di misure e sanzioni relative alla guida in stato di ubriachezza al miglioramento dei servizi sanitari e sociali;
2. il rinvigorismento di misure di protezione dei bambini e degli adolescenti dalla promozione e sponsorizzazione di alcol;
3. l'incremento del livello di consapevolezza nei giovani degli effetti collaterali derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche, con il conseguente sviluppo di programmi di educazione in materia;
4. la creazione di alternative alla cultura del bere, supportando gli ambienti di vita (famiglie, scuole, ecc.) e migliorando la formazione teorica e pratica di quanti lavorano a contatto con i giovani.

(Fonte: Ufficio stampa –Istituto Superiore di Sanità)

Secondo l'OMS, nell'Unione Europea i prodotti alcolici sono responsabili almeno dell'8-10% del carico totale di malattia dell'individuo.

Il danno provocato dall'alcol, inoltre, è stato misurato in un carico economico pari al 2 - 5% del Prodotto interno lordo di un Paese industrializzato. Costi sociali e sanitari che gravano sulle famiglie e sull'intera società in termini di perdita di produttività sia per mortalità che per morbilità e invalidità.

Tra gli obiettivi fondamentali va sottolineata la necessità di spingere il mondo della produzione industriale ad aumentare il livello di attenzione e di responsabilità sulle modalità di confezionamento e di marketing dei prodotti alcolici, modalità particolarmente attrattive nei confronti dei giovani.

Tuttavia, proprio quest'ultimo punto rappresenta il tallone d'Achille della strategia comunitaria. Troppi e troppo forti sono, infatti, gli interessi economici in gioco, celati dietro la rivendicazione del diritto alla libera circolazione delle merci sul mercato interno. Un diritto che l'Unione Europea non intende mettere in discussione, bensì equilibrare in rapporto a un altro diritto: la tutela della salute dei consumatori.

Lo scopo è quello di individuare le priorità sanitarie al fine di elaborare conseguenti politiche comunitarie, programmi pluriennali su larga scala, azioni legislative, sistemi di monitoraggio, di sorveglianza e di informazione.

(Fonte: Ufficio stampa - Istituto Superiore di Sanità)

L'Osservatorio Nazionale Alcol – OssFAD fornisce anche dieci suggerimenti ai genitori per favorire una scelta responsabile dei figli verso l'alcol:

Oggi si può affermare senza ombra di dubbio che, a fronte delle modificate abitudini e modelli di consumo e della più ampia disponibilità ed offerta di bevande alcoliche, i giovani (e spesso anche gli adulti e tra questi le donne in particolare) hanno adottato modelli di consumo che separando il bere dalla ritualità dei pasti hanno trasformato il significato originale del bere in un valore comportamentale prevalentemente legato all'uso dell'alcol in funzione degli effetti che esso è in grado di esercitare sulle performance personali. L'alcol è usato (e non consumato) per sentirsi più sicuri, più loquaci, per facilitare le relazioni interpersonali, per apparire più emancipati e più "trendy", per essere più facilmente accettati dal gruppo o, in alcuni casi, per conquistare un ruolo di (presunta) leadership tra i pari.

Cosa fare per riuscire a "valorizzare" queste rischiose tendenze? Come comunicare ai giovani i rischi legati ad una inadeguata adozione di stili di consumo che danneggiano la salute? Come incrementare la capacità critica di individui la cui esperienza non è tale da assicurare un autocontrollo adeguato sui limiti da non superare?

Alcune riflessioni sulle dinamiche legate all'adozione della cultura giovanile del bere possono essere di aiuto ad identificare alcuni punti chiave da proporre ai giovani cercando di sollecitare in loro curiosità e, soprattutto, una operosa reazione.

Dieci consigli per i genitori:

1. I media, la pubblicità propongono individui che bevono e hanno successo nella vita, nella coppia, nel lavoro. I giovani, gli adolescenti non sono molto inclini per natura al conformismo; agevolare tale inclinazione e incoraggiare in questo caso un sano anticonformismo può contribuire a far emergere e maturare la loro personalità e ad evitare di attribuire all'alcol un "valore" che non ha. I giovani a volte hanno bisogno di essere provocati sulla sbandierata capacità giovanile di prendere la vita e le scelte nelle proprie mani. Chi mostra ai pari la capacità di non adeguarsi passivamente alle cattive abitudini imposte dalle dinamiche del gruppo connota una personalità forte, determinata e responsabile e non è detto che non possa giungere a rappresentare un punto di forza e di riferimento per il gruppo stesso. Bere non serve a dimostrare o ad affermare la propria superiorità, al contrario smentisce e conferma una intrinseca, individuale debolezza e incapacità di proporre ed affermare sé stessi come individui dotati di una indipendente capacità di giudizio; proporre questi concetti ai giovani può far scattare la molla che attiva una riflessione ed una reazione. Osservare e "smontare" con i giovani la pubblicità degli alcolici trasmessi tramite i media può essere un esempio da seguire per incrementare la capacità critica su ciò che la pubblicità promette e che, di fatto, non trova riscontro nella esperienza quotidiana. Sottolineare con i giovani che nessuno può essere sollecitato al bere sulla base di messaggi che dicono che bere "fa bene" (anche quelli dei telegiornali e delle riviste) perché alle quantità di consumo indicate come "favorevoli" ad una malattia corrisponde contemporaneamente un maggior rischio di altre condizioni patologiche e sociali è indispensabile per sollecitare una cultura basata sulla informazione valida e corretta da pretendere e valutare per conformare le proprie scelte. Scegliere senza conoscere non è mai un grande vantaggio.
2. Ascoltando i giovani è sempre più frequente rilevare il ricorso al bere come ad una ritualità connotata da un preciso valore comportamentale: bere agevola il superamento di difficoltà di relazione o di inserimento nel gruppo e conferisce sicurezza. Tale convinzione, che è alla base della nuova cultura del bere giovanile e il ricorrere al bere offre in molte situazioni (percepiti come difficili) una scorciatoia agevole ma insidiosa per la salute dei giovani; soluzione adottata per rispondere al disagio o a problemi personali e relazionali che andrebbero identificati (o meglio anticipati) attraverso il dialogo e la comunicazione soprattutto da parte dei genitori. Il ruolo chiave dei genitori, oltre che nel dialogo, dovrebbe essere esercitato ricorrendo alle "buone pratiche"; dare il buon esempio, far crescere il giovane in un ambiente familiare in cui la presenza dell'alcol è visibile ma discreta ed il modello di consumo moderato facilitano l'apprendimento di quelle informazioni che rimarrebbero sterili nozioni se private da un coerente atteggiamento da parte di chi le propone. È dimostrato che lo stile di consumo del capofamiglia influenza quelli dei componenti il nucleo familiare e che nelle famiglie completamente astemie è bassa la frequenza di consumatori che adottano consumi alcolici inadeguati. È anche dimostrato che le quantità consumate dai componenti il nucleo familiare cresce parallelamente a quelle consumate dal capofamiglia. Saperlo giova e la adozione di un consumo responsabile contribuisce alla realizzazione del clima di condivisione di uno stile di vita familiare che connota e consolida il nucleo fondamentale della società. E ciò vale per l'alcol come per il fumo, per l'alimentazione come per l'attività fisica e per tutti i fattori di rischio in cui il comportamento individuale è il fattore chiave nel processo di salutogenesi. Capiterà di sentire giovani che scaricano tutte le responsabilità sugli amici, sul gruppo, o sulla mancanza di adeguati sistemi formali di controllo delle situazioni a maggior rischio (discoteche, pub e luoghi di aggregazione giovanili); è questa l'occasione migliore per emancipare i giovani richiamando il ruolo fondamentale dell'individuo nell'adottare una scelta libera, matura e responsabile sollecitandone una capacità critica nei confronti del bere, quella capacità che possa proteggerlo da stimolazioni sociali o mediatiche devianti.
3. Esordire con i giovani sui rischi legati all'alcol in età adolescenziale, nel momento in cui tutto è "esagerazione" e tutto soggetto a critica, può essere penalizzante riguardo la

probabilità di ottenere reazioni positive sui comportamenti individuali. Parlare ai giovani fin da quando sono bambini dei danni e dei rischi legati all'alcol e delle conseguenze che errate abitudini di consumo possono arrecare sia in termini di salute che in termini sociali può contribuire ad evitare che le indicazioni poste dai genitori si ammantino di un valore "integralista" o di divieto e faranno accettare probabilmente con progressiva familiarità il concetto di stile moderato.

4. L'evidenza corrente indica che l'età di avvio al consumo alcolico in Italia è la più bassa di tutta l'Europa: 12 anni circa. Prima dei 15 anni, l'apparato digerente non ha completato la maturazione del sistema enzimatico che "smonta" l'alcol ed è quindi inevitabile che qualsiasi bevanda alcolica consumata esponga a maggior rischio l'organismo. Il sistema di smaltimento dell'alcol è, inoltre differente per i due sessi essendo comunque l'organismo femminile dotato di un sistema capace di eliminare la metà dell'alcol ingerito rispetto a quanto avviene per i maschi; da ciò ne deriva che le donne sono più vulnerabili e che sperimentano gli effetti negativi dell'alcol con la metà delle quantità ingerite dagli uomini. La natura, in questo caso, non conferisce pari opportunità. Ogni singola consumazione di bevanda alcolica (un bicchiere di vino, una lattina di birra, una bottiglietta di alcopop o di aperitivo analcolico, un bicchierino di superalcolico) contiene circa 12 grammi di alcol. Mentre gli adulti non dovrebbero superare la soglia dei 40 grammi al giorno per gli uomini e di 20 grammi per le donne per i giovani tali limiti dovrebbero essere ulteriormente ridotti in funzione delle condizioni fisiologiche che potrebbero essere non completamente confrontabili con quelle dell'organismo maturo. In ogni caso è sconsigliabile bere al di sotto dei 15 anni, la normativa vieta la somministrazione di bevande alcoliche al di sotto dei 16 anni ed è sempre sconsigliabile bere se si deve guidare. Per gli adolescenti in particolare tali indicazioni dovrebbero essere sempre comunicate ed in ogni caso verificate con il medico di famiglia che può dare ulteriori consigli in funzione della conoscenza specifica dello stato di salute individuale che potrebbe sconsigliare il consumo alcolico. Se a tutti è concesso bere non è detto che tutti possano farlo.
5. Un discorso in più va fatto per le adolescenti (e per le donne in genere). È sempre più frequente riscontrare giovani ragazze che si ubriacano o che eccedono nel bere. Il fenomeno, da questo punto di vista è più frequentemente maschile che femminile. Il fenomeno è piuttosto recente perché in passato era considerato "sconveniente" per una donna bere e soprattutto in pubblico; il gesto era considerato socialmente deprecabile e, per certi versi, categorizzava la donna in maniera negativa. Al di là della richiamata maggiore vulnerabilità femminile è da porre sempre la questione del rischio di gravidanze assolutamente indesiderate maturate a seguito della perdita del controllo delle proprie capacità fisiche e mentali cui un abuso di alcol espone. È inoltre importante fornire alle adolescenti il concetto che l'alcol nuoce al feto; può sembrare prematuro rispetto ad un concepimento che le statistiche segnano realizzarsi più in là negli anni ma è basilare per supportare una cultura che affermi che se bere è una scelta deve essere anche rispetto di sé e degli altri e soprattutto, nel caso specifico, del nascituro che non è dotato di sistemi enzimatici di smaltimento dell'alcol che agisce direttamente come tossico sul cervello in formazione distruggendo i neuroni; due bicchieri di bevanda alcolica sono in questo sufficienti a pregiudicare la salute del bambino.
6. I giovani vanno incoraggiati e accompagnati nella scoperta del limite che separa il consumo dall'abuso: un calice di vino, una birra, un aperitivo alcolico rendono più spigliati e creativi, favoriscono le relazioni sociali ma abbassano la percezione del rischio, la lucidità mentale e la prontezza dei riflessi. Questo lato della medaglia non può essere noto a chi non ha esperienza nell'uso dell'alcol per cui, evitando di giungere alla classica, inconsapevole ubriacatura adolescenziale è opportuno fornire semplici informazioni sulle modificazioni, spesso critiche, delle performance individuali sotto l'influenza di un abuso alcolico. I giovani tendono ad essere o ad apparire più di quello che sono: questa caratteristica adolescenziale può essere il punto chiave sul quale fare leva per evitare loro l'umiliazione di una emarginazione dal gruppo o, peggio, di pagare conseguenze

inaccettabili anche a seguito di un singolo episodio di abuso. Le occasioni sono tante ed anche una serata in pizzeria può trasformarsi in un contesto a rischio se si deve tornare a casa in motorino.

7. Spesso i giovani sono attratti più dall'apparenza che dalla sostanza; per questa ragione, ben nota a quanti si interessano di marketing, i giovani sono attirati da forme, colori e, ovviamente, sapori vicini al loro contesto culturale. Analizzare con loro le bevande alcoliche nelle caratteristiche che a loro modo di vedere sono quelle che attirano maggiormente la curiosità e l'attenzione può contribuire ad identificare particolari spesso trascurati: la gradazione alcolica. Insegnare ai ragazzi a leggere le etichette e a essere coscienti che quando si beve, anche i 4-5 gradi alcolici segnalati sull'etichetta sono alcol, li emanciperà come consumatori e li preparerà ad affrontare meglio le scelte nelle situazioni (tante) in cui il controllo formale o familiare non è attivo. Da questo punto di vista tutte le bevande alcoliche sono uguali.
8. Un discorso più delicato, anche perché lontano dall'immaginario giovanile, è quello della dipendenza da alcol. Spiegare comunque con chiarezza ai ragazzi che bere inadeguatamente può predisporre alcuni individui a ricercare nella mancanza di "freni" causata dall'alcol un sostegno ed un incoraggiamento per affrontare i problemi è la base di partenza per introdurre il problema dell'alcolismo, malattia da cui è poi molto difficile uscire, molto più che dai problemi che lo hanno determinato. Il nostro organismo è dotato di un meccanismo che richiede nel tempo quantità sempre maggiori di alcol per giungere a fornire le stesse esperienze di piacere che accompagnano il consumo; ciò significa che mentre nel corso delle prime esperienze di consumo uno o due bicchieri sono sufficienti per raggiungere l'obiettivo di sentirsi più disinvolti, loquaci, euforici, quasi immediatamente scatta il meccanismo fisiologico che richiede quantità progressivamente crescenti per verificare gli stessi effetti. I bicchieri diventano tre, quattro, sei e si perde il controllo diventando dipendenti dall'alcol. Fermarsi, moderarsi dipende da sé stessi; bere è meglio che essere bevuti.
9. Offrire la casa agli amici dei figli e coinvolgere i figli nella organizzazione di una festa o di un semplice incontro può essere l'occasione per dimostrare che ci si può divertire e ottenere un clima spensierato e allegro anche con l'accompagnamento di bevande analcoliche: l'alcol non è indispensabile per raggiungere questi risultati e nel corso dell'adolescenza l'esperienza di una convivialità "analcolica" e la disponibilità di alternative alle bevande alcoliche può agire da supporto per l'adozione di comportamenti e stili di vita sani del gruppo oltre che dell'individuo.
10. Vigilare sui giovani può sembrare un consiglio ovvio ma non superfluo; situazioni spesso reputate tranquille possono essere causa di conseguenze impreviste per i giovani. Anche nel corso di una serata in pizzeria con gli amici, specie se raggiunta con il motorino, c'è la possibilità che i giovani ricevano bevande alcoliche (è vietato per legge al di sotto dei 16 anni ma non sempre la norma è applicata). Se parte dei suggerimenti precedenti fanno parte integrante della regolare educazione continua dei propri figli, l'adolescente "emancipato" non dovrebbe trovarsi nelle condizioni di chiedere una bevanda alcolica consapevole dei rischi che corre; un ulteriore training in merito spetta tuttavia ai genitori che nelle occasioni di consumo familiari in un ristorante o in pizzeria cercherà di orientarli al consumo di bevande analcoliche non abilitando un consumo precoce e fornendo l'esempio della moderazione.

Al termine di queste dieci riflessioni si sarà realizzato che il fattore chiave per incrementare i livelli di protezione della salute dei nostri giovani, dei nostri figli è importante mantenere aperti e attivi i canali di comunicazione, privilegiando l'ascolto e dedicando un tempo ben definito all'analisi delle esigenze e dei loro problemi. È impensabile proteggere i giovani 24 ore al giorno da rischi che derivano dal comportamento individuale; farli maturare e renderli capaci di autogestire tali comportamenti è l'unica chance da spendere per consentire una partecipazione attiva del giovane al controllo, mantenimento e miglioramento della propria salute.

Probabilmente, un tono paternalistico serve poco, al pari dei "diktat"; stimolare la curiosità, parlare con chiarezza e fornire una disponibilità e una piena partecipazione "alla pari" alla verifica

di soluzioni che richiedono il supporto familiare può, nel tempo, mostrarsi come una strategia vincente e rappresentare il più importante investimento in salute in cui una società moderna possa contare con il contributo di tutti.

(Osservatorio Nazionale Alcol – OssFAD)

2. INIZIATIVE PREVENTIVE FINORA INTRAPRESE

1. Incremento dei Servizi o Equipe dedicate nelle Strutture pubbliche con compiti di Prevenzione, Valutazione del trattamento, Ricerca, Formazione, ed Epidemiologia;
2. Implementazione della rete di interazione tra pubblico e privato sociale;
3. Alcol e Patenti di Guida: definizione protocolli operativi per la valutazione dell' idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica art. 186;
4. Alcol e Carcere: miglioramento degli aspetti diagnostici assistenziali all'interno delle strutture carcerarie;
5. Alcol e Sport: incremento di azioni che favoriscono la prevenzione e il trattamento delle PPAC attraverso la promozione di attività sportive sul territorio nazionale in collaborazione con gli enti istituzionali e non preposti alla gestione delle strutture ove si svolgano tali attività;
6. Alcol e scuola: collaborazione continua con tutte le scuole di ogni ordine e grado allo scopo di effettuare regolari interventi preventivi e di individuare situazioni a rischio;
7. Alcol e Immigrazione: attivazione gruppi di lavoro integrati tra pubblico e privato sociale;
8. Alcol e trattamenti: sviluppo del lavoro in rete tra equipe del territorio e strutture ospedaliere, finalizzato alla continuità terapeutica;
9. Alcol e Formazione: definizione di progetti formativi indirizzati agli operatori interessati del pubblico e privato sociale; attivazione di percorsi a carattere universitario sulle problematiche inerenti l'alcol;
10. Alcol e Lavoro: attivazione di progetti specifici di raccolta dati e sensibilizzazione negli ambienti di lavoro;
11. Mese di Prevenzione Alcolologia: Ricorrenza annuale mirata alla sensibilizzazione ed informazione verso la popolazione sui rischi generici connessi all'assunzione di bevande alcoliche; la realizzazione del mese è resa possibile grazie all'aiuto e alla collaborazione delle diverse Equipe alcolologiche presenti nel territorio, alla SIA, all'ISS, all'AICAT, del Movimento dei dodici passi, alle Organizzazioni del privato sociale, all'Università e agli Enti locali;
12. Interventi di prevenzione nei luoghi di aggregazione giovanile (discoteche, pub, ecc);
13. Informazione: Distribuzione di materiali informativi revisionati ed approvati dall' Istituto Superiore di Sanità, Società Italiana di Medicina Generale, Organizzazione Mondiale della Sanità, Alcolisti Anonimi e Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento rivolti alla popolazione generale, agli operatori socio-sanitari nei servizi e negli ospedali e ai medici di medicina generale, ai bevitori a rischio, ai lavoratori;
14. Progetto "Ospedali liberi da alcol"
15. Attivazione "Unità di strada" attraverso interventi di operatori su camper mobili.

3. BREVI CONSIDERAZIONI

A fronte dell'impennata delle problematiche alcolcorrelate registrate negli ultimi anni, relativamente alle fasce giovanili, sia tramite i dati rilevati dal Ministero della salute provenienti dai Servizi di Alcolologia che attraverso i controlli effettuati in ordine alla idoneità alla guida ai sensi del Codice della strada, è il caso di sottolineare quanto segue:

- l'aumento dei dati citati, se da una parte testimonia un "fenomeno" in crescita, d'altro canto è frutto anche di una maggiore attenzione delle istituzioni al problema che permette l'emergere dello stesso.
- Le iniziative di prevenzione, non solo primaria, precedentemente riportate, se pur numerose e varie sono a tutt'oggi effettuate " a macchia di leopardo" sul territorio nazionale. È ancora difficoltoso, infatti, un livello omogeneo di pianificazione degli

interventi condivisa tra tutte le realtà operanti nella materia, specialmente nei territori a cui sono riservate minori risorse economiche, umane e professionali.

È auspicabile, dunque, favorire una sempre più puntuale attuazione dei Piani nazionali, non trascurando le peculiarità territoriali, ma promuovendo soprattutto a livello locale il coinvolgimento attivo, nonché la sinergia di tutte le parti interessate (il campo scientifico, le strutture sanitarie, gli enti locali, il privato sociale, le agenzie educative, il mondo dello sport, l'area della produzione di distribuzione e vendita dei prodotti alcolici, gli operatori che agiscono nei luoghi di ricreazione ed aggregazione giovanili e quanto altro risulti utile) al fine di diffondere e/o arricchire una corretta e condivisa cultura in materia di alcol nella comunità.

ALCOL, RAGAZZI E RAGAZZE E VIOLENZE INTERPERSONALI*

1. PREMESSA

La relazione tra alcolismo⁴⁵ e la messa in atto di violenze interpersonali è da tempo oggetto di riflessione da parte di coloro che si occupano di alcoldipendenza, e, in particolare, delle operatrici e degli operatori che lavorano per la protezione e la cura delle vittime di violenze intra ed extra familiari (Bruno,2000) ⁴⁶. La dipendenza da alcol è, infatti, considerata un fattore di rischio rispetto all'insorgenza di maltrattamenti e di violenze sessuali; e per quando riguarda i bambini, la ricerca e l'esperienza clinica hanno ormai associato una particolare associazione con comportamenti di trascuratezza (messi in atto sia dal genitore alcolista sia dal partner non alcolista) e di maltrattamento fisico.

Certamente, ci sono alcuni luoghi comuni che devono essere messi in discussione, primo fra tutti il fatto che l'alcol sia una causa diretta dei comportamenti violenti: se le ricerche dimostrano che è un fattore facilitante il superamento di meccanismi interni di controllo del comportamento, le stesse concludono che altri cofattori intervengono poiché l'abuso di alcol non è caratteristica comune degli uomini e delle donne che mettono in atto violenze psicologiche, sessuali, fisiche o abusi sessuali. Né il comportamento violento è un effetto comune e ricorrente tra coloro che hanno alcoldipendenza (Klostermann, Fals-Stewart, 2006; Cornelli, s.d.)⁴⁷.

Nella letteratura scientifica che si occupa di spiegare la dinamica della relazione tra alcol dipendenza e violenze (letteratura che in alcun modo questo contributo pretende di analizzare), si possono rilevare tre fondamentali chiavi di lettura, che non sono tra loro alternative, bensì aiutano a capire in modo più articolato le modalità espressive e relazionali:

- teoria della disinibizione: l'alcol agisce come un disinibitore indebolendo i meccanismi di controllo interno (sia psichico che neurobiologico) che bloccano i comportamenti impulsivi violenti.
- teoria dell'alterazione dei meccanismi di percezione del reale e di quelli che permettono di processare correttamente le informazioni: l'alcoldipendenza induce gli individui, sia che questi siano sotto l'effetto dell'alcol che in situazioni di astinenza, a interpretazioni erronee del comportamenti degli altri (tendenzialmente persecutorie e frustranti), favorendo reazioni impulsive esagerate.
- teoria della riduzione dei livelli di attenzione e vigilanza: l'alcol, alterando il senso di realtà, diminuisce la percezione del rischio.

Lo studio e la definizione delle strategie volte alla prevenzione e alla riduzione della dipendenza da alcol, come nel caso di altri problemi rilevanti, quali le stesse violenze interpersonali, privilegiano oggi un approccio multisistemico e dinamico per individuare spiegazioni soddisfacenti degli eventi che osserviamo all'interno delle nostre comunità.

L'effetto "disinibente" dell'alcol rispetto alla messa in atto di comportamenti violenti è sostenuto da sistemi culturali, valoriali, politici e istituzionali che legittimano l'aggressività e la violenza verso taluni soggetti considerati socialmente più deboli, quali le donne e i bambini; e vi concorrono anche fattori individuali di tipo biologico e di personalità.

* Donata Bianchi, Sociologa - Istituto degli Innocenti, Firenze.

⁴⁵ Nel corso del testo si farà uso, certamente impropriamente, di termini quali alcoldipendenza, consumo di alcol, abuso di alcol, ecc, considerandoli dei sinonimi, il significato loro attribuito è quello sia di temporaneo stato di ubriachezza dovuto ad abuso di alcol sia di condizione patologica di alcoldipendenza acuta o cronica.

⁴⁶ Bruno S.T., (2000) Compresenza di violenza familiare sulle donne e uso di alcol. Importanza di una precisa rilevazione per la programmazione di interventi efficaci, in "L'alcol nell'Universo Femminile", De Nicola Editore, Napoli.

⁴⁷ Klostermann K. C., Fals-Stewart W., 2006, Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention, in *Aggression and Violent Behavior*, Volume 11, Issue 6, November-December 2006, pp. 587-597; Cornelli R., s.d., Alcolismo e sicurezza. Spunti di riflessione ed ipotesi di intervento.

Coloro che operano nel settore delle dipendenze alcolcorrelate riconoscono che è a partire dalla seconda metà degli anni Novanta si è diffuso un diverso paradigma interpretativo del fenomeno dell'alcolismo, che si è rivelato utile a comprenderne le interconnessioni con altri fenomeni sociali: "L'alcolismo allarga così il suo campo semantico, coerentemente a quanto indicato da gran parte della letteratura scientifica libera da condizionamenti commerciali, per riferirsi all'insieme delle condizioni e dei problemi che riconoscono una correlazione tra consumi di bevande alcoliche, comportamenti, caratteristiche biologiche dei soggetti, sistemi relazionali familiari e sociali, matrici culturali, stati psichici, aspetti antropospirituali. L'attenzione si focalizza pertanto non intorno alle stereotipate immagini dell'intossicazione acuta, dell'ubriacatura, della perdita del controllo, fino ad avere forme compulsive, quanto piuttosto intorno alla miriade di eventi che scandiscono lo scorrere della vita quotidiana e nei quali l'alcol può rappresentare un cofattore causale o casualmente interferente" (Marcomini, 2000)⁴⁸.

I ricercatori e gli operatori dei servizi hanno da lungo tempo riconosciuto un altro tipo di associazione tra consumo di alcol e comportamenti violenti: se da un lato, l'alcol favorisce la messa in atto di comportamenti aggressivi, dall'altro l'esperienza di vittimizzazione può condurre ad un abuso di alcol per cercare stordimento e sollievo agli effetti del trauma (Hermann, 2005; Kilpatrick et al., 1997; Romito 2000)⁴⁹, e lo stesso l'abuso di alcol produce una maggiore esposizione/vulnerabilità della persona, in particolare le donne, a subire violenze, specialmente quelle di tipo sessuale in contesti extrafamiliari, poiché si riduce la capacità di vigilanza e di controllo (quindi di percezione del rischio) da parte dell'individuo. Da questo punto di vista può essere interessante soffermarsi brevemente sui risultati di alcuni lavori di ricerca sviluppati nell'ambito disciplinare della teoria economica del crimine. Essi partono dal fatto che numerosi studi hanno confermato una presenza di bevitori "eccessivi" sia tra le vittime che tra gli autori di violenze, ma dal momento che le vittime di stupro sono nella maggioranza donne, e che almeno alcune variabili sulle quali agiscono le politiche pubbliche sugli alcolici hanno impatti differenti sulle donne e sui maschi che ne fanno abuso, la teoria economica del crimine cerca di capire quale sia l'impatto delle politiche sull'incidenza dei reati di stupro, un crimine che meglio di altri può suggerire la natura della relazione tra consumo di alcol e violenza. I risultati empirici di ricerche condotte da questa prospettiva di analisi, supportano l'ipotesi che l'alcol aumenti la vulnerabilità delle vittime potenziali perché il loro essere ubriache (quindi poco coscienti) abbassa i costi attesi (o temuti) dai potenziali aggressori (Zimmerman, Benson, 2007)⁵⁰. La maggiore diffusione di alcol tra le donne, in particolare l'uso eccessivo, agisce quindi come uno "sconto" in termini di costi attesi per la commissione di un crimine, e quindi può diventare un fattore che porta all'aumento (come in effetti è stato osservato anche in Italia) del tasso di stupri. Questi risultati hanno implicazioni importanti per le strategie di prevenzione e contrasto dell'alcolismo e delle stesse violenze sessuali, poiché giustificano la necessità di realizzare campagne stratificate su differenti target.

Rispetto all'uso di alcol da parte delle giovani e giovanissime che rimangono vittima delle violenze, un aspetto sottovalutato è che il loro essere state violentate mentre erano sotto l'effetto dell'alcol le spinge spesso a non denunciare perché si sentono responsabili di quanto accaduto e meno credibili dinanzi all'autorità. Questa reazione corrisponde, in effetti, ad alcuni stereotipi che si annidano talvolta nelle risposte che le donne e le ragazze ricevono quando si rivolgono alle forze dell'ordine o ai medici in cerca di aiuto dopo uno stupro o altra violenza subita in stato di ubriachezza. Il fatto che la giovane abbia consumato alcol non significa che lei non sia credibile rispetto alla violenza, né che la sua condizione possa essere considerata, come talvolta avviene, un'attenuante per l'aggressore. L'associazione tra consumo di alcohol e violenze intrafamiliari è

48 Marcomini F., 2000, L'alcol tra i giovani: una porta d'ingresso verso i disturbi del comportamento, relazione alla Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Genova 28-30 Novembre 2000.

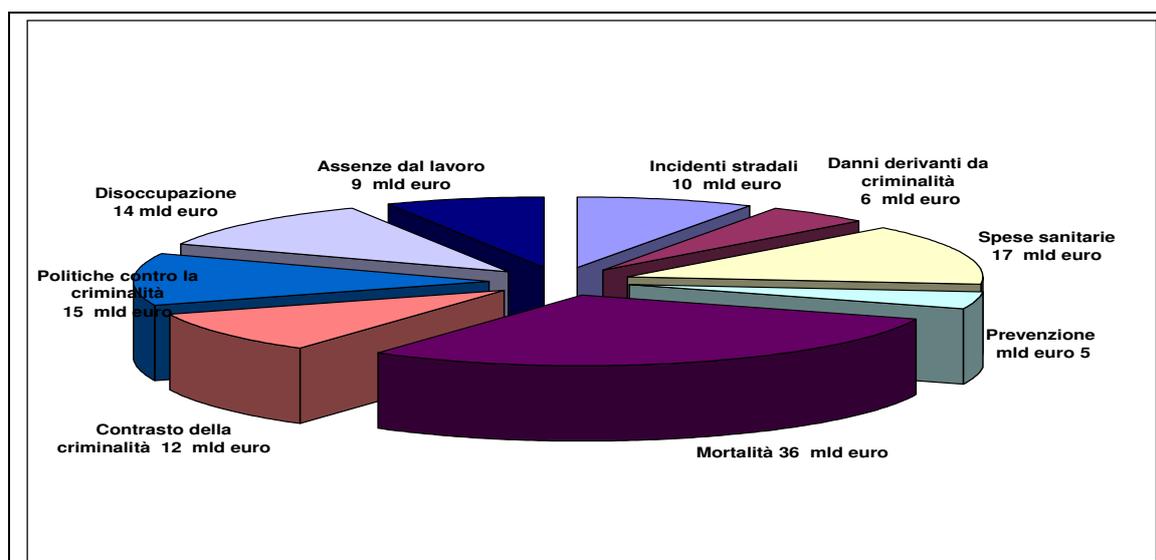
49 Herman J., 2005, *Guarire dal trauma*, Magi Editore; Kilpatrick, D. et al. (1997) A longitudinal analysis of the relationship between violence and substance use in women. *J. Cons. & Clinical Psychol.*, 65(5), pp. 834-847; Romito, P. (2000) *La violenza di genere contro donne e minori. Un'introduzione*. Angeli, Milano.

50 Zimmerman P.R., Benson B. L., 2007, Alcohol and rape: An "economics-of-crime" perspective, in *International Review of Law and Economics*, Volume 27, Issue 4, December 2007, pp. 442-473.

particolarmente alta in alcuni paesi della regione europea, per esempio la WHO stima che in Russia nel 40% dei casi di violenza domestica ricorra anche l'abuso di alcol da parte del maltrattante (Pridemore, 2002)⁵¹, e che il 40% degli omicidi commessi da giovani europei sia associato ad abuso di alcol (Sethi et al. 2006)⁵².

Una ricerca condotta in Svizzera (Maffli, Zumbrunn 2001)⁵³ sui casi di violenza giunti all'attenzione della polizia giudiziaria, dei medici di base e dei ginecologi della città di Zurigo, ha rilevato che tra il 37% e il 41% delle situazioni segnalate ha come autore un soggetto che aveva agito in stato di ubriachezza; mentre per quanto riguarda le vittime, la percentuale di coloro che sarebbe stata sotto l'effetto di alcol al momento dell'aggressione oscilla tra il 10 e il 17% dei casi. L'urgenza di prestare attenzione alla diffusione del consumo di alcool tra i giovani e alle sue conseguenze a livello individuale, delle relazioni interpersonali e della società nel suo complesso, è indubbiamente giustificata anche dall'impatto del problema sulle economie nazionali ed europee (Council Recommendation 2001/458/EC on the drinking of alcohol by young people; "Dichiarazione sui Giovani e l'Alcol", adottata a Stoccolma da 51 Ministri della regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel febbraio 2001; European Alcohol Action Plan 2000-2005). La WHO ha stimato che nel 2003 gli stati della regione europea hanno sostenuto una spesa di almeno 124 miliardi di euro per far fronte alle conseguenze dannose del consumo di alcol, una cifra corrispondente a circa l'1,4% del Prodotto interno lordo della regione.

Figura 1. Costi tangibili dei danni alcolcorrelati in Europa nell'anno 2003



Fonte: Report on Alcohol in Europe (Anderson and Baumberg), June 2006

Gli elevati costi sociali e individuali, ormai verificati da innumerevoli ricerche, confermano l'urgenza di dare priorità ad azioni di prevenzione e di rilevazione precoce di comportamenti problematici tra i giovani. La prevenzione però è politicamente più difficile della cura perché investe direttamente gli interessi economici sia dei produttori di bevande alcoliche sia delle aziende farmaceutiche che immettono sul mercato i farmaci per la cura delle conseguenze dell'alcoldipendenza.

La prevenzione implica politiche pubbliche di intervento capaci di affrancarsi dalle pressioni esercitate dai gruppi industriali nazionali e multinazionali, nonché di strategie capaci di mettere in

⁵¹ Pridemore W. A., 2002, Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia, in *American Journal of Public Health*, vol. 92, pp. 1921-1929.

⁵² Dinesh Sethi et al., 2006, Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done, WHO, Ginevra.

⁵³ Maffli E, Zumbrunn A, 2001, Alkohol und Gewalt im sozialen Nahraum Pilotstudien im Kanton Zürich mit anschließender überregionaler Expertenbefragung, Lausanne, Dezember 2001, Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie.

discussione anche sistemi di valori e di culture, diffusi tra gli adulti e tra i giovani, che colludono con forme problematiche di consumo.

2. RAGAZZI, RAGAZZE, ALCOL E RELAZIONI VIOLENTE

Tra i giovani (comprendendo in questo termine anche gli adolescenti) l'abuso di alcol (una definizione con la quale si vuole indicare un consumo problematico perché spinto sino al superamento della normale soglia di attenzione e reazione) può associarsi alla messa in atto di comportamenti antisociali (pensiamo agli atti di vandalismo), di violenza psicologica, fisica e sessuale, a comportamenti che mettono oggettivamente a rischio la vita dell'individuo, a rapporti sessuali non protetti, all'esposizione a situazioni di vittimizzazione.

Secondo i dati derivanti da ricerche e studi realizzati sia in Italia che all'estero, nell'ultimo decennio si è assistito ad un graduale uniformarsi degli stili di consumo e dei modelli del bere tra ragazzi e ragazze. Le modalità di consumo di alcol da parte delle giovani e giovanissime sono infatti sempre più simili a quelle dei loro coetanei maschi: consumo di birra e superalcolici, consumo in gruppo, tendenzialmente fuori pasto e con maggior frequenza nel fine settimana.

Dal punto di vista sia dei comportamenti violenti sia degli stili di consumo, sulle giovanissime generazioni hanno un'influenza importante anche i modelli familiari acquisiti. Per quanto riguarda la violenza agita e subita, le ricerche hanno dimostrato che l'esposizione a violenze domestiche, in particolare nella posizione di bambini testimoni di violenze su altri familiari, tende a legittimare il ricorso alla violenza come forma di risoluzione di conflitti interni ed esterni, tanto quanto l'aver subito violenze può, specialmente per una ragazza, indurre ad una maggiore probabilità di accettare relazioni affettive maltrattanti (Luberti, 2002; Di Blasio, 2005; Bianchi, Moretti, 2006)⁵⁴. Anche per l'alcol, si è spesso osservata l'associazione tra consumo inadeguato di alcol da parte dei genitori, in particolare del capofamiglia, e presenza di consumatori eccessivi tra gli altri componenti del nucleo familiare (Scafato et. al. 1999)⁵⁵.

I legami tra stili di consumo di alcol dei figli, funzione genitoriale e modelli familiari sono certamente condizionati anche dai differenti contesti socio culturali di riferimento, tuttavia numerose ricerche hanno rilevato una caratteristica che potremmo definire trasversale alle differenti culture e condizioni sociali: la simmetrica sistematica sottovalutazione della quantità di alcol effettivamente consumata dai figli da parte dei genitori, in particolare dalle madri (Engels et al., 2007)⁵⁶, e analogamente, l'incapacità da parte dei figli di stimare quantità e frequenza del consumo normale di alcol da parte dei genitori, in particolare di livelli problematici di consumo. Quindi i componenti di uno stesso nucleo familiare tendono a sottovalutare i rispettivi livelli di consumo, quale effetto anche della tendenza a spostare sui livelli più alti il comportamento "normalizzato". Il gap informativo da parte dei genitori (talvolta non del tutto intenzionale) porta perciò a sottostimare i rischi cui possono incorrere i figli e, quindi, a non mettere in atto misure di supporto e controllo.

I risultati di una ricerca **finalizzata alla valutazione della presenza e delle caratteristiche degli eccessi comportamentali fra gli adolescenti** - condotta tramite lunghe interviste individuali (quasi due ore) a circa **300 studenti fiorentini di età compresa tra i 14 e i 19- confermano non solo che l'uso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno in costante crescita, ma che aumenta l'associazione tra stato di ubriachezza e il coinvolgimento in risse, accoltellamenti e altri comportamenti violenti (Pallanti, 2006)⁵⁷. Dalla ricerca emerge che ben un ragazzo su tre**

54 Luberti R. (2002), La violenza assistita, in Coluccia A., Lorenzi L., Strambi M., *Infanzia mal-trattata*, Franco Angeli, Milano; P. Di Blasio (a cura di), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Edizioni Unicopli, Milano, 2005.; Bianchi D. - Moretti E., 2006, *Vite in bilico: indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, *Questioni e Documenti*, Quaderni Centro Documentazione Infanzia e Adolescenza, n. 40, Istituto degli Innocenti.

55 Scafato E. e il COALA research Group, 1999, *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*, in *ALCOLOGIA*, *European Journal of alcohol studies*, vol. XI, 3, pp.121-134.

56 Engels R., Van Der Vorst H., Dekovic M., Meeus W., 2007, *Correspondence in collateral and self-reports on alcohol consumption: A within family analysis*, in *Addictive Behaviors*, Volume 32, Issue 5, May 2007, pp.1016-1030

57 Pallanti S., Bernardi S., Quercioli L., 2006, *The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the Assessment of Multiple Addictions in a High-School Population: Prevalence and Related Disability*, *CNS Spectrum*,

dichiara di avere problemi con l'alcol e comportamenti problematici (di tipo compulsivo, eccessivo o sottomesso), per esempio promiscuità sessuale, giocare d'azzardo e fare acquisti eccessivi senza alcun controllo. Dal punto di vista delle differenze di genere, si osserva che tra le ragazze l'abuso di alcol si associa spesso a comportamenti di violenza eterodiretta, l'eccesso di consumo sembra quindi essere il mezzo che permette di dare sfogo ad un'aggressività negata e di superare vincoli morali esterni ed interni imposti da una minore accettazione sociale dell'aggressività femminile.

Secondo un recente studio⁵⁸, condotto dall'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA), sul nesso tra le varie modalità di consumo di alcol e la messa in atto di comportamenti violenti da parte dei giovani, circa il 20 per cento degli adolescenti consuma alcol in modo problematico, e allo stato di ubriachezza sarebbero associate sempre più frequentemente violenze fisiche sia agite che subite. Questo studio, che si basa sui dati dello studio internazionale ESPAD del 2003 (European School Survey Project on Alcohol and Drugs, 2003), è stato svolto su un campione di 6.993 studenti di età dai 13 ai 17 anni le cui esperienze sono state rilevate attraverso l'uso di un questionario autosomministrato. Il questionario distingue cinque tipi di comportamenti violenti: aggressioni verbali, aggressioni fisiche, aggressioni individuali e aggressioni in gruppo, danni materiali (atti di vandalismo) e chiede di specificare con quale frequenza essi siano stati agiti o subiti dagli intervistati. Quasi la metà del campione (54,3% dei ragazzi e 44,6% di ragazze) dichiara di aver aggredito verbalmente almeno una volta un proprio compagno nel corso dei dodici mesi precedenti l'intervista. In entrambi i sessi, il tasso di autori di violenza è senza eccezioni più elevato rispetto alla percentuale di vittime. I ragazzi che ricorrono alla violenza sono più del doppio rispetto alle ragazze, ma i maschi sono anche più spesso vittime della violenza: in media, i ragazzi coinvolti dichiarano di aver commesso almeno dieci atti di violenza eterodiretta (verbale o fisica) nel corso dell'anno, e di essere stati anche più di cinque volte vittime di aggressioni; fra le ragazze queste cifre sono sensibilmente inferiori, in media il numero di aggressioni commesse da chi dichiara di agirle è di 4 nel corso di un anno, cui vanno aggiunti tre episodi di violenza subita.

I soggetti coinvolti maggiormente in situazioni di violenza agita o subita sono i "bevitori abituali", cioè coloro che durante il mese precedente l'indagine dichiarano di essersi ubriacati almeno due volte e di bere alcol tutti i mesi: dai dati risulta che sono bevitori abituali il 25% dei maschi e il 15% delle femmine. A quel 25% di maschi è attribuibile sia il 50-60% degli atti violenti agiti (inclusi i danni materiali) sia il 40-50% delle violenze subite dai ragazzi. Il gruppo più problematico delle ragazze ha un livello di coinvolgimento nelle violenze solo di poco inferiore: quel 15% di bevitrici abituali è, infatti, responsabile del 40-50% degli atti violenti commessi ed è vittima del 30-40% delle violenze subite. Questi adolescenti sono anche tra coloro che dichiarano più frequentemente di essere insoddisfatti del rapporto con i genitori, di assentarsi da scuola senza motivo, di avere rapporti sessuali a rischio, di fumare marijuana o tabacco.

Lo studio non permette però di verificare direttamente se la violenza viene esercitata sotto l'influsso dell'alcol. I ricercatori hanno quindi effettuato delle stime, utilizzando anche dati epidemiologici, dalle quali si ottengono indicazioni interessanti in ordine a differenze di comportamento tra maschi e femmine. Le stime elaborate sembrano indicare che, in numeri assoluti, i ragazzi commettono più atti violenti sotto l'effetto dell'alcol rispetto alle ragazze, tuttavia, proporzionalmente, l'alcol ha un'influenza maggiore sulle ragazze: se tra i maschi circa un terzo degli atti di violenza è causato dall'alcol, tra le ragazze siamo sui due terzi. È interessante notare come anche in questo studio alcuni dati sembrano indicare che per le ragazze l'abuso di alcol diventa una sorta di leva per sganciarsi dai vincoli sociali all'espressione dell'aggressività femminile, come già avevamo osservato nel commentare i risultati della ricerca realizzata a Firenze.

Complessivamente, per entrambi i gruppi, lo studio svizzero dimostra che miglior predittore del rischio di violenza è la frequenza del bere più che la quantità consumata in una sola volta. Infine,

2006;11(12)pp. 966-974.

58 Kuntsche E, Gmel G, Annaheim B., 2006, Alkohol und Gewalt im Jugendalter Gewaltformen aus Täter- und Opferperspektive, Konsummuster und Trinkmotive – Eine Sekundäranalyse der ESPAD- Schülerbefragung, Lausanne, Oktober 2006, Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie.

è interessante osservare che se tra i ragazzi più della metà di tutti gli atti violenti dovuti all'alcol sono commessi dal gruppo più problematico, tra le ragazze le violenze causate dall'alcol si ripartiscono in modo poco difforme tra tutti gli stili di consumo, solo un terzo delle violenze compiute sotto l'effetto dell'alcol è commesso, infatti, dal gruppo più a rischio. I ragazzi e le ragazze perpetratori e vittime di violenze fisiche, risultano in generale più propensi a bere per motivi connessi al desiderio di sentirsi più forti, per piacere o per stordirsi; dalle risposte è come se questi giovani provino piacere a "inebriarsi" con l'alcool, ad attaccare fisicamente altre persone e a distruggere i beni di altri. Una differenza essenziale nelle motivazioni al bere tra ragazze e ragazzi è che il consumo delle giovani è spesso motivato da una necessità di controllo (coping), cioè il bere serve a dimenticare i problemi o a trovare il coraggio di affrontarli, specialmente quando si tratta di problemi legati al loro contesto familiare.

Un'altra ricerca relativamente recente realizzata in Israele su un campione di 8394 studenti e studentesse delle scuole superiori (Molcho, Harel, Dina, 2004) 59, anche in questo caso utilizzando un questionario autosomministrato, riporta dei dati interessanti sull'influenza del genere nella relazione tra consumo di alcool e violenze: il primo si conferma uno dei principali predittori di comportamento violento tra gli adolescenti, ma il rischio di mettere in atto reazioni aggressive è più alto tra le ragazze. La ricerca indica che sebbene le ragazze facciano abuso di alcol meno frequentemente dei ragazzi, le ragazze con alcoldipendenza hanno una probabilità più alta di essere coinvolte in episodi di violenza giovanile.

Anche tra i giovani e giovanissimi, il legame tra abuso di alcol e violenza deve però essere analizzato al di fuori dello stereotipo che tende a giustificare la violenza come l'increscioso effetto di una bevuta eccessiva. Una ricerca realizzata in Inghilterra su 4187 studenti di età dagli 11 ai 16 anni, estratti da un campione stratificato di 13 scuole inglesi, ha indagato la connessione tra vittimizzazione, coinvolgimento in aggressioni individuali, scontri di gruppo e consumo di alcol (Shepherd, Sutherland, Newcombe, 2006) 60. Come altri studi, anche in questo caso il fattore che ha una maggiore influenza non è la quantità, bensì la frequenza del bere e in particolare del consumo che conduce sino all'ubriachezza. Il risultato correlato più fortemente con la frequenza dei consumi eccessivi è la messa in atto di violenze fisiche a danno di terzi, seguito dall'essere picchiato e poi dal lasciarsi coinvolgere in violenze di gruppo. Uno degli aspetti più interessanti di questa ricerca riguarda le implicazioni culturali dei risultati, essi infatti indicano un'associazione tra alcol e violenza che è indipendente dal legame con la messa in atto di violenze eterodirette, cioè se la riduzione nel consumo di alcol può ridurre la vittimizzazione subita – sia dai ragazzi sia dalle ragazze- ciò non implica necessariamente che si arrivi anche ad una riduzione degli agiti violenti, la cui diffusione appare quindi da ricondursi anche a fattori di tipo sociale e culturale che legittimano il ricorso a comportamenti di aggressione fisica e verbale.

3. CONCLUSIONI

L'interesse per una più ampia conoscenza della connessione tra consumo di alcol e violenza è oggi al centro di reti di ricerca e di scambio di buone prassi a livello europeo. In particolare, merita ricordare il lavoro di due gruppi di studio sostenuti direttamente dalla Commissione Europea i Progetti Chalvi (Family violence and substance misuse with special attention to a child's perspective) e Tavim (Help for Men with Alcohol and Violence Problems) sviluppati dal network europeo ENCARE, European Network for Children Affected by Risky Environments with the family. Questi gruppi, riunitisi a Reggio Emilia nel mese di novembre 2007 (su iniziativa della AUSL di Reggio Emilia, socio di ENCARE) hanno approvato un documento, denominato *La Carta di Reggio: Riconoscimento e contrasto della violenza in famiglia correlata al consumo di alcol e droghe*, che riconosce l'urgenza di una politica di prevenzione e protezione dall'abuso e dalla violenza domestica correlate al consumo di alcol e droghe. La Carta si rivolge ai Governi nazionale e regionali, ai Sindaci, alle Amministrazioni locali, agli eletti Assemblee elettive, alle Direzioni delle Aziende Sanitarie, ai Dirigenti dei Servizi sociali e sanitari affinché sia dato il

59 Molcho M., Harel Y., Dina L.O., 2004, Links Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children, *International Journal of Adolescent Medical Health*. Luglio – settembre 16(3), pp. 239-51.

60 Shepherd, A., Sutherland I., Newcombe R.G., 2006, Relations between alcohol, violence and victimization in adolescence, in *Journal of Adolescence* Volume 29, Issue 4, August 2006, pp. 539-553.

massimo impulso alla protezione dai danni dovuti alla violenza che è correlata alle dipendenze. La Carta di Reggio Emilia rappresenta uno strumento di riflessione e di indirizzo indubbiamente innovativo nel quale si prende atto della maggiore vulnerabilità delle donne e dei bambini agli effetti dell'abuso di alcol da parte di partner e datori di cure. Nel documento si richiamano esigenze fortemente sentite da chi si occupa di promozione della salute e di protezione dalla violenza, quali la necessità di porre tra le priorità di politica sociale e sanitaria la protezione dei minori e delle donne dall'abuso fisico, psicologico o sessuale ed in particolare dagli effetti violenti alcol e droghe correlati; dare corso ad una forte presenza di attività di sensibilizzazione e di formazione rivolte agli operatori di tutti i servizi sociali, sanitari e di prossimità; intercettare il più precocemente possibile ed affrontare in modo appropriato il fenomeno della violenza intrafamiliare verso i bambini e le donne, specificatamente quando si interseca con il consumo di alcol, cocaina e altre sostanze psicoattive.

Una maggiore conoscenza del legame tra alcolismo e violenze interpersonali nei costumi e nei comportamenti di giovani e giovanissimi permetterebbe di comprendere meglio le molteplici direzioni di tale relazione e di individuare metodi di lavoro e idee di intervento più efficaci a lungo termine. Una migliore conoscenza del fenomeno dovrebbe rendere possibile anche una più costante ed efficace valutazione degli interventi in termini sia di miglioramento delle condizioni dei singoli sia di riduzione del problema a livello di comunità.

“Che senso ha, per fare un esempio, partire dal presupposto, non provato, che diminuendo l'abuso di alcol si diminuisce il tasso di violenze domestiche quando non si hanno strumenti per verificare i risultati ottenuti? Tentar non nuoce, si dice. Già, ma andare a tentoni è uno spreco di risorse. E in periodi di risorse scarse occorrerebbe una più attenta predisposizione delle azioni e una rigorosa valutazione dei risultati.

Probabilmente permanerebbe comunque, in qualche misura, il dilemma della causalità, ricorrente quando si confrontano fenomeni sociali (per loro natura complessi): ci si trova di fronte a due fenomeni in qualche misura dipendenti l'uno dall'altro (univocamente o biunivocamente), oppure si tratta di due fenomeni che presentano una relazione ma in quanto dipendenti da fattori comuni (nel nostro caso degrado socio-ambientale, disoccupazione, carenze culturali,...).

Il punto è che non assumere come dato di fatto tale relazione causale, valutarne l'esistenza, la consistenza, e la sua relazione con altri fenomeni permette di migliorare comunque la conoscenza dei due fenomeni e, quindi, di predisporre politiche migliori. Una puntuale osservazione del fenomeno uso/abuso di alcol, unitamente ad una progettazione degli interventi attenta ai risultati di ricerca e alle esigenze di valutazione, consentirebbe il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre fenomeni criminali connessi all'utilizzo di sostanze alcoliche.” (Cornelli, op.cit.)

Come è stato esposto in precedenza, affrontare più chiaramente il nesso tra questi due problemi di tipo sociale e individuale richiede di superare le tradizionali politiche proibizionistiche del “Just say no”, oppure terrorizzanti, come quelle promosse per cercare di ridurre il numero di incidenti stradali tra i giovani, per integrare saperi ed esperienze che provengono da molteplici ambiti di lavoro (centri antiviolenza, servizi alcolologici, centri tutela minori, progetti di educazione socioaffettiva, ecc.) al fine di cogliere tutte le dimensioni rilevanti di questo legame: quelle culturali, quelle sociali, quelle istituzionali, quelle biologiche e psicologiche individuali.

Come si è visto, ridurre l'abuso di alcol non si traduce in una riduzione delle violenze tout court, la promozione di continuative e serie campagne contro la violenza ai danni di donne e bambini (es, la campagna del Fiocco bianco⁶¹), nonché i percorsi di educazione socioaffettiva alla sessualità e al rispetto tra i sessi rappresentano pertanto strumenti che possono servire per una strategia atta a contrastare e l'abuso di alcol tra i giovani e le violenze interpersonali, poiché quest'ultime sono sostenute da sistemi valoriali che, se non le giustificano apertamente, ancora oggi vi colludono.

A livello del sistema dei servizi, la capacità di tenere assieme i due temi implica però una capacità di riconoscimento reciproco tra servizi che si occupano di alcoldipendenza e servizi che si occupano di prevenzione della violenza e assistenza alle vittime. Questi sono mondi che utilizzano

61 www.fioccobianco.it/

linguaggi professionali differenti e perseguono differenti obiettivi, tuttavia riconoscere la gravità in sé delle violenze fisiche e sessuali commesse o agite dagli utenti dei servizi per le dipendenze e rilevare la presenza di alcoldipendenza sia tra i perpetratori che tra le vittime delle situazioni di violenza domestica seguite dai centri antiviolenza, possono diventare oggi delle priorità condivise per curare meglio e per proteggere più adeguatamente le attuali e le future generazioni. L'esposizione alla violenza diretta o a quella agita all'interno del nucleo a danno di altri familiari è una condizione foriera di gravi conseguenze a breve e lungo termine sullo stato di salute complessivo (anche sociale) degli individui, oltre che essere fattore di rischio rispetto alla messa in atto di violenze o al rimanere esposti a nuove vittimizzazione in altre età della vita. Al solito, le azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria tendono ad intersecarsi tra loro, e non possono che basarsi su approcci capaci di integrare più apporti disciplinari e differenti servizi: dalla scuola, ai servizi specializzati sulle dipendenze, dai centri di tutela minori e alle associazioni e ai servizi di assistenza alle donne vittime di violenze, dalle scuole e alle autorità giudiziarie, quest'ultime necessarie perché le violenze di cui parliamo sono anche reati. Nell'affrontare i problemi sociali come l'alcolismo e le violenze interpersonali i beneficiari finali dovrebbero però diventare anche attori diretti sia della prevenzione sia dell'assistenza, in questo senso approcci metodologici che valorizzano l'educazione tra pari coinvolgendo direttamente ragazzi e ragazze possono diventare una scelta capace di dare una maggiore efficacia agli interventi.

VOCI DISTINTE PER UN IMPEGNO COMUNE*

0. PREMESSA

Attraverso la realizzazione di interviste semistrutturate a testimoni privilegiati rappresentativi delle aree principali che hanno responsabilità e svolgono un ruolo strategico nell'ambito della salute, della sicurezza e della cultura alcolica, sono state raccolte testimonianze di gran valore proprio, le cui peculiarità e specificità, oltre a permettere di tratteggiare il quadro nelle sue diverse articolazioni e secondo la multidimensionalità delle dinamiche implicate, offrono spunti di riflessione di estrema rilevanza da un punto di vista sia scientifico che operativo.

Al fine di utilizzare al meglio tali contributi, nel contesto la disamina del fenomeno si indirizza e si sviluppa prevalentemente sui binari seguiti dagli stessi testimoni privilegiati, lasciando direttamente loro la parola non solo per utilizzarne al meglio la competenza e l'esperienza specifiche, ma per valorizzarne il più possibile l'unicità e allo stesso tempo la complementarietà, e così ricomporre e dare voce a una risposta sia articolata che globale⁶².

Un simile approccio è forse il più efficace per affrontare in via di fatto, oltre che in via di principio, la problematica in questione.

1. INQUADRAMENTO DEL FENOMENO

Il consumo di alcol fra gli adolescenti e i giovani, come accertato da più fonti ufficiali⁶³, è un fenomeno in crescita sia a livello internazionale che nazionale. Ciononostante la disamina relativa si rivela tutt'altro che immediata e lineare.

In un'ottica complessiva, il consumo medio pro-capite di alcol, in Italia, negli ultimi 30 anni è andato infatti diminuendo, rivelando tra l'altro una discreta stabilizzazione delle modalità di consumo.

Come riconosce oltretutto anche il mondo della produzione e della distribuzione di bevande alcoliche, *“nel 1980 eravamo quasi al doppio di consumi di alcol rispetto a quanto siamo oggi. La quantità di vino pro-capite era ben superiore a quella del 2006: si beveva 70/80 litri di vino pro-capite, mentre oggi non si arriva a 50; si beveva 1,2/1,3 litri di alcol derivati da grappe, amari, distillati e whisky e oggi 0,7/0,8 litri. Si beveva meno birra, circa 14/15 litri, e oggi siamo a 23/24 litri, ma tenuto conto che l'apporto in gradazione alcolica della birra è inferiore, anche l'aumento non ha inciso in maniera particolare rispetto al calo generale dei consumi”* (Testimone privilegiato n. 2). Di fatto *“la gente beve meno; se mai è aumentato il consumo di birra, passando da 12 a 30 litri, ma essendo a 0,4 non ha compensato l'alcol”* (Testimone privilegiato n. 9).

* Chiara Barlucchi e Marco Zelano, statistici, Istituto degli Innocenti.

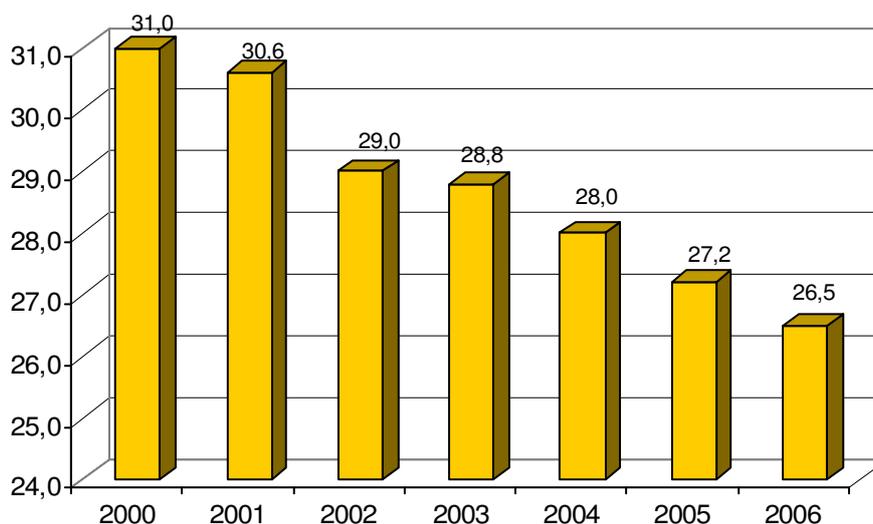
⁶² Nel prosieguo del testo le testimonianze raccolte verranno riportate indicando per ciascun testimone privilegiato unicamente il numero corrispondente come indicato nella tavola che segue:

1. Paola Bassi	Dipartimento Politiche Giovanili e attività sportive - Ministero per le Politiche giovanili e le attività sportive
2. Ottavio Cagiano de Azevedo	Direttore generale Federvini
3. Claudio Cricelli	Presidente nazionale SIMG
4. Antonio Giannella	Direttore del Servizio Polizia Stradale del Viminale
5. Giuseppe	Relazioni esterne - Associazione Alcolisti Anonimi
6. Guido Guidoni	Vice Presidente AICAT
7. Bianca Maria Lanzetta	Direttore Centro Ricerche di Laboratorio e di Tossicologia Forense - Polizia di Stato
8. Annunziata Lopez	Tossicologia Forense - Dipartimento di Medicina Legale
9. Filippo Terzaghi	Direttore dell'Associazione Assobirra
10. Oliviero Toscani	Centro di ricerca della comunicazione moderna "La Sterpaia"

⁶³ Al riguardo, vedi soprattutto *Alcohol in Europe*, http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Report_Alcol_Ue_2006_it.pdf

Tra le bevande consumate, il vino rimane la principale, mantenendo così la posizione predominante, seguita poi dalla birra, dagli aperitivi e dai digestivi e a molto distanza dai superalcolici e dalle nuove bevande alcoliche e fra quest'ultime in particolare gli alcolpop⁶⁴. Nonostante l'indiscussa supremazia del vino, anche il suo consumo è andato comunque nel corso del tempo progressivamente a decrescere. Tra le diverse rilevazioni al riguardo, dall'Osservatorio della Federvini⁶⁵ la tendenza registrata in proposito negli ultimi sette anni risulta la seguente:

Figura 1 – Andamento dei consumi interni in mio hl. ITALIA – Anni 2000-2006



Fonte: Nielsen – Osservatorio Federvini

Alla riduzione nel consumo medio pro-capite fa eco tuttavia l'incremento del numero di consumatori che dal 74% registrato nel 1993 è passato all'81% nel 2005⁶⁶: una quota che già di per sé rivela una adesione generale e generalizzata, ovvero inclusiva sia di uomini che di donne, di tutte le fasce di età, nonché di tutte le classi sociali.

Tanto è vero, secondo la competenza e l'esperienza della Associazione Alcolisti Anonimi è afferabile che *“l'alcolismo è trasversale, può colpire ogni categoria sociale e tutte quante le età: il ragazzino che si è fatto acchiappare dall'alcol fino alla signora di una certa età che si rende conto di avere un problema. Non c'è una categoria di alcolista: alcolista può diventare chiunque”* (Testimone privilegiato n. 5).

Nello specifico dei giovani fino ai 24 anni l'aumento riscontrato nell'arco di cinque anni è di circa 5 punti percentuali visto che nel 2000 la relativa platea dei consumatori si aggirava intorno al 76/77% e nel 2005 all'81%⁶⁷: un valore peraltro pienamente in linea alla quota generale.

Alla luce di ciò, dalle testimonianze raccolte emerge per lo più che a fianco del prenderne atto si accompagna innanzitutto il volerne approfondire le dinamiche implicate e migliorare le conoscenze, specie perché il quadro complessivo contiene molteplici tonalità ma soprattutto diversi chiaroscuri.

Come espressamente riconosciuto a più voci, effettivamente *“abbiamo un trend di crescita che è esponenziale e non riusciamo a capire se è un picco o una tendenza”* (Testimone privilegiato n. 1); in ogni caso proprio perché *“i fenomeni sociali non si condannano ma si indirizzano, si*

⁶⁴ Gli alcolpop sono miscele di analcolico e superalcolico che grazie al loro gusto gradevole e al colore sono assimilabili agli analcolici e si bevono con molta facilità. Il tasso alcolico è tra i 5 e i 6 gradi. Benché non sia accertabile se siano cocktail appositamente destinati ai giovani, ugualmente riscuotono tra loro molto successo.

⁶⁵ <http://www.federvini.it>

⁶⁶ Vedi, *Gli Italiani e l'Alcool 2006*, Doxa, Osservatorio permanente sui giovani e l'alcool, 2006.

⁶⁷ Ibidem.

spiegano” (Testimone privilegiato n. 3) è necessario tentare una ricognizione il più attendibile e completa possibile.

In proposito, al fine di inquadrare la problematica può risultare opportuno considerare innanzitutto che tendenzialmente il consumare alcolici sembra seguire un percorso alquanto ciclico, ritmato da una certa maturazione fisiologica rispetto al consumo, tanto che in più occasioni si parla addirittura di ‘carriera di consumo’: *“nella fase iniziale del consumo di alcol c’è più curiosità; nella fase centrale c’è un forte radicamento sul vino con un accompagnamento saltuario di altri alcolici; fino a arrivare all’età matura dove si abbandona qualsiasi superalcolico, si riduce piano piano il vino fino all’abbandono totale. Questa è una costante”* (Testimone privilegiato n. 2). Si tratterebbe cioè di un approccio caratterizzato inizialmente, nella fase adolescenziale e giovanile, da un uso intenso che in età adulta si stabilizza col tempo per poi diminuire.

In questo senso, è opinione condivisa che per certi aspetti riguardo al connubio giovani e alcol, allo stato attuale, *“la cosa travisata è che non è un fatto nuovo, poiché la prevalenza di persone che bevono e bevono in maniera problematica è sempre stata presente”* (Testimone privilegiato n. 6). Se mai nel tempo la problematica va acquisendo contorni nuovi e più preoccupanti, oltre al fatto che va crescendo una sensibilità sociale che anni fa non esisteva nemmeno e se *“fino agli anni novanta il fenomeno non era studiato, questo non vuol dire che un problema che oggi c’è e prima non c’era; siamo in una società più attenta”* (Testimone privilegiato n. 9).

Con molta probabilità in certi casi può sembrare una problematica nuova poiché strettamente connessa a situazioni di allarme sociale, nonché a una certa rappresentazione sui media che non sempre ne coglie e ne espone a pieno la complessità, ma se mai si rivela spesso enfatizzata: *“oggi c’è un diluvio di informazioni. Per richiamare l’attenzione si porta all’estremo l’informazione”* (Testimone privilegiato n. 2). Peraltro, *“i riflettori si accendono quando accadono cose gravi”* (Testimone privilegiato n. 5).

All’unisono viene infatti sostenuto che attualmente non si ha a che fare con una nuova fattispecie di giovani poiché in sé i giovani sono sempre gli stessi e per quanto *“l’enfasi è data sul brutto comportamento dei giovani, i giovani di oggi non sono peggiori di quelli degli altri tempi”* (Testimone privilegiato n. 6). Come riconosciuto personalmente: *“oggi i ragazzi li trovo normali come eravamo noi, forse ci sono più sistemi per fare delle sciocchezze, più facilità per commettere una sciocchezza”* (Testimone privilegiato n. 2). Di fatto, gli eccessi alcolici dei ragazzi non sono cosa di ora.

In proposito però non si può non riconoscere che alla facilità di consumo e di uso problematico di alcol si accompagna un avvicinamento al bere sempre più precoce. Secondo le più recenti risultanze empiriche infatti l’iniziazione oggi avviene mediamente intorno agli 11 anni⁶⁸.

All’incontrovertibilità del dato fa eco tuttavia l’invito, specie dal mondo della produzione e della distribuzione, a interrogarsi e riflettere su quale sia la sua effettiva valenza e le implicazioni sottostanti, considerando soprattutto che in un paese come l’Italia, dove le bevande alcoliche sono parte delle pratiche alimentari, la socializzazione all’alcol avviene piuttosto precocemente.

In particolare ci si chiede se *“l’età della prima bevuta è 11 anni e mezzo vediamo cosa vuol dire: interessante è capire cioè se il primo approccio al consumo di alcol è diventata abitudine oppure no”* (Testimone privilegiato n. 9).

Al riguardo viene infatti specificato che il bere *“nella tradizione culturale italiana diventa per l’evento particolare una sorta di gioco, ma di gioco cauto, gioco anche di apprendimento: «in virtù di un evento straordinario come il compleanno del nonno o il natale ti consento di assaggiare sotto la tutela dei grandi». In una società a forte vocazione vinicola come l’italiana non deve cioè stupire una bevuta nelle feste sotto le tutela degli adulti”* (Testimone privilegiato n. 2).

Tenendo presente un simile contesto, in maniera più o meno diretta, viene dunque relativizzata l’appropriatezza degli indicatori impiegati per l’accertamento di tale evidenza empirica e di conseguenza sostenuto che *“quel dato è uscito con un’alea d’incertezza legata alla modalità di rilevazione. È solo una dichiarazione iniziale di consumo e da qui ad assumere che a 13-14 anni ci sia una scelta autonoma di alcol è un po’ forte”* (Testimone privilegiato n. 2).

⁶⁸ In particolare, vedi *Attitudes toward Alcohol*, Eurobarometer, 2007.

Sebbene fino ai 15 anni qualsiasi livello di consumo alcolico sia da reputarsi a rischio, quindi da evitare del tutto, e comunque anche dai 16 ai 18 anni sia raccomandabile un consumo più che ristretto, in quest'ottica la problematicità viene perciò ricondotta principalmente alla frequenza, quindi evidenziata l'opportunità di distinguere fra un uso episodico, vale a dire una tantum, un uso saltuario, cioè occasionale e un uso regolare, trascurando però che anche l'uso episodico può essere uso distorto, a seconda del suo esprimersi e rivelarsi alquanto rischioso.

Secondo l'opinione comune la questione preliminare attiene fundamentalmente alla distinzione fra uso non problematico e uso problematico, ovvero abuso, il cui confine, non sempre inequivocabile, viene tracciato, dal punto di vista medico e biologico, adottando come criterio la quantità usata. E qui un termine di riferimento può essere rappresentato dal tasso di alcolemia.

Le modalità di consumo sono di conseguenza diverse e vanno dall'astinenza, al bere moderato fino all'alcolismo: tutti modelli comportamentali accettati dalla società e rappresentati al suo interno, compreso l'ultimo, anch'esso tollerato almeno finché non costituisce una minaccia per la socialità.

Per quanto riguarda il bere problematico sono poi rintracciabili varie tendenze: dalla trasgressione adolescenziale, all'abuso reiterato fino alla commistione alcol e droga. E secondo l'esperienza dell'Anonima Alcolisti, *“sempre più spesso l'alcolismo è associato ad altre forme di dipendenza; non c'è l'alcolista puro come poteva esistere prima”* (Testimone privilegiato n. 5).

Relativamente alla fascia giovanile, oltre a essere riscontrato che *“c'è molta associazione alcol e droga nei giovani”* (Testimone privilegiato n. 7) e che la tendenza a unificare in un solo contesto l'assunzione di droghe e alcol vada intensificandosi quasi a diventare una sorta di abitudine, è anche accertato che l'episodicità dell'ebbrezza e della ubriachezza coinvolge una quota che, pur essendo in proporzione minoritaria, è andata aumentando nel tempo. E come viene riconosciuto, anche se spesso *“si cercano solo i grandi numeri, anche i piccoli numeri sono importanti”* (Testimone privilegiato n. 8) e nel contesto si tratta sempre di cifre che vanno “oltre” e come tali non possono essere trascurate ma piuttosto considerate con estrema attenzione.

Nello specifico, il problema emergente e in aumento nell'universo dei giovani e giovanissimi riguarda infatti il “Binge drinking”, ovvero una modalità che contempla il consumo di almeno 5 bevande alcoliche in un'unica occasione; quasi una vera e propria sfida per mostrare di riuscire a reggere l'alcol o comunque di essere grandi. Fundamentalmente si tratta di un comportamento tipico della tradizione nord europea, quindi mutuato dai paesi del nord e come tale per certi aspetti frutto delle tendenze globalizzatrici del momento. Coinvolge prevalentemente i maschi ma di recente è sopraggiunta anche nel mondo femminile.

Il Binge drinker, cioè *“il bevitore occasionale in eccesso, è l'importazione di una modalità nordica, una figura tra l'altro molto legata alle stragi del sabato sera”* (Testimone privilegiato n. 7) che pur non essendo assimilabile allo standard dei giovani italiani, ugualmente va radicandosi.

Il sabato sera infatti per i giovani è il momento clou da destinare all'alcol; mentre il venerdì e la domenica pur riscontrando un notevole consumo di alcol, ne registrano comunque un livello meno elevato.

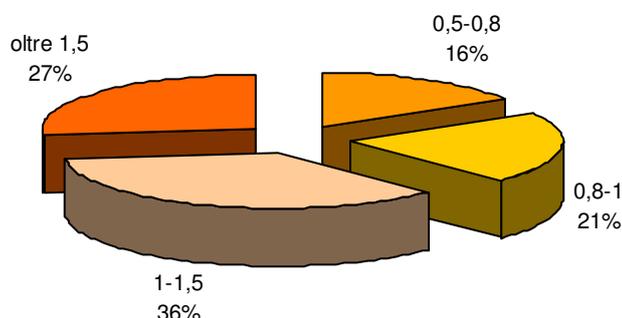
1.1 Il quadro dell'Osservatorio Permanente delle Stragi del sabato sera

Le informazioni provenienti dall'Osservatorio Permanente delle Stragi del sabato sera che raccoglie e elabora i dati della Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri, si rivelano in proposito alquanto esemplari. Si tratta di dati aggiornati in tempo reale che danno il quadro dell'attività di controllo delle Forze dell'Ordine sulle strade al fine di contrastare il fenomeno degli incidenti stradali e abuso di alcol.

Rifacendosi agli ultimi dati disponibili⁶⁹, è possibile constatare che nell'arco dei primi mesi del 2007 la distribuzione dei conducenti risultati positivi alla prova dell'etilometro secondo il tasso alcolemico è la seguente:

⁶⁹ Questi dati sono stati messi gentilmente a disposizione dal dott. Antonio Giannella, Direttore del Servizio Polizia Stradale del Viminale nel corso dell'intervista realizzata in data 10.09.2007.

Figura 2 – Conducenti positivi all’etilometro secondo il tasso alcolemico. ITALIA
Periodo 01/01/2007 – 31/08/2007 (distribuzione percentuale)



Come evidenzia il grafico, dei 19.581 conducenti risultati positivi (pari al 13% circa del totale dei conducenti fermati) la quota maggiore (pari a circa il 36%) ha un tasso alcolemico che va dal doppio al triplo di quello consentito per legge ed addirittura circa 1 persona su 4 più del triplo: nell’insieme dunque circa 6 persone su 10 risultano avere un tasso di alcolemia che è almeno il doppio di quello consentito alla guida.

Prendendo in considerazione le distribuzioni marginali di questa variabile secondo il genere, non si notano grosse differenze, se non una quota leggermente più bassa per le donne (pari al 21%) con un tasso alcolemico superiore ad 1,5 grammi per litro (g/l): un valore che differisce rispetto a quello dello stesso periodo dell’anno precedente, in cui si registrarono tra l’altro quote analoghe di conducenti per entrambi i sessi (circa il 30%).

Relativamente alla fascia d’età, nella classe che va dai 18 ai 22 anni sono stati fermati complessivamente 21.102 persone e di queste il 12% circa è risultato positivo; in quella poi immediatamente superiore, dai 23 ai 27 anni, la quota di positivi cresce sensibilmente arrivando al 15,4%.

A prescindere invece dall’età, il dato sul livello di alcolemia in relazione all’ora in cui viene effettuato il controllo, dimostra ampiamente come le prime ore della notte siano quelle in cui si concentra il maggior numero di casi con livelli di alcolemia superiori ad 1 g/l.

Dal confronto poi tra le attività di controllo nei primi otto mesi del 2006 e del 2007, emerge che nonostante il notevole incremento di conducenti controllati che passano da 83.087 del 2006 a 153.565 del 2007, con un aumento quindi dell’85% dei controlli, rimane più o meno costante sia la proporzione tra uomini e donne controllate (laddove su 100 controllati 80 sono uomini) sia la percentuale di persone che risultano avere un tasso alcolemico superiore a quello consentito dalla legge: il 15% circa nel 2006 e il 13% nel 2007.

1.2 La multidimensionalità della problematica

Considerando il quadro nel suo complesso, vi è ampio consenso nel ritenere che l’andamento dei consumi alcolici è oggi come oggi condizionato essenzialmente dai processi socio-culturali ed economici complessivi, i quali oltretutto sembrano incidere non solo sui mutamenti dei consumi ma anche sul cambiamento dei gusti degli italiani.

In proposito viene indicato che *“il problema è qualitativo e quantitativo. I consumi di alcol si dirigono per gli adulti più alla qualità che alla quantità: se possono gli italiani bevono bene. I giovani invece non possono permettersi di comprare alcolici di qualità, non hanno cultura del vino e non hanno avuto un’educazione al gusto, e l’educazione al gusto è una parte importante nel consumo delle bevande alcoliche. E così i dati danno un aumento del consumo di birra nei giovani”* (Testimone privilegiato n. 3). Peraltro, al riguardo avanza la precisazione che *“il consumo di birra aumenta non nei giovanissimi, ma in quelli che gli statistici chiamano ‘giovani*

adulti', dai 25 ai 39 anni, e con differenze interregionali: ad esempio, la Sardegna che beve il doppio delle media italiana di birra, ha un consumo di 68, mentre nel Lazio, che è di fronte alla Sardegna, siamo a 20. L'italiano adulto invece ha migliorato la modalità del bere: la gente beve meno ma più di qualità" (Testimone privilegiato n. 9).

Nello specifico dei giovani prevale comunque il ritenere che *"oggi, che è tutto anticipato - basti pensare ad esempio che i ragazzi vanno a mangiare la pizza da soli a 10 anni - c'è un doppio problema; un problema più grosso che mutuiamo dai paesi del nord Europa: si è abbassata l'età in cui i ragazzi cominciano a bere e la bevanda alcolica per i giovani e giovanissimi è la birra. Senza trascurare inoltre che i ragazzi cominciano a bere durante il giorno"* (Testimone privilegiato n. 8). Tra l'altro *"la birra notoriamente dà un'ubriacatura diversa da quella del vino: paradossalmente è più pericolosa"* (Testimone privilegiato n. 3). Complessivamente, quindi *"il fenomeno è preoccupante perché è un'abitudine che si instaura quando ancora non sei formato"* (Testimone privilegiato n. 8) dunque sei fisiologicamente più vulnerabile.

Oltretutto si tratta di una modalità approdata negli ultimi tempi anche nell'universo femminile all'interno del quale si rileva infatti una progressiva diffusione del bere fra le adolescenti e le ragazze, di carattere principalmente occasionale che però non è equivalente, né significa morigerato. Anzi, in certi casi viene osservato che al momento *"ancor più tra le ragazze giovani c'è un aumento dei consumi e un peggioramento degli stili di consumo, mentre fino a 10 anni fa le ragazze italiane erano le più virtuose"* (Testimone privilegiato n. 9) e inoltre *"erano un freno all'esuberanza dei ragazzi"* (Testimone privilegiato n. 4).

Il fenomeno è dunque variegato e complesso e *"quello che a volte non è compreso in tutta questa vicenda è che cambiano certi aspetti del manifestarsi di questo rapporto tra i più giovani e l'uso di alcolici: si cambiano le bevande, si cambiano i tempi, si cambiano le occasioni delle assunzioni"* (Testimone privilegiato n. 6).

Nel quotidiano *"coi giovani pazienti quando si fanno le cartelle cliniche si chiede: bevi? Loro rispondono: no! Poi magari la sera bevono tre birre o quattro ma una volta ogni tanto. E questo cosa vuol dire? Che è un fenomeno fortemente sociale, non un costume, un'abitudine alimentare"* (Testimone privilegiato n. 3).

Di fatto, gli stili di consumo sono caratterizzati per lo più dalle dimensioni dello spazio e del tempo in cui si collocano i consumi, e ciò a sua volta rimanda ovviamente al significato, ovvero al valore d'uso che gli stessi consumatori gli attribuiscono.

Se nell'affrontare la problematica non si può dunque prescindere dal considerare i nessi fra i percorsi individuali, i processi di costruzione sociale della realtà e il contesto oggettivo, ugualmente non si può trascurare che lo stile di vita complessivo adottato in base a una propria scelta personale è comunque anche il frutto della trasmissione di memorie e costumi familiari ereditati, dell'indirizzo familiare globale, ma sempre più anche di suggestioni e pressioni dell'ambiente sociale nel suo insieme. E in questi termini *"i giovani sono l'espressione di un problema multifattoriale"* (Testimone privilegiato n. 6).

2. I FATTORI CAUSALI PRINCIPALI

Nel tentare di comprendere il rapporto giovani e alcol, allo stato attuale delle cose e visto quanto finora evidenziato, l'attenzione dovrebbe indirizzarsi sostanzialmente sullo stile del bere giovanile e in particolare sul *bere a rischio*, la cui modalità prevalente consiste in un consumo di alcolici eccessivo che prescinde dal piacere del gusto. Nel contesto il problema principale infatti *"è la modalità del bere più che il bere in assoluto"* (Testimone privilegiato n. 8).

In proposito gli interrogativi sono molteplici e benché rimandino in maniera quasi immediata al senso e al significato che i giovani attribuiscono a un simile consumo, all'origine sembra comunque imprescindibile chiedersi essenzialmente *il perché*.

Se i giovani sono sempre gli stessi, perché oggi l'attitudine, il bisogno, il desiderio, la voglia, la fantasia o altro ancora, riguardo alle bevande alcoliche ha contorni così nuovi?

La multidimensionalità della problematica implica inevitabilmente il sussistere di una pluralità di fattori causali e più che plausibilmente di cause composte, plurime e/o concause.

Come ampiamente riconosciuto, *“è impossibile individuare una causa e una causa prima difficilmente si individua perché se si individuasse basterebbe intervenire su quella”* (Testimone privilegiato n. 5).

Nella nostra cultura il bere è radicato da sempre nella quotidianità e nelle diverse forme di socialità: *“si beve in famiglia, tra amici, è un rito, lo fanno tutti”* (Testimone privilegiato n. 5). Inoltre, non si può negare che ad esso *“gli diamo prevalentemente un messaggio positivo nei nostri contesti di vita sociale e familiare, così i ragazzi nascono e crescono con una visione positiva”* (Testimone privilegiato n. 6). Di fondo, *“l’Italia ha una concezione per cui il vino è sacro ed è collegato agli eventi felici delle persone, per cui come fare all’improvviso a farlo diventare il demone”* (Testimone privilegiato n. 7) a dare rilievo alle sue valenze negative?

Tra l’altro, proprio l’iniziazione al bere avviene di solito in famiglia o comunque in ambito familiare.

Nell’insieme è dunque sia evidente che tangibile come e quanto il consenso sociale che riceve il consumo di bevande alcoliche sia totale e di conseguenza come spesso sia difficile discernere. Tra i molti *“il classico esempio è la gita scolastica: i ragazzi si ubriacano e fanno casino e ho esperienza di genitori che sono andati a lamentarsi perché i ragazzi si sono ubriacati ma poi in fondo per tutti era ... una ragazzata”* (Testimone privilegiato n. 6). Tanto è vero, come dichiarato, *“il più grande sforzo che ci accomuna è spezzare questa catena della bravata legata all’alcol, perché la bevuta occasionale in eccesso si vede proprio come una bravata a differenza della droga che è un illecito”* (Testimone privilegiato n. 7) banalizzando così un comportamento che è comunque a rischio.

All’interno del mondo giovanile la funzione dell’alcol sembra per lo più rimandare a ciò che le bevande alcoliche esprimono simbolicamente, ovvero per certi aspetti al valore dei legami sociali. In particolare, esse favoriscono, rafforzano, ristrutturano o riparano i legami interpersonali, consolidano l’identità di gruppo, alimentano il senso di appartenenza e così di sicurezza.

Tanto è vero il consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani si verifica quasi sempre in compagnia dei coetanei ed è un’esperienza considerata piacevole specie perché, a livelli diversi, facilita i rapporti sociali.

Coralmente viene appunto sostenuto che oggi come oggi i ragazzi bevono soprattutto per socializzare: *“l’alcol è socializzante e la gente si incontra così. La socializzazione dei giovani è legata all’incontrarsi e non a stare a sedere in un posto, rilassati. Sono tutte abitudini importate. In Italia non è sempre stato così: venti anni fa, ad esempio, i superalcolici non li conosceva nessuno. Non è imitazione perché l’imitazione è individuale; è emulazione che riguarda i comportamenti sociali, culturali: interi blocchi di persone si conformano a dei modelli esterni. E questi modelli sono dovuti al fatto che prima i giovani, tra le altre cose, non avevano tutto questo tempo libero”* (Testimone privilegiato n. 3).

Sostanzialmente infatti *“il bere è legato al tempo libero, a fenomeni di gruppo e diventa un modo sbagliato di socializzare”* (Testimone privilegiato n. 1).

Come tale esso si connota dunque come fenomeno relazionale. Tra l’altro, per certi aspetti trova anche la sua origine, *“nasce da una difficoltà a relazionarsi con gli altri. La relazione spesso è legata a un confronto, a una competizione eccessiva con gli altri, per cui la sostanza alcolica che crea uno stato alterato a un certo punto fa sentire più forti e più potenti”* (Testimone privilegiato n. 1) o semplicemente disinibiti. E laddove questo non fosse così necessario, in ogni caso *“l’alcol soddisfa il bisogno di sentirsi a proprio agio”* (Testimone privilegiato n. 5) di superare quel senso di inadeguatezza e inquietudine che, in un tempo così avaro di certezze e sicurezze, pervade sempre più l’universo giovanile.

In relazione a ciò, trova quindi spazio anche la tesi secondo la quale *“il boccale di birra per i ragazzi è un oggetto transazionale, come la copertina per Linus: accompagna e rassicura”* (Testimone privilegiato n. 3).

Come sostenuto all’unisono, su questa nuova tendenza dei giovani certamente ha inciso in maniera forte e sostanziale anche il fatto che *“la disponibilità economica è aumentata nel mondo giovanile”* (Testimone privilegiato n. 6) mentre *“prima i giovani non avevano una lira. E per fare queste cose bisogna poterselo permettere”* (Testimone privilegiato n. 3).

Rifacendosi al verosimile contesto complessivo prevalente è così quasi immediato domandarsi che *“se oggi un ragazzino di 12, 14 o 16 anni ha tutto il mondo della telefonia, dell’elettronica, motorini e macchine... di quanto dispone allora per fare scelte economiche che lo portano all’alcol?”* (Testimone privilegiato n. 2).

La risposta non è né scontata né lineare, tuttavia è indubbio che al confronto di qualche decennio fa, in effetti *“le disponibilità economiche sono maggiori, basti pensare agli spostamenti biblici che i ragazzi fanno oggi per passare la notte in discoteca, ad esempio da Milano a Rimini”* (Testimone privilegiato n. 4). Una “paghetta” standard degli anni ‘80 o ‘90 sarebbe sicuramente insufficiente.

Di fatto, *“tutte le volte che aumenta la disponibilità economica, aumenta il costume”* (Testimone privilegiato n. 3).

Nonostante le diverse e maggiori possibilità e opportunità, in tutti i sensi, che sono a disposizione, le aspirazioni e i desideri principali dei giovani, con molta probabilità, rimangono *naturalmente* quelli di sempre, ovvero la ricerca di un’identità propria, l’indipendenza e la sicurezza in se stessi. Il problema emerge quando la ricerca per la loro soddisfazione è, o diventa, in sé sbagliata.

Nello specifico allora forse *“bisogna chiedersi perché oggi i giovani hanno necessità di sballare, perché hanno necessità di trovare soddisfazione e gratificazione artificiale altrove”* (Testimone privilegiato n. 9) in un’altra dimensione; bisogna cercare di capire *“cosa genera il costume e intervenire lì”* (Testimone privilegiato n. 3).

Alla consapevolezza che non esiste, né è rintracciabile un’unica risposta si affianca il ritenere unanime che allo stato attuale delle cose la questione vada collocata nella complessità delle dinamiche sociali e relazionali fra i molteplici attori sociali coinvolti (adulti significativi, famiglia, scuola ...) chiamando in causa il sistema dei valori e il sistema di potere. Più voci non esitano a sottolineare che *“prima sul bere c’era un gran controllo sociale, oltre a meno disponibilità economica, per cui i ragazzi erano tenuti maggiormente sotto controllo”* (Testimone privilegiato n. 8) oggi invece sono meno seguiti e controllati.

In quest’ottica diventa quindi sia opportuno che necessario incentrare la riflessione sul nostro contesto culturale e temporale nel quale determinate variabili sempre più frequentemente condizionano l’esperienza giovanile, trasformando spesso il disagio da condizione fisiologica, costitutivo dell’età stessa, in mal-essere, talvolta anche grave.

In questo senso, oggi il binomio giovani e alcol può essere allora tratteggiato anche come *“la rappresentazione della ricerca del disagio. Abbiamo tolto il disagio ai giovani e è stato un grande sbaglio. Togliere il disagio ai giovani è stata un’invenzione degli ultimi 25 anni, prima esisteva ma era un aiuto all’educazione: si è cresciuti col disagio e con la voglia di risolvere il disagio. Questa eliminazione del disagio, del darsi da fare, del fare sacrifici è anche l’eliminazione della palestra di cui i giovani hanno bisogno per crescere. Non avendola, abusano e questo ricorso all’alterazione quindi è quasi naturale”* (Testimone privilegiato n. 10).

L’interconnessione fra il ritrovarsi a fare esperienza di una realtà evanescente e l’attraversarla mediante percorsi accidentati è difatti sia forte che palese. E al di là della sua intensità di presenza, segnala già di per sé una domanda di senso che il mondo giovanile pone spesso contraddittoriamente e nonostante tutto con fragilità.

D’altra parte l’offerta, specialmente familiare, di indicazioni e opportunità che aiutino a diventare soggetti attivi nella formazione di una consapevolezza emotiva, nella elaborazione di una progettualità personale e nello sviluppo di una relazionalità equilibrata e soddisfacente è sempre meno adeguata o comunque insufficiente.

Oltre a ciò, la funzione di contenimento e controllo esercitata in famiglia è più flebile. Tanto è vero, benché sia naturale che i giovani nella ricerca di un’identità propria tendano a oltrepassare i binari segnati dai genitori, essi hanno comunque sempre meno la percezione di essere controllati e monitorati dai propri genitori. Per certi aspetti alla loro trasgressività fa eco una dose di permissività prima sconosciuta. Emblematico è il rilevare, ad esempio, che *“in qualche caso i genitori si sono lamentati poiché è stata tolta la patente al figlio che era ubriaco”* (Testimone privilegiato n. 4). Genitori dunque pronti a difendere e giustificare i figli sempre e comunque.

Tra l’altro per avere una posizione personale equilibrata e determinata rispetto al bere alcolici è fondamentale avere un’informazione completa e corretta che proceda di pari passo a una effettiva

educazione alla salute. E oggi un problema forte è proprio che *“nessuno parla ai giovani dei rischi dell’assunzione: la famiglia non gli parla, la scuola non gli parla, la parrocchia e i medici non gli parlano... nessuno dice niente. Non è colpa dei ragazzi se la scuola-guida non gli dice che non devono guidare quando hanno bevuto con gli amici. Manca la capacità di dare messaggi della percezione del rischio. A scuola quando fanno le gite scolastiche se fumano uno spinello succede il pandemonio ma se si ubriacano è normale”* (Testimone privilegiato n. 6). Quasi come dire: ‘meglio l’alcol della droga’, trascurando in primo luogo che l’alcol ha ugualmente effetti negativi devastanti di per sé e soprattutto in relazione all’età e quindi alla fase di crescita dei ragazzi, e in seconda battuta banalizzando così i comportamenti a rischio.

Peraltro l’informazione sui rischi e i danni provocati dall’alcol oltre a essere carente spesso è anche impropria e ciò è imputabile soprattutto alle pressioni sociali al bere e all’azione dei media e delle pubblicità.

In pratica, l’alcol è un elemento dell’offerta del mercato e il bere viene pubblicizzato per lo più come una sorta di realizzazione: *“esistono pressioni dal mondo della produzione così ben congegnate che non dipendono dai giovani”* (Testimone privilegiato n. 6). E l’aspetto vincente è da rintracciare soprattutto nel messaggio di positività e di successo che viene trasmesso.

Oltretutto l’alcol essendo una sostanza che può provocare uno stato di profonda alterazione psicofisica da molti viene considerato un valido sostituto della droga e in più *“è facilmente accessibile a differenza della droga, poiché è una sostanza lecita, non come la droga”* (Testimone privilegiato n. 5) ovvero è sia legale che socialmente accettata. Senza mezzi termini, *“l’alcol è l’unica droga legalizzata”* (Testimone privilegiato n. 10).

Peraltro, dato il diffuso bisogno di ridurre le tensioni della vita quotidiana dove principalmente *“i problemi e le difficoltà sono la mancanza di possibilità di gratificazione vera, di avere la possibilità di potersi esprimere, non essere sempre gregari”* (Testimone privilegiato n. 10) la via così reclamizzata per uscire da un’immagine che spesso costringe e mortifica, trova terreno fertile con estrema facilità.

La televisione proponendo la normalizzazione del bere così come il connubio di immagini di successo e consumo di alcol, al di là della qualità del prodotto, di fatto incentiva l’uso di alcolici e allo stesso tempo contribuisce a minimizzare l’azione che l’alcol può avere sullo stato di salute e la sicurezza sia personale che sociale. Tanto è vero, è fondamentale *“distinguere la pubblicità dall’imbroglio commerciale. Quelli che assicurano la sicurezza totale di certi prodotti sono solo imbrogli commerciali! La sicurezza totale non esiste. Nella vita l’unica sicurezza totale è che un giorno si morirà”* (Testimone privilegiato n. 10).

Il dilagare nel mondo giovanile di una *“cultura disagiata”* oscillante tra l’illusione della scelta e del protagonismo e le coazioni imposte dalla realtà potrebbe quindi derivare quasi di conseguenza. E il contrapporsi e il contrastare che talvolta i giovani esprimono, oggi potrebbero avere forse più i connotati della delusione piuttosto che della rivolta.

In un contesto dove c’è di tutto di più, ciò che è più sofferto o è ragione di insoddisfazione sembra allora da rintracciare, per certi aspetti paradossalmente, proprio *“nella mancanza di ‘altro’, nella carenza di altri valori”* (Lopez – Tossicologia Forense - Dipartimento di Medicina Legale, 9/10/2007). In un vuoto oltretutto occupato, o comunque coperto *“da tutto un indottrinamento culturale, etico e morale. Esistono grandi condizionamenti dei mezzi: quella è l’estetica e quello bisogna essere. Ma i giovani non saranno mai quelli che dovrebbero essere per diventare ricchi, belli, avere successo e si crea così un’alienazione tremenda: bere è il minimo che possono fare”* (Testimone privilegiato n. 10)

Secondo quanto osservato complessivamente, l’improprio bere giovanile sembrerebbe dunque includere una forte dimensione interazionale, collocarsi come interfaccia fra l’interno e l’esterno, lo psichico e il sociale. Ciò che più che altro lo determina sarebbe pertanto da rinvenire nel vissuto soggettivo, nel vissuto della persona in relazione a se stessa e al contesto in cui è inserita e la circonda.

In realtà *“alla fine tutto l’insieme di questi aspetti:*

- la disponibilità economica aumentata;
- le pressioni dal mondo della produzione;
- il non parlare dei rischi dell’assunzione;

- le nostre tradizioni;
- il nostro modo di essere;
- la globalizzazione;
- gli interessi economici;
- le trasformazioni socio economiche;
-

portano a questa situazione che è sotto gli occhi di tutti, ma non dobbiamo essere riduzionisti nel voler attribuire ai ragazzi la responsabilità di tutto questo. I modelli comportamentali dei giovani oggi sono strettamente correlati con quelli degli adulti” (Testimone privilegiato n. 6).

La condizione giovanile, infatti, non è altro che lo specchio di quella adulta, all’interno della quale peraltro il ridursi progressivo dei confini tra normalità e devianza diventa oggi sempre più diffuso o per lo meno legittimato. In altre parole, secondo una espressione alquanto efficace, i giovani non sono altro che il prodotto più rappresentativo del mondo adulto: il “distillato”⁷⁰.

Da ciò consegue che “gli adulti se vogliono farsi carico di questo problema, prima di guardare i ragazzi devono guardare se stessi: il primo punto è questo. Piuttosto del nostro approccio normativo e giudicante di voler cambiare il comportamento degli altri, tu, adulto: comincia da te” (Testimone privilegiato n. 6).

I giovani sono sempre gli stessi ma senza dubbio sono anche figli di questo sostanziale mutamento etico-culturale in cui sono chiamati a vivere e del quale è necessario considerare sia i benefici e le potenzialità che gli svantaggi e i rischi correlati.

3. I FATTORI PROBLEMATICI PRINCIPALI

Com’è noto e riconosciuto anche nell’immaginario collettivo, almeno in prima approssimazione, l’alcol non è una bevanda come le altre, tuttavia la sua ambivalenza fa sì che non venga percepito o ritenuto a pieno come una sostanza potenzialmente dannosa.

Entrando specificatamente nel merito invece, secondo il Rapporto sulla salute dell’O.M.S⁷¹, l’alcol provoca il 10% di tutte le malattie, il 10% dei tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, ma anche il 41% degli omicidi e il 45% degli incidenti stradali, il 9% delle invalidità e delle malattie croniche.

Nel complesso la lista delle malattie la cui insorgenza può essere favorita da un consumo anche moderato di alcol, stilata dall’O.M.S arriva a elencare addirittura 60 fattispecie.

Rispetto ai giovani sono stati poi registrati, nella fascia di età 15-29 anni, 55.000 morti sotto l’effetto dell’alcol. In Italia, il 40% degli incidenti mortali dovuti a stato di ebbrezza costituiscono anche la causa del 46% delle vittime tra i 14 e i 24 anni.

I costi annuali sociali e sanitari sostenuti a causa di problemi collegati all’alcol, sempre secondo l’OMS, si stimano poi tra il 2 e il 5% del prodotto interno lordo. Complessivamente nel 2004 il costo economico, sanitario e sociale è ammontato a 33 miliardi di euro, pari al 2,5% del Pil.

Nell’insieme si tratta di dati che parlano da sé e manifestano chiaramente l’azione che l’alcol può avere.

Rifacendosi poi a un’esperienza diretta il quadro acquisisce contorni anche più sostanziali e angoscianti: “*riflettendo sugli effetti negativi... arrivavo ad abbrutirmi, separarmi dalla realtà, dalla famiglia, gli amici, il lavoro, fino a ritrovarmi tutto solo, rinchiuso in me stesso senza capire neanche il perché. Non riuscivo ad attribuire una colpa all’alcol; vivevo questa vita senza rendermi conto che cosa mi stava accadendo. Poi tanti altri effetti... sul fegato, incidenti stradali e non ricordarsi cosa si è fatto la sera prima... l’alcol ha effetti devastanti!*” (Testimone privilegiato n. 5).

Fondamentalmente infatti “*l’alcol produce tre effetti negativi: uno relativo ai comportamenti individuali, uno al comportamento sociale e l’altro fisico. Gli effetti negativi sul fisico sono abbastanza noti anche se ci vogliono dei cofattori. I comportamenti individuali: principalmente l’alterazione del carattere e dell’umore. I comportamenti sociali, che sono pericolosissimi, vanno*

⁷⁰ Luc Thibault, *Lettera aperta sui giovani e l’alcolismo*, http://www.ariannaeditrice.it/articolo.php?id_articolo=14615

⁷¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Health Report*, 2002.

dalla violenza, alla perdita di controllo, alla guida in stato di ebbrezza...” (Testimone privilegiato n. 3).

Relativamente agli effetti negativi sul fisico, benché non sia immaginabile che tutti conoscano tutte le 60 malattie che possono derivare da un uso almeno improprio di alcol, effettivamente diverse di esse sono in genere abbastanza note, specie la cirrosi epatica. Tuttavia, essendo la platea dei consumatori oltre che ampia, varia e considerando che secondo l'ultimo rapporto dell'Eurobarometro⁷², 1 ragazzo su 5 dichiara apertamente di bere per ubriacarsi, è presumibile che la forte e vasta pericolosità di una simile prassi non sia poi così conosciuta o per lo meno percepita a pieno.

Riguardo all'alterazione del carattere e dell'umore, sebbene sia ciò che per lo più i giovani ricercano, come osservato in precedenza, per sentirsi più sicuri, disinibiti e avvertire un maggior senso di socializzazione, bisogna evidenziare che superata la fase di euforia iniziale, l'alcol agisce come potente depressivo.

Peraltro, senza il pieno controllo del comportamento e quindi con una percezione del rischio più che limitata, la probabilità di esporsi a azioni o comportamenti potenzialmente dannosi verso sé e verso gli altri diventa elevata. La recente evidenza empirica⁷³ della mortalità giovanile a causa del bere attestate che il 25% dei decessi dei giovani tra i 15 e i 29 anni è legato al consumo a rischio di alcol, oltre che drammatica è indicativa e in maniera esemplare: 1 giovane su 4 di fatto muore per abuso di alcol. Infatti, come *“è dimostrato da anni, i bevitori occasionali, in eccesso e binge drinker, più sono giovani e più sono pericolosi e i danni nel senso del prezzo che la società paga sono molto alti in termini non solo economici ma emotivi”* ((Testimone privilegiato n. 7).

Nonostante l'oggettività angosciante, la consapevolezza personale rimane comunque insufficiente e ciò, come sostenuto all'unisono, è da imputare soprattutto al fatto che *“il giovane non ha l'idea, il concetto di 'rischio'. Per esempio, a una ragazza interessa di più il problema della cellulite perché è immediato piuttosto che il tumore dopo 20 anni”* (Testimone privilegiato n. 9).

Oltretutto a una eventuale domanda su quale sia la quantità giornaliera di alcol adeguata, ovvero effettivamente non pericolosa, non corrisponde una risposta univoca poiché non si può stabilire dei parametri che siano validi per tutti; l'unica certezza è che non esiste una quantità 'sicura' di alcol: i rischi sussistono per qualunque livello di consumo. Al massimo si può dunque parlare nei termini di quantità a basso o alto rischio.

In questo senso, la nozione di “livello di problematicità accettabile” spesso avanzata magari nel tentativo di stimolare una maggiore consapevolezza nei confronti del bere o in altri casi a giustificazione di una realtà difficile da contenere, si rivela impropria oltre che priva di significato. Con molta probabilità essa serve solo a nascondere un sentimento di impotenza rispetto a un qualcosa che non si sa come affrontare al meglio e così quasi neanche nominare; in ogni caso, genera perplessità se non addirittura dissenso.

Volendola inquadrare *“il livello di problematicità accettabile è un'extrapolazione sociologica. Ma cosa significa?”* (Testimone privilegiato n. 3). Al riguardo, effettivamente *“si può dire di tutto e il contrario di tutto. Lascia perplessi. Non saprei cosa dire, rimango attonito. Non ha senso”* (Testimone privilegiato n. 5).

Eventualmente *“dipende da chi lo dice: lo possiamo accettare come obiettivo a breve o medio termine. Se è chiaro dove stiamo andando ha un senso, ma non è certo quello l'obiettivo”* (Testimone privilegiato n. 6).

In qualunque modo, *“qual è il senso? Perché la chiamano accettabile? La problematicità è già di per sé non accettabile. Bere tanto soltanto una sera la settimana, non è problematico? E è accettabile? Problematicità accettabile è un concetto che non esiste”* ((Testimone privilegiato n. 7).

Come ampiamente dimostrato e documentato, ognuno infatti reagisce all'alcol in maniera del tutto personale, in base al proprio stato di salute complessivo sul quale però incidono sempre e soprattutto i fattori strutturali individuali, specie l'età e il genere sessuale, nonché le modalità di assunzione.

⁷² vedi nota n. 7.

⁷³ rilevata sempre dall'Eurobarometro (*Attitudes toward Alcohol*, Eurobarometer, 2007).

Di conseguenza non esistono limiti di basso consumo concepibili più sicuri di altri. Ad esempio, *“anche in termini di incidentalità, sia essa stradale o del lavoro, l’assenza di rischio corrisponde soltanto a nessun consumo. Per quanto riguarda la guida in particolare, al solito, le scelte sono legate ai dati statistici e la statistica finora ci dice che solo da 0,5 g/l il rischio diventa esponenziale, per questo motivo si è posto il limite a 0,5. Cioè fino a 0,5 g/l i rischi sono di un certo tipo, sono considerati accettabili e possono permettere di guidare, sopra 0,5 g/l invece no. Ma non è vero che per alcolemie più basse non vi sia rischio. Forse solo quando avremo dati statistici più significativi per le fasce di alcolemia basse, se ci sarà una volontà comune, allora si potrà passare a 0,2 oppure a 0,1 o a 0 g/l”* (Testimone privilegiato n. 7).

Alla luce di ciò, anche se il limite di legge di 0,5 grammi per litro quindi *“non è scelto a caso poiché se si prendono tutti i test di farmacologia si vede che cominci ad avere alterazioni del comportamento e quindi di instabilità alla guida che partono tutti da 0,5”* (Testimone privilegiato n. 8) ugualmente il livello di prestazioni psicomotorie e di abilità di guida possono diminuire, risultare compromesse, già con valori inferiori, pure prossimi allo zero, tanto che nell’eventualità sarebbe davvero auspicabile *“togliere la possibilità di guidare”* (Testimone privilegiato n. 9).

Principalmente gli effetti sulla capacità di guida dopo l’assunzione di alcol, in relazione al tasso di alcolemia, sono i seguenti:

Alcolemia	Effetti sulla guida
0,2	Iniziale tendenza a guidare in modo più rischioso, i riflessi sono disturbati leggermente e AUMENTA la tendenza ad agire in modo imprudente in virtù di una riduzione della percezione del rischio. I tempi di reazione incominciano ad essere rallentati
0,4	Rallentano le capacità di vigilanza ed elaborazione mentale; le percezioni ed i movimenti o le manovre sono eseguiti bruscamente con difficoltà di coordinazione
0,5 limite legale	Il campo visivo si riduce prevalentemente a causa della riduzione della visione laterale; si verifica al contempo la riduzione del 30-40 % della capacità di percezione degli stimoli sonori, luminosi e uditivi e della conseguente capacità di reazione
0,6	I movimenti e gli ostacoli vengono percepiti con notevole ritardo e la facoltà visiva laterale è fortemente compromessa
0,7	I tempi di reazione sono fortemente compromessi; l’esecuzione dei normali movimenti attuati alla guida è priva di coordinamento e confusa
0,9	L’adattamento all’oscurità è compromesso accompagnandosi alla compromissione della capacità di valutazione delle distanze, degli ingombri, delle traiettorie dei veicoli e delle percezioni visive simultanee (di due autoveicoli se ne percepisce solo uno)
1	EBBREZZA manifesta, caratterizzata da euforia e disturbi motori che rendono precario l’equilibrio. È manifesta l’alterazione della capacità di attenzione, con livelli di capacità visiva minima e tempi di reazione assolutamente inadeguati. È estremamente difficile in tale condizioni saper affrontare gli imprevisti in modo adeguato e maggior tendenza alla distrazione. Lo stato di euforia rende il conducente estremamente pericoloso ed imprevedibile; il comportamento alla guida si caratterizza attraverso sbandate volontarie, guida al centro della strada o in senso contrario, incapacità di valutazione della posizione del veicolo rispetto alla carreggiata. Le luci degli abbaglianti possono essere la causa determinante della perdita completa di un controllo già precario provocando un accecamento transitorio a cui segue un recupero molto lento della visione. Le percezioni sonore, quali quelle del clacson, vengono avvertite con grande ritardo
> 1	Lo stato di euforia viene sostituito da uno stato di confusione mentale e di totale perdita della lucidità con conseguente sopore e sonnolenza molto intensa

Fonte: E. Scafato, R. Russo, *Osservatorio Nazionale Alcol – OSSFAD*, 2004

Come è possibile presupporre il rischio di incidente stradale e il tasso alcolemico sono strettamente correlati: la probabilità del primo aumenta con il crescere dell’alcolemia. E come

dimostrato dall'Osservatorio Nazionale Alcol – OSSFAD dell'Istituto Superiore di Sanità, il rischio di incidente grave cresce in maniera esponenziale all'aumento del tasso alcolemico: fatto pari a 1 il rischio di quando si è sobri, cresce a 380 quando il tasso alcolemico è pari o superiore a 1,5 g/l: in pratica, l'incidente grave non è più solo molto probabile, ma addirittura quasi sicuro. Anche semplicemente con valori compresi tra 0,5 e 0,9 g/l il rischio è 11 volte superiore. Già assumendo un quantitativo di alcol al di sotto del limite legale (0,5 g/l) il rischio di incidente grave aumenta passando da 1 a 1,4.

Nell'ottica della tutela della salute e della sicurezza, il tasso alcolemico decretato pertanto *“legislativamente ha implicazioni enormi. Lo Stato autorizza la gente a bere fino a 0,5 e espone lei e tutti gli altri ai suoi rischi. Lo 0,5 è sì grandemente ridotto ma non è zero: anzi, è sempre tre volte rispetto al normale”* (Testimone privilegiato n. 6).

Al fine di evitare incidenti e morti a causa dell'alcol l'unica strada sicura è quindi astenersi dal bere: *“se guidi non devi bere né assumere droghe, devi essere negativo, non puoi essere positivo. È anche una questione di senso civico: la macchina è come un'arma e quando guidi puoi fare male ad un altro”* ((Testimone privilegiato n. 7).

Al dover riconoscere che nonostante tutto *“un minimo di alcol lo puoi trovare anche se ti sei mangiato un cioccolatino”* (Testimone privilegiato n. 8) si affianca comunque un forte invito complessivo a riflettere fattivamente sull'efficacia delle norme in vigore per contrastare il fenomeno della guida in stato di ebbrezza.

Le recenti disposizioni⁷⁴ che aboliscono il carcere (fino a un mese) nel caso di tasso alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 g/l e prescrivono l'applicazione solo di ammende pecuniarie e la sospensione della patente da 3 a 6 mesi, prevedendo l'arresto per valori di tasso alcolemico maggiore, ovvero superiore a 0,8 g/l, suscitano forti interrogativi, per lo meno sul perché. Oltretutto proprio quando il Parlamento Europeo richiede che vengano inasprite le sanzioni per chi guida in stato di ebbrezza per contribuire a innalzare efficacemente i livelli di sicurezza stradale.

Peraltro a tale scopo, nel contesto la riflessione predominante si incentra invece sull'opportunità di abbassare ulteriormente il livello attuale di alcolemia consentito alla guida se non addirittura portarlo a zero. Certo, *“lo spostamento a zero del tasso alcolemico non è un tema che si può affrontare come organismo tecnico, ma va trattato a livello politico”* (Testimone privilegiato n. 4) e il suo impatto sarà positivo soprattutto se accompagnato da dibattiti pubblici e campagne informative efficaci.

Allo stato attuale delle cose, oltre che oggetto di un nuovo dibattito e confronto, il limite legale di alcolemia consentito alla guida dovrebbe comunque diventare davvero anche oggetto di dominio pubblico visto che, come dimostrano i dati dell'Eurobarometro, della popolazione italiana solo il 18% lo conosce mentre il 4% ne concepisce uno superiore a più del doppio e addirittura almeno 3 persone su 4 non ne hanno proprio idea⁷⁵. E da qui è evidente il perché in Italia si registri in assoluto uno dei più bassi livelli di conoscenza al riguardo.

4. LE SOLUZIONI POSSIBILI

Le evidenze empiriche disponibili e l'allarme sociale che riflettono, inducono fortemente a una riflessione senza indugi e ad ampio raggio sulle misure adeguate ed efficaci da adottare per l'effettiva tutela della salute e della sicurezza dei giovani.

La problematica infatti è così profondamente complessa che non esistono soluzioni semplicistiche, anzi *“le soluzioni sono più che difficili”* (Testimone privilegiato n. 5) tanto che la sola possibilità sembra sia farvi fronte con strategie altrettanto complesse e su più fronti.

Al momento però visto che si parla senza mezzi termini di 'allarme' sociale vero e proprio, serve urgente anche l'attuazione di iniziative e disposizioni capaci di arginare e contenere la questione nell'immediato.

Tra le diverse strade da imboccare, una via drastica indicherebbe di procedere come quando il mare è in tempesta: viene issata la bandiera e vietata la balneazione; ognuno riconosce il pericolo

⁷⁴ Vedi l'articolo 5 della legge n. 160 del 2/10/2007.

⁷⁵ *Attitudes toward Alcohol*, Eurobarometer, 2007.

potenziale e vi si adegua. In via di principio è presumibile che il problema verrebbe così risolto alla radice.

Tuttavia, laddove per il consumo di alcolici sussistono già politiche proibizioniste di qualsivoglia specie (limiti di età, fasce orarie, etc.) la problematica oltre a non essere stata mai superata, nel tempo sembra assumere paradossalmente contorni sempre più preoccupanti. Ad esempio *“al nord dove, oltre ad avere un consumo maggiore del nostro e concentrato nel venerdì e nel sabato, che è anche peggiore, hanno tutta una serie di complicanze come divieti, limitazioni orarie e fiscalità punitiva ma non riescono a modificare il comportamento”* (Testimone privilegiato n. 2).

Una rigida regolamentazione sull'accesso alle bevande alcoliche genera facilmente *“la smania del divieto. In Inghilterra già venti anni fa i minorenni facevano carte false per poter bere, così come per sicurezza tutti si facevano scorte di birra prima che subentrasse il divieto delle 23”* (Testimone privilegiato n. 9).

Proibire semplicemente infatti può avere un effetto contrario a quello auspicato in particolare con gli adolescenti e i giovani, per i quali in genere tutto è soggetto a critica e visto come un'esagerazione. All'unisono viene dunque sostenuto che *“l'elemento proibizionista delle culture del nord Europa facilita molto l'alcolismo nei giovani”* (Testimone privilegiato n. 3). E secondo l'esperienza diretta viene anche attestato che *“il proibizionismo non funziona proprio: nel momento in cui mi proibivano di comprare qualcosa come una birra, io mi arrabbiavo e me ne compravo cinque”* (Testimone privilegiato n. 5).

Al dissenso generale segue pertanto il monito riguardo a ciò che il semplice proibire potrebbe implicare, vale a dire il segnalare apertamente che *“se si va per divieti, e quindi per proibizioni, facciamo attenzione a cosa si mette in moto... posso sentirmi autorizzato a non essere educato finché non interviene il divieto: rispetto il divieto ma poi fuori dal divieto faccio quello che mi pare come reazione. Forse, al divieto scatta lo stimolo alla trasgressione. Inoltre, con il divieto non mi pongo altre domande. Lavorare sui giovani con divieti o minacce non porta a grandi risultati. È come dire: te non sei capace e quindi decido io”* (Testimone privilegiato n. 2).

In questo senso il provvedimento presente nella legge di riforma del Codice della strada (legge n. 160 del 2/10/2007) che vieta a partire dalle 2 di notte la vendita di bevande alcoliche in discoteche, night, pub e locali notturni in genere, al di là della bontà delle intenzioni, invece di risolvere una situazione potrebbe addirittura aggravarla. I giovani infatti possono sempre organizzarsi altrimenti e passate le 2 possono comunque trovare molti altri luoghi dove poter bere senza limiti. Per certi aspetti quanto disposto per legge pare di fatto una limitazione più per i gestori dei locali piuttosto che per i giovani⁷⁶.

Sul piano della sicurezza stradale invece, a giudizio di tutti, *“la frequenza dei controlli è la prima arma possibile”* ((Testimone privilegiato n. 7).

Questa è un'opinione tra l'altro che trova un consenso assai elevato anche oltre confine visto che per l'80% degli europei⁷⁷ la riduzione del numero di coloro che beve prima di porsi alla guida si otterrebbe proprio mediante l'incremento dei controlli.

Rifacendosi ai dati messi a disposizione dal Servizio Polizia Stradale del Viminale, il tasso di mortalità di incidenti stradali dovuti a stato di ebbrezza è tuttora inquietante pur essendo andato nel tempo a decrescere: *“se facciamo un confronto ad esempio tra Italia, Francia e Germania si rileva che i decessi per 100.000 abitanti nel 1970 erano in Italia pari a 20,5, in Francia a 22,2 e in Germania a 27,3; nel 2005 invece in Italia ammontano a 9,2, in Francia a 8,8 e in Germania a 6,5. In Germania e in Francia i controlli sono aumentati”* (Testimone privilegiato n. 4).

Secondo quanto dichiarato nella primavera scorsa dal direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol, in Italia con l'attuale numero di controlli in strada che è pari a 230.000 (contro un milione di controlli in Francia) la possibilità di essere fermati è in realtà di una volta ogni 176 anni⁷⁸. In base a ciò il rischio di non incappare in un accertamento sembrerebbe dunque quasi una certezza.

⁷⁶ Peraltro, lo stesso articolo 6 della legge n. 160 del 2/10/2007 recita come segue: *“Tutti i titolari e i gestori di locali ove si svolgono, con qualsiasi modalità e in qualsiasi orario, spettacoli o altre forme di intrattenimento, congiuntamente all'attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche, devono interrompere la somministrazione di bevande alcoliche dopo le ore 2 della notte”*.

⁷⁷ Come rilevato dall'indagine dell'Eurobarometro (vedi nota n. 14).

⁷⁸ <http://blog.panorama.it/italia/2007/03/21/chi-guida-ubriaco-rischia-un-controllo-ogni-176-anni>

Non a caso lo stesso Direttore del Servizio Polizia Stradale del Viminale afferma che *“si sta cercando di correre ai ripari. Ora si fanno circa tre/quattrocentomila controlli h24 e il fine settimana per lo più serali”* (Testimone privilegiato n. 4). E proprio perché è evidente che *“400.000 controlli l’anno sono una goccia”* (Testimone privilegiato n. 3) l’intenzione è quella di procedere verso un effettivo rafforzamento della rete dei controlli, con particolare attenzione su chi guida in stato di ebbrezza o sotto l’effetto delle droghe; come dichiarato: *“l’obiettivo è di arrivare a 2.000.000 di controlli annui”* (Testimone privilegiato n. 4).

Oltre a questo è importante, ma più di tutto incoraggiante, il fatto che *“sono stati stanziati fondi per incrementare il numero di etilometri e di precursori. I precursori sono strumenti di analisi qualitativa dell’aria espirata che ci dicono se il soggetto ha bevuto o meno alcol, mentre l’etilometro dà la prova legale e definisce la quantità. E dal momento in cui avremmo tutti gli strumenti, sarà tutto un’altra cosa”* (Testimone privilegiato n. 4). La forte aspirazione di riuscire a realizzare controlli più sistematici e coordinati, che come tali avrebbero una ricaduta positiva maggiore, sia in sé che nel loro complesso, sembrerebbe dunque destinata a trovare per lo meno una certa consistenza. Dal potersi avvalere delle risorse necessarie deriverebbe infatti un impegno più incisivo dal quale ne trarrebbero vantaggio tutti e su più versanti.

Al riconoscimento unanime che di fatto *“i controlli sono un grosso deterrente a tutti i livelli”* (Testimone privilegiato n. 8) segue l’osservare che sia di estrema rilevanza considerarne comunque anche il senso, il significato e quindi le modalità di attuazione più appropriate e valide nell’insieme. Se infatti è indiscutibile che *“la funzione di controllo è utile, magari ci sono metodi più efficaci; ad esempio, i grandi luoghi di aggregazione dei giovani e i punti di incontro si possono utilizzare come luoghi di divertimento, di socializzazione, di cultura e di educazione ma anche di controllo”* (Testimone privilegiato n. 2).

In proposito tra le diverse possibilità emerge soprattutto quella di rendere davvero possibile la misurazione, all’uscita dei locali, tramite etilometro, dell’alcol consumato, così da verificare se il tasso alcolemico sia superiore o meno al limite di legge. In pratica, rendere praticabile in via di fatto quanto normato in via di principio dalla legge n. 160 del 2/10/2007 che obbliga appunto i gestori dei locali ad assicurare all’uscita un alcol-test volontario.

Oltretutto, come sperimentato già da tempo in altri paesi europei si tratta di iniziative alquanto semplici da porre in atto. Ad esempio, *“nei pub tedeschi è una cosa normale: all’uscita c’è un etilometro e ognuno si automisura, perché se si mettono per strada e guidano ubriachi, li arrestano”* (Testimone privilegiato n. 3).

Alla verifica personale del livello di alcolemia assunto, dalla quale deriva la decisione di mettersi o no alla guida, segue in questo modo anche il prendere consapevolezza dell’essere o meno in grado di guidare. In altre parole, al controllo in sé è come se si accompagnasse anche un messaggio semplice ma esplicito del tipo: *“non è che non puoi bere, ma se bevi poi non puoi guidare. Con i giovani infatti la capacità di influenzare alcuni comportamenti deve essere affidata al ragionamento”* (Testimone privilegiato n. 3). Questa è la maniera migliore per attivare la responsabilità di tutti i soggetti coinvolti e in particolare proprio dei giovani. Rispetto al vietare *“è più importante che si sappiano quali sono le conseguenze di determinati comportamenti”* (Testimone privilegiato n. 5).

A più voci viene dunque sostenuto che la strada da percorrere non sia quella del divieto fine a se stesso, poiché non educa né consegue sempre l’obiettivo inteso raggiungere, ma quella dello stimolare e rendere consapevoli i giovani dei rischi e dei pericoli della guida in stato di ebbrezza.

Le iniziative che si rifanno all’individuazione del “guidatore designato”, cioè di quella persona che dovendosi mettere alla guida dopo la serata passata in un locale dovrà impegnarsi a non assumere alcolici, si rivelano in questo senso abbastanza discutibili, al di là della bontà delle intenzioni su cui si impiantano. Pur indirizzandosi nell’ottica di promuovere una guida sicura e senza alcol, veicolano per lo più l’idea di una responsabilità personale e collettiva “a tempo” e “a turno”: il guidatore designato per quella sera non beve e si fa carico della sicurezza degli altri

79 Come disposto infatti dalla legge n. 160 del 2/10/2007 ancora all’articolo 6, “i titolari e i gestori di locali ove si svolgono, con qualsiasi modalità e in qualsiasi orario, spettacoli o altre forme di intrattenimento, congiuntamente all’attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche [...] devono assicurarsi che all’uscita del locale sia possibile effettuare, in maniera volontaria da parte dei clienti, una rilevazione del tasso alcolemico”.

guidando lui la macchina. Ciò può essere funzionale ma certo non è né educativo né tanto meno salutare: *“non si può insegnare a essere astemio per portare a casa tre ubriachi. Meglio avere quattro bevitori responsabili: è diverso, è molto diverso”* (Testimone privilegiato n. 2). In realtà *“le campagne tipo ‘chi guida non beve’ non sono uno strumento per non bere”* (Testimone privilegiato n. 3).

Fra il non bere e il bere fino a ubriacarsi si pongono comunque anche altri modelli comportamentali. Alcuni si rifanno allo stile di bere moderato anche se *“da un punto di vista scientifico il concetto di moderazione non significa niente. La gente spesso individua la moderazione come quantità: ma mezzo bicchiere di vino è moderato? Forse sì, ma una donna in stato di gravidanza non può, se uno fa certi lavori non può, se uno prende psicofarmaci non può... la quantità allora non funziona”* (Testimone privilegiato n. 6).

Il detto che *“un bicchiere di vino ai pasti fa bene”*, tramandato di generazione in generazione, nasce infatti essenzialmente per educare a un consumo di alcolici regolare ma non ha alcun effetto benefico sulla salute, *“è solo una misura simbolica”* (Testimone privilegiato n. 3).

In questo senso, la promozione di una ‘cultura della moderazione’ è solo una soluzione apparente; *“approfondiamo invece un discorso di SOBRIETÀ con un valore positivo. La sobrietà che non è la moderazione, è un altro concetto. È un concetto anche etico, ma può essere una risposta. Il vino è necessario? Noi dobbiamo chiedercelo e questa è la prima domanda. Non bere è astinenza. La sobrietà invece è che quando siamo seduti intorno a un tavolo, con gli amici, in famiglia per festeggiare e normalmente ci sono sempre alcolici (perché se no non si può far festa e se uno non beve magari porta anche male) l’attenzione è comunque sull’essere insieme per festeggiare. Invece, quando in una situazione conviviale è più importante cosa c’è sul tavolo rispetto a chi c’è intorno al tavolo allora siamo fuori. Abbiamo fatto sforzi per capire qual è la dose giusta ma bisogna cambiare proprio la prospettiva. Bisogna dire: l’alcol non è un alimento, il bere non è necessario per la sopravvivenza, è una sostanza che può essere piacevole, è legale, ma guardiamo il sistema valoriale che si trascina dietro”* (Testimone privilegiato n. 6).

Al riguardo, visto che il bere alcolici non è necessario per la sopravvivenza, perciò tanto meno per la guida, perché allora non disporre fermamente che *“sulle autostrade non si devono vendere alcolici”* (Testimone privilegiato n. 3) invece che introdurre il divieto di vendita di soli superalcolici e soltanto fra le 20 e le 6 del mattino? Qual è la ragione di fondo?

Oggi come oggi, sempre più *“si esce e bisogna bere: questo è il problema. Partiamo da qui per cambiare. Come ex alcolista, dagli effetti devastanti dell’alcol, ho capito che devo essere MODERATO IN TUTTI I CAMPI DELLA MIA VITA, in tutti i settori”* (Testimone privilegiato n. 5).

Oltre che complessa la problematica è dunque molto ampia e articolata e soltanto considerandola e affrontandola nel suo insieme secondo un approccio sistemico, risulterà possibile identificare quali siano le strade più efficaci da percorrere per dirigersi verso la promozione e la diffusione di stili di vita fondati sulla qualità. Intervenire in maniera incisiva sulla realtà del bere, le sue implicazioni e la non-cultura connessa, implica rivolgersi non solo ai giovani ma a tutti, su più fronti e in un’ottica aperta a 360 gradi.

5. QUALE PREVENZIONE

Alla luce di quanto osservato interrogarsi su quale sia allora la prevenzione più efficace possibile implica inevitabilmente l’adozione di un approccio globale e per certi aspetti radicale, pur nella consapevolezza che l’obiettivo d’insieme si raggiunge anche attraverso tappe intermedie.

Al fine di ridurre la spinta al bere e così anche l’incidenza del bere a rischio, quindi i disturbi e i problemi alcolcorrelati, nonché gli elevati costi sociali connessi, e pertanto smorzare la pressione sociale complessiva, diventa necessario rimettersi in discussione per avviare un processo di cambiamento culturale che permetta di affrontare sì l’emergenza immediata ma anche costruire un sistema che offra e assicuri a tutti una qualità migliore della vita: questa è la premessa e allo stesso tempo l’obiettivo.

Nel contesto viene dunque considerata *“la prevenzione come cambiamento del sistema valoriale: un processo, come tale, molto complesso. Fondamentalmente ci sono tre 3 problemi: il cambiamento è un processo lungo, poi siccome sono intervenuti tanti fattori non si sa più cosa determina il cambiamento, quindi in termini di prevenzione efficace non si hanno risposte certe. E*

neanche a livello mondiale si hanno evidenze di un sistema di prevenzione efficace” (Testimone privilegiato n. 6). Ciononostante la premessa non muta e dunque diventa necessario affrontare la problematica secondo un’ottica essenzialmente sistemica, orientata a considerare il contesto complessivo, il sistema e le sue regole (esplicitate o meno) quindi tutti i sotto-sistemi coinvolti e implicati.

Tanto è vero nei Club degli Alcolisti in Trattamento dove “il problema alcolcorrelato e complesso viene visto come uno stile di vita, un comportamento multifattoriale, psichico-fisico-sociale, oggi si potrebbe aggiungere anche antropospirituale”⁸⁰, di fatto “*si lavora secondo l’approccio ecologico-sociale*” (Testimone privilegiato n. 6).

Coralmente viene sostenuto che bisogna operare essenzialmente per “*la promozione di uno stile di vita sano*” (Testimone privilegiato n. 1) capace di garantire il ben-essere di ciascuno: fisico, psichico e sociale.

Considerando che la cornice che inquadra (supportando) la problematica, rimanda sostanzialmente a una cultura socio-sanitaria che accetta e sostiene il bere, il primo passo “*necessario è il cambiamento della cultura sanitaria specie rispetto all’uso. Non c’è percezione sul rischio connesso al bere*” (Testimone privilegiato n. 6) poiché “*il vero problema è che per molti italiani il vino è un alimento. Se il vino è un alimento allora il consumo è indirizzabile in campo alimentare, ma se il consumo è scisso dall’alimentazione allora diventa altro e non è più controllabile. Come medici non si fa tanto prevenzione quanto informazione e i messaggi sono fondamentalmente due: consumo modesto di alcolici e insegnare come si fa a valutare un consumo modesto*” (Testimone privilegiato n. 3). In pratica “*le grandi strategie nel campo della sanità sono fondamentalmente due: una basata sulla continua riduzione dei consumi nella popolazione e l’altra la riduzione dell’età di inizio e dell’accesso all’uso*” (Testimone privilegiato n. 6).

Mediante una cultura sanitaria che espliciti e sostenga invece che bere alcolici è comunque un comportamento a rischio e lo diffonda in maniera corretta tanto da trovare grande corrispondenza e un consenso il più ampio possibile, è presumibile di arrivare a incidere sul sistema fino a mutare lo stile di vita collettivo.

La via principale è informare per rendere consapevoli e assumersi quindi responsabilità personale e comune. In pratica “*l’arma vincente è la conoscenza: se tu sai le cose, le cose le vedi, se non le sai non le vedi e non le riconosci*” ((Testimone privilegiato n. 7). Il metodo principale da seguire è che “*bisogna fare una politica dei ragionamenti*” (Testimone privilegiato n. 3).

Il processo è ovviamente lungo ma, come sostenuto all’unisono, è l’unico a poter incidere significativamente sul sistema. Certo, nel frattempo “*se le gente non si convince che non deve bere, il controllo è necessario; non c’è morte più cretina*” (Testimone privilegiato n. 4) quindi “*la funzione preventiva della repressione è fondamentale. La strategia della repressione e la frequenza dei controlli sono la prima arma possibile*” ((Testimone privilegiato n. 7) visto che nell’immediato “*l’obiettivo primario è quello del controllo come deterrente e il controllo deve essere random*” (Testimone privilegiato n. 8). Repressione e controllo dunque come interventi indispensabili e primari ma tutt’altro che esaustivi.

Peraltro, come riconosciuto chiaramente “*col doppio dei controlli siamo scesi nella rilevazione dei casi positivi ma non della metà. Quindi importante è anche l’educazione*” ” (Testimone privilegiato n. 4). Anzi, secondo le evidenze scientifiche disponibili, è proprio il connubio di controlli rigorosi e cognizione maggiore, ciò che più contribuisce a ridurre in maniera sostanziale i rischi alcolcorrelati.

Nello specifico della prevenzione come cambiamento del sistema valoriale finalizzato a rigenerare un sistema che valorizzi il vivere piuttosto che il sopravvivere e garantisca una qualità migliore della vita a ognuno, risulta fondamentale l’adozione e l’attuazione di politiche sociali ad ampio raggio incentrate essenzialmente nel campo della formazione e della informazione.

È convinzione unanime di fondo che solo attraverso un’educazione attenta, accurata e corretta sia possibile formare una consapevolezza appropriata e una sensibilità responsabile del singolo tali

⁸⁰ Vladimir Hudolin, *L’approccio ecologico sociale*, in *Manuale di Alcolologia*, Trento, ed. Erickson, 1991

oltretutto da contagiare il proprio contesto e così a cascata incidere sulla comunità fino a mutarne lo stile di vita.

Questo è un processo complesso e che richiede tempo: *“già solo gli anni che ci vorranno per avere una terza generazione (perché si tratta di formare i genitori dei bambini di domani) che sia almeno fatta di consumatori responsabili, persone che capiscono l’impatto che può avere l’alcol, ((Testimone privilegiato n. 7). Ciononostante “i comportamenti si modificano” (Testimone privilegiato n. 3).*

Per questo è di estrema rilevanza implementare interventi in-formativi da intraprendere molto precocemente, fin dall’infanzia: *“l’informazione va fatta almeno a partire dalla quinta elementare, verso i 10-11 anni; bambini e ragazzi vanno informati che il vino è un alimento e va preso come un alimento, non può essere un’abitudine (Testimone privilegiato n. 8).*

Inoltre, per quanto possibile l’informazione dovrebbe essere inserita all’interno di un discorso educativo complessivo che coinvolge direttamente e in maniera attiva tutti gli adulti significativi di riferimento. Un’educazione precoce che dovrebbe poi essere permanente poiché soprattutto orientata a una crescita globalmente ‘sana’.

Lo sviluppo e il rafforzamento della conoscenza, quindi dell’apprendimento e della comprensione, si realizzano infatti tanto più quanto le proposte formative sono continuate e continuative nel tempo, oltre che ovviamente coerenti e coordinate. Di riflesso *“quello che modifica il comportamento non è il messaggio-spot ma è la stabilizzazione dei comportamenti, educare e insegnare alla gente come si fa” (Testimone privilegiato n. 3).*

Per la costruzione del benessere e dell’identità psicologica e sociologica del bambino sicuramente la famiglia è l’agente principale e privilegiato ma, senza dubbio, subito dopo il primo interlocutore è la scuola. E proprio perché la crescita è il risultato di una serie di atti educativi continui e globali, *“alla famiglia che è determinante, dovrebbe poi subentrare la scuola per ricomporre un processo educativo” (Testimone privilegiato n. 1). La collaborazione scuola-famiglia infatti se effettiva può davvero stimolare e contribuire a pieno e in maniera efficace allo sviluppo del bambino. Al riguardo, pertanto viene sostenuto fortemente che “la scuola deve tornare ad essere luogo di apprendimento e di cultura ma anche di completamento dell’educazione, solidale col nucleo familiare” (Testimone privilegiato n. 2).*

Nello specifico diventano *“necessari programmi orientati a vari livelli e soprattutto la formazione e la sensibilizzazione degli insegnanti” ((Testimone privilegiato n. 7).*

Al momento *“è difficile credere alle modalità che si usano nelle scuole: arriva l’illustre sconosciuto che dice tre cose e torna a casa. A scuola non si può dire solo ‘non bere’, tra l’altro non funziona” (Testimone privilegiato n. 3).*

L’approccio dovrebbe essere globale sia nel trattare il problema nei suoi diversi aspetti e articolazioni, sia nel considerarlo all’interno di un contesto di stile di vita complessivo. *“Ad esempio, nelle scuole è stata data la possibilità di fare corsi per il rilascio del patentino: non è questa una opportunità per dare delle informazioni anche su ‘come’ si sta sulle strade? Oltre al resto si favorisce infatti la cultura” (Testimone privilegiato n. 2).*

Specularmente anche l’intero percorso alla scuola-guida seguito dai giovani per ottenere la patente potrebbe essere un’occasione importante per affrontare la materia nella sua globalità: fornire conoscenze, nozioni e competenze tali da istruire, informare e riflettere su tutti i fattori, gli aspetti e le implicazioni legate alla guida. In questa prospettiva si potrebbe anche considerare *“come obiettivo l’inserire nei test per l’esame della patente quiz anche sull’alcol e non solo su spinterogeno e motore. Alla scuola-guida bisogna che qualcuno glielo spieghi ai ragazzi cosa e perché limita la capacità di guida. I giovani vanno informati specialmente su cosa può succedere” (Testimone privilegiato n. 9).*

All’unisono viene inoltre evidenziato che in ogni occasione possibile, a un’informazione corretta ed esaustiva deve affiancarsi necessariamente una modalità comunicativa tale da trasmetterne insieme al contenuto anche il significato e il vero senso, sia per facilitarne la percezione ma soprattutto per raggiungere a tutti gli effetti il destinatario. Per questo *“bisogna curare il linguaggio, parlare con un linguaggio che fa ragionare” (Testimone privilegiato n. 10) come tale quindi un linguaggio modulato anche rispetto alla platea cui si rivolge.*

In questo senso diventa fondamentale provvedere anche ad una formazione ad hoc sul tema della comunicazione per quanti, nel campo educativo, sociale, sanitario e psicologico, hanno la responsabilità e la possibilità di promuovere e diffondere, in prima battuta, la cultura alcolica e così di riflesso sensibilizzare affinché vada radicandosi sempre di più l'acquisizione di stili di vita fondati sulla qualità. In modo particolare *"è da preparare la classe docente: almeno i medici di medicina generale, l'ostetrico e il ginecologo che preparano la madre, tutelano la vita nascente e quindi formano il genitore sensibile e tutti gli insegnanti, compresi gli insegnanti di scuola-guida"* (Testimone privilegiato n. 7).

L'intervento formativo è infatti efficace se non è fine a se stesso ma piuttosto si inserisce in un piano educativo complessivo dove i soggetti formati a loro volta influiscono all'interno del contesto in cui si trovano a operare. Formazione e sensibilizzazione vanno dunque di pari passo e sia all'origine che poi in successione.

Tra gli operatori socio-sanitari effettivamente bisogna riconoscere che *"la prima persona che può capire se qualcuno ha dei problemi con l'alcol è proprio il medico di base che avendo un rapporto di confidenza può approfondire, però bisogna far sì che i medici abbiano le competenze per capire se una persona è a rischio oppure no. Adesso ci si ferma alla quantità e si chiede solo: 'bevi o non bevi?' Non c'è la formazione. Bisogna invece creare una cultura fra i medici di base che loro possono poi trasmettere"* (Testimone privilegiato n. 9). Se mai *"il problema coi giovani è che dal medico non ci vanno"* (Testimone privilegiato n. 3).

Di estrema rilevanza, peraltro sempre più crescente, è poi la funzione svolta del ginecologo specie *"per tutto il problema, sempre più grande, dei danni fetali da alcol perché le donne non sono state informate che durante la gravidanza non dovevano assumere alcol. Non si tratta di alcoliste ma semplicemente di donne a cui magari è capitato di bere un grappino"* (Testimone privilegiato n. 6).

Nell'insieme, nonostante le azioni formative implicino notevoli risorse in termini di tempo, costi, motivazioni e professionalità e siano magari investimenti non paganti nell'immediato, è ampiamente sostenuto che allo stato attuale delle cose sono imprescindibili per impiantare e rafforzare progressivamente una diversa visione della vita: formare per informare e sensibilizzare. Sicuramente data l'emergenza della situazione attuale anche gli interventi informativi a carattere isolato e a sé stante sono comunque di estrema rilevanza: *"l'informazione non è mai troppa. Sarebbe opportuno trovare strategie di informazione valide per la diffusione ed il consumo di alcol. Se la gente non la informi, non capirà: è lì il problema"* (Testimone privilegiato n. 7).

Riguardo all'universo giovanile diventa però fondamentale valutare le modalità più appropriate e di proficuo impatto. Essenzialmente *"bisogna chiedersi come si fa ad arrivare ai giovani. I canali comunicativi sono quelli che la gente frequenta: i giovani adorano le discoteche, i bar, i pub e allora lì bisogna andare"* (Testimone privilegiato n. 3). E soprattutto *"nei luoghi di aggregazione, socializzazione etc. parlare nei modi e nei toni con cui i giovani parlano, usando come mezzi di comunicazione anche quelli preferiti da loro"* (Testimone privilegiato n. 2).

Sul versante delle campagne di informazione e sensibilizzazione c'è quindi bisogno di un maggiore impegno specie nella impostazione e nella predisposizione dei messaggi intesi diffondere che devono essere ritagliati su misura dei destinatari e trasmessi col mezzo di comunicazione più efficace affinché si affermi una maggiore consapevolezza e di conseguenza si modificino i comportamenti a rischio. Parlare ai giovani è diverso che parlare agli adulti, così come ai giovanissimi: *"il quattordicenne non ha lo stesso linguaggio né le stesse opportunità del diciottenne"* (Testimone privilegiato n. 2).

Quasi sicuramente oggi *"il problema è che noi adulti vogliamo fare delle campagne con messaggi che non arrivano. Per una comunicazione efficace coi ragazzi bisogna ridicolizzare i comportamenti. Un giovane è almeno 80% emotività e 20% razionalità, per cui bisogna puntare sull'emozionalità. Come fai a spiegare ad un giovane che può morire? Non si può parlare di morte ad un giovane, è assurdo; la morte non fa impressione: è razionale. A un giovane è meglio dire ad esempio: «guarda, se bevi diventerai come tuo padre o tua madre». Questo è sorprendente: «come? mia madre è una brava donna». Questo è un messaggio che fa ragionare. Bisogna tirar fuori il vero senso e non la finalità"* (Testimone privilegiato n. 10).

Il messaggio sostanzialmente deve essere capace di aumentare la consapevolezza del rischio connesso all'alcol. In questi termini pertanto *“le campagne per togliere gli alcolici non hanno senso, è come togliere la pasta perché ci sono gli obesi e ingrassa: ma dipende da quanta ne mangi! Secondo la logica del nostro paese non si può togliere l'abitudine del bere sociale in Italia ma bisogna informare”* (Testimone privilegiato n. 8) sul serio.

Oltre a ciò diventa fondamentale che *“le campagne coinvolgano gente che sa comunicare. Se la stessa cosa la dice Vasco Rossi o Ligabue ha senz'altro più presa di altri. Ad esempio, l'ultima campagna sull'alcol fatta da politici non è stata certo coinvolgente e in più non c'era informazione. Le campagne informative devono informare davvero e specie su alcol e guida devono informare soprattutto su cosa succede se si abbassa il livello di attenzione alla guida”* (Testimone privilegiato n. 9).

Nel complesso *“gli obiettivi intermedi per arrivare a questo cambiamento culturale sono tanti. I più concreti e importanti sono almeno tre contesti: la guida, il lavoro ed i minori. Sui minori c'è da fare tantissimo a partire dall'applicazione di tutte le norme che vietano la vendita di alcolici ai minori che darebbero un messaggio che andrebbe al di là; poi per esempio tutte le indicazioni che controindicano l'uso dell'alcol prima dei 16 anni: quindi non solo la vendita ma si tratta anche di consumo. E questo sarebbe un messaggio che arriva ovunque, anche in casa. Da qui informazione e formazione dei genitori e quindi nelle scuole; poi, come detto, alle donne in gravidanza. È fondamentale l'attenzione all'infanzia fin dalla fase del concepimento e poi fino alla maggiore età.*

Sicuramente bisogna lavorare sui giovani, ma non direttamente perché i giovani sono in quel periodo in cui non ascoltano. È molto importante parlare con gli adulti per arrivare al target dei giovani” (Testimone privilegiato n. 6).

Nell'ambito delle strategie e delle azioni da implementare uno spazio di rilievo deve essere occupato anche da un maggior sostegno alla ricerca scientifica, specie riguardo ai fattori che possono contribuire a diminuire l'impatto di un uso improprio di alcol sulla salute e sulla sicurezza o a facilitare l'adozione di stili di vita sani e di guida più sicura.

Al momento, *“dal punto di vista scientifico il problema è la definizione di 'abuso', anche ai fini forensi, ai fini cioè medico legali. Lo spazio da colmare sta tra la determinazione dell'alcolemia nell'attualità d'uso e la difficoltà di diagnosi di certi tipi di abuso. Bisogna trovare marcatori nuovi per far sì di poter arrivare a riconoscere il bevitore occasionale in eccesso anche a distanza dall'ubriacatura, un marcatore nuovo, ad alta sensibilità e specificità, che permetta anche, ad esempio, di riconoscere la persona che ha già smaltito l'alcol assunto, ma che presenta quei sintomi caratteristici del post-bevuta che danno problemi alla guida. Lo sforzo della comunità scientifica in biochimica clinica e tossicologia forense oggi è tutto teso alla validazione di test utili a riconoscere l'abuso cronico e i forti bevitori, ma non basta. Bisogna avere le risorse umane e anche i mezzi economici, ma quella è la strada”* (Testimone privilegiato n. 7).

Per l'approfondimento e la verifica della persistenza dei requisiti psicofisici alla guida si sta rivelando al quanto interessante *“lo studio di correlazione sangue-saliva, iniziato nel 2002, che dà ottimi risultati. Nel codice della strada c'è scritto che è vietato guidare sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'effetto c'è con droghe in circolo. Se ho preso della cocaina giorni fa, nelle urine ho ancora i metaboliti della cocaina presente, ma non sono in circolo e l'effetto non ce l'ho. Allora bisogna fare l'esame sul sangue, ma su strada è complesso, per questo l'obiettivo è quello di prelevare la saliva al posto del sangue come referto biologico. Bisognerebbe sostituire l'analisi del sangue con l'esame della saliva che per molte sostanze dà dei buoni risultati. Bisogna ancora validare i metodi con cui prelevare la saliva però abbiamo già riscontrato che la correlazione sangue-saliva dà ottimi risultati”* (Testimone privilegiato n. 8).

Arrivare a avere tutti gli strumenti e i parametri che consentano di diagnosticare situazioni diverse benché tutte riconducibili a un bere a rischio è tra i principali obiettivi; l'accrescimento della conoscenza permetterebbe una comprensione maggiore della problematica da cui poter derivare politiche preventive mirate e più efficaci.

Nell'insieme, in relazione all'obiettivo finale e al conseguimento degli obiettivi intermedi necessari e complementari diventa pertanto fondamentale un impegno comune secondo un approccio integrato che coinvolga varie strutture e soggetti del sistema socio-sanitario, del sistema

educativo e ricreativo, del sistema giudiziario e di polizia fino al mondo della produzione e della distribuzione delle bevande alcoliche. In via di fatto, come sostenuto all'unisono, *“lo sforzo deve essere corale”* ((Testimone privilegiato n. 7) e in questo senso *“i contatti sono preziosi”* (Testimone privilegiato n. 5).

Tra l'altro tutto ciò è in perfetta sintonia con quanto disposto dall'ultimo Piano nazionale “Alcol e Salute” del Ministero della salute, visto che tra le diverse azioni da porre in atto viene prevista anche quella specifica di “creare una rete cui aderiscono tutte le Regioni, che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, degli indicatori del danno alcolcorrelato, dell'efficacia degli interventi adottati e delle risposte istituzionali ai vari livelli di interesse, con la funzione, tra l'altro di orientare l'investimento delle risorse pubbliche disponibili per i problemi alcolologici verso interventi di buona pratica, la cui efficacia sia stata adeguatamente dimostrata”⁸¹.

Nel contesto gli stessi produttori ci tengono a precisare di essere presenti e disponibili sebbene *“siano tutti a dire che i produttori devono fare qualcosa; ma i produttori stanno già facendo: produzioni più qualificate, più qualità. Abbiamo accettato cali fortissimi nelle vendite puntando sulla qualità. Fondamentalmente si deve privilegiare l'educazione e qui siamo pronti a mettere a disposizione l'esperienza di produttori per spiegare i prodotti, le modalità, invitare a consumare in maniera ragionevole, sottolineare quei momenti in cui bisogna essere cauti nel consumo, ma se tutto questo viene fatto in un discorso armonico: le istituzioni devono essere effettivamente presenti* (Testimone privilegiato n. 2).

Al contrario, *“attraverso i canali istituzionali non c'è nessuna informazione”* (Testimone privilegiato n. 9). E in effetti, ad esempio, nell'area dello sport e delle politiche giovanili, pur imputando il problema a ragioni logistiche e organizzative, viene affermato che *“la prevenzione effettiva concretamente non viene fatta ma si è solo a livello di idee, e una linea strategica ancora non c'è. Si sta costruendo una rete ma non è facilissimo. Finora non si è fatto molto e cosa si farà è ancora da definire”* (Testimone privilegiato n. 1).

Lo sforzo complessivo necessario senza dubbio è notevole, ancora *“sicuramente c'è tanto da fare”* (Testimone privilegiato n. 2) e alla luce della situazione attuale l'impegno deve essere senz'altro maggiore o per lo meno più efficace. In un certo senso *“ci vuole più coraggio. Le istituzioni fanno prevenzione più che altro per loro, per giustificare il loro lavoro, per compiacersi. Non si vede un impegno verso il soggetto che deve essere informato”* (Testimone privilegiato n. 10). Basti pensare che finora *“nessuno ha mai fatto una campagna di prevenzione sui danni fisici dell'alcol”* (Testimone privilegiato n. 3).

Per certi aspetti, *“ci vuole più coraggio. Ad esempio, la campagna di prevenzione per la regione Emilia Romagna ‘4 pirla in meno’, inizialmente è stata osteggiata dalle associazioni di vittime della strada, poi la Regione ha deciso di puntarci, cercando di far capire ai giovani che se guidi e hai bevuto, non sei un eroe ma un ‘pirlo’. Ci vuole più coraggio: è l'unica! Un'idea potrebbe essere davanti alle discoteche chiedere ai giovani di firmare per la donazione dei loro organi in caso di incidente. Loro si prendono paura e ci pensano. Loro non hanno l'idea di morte per cui la morte non fa male, ma fa male una cicatrice, un dito amputato o appunto donare gli organi* (Testimone privilegiato n. 10).

Tanto è vero anche da parte della polizia vengono adottate strategie simili *“nel fare formazione nelle scuole e nel continuo contatto diretto con i giovani. Tutte le volte che si fanno operazioni di questo tipo si fanno vedere Dvd fatti dai ragazzi vittime di incidenti e diventati tetraplegici o paraplegici, quindi fatti con un occhio particolare e quello che si vede non è un bel vedere, è impressionante”* (Testimone privilegiato n. 4).

Raggiungere l'obiettivo ultimo è opera complessa ma non impossibile; lo sforzo necessario è elevato ma non insostenibile, quindi come fortemente auspicato *“bisognerebbe porre maggiore attenzione alle migliaia di persone che vivono il problema”* (Testimone privilegiato n. 5) con determinazione audace e un approccio esclusivamente globale e integrato, tenendo presente che *“nelle dipendenze la cosa più importante è lavorare credendoci, con passione”* (Testimone privilegiato n. 5).

⁸¹ Ministero della salute, *Piano nazionale Alcol e Salute*, Roma, 7 febbraio 2007.

Se poi anche lo stesso mondo della produzione e della distribuzione di bevande alcoliche arriva a sostenere senza mezzi termini che in qualunque modo “*è meglio avere meno consumi che morti*” (Testimone privilegiato n. 9) l’impegno comune appare davvero realizzabile ma soprattutto diventa possibile procedere verso una rigenerazione culturale complessiva.

APPENDICE

COCKTAIL MINORI E ALCOL NELLA STAMPA NAZIONALE. BRANI E ARTICOLI PUBBLICATI DALLA STAMPA NAZIONALE NEL 2005

In questa sezione vengono presi in considerazione gli articoli apparsi sulla stampa nazionale nel 2005, nei quali viene trattato il tema dell'alcol tra i giovani. Si tratta di articoli tratti da quotidiani e da periodici, per un totale di 69 articoli. Il numero non è elevato se si tiene conto che complessivamente gli articoli che hanno riguardato i più giovani nello stesso anno sono stati 7.333, ma bisogna tener conto che l'Osservatorio nazionale sulla stampa, ha monitorato gli articoli che hanno riguardato la fascia dei più piccoli e comunque non più che adolescenti. Risulta comunque interessante capire i toni con i quali la stampa affronta il problema del consumo di alcolici tra i più giovani. Per far questo di seguito vengono citati per esteso alcuni articoli, ritenuti più significativi e successivamente si daranno alcuni dati di sintesi attraverso alcune tavole statistiche.

Tratto da "La Stampa":

Birra, vino, long-drink o cocktail, qualsiasi alcolico va bene, purché raggiunga l'obiettivo, e cioè «stoni», faccia sballare, riesca ad allentare tensioni e angosce. Cresce il consumo di alcol fra i giovani e lo dimostra una ricerca dell'Osservatorio epidemiologico metropolitano di Bologna, ma la vera novità sono le ragazze, che bevono sempre di più, quasi cercassero di colmare le differenze con l'altro sesso. I dati, raccolti su un campione di 2 mila giovani dall'età media di 24 anni, intervistati l'estate scorsa ai concerti di Arezzo Wave, dei Cure all'Heineken Jammin' Festival e al Flippout Festival, mostrano come le rischiose abitudini con la bottiglia non riguardino prevalentemente il cosiddetto sesso forte. Gli operatori hanno fatto compilare un questionario diretto a far emergere le situazioni problematiche senza aggredire gli interessati. Quattro semplici domande: «Senti mai il bisogno di ridurre il bere? Sei mai criticato dagli altri per il modo di bere? Mai provato disagio o senso di colpa per il tuo modo di bere? Mai bevuto alcolici appena alzato?». Una sola risposta positiva significa percezione dell'esistenza del problema, e qui hanno detto sì il 33% delle ragazze e il 47% dei maschi. Due su quattro vogliono dire alto rischio di alcolodipendenza, una condizione che riguarda il 14,2% delle prime e il 22,2% dei secondi. Con tre sì su quattro domande si è di fronte alla certezza della dipendenza: il 4,6% delle ragazze e il 9,4% dei ragazzi è in questa situazione. Inoltre le femmine cominciano a bere in età più giovane rispetto ai maschi. Raimondo Pavarin, il sociologo ed epidemiologo che ha coordinato lo studio, osserva: «L'uso dell'alcol da parte dei ragazzi sta cambiando: dalla "cultura bagnata", cioè il bere inteso come mezzo per socializzare, si è passati alla "cultura secca", tipica dei Paesi anglosassoni, dove si beve allo scopo di sballare con l'alcol. Con la nostra ricerca abbiamo notato che le ragazzine mostrano una maggiore tendenza a bere e, pur avendo una percezione del problema, non si controllano. Vediamo anche come le ragazze tendano a eguagliare i maschi nei loro comportamenti, e questo avviene con le sigarette e con l'alcol, ma anche con le droghe. In altre parole tendono ad assumere stili di vita sempre più simili a quelli dei ragazzi». Per gli stupefacenti, le differenze si assottigliano ancora di più: oltre il 22% delle femmine ammette di aver fatto uso di sostanze nell'ultimo mese contro il 24% dei maschi, un dato che si ripete per quante hanno mischiato droga e alcol nello stesso periodo, mentre il mix di stupefacenti è stato provato dal 22% delle ragazze. Gli operatori dell'Osservatorio bolognese hanno poi indagato un altro aspetto della vita degli intervistati, cercando di sondare il grado di soddisfazione di ragazzi e ragazze e anche qui le donne hanno mostrato notevoli segni di inquietudine: nel 42,3% dei casi si dichiarano preoccupate per il futuro (contro il 35,3% dei maschi), nel 26,6% non sono soddisfatte della scuola e nel 29% non lo sono del loro lavoro. Il partner non le accontenta per il 23,5% (21% la risposta dei maschi) e l'insoddisfazione arriva al 30% per quanto riguarda il rapporto con i genitori. Gli elementi dello studio, infine, sono stati incrociati secondo criteri scientifici in modo da stabilire una relazione tra le indicazioni raccolte e le conclusioni compongono un quadro ad alta instabilità per le giovani del terzo millennio: «Le femmine mediamente sono più insoddisfatte

dei maschi e più preoccupate del futuro - commenta Pavarin -. Può darsi che siano alla ricerca di nuovi riferimenti, dato che stanno attraversando un'importante fase di transizione che le vede sempre più simili ai maschi per gli stili di vita, come per Falco! e le droghe. E nei profili di rischio, dove i dati sono stati messi in rapporto fra loro, le ragazze emergono sempre perché lamentano ansia, depressione e problemi con il sonno».

Tratto da "Il Mattino":

AUMENTANO gli adolescenti che bevono alcolici, in particolare la birra e i «soft drinks» di moda: ne fa uso il 10% dei ragazzi già a dieci anni, percentuale che sale al 35% nei ragazzi tra i 12 e i 13 anni, al 50% tra i 14 e i 15 anni e all'80% tra i diciottenni. E il 30 per cento dei quindicenni beve già superalcolici. Il dato emerge da un'indagine svolta in 13 scuole della Campania, delle quali sei istituti superiori (quattro a Napoli, uno a Casandri- no, uno ad Acerra) e sette scuole medie. Le schede sono state poi elaborate dalla Seconda Università di Napoli. I dati sono stati presentati ieri nell'ambito di un dibattito sul tema «Semplicemente un drink. Dov'è il problema? I ragazzi, l'alcol, le istituzioni», momento conclusivo del corso di formazione per insegnanti dedicato alla prevenzione dell'alcolismo nelle scuole. I dati campani si avvicinano a quelli nazionali e a quelli dell'Organizzazione mondiale della sanità, e sono in linea anche con la riduzione dei forti bevitori adulti, mentre aumenta il consumo di birra e superalcolici tra giovani e donne. «In Italia - spiega il professor Camillo Del Vecchio Bianco della Seconda Università, tra i coordinatori del progetto - esiste una legge che vieta la vendita di alcolici nei bar e nei locali a ragazzi al di sotto dei 16 anni. Questo non viene fatto. E l'età si abbassa ulteriormente a causa dei soft drinks, che sembrano bevande leggere. I ragazzi ne fanno un uso smodato». L'inchiesta nasce da un corso annuale per i docenti dei Cic (centri ascolto presso le scuole). Gli insegnanti hanno raccolto, nell'indagine condotta nelle scuole, 1655 schede di valutazione, rigorosamente anonime. I giovani bevono in prevalenza vino (in famiglia) e birra (con gli amici). I giovanissimi bevono a volte con gli amici, ma prevalentemente a casa, dimostrazione che il problema viene sottovalutato dalle stesse famiglie. Addirittura vino e soft drinks vengono consumati a merenda nel 15-20% dei casi. Poi entrano in campo anche altre motivazioni: il 40% degli intervistati alle superiori ha una o più volte gareggiato con gli amici a chi beve di più. Alle scuole superiori non emergono differenze dettate dal ceto sociale o dalle zone di provenienza: si beve più o meno alla stessa maniera nei due licei classici, nei due scientifici e nei due tecnici presi in esame. Singolare invece il fatto che, alle scuole medie, bevano di più le ragazze delle fasce sociali più alte, rispetto a quelle più popolari. E tra i figli dei professionisti, bevono più le ragazze che i ragazzi. «Il modello del bere sta cambiando - prosegue il professor Del Vecchio - Ma dai quattordici anni in poi la differenza sfuma, probabilmente perché si inizia a bere in gruppo». Il ruolo dei docenti per la prevenzione dell'alcolismo in questi casi è fondamentale. «Nelle scuole si può fare una buona prevenzione - spiega il professor Libero Benino della Seconda Università - e per questo motivo abbiamo organizzato, in accordo con la Regione, corsi di formazione per circa 300 insegnanti in due anni. Vi hanno partecipato docenti delle superiori ma anche delle medie: dai dati raccolti ci siamo resi conto che la prevenzione si deve fare proprio per i ragazzi tra i dieci e i dodici anni». Nei programmi di prevenzione sono intervenuti gli stessi studenti, che hanno realizzato vignette, animazioni e persino un progetto in rete tra scuole.

Tratto da "Il Messaggero"

Li chiamano "social drinks" ma, nella realtà, non sono altro che serate a base di alcol e sigarette. I frequentatori: giovani sotto i 20 anni o giù di lì. Il gioco sta proprio nel provare la resistenza all'alcol, nel confrontare i sapori, miscelare i gusti e condire tutto con un pacchetto di "bionde". Per sembrare davvero grandi. Come un'epidemia, questi appuntamenti si stanno moltiplicando dappertutto. Grandi città, periferie, provincia. Il "social drink" è quello che possiamo vedere e raccontare, è il segno di una tendenza in continua crescita. Oggi sono circa nove-centomila i giovani sotto i 16 anni che bevono abitualmente birra, vino e aperitivi alcolici. Solo nel 1998, come testimoniano i dati Istat elaborati dall'Istituto superiore di Sanità, erano 781 mila...

Tratto da “Liberazione”

[...]l'età in cui i giovani cominciano a consumare alcolici è in Italia la più bassa d'Europa: appena 12 anni. I primi ad attrarre i giovanissimi sono i cosiddetti alcolpop, ossia i nuovi cocktail dai colori vivaci, facili da trovare imbottigliati nei bar come nei supermercati. Hanno l'aspetto accattivante di una bibita, ma una bottiglietta equivale ad ogni altra consumazione di una bevanda alcolica con circa 12 grammi di alcol [...]

Tratto da “L'Unione Sarda”: Schiavi dell'alcol a undici anni

Per qualcuno è un modo «per fare tendenza». Per qualche altro il passaporto per il gruppo. Poco importa poi se di quella bottiglia, si diventa schiavi. Anche ali anni. Accade nel Sulcis, ma il dramma degli adolescenti finiti nel tunnel dell'alcolismo non è limitato a questa parte dell'Isola...

Tratto da “Salute (la Repubblica)”: Ora si cerca solo la sbronza

Il bere quotidiano si sta concentrando nella sbronza di fine settimana. Il rito inizia alle dnque del pomeriggio, digiuni con le "alcohol pops", innocentemente patinate e zuccherate, seguite alle sette di sera da vodka e tè. «Chi si sbronza ogni fine settimana non è molto diverso da chi lo fa tutti i giorni, il rischio di diventare alcolista è enorme», sottolinea il neurofarmacologo Gian Luigi Gessa, dell'Università di Cagliari. I fattori di rischio sono l'età, - più si è giovani più è immaturo il sistema enzimatico che metabo- lizza Falco] -, la genetica e la suscettibilità individuale, le condizioni fisiche e psicologiche, infine le quantità di alcol ingerite e le modalità della bevuta. «Dopo i tre-quattro drink (vedi tabelle n.d.r.) a digiuno, inizia l'euforia, l'incoordinazione motoria cui segue l'ebbrezza che può arrivare, se si continua a bere, alla perdita di cosdenza e al coma», dice il professor Giovanni Addolorato dell'Università Cattolica di Roma, «l'alcol è comunque una sostanza tossica, e se un paio di bicchieri durante una cena hanno effetti benefid, l'abuso precoce e continuativo arreca guai seri all'organismo, tanto che il 4% di tutte le malattie nel mondo sono dovute al consumo di alcol».

Tratto da “Salute (la Repubblica)”: In Italia il primo bicchiere a 12 anni

Bevono per solitudine e paura, per superare la timidezza, perché non si stimano. Bevono per sentirsi meglio. Poi può diventare un problema, Il più grave per 11 National Institute on Alcohol Abuse and Alcohollsm secondo Il quale Il 40% degli studenti statunitensi manda giù 5-6 drink di fila, con conseguenze devastanti: sbronze a non finire, 500 mila Infortuni, quasi 2 mila morti e violenze a decine di migliaia. Questo, malgrado Il divieto di acquisto e consumo di bevande alcoliche sotto i 18 anni e sotto i 21 In alcuni Stati. Stessa cosa In Gran Bretagna dove pure è necessaria la presenza dei genitori, la carta d'Identità e l'acquisto di un pasto per accedere a pochi grammi di alcol. In Italia Il primo bicchiere si consuma a 11- 12 anni, l'età più bassa d'Europa dove la media è di 14 anni e mezzo.....

Tratto da “Il Messaggero”: Alcol, gli italiani troppo precoci

.....Dopo il tabacco, Bacco. Lo aveva promesso il ministro della Salute Sirchia durante la recente campagna antifumo: la prossima guerra preventiva sarà diretta contro il consumo indiscriminato di alcol. Divieto assoluto per gli under 16, sorsate controllate per tutti gli altri. Questi gli obiettivi dell'offensiva scatenata ieri, giornata consacrata allo scopo, da ministero e Istituto superiore della sanità. Prima di tutto, le grida d'allarme: gli italiani detengono il record di precocità etilica, mandano giù il primo drink a 11-12 anni contro una media europea di 14 e mezzo. A perdersi in un bicchiere di vino, birra, o superalcolico, sono sempre di più i 14enni che tra l'88 e il 2002 hanno fatto schizzare l'indice dei consumi del 9,2 percento. «Ragazzi, vi usano — ha ammonito Girolamo Sirchia — siete solo strumenti nelle mani di chi guadagna. Non serve bere per divertirsi e fare amicizia».....

Tratto da “Il Giornale”: La generazione del primo bicchiere

...Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'alcolismo è la causa principale di morte nei ragazzi tra i 12 e i 29 anni. In Italia l'età in cui i giovani iniziano a consumare alcolici è di 11 anni, la più bassa, d'Europa. Si consumano birra, vino e aperitivi alcolici. Il prodotto più venduto in Italia è il cosiddetto «alcopop». Di che si tratta? È una bevanda, per così dire studiata a tavolino espressamente per gli adolescenti. Una miscela di rum, vodka, grappa o tequila e succhi di frutta in vari gusti. Apparentemente sembra un innocuo aperitivo, in realtà è un superalcolico (alcune bibite sfiorano i 30 gradi). E dico studiata a tavolino perché le bottiglie sono coloratissime, accattivanti e assolutamente «giovani». Perché i ragazzi bevono tanto? Le ragioni sono varie: per sentirsi «uomini» (è un po' come per il fumo), per avvicinare ragazze con meno imbarazzo, per sentirsi più euforici (per «sballare») o semplicemente «normali», aderendo a uno dei tanti riti collettivi tipici della loro età. Il passaggio dall'alcol alle sostanze stupefacenti è quasi naturale. Molti ragazzi che fanno uso di cocaina e di ec-stasy hanno confessato che la loro prima droga è stata proprio l'alcol....

D'Orta, Marcello

Tratto da “La Stampa”: «Droghe? Meglio lo sballo dell'alcol»

«Un grammo d'hashish costa 7 euro, una bottiglia di vodka la metà e non si corrono rischi. Se dobbiamo comprare un grammo di hashish spendiamo sei sette euro, senza contare il rischio di essere beccati dai cani dei finanzieri quando scendiamo dal traghetto. Una bottiglia di vodka o di rum costa circa la metà, possiamo comprarla senza rischiare nulla anche al minimarket e alla fine ci divertiamo anche di più!» I quattro ragazzi stravaccati con la bottiglia in mano sul ponte del traghetto, mentre albeggia e la costa della terra delle vacanze è all'orizzonte, fanno l'estrema sintesi dell'attuale paradosso riguardo i piacevoli vizi perniciosi. Il semplice fumare è un peccato di cui ci si vergogna, ma soprattutto è socialmente poco gratificante. Di conseguenza anche il fumo di erba ha stufato, non se ne può più dei gruppetti che con aria clandestina si imboscano per l'antico rito dello spinello. Solo a nominarlo ci si sente out, restano oramai poche balene spiaggiate che si arrotolano canne tra ricordi di fanciullezza eroica e brividi di matura trasgressione. Ed è per questo che un milione di adolescenti fra i 12 ed i 25 anni rischiano di diventare etilisti...

Tratto da “Il Messaggero”: Il nuovo alcolista? È giovane. E donna

Un sorso di whisky e una sigaretta, e poi un altro sorso e ancora una boccata, così via fino a che di bicchieri ne vanno giù un paio e nel posacenere si accumulano le cicche. Alcol e fumo, i nuovi nemici delle donne, di qualsiasi età. Si comincia da giovanissime perché la sigaretta tra le labbra fa sentire più grandi e il superalcolico è di tendenza. Si continua nel lavoro, troppo grande lo stress da sopportare per stare al passo con gli uomini. Nemmeno la casa è un rifugio, quando torna vuota, i figli ormai lontani e il marito pure, diventa una prigionia e l'alcol aiuta a sopportare....

Tratto da “Corriere della Sera”: Alla festa dei dodicenni musica, alcol e marijuana

Una festa di compleanno si è trasformata in un party a base di musica, alcol e droga. L'aggravante è che l'età media dei partecipanti era dodici anni. Sede del raduno: Pieve San Giacomo, alle porte di Cremona. Il passaparola tra i ragazzini della zona è stato più rapido del solito: «La festa è là, in quel capannone, il biglietto d'ingresso costa cinque euro»....L'alcol scorreva a fiumi, accompagnato dalla droga. Qualcuno stava in un angolo, messo momentaneamente fuori gioco dal troppo alcol....

Tratto da “L'Unione Sarda”: Ragazzina in coma dopo una sbornia

...I soccorritori hanno rilevato subito la gravità: «Respirava molto male e andava intubata» > Grazia ha solo 13 anni e dieci giorni fa ha concluso nel reparto di Rianimazione del Brot- zu una

serata iniziata in discoteca. In coma etilico. Grazia (il nome è di fantasia) ha solo 13 anni. Le piace ballare, stare in compagnia e divertirsi. Due sabati fa ha bevuto, ha perso conoscenza, è finita in un cortile di una discoteca di viale Marconi, trasportata dagli amici in un ultimo disperato tentativo per farla riprendere. Il mondo gira a mille nel suo cervello, impossibile bloccare anche il minimo dettaglio. Gli occhi fuori dalle orbite, il cemento freddo, il panico degli amici, le loro voci ovattate, incomprensibili, tutti intorno a guardarla. Il lampeggiante blu dell'ambulanza che taglia il buio della notte offuscato dalla nebbia che sfuoca e avvolge tutto, mentre dentro, in pista, tutti ballano. Non sanno o fanno finta di non sapere. Il divertimento prima di ogni cosa. La corsa in ambulanza all'ospedale giusto in tempo per non far intervenire il medico legale. Nel suo referto hanno scritto coma etilico...

Tratto da "L'Unione Sarda": Si beve gratis, e il locale fa il pieno di adolescenti

Non sono gli ospiti, le star della musica o i divi della televisione le attrazioni più gettonate di una prima serata. Per creare un evento in grado di attirare l'attenzione dei clienti basta la parola free-drink. Un termine inglese, che tradotto letteralmente vuoi dire bevanda libera. Nell'ambiente della discoteca significa nessun limite al bancone. Si beve quanto si vuole. Fino all'esaurimento delle scorte. LA SERATA. L'apertura dei cancelli è alle 20.30. Chiusura alle 24 circa. In un free-drink il bar non viene lasciato aperto ininterrottamente. Si fanno delle pause, per permettere ai barman di riposarsi e soprattutto per non far finire tutto il carico subito.

Tratto da "L'Espresso": Birra a colazione

Birra a colazione Storia di Silvia: a 14 anni il debutto con l'alcol Silvia è una 29enne romana con 11 anni di alcolisti anonimi sulle spalle. «Ho iniziato a bere a 14 anni, dopo la morte di mia nonna. Bevevo perché non volevo sentire dolore, e l'alcol non me lo faceva sentire». Inizia a bere da sola, dosi sempre maggiori. «Cominciavo dalla mattina, prima di andare a scuola. I miei amici facevano colazione col cappuccino, io con la birra, E non ci vedevo niente di male». La vita di Silvia scorre come quella di tutti gli adolescenti. La famiglia, la scuola, la discoteca, le feste. E l'alcol a fare da metronomo. «Mi è sempre piaciuto andare in discoteca. Però prima dei 18 anni non ho mai ballato. Stavo al bancone e bevevo».

TAVOLE STATISTICHE

Tavola 1 - Articoli per mese di pubblicazione - Anno 2005

Mese	v.a.	%
Gennaio	1	1,4
Febbraio	7	10,1
Marzo	6	8,7
Aprile	19	27,5
Maggio	4	5,8
Giugno	2	2,9
Luglio	5	7,2
Agosto	5	7,2
Settembre	4	5,8
Ottobre	6	8,7
Novembre	10	14,5
Dicembre	0	0,0
Totale	69	100,0

Tavola 2 - Articoli secondo l'area tematica - Anno 2005

Area tematica	v.a.	%
Salute	6	8,7
Disagio e devianza	55	79,7
Stili di vita di bambini, adolescenti	8	11,6
Totale	69	100,0

Tavola 3a - Articoli di quotidiani per testata giornalistica - Anno 2005

Testata	v.a.	%
Avvenire	2	4,3
Corriere della Sera	3	6,4
Giornale di Sicilia	1	2,1
Il Gazzettino	1	2,1
Il Giornale	3	6,4
Il Mattino	2	4,3
Il Messaggero	11	23,4
Il Secolo XIX	3	6,4
Il Sole 24 Ore	1	2,1
Il Sole Sanità	1	2,1
Il Tempo	1	2,1
La Gazzetta del Mezzogiorno	2	4,3
la Repubblica	3	6,4
La Stampa	5	10,6
Libero	1	2,1
L'Unione Sarda	5	10,6
Quotidiano Nazionale	1	2,1
Secolo d'Italia	1	2,1
Totale	47	100,0

Tavola 3b - Articoli di periodici per testata giornalistica - Anno 2005

Testata	v.a.	%
Club3	1	4,5
Corriere Magazine	2	9,1
Dipiù	2	9,1
Famiglia Cristiana	1	4,5
Gente	1	4,5
Il Venerdì di Repubblica	1	4,5
L'Espresso	2	9,1
Liberazione	1	4,5
Oggi	1	4,5
Salute (la Repubblica)	8	36,4
Vita	1	4,5
Viversani & belli	1	4,5
Totale	22	100,0

Tavola 4 - Articoli secondo la presenza della firma - Anno 2005

Presenza della firma	v.a.	%
Si	43	62,3
No	26	37,7
Totale	69	100,0

Tavola 5 - Articoli secondo l'area tematica e la presenza della firma - Anno 2005

Area tematica	Firma		totale
	no	si	
Salute	3	3	6
Devianza	20	35	55
Stili di vita di bambini, adolescenti	3	5	8
Totale	26	43	69

Tavola 6 - Articoli secondo la tipologia - Anno 2005

Tipologia	v.a.	%
Approfondimento	21	30,4
Cronaca	10	14,5
Editoriale\Commento	4	5,8
Intervista	7	10,1
Lettera	1	1,4
Ricerca	26	37,7
Totale	69	100,0

PRINCIPALE NORMATIVA DI RIFERIMENTO A LIVELLO EUROPEO E NAZIONALE

- Carta Europea sull'Alcol (1995);
- Dichiarazione sui giovani e l'alcol - Stoccolma, 19-21 febbraio 2001;
- Raccomandazione del Consiglio, del 5 giugno 2001, sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti;
- Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati n° 125/01
- Legge n. 160 del 2 ottobre 2007: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione "

Carta Europea sull'Alcol (1995)

A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economici-giuridici e socioculturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali.

1. Tutti hanno diritto a una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi, che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche.
2. Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione e un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società.
3. Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.
4. Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili.
5. Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno il diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.

Dieci strategie per un'azione sull'alcool

Le ricerche ed il successo degli interventi in diversi Paesi hanno dimostrato che si possono ottenere benefici a livello sanitario ed economico in tutta la Regione Europea, qualora vengano implementate le seguenti 10 strategie per la promozione della salute nell'ambito di un'azione sull'alcol, al fine di rendere effettivi i principi e gli obiettivi sopra elencati, nel rispetto delle differenze culturali e dei diversi contesti giuridici e socio-economici di ciascuno Stato Membro:

1. Informare le persone degli effetti che il consumo di bevande alcoliche può avere sulla famiglia e la società e delle misure efficaci che si possono prendere per prevenire o ridurre i possibili danni, realizzando, a partire dalla prima infanzia programmi educativi di vasta portata.
2. Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche.
3. Emanare ed applicare leggi che scoraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche.

4. Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità di alcol - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - ed attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche – ad esempio tramite tassazione.
5. Attuare severe misure di controllo, tenendo conto dei limiti o dei divieti esistenti in alcuni Paesi sulla pubblicità, diretta e indiretta, di bevande alcoliche e assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente diretta ai giovani, ad esempio collegando alcol ed eventi sportivi.
6. Assicurare l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di trattamento e riabilitazione, con personale adeguatamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi per le loro famiglie.
7. Incoraggiare un maggiore senso di responsabilità etica e giuridica tra coloro che operano nei settori del marketing o del commercio di bevande alcoliche, incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto ed attuare norme appropriate contro la produzione e la vendita illegali.
8. Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità.
9. Sostenere le organizzazioni non-governative e i gruppi di auto-aiuto che promuovono stili di vita sani, in particolare coloro che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcol-correlati.
10. Formulare programmi d'ampia portata negli Stati Membri, tenendo conto di questa Carta Europea sull'Alcol; definire chiaramente obiettivi e indicatori di risultato; monitorare i progressi e assicurare l'aggiornamento periodico dei programmi sulla base della loro valutazione.

Dichiarazione sui giovani e l'alcol

Stoccolma, 19-21 febbraio 2001 (Adottata a Stoccolma il 21 febbraio 2001)

La carta Europea sul consumo dell'alcol, adottata dagli stati membri nel 1995, enuncia i principi guida e le strategie da adottare per promuovere e proteggere la salute e il benessere di tutti gli abitanti della Regione. La presente Dichiarazione tende a proteggere i bambini e i giovani dalle pressioni che vengono esercitate nei loro confronti per incitarli a bere, e a limitare i danni che essi subiscono direttamente o indirettamente dal problema alcol. La Dichiarazione riprende i cinque principi della Carta europea sul consumo di alcol.

- 1. Tutti hanno diritto ad una vita familiare, sociale e professionale al riparo dagli incidenti, dagli atti di violenza e da altre conseguenze nefaste del consumo di alcol.**
- 2. Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche hanno sulla salute, la famiglia e la società**
- 3. Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.**
- 4. Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili.**
- 5. Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro, hanno il diritto a non subire pressioni a bere ed essere sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.**

Motivazione

La salute e il benessere sono un diritto fondamentale di ogni essere umano. La protezione e la promozione della salute e del benessere dei bambini e dei giovani sono un interesse primario della Convenzione delle Nazioni Unite in relazione ai diritti dei giovani e sono una parte essenziale della politica-quadro della SALUTE 21 dell'OMS e dei compiti dell'Unicef. Per quanto riguarda i giovani e l'alcol, il Piano di Azione Europeo contro l'alcolismo dell'OMS per il periodo 2000-2005 antepone la necessità, da una parte, di avviare nelle scuole, nei luoghi di lavoro e all'interno

della comunità locale delle azioni che favoriscono la salute al fine di proteggere i giovani dalle pressioni che si esercitano nei loro confronti per incitarli a bere e, d'altra parte di attenuare l'ampiezza e la gravità dei danni causati dall'alcol. Inoltre, una eccellente occasione per esaminare la questione "giovani e l'alcol" si sta presentando ai governi del mondo intero con la preparazione della Assemblea Generale Straordinaria delle Nazioni Unite dedicata all'infanzia, che avrà luogo nel settembre del 2001, nella quale l'Unicef curerà la segreteria.

La situazione dei giovani

La globalizzazione dei media e dei mercati condiziona sempre di più le percezioni, le scelte e i comportamenti dei giovani. Molti giovani oggi hanno più possibilità e disponibilità economiche, ma sono più vulnerabili alle tecniche di vendite e di commercializzazione (divenute più aggressive) dei prodotti di consumo e delle sostanze potenzialmente nocive come l'alcol. Nello stesso tempo, il potere dell'economia di mercato ha eroso le reti di salute pubblica esistenti in numerosi paesi e ha indebolito le strutture sociali destinate ai giovani. La brutale transazione sociale ed economica, le guerre civili, la povertà, il problema dei senza tetto e l'isolamento, sono anche fattori che fanno sì che alcol e droghe rischino di giocare un ruolo importante nella destrutturazione della vita di molti giovani.

Evoluzione del consumo di alcol

Le principali tendenze, indicano un maggior accostamento dei giovani all'alcol e uno sviluppo di modelli di consumo ad alto rischio come l'abuso e l'ubriachezza soprattutto da parte degli adolescenti e di giovani adulti, così come il consumo concomitante di alcol con altre sostanze psicotrope (politossicomanie). Tra i giovani esistono dei legami evidenti tra il consumo di alcol, tabacco e droghe illecite.

Il costo del consumo di alcol tra i giovani

I giovani sono più vulnerabili ai danni psichici, emotivi e sociali causati dal proprio consumo di alcol o da quello di altre persone. Esistono dei chiari legami tra l'eccessivo consumo di alcol, la violenza, i comportamenti sessuali a rischio, gli incidenti stradali, le invalidità permanenti e i decessi. Il costo sanitario, sociale ed economico dei problemi derivati dall'alcol tra i giovani rappresenta un grave peso per la società.

Sanità pubblica

Oggi la salute e il benessere di molti giovani sono fortemente minacciati dal consumo di alcol e di altre sostanze psicotrope. Da un punto di vista sanitario, il messaggio è chiaro: non esiste un elemento scientifico che stabilisca un limite sicuro nel consumo di alcol, soprattutto per i bambini e i giovani adolescenti, che costituiscono i gruppi più vulnerabili. Molti bambini sono inoltre vittime delle conseguenze del consumo d'alcol di altre persone, spesso membri delle loro stesse famiglie, che provocano fratture familiari, disastri economici ed emotivi, abbandoni, maltrattamenti, violenze. Le politiche sanitarie relative all'alcol devono essere guidate dagli interessi della sanità pubblica, senza interferenze di interessi commerciali. Una fonte di grande preoccupazione sono gli sforzi fatti dai produttori di bevande alcoliche e dal settore della distribuzione per promuovere una cultura dello sport e della cultura giovanile per mezzo di importanti attività di promozione e patrocinio.

DICHIARAZIONE

Con la presente Dichiarazione, noi, partecipanti alla Conferenza ministeriale europea dell'OMS sui giovani e l'alcol, facciamo appello agli Stati membri, alle associazioni intergovernative e non governative, oltre alle altre parti interessate a difendere la causa della salute e del benessere dei giovani e ad investire in questa causa perché possano beneficiare di una qualità della vita e di un avvenire soddisfacenti per ciò che riguarda il lavoro, il tempo libero, la famiglia e la vita collettiva.

Le politiche in materia di alcol riferite ai giovani dovrebbero inserirsi in una più vasta azione sociale, dato che il consumo di alcol tra i giovani riflette, in larga misura il modello e gli atteggiamenti della società adulta. La gioventù è una risorsa, e i giovani possono contribuire attivamente a risolvere i problemi legati all'alcol.

Per completare questa azione sociale, descritta dal Piano di azione europeo contro l'alcolismo per il periodo 2000-2005, è oggi necessario concepire scopi, misure ed attività specifiche di sostegno destinate ai giovani. Gli Stati membri, tenendo conto della situazione sociale, giuridica ed economica, e del contesto culturale proprio di ogni paese:

1. Stabiliranno i seguenti obiettivi, che dovranno essere raggiunti da qui al 2006:

- ridurre considerevolmente il numero dei giovani che cominciano a consumare alcol;
- ritardare l'età nella quale i giovani cominciano a consumare alcol;
- ridurre considerevolmente le occasioni e la frequenza del consumo eccessivo di alcol tra i giovani, ed in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti;
- proporre e/o sviluppare delle alternative pertinenti al consumo di alcol e droghe, e migliorare la formazione teorica e pratica delle persone che lavorano con i giovani;
- far partecipare maggiormente i giovani all'elaborazione delle politiche di salute per la gioventù, ed in particolare sulla questione alcol;
- rafforzare l'educazione dei giovani sul problema alcol;
- limitare al minimo le pressioni che vengono esercitate sui giovani per incitarli a bere, ed in particolare la promozione, le distribuzioni gratuite, la pubblicità, la promozione e l'offerta di alcol, soprattutto in occasione di grandi manifestazioni;
- appoggiare le misure di lotta contro la vendita illegale di alcol;
- garantire e/o migliorare l'accesso ai servizi di salute e consultazione, in particolare per i giovani che hanno problemi di alcol e/o per i genitori o membri della famiglia alcolodipendenti;
- ridurre considerevolmente i danni causati dal consumo di alcol, in particolare gli incidenti, le aggressioni e gli atti di violenza, soprattutto tra i giovani.

2. Promuoveranno diverse misure efficaci in materia di alcol in quattro grandi aree:

Protezione: rafforzamento delle misure tendenti a proteggere i bambini e gli adolescenti contro la promozione dell'alcol. Misure tendenti a far sì che i fabbricanti non bersagliano i bambini e gli adolescenti per commercializzare i prodotti alcolici. Reprimere l'offerta di alcol con un'azione sulla regolamentazione dell'età minima di consumo, della commercializzazione, ed in particolare del prezzo dell'alcol, che ha una incidenza sul consumo minorile. Offerta di protezione e sostegno ai bambini ed adolescenti i cui genitori e membri della famiglia siano alcolodipendenti o abbiano problemi con l'alcol.

Educazione: sensibilizzazione, in particolare dei giovani, sugli effetti dell'alcol. Elaborazione di programmi di promozione della salute riguardanti i problemi dell'alcol in contesti quali scuole, luoghi di lavoro, organizzazioni giovanili e associazioni locali. Questi programmi dovranno permettere ai genitori, agli insegnanti, ai gruppi di pari e ai responsabili dei giovani, di aiutare questi ultimi ad apprendere e a mettere in pratica comportamenti utili nella vita, per far fronte ai problemi di pressione sociale e per gestire i rischi. Inoltre, bisognerà fornire ai giovani i mezzi per assumersi delle responsabilità in quanto membri importanti della società.

Situazioni di vita: messa a punto di situazioni che incoraggino e favoriscano delle alternative alla cultura del consumo di alcol. Sviluppo e promozione del ruolo della famiglia nella promozione della salute e del benessere dei giovani. Sviluppo di misure tendenti ad eliminare l'alcol nelle scuole e, se possibile, negli altri luoghi educativi.

Riduzione degli effetti nefasti: miglioramento della comprensione delle conseguenze nocive del consumo di alcol sull'individuo, la famiglia e la società. Nei bar e ristoranti, formazione del personale che serve alcol ed applicazione dei regolamenti di divieto della vendita di alcol ai minori e alle persone ubriache. Osservanza dei regolamenti e delle pene applicabili alla guida in stato di ubriachezza. Offerta di servizi sanitari e sociali appropriati ai giovani che hanno problemi di consumo personali o riferiti ad altre persone.

3. Si impegneranno in un vasto processo di messa in atto delle strategie e della realizzazione degli obiettivi:

Raggiungimento di un impegno politico per l'elaborazione, con i giovani, di piani e di strategie che si estendono all'intero paese, finalizzate a ridurre il consumo di alcol e i suoi effetti dannosi, in particolare presso alcuni gruppi giovanili, e valutazione, con i giovani, dei progressi ottenuti nella realizzazione di questi obiettivi.

Sviluppo di partenariati, in particolare con i giovani, con l'intermediazione di reti locali appropriate. Considerare i giovani come una risorsa nel promuovere delle opportunità di partecipazione nei momenti di decisioni che abbiano un'incidenza sulla loro vita, Un accento particolare sarà posto sulla riduzione delle ineguaglianze, soprattutto in materia di salute.

Elaborazione di una strategia completa tendente a risolvere i problemi sociali e sanitari che vivono i giovani soprattutto in rapporto con l'alcol, tabacco, altre droghe e problemi connessi. Promozione di una pratica intersettoriale a livello nazionale e locale al fine di garantire la messa in opera di una politica possibile e più efficace. Nelle attività di promozione della salute e del benessere dei giovani, tenere conto dei diversi contesti sociali e culturali, soprattutto quelli dei giovani con bisogni particolari.

Rafforzamento della cooperazione internazionale tra gli Stati membri. Molte misure politiche, per essere pienamente efficaci, devono essere sostenute a livello internazionale. L'OMS adotterà delle iniziative per stabilire dei partenariati appropriati utilizzando le sue reti di collaborazione operanti in Europa. A questo riguardo, una cooperazione con la Commissione europea è particolarmente indicata.

L'Ufficio regionale dell'OMS, per mezzo del suo sistema europeo di informazione sull'alcol, sorveglierà e valuterà, con la partecipazione dei giovani, i progressi realizzati in Europa per ciò che riguarda gli impegni sottoscritti nella presente Dichiarazione, e renderà conto di questi progressi.

Raccomandazione del Consiglio, del 5 giugno 2001, sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti

Gazzetta ufficiale n. L 161 del 16/06/2001 - (2001/458/CE)

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA

visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 152, paragrafo 4, secondo comma,

vista la proposta della Commissione,

visto il parere del Parlamento europeo (1),

considerando quanto segue:

(1) In conformità dell'articolo 3, lettera p), del trattato, l'azione della Comunità comporta un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute.

(2) In conformità dell'articolo 152 del trattato, nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

(3) L'educazione e l'informazione in materia sanitaria sono espressamente menzionate all'articolo 152 del trattato, e costituiscono una priorità per l'azione della Comunità nel campo della sanità pubblica.

(4) La risoluzione sull'abuso di alcool, adottata dal Consiglio e dai rappresentanti dei governi degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio il 29 maggio 1986(2), rileva che l'incremento del consumo di alcool causa serie preoccupazioni sul piano della sanità pubblica e del benessere sociale, che la produzione, la vendita e la distribuzione di bevande alcoliche è un fattore importante nell'economia della maggior parte degli Stati membri, che, a livello europeo, è auspicabile un'iniziativa congiunta nel campo della prevenzione dell'abuso di alcool e che la Commissione, soppesando attentamente gli interessi in causa, svolge una politica equilibrata a tal fine e, ove necessario, sottopone proposte al Consiglio.

(5) Nella comunicazione della Commissione sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità e nella proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che adotta un programma d'azione nel campo della sanità pubblica (2001-2006) l'alcool è uno dei settori menzionati in cui possono essere adottate misure ed azioni particolari 1(3).

(6) La presente raccomandazione costituisce il primo passo di uno sviluppo orientato a un approccio più generale in tutta la Comunità, [come previsto nelle conclusioni del Consiglio, del 5 giugno 2001, relative a una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcool].

(7) Uno degli obiettivi del Programma di azione comunitaria concernente la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione (decisione del Parlamento europeo e del Consiglio n. 645/96/CE)(4), è la promozione dell'esame, della valutazione e dello scambio di esperienze, nonché il sostegno ad azioni volte a prevenire l'abuso di alcool e le sue conseguenze socio-sanitarie. Il programma offre così una base per il follow-up e il monitoraggio delle misure proposte.

(8) Nell'ambito del Programma di azione comunitaria in materia di monitoraggio sanitario, (decisione del Parlamento europeo e del Consiglio n. 1400/97/CE)(5), uno dei settori nei quali possono essere definiti indicatori sanitari è quello del consumo di alcool. Ciò può essere particolarmente utile a sostegno dell'attuazione delle misure proposte.

(9) Nel quadro del Programma di azione comunitaria per la prevenzione delle lesioni, (decisione del Parlamento europeo e del Consiglio n. 372/1999/CE)(6), le lesioni connesse con l'abuso di bevande alcoliche rientrano nelle azioni intraprese. Ciò potrà essere utile ai fini della raccolta di dati necessari per l'attuazione delle misure proposte.

(10) Nella comunicazione della Commissione "Priorità nella sicurezza stradale UE"(7), il problema della guida sotto l'effetto dell'alcool viene identificato come una priorità dove un'azione concertata potrebbe ridurre il rilevante tributo di decessi sulle strade comunitarie. Il Consiglio nelle conclusioni del 5 aprile 2001 ha preso atto della raccomandazione della Commissione riguardante il tenore massimo consentito di alcool nel sangue per conducenti di veicoli a motore che identifica specificamente il problema per i giovani automobilisti e motociclisti, ed ha esortato gli Stati membri ad esaminare attentamente tutte le misure proposte.

(11) La direttiva 2000/13/CE(8) del Parlamento europeo e del Consiglio relativa al ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri concernenti l'etichettatura, la presentazione e la pubblicità di prodotti alimentari prevede la definizione ulteriore di norme in materia di elencazione degli ingredienti sulle etichette delle bevande alcoliche. Detta misura è proposta dalla Commissione con la giustificazione tra l'altro che negli ultimi anni è stato immesso sul mercato un numero sempre crescente di bevande alcoliche la cui composizione e presentazione sono orientate alla vendita ad un pubblico giovanile. È importante che i giovani siano in grado di sapere quello che stanno bevendo sulla base delle informazioni indicate sul prodotto. Inoltre, una legislazione comune in materia di bevande alcoliche è essenziale per l'espansione e la preservazione del mercato interno riguardo a questi prodotti.

(12) In conformità dell'articolo 15 della direttiva 89/552/CEE del Consiglio relativa al coordinamento di talune disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri concernenti l'esercizio delle attività televisive, quale modificata dalla direttiva del Consiglio 97/36/CE(9) la pubblicità televisiva e la televendita di bevande alcoliche avvengono nel rispetto di una serie di criteri, con un riferimento specifico alla protezione dei minorenni.

(13) Nell'attuare le misure raccomandate va ricordato che le restrizioni ai servizi di comunicazione commerciale transfrontaliera devono essere compatibili con l'articolo 49 del trattato e devono perciò essere proporzionati agli obiettivi di interesse generale che perseguono, tra cui la protezione della sanità pubblica e dei consumatori.

(14) Giova notare che qualunque decisione di ritiro di prodotti illeciti emanata da un altro Stato membro è soggetta alla decisione n. 3052/95/CE(10) che istituisce una procedura per lo scambio di informazioni relative a misure nazionali che derogano al principio della libera circolazione delle merci nella Comunità. Essa deve essere notificata e la sua proporzionalità giustificata alla Commissione, come richiesto dalla decisione stessa. (15) Fatte salve le legislazioni o disposizioni nazionali, i produttori e i dettaglianti dovrebbero essere sollecitati a stabilire o a rafforzare controlli improntati all'autoregolamentazione e a concordare norme per tutte le forme di promozione, commercializzazione e vendita al dettaglio delle bevande alcoliche, indipendentemente dai mezzi utilizzati, nell'ambito dei codici di condotta.

(16) L'autoregolamentazione della pubblicità per bevande alcoliche, che riscuote il sostegno delle parti interessate, quali produttori, utenti di pubblicità e media e che è già in funzione in alcuni Stati membri, spesso in stretta cooperazione con le organizzazioni governative e con le organizzazioni non governative, può svolgere un ruolo importante riguardo alla protezione dei

bambini e degli adolescenti dai pericoli connessi con l'alcool. Anche le organizzazioni giovanili potrebbero dare un importante contributo in questo contesto.

(17) In alcuni Stati membri esistono riscontri statistici dei mutamenti delle abitudini riguardo al bere tra gli adolescenti che suscitano particolare preoccupazione, segnatamente: diffusione dell'assunzione di alcool in occasione di feste e forte consumo di alcool tra minorenni, una tendenza verso un consumo significativo, incontrollato di alcool al di fuori dell'ambiente familiare, in uno stadio precoce, un crescente consumo da parte di ragazze in taluni Stati membri, nonché una tendenza a consumare bevande alcoliche insieme a sostanze stupefacenti. Le informazioni disponibili debbono tuttavia essere ulteriormente sviluppate.

(18) Nella Comunità vi è una chiara esigenza di migliorare la ricerca riguardo alle cause, alla natura e alla dimensione dei problemi, connessi con l'abuso di alcool da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti, tra l'altro attraverso una raccolta di dati più estesa e coerente.

(19) In conformità dell'articolo 5 del trattato l'impegno per conseguire gli obiettivi di un contributo della Comunità inteso a garantire un livello elevato di protezione della salute deve essere intrapreso nel rispetto del principio di sussidiarietà e nell'osservanza del principio che l'azione delle Comunità non va al di là di quanto necessario per il raggiungimento degli obiettivi del trattato. Le misure raccomandate devono pertanto tener conto delle misure passate e attuali attuate negli Stati membri ed essere proporzionate al loro obiettivo di sanità pubblica.

(20) Dovrebbe essere effettuata una costante valutazione delle misure adottate con particolare attenzione alla loro efficacia e ai loro risultati sia a livello nazionale che comunitario.

RACCOMANDA:

I. Nel formulare strategie, elaborare normative o intraprendere azioni adeguate alle varie situazioni presenti sul piano nazionale, nel quadro di un'impostazione congiunta a livello comunitario riguardante i giovani e l'alcool, con particolare riferimento a bambini e adolescenti, gli Stati membri, avvalendosi ove necessario del sostegno della Commissione, dovrebbero:

1) promuovere la ricerca in ordine a tutti i vari aspetti dei problemi legati al consumo di alcool da parte dei giovani ed in particolare dei bambini e degli adolescenti al fine di individuare e valutare meglio le misure atte ad affrontarli;

2) assicurare che lo sviluppo, l'attuazione e la valutazione di adeguate politiche e programmi integrati di promozione della salute rivolti ai bambini, agli adolescenti, ai genitori, agli insegnanti e a quanti si occupano dei giovani a livello locale, regionale, nazionale ed europeo, includano opportunamente la questione del consumo dell'alcool, con particolare attenzione per ambiti quali le organizzazioni giovanili, le organizzazioni sportive e le scuole, tenendo conto delle esperienze acquisite, come la "scuola di promozione della salute";

3) elaborare informazioni probanti riguardo ai fattori che motivano i giovani, in particolare bambini e adolescenti, ad iniziare a bere e diffonderle agli interessati;

4) favorire un approccio multisettoriale per educare i giovani in relazione all'alcool onde contribuire ad evitare le conseguenze negative del suo consumo, con la partecipazione, ove opportuno, dei servizi che si occupano di istruzione, sanità e gioventù, degli organi di polizia, delle pertinenti organizzazioni non governative e dei mezzi di comunicazione;

5) sostenere misure di sensibilizzazione sugli effetti del consumo di alcool, in particolare sui bambini e sugli adolescenti, e sulle conseguenze che ne derivano per gli individui e per la società;

6) aumentare il coinvolgimento dei giovani nelle politiche e nelle azioni che trattano della salute, utilizzando appieno i contributi che essi possono dare, particolarmente nel settore dell'informazione, e favorire attività specifiche avviate, progettate, realizzate e valutate dai giovani;

7) incoraggiare la produzione di materiale di orientamento per i genitori per aiutarli a discutere i problemi dell'alcool con i loro figli e promuovere la sua diffusione tramite reti locali, quali scuole, servizi sanitari, biblioteche, centri comunitari e anche via Internet;

8) sviluppare ulteriormente iniziative specifiche rivolte ai giovani riguardo ai pericoli della guida in stato di ebbrezza, con particolare riferimento a determinati ambienti quali centri di svago e divertimento, scuole e scuole guida;

9) adottare in via prioritaria misure contro la vendita illegale di alcool a consumatori minorenni e, se del caso, esigere un documento per comprovare l'età;

10) sostenere segnatamente l'elaborazione di strategie specifiche per la rilevazione precoce e gli interventi a titolo preventivo volti ad impedire ai giovani di diventare alcolisti.

II. Tenuto conto dei diversi quadri giuridici, normativi o in materia di autoregolamentazione gli Stati membri dovrebbero, ove necessario:

1) favorire, in cooperazione con i produttori e i dettaglianti di bevande alcoliche e le organizzazioni non governative pertinenti la creazione di meccanismi efficaci nei settori della promozione, commercializzazione e vendita al dettaglio per:

a) assicurare che i produttori non elaborino prodotti alcolici specificatamente destinati a bambini e ad adolescenti;

b) garantire che le bevande alcoliche non siano concepite o promosse in modo da costituire un richiamo per i bambini e per gli adolescenti, prestando particolare attenzione, tra l'altro ai seguenti elementi:

- l'impiego di stili (quali grafici, motivi o colori) associati alla cultura giovanile,

- rappresentazione nelle campagne promozionali di bambini, adolescenti, o altri modelli, di aspetto giovanile,

- allusioni al consumatore di droga e di altre sostanze nocive quali il tabacco, o immagini correlate,

- riferimenti a comportamenti violenti o asociali,

- allusioni implicite al successo sul piano sociale, sessuale o sportivo,

- incoraggiamento dei bambini e degli adolescenti al consumo di bevande alcoliche, compresa la vendita a basso prezzo di tali bevande ad adolescenti,

- pubblicità o sponsorizzazioni in occasione di eventi sportivi, musicali o altri eventi speciali in cui un gran numero di bambini e adolescenti partecipa in qualità di attori o spettatori,

- pubblicità sui mezzi di comunicazione mirata a bambini e adolescenti o rivolta a un vasto numero di bambini e adolescenti,

- distribuzione gratuita di bevande alcoliche a bambini e adolescenti, come pure vendita o distribuzione gratuita di prodotti per la promozione di bevande alcoliche e che possono costituire un richiamo soprattutto per bambini e adolescenti;

c) sviluppare, ove opportuno, una formazione specifica del personale di servizio e vendita in materia di protezione dei bambini e degli adolescenti, tenendo conto delle restrizioni riguardanti l'autorizzazione per la vendita di bevande alcoliche ai giovani;

d) consentire ai produttori di ottenere una consulenza prima della commercializzazione di un prodotto o di investire in un prodotto, nonché la possibilità di ottenere una consulenza sulle campagne di commercializzazione prima del loro avvio effettivo;

e) garantire che le denunce contro prodotti che non siano promossi, commercializzati o venduti al minuto conformemente ai principi di cui alle lettere a) e b) possano essere effettivamente trattate e che, ove necessario, tali prodotti possano essere ritirati dalla vendita e che si ponga fine alle relative prassi promozionali o commerciali inappropriate;

2) sollecitare le organizzazioni rappresentative della produzione e del commercio di bevande alcoliche a impegnarsi a rispettare i principi summenzionati.

III. Gli Stati membri al fine di contribuire alla continuità della presente raccomandazione a livello comunitario e intervenendo opportunamente, nel contesto del programma d'azione nel campo della sanità pubblica, dovrebbero trasmettere, ove richiesto, relazioni alla Commissione sull'applicazione delle misure raccomandate,

INVITA LA COMMISSIONE IN COLLABORAZIONE CON GLI STATI MEMBRI A:

1. sostenere gli Stati membri nel loro impegno di attuare le presenti raccomandazioni, segnatamente tramite la raccolta e la trasmissione di dati comparabili pertinenti e la promozione dello scambio di informazioni e di buone prassi;

2. promuovere l'ulteriore ricerca a livello comunitario sui comportamenti e sulle motivazioni dei giovani, in particolare bambini e adolescenti, per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche e sorvegliare gli sviluppi in corso;

3. seguire, valutare e monitorare gli sviluppi e le misure adottate negli Stati membri e a livello comunitario e garantire in questo contesto un dialogo permanente, costruttivo e strutturato con tutte le parti interessate;
4. riferire riguardo all'attuazione delle misure proposte sulla base delle informazioni fornite dagli Stati membri, entro la fine del quarto anno dalla data di adozione della presente raccomandazione, e in seguito regolarmente, verificare in quale misura le misure proposte sono risultate efficaci e prendere in esame la necessità di una revisione o di ulteriori azioni;
5. avvalersi pienamente di tutte le politiche comunitarie, segnatamente del programma d'azione nel campo della sanità pubblica, al fine di far fronte ai problemi di cui alla presente raccomandazione.

Fatto a Lussemburgo, addì 5 giugno 2001.

Per il Consiglio

Il Presidente

L. Engqvist

(1) Parere formulato il 16 maggio 2001 (non ancora pubblicato nella Gazzetta ufficiale).

(2) GU C 184 del 23.7.1986, pag. 3.

(3) GU C 337 E del 28.11.2001, pag. 122.

(4) GU L 95 del 16.4.1996, pag. 1.

(5) GU L 193 del 22.7.1997, pag. 1.

(6) GU L 46 del 20.2.1999, pag. 1.

(7) GU L 43 del 14.2.2001, pag. 31.

(8) GU L 109 del 6.5.2000, pag. 29.

(9) GU L 202 del 30.7.1997, pag. 60.

(10) GU L 321 del 30.12.1995, pag. 1.

LEGGE 30 marzo 2001, n. 125

Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati

(Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001)

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

Capo I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1.

(Oggetto - Definizioni)

1. La presente legge reca norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcol dipendenti, ai sensi della risoluzione del Parlamento europeo del 12 marzo 1982 sui problemi dell'alcolismo nei Paesi della Comunità, della risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di consiglio, del 29 maggio 1986, concernente l'abuso di alcol, e delle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità, con particolare riferimento al piano d'azione europeo per l'alcol di cui alla risoluzione del 17 settembre 1992, adottata a Copenaghen dal Comitato regionale per l'Europa della Organizzazione stessa, ed alla Carta europea sull'alcol, adottata a Parigi nel 1995.

2. Ai fini della presente legge, per bevanda alcolica si intende ogni prodotto contenente alcol alimentare con gradazione superiore a 1,2 gradi di alcol e per bevanda superalcolica ogni prodotto con gradazione superiore al 21 per cento di alcol in volume.

Avvertenza:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi,

sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Art. 2.

(Finalità)

La presente legge:

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

Art. 3.

(Attribuzioni dello Stato)

1. Con atto di indirizzo e coordinamento, adottato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sentita la Consulta di cui all'articolo 4, nel rispetto delle competenze attribuite allo Stato ed alle regioni dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e delle previsioni del piano sanitario nazionale, sono definiti:

- a) i requisiti minimi, strutturali ed organizzativi, dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, secondo criteri che tengano conto dell'incidenza territoriale degli stessi;
- b) gli standard minimi di attività dei servizi individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per lo svolgimento delle funzioni indicate alla lettera a);
- c) i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzare secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione degli stessi a livello regionale e nazionale;
- d) le azioni di informazione e di prevenzione da realizzare nelle scuole, nelle università, nelle accademie militari, nelle caserme, negli istituti penitenziari e nei luoghi di aggregazione giovanile.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'interno adotta i provvedimenti opportuni affinché siano intensificati i controlli sulle strade durante le ore in cui è maggiore il rischio di incidenti legati al consumo e all'abuso di alcol, dotando gli addetti ai controlli di attrezzature idonee, secondo una distribuzione territoriale sufficiente a garantire un'attività di controllo continuativa.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Commissione unica del farmaco adotta un provvedimento diretto ad assicurare che siano erogati a carico del Servizio sanitario nazionale i farmaci utilizzati nelle terapie antiabuso o anticraving dell'alcolismo, per i quali è necessaria la prescrizione medico-specialistica. I medicinali, inseriti in classe H, sono dispensati dalle farmacie ospedaliere e per il tramite delle farmacie territoriali, secondo modalità definite con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni più rappresentative delle farmacie pubbliche e private e le organizzazioni delle imprese distributrici.

4. Per la realizzazione delle attività di monitoraggio di cui al comma 1, lettera c), è autorizzata la spesa massima di lire 1.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001. Per la realizzazione delle attività di informazione e di prevenzione di cui al comma 1, lettera d), è autorizzata la spesa massima di lire 2.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001. Per le attività di cui al comma 2 è autorizzata la spesa massima di lire 1.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001.

Note all'art. 3:

- Il testo dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa) è il seguente:

"Art. 8. - 1. Gli atti di indirizzo e coordinamento delle funzioni amministrative regionali, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive relative all'esercizio delle funzioni delegate, sono adottati previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, o con la singola regione interessata.

2. Qualora nel termine di quarantacinque giorni dalla prima consultazione l'intesa non sia stata raggiunta, gli atti di cui al comma 1 sono adottati con deliberazione del Consiglio dei Ministri, previo parere della commissione parlamentare per le questioni regionali da esprimere entro trenta giorni dalla richiesta.

3. In caso di urgenza il consiglio dei ministri può provvedere senza l'osservanza delle procedure di cui ai commi 1 e 2. I provvedimenti in tal modo adottati sono sottoposti all'esame degli organi di cui ai commi 1 e 2 entro i successivi quindici giorni. Il Consiglio dei Ministri è tenuto a riesaminare i provvedimenti in ordine ai quali siano stati espressi pareri negativi.

4. Gli atti di indirizzo e coordinamento, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive adottate con deliberazione del Consiglio dei Ministri, sono trasmessi alle competenti Commissioni parlamentari.

5. Sono abrogate le seguenti disposizioni concernenti funzioni di indirizzo coordinamento dello Stato:

a) l'art. 3 legge 22 luglio 1975, n. 382;

b) l'art. 4, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, il primo comma del medesimo articolo limitatamente alle parole da: "nonché" la funzione di indirizzo" fino a: "n. 382" e alle parole "e con la Comunità economica europea", nonché il terzo comma del medesimo articolo, limitatamente alle parole: "impartisce direttive per l'esercizio delle funzioni amministrative delegate alle regioni che sono tenute ad osservarle, ed";

c) l'art. 2, comma 3, lettera d) della legge 23 agosto 1988; n. 400, limitatamente alle parole: "gli atti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e, nel rispetto delle disposizioni statutarie, delle regioni a statuto speciale e delle, province autonome di Trento e Bolzano";

d) l'art. 13, comma 1, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n. 400, limitatamente alle parole: "anche per quanto concerne le funzioni statali di indirizzo e coordinamento";

e) l'art. 1, comma 1, lettera hh), della legge 12 gennaio 1991, n. 13.

6. è soppresso l'ultimo periodo della lettera a) del primo comma dell'art. 17 della legge 16 maggio 1970, n. 281."

- Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, concerne il "Conferimento di prestazioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59."

Art. 4.

(Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati)

1. è istituita la Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, di seguito denominata "Consulta", composta da:

a) il Ministro per la solidarietà sociale, che la presiede;

b) tre membri designati dal Ministro per la solidarietà sociale fra persone che abbiano maturato una comprovata esperienza professionale in tema di alcol e di problemi alcolcorrelati;

c) quattro membri designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

d) il direttore dell'Istituto superiore di sanità o un suo delegato;

e) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche, designato dal suo presidente;

f) due membri designati dal Ministro per la solidarietà sociale, di cui uno su proposta delle associazioni di volontariato ed uno su proposta delle associazioni di auto-mutuo aiuto attive nel settore;

g) due membri designati dal Ministro per la solidarietà sociale, di cui uno su proposta del Ministro delle politiche agricole e forestali ed uno su proposta delle associazioni dei produttori e dei commercianti di bevande alcoliche;

h) due membri designati dal Ministro della sanità;

i) due membri designati dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

l) il presidente della Società italiana di alcologia o un suo delegato.

2. La Consulta nomina al proprio interno un vicepresidente.

3. Per ognuno dei membri della Consulta di cui al comma 1, lettere c), d), e), f) ed h), é designato un membro supplente. I componenti della Consulta durano in carica tre anni e possono essere riconfermati. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono definite le modalità e l'entità dei rimborsi spese e dei gettoni di presenza assegnati ai componenti della Consulta di cui al comma 1, lettere b), c), f) e g).

4. La Consulta si riunisce ogni due mesi e su richiesta di un terzo dei suoi componenti. Per la validità delle riunioni è richiesta la presenza della metà dei componenti. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale si provvede alla disciplina del funzionamento e dell'organizzazione della Consulta.

5. La Consulta:

a) collabora nella predisposizione della relazione prevista dall'articolo 8, esaminando, a tale fine, i dati relativi allo stato di attuazione della presente legge e quelli risultanti dal monitoraggio effettuato ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera c), dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano;

b) formula proposte ai Ministri competenti, alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi definiti dall'articolo 1 nei rispettivi ambiti di competenza;

c) collabora con enti ed organizzazioni internazionali che si occupano di alcol e di problemi alcolcorrelati, con particolare riferimento all'Organizzazione mondiale della sanità, secondo gli indirizzi definiti dal Ministro della sanità;

d) fornisce ai Ministri competenti, alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano pareri in ogni altro ambito attinente all'alcol e ai problemi alcolcorrelati in riferimento alle finalità della presente legge.

6. Per l'istituzione ed il funzionamento della Consulta è autorizzata la spesa di lire 125 milioni annue a decorrere dall'anno 2001.

Art. 5

(Modifiche agli ordinamenti didattici universitari)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché' del corso di laurea in medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di assicurare, quale corso di studio, l'apprendimento dell'alcologia.

Note all'art. 5:

- Il testo del comma 95 dell'art. 17, della legge 15 maggio 1997, n. 127 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo, che ha modificato l'art. 58, terzo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 (testo unico delle disposizioni concernenti lo Statuto degli impiegati civili dello Stato, e norme di esecuzione) è il seguente:

"Art. 95. - L'ordinamento degli studi dei corsi universitari, con esclusione del dottorato di ricerca, é disciplinato dagli atenei, con le modalità di cui all'art. 11, commi 1 e 2, della legge 19 novembre 1990, n. 341, in conformità ai criteri generali definiti, nel rispetto della normativa comunitariaigente in materia, sentiti il Consiglio universitario nazionale e le commissioni parlamentari competenti, con uno o più decreti del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con altri Ministri interessati, limitatamente ai criteri relativi agli ordinamenti per i quali il medesimo concerto è previsto alla data di entrata in vigore della presente

legge, ovvero da disposizioni dei commi da 96 a 119 del presente articolo. I decreti di cui al presente comma determinano altresì:

a) con riferimento ai corsi di cui al presente comma, accorpati per aree omogenee, la durata, anche eventualmente comprensiva del percorso formativo già svolto, l'eventuale serialità dei predetti corsi e dei relativi titoli, gli obiettivi formativi qualificanti, tenendo conto degli sbocchi occupazionali e delle spendibilità a livello internazionale, nonché la previsione di nuove tipologie di corsi e di titoli universitari, in aggiunta o in sostituzione a quelli determinati dagli articoli 1, 2, 3, comma 1 e 4, comma 1, della legge 19 novembre 1990, n. 341, anche modificando gli ordinamenti e la durata di quelli di cui al decreto legislativo 8 maggio 1998, n. 178, in corrispondenza di attività didattiche di base, specialistiche, di perfezionamento scientifico, di alta formazione permanente e ricorrente);

b) modalità e strumenti per l'orientamento e per favorire la mobilità degli studenti, nonché la più ampia informazione sugli ordinamenti degli studi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici;

c) modalità di attivazione da parte di università italiane, in collaborazione con atenei stranieri, dei corsi universitari di cui al presente comma, nonché di dottorati di ricerca, anche in deroga alle disposizioni di cui al Capo II del titolo III del Presidente della Repubblica 11 luglio 1968, n. 382.

Art. 6.

(Modifiche al codice della strada)

1. Al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 119, comma 8, lettera c), dopo il secondo periodo è inserito il seguente: "Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestano comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati";

b) all'articolo 186, comma 4, le parole: "In caso di incidente o" sono soppresse.

2. Il Ministro dei trasporti e della navigazione, con propri decreti, emanati ai sensi dell'articolo 123, comma 10, del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, provvede all'integrazione dei programmi di esame per l'accertamento dell'idoneità tecnica degli insegnanti e degli istruttori delle autoscuole per conducenti nonché dei programmi di esame per il conseguimento della patente di guida al fine di assicurare un'adeguata informazione sui rischi derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche prima della guida.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo adotta, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, una modifica al comma 1 dell'articolo

379 del regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada, emanato con decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che preveda la modifica della concentrazione alcolemica portandola da 0,8 grammi per litro a 0,5 grammi per litro.

Note all'art. 6:

- Il decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 reca l'approvazione del "Nuovo codice della strada";
- Il suo articolo 119, comma 8, lettera c), come modificato dalla legge qui pubblicata reca il seguente testo:

"8. Nel regolamento di esecuzione sono stabiliti:

(Omissis).

"c) la composizione e le modalità di funzionamento delle commissioni mediche di cui al comma 4, delle quali dovrà far parte un medico appartenente ai servizi territoriali della riabilitazione, qualora vengano sottoposti a visita aspiranti conducenti di cui alla lettera a) del citato comma 4. In questa ipotesi, dovrà farne parte un ingegnere del ruolo della Direzione generale della M.C.T.C.. Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati. Può intervenire, ove richiesto dall'interessato, un medico di sua fiducia".

- L'art. 186, comma 4 del citato decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, come modificato dalla legge qui pubblicata, reca il seguente testo:

"4. Quando si abbia motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di polizia stradale di cui all'articolo 12 hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento".

- L'articolo 123, comma 10 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, reca il seguente testo:

"10. Il Ministro dei trasporti stabilisce, con propri decreti: i requisiti minimi di capacità finanziaria; i requisiti di idoneità degli insegnanti o degli istruttori delle autoscuole per conducenti; le prescrizioni sui locali e sull'arredamento didattico, anche al fine di consentire l'eventuale svolgimento degli esami, nonché la durata dei corsi; i programmi di esame per l'accertamento della idoneità tecnica degli insegnanti e degli istruttori; i programmi di esame per il conseguimento della patente di guida.";

- L'art. 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri) reca il testo seguente:

1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunciarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

- a) l'esecuzione delle leggi e dei decreti legislativi, nonché dei regolamenti comunitari;
- b) l'attuazione e l'integrazione delle leggi e dei decreti legislativi recanti norme di principio, esclusi quelli relativi a materie riservate alla competenza regionale;
- c) le materie in cui manchi la disciplina da parte di leggi o di atti aventi forza di legge, sempre che non si tratti di materie comunque riservate alla legge;
- d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;
- e) l'organizzazione del lavoro ed i rapporti di lavoro dei pubblici dipendenti in base agli accordi sindacali."

- L'art. 379, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada) reca il testo seguente:

"379. Guida sotto l'influenza dell'alcool.

1. L'accertamento dello stato di ebbrezza ai sensi dell'art. 186, comma 4, del codice, si effettua mediante l'analisi dell'aria alveolare espirata: qualora, in base al valore della concentrazione di alcool nell'aria alveolare espirata, la concentrazione alcoolemica corrisponda o superi 0,8 grammi per litro (g/l), il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza."

Art. 7.

(Modifica all'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540)

1. All'articolo 2, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540, sono aggiunte, in fine, le parole: "con particolare riferimento alle controindicazioni provocate dalla interazione del medicinale con bevande alcoliche e superalcoliche, nonché l'eventuale pericolosità per la guida derivante dall'assunzione dello stesso medicinale".

Note all'art. 7:

- Il testo dell'art. 2 (etichettatura), comma 1, lettera g) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540 (attuazione della direttiva n. 92/27/CEE concernente l'etichettatura ed il foglietto illustrativo dei medicinali per uso umano), come modificato dalla legge qui pubblicata, è il seguente:

"Art. 2. L'imballaggio esterno o, in mancanza dello stesso, il condizionamento primario di qualsiasi medicinale deve recare le indicazioni seguenti:

(Omissis).

g) eventuali avvertenze speciali ritenute necessarie per il medicinale in questione, con particolare riferimento alle controindicazioni provocate dall'interazione del medicinale con bevande alcoliche e superalcoliche, nonché l'eventuale pericolosità per la guida derivante dall'assunzione dello stesso medicinale;"

Art. 8.

(Relazione al Parlamento)

1. Il Ministro della sanità trasmette al Parlamento una relazione sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge, predisposta sulla base delle relazioni inviate dalle regioni, ai sensi dell'articolo 9, comma 2.

Capo II

COMPETENZE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Art. 9.

(Attribuzioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle risorse destinate all'assistenza sanitaria rese disponibili dal Fondo sanitario nazionale, alla programmazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, all'individuazione dei servizi e delle strutture, anche ospedaliere e universitarie, incaricati della realizzazione degli interventi stessi, compresi quelli per il trattamento in fase acuta dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, nonché alla formazione ed all'aggiornamento degli operatori del settore, in base ai principi stabiliti dalla presente legge ed alle previsioni dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Ministero della sanità sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge.

Art. 10.

(Intervento ospedaliero)

1. Il trattamento dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati è svolto nelle apposite unità operative collocate presso le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie pubbliche e private appositamente accreditate, ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché presso le aziende ospedaliero-universitarie di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.

Note all'art. 10:

- Il testo dell'art. 8-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale), è il seguente:

"Art. 8-bis. Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali.

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del serviziosanitario nazionale.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'art. 8-ter, dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'art. 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività socio-sanitarie."

- Il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, reca la "Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario regionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

Art. 11

(Strutture di accoglienza)

1. Nell'ambito della loro programmazione socio-sanitaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fatte salve le strutture esistenti, possono realizzare, a seconda delle esigenze del territorio definite dalle regioni e dalle province stesse, strutture di accoglienza per pazienti alcolodipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cure prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital.
2. La permanenza presso le strutture di cui al comma 1 non può essere superiore a trenta giorni.

Art. 12.

(Collaborazione con enti ed associazioni)

1. Le regioni, le aziende unità sanitarie locali ed i servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati possono svolgere la loro attività avvalendosi, anche mediante apposita convenzione, di enti ed associazioni pubbliche o private che operano per il perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1 della presente legge

Capo III

**DISPOSIZIONI SULLA PUBBLICITÀ E SUL CONSUMO DELLE BEVANDE
ALCOLICHE E IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO**

Art. 13.

(Disposizioni in materia di pubblicità)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le emittenti radiotelevisive pubbliche e private e le agenzie pubblicitarie, unitariamente ai rappresentanti della produzione, tenuto conto anche dell'esigenza di valorizzare le produzioni tipiche ed a denominazione di origine controllata, adottano un codice di autoregolamentazione sulle modalità e sui contenuti dei messaggi pubblicitari relativi alle bevande alcoliche e superalcoliche.
2. è vietata la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche che:
 - a) sia trasmessa all'interno di programmi rivolti ai minori e nei quindici minuti precedenti e successivi alla trasmissione degli stessi;
 - b) attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche che non siano espressamente riconosciute dal Ministero della sanità;
 - c) rappresenti minori intenti al consumo di alcol ovvero rappresenti in modo positivo l'assunzione di bevande alcoliche o superalcoliche.
3. è vietata la pubblicità diretta o indiretta delle bevande alcoliche e superalcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di 18 anni di età.
4. è vietata la pubblicità radiotelevisiva di bevande superalcoliche nella fascia oraria dalle 16 alle 19.
5. è inoltre vietata in qualsiasi forma la pubblicità di bevande superalcoliche:
 - a) sulla stampa giornaliera e periodica destinata ai minori;
 - b) nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati prevalentemente alla visione dei minori.
6. La violazione delle disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4 è punita con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 5 milioni a lire 20 milioni. La sanzione è raddoppiata per ogni ulteriore trasgressione.
7. La sanzione di cui al comma 6 si applica altresì alle industrie produttrici ed ai responsabili delle emittenti radiotelevisive e degli organi di stampa nonché ai proprietari delle sale cinematografiche.

Art. 14.

(Vendita di bevande superalcoliche sulle autostrade)

1. è vietata la vendita al banco di bevande superalcoliche nelle aree di servizio situate lungo le autostrade dalle ore 22 alle ore 6.
2. La violazione della disposizione di cui al comma 1 è punita con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 5 milioni a lire 10 milioni.

Art.15.

(Disposizioni per la sicurezza sul lavoro)

1. Nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministro del lavoro e della

previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

2. Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni, ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali.

3. Ai lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi di cui all'articolo 9, comma 1, o presso altre strutture riabilitative, si applica l'articolo 124 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

4. Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui al comma 1 è punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 1 milione a lire 5 milioni.

Note all'art. 15:

- Il testo dell'articolo 2, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni (Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 97/42/CE e 1999/38/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro), è il seguente:

"Art. 2. Definizioni.

1. Agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto si intendono per:

(omissis)

d) medico competente: medico in possesso di uno dei seguenti titoli:

1) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro o in clinica del lavoro ed altre specializzazioni individuate, ove necessario, con decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

2) docenza o libera docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro;

3) autorizzazione di cui all'art. 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277".

L'articolo 124 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti o sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), reca il seguente testo:

"Art. 124. Lavoratori tossicodipendenti

1) I lavoratori di cui viene accertato lo stato di tossicodipendenza, i quali intendono accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi sanitari delle unità sanitarie locali o di altre strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali, se assunti a tempo indeterminato hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro per il tempo in cui la sospensione delle prestazioni lavorative è dovuta all'esecuzione del trattamento riabilitativo e, comunque, per un periodo non superiore a tre anni.

2) I contratti collettivi di lavoro e gli accordi di lavoro per il pubblico impiego possono determinare specifiche modalità per l'esercizio della facoltà di cui al comma 1. Salvo più favorevole disciplina contrattuale, l'assenza di lungo periodo per il trattamento terapeutico-riabilitativo è considerata, ai fini normativi, economici e previdenziali, come l'aspettativa senza assegni degli impiegati civili dello Stato e situazioni equiparate. I lavoratori, familiari di un tossicodipendente, possono a loro volta essere posti, a domanda, in aspettativa senza assegni per concorrere al programma terapeutico e socio-riabilitativo del tossicodipendente qualora il servizio per le tossicodipendenze ne attesti la necessità.

3) Per la sostituzione dei lavoratori di cui al comma 1, è consentito il ricorso all'assunzione a tempo determinato, ai sensi dell'art. 1, secondo comma lettera b), della legge 18 aprile 1962, n. 230.

Nell'ambito del pubblico impiego i contratti a tempo determinato non possono avere una durata superiore ad un anno.

4) Sono fatte salve le disposizioni vigenti che richiedono il possesso di particolari requisiti psico-fisici e attitudinali per l'accesso all'impiego, nonché quelle che, per il personale delle forze armate e di polizia, per quello che riveste la qualità di agente di pubblica sicurezza e per quello cui si applicano i limiti previsti dall'art. 2 della legge 13 dicembre 1986, n. 874, disciplinano la sospensione e la destituzione dal servizio.".

Capo IV

DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Art. 16.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a lire 4.125 milioni annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2001-2003, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 2001, parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.

2. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 30 marzo 2001

CIAMPI

Amato, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli: Fassino

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 93):

Presentato dall'on. Calderoli il 9 maggio 1996.

Assegnato alla XII commissione (Affari sociali), in sede referente, il 18 giugno 1996 con pareri delle commissioni I, II, IV, V, VII, IX, X, XIII e Speciale per le politiche comunitarie.

Esaminato dalla XII commissione, in sede referente, il 3 ottobre 1996, il 23 luglio 1997, il 25 settembre 1997, il 8-23-28 ottobre 1997, il 26 maggio 1998, il 15-21 luglio 1998, il 10 novembre 1998, il 10 dicembre 1998, il 12-14-20-27 gennaio 1999, il 2-3 febbraio 1999, l'8-13 aprile 1999, il 26-27 gennaio 2000, il 15 febbraio 2000.

Relazione scritta presentata il 24 febbraio 2000 (atto n. 93-108-164-423-1025-1926-2835-3535-3542-3608/A - relatore on. Caccavari).

Assegnato nuovamente alla XII commissione, in sede redigente, il 28 giugno 2000 con parere delle commissioni I, II, IV, V, VII, IX e X.

Esaminato dalla XII commissione il 20-21-28 settembre 2000, il 3 ottobre 2000, il 28 novembre 2000, il 10-18 gennaio 2001.

Esaminato in aula ed approvato il 20 febbraio 2001 in un Testo Unificato con gli atti n. 108 (Procacci), n. 164 (Corleone), n. 423 (Caccavari ed altri), n. 1025 (Nardini, Schmid), n. 1926 (Sica ed altri), n. 2835 (Ruzzante), n. 3535 (Errigo), n. 3542 (Trantino), n. 3608 (Alborghetti ed altri).

Senato della Repubblica (atto n. 5006):

Assegnato alla 12a commissione (Igiene e sanità), in sede deliberante, il 23 febbraio 2001 con parere delle commissioni 1a, 2a, 4a, 5a, 7a, 8a, 9a, 10a, 11a, Giunta per gli affari delle Comunità Europee e Parlamentare per le questioni regionali.

Esaminato dalla commissione il 28 febbraio 2001 ed il 1o marzo 2001.

Nuovamente assegnato alla 12a commissione, in sede referente, il 7 marzo 2001.

Esaminato dalla 12a commissione il 7 marzo 2001.

Esaminato ed approvato in aula il 7 marzo 2001.

Legge 2 ottobre 2007, n. 160

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione "

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 230 del 3 ottobre 2007

Art. 1.

1. Il decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Testo del decreto-legge coordinato con la legge di conversione

pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 230 del 3 ottobre 2007

Art. 1.

Disposizioni in materia di guida senza patente

1. All'art. 116 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, il comma 13 è sostituito dal seguente:

"13. Chiunque guida autoveicoli o motoveicoli senza aver conseguito la patente di guida è punito con l'ammenda da euro 2.257 a euro 9.032; la stessa sanzione si applica ai conducenti che guidano senza patente perché revocata o non rinnovata per mancanza dei requisiti previsti dal presente codice. Nell'ipotesi di reiterazione del reato nel biennio si applica altresì la pena dell'arresto fino ad un anno. Per le violazioni di cui al presente comma è competente il tribunale in composizione monocratica".

Art. 2.

Disposizioni in materia di limitazioni nella guida

1. All'art. 117 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

"1. è consentita la guida dei motocicli ai titolari di patente A, rilasciata alle condizioni e con le limitazioni dettate dalle disposizioni comunitarie in materia di patenti.";

b) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

"2-bis. Ai titolari di patente di guida di categoria B, per *il primo anno* dal rilascio non è consentita la guida di autoveicoli aventi una potenza specifica, riferita alla tara, superiore a 50 kw/t. La limitazione di cui al presente comma non si applica ai veicoli adibiti al servizio di persone invalide, autorizzate ai sensi dell'art. 188, purché la persona invalida sia presente sul veicolo.";

c) al comma 3, primo periodo, le parole: "ai commi 1 e 2" sono sostituite dalle seguenti: "ai commi 1, 2 e 2-bis";

d) al comma 5, primo periodo, le parole: "e comunque prima di aver raggiunto l'età di venti anni," sono soppresse e le parole: "da euro 74 a euro 296" sono sostituite dalle seguenti: "da euro 148 a euro 594".

2. Le disposizioni del comma 2-bis dell'art. 117 del decreto legislativo n. 285 del 1992, introdotto dal comma 1, lettera b), del presente articolo, si applicano ai titolari di patente di guida di categoria B rilasciata a fare data dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. All'art. 170 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

"1-bis. Sui veicoli di cui al comma 1 è vietato il trasporto di minori di anni cinque.";

b) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

"6-bis. Chiunque viola le disposizioni del comma 1-bis è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 148 a euro 594."

Art. 3.

Disposizioni in materia di velocità dei veicoli

1. All'art. 142 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 6, dopo le parole: "le risultanze di apparecchiature debitamente omologate," sono inserite le seguenti: "anche per il calcolo della velocità media di percorrenza su tratti determinati,"; b) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

"6-bis. Le postazioni di controllo sulla rete stradale per il rilevamento della velocità devono essere preventivamente segnalate e ben visibili, ricorrendo all'impiego di cartelli o di dispositivi di segnalazione luminosi, conformemente alle norme stabilite nel regolamento di esecuzione del presente codice. Le modalità di impiego sono stabilite con decreto del Ministro dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'interno.";

c) il comma 9 è sostituito dai seguenti:

"9. Chiunque supera di oltre 40 km/h ma di non oltre 60 km/h i limiti massimi di velocità è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 370,00 a euro 1.458,00. Dalla violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida *da uno a tre mesi con il provvedimento di inibizione alla guida del veicolo, nella fascia oraria che va dalle ore 22 alle ore 7 del mattino, per i tre mesi successivi alla restituzione della patente di guida. Il provvedimento di inibizione alla guida è annotato nell'anagrafe nazionale degli abilitati alla guida, di cui agli articoli 225 e 226 del presente codice.*

9-bis. Chiunque supera di oltre 60 km/h i limiti massimi di velocità è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 2.000. Dalla violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei a dodici mesi, ai sensi delle norme di cui al capo I, sezione II, del titolo VI.";

d) il comma 11 è sostituito dal seguente:

"11. Se le violazioni di cui ai commi 7, 8, 9 e 9-bis sono commesse alla guida di uno dei veicoli indicati al comma 3, lettere b), e), f), g), h), i) e l) le sanzioni amministrative pecuniarie e quelle accessorie ivi previste sono raddoppiate. L'eccesso di velocità oltre il limite al quale è tarato il limitatore di velocità di cui all'art. 179 comporta, nei veicoli obbligati a montare tale apparecchio, l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dai commi 2-bis e 3 del medesimo art. 179, per il caso di limitatore non funzionante o alterato. È sempre disposto l'accompagnamento del mezzo presso un'officina autorizzata, per i fini di cui al comma 6-bis del citato art. 179.";

e) il comma 12 è sostituito dal seguente:

"12. Quando il titolare di una patente di guida sia incorso, in un periodo di due anni, in una ulteriore violazione del comma 9, la sanzione amministrativa accessoria è della sospensione della patente da otto a diciotto mesi, ai sensi delle norme di cui al capo I, sezione II, del titolo VI. Quando il titolare di una patente di guida sia incorso, in un periodo di due anni, in una ulteriore violazione del comma 9-bis, la sanzione amministrativa accessoria è la revoca della patente, ai sensi delle norme di cui al capo I, sezione II, del titolo VI."

2. Alla tabella dei punteggi allegata all'art. 126-bis del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, le parole:

{Norma violata	Punti
Art. 142, comma 8	2
comma 9	10}

sono sostituite dalle seguenti:

{Norma violata	Punti
Art. 142, comma 8	5
commi 9 e 9-bis	10}

3. All'attuazione delle disposizioni introdotte dal comma 1 del presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 3-bis.

Modifiche all'art. 157 del decreto legislativo n. 285 e successive modificazioni del 1992, in materia di accensione del motore durante la sosta o la fermata del veicolo.

1. All'art. 157 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 7, è inserito il seguente:

"7-bis. è fatto divieto di tenere il motore acceso, durante la sosta o fermata del veicolo, allo scopo di mantenere in funzione l'impianto di condizionamento d'aria nel veicolo stesso; dalla violazione consegue la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 200 a euro 400.";

b) al comma 8 sono premesse le seguenti parole: "Fatto salvo quanto disposto dal comma 7-bis,".

Art. 4.

Disposizioni in materia di uso dei dispositivi radiotrasmettenti durante la guida

1. Il comma 3 dell'art. 173 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"3. Chiunque viola le disposizioni di cui al comma 1 è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 70,00 a euro 285,00.

3-bis. Chiunque viola le disposizioni di cui al comma 2 è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 148,00 a euro 594,00. Si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a tre mesi, qualora lo stesso soggetto compia un'ulteriore violazione nel corso di un biennio.".

2. Alla tabella dei punteggi allegata all'art. 126-bis del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, le parole:

{Norma violata	Punti
Art. 173, comma 3	5

sono sostituite dalle seguenti:

{Norma violata	Punti
Art. 173, commi 3 e 3-bis	5

Art. 5.

Modifiche agli articoli 186 e 187 del decreto legislativo n. 285 del 1992, in materia di guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di stupefacenti.

1. All'art. 186 del decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 2 è sostituito dai seguenti:

"2. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca piu' grave reato:

a) con l'ammenda da euro 500 a euro 2000, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l). All'accertamento

del reato consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da tre a sei mesi;

b) con l'ammenda da euro 800 a euro 3.200 e l'arresto fino a tre mesi, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,8 e non superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei mesi ad un anno;

c) con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000, l'arresto fino a sei mesi, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, quando il reato è commesso dal conducente di un autobus o di un veicolo di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5t. o di complessi di veicoli, ovvero in caso di recidiva nel biennio. Ai fini del ritiro della patente si applicano le disposizioni dell'art. 223.

2-bis. Se il conducente in stato di ebbrezza provoca un incidente stradale, le pene di cui al comma 2) sono raddoppiate ed è disposto il fermo amministrativo del veicolo per novanta giorni ai sensi del Capo I, sezione II, del titolo VI, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea al reato. È fatta salva in ogni caso l'applicazione delle sanzioni accessorie previste dagli articoli 222 e 223.

2-ter. Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica.

2-quater. Le disposizioni relative alle sanzioni accessorie di cui ai commi 2 e 2-bis si applicano anche in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti";

b) al comma 5, dopo il terzo periodo è aggiunto, in fine, il seguente: "Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'art. 187.";

c) il comma 7 è sostituito dal seguente:

"7. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5 il conducente è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 2.500 a euro 10.000. Se la violazione è commessa in occasione di un incidente stradale in cui il conducente è rimasto coinvolto, si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 3.000 ad euro 12.000. Dalle violazioni conseguono la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e del fermo amministrativo del veicolo per un periodo di centottanta giorni ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea alla violazione. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica secondo le disposizioni del comma 8. Quando lo stesso soggetto compie più violazioni nel corso di un biennio, è sempre disposta la sanzione amministrativa accessoria della revoca della patente di guida ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI.";

d) al comma 8, primo periodo, le parole: "del comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "dei commi 2 e 2-bis";

e) il comma 9 è sostituito dal seguente:

"9. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 e 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro, ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui ai commi 2 e 2-bis, il prefetto, in via cautelare, dispone la sospensione della patente fino all'esito della visita medica di cui al comma 8.".

2. All'art. 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 1 è sostituito dai seguenti:

"1. Chiunque guida in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con l'ammenda da euro 1000 a euro 4000 e l'arresto fino a tre mesi. All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei mesi ad un anno. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, quando il reato è commesso dal conducente di un autobus o di un veicolo di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5t. o di complessi di

veicoli, ovvero in caso di recidiva nel biennio. Ai fini del ritiro della patente si applicano le disposizioni dell'art. 223.

1-bis. Se il conducente in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope provoca un incidente stradale, le pene di cui al comma 1 sono raddoppiate ed è disposto il fermo amministrativo del veicolo per novanta giorni ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea al reato. È fatta salva in ogni caso l'applicazione delle sanzioni accessorie previste dagli articoli 222 e 223.

1-ter. Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica. Si applicano le disposizioni dell'art. 186, comma 2-quater.";

b) dopo il comma 5 è inserito il seguente:

"5-bis. Qualora l'esito degli accertamenti di cui ai commi 3, 4 e 5 non sia immediatamente disponibile e gli accertamenti di cui al comma 2 abbiano dato esito positivo, se ricorrono fondati motivi per ritenere che il conducente si trovi in stato di alterazione psico-fisica dopo l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli organi di polizia stradale possono disporre il ritiro della patente di guida fino all'esito degli accertamenti e, comunque, per un periodo non superiore a dieci giorni. Si applicano le disposizioni dell'art. 216 in quanto compatibili. La patente ritirata è depositata presso l'ufficio o il comando da cui dipende l'organo accertatore.";

c) il comma 7 è abrogato;

d) il comma 8 è sostituito dal seguente:

"8. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 2, 3 o 4, il conducente è soggetto alle sanzioni di cui all'art. 186, comma 7. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'art. 119".

Art. 6.

Nuove norme volte a promuovere la consapevolezza dei rischi di incidente stradale in caso di guida in stato di ebbrezza.

1. All'art. 230, comma 1 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, dopo le parole: "e delle regole di comportamento degli utenti" sono aggiunte, in fine, le seguenti:", con particolare riferimento all'informazione sui rischi conseguenti all'assunzione di sostanze psicotrope, stupefacenti e di bevande alcoliche".

2. Tutti i titolari e i gestori di locali ove si svolgono, con qualsiasi modalità e in qualsiasi orario, spettacoli o altre forme di intrattenimento, congiuntamente all'attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche, *devono interrompere la somministrazione di bevande alcoliche dopo le ore 2 della notte ed assicurarsi che all'uscita del locale sia possibile effettuare, in maniera volontaria da parte dei clienti, una rilevazione del tasso alcolemico; inoltre* devono esporre all'entrata, all'interno e all'uscita dei locali apposite tabelle che riproducano:

a) la descrizione dei sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica nell'aria alveolare espirata;

b) le quantità, espresse in centimetri cubici, delle bevande alcoliche più comuni che determinano il superamento del tasso alcolemico per la guida in stato di ebbrezza, pari a 0,5 grammi per litro, da determinare anche sulla base del peso corporeo.

3. L'inosservanza delle disposizioni di cui al comma 2 comporta la sanzione di chiusura del locale da sette fino a trenta giorni, secondo la valutazione dell'autorità competente.

4. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro della salute, con proprio decreto, stabilisce i contenuti delle tabelle di cui al comma 2.

Art. 6-bis.

Fondo contro l'incidentalità notturna

1. *è istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il Fondo contro l'incidentalità notturna.*

2. *Chiunque, dopo le ore 20 e prima delle ore 7, viola gli articoli 141, 142, commi 8 e 9, 186 e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, è punito con la sanzione amministrativa aggiuntiva di euro 200 che vengono destinati al Fondo contro l'incidentalità notturna.*

3. *Le risorse del Fondo di cui al comma 1 devono essere usate per le attività di contrasto dell'incidentalità notturna.*

4. *Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro dell'economia e delle finanze, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'interno e con il Ministro dei trasporti, emana il regolamento per l'attuazione del presente articolo.*

5. *Per il finanziamento iniziale del Fondo di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di 500.000 euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'art. 1, comma 1036, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.*

Art. 6-ter.

Destinazione delle maggiori entrate derivanti dall'incremento delle sanzioni amministrative pecuniarie

1. *Le maggiori entrate derivanti dall'incremento delle sanzioni amministrative pecuniarie disposto dal presente decreto sono destinate al finanziamento di corsi volti all'educazione stradale nelle scuole di ogni ordine e grado.*

2. *Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dei trasporti e con il Ministro della pubblica istruzione, da adottare entro quattro mesi dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, si provvede all'attuazione del presente articolo disciplinando, agli effetti della definizione dei programmi e delle relative attività di formazione e di supporto didattico, le modalità di collaborazione di enti ed organismi con qualificata esperienza e competenza nel settore.*

Art. 7.

Norme di coordinamento

1. *Le disposizioni del presente decreto che sostituiscono sanzioni penali con sanzioni amministrative si applicano anche alle violazioni commesse anteriormente alla data di entrata in vigore, purché il procedimento penale non sia stato definito con sentenza o decreto penale irrevocabili.*

BIBLIOGRAFIA E FILMOGRAFIA

Le seguenti segnalazioni bibliografiche e filmografiche sono tratte dalla Banca dati bibliografica e dalla Banca dati filmografica, banche dati sviluppate dall'Istituto degli Innocenti nell'ambito delle attività svolte per la gestione del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, per conto del Governo italiano, e delle attività svolte per la gestione del Centro regionale per l'infanzia e l'adolescenza, per conto della Regione Toscana. La bibliografia e la filmografia sono state curate dalla Biblioteca Innocenti Library (www.biblioteca.istitutodegliinnocenti.it), specializzata sui diritti dei bambini e nata da un progetto di cooperazione fra l'Istituto degli Innocenti e l'Innocenti Research Centre dell'UNICEF, presso la quale i documenti segnalati sono conservati e disponibili per la consultazione.

BIBLIOGRAFIA

Monografie

Anderson, K., *Young people and alcohol, drugs and tobacco*, Copenhagen, World Health Organization, c1995.

Baraldi, F. (a cura di), *Giovani e alcol: un modello di prevenzione per l'abuso alcolico e gli incidenti stradali*, Milano, F. Angeli, c2005.

Barchiesi, F., Cicci, E., Giuliodoro, S. (a cura di), *Il tomo: rassegna bibliografica su: tossicodipendenza - aids - alcolismo*, Ancona, Biblioteca, Centro documentazione Az. USL/7, stampa 1998.

Barchiesi, F., Pellegrini, A., Giuliodoro, S. (a cura di), *Bibliobus: rassegna bibliografica su tossicodipendenza, aids, alcolismo*, Ancona, Biblioteca, Centro documentazione Az. USL/7, stampa 1999.

Basurto, M.C., *Il servizio sociale professionale applicato alle dipendenze patologiche*, Roma, Carocci, 2004.

Cerbini, C. et al. (a cura di), *Alcologia oggi: nuove tendenze tra clinica ed ecologia*, Milano, F. Angeli, c2003.

C.N.C.A., *Guida per l'informazione sociale*, [s.l.], Comunità Edizioni, 1996.

ESPAD, *The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries*, Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, stampa 1997.

FeDerSerD, *Manuale delle urgenze ed emergenze nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile*, Milano, F. Angeli, c2004

Giglio, F., *Liberi dall'altro: alcolisti e tossicomani tra cura e catene*, Milano, F. Angeli, c2004.

Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Italia. Ministero per la solidarietà sociale, *Atti della seconda conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sull'alcoldipendenza: (Art. 1, c. 15 DPR 9/10/1990 n. 309): Napoli, 13-14-15*

marzo 1997, Roma, Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per gli affari sociali, stampa 1997.

Monaci, P., (a cura di), *Tossicodipendenza e immigrazione: un approccio psicosociale*, Torino, L'Harmattan Italia, c2001.

Montanari, L. (a cura di), *Documentare il disagio: come fare informazione su tossicodipendenze, alcolismo e disagio giovanile*, Milano, F. Angeli, c2000.

Morbello, G., *Fatti bene: come cambiano i consumi delle droghe*, Molfetta, La Meridiana, c2004.

Osservatorio permanente sui giovani e l'alcool, *Monitoring risk in young people: young people and risk in Italy and Europe*, Roma, Casa editrice RISA, c2000.

Resentini, M. et al., *Sostanze: non solo storie: un'esperienza di prevenzione con adolescenti*, Milano, F. Angeli, c2002.

Semprini Cesari, S., Saponaro, A., Corvese, M. (a cura di), *Certe notti: alcol, droghe e guida: comportamenti a rischio e strategie d'intervento*, [s.l.], [s.n.], stampa 2000.

Serra, C., *Alcolismo, tossicodipendenza e criminalità*, Roma, Kappa, c2004.

Articoli

Allamani, A. et al., *Strategie educative in un progetto di prevenzione di territorio: la girandola dell'alcol e i disegni nella scuola*, in «Ecologia della mente», vol. 24, n. 1 (giugno 2001), p. 71-85.

Bellini, F. et al., *Crescere in provincia*, in «Vivere oggi», a. 12, n. 2 (mar. 1998), p. 18-24.

Bonino, S., *Bacco in T-shirt*, in «Psicologia contemporanea», a. 25, n. 150 (nov./dic. 1998), p. 18-25.

Bonino, S., *Il rischio nell'adolescenza*, in «Psicologia contemporanea», a. 26, n. 155 (sett./ott. 1999), p. 18-25.

Bressan, G. et al., *Esperienza con figli minori di pazienti alcolodipendenti: il progetto "ADA", attività di doposcuola e animazione*, in «La rivista di servizio sociale», a. 46, n. 2 (luglio 2006), p. 49-53.

Cenedese, C., *La prevenzione dell'abuso alcolico tra gli adolescenti attraverso l'educazione al bere responsabile: un approccio di comunità*, in «Psicologia di comunità», vol. 2, n. 1 (genn./giugno 2006), p. 57-70.

Cercignani, M., *L'intervento di rete nel lavoro sociale sulle problematiche complesse*, in «La rivista di servizio sociale», a. 36, n. 3 (sett. 1996), p. 35-49.

Dallago, L., Santinello, M., *L'uso e l'abuso di alcolici: confronto tra gli adolescenti europei*, in «Psicologia di comunità», vol. 2, n. 1 (genn./giugno 2006), p. 13-28.

Fava Vizziello, G., *Aspetti depressivi nei figli dei genitori alcolisti*, in «Il bambino incompiuto», a. 9, n. 1 (mar. 1992), p. 129-146.

Gerbino, M. et al., *Fattori di protezione e di rischio nell'uso di alcol e droga in adolescenza*, in «Psicologia clinica dello sviluppo», a. 9, n. 3 (dic. 2005), p. 415-435.

Giacchetto, M., *Progetto Nemo: la salute si impara*, in «Psicologia di comunità», vol. 2, n. 1 (genn./giugno 2006), p. 43-56.

Guerreschi, C., *Alla ricerca di sensazioni forti: l'uso di alcol tra i giovani*, in «Famiglia oggi», Milano, San Paolo, a. 29, n. 6/7 (giugno/luglio 2006), p. 45-50.

Maietta, F., *L'urgenza di nuove strategie: i dati del Censis*, in «Famiglia oggi», Milano, San Paolo, a. 29, n. 6/7 (giugno/luglio 2006), p. 40-44.

Monarca, S., *Alcol e adolescenti*, in «Vivere oggi», a. 12, n. 5 (giugno 1998), p. 25-41.

Pierlorenzi, C., Senni, A., *L'alcol e i bambini*, in «La rivista di servizio sociale», a. 34, n. 1 (mar. 1994), p. 89-98.

Perocco, F., *Le patologie sociali nella nuova immigrazione: interconnessioni ad alta complessità*, in «La rivista di servizio sociale», a. 39, n. 4 (dic. 1999), p. 53-60.

Vieno, A., Mirandola, M., *Uso di sostanze alcoliche e stili genitoriali: quale relazione nell'epoca di trasformazione della famiglia?*, in «Psicologia di comunità», vol. 2, n. 1 (genn./giugno 2006), p. 29-41.

FILMOGRAFIA *

La Ciénaga, di Lucretia Martel, Argentina, 2001

Trama

Estate. Nord-Ovest dell'Argentina. Mecha, una cinquantenne alcolizzata, trascorre i mesi più caldi dell'anno nella tenuta di campagna di famiglia chiamata la Mandragora, non distante dal confine con la Bolivia. Ha quattro figli adolescenti che trascorrono le giornate a giocare ai bordi di una piscina dall'acqua putrida e salmastra ed un marito che alterna due sole attività: bere e tingersi i capelli. Anche la cugina di Mecha, Tali, ha quattro figli e un marito (un po' più presente e interessato alla prole di quello di Mecha). Vive in città, ma spesso va in campagna a trovare la cugina con i suoi quattro bambini. Tra un bicchiere e l'altro le due donne progettano di trascorrere un week-end in Bolivia per andare a fare compere, senza mai decidersi a partire. Dalla TV sempre accesa arriva la notizia dell'ennesima apparizione della Madonna, questa volta sopra una cisterna d'acqua che domina un piccolo paese povero della provincia. L'estate trascorre monotona e stanca, i ragazzi ammazzano il tempo con battute di caccia nel vicino bosco paludoso, con lanci di gavettoni o con qualche festa, fin quando Luchi, il figlio più piccolo di Tali, avventuratosi su una scala in cortile, cade. La morte del piccolo porta angoscia e tristezza in tutti i componenti delle due famiglie. Momi, la figlia quindicenne di Mecha, sparisce per qualche tempo. Al ritorno, racconta di essere andata nel luogo dove è apparsa la Madonna, ma spiega di non aver visto nulla.

Presentazione critica

L'opera prima della trentaquattrenne regista Lucrecia Martel è – forse senza volerlo – una metafora lucida e disincantata della realtà contraddittoria, decadente e deprimente dell'Argentina

* Fabrizio Colamartino, critico cinematografico, consulente dell'Istituto degli Innocenti.

di quest'inizio di secolo. Non ci sono accenni alle numerose crisi economiche e politiche che hanno dilaniato il paese, alla svendita delle risorse alle multinazionali americane o europee, né riferimenti alle pagine buie e sempre attuali della dittatura militare degli anni Settanta che – con il fenomeno dei *desaparecidos* – ha, di fatto, eliminato una considerevole fetta di quel ceto medio o alto borghese pensante e produttivo che, forse, avrebbe reso meno gravi alcuni negativi passaggi storici degli ultimi decenni. Tuttavia molti elementi della narrazione si adattano ad essere letti in chiave allegorica: il termine “ciénaga” in spagnolo significa “palude”, luogo mefitico e acquitrinoso che rinvia ad un immobilismo degenerante in cui pasce la società argentina; lo stato di ebbrezza nel quale si trovano costantemente gli adulti (Mecha e il marito, innanzitutto) allude a quel processo di euforica e inebriante illusione populista che dipingeva facili scenari di arricchimento e benessere ai quali i ceti medio-alti hanno acriticamente aderito in passato e forse ancora oggi; l'isolamento della “Mandragora” rimanda alla quarantena politico-economica che vive la nazione nel panorama internazionale. Senza accennare ai continui miraggi che accecano gli strati più poveri della popolazione sempre alla ricerca di un Cristo o di una Madonna che possano apparire e portare il miracolo della pace e della serenità.

Anche lo stile e la stasi narrativa del film si adeguano a tale visione disincantata del futuro: lo sguardo della regista è rassegnato, cattura i movimenti lenti e affannati dal caldo dei personaggi senza segnalarne la direzione e il senso, quasi come se rimanessero immobili nei loro vani tentativi di agire, accenna relazioni tra parenti (in alcuni casi le allusioni sono incestuose, come nel rapporto ambiguo tra due dei figli di Mecha, José e Veronica) senza voler mai svelare quei legami invisibili fatti di non detti, di esperienze in comune, di pensieri inconfessabili che legano gli uni agli altri. Il quadro dipinto dall'autrice è deforme, impressionista nel soggetto ed espressionista nel tratto: una borghesia medio-alta, ubriaca, implora su se stessa, incapace di agire, fallimentare, un motore produttivo ingolfato o irrimediabilmente danneggiato.

Il ruolo del minore e la sua rappresentazione

Che ruolo hanno i minori in questo disegno dai contorni foschi e negativi? Riescono a incarnare – come solitamente accade – la speranza di un futuro migliore? Esistono anticorpi nelle nuove generazioni che li proteggano dal pantano sociale in cui si trovano? La visione di Lucrecia Martel è, anche in questo caso, scettica. I figli di Mecha sono lacerati da una mancanza cronica di affetto che li rende cinici e spesso pigri. Il film inizia con una illuminante confessione sottovoce di Momi che, sdraiata apaticamente sul letto, afferma di odiare la madre perché vuole cacciare la cameriera, la sola persona adulta (anche se ha pochi anni più di lei) di cui sente il bisogno. Dalle prime battute assistiamo dunque alla sostituzione della figura materna di riferimento: non più la vera madre, ma la cameriera. Anche le bambine di Tali mostrano un male di vivere simile ai figli di Mecha: benché abbiano più o meno sette o otto anni, si truccano pesantemente, si vestono con lustrini e chiffon, smascherando un ottuso desiderio di imitare i grandi e un'inevitabile preferenza all'immagine piuttosto che alla sostanza. Lo stesso José, il figlio venticinquenne di Mecha, colui che dovrebbe essere o diventare la colonna portante della famiglia (rappresentante della generazione più importante per l'economia del suo paese) passa tutto il giorno a letto e la sera si fa pestare alle feste; gli altri ragazzi hanno tutti una menomazione fisica o una malattia (chi è guercio, chi un dente che cresce sul palato, ecc.); ma c'è anche chi nel pantano sguazza e si crogiola: l'undicenne Joaquin va a caccia con il fucile insieme agli amici nel vicino acquitrino, uccide vacche, uccelli e – se gli capitano a tiro – anche gli indios, come a suggerire che l'autoritarismo violento dell'Argentina dei militari alberga ancora nelle giovani generazioni, pronto a scoppiare da un momento all'altro.

Se la descrizione degli adulti è cruda ed ingenerosa, quella dei minori non è dunque tanto diversa come conferma il finale della pellicola: Momi trascina una sedia sdraio ai bordi della piscina e si mette a prendere il sole, così come era capitato all'inizio del film ai genitori ubriachi. Il passaggio del testimone non presuppone nulla di buono, l'estate afosa e umida non accenna a passare, i ragazzi, come i grandi, stanno a guardare attorno a una piscina (la società, la famiglia, il mondo) che imputridisce e riversa odori nauseabondi all'esterno. Il destino di morte di Luchi appare paradossalmente l'unica via d'uscita rimasta ai più piccoli. Il bambino sale sulla scala per vedere

se nell'altro cortile c'è il ratto-tigre (di cui ha tanto paura e che le sorelle hanno dipinto come avido consumatore di carne umana) oppure un semplice cane. Salendo sulla scala scivola e muore. Rispetto all'immobilismo complessivo, egli cerca di superare le proprie paure e affrontare, in prima persona, le proprie angosce. Anche se la sua fine è tragica, Luchi si è liberato dalle sabbie mobili della contemporaneità che fagocitano tutto e tutti.

Riferimenti ad altre pellicole e spunti didattici

La ciénaga si presta ad essere studiato come laboratorio di simboli e immagini allegoriche. Come rilevato poc'anzi, sono molti gli elementi che hanno una doppia significazione: la palude, la tenuta, l'ubriacatura, il caldo, eccetera. La pellicola è interessante anche per il ruolo che svolge la televisione all'interno del racconto e più in generale nella vita delle persone povere che affidano al mezzo televisivo la propria rappresentazione e la propria memoria.

Marco Dalla Gassa

Honkytonk Man, di Clint Eastwood, USA 1982

Trama

Stati Uniti, anni '30. Red Stovall, cantante country, deve recarsi a Nashville, Tennessee, per partecipare al prestigioso Gran Ole Opry, manifestazione che raccoglie il meglio della produzione tradizionale americana. Red, che ha problemi di alcolismo ed è malato di tubercolosi, giunge malridotto nella fattoria della sorella Emmy, la cui famiglia è ridotta in miseria dalla Grande Depressione e dalla *Dust Bowl*, una tempesta di sabbia che si è abbattuta nella zona. Dopo alcune traversie (un concerto, un furto di galline, qualche giorno di cella), Red decide di ripartire alla volta di Nashville. Con lui vengono sia il nipote Whit – che lo ha aiutato ad evadere di prigione – sia il nonno del ragazzo, il quale non vuole trasferirsi in California, ma tornare nella sua terra, il Tennessee. Tuttavia l'uomo, prima di indirizzarsi con decisione verso il Gran Ole Opry, vuole risolvere un conto in sospeso che ha con il losco Armspriger. Costui ha un debito di cento dollari con Red, ma pur di tenerseli si inventa alcuni stratagemmi: prima prova a 'regalargli' Marlene, la ragazza di servizio del bordello che dirige, poi convince Red a recarsi in un emporio in cui dovrà fingere una rapina con la compiacenza della padrona, che così trufferà l'assicurazione. Il musicista, accortosi di essere stato ingannato, minaccia Armspriger con il fucile e si fa dare la somma che gli spetta. Ripreso il viaggio, Red si accorge che ai tre si è aggiunta anche Marlene che, innamorata dell'uomo, tenta di corteggiarlo. Una notte, approfittando di una sbronza di Red, la ragazza dorme con lui per poi sostenere che dentro di sé si sta generando il frutto del loro amore. Una volta giunti a Nashville le cose precipitano: la tosse gli impedisce di continuare il provino al Grand Ole Opry, la malattia ha la meglio sul cantante portandolo alla morte. Al funerale Whit mette il suo cappello e strimpella la sua chitarra: il testimone è passato al nipote, mentre Marlene confessa di sentire un po' di nausea.

Presentazione critica

La Honkytonk è una variante popolare e umoristica della musica country texana, che prende il nome dai locali malfamati in cui si danzava e si beveva illegalmente. L'Honkytonk Man è Red Stovall, prezioso talento del *western swing*, distrutto da una malattia che corrode e dall'alcool che ottunde i sensi. Red ha stoffa, è solo un po' sfortunato: un pezzo scritto da lui è inciso e portato al successo da Bob Wills, uno dei nomi di punta del country americano degli anni Trenta (il personaggio è veramente esistito). In ogni caso Red è personaggio carismatico e degno di essere stimato. Così la pensa il nipote Whit, desideroso di conoscere meglio quello zio arrivato in mezzo

alla polvere maledetta che distrugge raccolti e speranze di un futuro migliore, e che lo accoglie delirante con la fronte imperlata di sudore e la chitarra in mano per insegnargli ad accordarla. Whit in Red vede la speranza di un affrancamento da una situazione che si è fatta particolarmente critica. Sono gli anni della Grande Depressione seguita al crollo di Wall Street del 24 ottobre 1929 e di quella passata alla storia degli Stati Uniti come la *Dust Bowl* (la rovinosa tempesta di sabbia che tra il '34 e il '36 ricoprì i terreni dell'Arkansas, dell'Oklahoma, del Missouri e del Kansas, costringendo, così come è raccontato da John Steinbeck in *Furore*, i contadini a una migrazione coatta per sperare in una possibilità di vita e di lavoro in California). Il ragazzo, seguendo il viaggio dello zio, cerca di sottrarsi alla spiacevole contingenza spostandosi dal lato opposto rispetto a quello deciso dalla sua famiglia: Tennessee invece che California, vettorialità Est in luogo della direzione Ovest, la musica invece dell'agricoltura, la scintillante individualità al posto della responsabilità familiare. Whit, oltretutto, considera lo zio come un esempio di vita che il padre Virgil, spento e distrutto dalle evenienze, non pare in grado di potergli fornire. E tra Red e Whit, infatti, si realizza un autentico rapporto tra padre e figlio: non è un caso che Whit sia interpretato da Kyle Eastwood, figlio di Clint, protagonista, produttore, nonché regista di *Honkytonk Man*, quasi a rendere più veritiero il legame che la storia mostra realizzarsi progressivamente. Il rapporto tra il padre putativo e un figlio che vuole essere iniziato alla vita si ciba di una fitta rete di scambi: è vero che Red offre a Whit l'opportunità di conoscere quel mondo di cui ha sempre e soltanto sentito parlare (si pensi al momento in cui lo zio presenta al ragazzo Bob Wills, mito della musica country, e alla reazione basita dello stesso Whit, incapace di parlare di fronte a un personaggio che pensava esistesse soltanto nelle leggende), ma è altrettanto vero che è il fanciullo a risolvere molte delle situazioni difficili in cui l'avventato zio spesso si trova invischiato (si veda la fuga dalla prigione ma anche la costante conduzione dell'auto seppur privo di patente in sostituzione di un Red non troppo avvezzo alla guida). Lo scambio tra i due è soprattutto un passaggio di testimone, dal momento che Red fornisce i rudimenti della sua arte al nipote (che all'inizio del film mostra di non sapere nemmeno accordare la chitarra) e questi, assistendolo nella malattia fino alla fine, nel momento del funerale indossa il cappello texano del musicista e imbraccia la sua chitarra, depositando nella fossa le chiavi dell'automobile che aveva guidato fino a quel momento. Il passaggio di consegne è una missione da compiere nel mondo, non una semplice eredità. Red, nel passato, racconta di aver avuto una figlia che non ha mai più potuto riabbracciare, Mary, e che nel delirio del momento del trapasso scambia per Marlene. Quest'ultima, a sua volta, dichiarando di avere da alcuni giorni la nausea instilla nello spettatore il lecito dubbio che un altro erede naturale dell'Honkytonk Man effettivamente ci sia. Whit, così, non solo diventa quel figlio che la sorte ha sottratto al musicista country, ma il terminale ideale cui far convergere l'esperienza del viaggio, vero e proprio topos narrativo e cinematografico della cultura americana, vera ossessione che ha segnato numerosi percorsi di formazione e di auspicabile miglioramento, tra cui quello dello stesso Whit.

Giampiero Frasca

La vita è un sogno, di Richard Linklater, USA, 1993

Trama

Ultimo giorno di scuola alla Lee High School, in un piccolo centro della provincia americana. I *seniors* (diplomandi del 1976) si preparano a celebrare i tradizionali riti di fine anno: inseguire le future matricole per tutta la città, sculacciare i maschi con mazze di legno e costringere le femmine ad umilianti prove di stupidità. La serata si annuncia entusiasmante ma il progetto di una festa a casa di Pickford viene demolito dai genitori che, insospettitisi, decidono di rinunciare al week end fuori città. Ma la scuola è finita e bisogna uscire a tutti i costi. Ecco allora che si ritrovano fuori tutti i compagni di scuola: Pink il giocatore di football che non vuole firmare la sua rinuncia agli alcolici e agli stupefacenti, Slater il pusher del gruppo costantemente sotto effetto di qualche droga, O'Bannion il ripetente che si è fatto bocciare apposta per poter picchiare le matricole una seconda volta, Wooderson il diplomato che non sa ancora se lavorare o continuare

gli studi e tutti gli altri, tutti diversi ma costretti a frequentare l'unico luogo di ritrovo. Fanno il loro ingresso nel mondo dei *seniors* anche le due matricole più coraggiose, Sabrina e Mitch, rispettivamente invitati ad una sorta di iniziazione. La serata sembra trascorrere ripetitiva e noiosa, tra i soliti scherzi stupidi nei soliti luoghi, ma a movimentare la situazione arriva la notizia di un ritrovo sulla collina, con birra e musica. È lì che tutti si trasferiscono a fare mattina, ed è lì che scoppiano risse, nascono amori, si consumano tradimenti tra i protagonisti, ubriachi e drogati. L'alba sorprende Pink e i suoi amici sdraiati nel campo di football della scuola: sorpresi dalla polizia e dall'allenatore della squadra che li invita a darsi una regolata, i ragazzi si allontanano con la macchina per andare a comprare i biglietti per il concerto degli Aerosmith, la loro vera priorità. Un'altra estate è cominciata...

Presentazione critica

Richard Linklater, regista dai risultati decisamente altalenanti, porta avanti di film in film un discorso piuttosto approfondito sull'interiorità e sull'intimità delle scelte e del carattere umano. Da sempre predilige soffermarsi sulla complessità dei problemi e delle dinamiche giovanili, con una precisione che spesso rischia di scadere nel cervellotico ma che altrettanto spesso viene trascurata o sottovalutata. Il suo è un approccio molto originale che si esprime non solo nella scelta dei temi ma anche, soprattutto, nella sintassi filmica. *Dazed and Confused*, questo il titolo originale del film che richiama una canzone del gruppo hard rock Led Zeppelin e tradotto letteralmente significa "storditi e confusi", riesce a rendere alla perfezione il senso di smarrimento vissuto dai protagonisti, è un esempio perfetto di come il linguaggio, la forma, si possa adeguare in maniera complementare al contenuto. Il ritmo del racconto è dunque piatto, le inquadrature ed i movimenti di macchina rigorosamente convenzionali, quasi noiosi, la recitazione degli attori decisamente sotto le righe, nel disegnare personaggi di una inconsistenza straordinaria.

A prima vista, insomma, *La vita è un sogno* sembrerebbe un film scadente, antispettacolare, perfettamente in linea con la banalità della sciagurata traduzione italiana del titolo. Ovviamente non contiene nulla di onirico ma molto di ipnotico: siamo di fronte ad un meccanismo a orologeria in cui, passati i primi minuti di stordimento e di perplessità, si entra quasi in carne ed ossa nella dimensione creata dal regista, che è quella del vuoto esistenziale provata dai protagonisti. Un linguaggio cinematografico mimetico di grande fascino che cerca il realismo a partire dai dialoghi, sempre sul filo dell'incomunicabilità, e che mostra la stupidità di certe abitudini o di certe scelte senza interporre filtri e giudizi morali. Anche il ruolo della musica che si potrebbe presupporre come cruciale è in realtà piuttosto marginale. Nonostante la presenza nella colonna sonora di alcuni tra i più celebri e importanti pezzi rock degli anni '70, la musica non è mai utilizzata per sottolineare le sequenze (tranne, forse, che nel finale del film) e viene spogliata, defraudata del suo potere epico. Anche questa è senza dubbio una scelta coraggiosa, che denota una notevole onestà intellettuale da parte dell'autore.

La provincia americana diventa allora il microcosmo da cui partire per un discorso universale sull'adolescenza e sulla deriva dei valori. Il coinvolgimento però, se ci si lascia trasportare, funziona in pieno: impossibile alla fine del film dare un giudizio di condanna nei confronti di tutti i protagonisti; sotto ipnosi non si può fare a meno di essere comprensivi ed indulgenti.

Il ruolo del minore e la sua rappresentazione

È decisamente un'adolescenza alla deriva quella raccontata dal film *La vita è un sogno*. Per tutti i protagonisti "storditi e confusi", se la vita è un sogno deve trattarsi sicuramente di un brutto sogno. Essi appaiono intrappolati tra rituali ripetitivi e l'incertezza per il futuro: la caccia alle matricole, ad esempio, avviene più per tradizione, quasi si tratti di un dovere sociale, che per reale entusiasmo, e il fatto stesso che la società in cui sono inseriti accetti queste stupide violenze gratuite è un sintomo del vuoto che li circonda. Ovvio che ognuno cerchi di riempire quel vuoto come può e come vuole. Se Slater fuma spinelli e sperimenta nuove droghe senza soluzione di

continuità (indossando sempre la stessa maglietta con l'immagine di un'enorme foglia di marijuana) lanciandosi in improbabili perorazioni della coltivazione della cannabis già praticata, secondo le sue fonti, da George Washington in persona, O'Bannion scarica la propria aggressività cercando di sculacciare tutte le matricole che gli capitano a tiro. Il primo si annulla attraverso un procedimento chimico, il secondo rivendica la sua individualità imponendosi violentemente attraverso la forza fisica. D'altro canto, anche i modelli più adulti scarseggiano se Wooderson, l'unico che sia già diplomato da un anno, ancora si lascia vivere senza una meta e si aggrega a ragazzi più piccoli di lui nel tentativo di abbordare qualche donna. Tutti i protagonisti hanno la precisa consapevolezza di essere a corto di riferimenti, ambizioni, in una parola sola di 'senso'. Persino i più piccoli, Mitch e Sabrina, che in teoria dovrebbero vivere con entusiasmo il loro passaggio generazionale, sono già permeati dal senso di inutilità delle serate tra amici, in cui le uniche risorse, gli unici modi per addormentare la coscienza diventano l'alcol, il sesso, le droghe o il tirar tardi per posticipare il domani. Le nuove leve, insomma, sembrano pronte a prendere il posto delle vecchie, pronte a recitare nelle stesse inutili parti e la madre di Mitch, quattordicenne che rientra a casa all'alba, rinuncia persino alla classica "lavata di capo".

Il più disilluso o forse, semplicemente, il meno ipocrita con se stesso è Pink. Sembra l'unico a rendersi conto realmente dell'assurdità di alcune azioni, l'unico a fingere di divertirsi nelle scorribande per ribaltare i secchi della spazzatura e per sfasciare le cassette della posta, l'unico che non finge nemmeno di aspettarsi veramente qualcosa per l'immediato futuro, sia una festa, l'estate, il college o il prossimo campionato di football. L'unico, dunque, che ha il coraggio di pronunciare la sola frase sincera del film, quella che da senso a tutto quello che non ha senso: "Se un giorno mi ricorderò di questi come i giorni migliori della mia vita, ricordatemi di suicidarmi". È un frase che, con onestà, rifiuta gli schematismi e i luoghi comuni della giovinezza come una stagione privilegiata della vita e che lascia aperta la voragine sulle mille domande che il film, per bocca dei suoi protagonisti, solleva senza tentare una risposta.

La deriva è reale nella sequenza che chiude il film, con la macchina che corre verso la promessa o l'illusione di qualcosa di meglio. È una illusione a cui non crede nessuno, ed è una promessa troppe volte disattesa. Tuttavia bisogna andare avanti, sforzarsi di dimenticare un presente vuoto per poter continuare a viverlo, con attesa, nel futuro.

Riferimenti ad altre pellicole e spunti didattici

Il film è adatto ad una visione per le scuole superiori, nonostante sia ambientato in un periodo apparentemente molto lontano nel tempo. L'approfondimento sulla perdita dei valori e sulla crisi del mondo giovanile può essere svolto anche attraverso la visione di *The Dangerous Lives of Altar Boys* (2002) di Peter Care, *Ghost World* (2001) di Terry Zwigoff e, come modello per il cinema italiano può essere molto utile *Ecco fatto* (1998) di Gabriele Muccino. Infine un interessante documentario sulla scena musicale e sul cambiamento generazionale degli anni '70 è *My Generation* (2000) di Barbara Kopple.

La piccola Vera, di Vasili Pičul, Unione Sovietica, 1988

Trama

URSS, 1988. La diciottenne Vera vive a Marjupol, una città industriale sul Mar Nero, con il padre camionista e la madre operaia. La situazione in famiglia non è delle più serene: il padre beve come una spugna malgrado sia malato di cuore, la madre non fa altro che rimproverare Vera per il suo atteggiamento esuberante e ribelle, proponendole continuamente come esempio il fratello maggiore Victor che vive a Mosca. È estate, la scuola è finita e le giornate di Vera si dividono tra l'amicizia con la bizzarra e disinibita compagna di classe Christyakova e le attenzioni di Andrei, prossimo a partire per il servizio militare, che le fa una corte spietata pur non essendo ricambiato.

Una sera, nel corso di una carica della polizia causata da una rissa scoppiata in una balera, conosce Sergei, uno studente i cui genitori lavorano in Mongolia e che dispone di un appartamento tutto suo. Dopo appena una notte passata insieme i due ragazzi si innamorano e Vera prende a passare tutto il tempo possibile a casa di Sergei: ovviamente i genitori (cui s'è aggiunto Victor, tornato da Mosca dopo la separazione dalla moglie) diventano ancor di più ossessivi nei confronti di Vera che, per tutta risposta, annuncia di essere incinta – anche se non è vero – e di voler sposare Sergei. Malgrado il comportamento strafottente tenuto dal giovane in occasione del pranzo di fidanzamento, i genitori accettano che, in attesa del matrimonio, Sergei vada a vivere a casa loro. Il carattere lunatico del giovane e la frequente ubriachezza del padre di Vera, tuttavia, portano a continue liti che si concludono una sera quando Sergei si ritrova un coltello piantato in un fianco dal suocero e viene ricoverato in ospedale. Vera è costretta a testimoniare in tribunale a favore di suo padre affermando che Sergei l'aveva provocato: tutto ciò, com'è ovvio, influisce negativamente sui rapporti tra i due ragazzi, che decidono di lasciarsi, nonché sul già precario equilibrio familiare. Quando Vera incontra Andrei che è tornato a Marjupol in licenza e questi tenta di abusare di lei, torna a casa e tenta il suicidio: la salveranno suo fratello Victor e Sergei, pentito di averla lasciata. Mentre i due fidanzati in camera da letto tentano una difficile riconciliazione, il padre è colpito da un infarto in cucina senza che nessuno se ne accorga.

Presentazione critica

La piccola Vera inizia con i toni scanzonati e brillanti della commedia giovanile per imboccare pian piano la strada dello spaccato sociale a tinte sempre più forti, appena mitigato dalle note grottesche tipiche della tradizione cinematografica dei paesi dell'est europeo. Quella che, di primo acchito, può sembrare una delle moltissime opere di mediocre fattura e di nessun approfondimento (né psicologico dei personaggi, né sociale per gli ambienti) sulla “ribellione giovanile” emerse dalla metà degli anni Ottanta in poi in Unione Sovietica sull'onda della *perestrojka*, si trasforma progressivamente, ma anche impercettibilmente (e qui sta la bravura del regista), in una cupa parabola sulla vita di un nucleo familiare ex-proletario/piccolo borghese (i familiari di Vera trafficano e commerciano in tutti i modi per arrotondare i magri stipendi statali) sullo sfondo di una città industriale dall'aspetto fatiscente e abbandonato. A differenza di quei film in cui a dominare erano ritmi pop (più che rock) che echeggiavano quelli occidentali e innocue storie di flirt adolescenziali – e che dai censori di regime erano tollerati, dato che di ribelle non avevano quasi niente – *La piccola Vera* fu pesantemente osteggiato dal governo e accusato di gettare un'ombra sull'immagine di un paese il cui sistema economico-politico, tuttavia, di lì a poco sarebbe crollato sotto la necessaria spinta riformatrice promossa da Michail Gorbaciov. Vietato per alcuni mesi, il film divenne un vero e proprio *cult-movie* per i giovani sovietici che, evidentemente, avevano trovato un film che ne rispecchiasse finalmente non soltanto i gusti e le mode ma anche le inquietudini e le ansie (anche se, pure in questo film non mancavano, specie nella prima parte, tutti gli elementi del filone giovanilistico, come le risse tra bande, la noia della provincia, il trucco vistoso e le minigonne per le ragazze, i jeans attillati e i ciuffi alla Elvis Presley per i ragazzi). Malgrado l'ostracismo del regime e di larga parte dell'opinione pubblica, il film riscosse comunque un enorme successo in sala.

Se molti elementi non corrispondevano agli stereotipi dei film sui ribelli, d'altro canto la pellicola aveva ben poco in comune con l'immagine delle pellicole a sfondo sociale radicata nella mentalità dei censori: in *La piccola Vera*, difatti, esiste solo la sfera privata, ovvero la storia di una famiglia (quella dei genitori di Vera) che esiste ed è ridotta in frantumi e quella di un'altra (formata dalla stessa Vera e da Sergei) che dovrebbe formarsi ma non ci riesce: la dimensione pubblica è assente e anche le occasioni che avrebbero facilmente offerto la possibilità di approfondire aspetti sociali più “collettivi” (il lavoro in fabbrica della madre, il matrimonio dei due ragazzi, la vita sociale del quartiere) non vengono mai sfruttate da Pičul che preferisce concentrarsi su pochi ma emblematici personaggi. Unica eccezione a questo schema è la rissa nella balera “sedata” dall'intervento della polizia. Per il resto, a dominare sono le scene in cui i membri della famiglia si incontrano (e spesso si scontrano) nella claustrofobica casa dei genitori di Vera, oppure quelle in cui Vera e i

suoi amici si aggirano chiacchierando tra i resti fatiscenti di navi in disarmo, nei pressi dei cantieri navali abbandonati o delle industrie ormai dismesse. Del resto, la volontà del regista di dedicarsi alla descrizione di una realtà minima (ma non minimale) senza divagazioni di sorta è dichiarata fin dalla prima sequenza e confermata dall'ultima: per aprire e chiudere il film *Pičul* utilizza due panoramiche circolari sull'orizzonte della città costellato da una cintura di fabbriche e ciminiere. Marjupol, ribattezzata dal governo sovietico Zdanov in onore dell'omonimo burocrate di regime che pose le basi per il cosiddetto "realismo socialista" nell'arte, è infatti la città natale di *Pičul* che, probabilmente anche grazie alla familiarità con gli ambienti descritti, riesce a consegnarci uno spaccato di vita familiare con la giusta dose di cinismo ma anche con il necessario pudore, al tempo stesso contravvenendo, attraverso l'uso della macchina da presa a spalla che insegue da vicino la realtà per analizzarla, proprio i dettami del realismo sovietico quanto mai lontani dal naturalismo, più vicini, al contrario ad un romanticismo di maniera incapace di catturare il reale.

Il ruolo del minore e la sua rappresentazione

Ma la vera e propria forza trainante di questa pellicola "storica" per le vicende del cinema russo del secondo dopoguerra è Vera, personaggio creato non a caso da una donna, Marija Chmelik (moglie del regista) e interpretato da una straordinaria attrice esordiente, Natal'ja Negoda. Come dovevano essere pressoché sconosciuti in Unione Sovietica, poco meno di vent'anni or sono, il nudo integrale e la rappresentazione diretta della vita sessuale di una ragazza poco più che adolescente e dei suoi coetanei, allo stesso modo, il cinema sovietico non aveva mai avuto un'interprete e un personaggio che sapessero allo stesso tempo incarnare desideri e preoccupazioni della gioventù sovietica e rivelarne il volto nascosto, quello totalmente impulsivo e spontaneo represso da decenni di regime. C'è qualcosa di tenero e al tempo stesso inquietante nel bisogno d'amore di questa adolescente: un'esigenza che emerge in maniera commovente non già nelle scene in cui si profonde in effusioni ed amplessi con Sergei, ma nell'unica bellissima sequenza in cui padre e figlia si ritrovano in un abbraccio affettuoso e disperato (l'unico davvero sincero di tutto il film) al termine di una furiosa litigata, proprio all'indomani della falsa testimonianza di Vera in tribunale a favore del genitore. È significativo che il film termini proprio con l'infarto (e la probabile morte) di Kolya, il padre di Vera, un evento che assume un fortissimo valore metaforico alla luce delle scelte affettive della ragazza: per tutta la durata del film Vera è combattuta tra la relazione amorosa con Sergei, lo studente solitario, stravagante e un po' scapestrato che probabilmente diventerà suo marito, e Andrei, il giovanotto apparentemente a modo, prossimo a intraprendere la carriera militare che, a suo dire, gli consentirà di viaggiare all'estero e vivere tra gli agi dell'occidente (di fronte all'ennesimo diniego di Vera alle sue avances il giovane afferma: «adesso mi respingi ma, tra qualche anno, sarai tu a corrermi dietro per poter fuggire da qui»). Kolya, con tutti i suoi difetti è l'unico nella famiglia che riesca a stabilire un rapporto affettivo sia pur minimo con Vera: il fratello Victor, reduce da un matrimonio fallito può soltanto provare a dispensare buoni consigli per la sorella ma, in effetti, è la persona meno adatta a darne; la madre tenta sempre di spingerla tra le braccia di Andrei, preoccupata per il futuro economico della figlia. Questi due poli (emotivo e razionale) possono rappresentare al tempo stesso l'impasse emotiva di Vera che si ritrova di fronte alla scelta tra un rapporto basato più sull'attrazione fisica e l'affetto (una scelta che per le figlie femmine è orientata, positivamente o negativamente, dalla figura paterna) e un altro fondato sulle certezze economiche e la stabilità familiare (e in quest'ambito è il ruolo della madre a imporsi), ma anche, in maniera più metaforica, le scelte che l'intera Unione Sovietica, di lì a poco si sarebbe ritrovata ad affrontare. Scegliendo Sergei Vera sceglie, implicitamente, suo padre, ovvero colui che le ha dimostrato più degli altri di tenere a lei, e il regista, dal canto suo, sembra auspicare una scelta per il proprio paese in direzione della libertà, lontana tanto da nuove tentazioni totalitarie quanto da cadute in un regime di liberismo impossibile da attuare in un paese dalle istituzioni fragili come l'URSS (questi due pericoli sembrano essere rappresentati dalla scelta compiuta da Andrei: fare il militare per poter concedersi prerogative riservate agli occidentali). Quanto alla madre, come emerge da uno dei tanti diverbi familiari che costellano il racconto, avrebbe abortito per non far nascere la

secondogenita – cioè Vera – che è nata unicamente per volontà di suo padre, a suo tempo oppostosi all’aborto. D’altro canto la madre è forse l’esempio dello smarrimento di tutta una generazione che si aggrappa agli ultimi relitti del comunismo per far fronte alle difficoltà: di fronte a ogni ostacolo, ad ogni scelta, la madre di Vera si affida, più che al proprio buonsenso, a una precettistica preconfezionata e stampata in manualetti (a cura, ovviamente, dal Partito) da far leggere alla figlia, come se certe scelte possano essere prese in maniera deterministica e meccanica.

Sotto la superficie libertina, spudorata del film “di ribellione” (e della protagonista) emerge dunque uno spaccato psicologico e sociale ben più profondo che riesce ad andare oltre la facciata (pur apprezzabile) della descrizione naturalistica, aggiornata allo stile di John Cassavetes, di Ken Loach o della Nouvelle vague, per farsi metafora di una fase di passaggio che, ancora oggi, a distanza di molti anni, sembra purtroppo ancora lontano dal trovare una soluzione.

Riferimenti ad altre pellicole e spunti didattici

Alla sua apparizione sugli schermi occidentali molti critici paragonarono *La piccola Vera* al film di Ken Loach *Family Life*, incentrato sulle vicende di un’adolescente vittima di una famiglia puritana che, appoggiata dalle istituzioni, “scambia” la sua ribellione per schizofrenia. Tuttavia, se lo stile del regista russo si avvicina a quello adottato da Loach per l’estrema libertà della messa in scena, la critica alle istituzioni sociali, pur essendo altrettanto radicale, è molto meno violenta che nella pellicola inglese. Anche nel film di Pičul vengono messe sotto accusa le istituzioni (famiglia, scuola, partito e stato) che, tuttavia, si trovano allo sbando in un clima di generalizzata smobilitazione che, per lo meno, lascia ai personaggi un minimo margine di manovra. Un film che, invece, si accosta decisamente a *La piccola Vera* (anche per il carattere forte e ribelle della sua protagonista) è *Wish You Were Here – Vorrei che tu fossi qui* di David Leland: è significativo, infatti, che questa pellicola sia ambientata nella Gran Bretagna degli anni Cinquanta, dunque in un periodo di vera e propria svolta per la società inglese che – certo in misura minima rispetto a quella russa della fine degli anni Ottanta – si sarebbe ritrovata di lì a poco a fare i conti con fortissimi cambiamenti.

COME CALCOLARE FACILMENTE IL TASSO ALCOLEMICO

Alcuni etilometri on line:

<http://www.ministerosalute.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=477&menu=alcol>

http://www.bevidimeno.com/etilometro/etilometro_attestato.asp

http://www.fedemarkez.com/servizi_gratis/testalcool.html

<http://www.alcolino.it/etilometro.php>

<http://voti.kataweb.it/etilometro/index.php>

<http://digilander.libero.it/walvit/alcolemia.htm>

<http://it.cars.yahoo.com/etilometro.html?sex=0&weight=70&size=179&age=28&wine=0&beer=99&liqor=0&cocktail=&champagne=0&whisky=0&time=2&Submit=Calcola>

<http://www.stradanove.net/crash/etilometro/index.htm>