

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

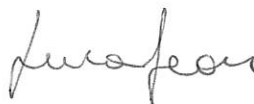
## XVII CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN

SCIENZE DELLA RIPRODUZIONE  
indirizzo RELAZIONALE EDUCATIVO

### LE BEVANDE ALCOLICHE: DALLA DEFINIZIONE DEI BISOGNI LE INDICAZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI UN OSPEDALE PROMOTORE DI SALUTE

Settore scientifico-disciplinare: **MED/42**

DOTTORANDO  
LUCA LEON



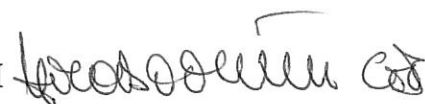
COORDINATORE  
PROF.SSA GIULIANA DECORTI



SUPERVISORE DI TESI  
PROF.SSA GIULIANA DECORTI



CO-SUPERVISORE  
PROF. GIOVANNI BATTISTA MODONUTTI



ANNO ACCADEMICO 2013 / 2014



# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>pag. 1</b>
<b>1. La Promozione della Salute</b>	<b>pag. 4</b>
1.1 L'evolversi del concetto di Salute e la nascita della Promozione della Salute	pag. 4
1.2 Gli Ospedali Promotori di Salute	pag. 12
<b>2. Gli stili di vita e l'impatto sulla salute</b>	<b>Pag. 17</b>
2.1 Le malattie croniche e gli stili di vita	Pag. 17
2.2 La prevenzione e la promozione della salute nei confronti degli Stili di Vita	pag. 20
<b>3. Le bevande alcoliche</b>	<b>pag. 24</b>
3.1 Epidemiologia dell'alcol	pag. 24
3.2 I consumi alcolici	pag. 26
3.3 Il consumo fuori pasto e il contributo alla Dieta Alcolica Media delle diverse bevande alcoliche	pag. 28
3.4 L'età d'approccio	pag. 29
3.5 Le quantità e le modalità a rischio	pag. 31
3.6 Il binge drinking	pag. 35
3.7 Alcol e gravidanza	pag. 39
3.8 Le bevande alcoliche e il contesto familiare	pag. 42
<b>4. Linee guida nei confronti delle bevande alcoliche</b>	<b>pag. 46</b>
4.1 I piani programmatici delle Istituzioni Sanitarie nei confronti delle bevande alcoliche	pag. 46
4.1 L'intervento breve	pag. 51

<b>5. La ricerca parte 1 – I Comportamenti alcolici delle gravide, dei futuri operatori della salute e degli studenti delle scuole secondarie di 2° grado</b>	<b>pag. 53</b>
5.1 Strumenti e metodi	pag. 53
5.2 Le Gravide	pag. 54
5.2.1 Descrizione della popolazione	pag. 54
5.2.2 Approccio alle bevande alcoliche	pag. 55
5.2.3 Il bere quotidiano	pag. 55
5.2.4 Modalità di consumo: il contributo alla Dieta Alcolica Media (DAM) delle diverse bevande e predisposizione al bere a pasto o fuori pasto	pag. 56
5.2.5 Comportamenti a rischio	pag. 57
5.2.6 La percezione del rischio	pag. 58
5.3 I Futuri operatori della salute	pag. 60
5.3.1 L’approccio alle bevande alcoliche	pag. 60
5.3.2 I comportamenti alcolici	pag. 61
5.3.3 Modalità di consumo	pag. 62
5.3.4 I comportamenti a rischio	pag. 64
5.3.5 La percezione del rischio	pag. 65
5.4 Gli Studenti delle SS2	pag. 69
5.4.1 Descrizione della popolazione	pag. 69
5.4.2 L’approccio alle bevande alcoliche	pag. 69
5.4.3 Comportamento alcolico	pag. 72
5.4.4 Le abitudini alcoliche	pag. 72
5.4.5 Le modalità del bere alcolico	pag. 73
5.4.6 I comportamenti a rischio	pag. 77
<b>6. La ricerca “parte 2”: i comportamenti alcolici delle gravide e degli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado in funzione dei comportamenti alcolici famigliari</b>	<b>pag. 79</b>
6.1 Le gravide e la famiglia	
6.1.1 Il comportamento alcolico dei famigliari conviventi delle gravide	pag. 79
6.1.2 I comportamenti alcolici e le abitudini famigliari	pag. 80

6.1.3 I comportamenti a rischio delle gravide e le abitudini famigliari	pag. 81
6.2 Gli studenti delle SS2 e la famiglia	pag. 82
6.2.1 Le abitudini alcoliche famigliari degli studenti delle SS2	pag. 82
6.2.2 L'approccio alle bevande alcoliche e la famiglia	pag. 83
6.2.3 Le abitudini alcoliche degli adolescenti e il contesto famigliare	pag. 85
6.2.4 I comportamenti a rischio degli adolescenti e le abitudini famigliari	pag. 87
7. Considerazioni conclusive	pag. 89
Riferimenti bibliografici	pag. 94

## Introduzione

Diverse fonti autorevoli concordano che una parte rilevante dei decessi registrati nella popolazione generale e fra i giovani adulti siano riconducibili allo stile di vita agito - all'alimentazione, all'attività fisica, al fumo di tabacco ed alle bevande alcoliche - e da tempo le Istituzioni socio-sanitarie consapevoli del problema stanno promuovendo azioni di prevenzione e promozione della salute finalizzate alla riduzione del rischio ad essi correlato<sup>1,2,3,4</sup>.

Tuttavia, l'interpretazione di queste azioni di prevenzione e promozione della salute sono molteplici, frammentarie, poco verificate e verificabili ed a volte discordanti<sup>5,6</sup> con la conseguenza che è difficoltoso riconoscere chiaramente le ricadute in termini di efficacia, efficienza e trasferibilità degli interventi proposti<sup>7,8</sup>.

Infatti, il più delle volte, contravvenendo alle indicazioni proposte dal Piano Nazionale della Prevenzione<sup>9</sup>, risulta deficitaria, talvolta poco affidabile, l'analisi della situazione sulla quale si vuole intervenire con la conseguenza che:

- la scelta degli interventi da mettere in atto viene lasciata all'interpretazione dei singoli operatori afferenti alle diverse istituzioni o strutture;
- non viene resa possibile, qualora prevista, una corretta valutazione della efficacia degli interventi<sup>10,11</sup>.

Infine, le contraddizioni - culturali, professionali, di competenza...- condizionano la comunicazione e le relazioni tra gli operatori medici e non medici attori dell'intervento - medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, insegnanti, psicologi...-<sup>12,13,14</sup> ed i destinatari dell'azione - popolazione generale, in età pediatrica, adolescenti, gravide, genitori...- con il risultato che la mancata condivisione di saperi, comportamenti e atteggiamenti può, di fatto, limitare pesantemente l'efficacia dell'azione preventiva e di promozione della salute.

Fra gli stili di vita l'uso delle bevande alcoliche viene riconosciuto da più parti<sup>15,16</sup> come il più diffuso dei fattori di rischio evitabili per la salute, coinvolge la stragrande maggioranza della popolazione generale<sup>17</sup>, una parte della quale consuma alcolici quotidianamente e il loro consumo "non eccessivo", decisamente sottovalutato e confuso, è accettato e condiviso<sup>18,19</sup>.

A tal proposito questo studio si propone di descrivere, a partire dalla letteratura di riferimento, l'impatto delle bevande alcoliche sulla salute della popolazione italiana, le

evidenze in merito ai modelli di consumo alcolico ed i rischi ad esso correlati, le politiche di contrasto e le buone pratiche messe in atto al fine di dar risposta a questo bisogno di salute.

Così come consiglia il Piano Nazionale per la Prevenzione<sup>20</sup> la ricerca sperimentale ha come obiettivo la definizione dei bisogni in merito alle abitudini alcoliche delle donne in gravidanza, della popolazione giovanile nell'arco di un ventennio (1989 -2013) e dei futuri operatori della salute in modo da definire le possibili linee di intervento attuabili nel contesto dell'ospedale promotore di salute.

Vale la pena di puntualizzare che i programmi di prevenzione e promozione della salute si caratterizzano per un'iniziazione precoce, un'azione continua e monitorata nel tempo e supportata da conoscenze scientifiche aggiornate.

Pertanto la scelta di coinvolgere nella ricerca le donne in gravidanza è motivata dal fatto che già dalla programmazione di una genitorialità responsabile genitori e famiglia devono rendersi conto, in maniera critica e responsabile, che il loro stile di vita condizionerà quello del nascituro e che uno stile di vita scorretto è un rischio sia per loro che per i figli.

Per quanto riguarda gli adolescenti questi risentono dei comportamenti degli adulti significativi e sono i possibili utenti di un intervento di promozione della salute. Si può pertanto ipotizzare che la valutazione dei bisogni di questa popolazione consenta di definire l'eventualità di un intervento di prevenzione e promozione della salute mirato a correggere conoscenze comportamenti, abitudini ed atteggiamenti scorretti e/o mantenere e potenziare uno stile di vita più favorevole alla salute.

In fine, avendo chiaro che i futuri operatori della salute, nell'ambito dell'esercizio della loro professione, saranno chiamati a programmare ed attuare interventi di prevenzione e promozione della salute è richiesto loro, per il fatto che ricoprono un ruolo educativo, di possedere competenze – sapere - coerenti con i loro comportamenti – saper fare e saper essere -. La ricerca su questa particolare popolazione - futuri operatori della salute - darà risposte in merito al loro back ground culturale, ai comportamenti ed agli atteggiamenti nei confronti delle bevande alcoliche e fornirà indicazioni sulle specifiche competenze e le eventuali criticità presenti al termine del percorso di formazione. Queste informazioni costituiranno il patrimonio culturale di base da spendere al fine di intervenire in maniera mirata sulla programmazione didattica dei Corsi di Laurea per rispondere ai bisogni culturali evidenziati.

Lo studio vuole descrivere le caratteristiche delle popolazioni contattate - gravide, adolescenti, futuri promotori della salute -, i bisogni rilevati in merito alle bevande

alcoliche e la correlazione tra le abitudini alcoliche delle popolazioni coinvolte e quelle del contesto familiare di provenienza. Tutto ciò per comprendere le eventuali azioni di promozione della salute che si potrebbero proporre per rispondere in maniera efficace e verificabile nell'ambito di un ospedale promotore di salute.

# 1. La Promozione della Salute

## 1.1 L'evolversi del concetto di Salute e la nascita della Promozione della Salute

Per comprendere la nascita e l'evoluzione del concetto di Salute e di Promozione della Salute è utile ricordare che già nell'antica Grecia ci si rivolgeva a Panacea figlia del dio Esculapio, per cercare di porre rimedio alle malattie (terapia), mentre ci si affidava a Igea, anch'essa figlia di Esculapio, affinché preservasse (prevenzione) dalle stesse la popolazione sana.

L'umanità ha sempre prestato più attenzione alla medicina curativa, quasi dimenticando nell'ombra la parte che favorisce il benessere. Ciò è stato vero fino al XX secolo dove la medicina preventiva è stata in grado di compiere i passi più importanti con l'invenzione dei vaccini. A partire da questa scoperta è stato possibile debellare e contrastare le malattie infettive che rappresentavano la prima causa di morte nella popolazione. La copertura vaccinale e una miglior igiene degli ambienti hanno portato ad un miglioramento delle condizioni di vita ed a un effettivo prolungamento della stessa; basti pensare che nel 1880 in Italia la speranza di vita alla nascita era di 35,4 anni, divenuti 42,8 nel 1900, 54,9 nel 1930 e 65,5 nel 1959<sup>21</sup> ed ora è di 79,4 anni per i maschi e 84,5 per le femmine.

Con il verificarsi di queste scoperte e la diffusione delle pratiche preventive emerge la necessità di prevedere un ruolo educativo da parte degli operatori sanitari; se da un lato sono le Istituzioni sanitarie a definire i passi strategici delle politiche di prevenzione è relegato agli operatori sanitari il ruolo di promotori di buone pratiche. Prende piede il concetto di Educazione Sanitaria del quale nel 1954 viene definito lo scopo dall'OMS *“lo scopo dell'Educazione Sanitaria è aiutare le popolazioni ad acquistare la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi. L'educazione sanitaria fa affidamento in primo luogo sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento delle loro condizioni di vita e mira a far loro percepire tanto come individui, membri di una famiglia, di una collettività, di uno stato che i progressi della salute derivano dalla loro responsabilità personale”*<sup>22</sup>.

La nascita di questo concetto porta ad uno sviluppo di pensiero critico in merito al ruolo dell'operatore medico, alla natura del suo messaggio e all'efficacia dello stesso. Alessandro Seppilli<sup>23</sup>, igienista italiano, attivo nelle proposte di politica sanitaria, nello sviluppo del suo pensiero riflette e propone più definizioni del concetto di Educazione sanitaria. Secondo l'Autore l'Educazione Sanitaria non deve solamente fornire

informazioni, ma sviluppare il pensiero critico degli individui e delle comunità nei riguardi delle scelte di salute; inoltre gli operatori sanitari devono possedere delle capacità relazionali e formative al fine di entrare in rapporto con i destinatari del messaggio e non solamente fornire informazioni. Per Seppilli A. *“L'Educazione Sanitaria è una attività di comunicazione intesa a incrementare la salute, ad eliminare i fattori di rischio e a prevenire le malattie, rivolta a soggetti singoli o ad intere comunità e realizzata influenzando positivamente le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti”*.

Come sottolinea Pasquarella M. L. segnalare che un comportamento o una pratica sono scorrette non è condizione sufficiente per far sì che tale comportamento non venga perpetuato. Ciò avviene perché dietro ad un comportamento c'è sempre un atteggiamento, cioè una lettura della realtà che si rifà alle esperienze personali dell'individuo o della comunità destinatari dell'intervento<sup>24</sup>.

Questo percorso logico mette in evidenza il ruolo dell'operatore sanitario al quale è richiesto di possedere delle competenze psicologiche, sociologiche, antropologiche, pedagogiche e andragogiche<sup>25</sup> oltre che mediche e scientifiche. Si intravede a questo punto la necessità di affiancare al medico altre figure professionali che operino negli stessi contesti con l'obiettivo di rendere il percorso di prevenzione effettivamente in grado di rispondere a queste necessità.

La necessità di intraprendere azioni di “sistema” per la salute e di coinvolgimento dei diversi operatori nell'educazione sanitaria viene puntualizzata nel 1978 dal documento espresso dalla Conferenza di Alma Ata. In quella occasione si definisce l'assistenza sanitaria primaria *“l'assistenza sanitaria comprende almeno: l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli”* e gli attori di questa educazione comprendono le figure che derivano oltre che dal settore sanitario da altri molteplici ambiti come l'agricoltura, la zootecnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione e questi devono esser coordinati nelle loro attività. Gli interventi di assistenza primaria dipendono da operatori sanitari e da figure professionali *“tradizionali”*<sup>26</sup>. Queste devono essere adeguatamente preparate a *“lavorare come una squadra per la salute e rispondere ai bisogni di salute espressi dalla comunità”*<sup>26</sup>.

Contemporaneamente all'affermarsi di queste idee assistiamo ad una evoluzione del concetto di Salute che in occasione della già citata Conferenza di Alma Ata viene ripreso e ribadito così come proposto dall'atto costitutivo dell'OMS del 1949 dove la salute veniva definita come *“uno stato di completo benessere fisico mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o di infermità”*<sup>27</sup>, ma già dal suo esordio questa

definizione ha posto in essere alcune critiche fondamentali anche per l'evoluzione del concetto di educazione sanitaria, di prevenzione e di promozione della salute.

La portata innovativa della definizione di salute proposta nel 1949 consisteva nel sottolineare che lo stato di Salute non era definito esclusivamente dalla mancanza di malattia, ma fosse piuttosto il prodotto di un insieme di fattori che costituiscono la vita del singolo e della comunità di appartenenza, contesti di vita che insieme influiscono sul benessere percepito dal singolo e che di fatto condizionano e determinano la qualità del suo vivere quotidiano. Questo concetto si è rivelato essenziale per diffondere e favorire una nuova consapevolezza del diritto alla salute, impegno che ha coinvolto tutti i Paesi che hanno fatto proprie e investito risorse – economiche ed intellettuali - al fine creare condizioni tali da favorire e promuovere il riconoscimento della salute come diritto universale<sup>28,29</sup>.

La definizione di Salute dell'OMS non è esente da critiche: in particolare è stata tacciata di *staticità* poiché non tiene adeguatamente in considerazione i momenti che intercorrono tra la malattia e la salute e che quotidianamente vengono interpretati nella realtà dai singoli<sup>22</sup>; di non riconoscere nell'individuo la sinergia fra benessere fisico, mentale e sociale; di essere *utopica* in quanto esistono divari considerevoli tra le condizioni di salute presenti nei diversi Paesi o classi sociali che il più delle volte si sono ampliati e non circoscritti negli anni. A proposito delle disuguaglianze un'analisi accurata condotta utilizzando i più comuni indicatori della salute – ad es. i tassi di mortalità, di morbosità e di morbilità - rivela che anche nel nostro Paese c'è stato, senza dubbio, un ampliamento della forbice fra lo stato di salute rilevabile nei diversi contesti sociali<sup>30</sup> ed è ampiamente dimostrato come “i poveri, le persone meno istruite, quelle appartenenti alle classi sociali più basse si ammalano di più e muoiono prima”<sup>31,32,33</sup>.

Le critiche mosse nei confronti della definizione di salute e lo sviluppo del pensiero - condizionato da importanti trasformazioni che interessavano le società, l'economia, l'informazione, le popolazioni... - hanno portato all'inizio degli anni '80 a considerare la salute come una condizione di equilibrio costruita dall'individuo che si adatta alle situazioni quotidiane che coinvolgono l'ambiente fisico e sociale.

Viene quindi abbandonato il modello biomedico tradizionale/riduzionista - i fenomeni complessi derivano da un singolo principio primario –favorevole al dualismo mente-corpo - la dottrina che separa il mentale dal somatico -<sup>34</sup> che, a partire dagli anni settanta, cede il passo al modello Biopsicosociale che proponeva di considerare interdipendenti la dimensione fisica, psichica e sociale.

Lipowsky<sup>35</sup> definisce la medicina psicosomatica affermando che lo stato di salute di un individuo era stabilito sia da fattori fisici che mentali e che questi variavano all'interno di una popolazione da individuo a individuo. Questa eventualità era riconducibile a una maggiore complessità del quadro patologico di molte malattie, dalla multifattorialità della loro genesi ed alla difficoltà di fornire risposte certe, da parte del Sistema Sanitario, ad una popolazione occidentale che stava invecchiando per le migliori condizioni di vita.

Il modello bio-medico viene messo in discussione e la salute è vista come una conquista quotidiana di benessere e non viene più separata dal concetto dalla malattia. A questo proposito, numerose ricerche confermano, che, nonostante molte persone lamentino quotidianamente piccoli disturbi, stanchezza, stress, la loro condizione - in un ipotetico sistema lineare che vede ai due estremi il completo benessere e la malattia - oscilla fra il polo della "salute" e quello della "malattia" e di fatto queste si percepiscono "sane".

L'uomo è un'unità psicofisica e questo nuovo modo di leggere la salute consente una visione innovativa del problema che ci permette di comprendere il modo di essere di chi anche di fronte ad una malattia cronica riesce a ritrovare un proprio equilibrio<sup>22</sup>.

L'evoluzione del pensiero sulla Salute ha avuto delle ricadute sul significato del concetto di prevenzione. Infatti l'aver evidenziato il peso e la corresponsabilità dei determinanti sociali, ambientali e politici nel determinismo della salute ed aver introdotto il concetto di unità biopsicosociale dell'uomo esplicava quanto fosse inadeguato considerare esclusivamente i fattori di rischio come unico interesse della medicina e promuoverli, mantenerli e potenziarli, con e nella popolazione, iniziando così a riconoscere la capacità della popolazione di influenzare la qualità della salute.

Aron Antonovsky definisce la Salute come processo e non come una condizione stabile, l'Autore si riferisce alle reazioni che le persone possono avere di fronte agli stati di malattia, reazioni positive o negative e determinano, di fatto, lo stato di "benessere" della persona. L'Autore afferma che non è l'agente patogeno in sé a creare la malattia, ma la risposta che la persona o la comunità danno alla loro condizione attuando una sorta di resistenza all'evento (Risorse Generali di Resistenza).

Pertanto, la salute vede nelle capacità della persona, quello che Antonovsky definisce Senso di Coerenza (Sense of Coherence), la possibilità di "abitare" uno stato di benessere o no in presenza di un fattore stressante quale una malattia piuttosto che una condizione sociale o economica disagiate.

La salutogenesi si occupa pertanto di studiare i fattori che producono salute e abbandona l'ottica prevalente nel mondo sanitario cioè la prospettiva patogenica che si dedica allo studio dei fattori che portano allo stato di malattia.

L'Autore sviluppa il proprio ragionamento partendo dall'analisi dello stato di salute percepito da particolari popolazioni sottoposte a forti "stress" come malattie o condizioni socio-economiche disagiate - il primo studio a cui Antonovsky si dedicò indagava lo stato di salute delle donne ebraiche in età di menopausa reduci dei campi di sterminio nazisti<sup>36</sup> - e analizza le capacità individuali nel dar risposta a questi eventi stressogeni. In modo particolare egli osserva come le persone in grado di dare un senso alla propria esistenza (Sense of Coherence) ed a reinventarsi avendo una buona lettura delle possibilità che il futuro riservava loro percepivano uno stato di benessere migliore<sup>37</sup>.

Le proposte di Antonovsky, risalenti alla fine degli anni settanta, e le ulteriori riflessioni che hanno coinvolto il mondo scientifico hanno portato, nell'ambito della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO), ad uno sviluppo continuo sia del concetto di salute che di quello di promozione della salute testimoniato dalle varie Carte Costitutive e programmatiche prodotte come documento ufficiale dei vari Convegni internazionali.

L'ottica salutogenica, a differenza di quella patogenica, è compresa nella stessa definizione di salute dell'OMS del 1949, che considera la dimensione corporea, sociale e psichica interconnesse fra loro e non separate, mettendo in evidenza come il benessere dell'individuo sia il frutto della continua interazione di una componente sull'altra.

Evidenze scientifiche mettono in luce che il senso di Coerenza, che fa parte della dimensione psichica e sociale dell'uomo - Antonovsky aggiungerà anche la dimensione spirituale - predice lo stato di salute<sup>38</sup> ed in particolare della *Salute Mentale*.

Attualmente le Organizzazioni Internazionali hanno fatto proprie queste riflessioni rilevando l'importanza della salute mentale nella definizione del benessere dell'individuo e della comunità precisando che non ci può essere salute senza salute mentale<sup>39,40</sup>.

La comprovata importanza dei fattori mentali e sociali nel definire uno stato di salute ci fanno comprendere come il termine prevenzione sia legato più propriamente alla patogenesi e quello di promozione alla "salutogenesi".

La "scienza delle malattie" va alla scoperta delle cause e dei processi che le generano - eziopatogenesi - e cerca delle terapie atte ad affrontarle e circoscrivendo le cause di una malattia definisce le pratiche preventive - prevenzione -.

La "scienza della salute" invece va alla ricerca delle dimensioni positive della stessa e delle dinamiche che la promuovono - salutogenesi -, tutto ciò al fine di favorire il

benessere ne indaga le cause e propone strategie in grado di promuoverla - promozione della salute -<sup>32,41</sup>.

Alla luce di queste considerazioni è più facile comprendere la portata dello spostamento della prospettiva apportato da Antonovsky che ha coniato il termine salutogenesi. A questa nuova visione hanno contribuito molti Autori<sup>32</sup>, noti nel panorama scientifico tra i quali possiamo ricordare Bandura A.<sup>42</sup> con il costrutto della *self-efficacy*, Kobasa S.C.<sup>43</sup> con il concetto di *hardiness*, di Sheier M.F. e Carver C.S.<sup>44</sup> e di Seligman<sup>45</sup> con l'*ottimismo* e di Csikszentmihalyi M.<sup>46,47</sup> con il concetto di *flow*.

Questa differenza sostanziale è stata “certificata” ad Ottawa dove, nel 1986, viene per la prima volta definito il concetto di *Promozione della Salute*. “Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per consentire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l’individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l’ambiente o di adattarvisi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita [...]. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere”<sup>48</sup>.

Come ricorda Lamberto Briziarelli<sup>49</sup> il nodo centrale della definizione di promozione della salute, risalente alla Conferenza di Ottawa, era quello di mettere al centro la persona e più propriamente le capacità della persona atte a produrre il miglioramento del proprio stato di salute.

La promozione della salute è dipendente da questo senso di partecipazione e dalla capacità degli individui e delle comunità di produrre salute. Le caratteristiche individuali della persona sono in stretta connessione con le risorse dell’ambiente di vita. “Ecco, quindi, che lo stato di benessere è raggiungibile in realtà attraverso un equilibrio tra le volontà della persona e la possibilità di realizzarle in sintonia con il contesto in cui vive, potenziando, quindi, le sue risorse interne e quelle disponibili nell’ambiente”<sup>50</sup>.

Come già proposto nella Conferenza di Alma Ata anche nella definizione scritta ad Ottawa la promozione della salute mette al centro saperi, ambiti, professionalità che non sono esclusive del settore sanitario, ma che sono proprie di molte altre figure “non mediche”, le quali hanno il compito di promuovere la salute e il benessere attingendo ai propri ambiti di intervento professionale, avvalendosi delle proprie competenze e saperi.

Tab. 1.1 - The development of public health and health promotion research positioned to the development of the Salutogenesis<sup>51</sup>

Decade	Public health/health promotion research	Salutogenesis
The 1940s–1960s	<p>World War II/The Holocaust</p> <p>The Declaration of <i>Human Rights</i> (United Nations Department of Public Information, 1948)</p> <p>The Foundation of the <i>World Health Organization</i> (United Nations Department of Public Information, 1948)</p> <p>Mainly the biomedical model to protection, prevention</p>	<p>A group of Israeli women survived the Holocaust. Three decades later this group became the original study group used in the first study of Salutogenesis</p>
The 1970s	<p>'<i>Health Promotion</i>' theme: tackling preventable diseases and risk behaviours (Catford and St Leger, 1996)</p> <p><i>The Lalonde Report</i> (1974) A new perspective on the health of Canadians (Lalonde, 1974, 2002)</p> <p><i>The Alma-Ata Declaration on Primary Health Care</i> International Conference on Primary Health Care (WHO, UNICEF) in Alma-Ata, USSR (WHO 1978)</p>	<p>A <i>paradigm shift</i> from the pathogenic to the salutogenic perspective on health. <i>Aaron Antonovsky</i> introduces the salutogenic theory and the concept of Sense of Coherence in 'Health, Stress and Coping' (Antonovsky, 1979). The first population approached by salutogenic research is in Israel, i.e. at the scientific department headed by Antonovsky</p>
The 1980s	<p>'<i>Health Promotion</i>' theme: stressing the importance of complementary intervention approaches formulated in the Ottawa Charter (Catford and St Leger, 1996)</p> <p>A <i>special meeting</i> (1984) at the WHO EURO headquarters in Copenhagen, Denmark, producing the first document on health promotion, 'Concepts and Principles of Health Promotion' (WHO, 1986b)</p> <p><i>The Ottawa Charter for Health Promotion</i> 1st International Conference on Health Promotion in Ottawa, Canada (WHO, 1986a)</p> <p><i>Health for All Strategy—Targets for Health for All 2000</i> (WHO, 1981)</p> <p>The Journal <i>Health Promotion International</i> was founded (Catford, 2004)</p> <p><i>The Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy</i> 2nd International Conference on Health Promotion in Adelaide, Australia (WHO, 1998)</p>	<p><i>Aaron Antonovsky</i> revises and develops the salutogenic theory in 'Unraveling the Mystery of Health' (Antonovsky, 1987)</p> <p>The distribution of the salutogenic research is still geographically limited. Only a few scientific papers were published, mainly by Antonovsky himself</p>

<p>The 1990s</p>	<p>'Health Promotion' theme: the health promotion setting approach: Healthy Cities, Health Promoting Schools, Health Promoting Hospitals, investment for health (Catford and St Leger, 1996; Ziglio <i>et al.</i>, 2000; Whitelaw <i>et al.</i>, 2001)</p> <p><i>A shift from the life style era to the new (revitalized) public health era</i> with the foci on social and environmental factors affecting health instead of on individual behaviour (Baum, 2002)</p> <p><i>The Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health</i> 3rd International Conference on Health Promotion in Sundsvall, Sweden (WHO, 1991).</p> <p>The <i>WHO seminar</i> (1992) on 'Theory in Health Promotion: Research and Practice', in Copenhagen, Denmark (Dean, 1993).</p> <p><i>The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century 'New Players for a New Era'</i></p> <p>4th International Conference on Health Promotion in Jakarta, Indonesia (WHO, 1997)</p>	<p>Ten issues of <i>The Sense of Coherence Newsletter</i> (1991–1994), edited by Aaron Antonovsky, were published</p> <p>An increasing interest in the salutogenic concept emerges. By 1992, the results from 42 studies had been reported. In the late 1990s, an additional 300 publications were produced. The SOC questionnaire was used in at least 20 countries in 14 languages all over the World (Antonovsky, 1993)</p> <p>Antonovsky attended the WHO seminar in Denmark presenting the salutogenic model as a theory to guide health promotion (Antonovsky, 1996)</p> <p><i>Aaron Antonovsky died suddenly in 1994</i></p> <p>The first international research courses on Salutogenesis at the Nordic School of Public Health and training courses of the European Training Consortium. The ETC and EUMAHP European-dimension learning model (Davies <i>et al.</i>, 2005)</p>
<p>The 2000s</p>	<p>'Health Promotion' theme: the salutogenic approach? (Macdonald, 2005)</p> <p><i>The Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health</i> (2000) 5th Global Conference for Health Promotion 'Bridging the Equity Gap', Mexico City, Mexico (WHO, 2000)</p> <p><i>The 18th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education 'Valuing Diversity, Reshaping Power'</i>, Melbourne, Australia, 2004</p> <p><i>The Bangkok Charter for</i></p>	<p><i>Vision</i>: a salutogenic society where citizens perceive their lives as structured and comprehensible, enabled to manage stress in a changeable World and perceiving life as meaningful enough to investment energy in order to live an active and productive life, i.e. a good life (Macdonald, 2005)</p> <p>Research on the salutogenic concept continues and expands. An extensive, systematic and analytic review of salutogenic research has been in process since 2003. The first summary covering 1992–2003 was finalized in 2007 (Eriksson, 2007). By 2003, the SOC questionnaire has been used in at least 32 countries in 33 languages all over the world on healthy populations from children to older adults, in different patient groups and professionals within different areas of practice (Eriksson and Lindström, 2005; Lindström and Eriksson, 2005a; 2005b, 2006). The systematic review on the salutogenic research continues. By 2007, the SOC is used in 44 languages (Singer and Brähler, 2007)</p> <p>The IUHPE Thematic Working Group on</p>

<p><i>Health Promotion (2005) 6th Global Conference on Health Promotion 'Policy and Partnership for Action', Bangkok, Thailand (WHO, 2005)</i></p>	<p>Salutogenesis is established at the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Education in Canada 2007. The first international research meeting and international research seminar takes place in May 2008 in Helsinki, Finland (<a href="http://www.folkhalsan.fi">www.folkhalsan.fi</a>). At the same time an international PhD course is given 5th–9th of May 2008</p>
<p><i>The 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education 'Health Promotion Comes of Age: Research, Policy and Practice for the 21st Century', Vancouver, Canada (2007)</i></p>	

## 1.2 Gli Ospedali Promotori di Salute

La Carta di Ottawa<sup>48</sup> fornisce la definizione di Promozione della Salute e propone alcuni concetti e attività fondamentali. La Promozione della Salute deve:

- *abilitare* le persone e le comunità fornendo le risorse materiali, le conoscenze e le capacità, per controllare e migliorare la propria salute;
- *mediare* tra i diversi interessi della società al fine di raggiungere i più alti livelli di salute;
- *sostenere* le popolazioni al fine di affermare il diritto alla salute.

Le attività fondamentali descritte nella Carta di Ottawa sono:

- *creare ambienti che favoriscano la salute*: fare in modo che in tali ambienti le scelte più facili siano quelle salutari;
- *rafforzare l'azione della Comunità*: operare concretamente all'interno delle comunità, per definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute;
- *Riorientare i Servizi Sanitari*: questi devono essere in grado di leggere le necessità del territorio in cui sono immersi, devono riuscire a sostenere i bisogni degli individui e delle comunità. Quest'azione si esplicita a partire dal momento della formazione professionale delle figure impiegate nei Servizi Sanitari le quali all'individuo nell'ottica biopsicosociale;
- *Costruire una politica pubblica per la salute*: la salute e il benessere devono essere posti al centro del pensiero politico sia a livello locale che a livello globale;
- *Sviluppare le capacità personali*: sostenere azioni di sviluppo individuale e comunitario cercando di fornire informazioni e proponendo uno sviluppo di abilità

(skills) in grado di aumentare la consapevolezza e le risorse per facilitare/favorire le scelte di salute.

Questi concetti si sono ulteriormente evoluti ed arricchiti con le raccomandazioni di Adelaide del 1988<sup>52</sup>, la dichiarazione di Sundsvall del 1991<sup>53</sup> e la dichiarazione di Jakarta del 1997<sup>54</sup> e da questo modello ha preso il via un impegno specifico di promozione della salute in settori specifici.

Si è iniziato a parlare di Ospedali promotori di Salute (rete HPH)<sup>55</sup>, di Scuola promotrice di salute<sup>56</sup>, di Carceri promotori di salute<sup>57</sup>, di Città Sane<sup>58</sup>, di Salute per tutti nell'anno 2000<sup>59</sup>, di salute nei luoghi di lavoro<sup>60</sup>.

Queste eventualità hanno evidenziato l'importanza *dell'approccio di contesto*<sup>61</sup>, inteso come "il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, quelli organizzativi e personali interagiscono per favorire la salute e il benessere [...]".

La scuola promotrice di salute, così come la città, gli ambienti di lavoro o gli ospedali, concentra le proprie attenzioni prima di tutto sulla qualità delle relazioni, il capitale sociale, la possibilità che tutti siano partecipi e integrati nel proprio contesto di vita.

Modolo M. A. mette in luce che questo approccio richiede delle azioni più complesse di quelle praticate in passato dove ad un problema di salute si *prescriveva* un rimedio. Per comprendere quali sono i problemi che derivano dalle esperienze il metodo partecipativo è essenziale al fine di promuovere la salute<sup>62</sup>.

Le persone sono portatrici di esperienze ed il loro contesto di vita è il luogo dove queste si sperimentano e sviluppano con le proprie prerogative -positive e/o negative-. La consapevolezza del problema deriva dalla descrizione, dall'analisi e dall'elaborazione dell'esperienza delle varie persone che vivono in quel contesto.

La consapevolezza che nei processi di Promozione della Salute i contesti siano di primaria importanza ha sollecitato l'OMS a riflettere su quale fosse l'impegno a cui erano chiamati gli ambienti ospedalieri. Era da poco stata avviata questa riflessione e nel 1991 a Budapest è stata scritta la Dichiarazione sugli Ospedali Promotori di Salute<sup>63</sup>, dichiarazione poi ripresa e sviluppata da "Le raccomandazioni di Vienna"<sup>64</sup> del 1997.

I 17 punti descritti nella dichiarazione di Budapest riprendono in modo attento, modellato sulla realtà dell'Ospedale, i concetti presenti nella Carta di Ottawa e successivamente, a Vienna, vengono stabiliti i criteri per dare forma effettivamente ad una rete di Ospedali Promotori di Salute (Tab. 1.2).

Tab. 1.2 - Principi della Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali Promotori di Salute<sup>63</sup>

1. Fornire opportunità di sviluppare al suo interno indirizzi, obiettivi e strutture orientati alla salute;
2. sviluppare nell'ospedale una comune identità aziendale sugli scopi degli Ospedali per la Promozione della Salute;
3. accrescere la consapevolezza dell'impatto che l'ambiente ospedaliero ha sulla salute dei pazienti, del personale e della comunità; l'ambiente fisico degli edifici ospedalieri dovrebbe supportare, mantenere e migliorare il processo terapeutico;
4. incoraggiare nei pazienti un ruolo attivo e di partecipazione, in funzione dei loro specifici potenziali di salute;
5. incoraggiare nell'ospedale iniziative di partecipazione orientate al miglioramento della salute;
6. creare condizioni di lavoro sane per tutto il personale dell'ospedale;
7. adoperarsi per rendere l'Ospedale per la Promozione della Salute un modello per servizi e per posti di lavoro sani;
8. mantenere e promuovere la collaborazione tra le iniziative di promozione della salute orientate alla comunità e le amministrazioni locali;
9. migliorare la comunicazione e la collaborazione con i servizi sanitari e sociali inseriti nella comunità;
10. aumentare le opportunità offerte dall'ospedale ai pazienti e ai loro familiari attraverso i servizi sanitari e sociali inseriti nella comunità e/o gruppi e organizzazioni di volontariato;
11. identificare e caratterizzare nell'ospedale specifici gruppi target (es. pazienti anziani, affetti da patologie di lunga durata, ecc.) e i loro specifici bisogni di salute;
12. riconoscere le differenze di atteggiamenti, bisogni e condizioni culturali tra individui e tra diversi gruppi di popolazione;
13. creare nell'ospedale ambienti di vita favorevoli, umani e stimolanti, specialmente per i pazienti cronici e lungodegenti;
14. migliorare la qualità e la varietà dei servizi di ristorazione per i pazienti e per il personale;
15. aumentare la disponibilità e la qualità dell'informazione, della comunicazione, dei programmi educativi e di apprendimento di abilità per i pazienti e per i loro familiari;
16. aumentare la disponibilità e la qualità dei programmi educativi e di formazione continua per il personale;
17. sviluppare nell'ospedale un database epidemiologico, particolarmente orientato alla prevenzione delle malattie e degli infortuni, e comunicare queste informazioni agli amministratori pubblici e alle altre istituzioni nella comunità.

Particolare enfasi viene dedicata al fatto che gli Ospedali sono un ambiente di ricerca dove si accumulano esperienza e ricchezza culturale, derivante dal fatto che ad es. in Europa con circa 30.000 Ospedali viene impiegato il 3% della popolazione e ogni anno circa il 20% degli abitanti del “vecchio continente” transitano per una struttura ospedaliera. Queste considerazioni e gli impegni presi nel 1996 a Lubiana<sup>65</sup> dagli Stati

Membri dell'Unione Europea dell'OMS, ha fatto sì che nascesse la Rete degli Ospedali Promotori di Salute a tutt'oggi modellata sui ai principi delineati a Budapest.

Inizialmente il programma Europeo ha coinvolto un gruppo di venti Istituti pilota di undici Stati Europei che, in seguito ai buoni risultati e alle esperienze positive degli Istituti precursori, ha fatto sì che un gran numero di ospedali abbiano chiesto di prender parte all'iniziativa. Nel 2006 si contano 33 reti HPH nazionali e 647 ospedali nel mondo 26 dei quali fanno parte dei Paesi europei<sup>66,67,68</sup>.

Le riflessioni affrontate più recentemente nei documenti dell'OMS riprendono ed enfatizzano quanto proposto originariamente nella Dichiarazione di Budapest e tendono a porre l'attenzione su alcuni aspetti particolari. In primo luogo tendono ad identificare negli Ospedali delle strutture che devono produrre salute sia nei confronti degli utenti esterni – i pazienti – sia nei riguardi dei clienti interni – gli operatori impiegati -. A questo proposito inoltre è di primaria importanza riconoscere un ruolo preventivo e promozionale anche alla luce del fatto che attualmente buona parte delle malattie sono croniche, connesse all'invecchiamento della popolazione ed hanno bisogno di una continua attenzione nei confronti del paziente e dei suoi famigliari. In questo contesto viene chiamato in causa il concetto di health literacy, cioè la riconosciuta necessità di ampliare le conoscenze mediche di base della popolazione cercando di entrare in relazione con l'utente e comunicare con questo in maniera semplice e ad esso comprensibile<sup>69,70</sup>.

La comunicazione operatore paziente è più efficace nel momento della cura o del semplice consulto, momenti in cui è più facile proporre cambiamenti negli stili di vita ed una buona comunicazione permette di raggiungere più facilmente degli scopi di promozione della salute<sup>71,72,73,74,75</sup>.

Il concetto di empowerment sottolinea l'importanza che le persone hanno nel prendere il controllo sulla propria salute, in quanto negli ospedali i pazienti non sono solo visti come oggetto dell'intervento, ma come co-produttori dell'intervento stesso.

La medicina deve aprirsi sia al concetto d'istruzione in quanto trasferisce conoscenze, sia a quello di formazione intesa come trasferimento di valori e motivazione. Il guadagno di salute si ottiene dalla sinergia di più interventi nei confronti del paziente: l'intervento clinico, sullo stile di vita, sulla soddisfazione e sull'alfabetizzazione sanitaria - Health Literacy - <sup>76</sup>. È chiaro che in ambito ospedaliero il compito principale è fornire un trattamento clinico efficace, ma è dimostrato ad esempio per i pazienti chirurgici, dove si opera considerando di fornire una consulenza in merito al processo di recupero e dove

viene condiviso il processo decisionale in merito alla diagnosi e alla cura si riducono le complicanze post operatorie e il recupero è più breve<sup>77</sup>.

Il settore sanitario se agisce da solo non può pretendere di ottenere importanti cambiamenti nei comportamenti di salute, può tuttavia svolgere un'importante ruolo di identificazione dei problemi di salute e proporli all'attenzione della società e della politica. Inoltre la ricerca, intesa come definizione dello stato di salute, può essere utile nella valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese sia dalle Istituzioni Sanitarie che da quelle Politiche e orientare le scelte al fine di raggiungere un più alto grado di efficacia<sup>78</sup>.

La promozione della salute nei confronti della popolazione potrebbe risentire positivamente delle conoscenze che continuamente vengono acquisite in ambito ospedaliero ancor più se queste venissero affiancate da azioni formative ed educative proposte da altre figure professionali presenti sul territorio. Queste ultime coinvolte nei servizi alla persona - scuole, servizi sociali, enti di formazione per gli adulti - potrebbero venir coinvolte con gli ospedali per promuovere il benessere alla luce dei risultati emersi dalle ricerche e dei bisogni di salute di volta in volta emergenti<sup>80</sup>.

## 2. Gli stili di vita e l'impatto sulla salute

### 2.1 Le malattie croniche e gli stili di vita

Nel corso del XX secolo si è realizzato un cambiamento radicale nell'aspettativa di vita media e nelle cause di morte della popolazione<sup>21</sup>.

Al momento attuale le patologie e cause di morte sono legate in primis alle malattie non trasmissibili – malattie cardiovascolari, tumori, malattie dell'apparato respiratorio, diabete... -. Si stima che a livello globale queste siano state causa di morte per 36 milioni (mln) di individui sui 57 mln di decessi verificatisi in totale nel 2004 e che l'80% di questi sia abbia interessato i paesi più poveri<sup>7,79</sup>. In particolare si stima che le malattie cardiovascolari siano state responsabili del 48% dei decessi attribuiti alle malattie croniche, i tumori del 21%, un altro 12% alle malattie croniche respiratorie e il 3,5% al diabete<sup>80</sup>.

L'ultimo rapporto Istat sulle cause di morte in Italia relativo al 2012 recensisce 613.520 decessi con un tasso di mortalità pari 92,2 decessi per 10mila residenti<sup>81</sup>. Le cause di morte con frequenze più elevate sono riconducibili alle malattie ischemiche del cuore con il 12,2% dei decessi, seguono in seconda ed in terza posizione le malattie cerebrovascolari (10%) e le altre malattie del cuore (7,9%). La causa di morte oncologica più frequente, al quarto posto in questa graduatoria, è rappresentata dai tumori maligni dell'apparato respiratorio (trachea, bronchi e polmone) ammontano al 5,5% delle morti totali, mentre subito dopo, al quinto posto, ci sono i disturbi circolatori con il 5,1% dei decessi totali (Tab 2.1).

Se da un lato queste malattie sono dovute all'invecchiamento della popolazione dall'altro gli stili di vita concorrono sensibilmente nel determinarne la prevalenza e l'incidenza. Le malattie croniche sono malattie ad eziologia pertanto il prodotto di molteplici concause o fattori di rischio coinvolti in diversa misura nel determinismo della malattia. Questi vengono definiti *determinanti della salute*<sup>82</sup> e sono: l'ambiente, le condizioni socio economiche e gli stili di vita.

Tab. 2.1 - Le 15 cause di morte più frequenti in Italia. Valori assoluti e percentuali sul totale delle cause anno 2012<sup>81</sup>

<b>Cause di morte</b>	<b>Rango</b>	<b>Numero decessi</b>	<b>% sul totale</b>
Malattie ischemiche del cuore	1	75.098	12,2
Malattie cerebrovascolari	2	61.255	10,0
Altre malattie del cuore	3	48.384	7,9
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	4	33.538	5,5
Malattie ipertensive	5	31.247	5,1
Demenza e Malattia di Alzheimer	6	26.559	4,3
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	7	21.841	3,6
Diabete mellito	8	21.536	3,5
Tumori maligni del colon-retto	9	19.202	3,1
Tumori maligni del seno	10	12.137	2,0
Tumori maligni del pancreas	11	10.722	1,7
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	12	10.116	1,6
Malattie del rene e dell'uretere	13	10.112	1,6
Tumori maligni dello stomaco	14	10.000	1,6
Influenza e Polmonite	15	9.734	1,6
<b>Totale 15 cause</b>		<b>401.481</b>	<b>65,4</b>
Altre		212.039	34,6
<b>Tutte le cause</b>		<b>613.520</b>	<b>100,0</b>

Questi ultimi ricevono particolare attenzione da parte delle istituzioni politiche e socio-sanitarie che identificano nell'alimentazione, nel fumo di tabacco, nell'uso delle bevande alcoliche e nell'attività fisica i più importanti fattori di rischio evitabile per la salute.

Gli stili di vita a differenza dell'ambiente e delle condizioni socio economiche dipendono più degli altri dalle scelte dei singoli individui o dalla cultura di una popolazione. Uno stile di vita è legato a particolari condizioni come le risorse – ad es. economiche e disponibilità degli alimenti - presenti in un territorio, dalle abitudini alimentari, dagli stereotipi, dai valori, dall'immagine costruita dai mass media che vengono acquisite fino a far parte del vivere quotidiano, condizionando e caratterizzando, talvolta pesantemente e negativamente, il comportamento dei singoli e della comunità. Il legame al territorio e dunque ad una cultura è particolarmente presente in alcune espressioni di uso comune o anche in altre di pertinenza più specialistica. Per esempio all'espressione “dieta mediterranea” oltre ad indicare la dieta presente in determinato luogo sta per noi ad indicare la composizione della “corretta” alimentazione povera di grassi animali e ricca di proteine e vitamine vegetali. Oppure il modello del “bere

nordico” altrimenti chiamato “cultura asciutta” a cui si fa riferimento quando si vuole indicare l’abitudine di bere alcolici – in genere birra o super alcolici - in grandi quantità, a stomaco vuoto e nel fine settimana viene utilizzato per distinguere una cultura alcolica o un “modello del bere” ben diverso da quello “mediterraneo” o proprio delle “culture bagnate” dove l’alcol ha un valore alimentare e di socializzazione e dove si predilige il consumo di vino a pasto.

Gli stili di vita caratterizzano i singoli e i gruppi e sono i responsabili principali del nostro stato di benessere e, a differenza dei microrganismi patogeni responsabili delle malattie infettive, non sono estranei agli individui e non li infettano. Gli stili di vita risentono delle conoscenze, delle abitudini e degli atteggiamenti dei singoli e delle comunità e, alla luce di queste considerazioni - escludendo volutamente da questa analisi i fattori esterni che entrano in gioco come scelte politiche, sviluppi economici, azioni di promozione...- si può capire come le scelte degli individui, più o meno consapevoli, siano in grado di condizionarne la qualità della vita.

Quanto detto consente di realizzare le motivazioni che hanno portato allo sviluppo dell’educazione sanitaria, della prevenzione prima e successivamente alla nascita, all’evoluzione ed all’affermazione del concetto di Promozione della Salute.

È chiaro che la salute è una scelta e per favorire le scelte salutari devono venir rafforzati l’empowerment, l’healthliteracy, i contesti promotori di salute e le azioni da intraprendere, per essere efficaci, devono coinvolgere svariati settori della società<sup>48</sup>.

L’impatto degli stili di vita sulle malattie croniche è decisamente importante tant’è che le stime indicano che l’80% delle malattie cardiovascolari sono evitabili intervenendo sugli stili di vita<sup>83</sup>. Ancora, se si pensa ad es. alle malattie oncologiche, il fumo è responsabile del 30% dei tumori – all’80% di quelli ai polmoni, il 75% di quelli del cavo orale, della faringe e dell’esofago -. Per altro, la scorretta alimentazione e la ridotta attività fisica sono causa del 30% dei tumori oltre ad essere strettamente correlata alle malattie ischemiche e al diabete<sup>83</sup>.

L’OMS stima che l’86% dei decessi, il 77% degli anni di vita in buona salute persi e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia siano causate dalle malattie croniche che hanno in comune i determinanti della salute alcol, fumo di tabacco, alimentazione ed attività fisica<sup>84</sup>. Il fumo di tabacco è direttamente responsabile di 6 mln di decessi nel mondo, di cui 600.000 da “fumo di tabacco di seconda mano”, e si stima che nel 2030 questi raggiungeranno gli 8mln. Alla ridotta attività vengono attribuiti 3,2mln di decessi ogni anno, 1,7mln sono riconducibili alla scorretta alimentazione e 2,3mln al consumo di bevande alcoliche<sup>84</sup>.

In Italia si stima che ogni anno il fumo di tabacco sia responsabile di 70.000 - 83.000 decessi e che oltre il 25% di questi si verifichi tra i 35 e i 65 anni di età<sup>85</sup>. Anche le bevande alcoliche hanno il loro peso nel determinare morti premature, si calcola infatti che ogni anno in Italia ci siano circa 24.000 decessi alcol-correlati e che l'alcol sia causa del 30-50% degli incidenti stradali<sup>86, 87</sup>. Questa categoria di incidenti si rileva essere la prima causa di morte per i giovani compresi tra i 15 e i 25 anni<sup>81</sup>.

La Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di Malattie Croniche a livello mondiale. Due gruppi di malattie (patologie cardiovascolari e cancro) causano quasi i tre quarti della mortalità nella Regione e tre principali gruppi di malattie (patologie cardiovascolari, cancro e disturbi mentali) costituiscono più della metà del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità)<sup>20</sup>.

Secondo alcune stime recenti, vi sarebbero infatti in Italia circa 100mila morti evitabili per il 56,6% mediante la prevenzione primaria, per il 16,6% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte attraverso una migliore assistenza sanitaria<sup>88</sup>.

## **2.2 La prevenzione e la promozione della salute nei confronti degli Stili di Vita**

L'evidenza della pesante ricaduta degli stili di vita sulla salute ha consentito progressivamente di proporre ed attuare programmi ed interventi di prevenzione e promozione della salute nei confronti dei fattori di rischio evitabili con l'obiettivo di contrastare l'insorgere delle malattie croniche e intervenire in maniera importante sulla qualità della vita del singolo e della comunità.

Come suggerisce l'OMS nel Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020<sup>80</sup> la prevenzione deve essere incentrata su una risposta multisettoriale e l'azione deve essere condotta sui fattori di rischio e determinanti.

Al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature che le malattie croniche comportano è necessaria una strategia di promozione della salute che proponga e favorisca l'adozione di corretti stili di vita avvalendosi di un approccio trasversale ai determinanti, coinvolgendo tutti i gli "livelli" implicati (per livelli si intende che nella programmazione devono essere coinvolti i decisori politici - livello macro - fino alle comunità, gli ambienti e le famiglie - livello micro -) attraverso la creazione di ambienti che promuovono la salute. La prevenzione poi si deve concentrare anche nell'identificazione precoce di persone affette da malattie croniche e cercare di promuovere dei percorsi terapeutici finalizzati a migliorare, mantenere e potenziare lo stato di salute.

L'attuazione di politiche di prevenzione e di promozione della salute oltre a prevedere la proposta di piani programmatici in base alle evidenze che descrivono i bisogni di salute portano con sé la necessità di prevedere rigorose ed accurate metodologie di valutazione della qualità degli interventi. Infatti agire sugli stili di vita non è come proporre un vaccino per una malattia infettiva, la cui valutazione di efficacia può essere studiata in "ambienti controllati". Agire sugli stili di vita prevede azioni complesse che si propongono di diffondere conoscenze scientificamente documentate e coerenti con abitudini, atteggiamenti e comportamenti salutari a favore della salute che talvolta sono profondamente diversi e contraddittori rispetto a quelli diffusi ed adottati dai singoli e dalla comunità.

Il problema principale della prevenzione e della promozione della salute è rappresentato dalla valutazione della qualità degli interventi in primo luogo per la definizione dei bisogni di salute - valutazione "ex ante"-, poi per l'analisi del processo - valutazione "in itinere" -, ed infine per l'aspetto più importante vale a dire la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dell'intervento - valutazione "post ante"-.

Per far ciò si rende necessario prevedere delle prassi che a priori possano facilitare il raggiungimento degli obiettivi - ad es. la multisettorialità dell'intervento, il coinvolgimento delle comunità e della politica, l'empowerment...-, ma l'osservanza di queste azioni non garantisce un risultato positivo. È necessario perseguire delle logiche scientifiche anche nella programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e a tal proposito già a partire dai Piani Sanitari<sup>89,90,91</sup> il Ministero della Salute ha tracciato alcune linee guida per l'attuazione di programmi di prevenzione e promozione della salute codificati ampiamente nel Piano Nazionale della Prevenzione<sup>20,90</sup>. Nel Piano Sanitario 2006-2008 veniva enunciato che per attuare un'efficace azione di prevenzione era necessario<sup>89</sup>:

- provvedere alla definizione dei bisogni, e tra questi alla identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
- progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le "reti sanitarie" operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari i propri compiti, gli strumenti e gli obiettivi da raggiungere;
- operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione della loro efficacia -metodologia della

Evidence Based Prevention -;

- utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell' azione istituzionale;
- sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi;
- definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati.

Azioni specifiche sulla prevenzione sono state messe in essere con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e a partire dal 2005<sup>92</sup> si è cercato di dare risposta a queste necessità. L'intento principale del PNP era quello di stabilire le priorità a cui prestare attenzione, in secondo luogo intendeva favorire l'intersectorialità degli interventi per affrontare i problemi di salute, ed infine di porre le basi per una pianificazione ed una valutazione accurate che consentissero di comprendere l'efficacia dei progetti.

Nel PNP 2010-2012<sup>88</sup> si fa riferimento al piano precedente dicendo che è riuscito a rafforzare un'azione di programmazione basata sulla conoscenza – letteratura, formazione, valutazione -, ma presenta ancora molte criticità tra cui:

- l'insufficiente traduzione nei fatti dei principi guida: evidenza di efficacia, semplificazione, valutazione dei risultati;
- la mancanza di un approccio sistematico alla individuazione delle informazioni sulle quali si deve basare la definizione degli obiettivi e delle priorità - burden of disease grazie all'utilizzo di informazioni epidemiologiche, economiche, sociali, ed individuazione delle priorità-, compreso il monitoraggio degli interventi e dei risultati.

Con il successivo PNP 2014-2018<sup>20</sup> si mette nuovamente al centro dell'attenzione il problema della valutazione analizzando i miglioramenti avvenuti nei PSP precedenti, ma si enfatizza ancor più questo bisogno “la valutazione rappresenta ancora una componente irrinunciabile del Piano, con la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale e di verifica dell'adempimento LEA (certificazione). Il Piano è pertanto corredato di un adeguato piano di valutazione, ancorato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli, e basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione - quantitativi e qualitativi- comuni e rigorosi, ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e

della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi.”

Per soddisfare questi obiettivi il PSP 2014-18 stabilisce delle Azioni Centrali (AC) volte a migliorare il sistema di programmazione. Queste AC - a partire dal riconsiderare “le criticità storiche della prevenzione, riconducibili a diverse problematiche tra le quali le seguenti: frammentarietà ed eterogeneità delle responsabilità, rigidità e inadeguata flessibilità delle modalità organizzative previste dai Dlgs 502/92 e 517/93; ruolo marginale della prevenzione rispetto agli altri livelli principali di assistenza; emergenza di nuovi livelli di responsabilità e di nuove dimensioni operative (intersettorialità) – si pongono come obiettivo di:

- rafforzare la governance di sistema a livello nazionale e a livello regionale;
- rafforzare/facilitare l’attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale.

Queste AC vogliono essere funzionali al raggiungimento degli obiettivi cercando di creare un sistema realmente in grado di funzionare:

- esercitando influenza sugli interlocutori mediante azioni di indirizzo;
- garantendo la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l’attuazione della programmazione;
- stabilendo e mantenendo collaborazioni e partnership;
- garantendo la responsabilità (accountability);
- gestendo sulla base della conoscenza.

### 3. Le bevande alcoliche

#### 3.1 Epidemiologia dell'alcol

Le bevande alcoliche rappresentano a livello mondiale ed europeo il terzo fattore di rischio per la salute dopo il fumo di tabacco e l'ipertensione<sup>93,94</sup>. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che l'alcol causi 2,5 milioni di morti l'anno, 320 mila di questi ha un'età fra i 15 ed i 29 anni<sup>95</sup>.

In Europa ogni anno a causa dell'alcol muoiono 195.000 individui (il 7,6 - 12,0% dei casi di mortalità prematura fra i maschi ed il 2,0-4,0% fra le femmine) ed è causa di costi tangibili pari a 125 miliardi di euro l'anno (l'1,3% del PIL europeo) a cui sono da aggiungere circa 270 miliardi di euro relativi ai costi intangibili<sup>96,97</sup>. Le persone attualmente considerate a rischio per il proprio bere alcolico in Europa sono 55 milioni e gli alcolodipendenti sono almeno 23 milioni<sup>95</sup>.

L'OMS stima che il 4% del carico globale di malattia sia attribuibile all'alcol, tanto quanto il tabacco e l'ipertensione<sup>98</sup>, ed in Europa è responsabile del 4,6-12,3% degli anni di vita persi (YLL) e del 10,7% dei casi di disabilità (DALYs)<sup>99,100,101,102,103</sup>, ha ricadute dirette sulla produttività economica in quanto è causa di assenteismo lavorativo<sup>104,105</sup>.

Le stime della mortalità alcol correlata indicano che nel nostro Paese l'alcol è responsabile del 4,4% dei decessi nella popolazione maschile e del 2,5% in quella femminile per un totale di 20.102 decessi<sup>93</sup>. A questa stima vanno aggiunti i decessi rilevati fra i minori di 20 anni, non considerati nel conteggio precedente, che fa lievitare la stima annuale a circa 30.000 decessi.

Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nella classe d'età compresa tra i 15 e i 24 anni, e la maggior parte di questi decessi è attribuibile all'utilizzo di bevande alcoliche. A questo proposito le stime mettono in luce che in Europa nella classe d'età 15-29 anni, il 25% dei decessi registrati tra i ragazzi ed il 10% di quelli rilevati nella corrispondente popolazione femminile è causato dal consumo rischioso di alcol. In Italia sono attribuibili all'uso degli alcolici il 31,8% dei decessi fra i maschi e il 21,7% di quelli fra le femmine in seguito ad incidenti stradali<sup>93</sup>.

Il rischio di incidente alla guida è direttamente proporzionale alla quantità di alcol consumato ed alla frequenza delle intossicazioni acute da alcol, e la letteratura scientifica

ha evidenziato che con un tasso alcolemico compreso tra 0,2-0,4g/l il rischio di incidente è tre volte maggiore di quello di un conducente con alcolemia 0,0g/l, sei volte maggiore con un'alcolemia compresa tra gli 0,5-0,7g/l e 11 volte con un contenuto alcolico nel sangue di 0,8-0,9g/l<sup>106</sup>.

Otto fattori di rischio (uso delle bevande alcoliche, uso di tabacco, ipertensione, elevato indice di massa corporea, colesterolo alto, glicemia alta, consumo insufficiente di frutta e verdura, e inattività fisica) rappresentano congiuntamente il 61% della perdita di anni di vita sana da malattie ed il 61% dei decessi per malattie cardiovascolari. Questi stessi fattori di rischio insieme rappresentano oltre tre quarti delle morti per cardiopatia ischemica ed in particolare all'uso degli alcolici sono correlati numerosi eventi cardiovascolari, tra cui l'ipertensione, l'ictus emorragico, e la fibrillazione atriale<sup>107,108,109</sup>.

Il calcolo dei decessi alcol correlati tiene in considerazione tre tipi di cause di morte<sup>110</sup> la prima delle quali tiene conto delle le malattie *totalmente alcol-attribuibili* codificate secondo l'ICD10, per cui la morte è dovuta totalmente all'utilizzo delle bevande alcoliche (es. gastrite alcolica, cirrosi epatica alcolica,...).

Nel secondo gruppo di cause di morte raggruppa le le malattie *parzialmente alcol-attribuibili* cioè quelle malattie che vedono nel consumo degli alcolici una concausa dell'insorgere della malattia (es. tumore alla mammella, cancro della cavità orale, faringe, laringe, esofago, fegato, colon), tutti questi tumori hanno mostrato l'evidenza di una relazione dose-risposta, vale a dire il rischio di manifestare il cancro aumenta con il crescere dei consumi alcolici<sup>111,112,113</sup>.

Infine, l'ultimo raggruppamento include le cause di morte non rappresentate da malattie croniche come le cadute accidentali, omicidi, suicidi e altri incidenti attribuibili ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo "dannoso" di alcol<sup>114</sup>.

Nel 2010 in Italia sono stati attribuiti al bere quotidiano il 2,8% dei decessi totali, nel dettaglio il 4,7% di quelli censiti per la popolazione maschile e l'1,9% di quelli registrati per quella femminile. I decessi direttamente riconducibili al primo gruppo di cause di morte - *totalmente attribuibili all'alcol* - sono lo 0,3% del totale dei decessi registrati nel nostro paese, quelli relativi alle malattie parzialmente attribuibili agli alcolici ammontano all'1,6%, mentre le cadute, i suicidi e gli incidenti alcol correlati raggiungono lo 1,0% del totale<sup>7</sup>.

L'uso delle bevande alcoliche è in grado di causare dipendenza - Sindrome di dipendenza da alcol – problema di estrema importanza tant'è che si stima che nella maggior parte dei Paesi occidentali il 10-15% degli uomini e il 5-8% delle donne sia

esposto a rischio di dipendenza nel corso della propria vita. Per quanto riguarda la situazione italiana vediamo che nel periodo compreso fra il 1996 ed il 2006 i soggetti alcol-dipendenti in carico presso le strutture territoriali operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale siano quasi triplicati passando da 21.509 (16.361 maschi e 5.148 femmine) a 61.656 casi (48.324 maschi e 13.332 femmine). Nel 75% sono interessati soggetti con un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, il 15% dei quali hanno un'età inferiore ai 30 anni e il 10% è costituito da ultra sessantenni<sup>115, 116</sup>.

In merito all'assunzione delle bevande alcoliche bisogna tenere in considerazione che queste hanno a che fare con la criminalità e la violenza domestica. Episodi di "consumo eccessivo", la frequenza e la quantità dei consumi alcolici sono con il maggior rischio di atti di violenza. A proposito degli atti criminali e di violenza in Europa si stima che al bere alcolico siano attribuibile<sup>117,118</sup>:

- il 50% di tutti i crimini violenti alla persona;
- il 40% di tutta la violenza domestica;
- 2.000 omicidi (40% del totale);
- 10.000 decessi di persone coinvolte in incidenti stradali a causa di terzi in stato di ebbrezza;
- 16% di tutti gli abusi sui minori / abbandono;
- 5-9.000.000 bambini che vivono in ambienti familiari fortemente compromessi a causa dell'uso delle bevande alcoliche.

### **3.2 I consumi alcolici**

In base ai dati disponibili il consumo di alcol nei Paesi OCSE è stimato in 9,4 litri pro capite ed risulta diminuito del 4% tra il 1990 e il 2011. L'Italia nello stesso periodo ha avuto un calo dei consumi pari al 37% e nel 2011 i consumi medi pro capite di alcol anidro si stabilizzano a 6,9 litri all'anno<sup>119</sup>. L'ultimo dato disponibile descrive la situazione italiana come quella con il più basso consumo medio pro capite di alcol anidro europeo pari a 6,1 litri<sup>120</sup>, equivalente ad un consumo quotidiano di 16,8 g/die. Il trend dei consumi ha visto una diminuzione progressiva per quanto riguarda il nostro Paese che è passato dai 19,7 litri di alcol pro capite del 1970 ai 16,0 litri nel 1980 ai 6,1 attuali.

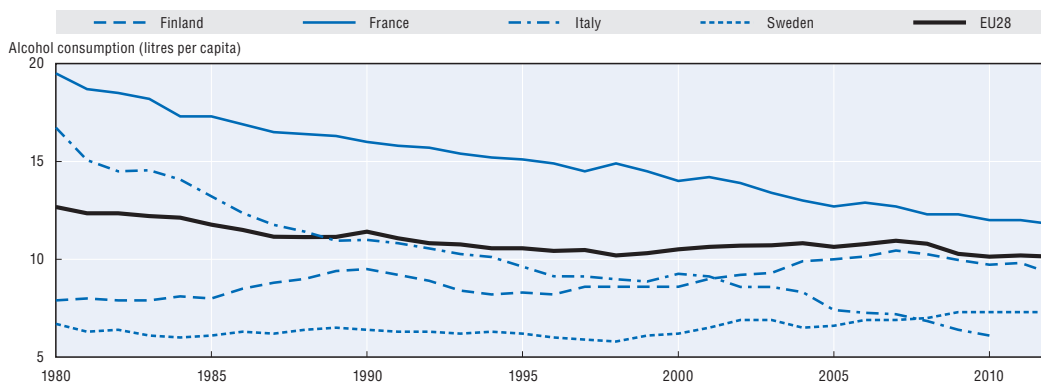


Fig. 3.1 - Trends in alcohol consumption, select EU countries, 1980-2012. Source: *OECD Health Statistics 2014*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Information System on Alcohol and Health.

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità questo dato è sì importante, ma si devono considerare oltre alle quantità dei consumi anche le modalità di consumo delle bevande alcoliche che mostrano ad es. un aumento dei consumi di super alcolici, dei bevitori fuori pasto, e dei casi di Binge Drinking fra i giovani.

In Italia nel 2012 ha consumato alcolici almeno una volta nell'anno il 78,8% dei maschi e il 52,1% delle donne di età superiore agli 11 anni. Il consumo di vino ha interessato il 53,3% della popolazione (>11 anni) con una prevalenza degli uomini (67,2%) sulle donne (40,3%).

Nel periodo compreso tra il 2003 e il 2011 assistiamo ad un trend che vede diminuire i bevitori di vino nella popolazione maschile di 1,6 punti percentuali, mentre si mantengono stabili le percentuali delle consumatrici della stessa bevanda. Nello stesso periodo si mantengono percentualmente stabili i consumatori di birra che rappresentano il 46,2% della popolazione con età superiore agli 11 anni nell'ambito della quale i maschi sono più numerosi delle donne (M: 61,8%; F: 31,5%)<sup>121</sup>.

Per quanto riguarda gli aperitivi, gli amari e i liquori vediamo che i consumi coinvolgono nel 2011 rispettivamente il 29,8%, il 27,7% e il 24,8% della popolazione italiana di età superiore agli 11 anni. I trend dei consumatori nei due generi sono sostanzialmente stabili nell'arco di tempo tra il 2003 e il 2011 e per quanto riguarda gli aperitivi coinvolgono il 42,3% dei maschi e il 20,2% delle femmine, gli amari il 41,0% dei maschi e il 15,2% delle femmine e i super alcolici o liquori il 36,8% del genere maschile e il 13,6% di quello femminile.

Se da un lato vediamo che il numero dei consumatori non diminuisce dall'altro possiamo osservare (Fig. 3.2) come il contributo alcolico delle diverse bevande sia

sostanzialmente in diminuzione e si sta avvicinando all'obiettivo descritto nel 2000 dall'OMS di arrivare a 6,0 L di alcol pro capite<sup>122</sup>.

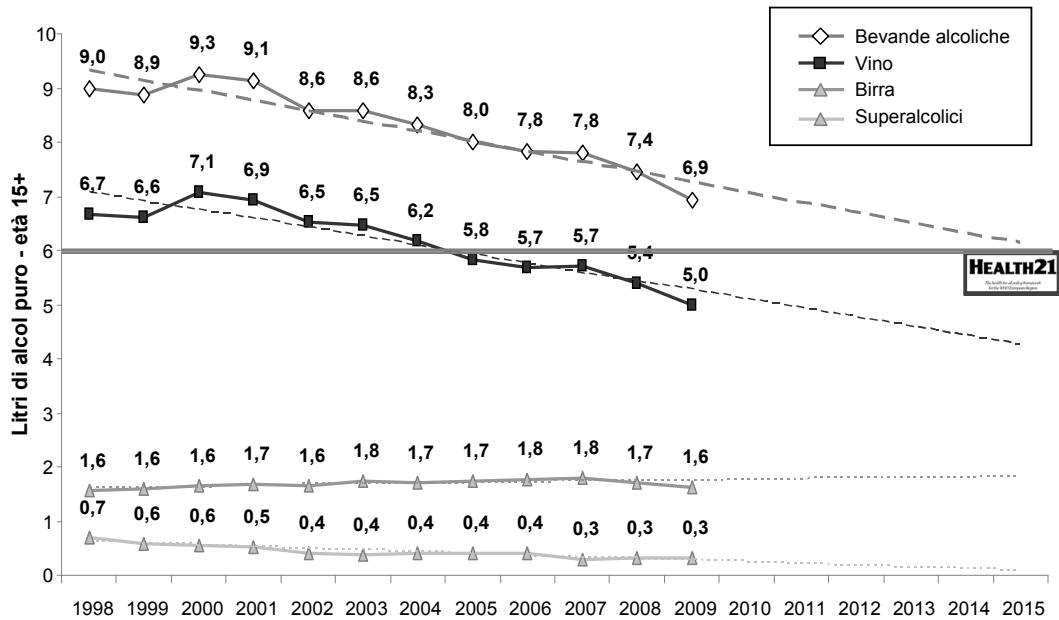


Fig. 3.2 - Trend dei consumi di alcol, vino, birra e di alcolici (litri pro-capite di alcol anidro), 1998-2009, in soggetti di età 15+ in Italia Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH

In Italia uno studio condotto nel 2006<sup>123</sup> su studenti delle Scuole Secondarie di 1° grado metteva in luce che l'approccio alle bevande alcoliche aveva interessato il 51,8% della popolazione (M: 55,4%; F: 47,9%). I giovani che affermavano di fare un qualche uso di bevande alcoliche aveva un'età compresa fra i 10 ed i 15 anni e costituivano il 41,8% della popolazione studentesca (M: 48,5; F: 34,7%)<sup>124</sup>.

### 3.3 Le modalità di consumo delle bevande alcoliche

#### 3.3.1 Il consumo fuori pasto e il contributo alla Dieta Alcolica Media delle diverse bevande alcoliche

Il consumo di alcol fuori pasto è uno dei fattori di rischio in grado di determinare un aumento della mortalità a livello di popolazione<sup>125</sup>.

Il consumo fuori pasto di bevande alcoliche è considerato un comportamento a rischio in quanto a stomaco vuoto l'alcol viene assorbito completamente dalle pareti dello stomaco, entra nel sistema sanguigno più velocemente e porta ad un'alcolemia più elevata; inoltre questi effetti sono accentuati se si assumono super alcolici piuttosto che vino o birra<sup>126</sup>.

Nel 2011 il 26,9% della popolazione italiana di età superiore agli 11 anni, (M:

38,5% F: 16,0%) ha consumato alcolici fuori pasto. Questo comportamento varia in funzione della classe d'età considerata e vede il massimo coinvolgimento da parte della popolazione di età compresa tra i 18 e i 24 anni (34,3%) e si riduce notevolmente in quella che ha tra i 25 e i 44 anni (23,5%) e tra i 16 ed i 17 anni (22,1%)<sup>7</sup>. Tra il 2000 ed il 2011 si è assistito, sia tra i maschi (4,8%) che tra le femmine (4,3%), ad un incremento delle persone che assumevano bevande alcoliche fuori pasto<sup>127</sup>.

### 3.2.2 L'età d'approccio

L'età della sperimentazione alcolica viene considerata un importante indicatore per la stima del rischio che una persona ha di diventare alcol dipendente<sup>128</sup> o di incorrere in problemi alcol correlati<sup>129,130,131</sup>.

A questo proposito l'OMS<sup>15,132</sup> si propone di procrastinare il più possibile l'età della sperimentazione alcolica<sup>133,134</sup> in quanto chi sperimenta gli alcolici prima dei 15 anni ha un rischio 4 volte maggiore di sviluppare alcol dipendenza in età adulta rispetto a coloro che posticipano l'approccio alle bevande alcoliche dopo i 21 anni<sup>135,136,137</sup>.

Alcuni studi mettono in evidenza come l'età di iniziazione alcolica sia fortemente correlata ad un un maggior rischio sviluppare dipendenza tra i di 17-18 anni<sup>138</sup>. Uno studio condotto in Nuova Zelanda ha evidenziato che un approccio alle bevande alcoliche prima dei 5 anni coincideva con un una probabilità di 1,9 - 2,4 volte più elevata di consumare frequentemente o pesantemente alcolici all'età di 15 anni rispetto ai giovani che avevano approcciato gli alcolici dopo i 13 anni<sup>139</sup>. Altri studi confermano la correlazione tra età l'iniziazione precoce e la maggiore probabilità di abuso di alcol, bere problematico, episodi di binge drinking e rischio di dipendenza alcolica<sup>134,140,141,142,143,144,145</sup>. Inoltre l'approccio precoce aumenta l'esposizione a rapporti sessuali prematuri, non protetti e a gravidanze indesiderate<sup>146</sup>. Ancora, le ricerche condotte a proposito del rapporto fra età d'approccio alle bevande alcoliche ed i comportamenti antisociali (comportamento disinibito, devianza sociale, impulsività) hanno evidenziato che quest'ultimi non sono causati da un'esposizione precoce alle bevande alcoliche, ma è piuttosto quest'ultima che risulta causata dai comportamenti antisociali.

Questi studi sono stati condotti prevalentemente nei Paesi nordici o anglosassoni caratterizzati da una "cultura *del bere* asciutta" che si contrappone ad una "cultura *del bere* bagnata" tipica dei Paesi mediterranei come l'Italia. Nei primi le bevande alcoliche vengono assunte prevalentemente fuori dai pasti e il bevitore ricerca l'effetto intossicante

dell'alcol, nei secondi invece le bevande alcoliche hanno una valenza alimentare e sociale.

La prevalenza dei bevitori problematici di alcolici nelle “culture bagnate” è meno elevata di quella riscontrata nelle “culture asciutte”<sup>147</sup> anche se si sta assistendo ad un avvicinamento nelle modalità del bere alcolico dei giovani tra il nord e sud Europa. Comunque benché siano molti gli elementi che evidenziano una certa tendenza all'omogeneizzazione degli stili di consumo in Europa - internazionalizzazione dei consumi-, a partire dalla quantità del consumo di alcol pro-capite fino alla tipologia delle bevande più diffuse, non mancano elementi che inducono a ritenere che, seppure con tratti di rinnovamento, le due culture del bere brevemente delineate, continuino a persistere<sup>148,149,150,151,152,153</sup>.

A partire da questa considerazione diversi Autori<sup>154</sup> sostengono che nelle “culture bagnate” sia da tenere in considerazione il contesto in cui viene fatto il primo approccio alle bevande alcoliche e non solamente l'età d'approccio. Infatti è auspicabile che in Paesi come l'Italia la “socializzazione all'alcol” venga mediata dagli ambienti familiari in modo tale da trasmettere valori e norme legate al bere sociale<sup>155</sup>.

A partire da queste considerazioni Franca Beccaria mette in luce che in ambito Italiano sia più opportuno considerare i contesti in cui avviene l'approccio piuttosto che l'età. Bisogna pertanto tener presente che l'ambiente familiare, realtà in cui l'approccio agli alcolici avviene più frequentemente, media, di fatto, le conoscenze, i valori e le norme legate alle bevande alcoliche sia in maniera diretta - quando gli adulti propongono i primi assaggi - sia in maniera indiretta - tramite l'osservazione degli adulti che consumano bevande alcoliche -<sup>156</sup>.

Mentre nei Paesi nordici l'approccio agli alcolici e il primo caso di ubriacatura sono eventi che coincidono e sono stimati tra i 14 e i 15 anni nei Paesi europei dell'area mediterranea l'approccio avviene in famiglia sin dalla più giovane età in presenza di familiari<sup>157</sup>.

Nell'indagine condotta dall'Osservatorio Giovani ed alcol nel 2012 emerge, intervistando i giovani dai 13 ai 24 anni, che mediamente il primo approccio alle bevande alcoliche è avvenuto tra i 14-15 anni per il vino e la birra, mentre per quanto riguarda le altre bevande alcoliche si è concretizzato a 16 anni. In particolare nel 73% dei casi gli intervistati hanno ricondotto nella famiglia il contesto in cui si è realizzato il primo di approccio agli alcolici, mentre il 18% lo ha fatto con amici al di fuori dell'ambiente familiare<sup>158</sup>. In Italia ricerche condotte sui sedicenni stimano che a 13 anni avevano già approcciato la birra il 44%, il 41% vino e il 20% i super alcolici<sup>159</sup>, mentre un ulteriore

ricerca, che ha coinvolto gli studenti delle Scuole Secondarie di 1° grado, ha evidenziato che la prima bevuta è avvenuta mediamente a 11 anni, mentre è di 13-14 anni l'età del primo approccio agli alcolici degli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado<sup>160</sup>.

Infine, ulteriori ricerche condotte sulla popolazione giovanile delle scuole secondarie di 1° grado italiane hanno messo in evidenza un'iniziazione alle bevande alcoliche più diffusa ed anticipata<sup>161,162</sup>. Nello specifico l'approccio aveva interessato il 53% dei giovani coinvolti, il 42% aveva già assaggiato il vino e la birra e il 18% i super alcolici. L'età d'approccio variava tra gli 1 e i 14 anni e l'età media del primo assaggio degli alcolici era pari a 9,2 anni. Analogamente nel 2004-05 più studi condotti in Italia presso le scuole secondarie di 2° grado hanno messo in evidenza che l'approccio aveva già coinvolto l'81% degli studenti, tra questi il 68% aveva già assaggiato il vino, il 72% la birra ed il 60% super alcolici il 60% ad un'età compresa tra 1 e 19 anni, ad un'età media stimata di 11 anni<sup>163,164,165</sup>.

Per concludere in merito al tema dell'approccio alle bevande alcoliche si può affermare che in Italia, Paese che fa parte delle "culture bagnate", è importante, oltre all'età d'approccio, considerare il contesto in cui ciò avviene. Infatti, come alcuni studi evidenziano, la maggior parte dei bevitori a rischio ha iniziato a bere nel gruppo dei pari e non nel contesto familiare<sup>166,167</sup>.

Queste considerazioni vanno sicuramente approfondite e fanno emergere se non altro il valore e il ruolo della famiglia nel costruire un buon rapporto o "socializzazione" con le bevande alcoliche da parte dei giovani, socializzazione che deve risentire dell'apporto educativo dei genitori in primis i quali devono riuscire con comportamenti, regole e dialogo ad educare i figli al "corretto uso" delle bevande alcoliche.

### **3.2.3 Le quantità e le modalità a rischio**

Le quantità d'alcol ritenute a maggior rischio di problemi psico-medico-sociali alcol correlate (PAC) sono molto discordanti, talvolta contraddittorie, a livello mondiale, Europeo ed Italiano e nel corso del tempo sono state sottoposte a numerose revisioni e conseguenti aggiornamenti.

Prima di parlare di quantità a rischio è utile definire il contenuto alcolico dei "bicchieri standard" e della quantità d'alcol anidro in grammi equivalenti al fine di sanare la grossa confusione riscontrabile nella popolazione e la conseguente difficoltà nel definire il proprio bere alcolico<sup>168</sup>. La Legge n. 125 del 30 Marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" definisce "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”<sup>169</sup>.

La concentrazione alcolica delle bevande alcoliche viene espressa in gradi (°) e per grado alcolico si intende la percentuale (v/v) di alcol anidro presente in cento millilitri in quella bevanda alcolica, ossia il volume in millilitri (mL) di alcol etilico contenuti in cento millilitri della bevanda.

Al fine di ricavare il contenuto in grammi di alcol anidro contenuti in una bevanda alcolica a partire dal suo grado alcolico si deve considerare/tener conto della densità dell'alcol che è pari a 0,789 g/mL e moltiplicarla per il grado alcolico stesso<sup>170</sup>.

Ad esempio, un distillato il cui grado alcolico è di 35,0°, contiene 35,0mL di alcol etilico in 100 mL di distillato. Per determinare la concentrazione alcolica del distillato - grammi di alcol etilico per 100 millilitri di bevanda - si deve moltiplicare il grado alcolico del distillato (35,0mL per 100mL) per la densità dell'alcol etilico (0,789 g/mL). La concentrazione alcolica della distillato in questione sarà quindi uguale a 27,62 grammi di alcol etilico per 100 mL di bevanda.

Di conseguenza se il volume standard di un bicchiere di distillato è pari a 40 mL, un bicchiere di distillato conterrà  $\Rightarrow 35,0(\text{mL}) \times 0,789 (\text{g/mL}) \times (40/100\text{mL}) = 11,1$  g di alcol etilico. Una Unità Alcolica (U.A.) in Italia corrisponde a circa 10-12 grammi di etanolo, vale a dire il contenuto in alcol anidro di un bicchiere standard. (Esempi: il volume standard di un bicchiere di birra è pari a 330 mL, un bicchiere di birra di 4,8% Vol. di alcol conterrà  $\Rightarrow 4,8(\text{mL}) \times 0,789 (\text{g/mL}) \times (330/100\text{mL}) = 12,5$  g di alcol etilico. Il volume standard di un bicchiere di vino è pari a 125mL e se questo vino ha una gradazione 12% Vol. conterrà  $\Rightarrow 12(\text{mL}) \times 0,789 (\text{g/mL}) \times (125/100\text{mL}) = 11,8$  g di alcol etilico).

Vale la pena di ricordare che i bicchieri standard non sono sempre uguali nei diversi Paesi del mondo (Tab. 3.1), in Italia e un bicchiere standard, pari a una unità alcolica (U.A), contiene tra i 10 e 12 g di alcol anidro e per il vino è pari a 125 mL, per la birra equivale a 330 mL e per i superalcolici (bevande con contenuto alcolico > 21,0°) è di 40 mL.

Detto questo, le quantità di alcol anidro al di sopra delle quali si concretizza l'esposizione ad un maggior rischio di incorrere PAC definite dalle Istituzioni Sanitarie sono negli anni costantemente diminuite in relazione alle evidenze scientifiche e alla difficoltà di stabilire dei limiti sicuri per la salute<sup>171,172</sup>. Questa difficoltà dipende direttamente dal fatto che i limiti sono estremamente soggettivi e devono tener conto di moltissime variabili come le quantità assunte, la frequenza del consumo, l'impiego a

pasto o fuori pasto, oppure le capacità di metabolizzare l'alcol che dipendono dal genere, dall'età e dalle controindicazioni quali l'assunzione di farmaci, lo stato di salute...<sup>173</sup>. Pertanto vengono proposti dei limiti ricordando che non sono indicazioni raccomandate o soglie di sicurezza, ma di tollerabilità, menzionando il principio enunciato a Parigi durante la promulgazione della Charter on Alcohol<sup>174</sup> che "less is better" "meno è meglio".

Paese	Etanolo in grammi	Volume di etanolo in mL
Canada	13.45 - 13.6	17.05 - 17.24
Stati Uniti	14	17.74
Regno Unito	8	10.13
Olanda	9.9	12.55
Australia	10	12.67
Nuova Zelanda	10	12.67
Finlandia	11-12	13.94 - 15.21
Italia	10-12	12.67 - 15.21
Giappone	19.75 - 23.5	25.03 - 29.78
Francia	10-12	12.67 - 15.21
Portogallo	14	17.74

Tab. 3.1 - Definizione di "bicchiere standard" e unità alcolica (U.A.) nei diversi Paesi<sup>175,176,177,178</sup>.

Una revisione della letteratura che ha preso in considerazione 34 studi che indagavano le modalità di consumo delle bevande alcoliche e la mortalità alcol correlata hanno messo in luce che le donne e gli uomini che consumavano 60g di alcol anidro al giorno avevano un incremento della mortalità rispettivamente del 60% e del 30% superiore a quella registrata nelle corrispondenti popolazioni bevitrici che mediamente consumavano 5g/die di alcol anidro<sup>179</sup>.

Attualmente, anche se si fa ancora spesso riferimento alle indicazioni dell'OMS che definiscono rischioso un consumo giornaliero medio di oltre 20g di alcol anidro per le donne e di 40g per gli uomini ed esistono molte riferimenti diversi a livello mondiale (Tab 3.2), le indicazioni in merito ai valori soglia di maggior rischio sono state riviste ed indicano come consumo a maggior rischio per la salute 10 g di alcol anidro per le donne e 20 g per i maschi entrambi adulti/e sani/e<sup>127</sup>. Se prima si raccomandavano consumi pari a 0g/die ai giovani età inferiore ai 16 anni, attualmente questo limite valore soglia di maggior rischio è stato esteso ai minori di 18 anni con l'indicazione che tra i 18 e i 21 non si consumino più di 10 g/die<sup>180, 127, 181</sup>.

Stato  (Anno di pubblicazione documento)	Quantità soglia (al giorno, se diverso viene specificato)				Unità alcolica (U.A)  in grammi di etanolo per bicchiere	Fonte - Consigli ed indicazioni
	Maschi	Femmine	Anziani	Adolescenti		
Europa (2013)	2 U.A.	1 U.A. - Gravide 0 U.A.	1 U.A.	0 U.A. <18 anni, 1 U.A. >18-<21 anni	10-12 grammi di etanolo	WHO - THE AMPHORA MANIFESTO ON ALCOHOL - Tali riferimenti tengono sempre in considerazione l'eventualità di bere esclusivamente a "stomaco pieno"
Italia (2014)	2 U.A.	1 U.A.	1 U.A.	0 U.A. <18 anni, 1 U.A. >18-<21 anni	10-12 grammi di etanolo	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS - Tali riferimenti tengono sempre in considerazione l'eventualità di bere esclusivamente a "stomaco pieno"
Italia (2014)	2-3 U.A.	1-2 U.A.	1 U.A.	0 U.A. <18	10-12 grammi di etanolo	Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT
Italia (2003)	2-3 U.A.	1-2 U.A.	1 U.A.		10-12 grammi di etanolo	Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti INRAN
Australia (2009)	2 U.A.	2 U.A. - Donne che programmano una gravidanza, Gravide e durante l'allattamento: 0 U.A.		0 U.A. <18 anni	10 grammi	National Health and Medical Research Council's - Vengono qui inserite soglie diverse a seconda del rischio a cui espongono: meno di 2 porzioni standard riduce il rischio di vita di un danno alcol correlato nella propria vita; non più di 4 porzioni standard in un'unica occasione riduce il rischio di lesioni fisiche derivate da incidenti domestici, stradali ecc.
USA (2010)	1-2 U.A. <14 U.A. alla settimana	1 U.A. <7 U.A. alla settimana			14 grammi	Department of Agriculture and Department of Health & Human Services Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans (5th ed.). A safe level of alcohol intake has not been established for women at any time during pregnancy; consumers are urged to avoid drinking before or when driving. It is recommended to consume alcohol with food to slow absorption.
USA	< 4 U.A. die; < 14 U.A. alla settimana	< 3 U.A. die; < 7 U.A. alla settimana			14 grammi	National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)
USA	2 U.A.	1 U.A.			14 grammi	American Heart Association
Austria	24 g/die	16 g/die			10 grammi	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Federal Ministry for Labour, Health and Social Affairs) Il "livello pericoloso" di bere (che presenta rischi inaccettabili per le conseguenze sulla salute) è definito come il consumo di alcol maggiore o uguale ai 40g-60g.
Canada (2013)	15 bicchieri a settimana, non più di 3 bicchieri al giorno, non più di 4 bevande in una singola occasione	10 bicchieri a settimana, non più di 2 bicchieri al giorno, non più di 3 bevande in una singola occasione				Canadian Centre on Substance Abuse
Germania	24 g/die	12 g/die				Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA, Federal Center for Health Education)
Giappone	1-2 U.A.				19,75 grammi	Ministry of Health, Labor & Welfare

Tab. 3.2 - Valori soglia di consumo, giornaliera o settimanale, di alcol anidro consigliati da varie Istituzioni Nazionali ed Internazionali per non incorrere in problemi e patologie alcol correlate<sup>182,183,184,185,186</sup>

Secondo queste indicazioni nel 2012 il 12,2% dei maschi e l'8,4% delle femmine italiane, con un'età compresa tra gli 11 e i 17 anni, risultava esposta a PAC in quanto ha

consumato bevande alcoliche (limite = 0g/die). Queste stime appaiono alquanto conservative per il fatto che altri studi hanno evidenziato un utilizzo delle bevande alcoliche che coinvolge, a seconda della diversa realtà regionale, dal 58,7% al 47,7% della popolazione studentesca delle Scuole Secondarie di 1° grado (M: 61,3-54,2%; F: 51,8-41,9%)<sup>187,188,189</sup>. La classe d'età 65-74 anni è quella con la maggior percentuale di bevitori a rischio (M: 42,9%; F: 11,6%), seguita da quella degli ultra settantacinquenni (M 37,7%; F: 8,7%) e dai giovani tra i 18 e i 24 anni (M: 21,2%; 9,5%)<sup>127</sup>.

Dal 2007 al 2012 c'è stato un decremento dei bevitori a rischio nella popolazione italiana, i maschi sono passati dal 26,5% al 21,7%, le donne dal 7,8% al 6,4%<sup>127</sup>.

Le stime dei bevitori a rischio vengono ricercando i bevitori pesanti cioè le donne e i maschi che consumano rispettivamente mediamente 40g e 60g di alcol anidro al giorno. Questi, in Italia, sono stabili negli anni e nel 2012 sono stimati in 400 mila maschi e 220 mila donne<sup>190</sup>.

### **3.2.4 Il binge drinking**

Il “binge drinking”, letteralmente abbuffata di alcol, è un comportamento a rischio in quanto contribuisce ad una parte sostanziale dei decessi alcol-correlati. È infatti associato con l'intossicazione da alcol, lesioni colpose, il suicidio, l'ipertensione, la pancreatite, le malattie sessualmente trasmissibili e la meningite. Per altro è all'origine di molti costi sociali tra cui la violenza interpersonale, la guida in stato di ebbrezza, la perdita di produttività economica dovuta a deficit neurocognitivi che interessano il lobo frontale con ricadute sulle operazioni memoniche<sup>191</sup>.

Il concetto di bringe drinking viene alle volte erroneamente inteso simile a quello di ubriachezza o di intossicazione acuta da alcol, ma l'obiettivo di questo costrutto è quello di definire dei limiti all'assunzione di alcol al fine di rendere analizzabili e confrontabili diverse situazioni (frequenza dei casi in una determinata popolazione, ricadute per la salute, efficacia degli interventi preventivi). Il secondo intento è quello di rendere “oggettivabile” lo studio dei casi di forte assunzione di alcol; infatti se parlassimo di stati ebbrezza questi risulterebbero soggettivi (alcune persone dichiarano di essere ubriache dopo l'assunzione di 2 unità alcoliche, altre invece non prima di averne consumate 10).

In realtà come ricorda Franca Beccaria questo sforzo nel ricercare una definizione di bingedrinking aveva lo scopo di studiare il rischio per la salute e le linee preventive correlate a questo comportamento, ma di fatto non ha portato ai risultati attesi. La

diffusione degli studi sull'argomento ha coinvolto in maniera ampia il mondo scientifico, ma per un certo verso ha portato ad alcuni paradossi che non hanno risolto i problemi metodologici a cui si cercava di dare risposta quali:

- in primo luogo le definizioni utilizzate sono diverse e i dati sono difficilmente confrontabili;
- in alcuni casi gli studi, in quanto considerano periodi troppo brevi, sottostimano anche del 30% il numero di binge drinker nelle popolazioni coinvolte;
- si continua a confondere binge drinking ed ubriachezza "rischiando addirittura una sottorappresentazione di situazioni di ubriachezza che si producono all'esito di un numero spesso inferiore di assunzioni di bevande (per alcuni giovani, in particolare ragazze, possono bastare 2 cocktail per ubriacarsi)"<sup>192</sup>.

Inizialmente esistevano due concettualizzazioni principali attorno al termine binge drinking

- la prima in auge negli anni Quaranta e Cinquanta considerava un consumo eccessivo di alcol per alcuni giorni, alternati da periodi di consumo moderato o totale astinenza;
- la seconda, a cui si fa comunemente riferimento attualmente, considera binge drinking il consumo di un numero elevato di unità alcoliche (4-6) in un arco di tempo ristretto (2-6 ore).

Entrando specificatamente nella definizione di binge drinking più diffusa sono gli aspetti a cui questa definizione deve cercare di dar risposta:

- la quantità di alcol assunta;
- l'arco di tempo in cui le bevande alcoliche vengono consumate;
- il numero di episodi in un determinato periodo.

In merito alla quantità ingerita e al tempo di assunzione i primi studi sul tema consideravano il binge drinking un consumo pari a 5 o più bevande alcoliche in un arco di due ore. Solo in un secondo momento si è distinto tra maschi e femmine in quanto le 5 unità standard avevano ricadute diverse sull'alcolemia registrata nei due sessi.

Pertanto in ambito statunitense il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ha proposto una di considerare come binge drinking un consumo pari o superiore a 5 unità alcoliche per i maschi e 4 per le femmine. Tali consumi concentrati nell'arco di due ore sono quelli necessari per raggiungere un'alcolemia pari a 0,08 grammi di alcol/100ml di sangue.

Nelle numerose ricerche presenti sul tema per calcolare la frequenza di questi episodi venivano considerati tempi diversi, a questo proposito alcuni lavori chiedevano

agli intervistati di considerare le 2 settimane precedenti lo studio, altri proponevano di indicare i casi di binge drinking nell'ultimo mese, altri ancora nei sei mesi o nell'anno precedente l'indagine<sup>193,194,195,196</sup>.

La scelta di un periodo piuttosto che un altro doveva, oltre che contribuire a trovare uniformità tra i diversi lavori, dare la possibilità di rendere confrontabili i diversi periodi - se si considerano tempi troppo stretti si potrebbero inficiare i dati con comportamenti legati a particolari periodi dell'anno, si corre il rischio di escludere qualche "bevitore binge" e di confondere il dato con bevitori alcol dipendenti. Per contro considerare tempi troppo ampi potrebbe di fatto rendere difficoltoso, da parte dell'intervistato, ricordare gli eventi ed apporre un'indicazione corretta<sup>197</sup>.

Alla luce di queste considerazioni nel 2004 il NIAAA ha proposto la seguente definizione indicando il binge drinking come un modello di consumo di alcool che induce un'alcoemia del sangue pari o superiore a 0,08 g di alcol/100 ml di sangue. Questo modello corrisponde mediamente al consumo di cinque o più bevande per un maschio adulto sano, oppure quattro o più bevande per la femmina adulta sana, nell'arco di due ore negli ultimi sei mesi<sup>198</sup>.

Nonostante questa proposta molti studi considerano diversi parametri per indicare il binge drinking con la conseguenza di non rendere confrontabili i risultati. A livello italiano vengono prodotti diversi lavori che differiscono per la quantità di bicchieri standard, per il tempo di assunzione, per il periodo a cui si fa riferimento, per la classe d'età considerata (Fig 3.3).

Inoltre nella definizione di binge drinking non si tengono in considerazione molti aspetti come il peso, il genere, l'etnia, l'assunzione di alcol a stomaco vuoto o pieno che di fatto influenzano fortemente la reazione dell'organismo all'intossicazione alcolica<sup>139</sup>.

In Italia l'Istat - che considera il bingedrinking un consumo di 6 bevande alcoliche in un'unica occasione nell'ultimo anno - stimava nel 2011 un'adesione a questo comportamento per l'12,2% dei maschi e il 3,2% delle femmine<sup>199</sup>.

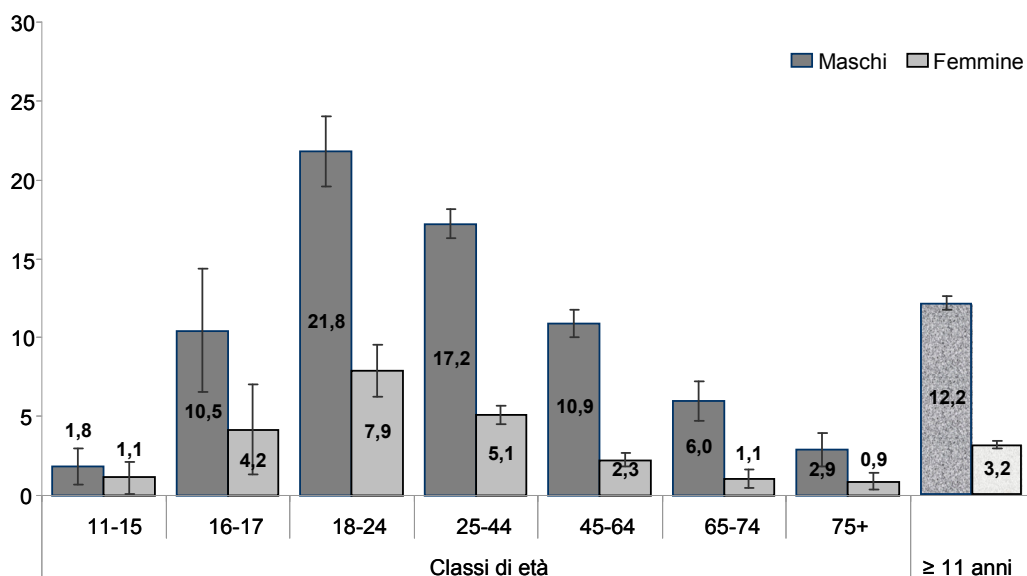


Fig. 3.3 - Prevalenza (%) di consumatori binge drinking per genere e classe di età (2011) Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La classe d'età più coinvolta risulta essere quella tra i 18 e i 24 anni (M:21,8%; F:7,9%) seguita da quella 25-44 anni (M: 17,2%; F:5,1%) e da quella 16-17 anni (M:10,5%; F:4,2%) (Fig. 3.3).

L'indagine PROGETTO ESPAD@Italia – considera il binge drinking 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione nell'ultimo mese - rileva invece dati più elevati indicando che nel 2011 il 35% dei giovani nella classe d'età 15-19 anni hanno avuto episodi di binge drinking (M: 42,9%; F:28,0%).

L'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool<sup>200</sup> che definisce il *binge drinking* come il consumo di 5 o più drink nell'arco di due ore negli ultimi tre mesi – indica un'incidenza di questo comportamento pari al 14,5% dei giovani nella fascia di età 13-24 anni, il 21% di quelli la cui età varia fra i 20-24 anni ed il 3% dei giovani di età variabile fra 13-15 anni (da 0,8% a 3%).

Se parliamo invece di casi di ubriacatura secondo l'indagine dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool, il 28,9% dei giovani dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nella vita- 35% dei maschi e 22,4% delle femmine-, e quasi il 15% almeno una volta negli ultimi tre mesi (3% in età 13-15 anni, 13% tra 16 e 19 anni, e 21% tra 21 e 24 anni)<sup>191</sup>.

La rilevazione PROGETTO ESPAD@Italia dimostra che gli episodi di ubriachezza nel 2011 qualora si riferiscano all'intero corso di vita, all'ultimo mese o

all'ultimo anno si attestano rispettivamente al 51,5%, 38,8% e 19,6% tra i giovani con un'età compresa tra i 15 e i 19 anni<sup>139</sup>.

Studio (anno)	Domanda & Risposte	Classe d'età	Esempio risultati		
			Ultimi 12 mesi	Ultimi 3 mesi	Ultimi 30 giorni
<b>ESPAD-Italia® 2011</b>	<b>Domanda:</b> Ripensa di nuovo agli ultimi 30 giorni. Quante volte hai fatto cinque o più bevute di fila? <b>Risposte:</b> Mai; 1; 2; 3-5; 6-9; 10 o +.	15-19 anni			35,5% (M 2,9 F 28)
<b>IPSAD 2010/11</b>	<b>Domanda:</b> Quante volte ti è capitato di bere 6 o più drink in ogni singola occasione? Negli ultimi dodici mesi? Negli ultimi 30 giorni? <b>Risposte:</b> Mai; Meno di 1 volta al mese; 1 volta al mese; 1 volta alla settimana; più volte alla settimana; quasi ogni giorno.	15-24 anni	23% (M 31,2 F 17,5)		8,1% (M 12,6 F 5,2)
<b>DOXA- OSSERVATORIO 2011</b>	<b>Domanda:</b> Quante volte, negli ultimi 3 mesi, ti è capitato di bere almeno 5 bicchieri di alcolici, in un tempo breve, cioè in circa due ore, lontano dai pasti? <b>Risposte:</b> Mai; 1-2 volte; 3-5 volte; 6-9 volte; 10-20 volte; più di 20 volte; non ho mai bevuto	13-24 anni		14,6% (M 20,4 F 8,6)	
<b>PASSI 2010/12</b>	<b>Domand:</b> Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 4/5* o più unità in una unica occasione (ad esempio una serata con gli amici)? * 4 o più per le donne, 5 o più per gli uomini <b>Risposte:</b> numero di volte; mai; non so/non ricordo	18-24 anni			14%
<b>MULTISCOPO</b>	<b>Domanda:</b> Consideri gli ultimi 12 mesi. Le è mai capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc...)? <b>Risposte:</b> no; sì; numero di volte	11-17 anni  18-24 anni	3,6% (M 4,9 F 2,2)  14,8% (M 20,1 F 9,1)		

Tab. 3.3 – Definizione di Binge drinking nelle indagini campionarie italiane<sup>183</sup>

### 3.3 Alcol e gravidanza

Il consumo di bevande alcoliche durante la gravidanza sviluppa un'azione neurotossica sia nei confronti del feto - agisce ad es. sul cervello in via di sviluppo - sia nei confronti della placenta. I consumi di alcol in gravidanza possono causare aborti spontanei, morte fetale, nascita pretermine, basso peso alla nascita, varie anomalie dello sviluppo celebrale, ritardo mentale e una minore circonferenza cranica<sup>201</sup>. L'azione neurotossica sviluppata nei confronti del cervello ha numerose ricadute sul cervello fetale ed è dimostrato che l'utilizzo di alcol in gravidanza dia luogo ad esiti associati in futuro con disturbi comportamentali, cognitivi e sociali<sup>202,203</sup>.

Le conseguenze legate all'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza portano

alla identificazione della sindrome fetoalcolica (FAS FetalAlcoholSyndrome) e dell'insieme dei disturbi associati ad esposizione prenatale all'alcol (FASD, FetalAlcoholSpectrumDisorders). La FAS raggruppa una serie di anomalie anatomiche conseguenza del consumo dannoso di alcol tra cui un ridotto volume cerebrale, minore numero di cellule, di connessioni neuronali in regioni cerebrali specifiche quali l'ippocampo e il cervelletto<sup>204,205</sup>. Soltanto a una piccola parte dei bambini esposti a danni conseguenti l'utilizzo delle bevande alcoliche è diagnosticabile la sindrome fetoalcolica<sup>206</sup>; molto più numerosi sono coloro che riportano dei disturbi associati ad esposizione prenatale di alcol. I FASD comprendono una vasta gamma di disturbi e non è ancora condivisa una definizione precisa. Tra le anomalie comportamentali e cognitive riconducibili al consumo dannoso di alcol in gravidanza sono l'iperattività e deficit dell'attenzione e della coordinazione motoria, scarso controllo del comportamento sociale, funzionamento psicologico inadeguato, e deficit della fluenza verbale, della memoria spaziale e delle abilità matematiche<sup>207</sup>. Queste disfunzioni sono diagnosticabili anche da un'analisi del cervello dove ai FASD corrispondono anomalie strutturali di varie zone del encefalo più sensibili all'esposizione prenatale di alcol<sup>208,209,210</sup>.

L'esposizione prenatale alle bevande alcoliche condiziona lo sviluppo di alcune zone specifiche del cervello in funzione delle diverse fasi della gravidanza ed i danni al feto risultano influenzati dalla dose di alcol consumata, dalle modalità di consumo e dal periodo gestazionale<sup>211</sup>.

In particolare, a partire da alcuni studi condotti sui ratti<sup>212,213</sup>, è stato possibile comprendere che l'incidenza dei danni alcol correlati sul cervello del nascituro è più grave nelle fasi in cui il cervello è in pieno sviluppo, vale a dire nel corso al terzo trimestre di gestazione nella donna. In questo periodo della gravidanza il nascituro risulta esposto ad un maggior rischio di aborto spontaneo, nascita pretermine, basso peso alla nascita<sup>214,215</sup>.

Le stime di prevalenza ed incidenza delle FAS e ancor più delle FASD sono molto frammentarie e nel caso delle seconde, a causa delle difformità diagnostiche, sono difficili da stimare.

Le stime di prevalenza di FAS negli Stati Uniti risultano comprese tra gli 0,3-2,2 per 1.000 nati vivi, ma tassi molto più alti si verificano in alcune comunità<sup>216</sup>. Il Paese che più colpito da questo evento risulta essere il Sud Africa dove si stima una prevalenza compresa tra 39,2-46,4 ogni 1.000 nascite.

Uno studio condotto nel Lazio nel 2006 metteva in luce nella popolazione coinvolta un'incidenza di FAS pari allo 0,5% e di FASD del 3,5%<sup>217</sup>.

Secondo un altro studio condotto in Italia, la prevalenza dei FAS tra i bambini italiani che frequentavano la prima elementare variava 3,7-7,4 per 1000 - superiore rispetto alle precedenti stime della malattia in Europa occidentale – così come l'incidenza delle FASD è stata rivista verso l'alto - 20,3-40,5 per 1.000 bambini<sup>218</sup>.

Dalla consapevolezza di questi dati emerge che l'alcol sarebbe la causa maggiore di difetti di nascita e l'origine più comune di disabilità mentali, più comune della Sindrome di Down (1 ogni 600 nati vivi) o della Spina bifida (1 ogni 700 nati vivi)<sup>219,220</sup>.

Attualmente si considera appropriato considerare un'incidenza delle FASD pari all'1% dei nati vivi con dei costi economici davvero rilevanti. Negli Stati Uniti è stato stimato un costo medio per ogni bambino colpito da FAS di 2 milioni di dollari per un impatto totale pari a 4 miliardi di dollari all'anno<sup>221</sup>.

Numerosi studi hanno cercato di stabilire l'impatto dell'alcol consumato dalle gravide e i danni che questo provocava al nascituro. Le probabilità di incorrere in un caso di FAS o di FASD aumenta con la quantità d'alcol assunta, la frequenza dei consumi e gli episodi di intossicazione durante la gravidanza; ma il consumo di alcol durante la gravidanza non porta necessariamente alla nascita di bambini con FAS o altre patologie alcol-correlate. La FAS, infatti, colpisce meno del 10% delle donne che abusano di alcol durante la gestazione<sup>222</sup>.

Una recente del 2012 ha messo in luce che un consumo di alcol pari a 50g/die porta nel 5% di casi ad una diagnosi di una FAS, ma allo stesso tempo ha definito come inconcludenti le prove per trovare una correlazione tra consumo minimo di alcol e ricadute sul feto in quanto la maggior parte degli studi esaminati non ha tenuto conto del possibile confondimento dovuto da altri fattori di rischio presenti<sup>223</sup>.

Altri studi condividono questa analisi mettendo in luce che le correlazioni significative causa-effetto, riconducibili a bassi livelli di esposizione prenatale alle bevande alcoliche, emergono probabilmente a causa di problemi metodologici, come fattori confondenti o errata classificazione dell'esposizione. D'altro canto è ben documentato che un'esposizione a 30-40 g di alcol per volta e non più di 70 g per settimana nel corso della gravidanza, è all'origine di un aumento del rischio di problemi comportamentali del bambino<sup>224</sup>. Ci sono evidenze che descrivono come un consumo di due unità standard di alcol al giorno incidano sui disturbi comportamentali e cognitivi dei bambini e che il consumo di 4 unità standard a settimana incrementa il rischio di morte precoce neonatale<sup>214</sup>.

Altre ricerche<sup>225,226</sup> hanno evidenziato che anche una "bassa esposizione" alle bevande alcoliche può avere ricadute sulla salute del neonato - malattie

neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza, deficit dell'attenzione, ritardo mentale, epilessia, autismo, difficoltà di apprendimento e una serie di disagi comportamentali –. Nell'insieme, dalla revisione critica della letteratura scientifica sull'argomento, si evince che<sup>227,228</sup>:

- ci sono prove che l'alcol in gravidanza può causare danni al feto;
- non ci sono prove per quanto riguarda la quantità non a rischio;
- l'astinenza è la scelta prudente per una donna che è o ha intenzione di intraprendere una gravidanza.

### **3.4 Le bevande alcoliche e il contesto familiare**

Attualmente si stima che in Europa tra i 5 ed i 9 milioni di bambini vivano in famiglie con problemi legati alle abitudini alcoliche dei familiari conviventi<sup>229</sup>.

Molteplici studi evidenziano che l'alcol ha ricadute significative su molteplici aspetti della vita familiare:

- può influenzare l'ambiente in cui il bambino cresce attraverso difficoltà finanziarie, conflitti coniugali e la proposta di modelli di comportamento negativi del ruolo degli adulti significativi<sup>230</sup>;
- un gran numero di studi ha riportato che i figli dei “forti bevitori” presentano disturbi mentali e comportamentali più diffusi rispetto a quelli riscontrabili nei figli dei “bevitori moderati”<sup>231</sup>;
- il rischio di abusi sui minori è più alto nelle famiglie con “consumi pesanti” di alcol - si stima che il 16% dei casi di abuso su minori siano causati dall'alcol<sup>232,233</sup> -;
- l'alcol assunto durante la gravidanza danneggia il feto causando danni cospicui ed irreversibili.

Il consumo di alcol influisce in maniera negativa sullo sviluppo neurobiologico e neuro comportamentale degli esseri umani nella fase prenatale, in quella dell'infanzia e in quella dell'adolescenza<sup>234</sup>.

Già da tempo esistono evidenze su come le abitudini alcoliche familiari influiscono sui comportamenti alcolici dei figli. Molte ricerche correlano positivamente le abitudini alcoliche, siano esse di uso che di abuso, del contesto familiare con un aggravarsi dei fattori di rischio genetici ed ambientali i quali possono portare ad un aumento delle circostanze che inducono un minore ad approcciare, usare ed abusare delle bevande alcoliche<sup>235,236,237,238</sup>.

Già dai primi anni di età i bambini attribuiscono alle bevande alcoliche un ruolo mediato dai genitori. Uno studio condotto su bambini dai 2 ai 6 anni, a cui era stato chiesto tramite un gioco di ruolo di scegliere tra una gamma di 73 prodotti con il compito di organizzare una festa tra adulti, ha messo in evidenza che i bambini sceglievano mediamente 17 prodotti, tra questi il 28,3% ha scelto di acquistare sigarette e il 61,7% delle bevande alcoliche. I bambini erano più propensi ad acquistare le sigarette se i loro genitori fumavano e le bevande alcoliche se i loro genitori le avevano consumate nel corso dell'ultimo mese<sup>239</sup>.

Uno studio ha scelto in base alla storia alcolica familiare una coorte di bambini in età prescolare ai quali è stato proposto sotto forma di gioco di riconoscere degli odori tra cui la birra. I bambini che provenivano da situazioni familiari in cui i genitori utilizzavano le bevande alcoliche per "evadere" erano significativamente più propensi a non gradire la bottiglia proposta rispetto a quelli che provenivano da contesti familiari in cui i genitori non bevevano per "evadere"<sup>240</sup>.

Questi risultati ci fanno comprendere come anche i bambini molto piccoli attribuiscono un valore alle bevande alcoliche già dalla più tenera età; avviene infatti un apprendimento precoce che si basa su esperienze sensoriali ancorate ad esperienze emotive percepite in famiglia.

A tal proposito è utile riportare come in letteratura venga da più studi evidenziata un'attribuzione di giudizio ambivalente verso le bevande alcoliche, queste infatti vengono viste negativamente nei primi anni dell'infanzia e con il procedere dell'età le caratteristiche negative in parte vengono abbandonate, con il risultato che nella maggior parte dei casi persistono e sono associate a quelle positive che per contro via via si sviluppano con l'aumentare dell'età<sup>241</sup>.

L'attribuzione di significato, sia esso negativo o positivo, viene mediata in maniera determinante dalle abitudini alcoliche familiari che, come si è visto, sono riscontrabili già in bambini molto piccoli<sup>242,243,244</sup>. Inoltre, la famiglia incide sulle abitudini alcoliche dei futuri adolescenti anche tramite i propri stili educativi negativi<sup>245,246</sup>. Le bevande alcoliche assumono caratteristiche positive in particolare verso la terza e quarta elementare perciò gli interventi di prevenzione dovrebbero precedere questa età<sup>247</sup>.

Sulla socializzazione alle bevande alcoliche esistono ancora pareri discordanti, alcuni sottolineano che abitare in una famiglia bevitrice sia un fattore di rischio in quanto i figli emulano il comportamento dei genitori aumentando il rischio legato al consumo di alcol.

L'aspetto della socializzazione all'alcol, quindi, rappresenta un tema che necessita sicuramente uno studio più approfondito, sul quale ancora non esistono pareri unanimi. Infatti, l'esposizione al bere dei genitori, per molta parte della letteratura, rappresenterebbe un fattore negativo, in quanto i figli emulerebbero il comportamento alcolico dei genitori, aumentando il rischio di consumo precoce<sup>248,249,250</sup>. Al contrario, altrettanti studi affermano che l'esposizione al modello del bere familiare, quando si tratta di bere moderato, e l'iniziazione all'alcol da parte della famiglia sono un fattore protettivo<sup>251,252,253</sup>.

Secondo Franca Beccaria il contesto familiare in una "cultura bagnata" come quella italiana dovrebbe tenere in considerazione il ruolo educativo della famiglia, la quale è responsabile del processo di socializzazione all'alcol<sup>193</sup>.

A questo proposito uno studio condotto in Italia nel 2003 metteva in evidenza che i giovani con consumi moderati avevano iniziato a bere in famiglia, mentre coloro che avevano consumi più elevati di alcol avevano approcciato alle bevande alcoliche nel gruppo dei pari<sup>254</sup>.

In Italia il primo approccio alle bevande alcoliche viene fatto in famiglia (73%)<sup>255</sup> e la maggior parte dei bevitori moderati ha assaggiato le bevande alcoliche per la prima volta nel contesto familiare, mentre i consumatori non moderati hanno prevalentemente assaggiato gli alcolici all'interno del gruppo dei pari<sup>256</sup>.

Franca Beccaria a partire da questi risultati ritiene opportuno sottolineare che la corretta socializzazione alle bevande alcoliche da parte delle figure parentali adulte dovrebbe mantenere uno stile permissivo-protettivo<sup>146</sup>, in cui i genitori conducono i figli nell'approccio alle bevande alcoliche mantenendo un ruolo protettivo educando i giovani ad un consumo moderato. L'atteggiamento opposto può rappresentare un rischio se questo avvicinamento alle bevande alcoliche viene relegato al gruppo dei pari al di fuori dei contesti dove gli adulti svolgono un ruolo protettivo.

Sempre secondo Franca Beccaria<sup>139</sup> l'eccessivo allarmismo rivolto ai comportamenti alcolici giovanili sta facendo abbandonare alle famiglie il ruolo educativo nei confronti delle bevande alcoliche. In questa situazione le famiglie scelgono delle azioni più proibizioniste la cui conseguenza è quella di relegare al mondo dei pari le esperienze legate a questa sostanza che viene vista anche come fonte di trasgressione. In Italia, anche se i consumi sono cambiati, si mantiene l'idea di un bere conviviale e alimentare che se tramandato alle nuove generazioni può costituire un importante fattore di prevenzione all'abuso di alcol da parte dei giovani<sup>257</sup>.

Alla luce di queste considerazioni si comprende che la lettura del fenomeno è alquanto complessa e i dati devono essere contestualizzati per essere adeguatamente interpretati. Inoltre è comprensibile come la famiglia abbia un ruolo fondamentale nella prevenzione e nella promozione delle bevande alcoliche in quanto è la prima agenzia educativa che medierà i complessi e alle volte discordanti significati legati all'assunzione alcolici.

Pertanto bisogna considerare di investire nella “formazione” di una genitorialità critica e responsabile, capace di educare i propri figli al corretto uso delle bevande alcoliche contestualmente a quella che è la cultura mediterranea.

## **4. Linee guida nei confronti delle bevande alcoliche**

### **4.1 I piani programmatici delle Istituzioni Sanitarie nei confronti delle bevande alcoliche**

Nel 1979 l'Organizzazione Mondiale della Sanità fece notare come *“i problemi connessi all'alcol, e particolarmente al suo consumo eccessivo, si pongono tra i maggiori problemi di salute pubblica a livello globale”*.

Nel 1995 l'Ufficio Europeo dell'OMS ha adottato una Carta Europea sull'Alcol che promuove 5 principi etici<sup>258</sup>:

1. Tutte le persone hanno diritto ad una vita familiare, di comunità e di lavoro che sia protetta da incidenti, violenza e altre conseguenze negative del consumo di alcol.
2. Tutte le persone hanno diritto ad una valida ed imparziale informazione ed educazione, iniziando presto nella vita, sulle conseguenze che il consumo di alcol ha sulla salute, la famiglia e la società.
3. Tutti i bambini ed adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dalle conseguenze negative del consumo di alcol e, fin dove possibile, dalle attività promozionali delle bevande alcoliche.
4. Tutte le persone con un consumo pericoloso o dannoso di alcol e i membri delle loro famiglie hanno il diritto di avere facile accesso a trattamenti e cure.
5. Tutte le persone che non desiderano consumare alcol, o che non possono per motivi di salute o altro, hanno il diritto di essere salvaguardati dalle pressioni a bere e devono essere sostenuti (o appoggiati) nel loro comportamento da astemi.

Oltre ai cinque principi etici la carta Europea sull'alcol definisce dieci strategie per l'azione nei confronti delle bevande alcoliche:

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 prevenirne o ridurne 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 scorraggino efficacemente di mettersi alla guida

dopo aver consumato bevande alcoliche.

4. Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - ed attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche - ad esempio tramite la 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 opportunamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi ed alle 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 e incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto ed attuare norme appropriate contro la produzione e le vendite illegali.
8. Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcool attraverso la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti, 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 di 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 basati sulla valutazione.

Le Istituzioni Sanitarie e Politiche hanno cercato di sviluppare e descrivere obiettivi nei confronti dell'alcol; con questo intento nel 2005 l'O.M.S. ha adottato un nuovo documento strategico denominato Framework for Alcohol Policy in the European Region<sup>259</sup>; conseguentemente nel 2006, attraverso una Comunicazione, la Strategia dell'Unione Europea a sostegno degli Stati Membri per ridurre i danni alcol correlati. La Comunicazione ha identificato 5 aree prioritarie e i relativi obiettivi a cui gli Stati Membri dovrebbero dar effettiva risposta al fine di migliorare la situazione:

1. proteggere i giovani, i bambini ed il nascituro;

- a. limitare il bere minorile, ridurre il consumo rischioso e dannoso fra i giovani, in collaborazione con tutti gli altri attori coinvolti;
  - b. ridurre i danni sofferti dai bambini che vivono in famiglie con problemi alcolcorrelati;
  - c. ridurre l'esposizione all'alcol durante la gravidanza, riducendo di conseguenza il numero di bambini nati con Disturbi Alcolici Fetalici;
2. ridurre i danni e i morti da incidenti stradali alcol correlati;
  3. prevenire i danni relativi all'alcol negli adulti e ridurre l'impatto negativo sul posto di lavoro;
    - a. Diminuire le malattie croniche fisiche e mentali relative all'alcol.
    - b. Diminuire il numero di morti alcol correlati.
    - c. Fornire informazione ai consumatori per aiutarli a compiere le loro scelte.
    - d. Contribuire a ridurre i danni relativi all'alcol sul posto di lavoro e promuovere azioni nei luoghi di lavoro.
  4. informare, educare ed aumentare la consapevolezza dell'impatto del consumo rischioso e dannoso di alcol e sui modelli appropriati di consumo;
  5. sviluppare, sostenere e mantenere di base di evidenze comuni;
    - a. ottenere informazioni comparabili sul consumo di alcol, specialmente su quello dei giovani; definizioni relative al consumo rischioso e dannoso, ai modelli sociali di consumo, agli effetti sociali e sanitari dell'alcol; informazioni riguardanti l'impatto delle politiche sull'alcol e del consumo di alcol sulla produttività e sullo sviluppo economico.

Attualmente sono stati sviluppati dall'OMS documenti molto importanti per stabilire delle strategie a livello globale ed europeo nei confronti delle bevande alcoliche.

A proposito della strategia globale l'OMS propone di concentrare l'azione dei 193 Stati Membri su dieci settori chiave in cui gli Stati devono intervenire con opportune azioni politiche opzioni politiche a livello nazionale, il documento inoltre descrive quattro settori prioritari di azione globale<sup>260</sup>.

I quattro settori prioritari di azione globale in merito ai quali l'OMS si impegna a dare corso sono:

- difesa della salute pubblica e di partenariato con le varie realtà nazionali;
- assistenza tecnica e capacity building;
- produzione e diffusione delle conoscenze;
- la mobilitazione delle risorse.

Le dieci aree di azione politica nazionale nei confronti delle bevande alcoliche sono:

- leadership, la consapevolezza e l'impegno;
- coinvolgere la risposta dei servizi sanitari;
- proporre un'azione comunitaria;
- politiche e contromisure nei confronti delle politiche sulla sicurezza stradale;
- disponibilità di alcol;
- commercializzazione di bevande alcoliche;
- politiche di prezzo;
- ridurre le conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol;
- ridurre l'impatto sulla salute pubblica di alcool illecito e alcool prodotto illegalmente;
- monitoraggio e la sorveglianza delle ricadute delle politiche sulla salute pubblica.

L'attuazione della strategia globale richiederà una collaborazione attiva con gli Stati membri, con adeguato impegno di partner di sviluppo internazionali, la società civile, il settore privato, così come le istituzioni sanitarie e di ricerca pubblici.

Sebbene in Europa si assista da tempo ad azioni politiche da parte degli Stati Membri nei confronti delle bevande alcoliche molte azioni devono ancor essere intraprese. Il Rapporto europeo su alcol e salute<sup>261</sup> evidenziava che nel 2009 due Paesi su cinque ancora non avevano un Piano Nazionale sull'alcol e la salute e solo tre su cinque periodicamente producevano un monitoraggio documentato e il più delle volte questi monitoraggi non utilizzavano degli indicatori standard.

Alla luce di queste considerazioni l'ufficio europeo dell'OMS ha redatto il Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. In questo Piano sono stati affrontati tutti i punti descritti nel documento "Global strategy to reduce the harmful use of alcohol" del 2010 con l'intento di caratterizzare le azioni per i bisogni specifici dell'area europea, area in cui avviene il maggior consumo di alcol a livello globale.

In Italia l'azione nei confronti delle bevande alcoliche è stabilita dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)<sup>262</sup> che assume quale obiettivo finale la prevenzione e riduzione della mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese, ponendosi i sottoindicati obiettivi intermedi.

- 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.

In relazione agli obiettivi suddetti, si assumono i seguenti sub obiettivi.

- 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.

Per raggiungere gli obiettivi e i sub obiettivi indicati, si propongono le seguenti aree strategiche di intervento prioritario, con l'indicazione dei risultati attesi per ciascuna di esse nonché delle azioni da implementare:

- informazione ed 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.

Inoltre il PNAS delinea come necessario promuovere , al fine di raggiungere gli obiettivi sopraindicati, “promuovere la cultura alcolologica di tutti gli operatori a qualsiasi titolo coinvolti e di provvedere adeguatamente alla formazione e aggiornamento del personale interessato nell’ambito delle aree sanitaria, sociale, educativa e psicologica, da realizzare anche favorendo l’applicazione dell’art. 5 della legge 125/2001 sulle modifiche agli ordinamenti didattici universitari”<sup>169</sup>.

L’OMS si propone di sensibilizzare gli operatori dell’assistenza sanitaria di base ai rischi legati al consumo di alcol e cerca di fornire strumenti utili nella pratica professionale per individuare precocemente i PAC ed intervenire sul consumo di alcol rischioso e dannoso.

#### **4.1 L’intervento breve**

Premettendo che non c’è una quantità di alcol esente da rischi per la salute l’OMS ha definito come consumo a “basso rischio” un livello di consumo inferiore a 10 grammi di alcol (1 U.A.) al giorno per le donne adulte, a 20 grammi (2 U.A.)<sup>127</sup> al giorno per gli uomini adulti. Per consumo “a rischio” si intende un livello di consumo inferiore a 20-30 grammi di alcol al giorno per le donne adulte, a 40-50 grammi al giorno per gli uomini adulti. Infine un consumo dannoso considera dei livelli superiori a 30 grammi di alcol al giorno per le donne adulte e a 50 grammi al giorno per gli uomini adulti<sup>263264</sup>.

L’intervento breve è una modalità di colloquio rivolta a persone con consumo di alcol a rischio e dannoso. Prevede l’utilizzo di strumenti di identificazione precoce – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, AUDIT C), dei PAC, validati e standardizzati, e strumenti motivazionali rivolti all’aumento di consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol. La durata degli interventi brevi è compresa tra i 5 e i 30 minuti e si ispira al “Medello degli Stadi di Cambiamento di Prochaska e Di Clemente<sup>265</sup> e al colloqui motivazionale di Miller e Rollnick<sup>266</sup>.

Molti sono gli studi hanno indagato l’efficacia dell’Intervento Breve nel consumo rischioso e dannoso di alcol e l’ottimale il rapporto costi benefici. I dati evidenziano che è necessario intervenire su 8 persone per avere benefici su 1 persona e l’intervento breve è efficace anche nel ridurre la mortalità infatti si misura che sia necessario intervenire su 282 persone per prevenire 1 morte in un anno<sup>263</sup>. Inoltre i costi derivati dal tempo impiegato dai MMG per svolgere l’intervento breve sono ripagati dalle positive ricadute

in termini di salute e portano a dei benefici economici estremamente maggiori dei costi sostenuti<sup>100</sup>.

L'intervento breve non ritrova molta adesione nei MMG italiani in quanto solo il 31,9% dichiara di aver dimestichezza con gli strumenti di screening per il consumo rischioso e l'alcoldipendenza e solo la metà li utilizza nella pratica clinica.

Gli ostacoli principali all'adesione da parte dei MMG sembra essere la scarsa conoscenza degli strumenti, la mancanza di una formazione specifica, di tempo, di servizi specialistici di supporto.

## **5. La ricerca parte 1 – I Comportamenti alcolici delle gravide, dei futuri operatori della salute e degli studenti delle scuole secondarie di 2° grado**

L'intento della ricerca è quello di definire i bisogni in merito alle abitudini alcoliche delle donne in gravidanza, della popolazione giovanile, e dei futuri operatori della salute in modo da illustrare delle possibili linee di intervento attuabili nel contesto dell'ospedale promotore di salute.

Nello specifico dello studio sperimentale la “parte 1” si propone di:

- definire le abitudini alcoliche, le modalità di approccio, d'uso delle bevande alcoliche, il background culturale specifico in campo alcologico e la percezione del rischio alcol correlato espresse dai possibili destinatari dell'intervento - preadolescenti, adolescenti e donne in gravidanza – e dei futuri operatori della salute (FOS) - studenti di medicina, psicologia, scienze dell'educazione, formazione primaria e servizio sociale... - i quali nel loro agire quotidiano saranno coinvolti direttamente nella prevenzione di conoscenze, comportamenti, atteggiamenti scorretti e nella promozione di stili di vita salutari;
- monitorare i modelli di comportamento alcolico degli adolescenti nell'arco di un ventennio.

### **5.1 Strumenti e metodi**

Per la raccolta delle informazioni d'interesse è stata utilizzata una scheda questionario<sup>267,268</sup> (SQ) anonima, semistrutturata, autosomministrata e validificata in precedenti studi<sup>123,148,163,164,165</sup>, in grado di:

- acquisire i dati anagrafici della popolazione studentesca coinvolta (genere, età, classe...);
- chiarire i tempi e le modalità del primo approccio alle bevande alcoliche (età e tipo di bevanda alcolica);
- stabilire i modelli di comportamento e le abitudini alcoliche, nei confronti degli alcolici (qualità, quantità e frequenza d'uso e la dieta alcolica), la prevalenza dei bevitori (occasionali e/o abituali);
- valutare la diffusione dei comportamenti a rischio e la percezione dei rischi alcol

correlati (bere quotidiano, quantità e frequenza degli episodi di intossicazione acuta da alcol, alcol e guida);

- definire il background culturale specifico in campo algologico (natura, proprietà, effetti dell'alcol e la normativa riguardante le bevande alcoliche);
- evidenziare la presenza o meno, nel nucleo familiare degli adolescenti, di conviventi e/o adulti significativi che fanno uso di bevande alcoliche.

In accordo con i responsabili degli Istituti Scolastici coinvolti, la SQ è stata proposta, nel rispetto della privacy<sup>269</sup>, agli studenti di alcune Scuole Secondarie di 2° grado (SS2) di Trieste, in classe, durante la normale attività didattica, da personale adeguatamente formato.

Altrettanto è stato fatto nei riguardi dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia, Scienze dell'Educazione, Scienze del Servizio Sociale, Psicologia e Scienze della Formazione Primaria dell'Ateneo Triestino a partire dagli anni accademici 2007/08 al 2013/14.

Infine, per quanto riguarda le gravide, queste sono state contattate tra il 2008 e il 2012 presso l'ambulatorio di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile di Tolmezzo (UD).

La codifica e l'analisi delle informazioni raccolte su materiale cartaceo è stata effettuata utilizzando il foglio di calcolo Excel e, dopo attenta revisione critica, sono state elaborate con l'ausilio del programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)<sup>270,271</sup>. Per il confronto tra le frequenze si è fatto ricorso al test del Chi-Quadrato e per il confronto tra le medie aritmetiche al t-test di Student, a seconda delle eventualità, con correzione di Yates oppure il metodo esatto di Fisher.

## **5.2 Le Gravide**

### **5.2.1 Descrizione della popolazione**

Per stimare la presenza e la diffusione di comportamenti a rischio in gravidanza abbiamo proposto a 603 gestanti - età media 31,8aa; età gestazionale 32,6 settimane-, presentatesi all'ambulatorio di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile di Tolmezzo (UD) per una visita routinaria, di rispondere ad un questionario sulle modalità di approccio, d'uso, gli atteggiamenti e la percezione del rischio nei confronti delle bevande alcoliche.

### 5.2.2 Approccio alle bevande alcoliche

L'iniziazione alle bevande alcoliche è un'esperienza che ha interessato l'85,1% delle gravide contattate dalla ricerca che affermano di aver assaggiato per la prima volta le bevande alcoliche tra i 3 e i 33 anni, ad un'età media stimata pari a/di 16,6 anni.

In particolare, il primo approccio agli alcolici è avvenuto per lo 0,2% delle gestanti in età prescolare, il 2,2% riconduce l'evento tra i 6 e gli 11 anni - nel corso della Scuola primaria (Tab. 5.1) -, un altro 11,9% lo ha fatto tra gli 11 e 14 anni, durante gli studi alla Scuola Secondaria di 1° grado, mentre il 57,0%, la stragrande maggioranza, data questa esperienza fra i 15 ed i 19 anni, vale a dire mentre solitamente si frequenta la Scuola Secondaria di 2° grado.

<b>Età (anni)</b>	<b>Gravide (%)</b>
<6	0,2 <sup>a,b,c</sup>
>=6 <11	2,2 <sup>b,d,e</sup>
>=11 <15	11,9 <sup>b,d,f</sup>
>=15 <19	57,0 <sup>c,e,f</sup>
<18	53,6

<sup>a</sup>) $p < 0,005$ ; <sup>b,c,d,e,f</sup>) $p < 0,0001$

Tab. 5.1 - Distribuzione percentuale, delle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012) che affermano di aver già assaggiato le bevande alcoliche in funzione della fascia d'età del primo approccio agli alcolici.

### 5.2.3 Il bere quotidiano

Al momento dello studio afferma di fare un qualche uso di bevande alcoliche il 59,2% delle gravide intervistate che dichiarano consumi alcolici compresi tra i 0,02 e i 46,4g/die di alcol ed un consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro equivalente a 4,6g/die.

A fronte del 40,8% delle donne che non fa uso di bevande alcoliche, sono il 43,0% le gestanti che, in quanto consuma mediamente meno di 5g/die di alcol, si possono considerare "bevitrice occasionale" (BO), ancorché il 16,3%, in quanto consuma mediamente 5 o più g/die di alcol, si può definire "bevitrice abituale (BA). Le gravide bevitrici occasionali prevalgono nettamente su quelle che fanno un uso abituale di alcolici (BO vs BA =>  $p < 0,0001$ ).

#### 5.2.4 Modalità di consumo: il contributo alla Dieta Alcolica Media (DAM) delle diverse bevande e predisposizione al bere a pasto o fuori pasto

Le modalità di consumo delle bevande alcoliche ci indicano anch'esse l'esposizione al rischio alcol correlato. È infatti auspicabile che le bevande alcoliche vengano assunte prevalentemente a pasto, cioè a stomaco pieno, e che si preferiscano le bevande a bassa gradazione alcolica a quelle con più alte percentuali su volume<sup>8,86,127</sup>.

Le gravide coinvolte dallo studio dichiarano un consumo totale medio giornaliero procapite di alcol anidro (g/die) a pasto (PA) di 3,4g/die di alcol, con un range che risulta compreso tra gli 0,02 e i 37,4g/die (Tab. a) che equivale al 24,8% della dieta alcolica media quotidiana di alcol anidro (DAM) delle gestanti. Fuori pasto (FP) i consumi dichiarati dalle gravide risultano compresi tra gli 0,02 e i 20,1g/die, il consumo medio quotidiano stimato ammonta a 1,1g/die di alcol anidro - pari al il 75,2% della DAM – di gran lunga più elevato (PA vs FP:  $p < 0,000004$ ) di quello assunto durante i pasti (Tab. 5.2).

<b>Modalità di consumo</b>	<b>Parametri</b>	<b>Gravide (g/die)</b>
Pasto (PA)	Range	da 0,02 a 37,3
	Media (% sulla DAM)	3,4* (75,2%)
Fuori Pasto (FP)	Range	da 0,02 a 20,1
	Media (% sulla DAM)	1,1* (24,8%)

\*) $p < 0,000004$

Tab. 5.2 – Range, Media aritmetica e relativa percentuale sulla DAM del consumo di alcol (g/die) a pasto e fuori pasto dichiarato dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012).

Le gravide bevitrici dichiarano un consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol da vino che varia tra i 0,02 ed i 30,9g/die, mediamente di 2,8g/die di alcol anidro al giorno che contribuiscono per il il 60,9% della DAM (Tab. 5.3).

<b>Bevanda alcolica</b>	<b>Parametri</b>	<b>Gravide (g/die)</b>
Vino	Range	da 0,02 a 30,9
	Media (% sulla DAM)	2,8*° (60,9%)
Birra	Range	da 0,02 a 15,8
	Media (% sulla DAM)	0,8° (18,2%)
Sup. Alc.	Range	da 0,02 a 15,5
	Media (% sulla DAM)	1,0* (20,9%)

\*) $p < 2,27E-09$ ; °) $p < 6,69E-11$

Tab. 5.3 – Range, Media aritmetica e relativa percentuale sulla DAM del contributo alcolico (g/die) di vino, birra e super alcolici dichiarato dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012).

Il consumo quotidiano di super alcolici si rivela compreso tra gli 0,02 e i 15,5g/die, un consumo medio giornaliero stimato di 1,0g/die che costituisce il 20,9% della DAM. Per quanto riguarda la birra, le gestanti dichiarano consumi quotidiani che variano fra gli 0,02 e i 15,8g/die di alcol anidro, mediamente pari a 0,8g/die di alcol anidro che rappresentano il 18,2% della DAM.

Il contributo del vino alla DAM si rivela più elevato di quello fornito rispettivamente dai superalcolici (Vino vs Sup. Alc.:  $p < 2,27E-09$ ) e dalla birra (Vino vs Birra:  $p < 6,69E-11$ ).

### 5.2.5 Comportamenti a rischio

Con le dovute eccezioni in merito alle gravide, dove si fa riferimento all'astensione dalle bevande alcoliche a partire da tre mesi prima del concepimento, le indicazioni presenti nella Letteratura, non senza discordanze, tentano di definire i limiti di consumo giornaliero medio pro capite di alcol oltre ai quali si ha una maggiore probabilità di incorrere in patologie alcol correlate<sup>137,182,272,176</sup>. A tal proposito l'OMS e l'Istituto Superiore di Sanità ormai da qualche anno fanno riferimento al limite di 10g/die di alcol per le donne adulte sane e 20g/die per i maschi<sup>127,178,185,181,273</sup>.

In quest'ottica constatiamo che il 7,3% delle gestanti dichiarano consumi alcolici quotidiani superiori a quelli ritenuti a maggior rischio di problemi e patologie alcol correlate per una donna adulta sana.

Ancora, a proposito di comportamenti a rischio, dalla ricerca emerge che nel corso degli ultimi dodici mesi l'8,5% delle gestanti è stata protagonista in diversa misura in episodi di intossicazione acuta da alcol (IAA).

<b>Intossicazione acuta da alcol (IAA)</b>	<b>Gravide (%)</b>
Mai - n.r.	91,5 <sup>a,b,c,d</sup>
una volta	4,5 <sup>a,e,f</sup>
una o più volte a settimana	0,3 <sup>b,e,h</sup>
una o più volte al mese	0,7 <sup>c,f,g</sup>
una o più volte all'anno	3,0 <sup>d,g,h</sup>

<sup>a,b,c,d,e,f</sup>) $p < 0,0001$ ; <sup>g</sup>) $p < 0,005$  <sup>h</sup>) $p < 0,0005$

Tab. 5.4 - Distribuzione percentuale, delle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012), in funzione alla frequenza dei casi di intossicazione acuta da alcol (IAA) nei dodici mesi precedenti lo studio.

A ben guardare (Tab. 5.4), in questo periodo l'IAA ha interessato il 4,5% delle gravide "una sola volta" (UN), un altro 3,0% è stata protagonista di questo evento "una o più volte all'anno" (UA), mentre sono assolutamente meno numerose e pari allo 0,7%

(UN vs UM:  $p < 0,0001$ ; UA vs UM:  $p < 0,005$ ) quelle che si sono ubriacate "una o più volte al mese" (UM) e risultano ancor più contenute (US vs UN:  $p < 0,0001$ ; US vs UA:  $p < 0,0005$ ) ed equivalenti allo 0,3% coloro le quali si sono ubriacate "una o più volte alla settimana" (US).

### 5.2.6 La percezione del rischio

E' opinione condivisa dall'83,9% che si possa fare un qualche uso del vino senza che la salute ne risenta, di gran lunga meno numerose (V vs B:  $p < 0,0001$ ) e pari al 74,0% si rivelano le gestanti che ritengono si possa fare un qualche uso della birra senza nuocere alla salute e significativamente più contenuta ed equivalente al 48,1% si rivela la percentuale di quelle che pensano non costituisca un rischio per la salute fare un qualche uso dei superalcolici (V vs SA:  $p < 0,0001$ ; B vs SA:  $P < 0,0001$ ) (Tab 5.5).

Bevanda alcolica	Risposta	Gravide (%)
Vino	N.R	15,3 <sup>a,c</sup>
	0 bicchieri	0,8 <sup>e</sup>
	Indica un valore positivo di bicchieri/die	83,9 <sup>b,d</sup>
Birra	N.R	25,0 <sup>a,f</sup>
	0 bicchieri	1,0 <sup>g</sup>
	Indica un valore positivo di bicchieri/die	74,0 <sup>b,h</sup>
Sup. Alc.	N.R	48,6 <sup>c,f</sup>
	0 bicchieri	3,3 <sup>e,g</sup>
	Indica un valore positivo di bicchieri/die	48,1 <sup>d,h</sup>

<sup>a,b,c,d,f,h</sup>)  $p < 0,0001$ ; <sup>e</sup>)  $p < 0,005$ ; <sup>g</sup>)  $p < 0,01$

Tab. 5.5 - Distribuzione percentuale, specifica per bevanda alcolica, delle risposte fornite dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012) in merito al quesito "quanto si può bere (vino, birra e super alcolici) senza che la salute ne risenta"<sup>a</sup>.

Per contro, lo 0,8%, l'1,0% ed il 3,3% delle gestanti si dice convinta che qualsiasi consumo rispettivamente di vino, birra e superalcolici, - nei confronti dei quali si mostrano decisamente più restrittive (V vs SA:  $P < 0,0$ ; B vs SA:  $p < 0,0$ ) - rappresenti un rischio per la salute.

Vale la pena di sottolineare come la percentuale delle gestanti che non hanno fornito una risposta sui consumi di vino a rischio per la salute (15,3%) sia assolutamente inferiore (V vs B:  $p < 0,0001$ ) a quella delle non rispondenti a proposito dei consumi di birra in grado di nuocere alla salute (25,0%) e che quelle che non hanno reso disponibile la loro opinione a proposito della del consumo di superalcolici (48,6%) sia significativamente la più elevata (V vs SA:  $p < 0,0001$ ; B vs SA:  $p < 0,0001$ ).

<sup>a</sup> la risposta richiesta era di indicare il numero di bicchieri al giorno, alla settimana, al mese o all'anno in corrispondenza di ognuna delle bevande alcoliche.

Le informazioni rese disponibili dalle gravide (Tab. 5.6) sui consumi - qualità, quantità e frequenza - delle specifiche bevande alcoliche che si possono fare senza che ci sia il rischio di incorrere in problemi e patologie alcol correlate (PAC), consentono di stimare che si possono assumere in media ogni giorno 13,8g/die di alcol anidro da vino (Range: 0,04 - 52,0g/die) senza che la salute ne risenta.

Meno permissive si rivelano le gestanti nei confronti del consumo di birra innocuo (V vs B:  $p < 2,62E-32$ ) che ritengono essere pari a 7,2 g/die di alcol anidro (Range: 0,03 - 46,2 g/die).

Ancora più caute appaiono le gravide nei confronti del consumo di superalcolici privo di rischio per la salute (V vs SA:  $p < 1,01E-71$ ; B vs SA:  $p < 2,31E-26$ ) che indicano in 2,3 g/die di alcol anidro al giorno (Range: 0,04 - 26,6 g/die).

Bevanda alcolica	Parametri	Gravide (g/die)
vino	Range	da 0,036 a 52,0
	Media	13,8 <sup>*°</sup>
birra	Range	da 0,03 a 46,2
	Media	7,2 <sup>*^</sup>
sup. alc.	Range	da 0,04 a 26,6
	Media	2,3 <sup>°^</sup>

\* $p < 2,62E-32$ ; ° $p < 1,01E-71$ ; ^ $p < 2,31E-26$

Tab. 5.6 - Range, Media aritmetica del contributo alcolico (g/die) di vino, birra e superalcolici considerato come non rischioso per incorrere in PAC dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012).

L'incrocio delle informazioni fornite dalle gravide a proposito dei consumi alcolici a rischio di PAC con i valori soglia di maggior rischio di PAC indicati dall'ISS<sup>100,127,173</sup> (Tab. 5.7) ci si rende conto che per quanto riguarda il vino il 60,4% delle gravide ritengono innocui consumi giornalieri superiori a quelli ritenuti a maggior rischio per la salute di una donna adulta sana - <10g/die di alcol -. Molto meno numerose di queste ultime (V vs B:  $p < 0,0001$ ) e pari al 11,8% si rivelano le gestanti che ritengono privi di rischio consumi quotidiani di birra superiori dei valori soglia di maggior rischio di PAC, , mentre solamente il 3,3% delle gestanti (V vs SA:  $p < 0,0001$ ; B vs SA:  $p < 0,0001$ ) identificano come innocui per la salute consumi di superalcolici in contrasto più superiori a quelli proposti dall'ISS.

Bevanda alcolica	Quantità indicate	Gravide (%)
Vino	N.R.	15,3 <sup>a,b</sup>
	Non a rischio (<10g/die)	24,4 <sup>c,d</sup>
	A rischio (>=10g/die)	60,4 <sup>e,f</sup>
Birra	N.R.	25,0 <sup>a,g</sup>
	Non a rischio (<10g/die)	63,2 <sup>c,h</sup>
	A rischio (>=10g/die)	11,8 <sup>e,i</sup>
Sup. Alc.	N.R.	48,6 <sup>b,g</sup>
	Non a rischio (<10g/die)	48,1 <sup>d,h</sup>
	A rischio (>=10g/die)	3,3 <sup>f,i</sup>

<sup>a,b,c,d,e,f,g,h,i</sup>)p<0,0001

Tab. 5.7 – Distribuzione percentuale, specifica per bevanda alcolica, delle risposte fornite dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012) in merito al quesito “quanto si può bere (vino, birra e super alcolici) senza che la salute ne risenta”.

### 5.3 I Futuri operatori della salute

In un intervento di prevenzione e promozione della salute l’apporto dei formatori è essenziale e non può prescindere da un background culturale e comportamentale aggiornato e coerente.

Al fine di acquisire informazioni sensibili in proposito è stato programmato ed attuato uno studio riguardante i futuri operatori della salute (FOS) che ha coinvolto, tra gli anni accademici 2007/08 e 2013/14, 617 studenti, iscritti all’ultimo anno di corso dei Corsi di Laurea in Psicologia, Scienze della Formazione Primaria, Scienze dell’Educazione, Scienze del Servizio Sociale e Medicina e Chirurgia dell’Ateneo Triestino (M: 18,0%; F: 82,0%). Al momento dello studio l’età dei FOS risultava compresa tra i 20 e i 60 anni (M: 20-57aa; F: 20-60aa) e l’età media stimata era pari a 23,8anni (M: 24,2aa; F: 23,7aa).

#### 5.3.1 L’approccio alle bevande alcoliche

I futuri operatori della salute (FOS) che dichiarano di aver già approcciato le bevande alcoliche ammontano al 95,5% dei laureandi (M: 97,3%; F: 95,1%). Lo hanno fatto per la prima volta ad un’età compresa tra gli 1 e i 40 anni (M: 5-22aa; F: 1-40aa), mediamente a 14,2 anni, ed i maschi si sono rivelati più precoci delle compagne di studi (M: 13,1aa; F: 14,3aa; p<0,001).

Un’esigua minoranza, il 2,1%, dei FOS, ha sperimentato le bevande alcoliche in età prescolare (M: 1,8%; F: 2,2%), mentre significativamente più numerosi di quest’ultimi (p<0,0001) e pari al 10,5% sono gli studenti che hanno approcciato gli alcolici tra i 6 e i 10 anni (Tab. 5.8).

Decisamente più rappresentati mostrano rispettivamente il 34,2% dei FOS (11-15 vs <6: p<0,0005; 11-<15 vs 6<11: p<00001) che ammette di aver assaggiato le bevande alcoliche fra gli 11 ed i 14 anni - durante la Scuola secondaria di 1° grado ed il 44,0% dei compagni (15-<19 vs 11-<15: p<0,0005; 15-<19 vs 6<11: p<00001) che lo ha fatto fra i 15 ed i 19 anni - durante la Scuola secondaria di 2° grado - mentre solo il 7,9%, fa risalire la sperimentazione alcolica dopo il raggiungimento della maggiore età (M: 3,6%; F: 8,9%).

I maschi FOS che hanno sperimentato le bevande alcoliche nel corso degli studi alla Scuola Primaria (M:17,1%; F:9,1%; p<0,025) ed alla Scuola Secondaria di 1° grado (M: 43,2%; F:32,2%; p<0,05) prevalgono significativamente sulla corrispondente popolazione femminile, viceversa sono le FOS che hanno assaggiato gli alcolici nel corso degli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado (M: 29,7%; F: 47,2%; p<0,001) a prevalere nettamente sui coetanei.

<b>Età (anni)</b>	<b>Maschi (%)</b>	<b>Femmine (%)</b>	<b>Pop. Tot. (%)</b>
<6	1,8	2,2	2,1 <sup>d,i,l</sup>
>=6 <11	17,1 <sup>a</sup>	9,1 <sup>a</sup>	10,5 <sup>d,e</sup>
>=11 <15	43,2 <sup>b</sup>	32,2 <sup>b</sup>	34,2 <sup>e,f,g</sup>
>=15 <19	29,7 <sup>c</sup>	47,2 <sup>c</sup>	44,1 <sup>f,h,i</sup>
>=18	3,6	8,9	7,9 <sup>g,h,i</sup>

<sup>a)</sup> p<0,025; <sup>b)</sup>p<0,05; <sup>c)</sup>p<0,001; <sup>d,e,g,h,i)</sup>p<0,0001; <sup>f)</sup>p<0,0005

Tab. 5.8 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, dei FOS coinvolti nella ricerca (2007-2014) che affermano di aver già assaggiato le bevande alcoliche in funzione della fascia d'età del primo approccio agli alcolici.

### 5.3.2 I comportamenti alcolici

La lettura dei risultanti (Tab. 5.9) consente di mettere in luce che l'84,6% della popolazione FOS, maschi e femmine pressoché in egual misura (M: 85,6%; F: 84,2%), fa un qualche uso di alcolici e che il 42,6% della popolazione coinvolta è costituita da bevitori occasionali - BO: consumi alcolici <5,0g/die di alcol anidro - ed il 42,0% da bevitori abituali - BA: consumi alcolici ≥5,0g/die di alcol anidro -.

Le FOS bevitrici occasionali prevalgono significativamente sull'analoga popolazione maschile (M: 26,1%; F: 46,2%; p<0,0005), ancorché sono i FOS maschi bevitori abituali a prevalere decisamente sulle compagne di studio (M: 60,4%; F: 37,9%; p<0,0001).

<b>Abitudini alcoliche</b>	<b>Maschi (%)</b>	<b>Femmine (%)</b>	<b>Pop. Tot. (%)</b>
Non bevitori	13,5 <sup>a</sup>	15,8 <sup>b</sup>	15,4 <sup>c</sup>
Bevitori	86,5 <sup>a</sup>	84,2 <sup>b</sup>	84,6 <sup>c</sup>
Bevitori occasionali (<5 g/die)	26,1*	46,2*	42,6
Bevitori abituali (>=5 g/die)	60,4 <sup>o</sup>	37,9 <sup>o</sup>	42,0

\*) p<0,0005; <sup>o,a,b,c</sup>p<0,0001

Tab. 5.9 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, dei FOS coinvolti nella ricerca (2007-2014) in funzione alle abitudini alcoliche dichiarate.

Le dichiarazioni rese disponibili dai FOS (Tab. 5.10), – qualità, quantità e frequenza dei consumi alcolici – indicano che questi bevono tra i 0,025 e i 202,1g/die di alcol anidro (M: 0,1-202,1g/die; F: 0,02-58,9g/die), consentono di stimare per i FOS bevitori un consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro pari a 10,5g/die e di evidenziare che i maschi bevitori indulgono nell’uso degli alcolici di gran lunga più delle coetanee bevitrici (M: 21,4g/die; F:6,8g/die; p<9,124E-15).

<b>Consumi alcolici (g/die) bevitori</b>	<b>Maschi</b>		<b>Femmine</b>		<b>Pop. Tot</b>	
	da	a	da	a	da	a
Range	0,1	202,1	0,02	58,9	0,025	202,1
Media arit.	21,4*		6,8*		9,5	

\*) p<9,124E-15

Tab. 5.10 – Range e consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro (g/die), specifici per genere, dichiarati dai FOS coinvolti nella ricerca (2007/2014).

### 5.3.3 Modalità di consumo

L’analisi delle modalità d’uso delle bevande alcoliche consente di puntualizzare che i futuri operatori della salute consumano mediamente 4,0 g/die di alcol anidro pasteggiando (41,8%DAM), ancorché più elevato ed equivalente a 5,5 g/die di alcol anidro (58,2%DAM) si rivela il consumo fuori pasto dichiarato dai FOS bevitori (Tab. 5.11).

Le stime indicano che la popolazione maschile bevitrice assume quotidianamente 10,3g/die di alcol anidro a pasto (48,1%DAM) e 11,1g/die fuori pasto (51,9%DAM), mentre l’analoga popolazione femminile consuma in media 2,6g/die di alcol anidro a pasto (37,3%DAM) e 4,3g/die fuori pasto (62,7%DAM).

Dal confronto fra i generi emerge chiaramente (M vs F=> a pasto: p<1,19E-11; fuori pasto: p<1,78E-09) che i consumi alcolici medi dei maschi bevitori sono, a pasto e

fuori pasto, più elevati di quelli delle femmine. Solamente per la popolazione femminile, il consumo alcolico fuori pasto è risultato significativamente più elevato ( $p < 3,09E-06$ ) di quello a pasto.

Modalità di consumo	Parametri	Maschi (g/die)	Femmine (g/die)	Pop. Tot. (g/die)
Pasto	Range	da 0,0 a 164,1	da 0,0 a 40,1	da 0,0 a 164,1
	Media (% DAM)	10,3 <sup>b</sup> (48,1%)	2,6 <sup>a,b</sup> (37,3%)	3,98 (41,8%)
Fuori Pasto	Range	da 0,0 a 109,4	da 0,0 a 56,8	da 0,0 a 109,4
	Media (% DAM)	11,1 <sup>c</sup> (51,9%)	4,3 <sup>a,c</sup> (62,7%)	5,5 (58,2%)

<sup>a)</sup>  $p < 3,09E-06$ ; <sup>b)</sup>  $p < 1,19E-11$ ; <sup>c)</sup>  $p < 1,78E-09$

Tab. 5.11 – Range, Media aritmetica e relativa percentuale sulla DAM del consumo di alcol (g/die) a pasto e fuori pasto dichiarato dai FOS coinvolti nella ricerca (2007/2014).

Il consumo di vino da parte della popolazione FOS bevitrice varia tra 0,0g/die e i 156,1g/die di equivalenti al 45,0% della DAM (Tab. 5.12).

I maschi bevitori dichiarano un consumo medio di 9,4g/die (43,7%DAM) di alcol anidro da vino (M: 0,0 - 156,1g/die) che si rivela di gran lunga più elevato ( $p < 3,18E-08$ ) dei 2,6 g/die (38,5%DAM) stimati per la corrispondente popolazione femminile (F: 0,0 – 44,6g/die).

Allo stesso tempo, il consumo di birra da parte dei FOS bevitori, decisamente più contenuto a quello del vino ( $p < 0,001$ ), è compreso fra 0,0 e 83,2 g/die, ammonta mediamente a 2,4 g/die e contribuisce per il 25,5%DAM.

Per parte loro i maschi bevitori assumono fra 0,0 e 83,2 g/die di alcol anidro da birra, mediamente 6.0 g/die, che rappresentano il 27,8% della DAM. Consumi di birra che per le femmine oscillano fra 0,0 e 27,7 g/die, sono in media pari a 1,3 g/die, forniscono il 19,0% della DAM e sono assolutamente inferiori a quelli dei maschi ( $p < 2,84E-15$ ).

A proposito dei superalcolici si registrano consumi quotidiani che oscillano fra 0,0 e 57,3 g/die di alcol anidro, consumi medi di 3,8 g/die che equivalgono al 40,0% della dieta dei FOS bevitori.

Per questo tipo di bevanda i consumi medi quotidiani dei maschi bevitori sono compresi fra 0,0 e 57,3 g/die, mediamente di 6,1 g/die di alcol anidro, che rappresentano il 28,5% della DAM.

Nella popolazione femminile si registrano consumi medi quotidiani di superalcolici di 2,9 g/die di alcol anidro - significativamente più contenuti di quelli espressi dalla corrispondente popolazione maschile – che variano compresi fra i 0,0 ed i 32,5 g/die che costituiscono il 42,7% della DAM.

La dieta alcolica dei FOS bevitori e quella della popolazione femminile bevitrice è caratterizzata da consumi di alcol da vino e da superalcolici significativamente più elevati di quelli della birra (Pop.tot=>V vs B:  $p<0,001$ ; SA vs B:  $p<5,80E-05$ ; F =>Vi vs Bi:  $p<8,72E-07$ ; SA vs Bi:  $p<4,14E-13$ ), mentre per quanto riguarda i maschi bevitori, pur essendo il consumo del vino, e quindi il suo contributo alla DAM, mediamente più elevato di quelli della birra e dei superalcolici le differenze fra i consumi medi giornalieri di ciascuna bevanda, e quindi il loro contributo alla DAM, non sono statisticamente significative.

Bevanda alcolica	Parametri	Maschi (g/die)	Femmine (g/die)	Pop. Tot. (g/die)
Vino	Range	da 0,00 a 156,06	da 0 a 44,59	da 0,00 a 156,06
	Media (% DAM)	9,35* (43,7%)	2,61 <sup>*,a</sup> (38,5%)	4,28 <sup>c</sup> (45,0%)
Birra	Range	da 0 a 83,16	da 0 a 27,72	da 0 a 83,16
	Media (% DAM)	5,96 <sup>o</sup> (27,8%)	1,30 <sup>o,a,b</sup> (19,0%)	2,43 <sup>c,d</sup> (25,5%)
Sup. Alc.	Range	da 0 a 57,31	da 0 a 32,51	da 0 a 57,31
	Media (% DAM)	6,10 <sup>^</sup> (28,5%)	2,92 <sup>^,b</sup> (42,7%)	3,80 <sup>d</sup> (40,0%)

<sup>\*</sup>) $p<3,18E-08$ ; <sup>o</sup>) $p<2,84E-15$ ; <sup>^</sup>) $p<1,60E-07$ ; <sup>a</sup>)  $p<8,72E-07$ ; <sup>b</sup>) $p<4,14E-13$ ; <sup>c</sup>) $p<0,001$ ; <sup>d</sup>) $p<5,80E-05$

Tab. 5.11 – Range, Media aritmetica e relativa percentuale sulla DAM del contributo alcolico (g/die) di vino, birra e super alcolici dichiarato dai FOS coinvolti nella ricerca (2007/2014).

### 5.3.4 I comportamenti a rischio

Dal confronto fra le raccomandazioni dell'Istituto Superiore della Sanità ed i consumi alcolici stimati per la popolazione dei FOS appare chiaro che l'8,6% di quest'ultima, i maschi – in quanto consumano mediamente  $\geq 20$ g/die di alcol anidro - di gran lunga più numerosi delle femmine - in quanto bevono quotidianamente  $\geq 10$  g/die di alcol anidro - (M: 25,2%; F: 4,9%;  $p<0,0001$ ), risultano esposti a maggior rischio di problemi psico medico sociali alcol correlati per il loro bene quotidiano.

L'IAA, comportamento a rischio particolarmente diffuso, ha visto protagonisti corso dei dodici mesi precedenti lo studio il 53,0% dei FOS (Tab. 5.13) evenienza che si è rivelata significativamente più frequente fra gli studenti maschi rispetto alle compagne di studio (M: 73,9%; F: 48,4%;  $p<0,0005$ ).

In particolare, il 16,4% dei laureandi è incappato nella IAA “una sola volta” nel corso dell’anno precedente lo studio (M: 20,7%; F: 15,4%), mentre nello stesso periodo il 24,5% dei FOS afferma di essere stato coinvolto in episodi di IAA “una o più volte all’anno” (M:34,2%; F:22,3%;  $p<0,01$ ), un altro 9,7% ammette di essere stato protagonista di episodi di IAA “una o più volte al mese” (M:13,5%; F:8,9%) ed il 2,5% di essersi ubriacato nello stesso arco di tempo “una o più volte a settimana” (M: 5,4%; F: 1,8%;  $p<0,025$ ).

<b>Intossicazione acuta da alcol (IAA)</b>	<b>Maschi (%)</b>	<b>Femmine (%)</b>	<b>Pop. Tot. (%)</b>
Non risponde	6,3	2,4	3,1
Mai	19,8 <sup>u</sup>	49,2	43,9 <sup>^</sup>
IAA (tot. eventi)	73,9 <sup>a,u</sup>	48,4 <sup>a</sup>	53,0 <sup>^</sup>
una volta	20,7 <sup>b,c</sup>	15,4 <sup>g,h,i</sup>	16,4 <sup>o,p,q</sup>
una o più volte a settimana	5,4 <sup>o,b,d,e</sup>	1,8 <sup>o,g,l,m</sup>	2,4 <sup>o,r,s</sup>
una o più volte al mese	13,5 <sup>d,f</sup>	8,9 <sup>h,m,n</sup>	9,7 <sup>p,s,t</sup>
una o più volte all'anno	34,2 <sup>*,c,e,f</sup>	22,3 <sup>*,i,l,n</sup>	24,5 <sup>q,r,t</sup>

<sup>a,e,g,l,m,n,o,r,s,t,u</sup>) $p<0,0001$ ; <sup>^,f</sup>) $p<0,0005$ ; <sup>b,p</sup>) $p<0,001$ ; <sup>h,i</sup>) $p<0,005$  <sup>o,c</sup>) $p<0,025$ ; \*) $p<0,01$ ; <sup>d</sup>) $p<0,05$

Tab. 5.13 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, dei FOS coinvolti nella ricerca (2007-2014) in funzione alla frequenza dei casi di intossicazione acuta da alcol (IAA) nei dodici mesi precedenti lo studio.

### 5.3.5 La percezione del rischio

La maggioranza della popolazione dei futuri operatoti della salute è dell’idea che si possa bere vino (M: 85,6%; F: 83,3%; Pop. tot: 83,9%), o birra (M: 84,7%; F: 76,9%; Pop. tot: 78,3%) o superalcolici (M: 65,9%; F: 62,6%; Pop. tot: 63,0%) senza nuocere alla salute. In particolare, gli studenti che ritengono privo di rischio un qualche consumo del vino (V vs SA => M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0001$ ; Pop.tot:  $p<0,0001$ ) e della birra (B vs SA => M:  $p<0,001$ ; F:  $p<0,0001$ ; Pop.tot:  $p<0,0001$ ) prevalgono significativamente su quelli che ritengono innocuo una qualche assunzione di superalcolici (Tab 5.14).

Solamente una minoranza della popolazione FOS è del parere che l’astensione dal vino (M: 3,6%; F: 1,6%; Pop. tot: 1,9%), dalla birra (M: 3,6%; F: 1,8%; Pop. tot: 2,6%) e dai superalcolici (M: 9,9%; F: 8,7%; Pop. tot: 8,9%) sia l’unico comportamento in grado di azzerare il rischio di problemi e patologie alcol correlati.

Nella popolazione generale ed in quella femminile gli universitari che ritengono il solo “consumo zero” di alcol da superalcolici privo di rischi per la salute sono di gran decisamente più numerosi dei colleghi che ritengono innocuo un “consumo zero” di alcol

da vino (V vs SA=> F: p<0,0001; Pop.tot. : p<0,0001) e da birra (B vs SA=> F: p<0,0001; Pop.tot. : p<0,0001).

Bevanda alcolica	Quantità indicate	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
Vino	Non sa -NR	10,8 <sup>a</sup>	15,0 <sup>e,g</sup>	14,3 <sup>o,q</sup>
	0g/die	3,6	1,6 <sup>h</sup>	1,9 <sup>r</sup>
	Si può bere	85,6 <sup>b</sup>	83,4 <sup>f,i</sup>	83,8 <sup>p,s</sup>
Birra	Non sa -NR	11,7 <sup>o,c</sup>	21,3 <sup>o,l</sup>	19,6 <sup>o,t</sup>
	0g/die	3,6	1,8 <sup>e,m</sup>	2,1 <sup>u</sup>
	Si può bere	84,7 <sup>d</sup>	76,9 <sup>f,n</sup>	78,3 <sup>p,v</sup>
Sup. Alc.	Non sa -NR	25,2 <sup>a,c</sup>	28,7 <sup>g,l</sup>	28,0 <sup>q,t</sup>
	0g/die	9,9	8,7 <sup>h,m</sup>	8,9 <sup>r,u</sup>
	Si può bere	64,9 <sup>b,d</sup>	62,6 <sup>i,n</sup>	63,0 <sup>s,v</sup>

<sup>o,o,p</sup>)p<0,025; <sup>a,c,e,f,l</sup>)p<0,01; <sup>b</sup>)p<0,0005; <sup>d,t</sup>)p<0,001; <sup>g,h,i,m,n,q,r,s,u,v</sup>) p<0,0001

Tab. 5.14 - Distribuzione percentuale, specifica per bevanda alcolica, delle risposte fornite dai FOS coinvolti nella ricerca (2007-2014) in merito al quesito "quanto si può bere (vino, birra e super alcolici) senza che la salute ne risenta".

Dal confronto delle opinioni espresse dai futuri operatori della salute a proposito di "quanti bicchieri di vino o birra o superalcolici si possono bere senza che la salute ne risenta" ed i valori soglia di maggior rischio per la salute proposti dalle linee guida dell'Istituto Superiore della Sanità<sup>100,127,173</sup> si può constatare che per il 32,9% degli universitari, nel dettaglio il 52,3% dei maschi ed il 28,6% delle femmine (M vs F: p<0,0001), ritengono innocui per la salute consumi quotidiani di vino inferiori ai valori soglia di maggior rischio per la salute - rispettivamente >20,0 g/die di alcol anidro per i maschi e >10,0 g/die di alcol anidro per le femmine - (Tab. 5.15). Per parte loro il 51,0% dei FOS, le femmine decisamente meno prudenti dei compagni di studio (M: 33,3%; F: 54,7%; p<0,0001), ritengono non costituire un rischio per la salute un consumo quotidiano di vino superiore a quello proposto dalle linee guida dell'ISS.

Le sole differenze rilevate nella popolazione generale fra le percentuali degli universitari che dichiarano innocui consumi di vino eccedenti i valori soglia di maggior rischio e quelli che invece ammettono consumi di vino in accordo con le linee guida del ISS (p<0,0001) sono statisticamente significative.

Sono d'accordo nel ritenere non lesivi per la salute consumi di birra in linea con le proposte dell'ISS il 69,7% dei FOS (M: 71,2% F: 69,4%), invece l'8,6% dei compagni di studio/dei colleghi, una minoranza nella quale i maschi prevalgono nettamente sulle femmine (M: 13,5%; F: 7,5%; p<0,05), ritengono innocui consumi di birra che contraddicono questi limiti.

Ritengono privo di rischio per la salute un consumo giornaliero di superalcolici in quantità inferiori ai valori soglia di PAC il 55,9% dei FOS coinvolti nella ricerca (M:58,6%; F: 55,3%), mentre ammontano al 7,1% i coetanei che affermano essere innocui consumi di superalcolici che eccedono questi limiti (M: 6,3%; F: 7,3%).

Bevanda alcolica	Risposta	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
Vino	n.r.	9,0 <sup>d</sup>	12,1 <sup>l,o</sup>	11,5 <sup>w,z</sup>
	non sa	1,8	3,0	2,8
	0 g/die	3,6	1,6 <sup>p</sup>	1,9 <sup>@</sup>
	Non a rischio (M: <20g/die; F<10g/die)	52,3 <sup>a,f</sup>	28,6 <sup>a,m,q</sup>	32,9 <sup>x,s</sup>
	A rischio (M≥20g/die; F≥10g/die)	33,3 <sup>b,e,g</sup>	54,7 <sup>b,n,r</sup>	51,0 <sup>y,\$</sup>
Birra	n.r.	10,8 <sup>h</sup>	18,4 <sup>l,s</sup>	17,0 <sup>w,£</sup>
	non sa	0,9	3,0	2,6
	0 g/die	3,6	1,8 <sup>t</sup>	2,1 <sup>ç</sup>
	Non a rischio (M: <20g/die; F<10g/die)	71,2 <sup>f</sup>	69,4 <sup>m,u</sup>	69,7 <sup>x,&amp;</sup>
	A rischio (M≥20g/die; F>10g/die)	13,5 <sup>c,g,i</sup>	7,5 <sup>c,n,v</sup>	8,6 <sup>y</sup>
Sup. Alc.	n.r.	24,3 <sup>d,h</sup>	25,7 <sup>o,s</sup>	25,5 <sup>z,£</sup>
	non sa	0,9	3,0	2,6
	0 g/die	9,9	8,7 <sup>p,t</sup>	8,9 <sup>@,ç</sup>
	Non a rischio (M: <20g/die; F<10g/die)	58,6	55,3 <sup>q,u</sup>	55,9 <sup>s,&amp;</sup>
	A rischio (M≥20g/die; F>10g/die)	6,3 <sup>e,i</sup>	7,31 <sup>r</sup>	7,1 <sup>\$</sup>

<sup>a,b,e,g,m,n,o,p,q,r,t,u,x,y,z,@,s,\$,ç,&</sup>) p<0,0001; <sup>£</sup>) p<0,0005; <sup>c,l</sup>) p<0,05; <sup>d,f</sup>) p<0,005; <sup>h,l,s,w</sup>) p<0,01

Tab. 5.15 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e bevanda alcolica, delle risposte fornite dai FOS coinvolti nella ricerca (2007-2014) in merito al quesito "quanto si può bere (vino, birra e super alcolici) senza che la salute ne risenta".

La percezione della pericolosità del bere alcolico da parte dei FOS varia in funzione della specifica bevanda alcolica considerata tant'è che gli studenti che ritengono innocui per la salute consumi alcolici quotidiani da vino superiori ai valori soglia di maggior rischio di PAC prevalgono nettamente sui coetanei che asseriscono essere privi di rischio gli stessi consumi alcolici di birra (V vs B=> M: p<0,0001; F: p<0,0001; Pop.tot: p<0,0001) o di superalcolici (V vs SA=> M: p<0,0001; F: p<0,0001; Pop.tot: p<0,0001). Ancora la percentuale degli studenti che ritiene a rischio consumi alcolici di birra eccedenti ai valori soglia proposti dall'ISS sono, talvolta significativamente (B vs SA=> M: p<0,0001), più elevati di quella dei FOS che indicano come innocui consumi di superalcolici che contraddicono le linee guida.

La conversione dei consumi alcolici da “bicchieri” in g/die di alcol anidro chiarisce che gli universitari ritengono innocui consumi alcolici da vino compresi fra 0,07 e i 260,1g/die (M: 0,44-143,0 g/die; F: 0,07 – 260,1g/die), in media 13,1g/die (M: 18,8g/die; F: 13,07g/die) (Tab. 5.16).

Per quanto riguarda la birra i FOS indicano che si possano bere senza rischi per la salute da 0,05 e 184,8 g/die (M: 0,31-92,40g/die; F: 0,05-184,8g/die), mediamente ogni giorno - la popolazione maschile più permissiva di quella femminile (M13,7g/die; F: 6,7g/die;  $p < 4,38E-07$ ) - 8,0 g/die di alcol anidro, consumo che risulta essere, nella popolazione generale ed in quella di entrambi i generi, più contenuto di quello ritenuto a rischio per il vino (V vs B=>M:  $p < 0,02$ ; F:  $p < 2,38E-11$ ; Pop.tot:  $p < 1,07E-11$ ).

E' opinione della popolazione universitaria coinvolta che l'assunzione quotidiana di alcol da superalcolici variabile fra 0,04 e i 106,0g/die (M: 0,04-92,98g/die; F: 0,04-106,2g/die), in media equivalente a 4,2 g/die - i maschi meno prudenti delle coetanee (M: 7,4g/die; F: 3,57g/die;  $p < 2,16E-23$ ) - non costituisca un rischio per la salute dei bevitori.

Bevanda alcolica	Parametri	Maschi (g/die)	Femmine (g/die)	Pop. Tot. (g/die)
vino	Range	da 0,44 a 143,0	da 0,07 a 260,10	da 0,07 a 143,06
	Media	18,8 <sup>a,c</sup>	13,1 <sup>d,e</sup>	13,3 <sup>g,i</sup>
birra	Range	da 0,31 a 92,40	da 0,05 a 184,8	da 0,05 a 184,8
	Media	13,7 <sup>*,a,b</sup>	6,7 <sup>*,d,f</sup>	8,0 <sup>g,h</sup>
sup. alc.	Range	da 0,04 a 93,0	da 0,04 a 106,2	da 0,04 a 106,2
	Media	7,4 <sup>o,b,c</sup>	3,5 <sup>o,e,f</sup>	4,2 <sup>h,i</sup>

<sup>\*</sup>) $p < 4,38E-07$ ; <sup>o</sup>) $p < 2,16E-23$ ; <sup>a</sup>) $p < 0,02$ ; <sup>b</sup>) $p < 1,85E-10$ ; <sup>c</sup>) $p < 4,21E-06$ ; <sup>d</sup>) $2,38E-11$ ; <sup>e</sup>) $p < 3,24E-23$ ; <sup>f</sup>) $p < 3,40E-05$ ; <sup>g</sup>) $p < 1,07E-11$ ; <sup>h</sup>) $p < 4,79E-07$ ; <sup>i</sup>) $p < 3,66E-27$

Tab. 5.16 – Range, Media aritmetica del contributo alcolico (g/die) di vino, birra e super alcolici considerato come non rischioso per incorrere in PAC dai FOS coinvolti nella ricerca (2007-2014).

A conferma che la percezione del rischio varia in funzione della bevanda alcolica considerata depone il fatto che la quantità di alcol da superalcolici ritenuta dai FOS innocua per la salute risultata significativamente più contenuta di quella del vino (V vs SA=> M:  $p < 4,21E-06$ ; F:  $p < 3,24E-23$ ; Pop. tot:  $p < 3,66E-27$ ) e della birra (B vs SA=> M:  $p < 1,85E-10$ ; F:  $p < 3,40E-05$ ; Pop.Tot:  $p < 4,79E-07$ ).

## 5.4 Gli Studenti delle SS2

### 5.4.1 Descrizione della popolazione

La prima fase della ricerca (P1)<sup>b</sup> sugli stili di vita degli adolescenti è stata avviata e si è conclusa nel corso dell'anno scolastico 1989/90, ha coinvolto 1402 studenti (M: 35,3%; F: 64,7%) di età compresa tra i 14 e i 33 anni (M: 14-33aa; F: 14-22aa), età media stimata di 16,3 anni (M:16,1aa; F: 16,5aa), che frequentavano la Scuola Secondaria di 2° grado (SS2) della città di Trieste.

In un secondo momento, nel corso degli anni 2003/05, la ricerca è stata condotta su una popolazione di 666 studenti (P2)<sup>c</sup> delle SS2 di Trieste (M:40,2%; F:59,8%) che al momento dichiaravano un'età variabile tra i 13 e i 25 anni (M: 13-25aa; F:13-20aa) e un'età media pari a 16,2 anni (M:16,2aa; F:16,3aa).

La fase più recente e per il momento conclusiva dello studio risale al periodo 2011/2013 (P3)<sup>d</sup>, ha coinvolto 1090 studenti delle SS2 di Trieste (M: 52,8%; F: 47,2%) i quali al momento dello studio avevano fra i 13 e i 23 anni (M: 14-23aa; F: 13-20aa) per un'età media stimata pari a 16,1 anni (M: 16,1aa; F:16,1aa).

### 5.4.2 L'approccio alle bevande alcoliche

Su questo particolare aspetto, lo studio condotto che ha coinvolto le popolazioni studentesche delle SS2 triestine mette in luce che la sperimentazione alcolica ha coinvolto l'84,8% degli adolescenti della P1 (M: 84,2%; F: 85,1%), l'82,3% degli studenti della P2 (M:84,3%; F:80,9%) e, significativamente meno numerosi dei precedenti (P1vsP3=> p<0,0001; P2vsP3=> p<0,01), il 77,1% dei giovani della P3, nella quale emerge una decisa prevalenza delle studentesse sperimentatrici nei confronti dei compagni di studio (M: 74,1%; F:80,4%; p<0,025).

Il primo approccio alle bevande alcoliche (Tab. 5.17), è avvenuto per i giovani della P1 mediamente a 10,3 anni (M: 10,0aa; F:10,5aa), per i coetanei della P2 si è concretizzato a 11,0 anni (M:11,4aa; F:10,7aa; p<0,04), eventualità che stimiamo si sia realizzata per gli adolescenti della P3 mediamente a 12,3 anni (M: 12,2aa; F:12,5aa), età decisamente più tarda rispetto alle precedenti rilevazioni (P1vsP3=> p<1,37E-20; P2vsP3=> p<4,7E-12).

---

<sup>b</sup> Istituti Scolastici triestini coinvolti negli anni scolastici 1989/90: Liceo Classico "F. Petrarca", Liceo Scientifico "G. Galilei", IT "G. Deledda", ITS "A. Volta", Isis "G. Carducci".

<sup>c</sup> Istituti Scolastici triestini coinvolti negli anni scolastici 2003/05: IT "G. Deledda", Liceo Scientifico "G. Oberdan", Liceo "F. Preseren".

<sup>d</sup> Istituti Scolastici triestini coinvolti negli anni scolastici 2011/13: Liceo Scientifico "G. Galilei", IT "G. Deledda", ITS "A. Volta", Liceo "F. Preseren", Liceo Scientifico "G. Oberdan", ISIS "Nautico Trieste".

Popolazione	Maschi (anni)	Femmine (anni)	Pop. Tot. (anni)
P1	10,0 (3,41) <sup>r,t</sup>	10,5 (3,62) <sup>o</sup>	10,3 (3,55) <sup>n,y</sup>
P2	11,4 (3,46) <sup>d,r,w</sup>	10,7 (3,77) <sup>d,l</sup>	11,0 (3,66) <sup>*</sup>
P3	12,1 (3,17) <sup>t,w</sup>	12,5 (3,24) <sup>l,o</sup>	12,3 (3,20) <sup>y,*</sup>

Tab. 5.17 - Età media d'approccio alle bevande alcoliche (anni) e relativa deviazione standard (SD), specifici per genere, dichiarati dagli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione dell'edizione dello studio (P1-P2-P3).

La distribuzione cumulativa percentuale, specifica per genere, degli studenti ingaggiati dalla ricerca (Tab. 5.18) permette di evidenziare che il 9,3% dei giovani componenti la P1 (M: 9,7%; F: 9,0%) ha sperimentato gli alcolici in età prescolare, sperimentazione che ha coinvolto il 35,4% degli adolescenti fra i 6 ed i 10 anni (M: 37,2%; F: 34,4%) - vale a dire nel corso della Scuola primaria -, interessato il 29,3% dei coetanei quando avevano fra gli 11 ed i 14 anni (M: 30,9%; F: 28,4%) - età in cui si frequenta la Scuola secondaria di 1° grado - ed il 10,8% dei compagni di scuola quando avevano 15 o più anni, vale a dire nel corso degli studi alla Scuola secondaria di 2° grado (M: 6,5%; F: 13,2%;  $p < 0,0001$ ).

Popolazione	Età d'approccio (anni)	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	<6	9,7 <sup>l</sup>	9,0 <sup>r</sup>	9,3
	>=6 <11	37,2 <sup>c,m</sup>	34,4 <sup>f,s</sup>	35,4 <sup>g</sup>
	>=11 <15	30,9 <sup>n</sup>	28,4 <sup>t</sup>	29,3 <sup>h</sup>
	>=15	6,5 <sup>a,d,o</sup>	13,2 <sup>a,u</sup>	10,8
	<16	81,6 <sup>p</sup>	81,7 <sup>v</sup>	81,7 <sup>l</sup>
	<18	84,2 <sup>q</sup>	84,9 <sup>w</sup>	84,7
P2	<6	6,0	10,1 <sup>*</sup>	8,4 <sup>s</sup>
	>=6 <11	25,4 <sup>c,y</sup>	26,6 <sup>f,o</sup>	26,1 <sup>g</sup>
	>=11 <15	37,3	33,7 <sup>^</sup>	35,1 <sup>h</sup>
	>=15	15,7 <sup>d</sup>	10,6 <sup>s</sup>	12,6 <sup>@</sup>
	<16	77,6 <sup>z</sup>	77,1	77,3 <sup>l,z,£</sup>
	<18	84,3	80,7	82,1 <sup>&amp;</sup>
P3	<6	3,3 <sup>l</sup>	4 <sup>r,*</sup>	4,0 <sup>s</sup>
	>=6 <11	15,7 <sup>m,y</sup>	14,0 <sup>s</sup>	14,9
	>=11 <15	37,4 <sup>n</sup>	40,2 <sup>t,^</sup>	38,7
	>=15	17,7 <sup>o</sup>	22,1 <sup>u,\$</sup>	19,8 <sup>@</sup>
	<16	68,0 <sup>p,z</sup>	71,8 <sup>v</sup>	69,8 <sup>£</sup>
	<18	74,1 <sup>b,q</sup>	80,4 <sup>b,w</sup>	77,1 <sup>&amp;</sup>

a,d,g,l,m,o,p,q,s,t,u,v,o,\$,s,@)  $p < 0,0001$ ; b,l,&)  $p < 0,025$ ; c,r,y,£)  $p < 0,001$ ; e,f,h)  $p < 0,01$ ; n,w,^)  $p < 0,05$ ; z)  $p < 0,005$ ; \*)  $p < 0,0005$ ;

Tab. 5.18 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca, che affermano di aver già assaggiato le bevande alcoliche in funzione della fascia d'età del primo approccio agli alcolici e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

Ancora, al momento della P1 l'81,7% degli studenti ha assaggiato gli alcolici prima dei 16 anni (M: 81,6%; F: 81,7%), età in cui la normativa prevedeva il divieto di mescita e vendita degli alcolici ai minori di 16 anni<sup>e,274</sup>, e l'84,7% degli sperimentatori era minorenni (M: 84,9%; F: 84,9%).

L'analisi estesa agli adolescenti della P2 permette di rilevare che il 5,7% degli studenti hanno sperimentato le bevande alcoliche prima dei 6 anni (M: 4,1%; F: 6,8%), il 26,1% lo ha fatto tra i 6 e i 10 anni (M: 25,1%; F: 26,6%), esperienza che si è concretizzata per il 35,1% dei giovani tra gli 11 e i 14 anni (M: 37,3%; F: 33,7%) per il 12,6% degli adolescenti è avvenuta mentre frequentavano la Scuola Secondaria di secondo grado (M: 15,7%; F: 10,6%). Infine, constatiamo che la sperimentazione delle bevande alcoliche ha coinvolto il 77,3% degli intervistati entro i quindici anni (M: 68,0%; F: 71,8%) e che l'82,1% quando ha assaggiato gli alcolici prima del raggiungimento della maggiore età (M: 74,1%; F: 80,4%).

Per quanto riguarda la P3 la sperimentazione delle bevande alcoliche per l'1,8% degli studenti intervistati (M: 1,7%; F: 1,9%) è avvenuta in età prescolare, per il 14,9% si è realizzata tra i 6 e gli 11 anni (M: 15,7%; F: 14,0%), il 38,7% la data durante la frequentazione della Scuola Secondaria di 1° grado (M: 37,4%; F: 40,2%) ed il rimanente 12,6% la colloca nel corso della Scuola secondaria di 2° grado (M: 15,6%; F: 10,6%).

In questa popolazione il 69,8% degli adolescenti riconduce la sperimentazione alcolica entro i 15 anni (M: 68,0%; F: 71,8%) ed il 77,1% afferma che quando ha assaggiato per la prima volta gli alcolici era minorenni (M: 74,1%; F: 80,4%).

Il confronto tra le età della sperimentazione alcolica rilevate nelle diverse edizioni dello studio consente di evidenziare che i componenti della P1 e della P2 ad aver sperimentato le bevande alcoliche in età prescolare prevalgono, quale che sia la popolazione considerata, in maniera significativa sui compagni di studio facenti parte

---

<sup>e</sup> Viene definitivamente introdotto il divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni e viene sancito l'obbligo di richiesta da parte del venditore di un documento di identità, tranne che nel caso in cui la maggiore età sia manifesta. In caso di violazione della norma citata, è poi prevista una sanzione pecuniaria da 250 a 1.000 euro e, se il fatto è commesso più di una volta, la sanzione aumenta (da 500 a 2.000 euro) con la sospensione dell'attività per tre mesi.

Per quanto riguarda la somministrazione, invece, rimane fermo quanto stabilito dall'art. 689, comma 1, del codice penale, che prevede il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori di anni 16 o ad infermi di mente. Pertanto, i titolari di pubblici esercizi saranno tenuti al rispetto del limite della maggiore età solo nel caso di vendita di bevande alcoliche per asporto, con annesso obbligo di richiesta del documento, mentre per il servizio di somministrazione al bancone o al tavolo il limite rimarrà quello dei 16 anni. Questa incongruenza ha sollevato la richiesta di chiarimento degli esercenti e secondo il Ministero degli Interni i termini "somministrazione" e "vendita" sono equivalenti, pertanto non si possono vendere o somministrare bevande alcoliche ai minori di anni 18. Gazzetta Ufficiale del 10 novembre u.s. la Legge n. 189/2012 di conversione, con modificazioni, del D.L. n. 158/2012.

della P3 (P1 vs P3 => PT:  $p < 0,0001$ ; M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,001$ ) (P2 vs P3 => PT:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0005$ ).

Nella popolazione studentesca generale, così come in quella di entrambi i generi della P1 gli/le adolescenti che fanno risalire la sperimentazione degli alcolici mentre frequentavano la Scuola Primaria sono risultati decisamente più numerosi della corrispondente popolazione appartenente alla P2 (P1 VS P2 => PT:  $p < 0,0001$ ; M:  $p < 0,001$ ; F:  $p < 0,01$ ) e alla P3 (P1 vs P3 => PT:  $p < 0,0001$ ; M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0001$ ).

Per contro, seppur in diversa misura, nella P2 (P2 vs P1 => PT:  $p < 0,01$ ) e nella P3 (P3 vs P1 => PT:  $p < 0,0001$ ; M:  $p < 0,05$ ; F:  $p < 0,0001$ ) gli/le adolescenti ad aver sperimentato le bevande alcoliche durante gli studi alla Scuola Secondaria di 1° grado sono significativamente più rappresentati/e di quelli rilevati nella P1, così come i/le giovani della P3 che hanno assaggiato per la prima volta gli alcolici nel corso degli studi alla della Scuola Secondaria di 2° prevalgono di gran lunga sui/sulle coetanei/e della P2 (P3 vs P2 => PT:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0001$ ) e della P1 (P3 vs P1 => PT:  $p < 0,0001$ ; M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0001$ ) che fanno risalire la sperimentazione alcolica nello stesso periodo.

#### **5.4.3 Comportamento alcolico**

Gli studenti che fanno un qualche uso di bevande alcoliche (bevitori) compongono il 67,6% della P3 (M: 70,5%; F: 66,0%), significativamente più numerosi di quest'ultimi ( $p < 0,05$ ) sono gli studenti bevitori (73,4%) rilevati nella P2 (M: 72,0%; F: 74,4%), mentre sono risultati in assoluto statisticamente meno rappresentati (P3vsP1=>  $p < 0,0005$ ; P3vsP1=>  $p < 0,0001$ ) gli studenti della P3 che dichiarano di consumare bevande alcoliche (Pop. Tot.: 62,4%; M: 60,2%; F: 64,9%).

#### **5.4.4 Le abitudini alcoliche**

Le informazioni rese disponibili dalla popolazione studentesca - qualità, quantità e frequenza d'uso delle diverse bevande alcoliche – (Tab. 5.19) permettono di stimare che il consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro (g/die) degli studenti bevitori della P1 ammonta a 11,9g/die di alcol (M: 18,3g/die; F: 8,5g/die;  $p < 0,074$ ), più contenuto e pari a 10,2g/die è risultato mediamente il consumo dichiarato dai coetanei bevitori appartenenti alla P2 (M: 14,9g/die; F: 7,2g/die), mentre decisamente inferiore (P1vsP3=>  $p < 6,83E-14$ ; P2vsP3=>  $p < 2,01E-09$ ) ed equivalente a 5,2g/die (M: 6,4g/die; F: 3,9g/die) si è rivelato il consumo quotidiano della popolazione studentesca bevitrice presente nella P3.

Popolazione	Maschi (g/die)	Femmine (g/die)	Pop. Tot. (g/die)
P1	18,3 (30,10) <sup>*,a</sup>	8,5 (13,38) <sup>*,b</sup>	11,9 (21,62) <sup>°</sup>
P2	14,9 (20,35) <sup>c</sup>	7,2 (12,78) <sup>d</sup>	10,2 (16,81) <sup>^</sup>
P3	6,4 (12,66) <sup>a,c</sup>	3,9 (6,69) <sup>b,d</sup>	5,2 (10,25) <sup>°,^</sup>

\*) $p < 0,074$ ; °) $p < 6,83E-14$ ; ^) $p < 2,01E-09$ ; a) $p < 3,17E-08$ ; b) $p < 0,0001$ ; c) $p < 2,72E-11$ ; d) $p < 2,87E-08$

Tab. 5.19 - Consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro (g/die) e relativa deviazione standard (SD), specifici per genere, dichiarati dagli studenti bevitori della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione dell'edizione dello studio (P1-P2- P3).

A partire dai consumi medi giornalieri dichiarati dagli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado è possibile realizzare che i bevitori/trici occasionali (BO: <5,0g/die di alcol anidro) presenti nella P1 ammontano al 37,7%, quelli rilevati nella P2 al 38,9% e costituiscono il 38,6% degli adolescenti coinvolti nella P3.

In ciascuna delle popolazioni considerate le femmine BO (P1: 41,7%; P2: 44,2%; P3: 47,0%) prevalgono decisamente (P1:  $p < 0,0001$ ; P2:  $p < 0,001$ ; P3:  $p < 0,0001$ ) sui compagni BO (P1: 30,3%; P2: 31,0%; P3: 31,1%).

Allo stesso tempo i bevitori/trici abituali (BA:  $\geq 5,0$ g/die di alcol anidro) stimati nella P1 raggiungono il 30,0% accomunano il 34,5% degli adolescenti della P2 ed il 17,6% di quelli della P3.

Nei tre diversi momenti della ricerca la percentuale dei maschi BA (P1: 41,7%; P2: 44,2%; P3: 47,0%) si rivela di gran lunga più elevata (P1:  $p < 0,0001$ ; P2:  $p < 0,005$ ; P3:  $p < 0,01$ ) rispetto a quella delle femmine BA (P1: 24,4%; P2: 30,2%; P3: 14,4%).

I BA censiti nella P3 sono risultati decisamente più contenuti rispetto a quelli rilevati nella P1 (P3 vs P1:  $p < 0,0001$ ) e nella P2 (P3 vs P2:  $p < 0,0001$ ), differenze significative che trovano riscontro sia a livello della popolazione maschile BA (P3 vs P1:  $p < 0,0001$ ; P3 vs P2:  $p < 0,0001$ ) che di quella femminile BA (P1 vs P3:  $p < 0,0001$ ; P2 vs P3:  $p < 0,0001$ ).

#### 5.4.5 Le modalità del bere alcolico

Le modalità di consumo alcolico degli studenti bevitori coinvolti nella prima fase dello studio (P1) evidenziano che questi assumono pasteggiando in media 7,5g/die di alcol anidro (61,0%DAM) che si rivelano ben più elevati ( $p < 0,004$ ) dei 4,8g/die (49,0DAM) consumati mediamente dalla popolazione bevitrice “fuori pasto” (Tab 5.20).

Nella popolazione maschile ed in quella femminile il consumo alcolico medio “a pasto” (M: 11,5 g/die; F: 5,1 g/die) è nettamente superiore (M:  $p < 0,004$ ; F:  $p < 0,002$ ) di

quello “fuori pasto” (M: 7,3 g/die; F: 3,3g/die) ed in entrambe le modalità d’uso i maschi bevitori indulgono più delle femmine nell’uso degli alcolici (P=> M vs F:  $p<1,19E-09$ ;FP=> M vs F:  $p<7,65E-15$ ).

Edizione Studio	Modalità di consumo	Parametri	Maschi (g/die)	Femmine (g/die)	Pop. Tot. (g/die)
P1	Pasto	Range	da 0,0 a 104,04	da 0,0 a 70,00	da 0,0 a 104,0
		Media (%DAM)	11,5 <sup>*,a</sup> (61,8%)	5,1 <sup>*,b</sup> (60,9%)	7,5 <sup>c</sup> (61,0%)
	Fuori Pasto	Range	da 0,0 a 104,0	da 0,0 a 53,5	da 0,0 a 104,0
		Media (%DAM)	7,28 <sup>o,a</sup> (38,8%)	3,31 <sup>o,b</sup> (39,1%)	4,75 <sup>c</sup> (39,0%)
P2	Pasto	Range	da 0,0 a 53,5	da 0,0 a 53,5	da 0,0 a 53,5
		Media (%DAM)	5,1 <sup>^,d</sup> (44,9%)	2,1 <sup>^,e</sup> (29,6%)	3,3 <sup>f</sup> (32,7%)
	Fuori Pasto	Range	da 0,0 a 56,2	da 0,0 a 66,1	da 0,0 a 66,1
		Media (%DAM)	9,6 <sup>§,d</sup> (55,1%)	5,1 <sup>§,e</sup> (70,4%)	6,9 <sup>f</sup> (67,3%)
P3	Pasto	Range	da 0,0 a 94,5	da 0,0 a 26,0	da 0,0 a 94,5
		Media (%DAM)	3,0 (47,2%)	1,3 <sup>g</sup> (33,0%)	2,2 <sup>h</sup> (42,0%)
	Fuori Pasto	Range	da 0,0 a 47,4	da 0,0 a 49,1	da 0,0 a 49,1
		Media (%DAM)	3,4 (52,8%)	2,6 <sup>g</sup> (67,0%)	3,0 <sup>h</sup> (58,0%)

\* $p<1,19E-09$ ; <sup>o</sup> $p<7,65E-15$ ; <sup>^</sup> $p<9,37E-05$ ; <sup>§</sup> $p<0,003$ ; <sup>a</sup> $p<0,004$ ; <sup>b</sup> $p<0,0002$ ; <sup>c</sup> $p<0,00002$ ; <sup>d</sup> $p<0,001$ ; <sup>e</sup> $p<0,00001$ ; <sup>f</sup> $p<2,48E-07$ ; <sup>g</sup> $p<0,004$ ; <sup>h</sup> $p<0,05$

Tab. 5.20 – Range, Media aritmetica e relativa percentuale sulla DAM del consumo di alcol (g/die) a pasto e fuori pasto dichiarato dagli studenti bevitori della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione dell’edizione dello studio (P1-P2- P3).

Nella seconda fase della ricerca (P2) le stime del bere quotidiano rivelano che i consumi alcolici degli studenti bevitori “a pasto” (3,3 g/die; 32,7%DAM) sono più contenuti ( $p<2,48E-07$ ) di quelli “fuori pasto” (6,9 g/die; 67,3%DAM).

Il contributo alcolico alla DAM, dei bevitori di entrambi i generi, derivanti dal bere “fuori pasto” (M=> 9,6 g/die; 55,1%DAM - F=>:5,1 g/die; 44,9%DAM) è di gran ben al di sopra (P=> M vs F:  $p<1,19E-09$ ;FP=> M vs F:  $p<7,65E-15$ ) di quello derivante dal bere “a pasto” (M=>5,1 g/die; 44,9%DAM - F=>: 2,1 g/die; 29,6%DAM). Sia a “pasto” che “fuori pasto” i consumi alcolici medi stimati per la popolazione maschile

sono risultati significativamente (M vs F => P:  $p < 9,37E-05$ ; FP:  $p < 0,003$ ) più elevati di quelli della corrispondente popolazione femminile.

Più recentemente, nell'ultimo periodo della ricerca (P3), i consumi alcolici ammessi, dalla popolazione studentesca bevitrice mostrano che gli adolescenti bevono “a pasto” in media 2,2 g/die di alcol anidro (42,0% DAM), consumo che risulta essere assolutamente inferiore (P vs FP:  $p < 0,05$ ) rispetto ai 3,0 g/die di alcol anidro (58,0% DAM) che gli stessi affermano di bere quotidianamente “fuori pasto”.

Questa modalità di consumo delle bevande alcoliche viene ribadita dall'analisi in funzione del genere dalla quale si evince che gli adolescenti bevitori/ici preferiscono consumare alcolici “fuori pasto”, modalità con la quale assumono in media ogni giorno, rispettivamente 3,4 g/die i maschi e 2,6 g/die di alcol anidro le femmine, la maggior parte della dieta alcolica (M: 52,8%DAM; F: 67,0%DAM). Allo stesso tempo più modesti (P vs FP=> F:  $p < 0,004$ ) si rivelano i consumi quotidiani di alcolici “a pasto” che ammontano in media a 3,4 g/die per i ragazzi ed a 2,6 g/die per le compagne di studi.

Le preferenze degli studenti bevitori ingaggiati all'inizio della ricerca sono per il vino, bevanda alcolica il cui consumo quotidiano equivalente a 6,2 g/die (50,6%DAM) di alcol anidro - M: 9,7g/die; (51,5%DAM); F: 4,2g/die (49,6%DAM) - fornisce il maggior contributo alla DAM (Tab. 5.21).

La birra si rivela la bevanda di seconda scelta degli studenti bevitori il cui consumo medio quotidiano, pari a 3,8g/die di alcol anidro (30,7%DAM) alcol anidro - M: 5,9g/die; (31,3%DAM); F: 2,5g/die (29,9%DAM) -, appare è decisamente inferiore a quello del vino (V vs B=> M:  $p < 0,002$ ; F:  $p < 0,0002$ ; Pop.tot:  $p < 5,77E-06$ ).

L'uso dei superalcolici è riconducibile mediamente a 2,3 g/die di alcol anidro (18,7%DAMI), consumo - M: 3,2g/die; (17,2%DAM); F: 1,7g/die (20,5%DAM) – che si rivela di gran lunga più contenuto - M: 5,9g/die; (31,3%DAM); F: 2,5g/die (29,9%DAM) – di quello fornito sia dal vino (V vs SA=> M:  $p < 8,70E-05$ ; F:  $p < 5,27E-08$ ; Pop.tot:  $p < 5,05E-14$ ) che dalla birra (B vs SA => M:  $p < 3,38E-08$ ; F:  $p < 0,009$ ; Pop.tot:  $p < 3,44E-06$ ).

La dieta alcolica degli studenti bevitori coinvolti nel secondo periodo della ricerca è sostenuta in media da 3,7 g/die di alcol anidro (36,6%DAM) da superalcolici, al quale si aggiungono nell'ordine 3,4 g/die di alcol anidro da vino (33,0%DAM) e 3,1 g/die di alcol anidro riconducibili al consumo della birra (30,4%DAM).

Non si rilevano differenze sostanziali fra i consumi medi quotidiani di alcol da vino (5,3 g/die; 35,5%DAM), birra (2,1g/die; 2,1%DAM) e superalcolici (3,4g/die; 33,0%DAM) stimati per i maschi bevitori.

Edizione Studio	Modalità di consumo	Parametri	Maschi (g/die)	Femmine (g/die)	Pop. Tot. (g/die)	
P1	Vino	Range	da 0,0 a 130,1	da 0,0 a 78,8	da 0,0 a 130,1	
		Media (%DAM)	9,7 <sup>a,c</sup> (51,5%)	4,2 <sup>d,e</sup> (49,6%)	6,2 <sup>g,h</sup> (50,6%)	
		Range	da 0,0 a 73,9	da 0,0 a 46,2	da 0,0 a 73,9	
	Birra	Media (%DAM)	5,9 <sup>a,b</sup> (31,3%)	2,5 <sup>d,f</sup> (29,9%)	3,8 <sup>g,i</sup> (30,7%)	
		Range	da 0,00 a 56,88	a 0,00 a 70,00	a 0,00 a 70,00	
	Sup. Alc.	Media (%DAM)	3,2 <sup>b,c</sup> (17,2%)	1,7 <sup>e,f</sup> (20,5%)	2,3 <sup>h,i</sup> (18,7%)	
		Range	da 0,0 a 53,5	da 0,0 a 53,5	da 0,0 a 53,5	
	P2	Vino	Media (%DAM)	5,3 (35,5%)	2,1 (29,6%)	3,4 (33,0%)
			Range	da 0,0 a 64,7	da 0,0 a 55,4	da 0,0 a 64,7
Birra		Media (%DAM)	4,6 (31,3%)	2,1 <sup>l</sup> (29,4%)	3,1 (30,4%)	
		Range	da 0,0 a 56,4	da 0,0 a 79,4	da 0,0 a 79,4	
Sup. Alc.		Media (%DAM)	5,0 (33,3%)	2,9 <sup>l</sup> (41,0%)	3,7 (36,6%)	
		Range	da 0,0 a 39,4	da 0,0 a 26,0	da 0,0 a 39,4	
P3		Vino	Media (%DAM)	1,9 (29,6%)	1,1 <sup>n,o</sup> (28,5%)	1,5 <sup>q</sup> (29,2%)
			Range	da 0,0 a 37,0	da 0,0 a 18,5	da 0,0 a 37,0
		Birra	Media (%DAM)	1,8 <sup>m</sup> (28,2%)	0,7 <sup>o,p</sup> (18,2%)	1,3 <sup>r</sup> (24,5%)
	Range		da 0,00 a 94,5	da 0,0 a 49,1	da 0,0 a 94,5	
	Sup. Alc.	Media (%DAM)	2,7 <sup>m</sup> (42,2%)	2,1 <sup>n,p</sup> (53,3%)	2,4 <sup>q,r</sup> (46,2%)	

<sup>a)</sup>p<0,002; <sup>b)</sup>p<3,38E-08; <sup>c)</sup>p<8,70E-05; <sup>d)</sup>p<0,0002; <sup>e)</sup>p<5,27E-08; <sup>f)</sup>p<0,009  
<sup>g)</sup>p<5,77E-06; <sup>h)</sup>p<5,05E-14; <sup>i)</sup>p<3,44E-06; <sup>l)</sup>p<0,08; <sup>m)</sup>p<0,06; <sup>n)</sup>p<0,02;  
<sup>o)</sup>p<0,0004; <sup>p)</sup>p<1,49E-08; <sup>q)</sup>p<0,002; <sup>r)</sup>p<2,68E-05

Tab. 5.21 – Range, Media aritmetica e relativa percentuale sulla DAM del contributo alcolico (g/die) di vino, birra e super alcolici dichiarato dagli studenti bevitori della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione dell'edizione dello studio (P1-P2- P3).

Il consumo alcolico della popolazione femminile bevitrice viene alimentato in media da 2,9 g/die (41,0%DAM) di alcol anidro, al quale si aggiungono ogni giorno 2,1 g/die di alcol anidro da vino (29,4%DAM) ed altrettanti da birra (29,6%DAM). Nella DAM della popolazione femminile bevitrice il consumo medio quotidiano di superalcolici pesa significativamente (S vs B: p<0,08) più di quello della birra.

A ben guardare, nell'ultimo periodo della ricerca la popolazione studentesca oggetto di studio dichiara un consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro da superalcolici di 2,4 g/die (46,2%DAM) nettamente superiore (SA vs V:  $p < 0,002$ ) degli 1,5 g/die (29,2%DAM) stimati per il vino e degli 1,3 g/die (24,5%DAM) attribuiti alla birra (SA vs B:  $p < 2,68E-05$ ).

Analogamente, nella popolazione femminile più che in quella maschile (M: g/die; F: g/die) il consumo dei superalcolici (M: 2,7g/die -42,2%DAM; F: 2,1g/die -52,3%DAM) prevale chiaramente (SA vs V=> F:  $p < 0,02$ ) su quello del vino (M: 1,9g/die -29,6%DAM; F: 1,1g/die -28,5%DAM) ed ancor più (SA vs B=> M:  $p < 0,06$ ; M:  $p < 1,49E-08$ ) su quello della birra (M: 1,8g/die -28,2%DAM; F: 0,7g/die -18,2%DAM).

#### **5.4.6 I comportamenti a rischio**

A partire dal consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro dichiarato dagli studenti bevitori siamo in grado di affermare che il 18,3% degli adolescenti appartenenti alla P1, il 16,4% di quelli rilevati nella P2 e il 5,8% dei coetanei della P3, questi ultimi decisamente meno numerosi dei compagni/colleghi (P3 vs P1:  $p < 0,0001$ ; P3 vs P2 =>  $p < 0,0001$ ), risultano esposti a maggior rischi di problemi psico medico sociali alcol correlate per il proprio bere quotidiano.

Analogamente, sia nella popolazione maschile che in quella femminile gli/le adolescenti BR rilevati/e nella P1 (M: 19,8%; F:17,5%) e nella P2 (M:18,7%; F: 14,8%) si rivelano percentualmente di gran lunga più elevate (P1 vs P3 => M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0001$  - P2 vs P3 => M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0005$ ) di quelle rilevate nella popolazione della P3 (M: 4,5%; F: 7,2%).

Sempre a proposito di situazioni a rischio registriamo che l'intossicazione acuta da alcol (Tab. 5.22) ha interessato nel corso dell'anno precedente la ricerca il 34,5% degli studenti della P1, ha visto protagonisti, assolutamente i più numerosi (P2 vs P1:  $p < 0,0001$ ; P2 vs P3:  $p < 0,05$ ), il 47,3% degli adolescenti della P2 ed ha coinvolto il 38,3% di quelli della P3 che affermano di aver fatto la stessa esperienza.

Un quadro del tutto analogo si presenta nella popolazione di entrambi i generi nelle quali gli studenti protagonisti di episodi di IAA nell'anno precedente la ricerca appartenenti alla P2 (M: 54,2%; F: 42,2%) si rivelano percentualmente di gran lunga più numerosi (P2 vs P1=>M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,005$  - P2 vs P3=> M:  $p < 0,0001$ ) dei coetanei della P1 (M: 38,2%; F: 32,5%) e della P3 (M: 37,2%; F: 39,4%) che sono stati coinvolti dallo stesso evento. Le adolescenti coinvolte nello stesso periodo in episodi di IAA

rilevate nella P1 sono significativamente meno numerose (P1 Vs P3:  $p < 0,01$ ) delle colleghe della P3.

Vale la pena di sottolineare che fra gli adolescenti della P1 e della P2 i maschi protagonisti di episodi di IAA nel corso dell'anno precedente la ricerca prevalgono nettamente (M vs F=> P1:  $p < 0,005$ ; P2:  $p < 0,005$ ) sulla analoga popolazione femminile.

<b>IAA</b>	<b>Maschi (%)</b>	<b>Femmine (%)</b>	<b>Pop. Tot. (%)</b>
P1	38,2 <sup>a</sup>	32,5 <sup>c,d</sup>	34,5 <sup>e</sup>
P2	54,9 <sup>a,b</sup>	42,2 <sup>c</sup>	47,3 <sup>e,f</sup>
P3	37,2 <sup>b</sup>	39,4 <sup>d</sup>	38,3 <sup>f</sup>

<sup>a,b,e</sup>) $p < 0,0001$ ; <sup>c,f</sup>) $p < 0,005$ ; <sup>d</sup>) $p < 0,01$

Tab. 5.22 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca, che affermano di sperimentato l'intossicazione acuta da alcol (IAA) nei dodici mesi precedenti lo studio in funzione all'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

## 6. La ricerca “parte 2”: i comportamenti alcolici delle gravide e degli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado in funzione dei comportamenti alcolici famigliari

Molteplici ricerche correlano le abitudini alcoliche, siano esse di uso o di abuso, del contesto familiare con un incremento dei fattori di rischio genetici e ambientali, che possono influire sulle scelte dei singoli individui<sup>235,236,237,238,275</sup>. Da più parti viene enunciato che le abitudini alcoliche famigliari condizionano gli individui fin dalla più tenera età<sup>240,241</sup>. A tal proposito è intento dello studio verificare se esiste correlazione tra i comportamenti alcolici delle gravide e degli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado ed il comportamento alcolico dei famigliari conviventi<sup>154,155</sup>.

Lo scopo della “parte 2” della ricerca è valutare la possibile influenza dei comportamenti alcolici dei famigliari conviventi sui modelli di comportamento degli adolescenti e delle donne in gravidanza.

### 6.1 Le gravide e la famiglia

#### 6.1.1 Il comportamento alcolico dei famigliari conviventi delle gravide

Alla richiesta di indicare il comportamento alcolico dei famigliari conviventi il 15,9% delle gravide coinvolte nella ricerca non risponde, il 17,4% dichiara che in famiglia “nessuno” beve mentre il 66,7% indica di convivere con almeno un familiare bevitore (Tab. 6.1).

<b>Conviventi Bevitori</b>	<b>Gravide (%)</b>
Famiglia Bevitrice (FBE)	66,7 <sup>a,b</sup>
Famiglia non bevitrice (FNB)	17,4 <sup>a</sup>
N.R.	15,9 <sup>b</sup>
Marito	37,3 <sup>c,d</sup>
Compagno	25,5 <sup>c,e</sup>
Solo altri famigliari	3,8 <sup>d,e</sup>

<sup>a,b,c,d,e</sup>)p<0,0001

Tab. 6.1 - Distribuzione percentuale, delle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012), in funzione delle abitudini alcoliche dei famigliari conviventi.

L'analisi del grado di parentela delle gestanti con i conviventi bevitori mette in evidenza che nel 37,3% dei nuclei famigliari è presente un "marito" bevitore, nel 25,5% è "il compagno" a bere alcolici, e solamente nel 3,8% delle famiglie sono presenti altri conviventi bevitori.

### 6.1.2 I comportamenti alcolici e le abitudini famigliari

Il confronto fra le abitudini alcoliche delle gestanti ed i modelli di comportamento alcolico dei famigliari conviventi (Tab. 6.2) fa emergere che il 76,5% delle gestanti bevitrici (GBE) convive con famigliari bevitori (FBE), assolutamente meno numerose (FBE vs FBN:  $P < 0,0001$ ) ed equivalenti all'12,0% sono le GBE che convivono con famigliari non bevitori (FNB), mentre l'11,5% delle GBE non fornisce informazioni in proposito (FBE vs NR =>  $p < 0,0001$ ).

Per contro, il 52,4% delle gestanti non bevitrici (GNB) vivono in una FBE, il 23,2% convive in una FNB, mentre per il 22,4% delle gravide non è stato possibile definire il tipo la convivenza (GNB: FBE vs FNB =>  $p < 0,0001$ ; FBE vs NR =>  $p < 0,0001$ ).

Nell'ambito delle FBE le GBE conviventi con famigliari bevitori prevalgono nettamente ( $p < 0,0001$ ) sulle GNB, mentre nelle FNB le GNB risultano assolutamente più numerose ( $p < 0,0001$ ) delle GBE.

<b>Comportamento alcolico gravide</b>	<b>Comportamento alcolico familiare</b>	<b>(%)</b>
Gravide bevitrici (GBE)	Famiglia bevitrice (FBE)	76,5 <sup>a,b,e</sup>
	Famiglia non bevitrice (FNB)	12,0 <sup>a,f</sup>
	Non risponde (NR)	11,5 <sup>b,g</sup>
Gravide non bevitrici (GNB)	Famiglia bevitrice (FBE)	52,4 <sup>c,d,e</sup>
	Famiglia non bevitrice (FNB)	25,2 <sup>c,f</sup>
	Non risponde (NR)	22,4 <sup>d,g</sup>

<sup>a,b,c,d,e</sup>) $p < 0,0001$ ; <sup>g</sup>) $p < 0,0005$

Tab. 6.2 - Distribuzione percentuale, delle abitudini alcoliche dichiarate dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012), in funzione abitudini alcoliche dei famigliari conviventi.

Bevono occasionalmente (BO) - < 5g/die di alcol – il 48,3% delle gravide che convivono con famigliari bevitori, mentre di gran lunga meno FNB ( $p < 0,005$ ). Allo stesso tempo il 19,7% delle gravide consuma abitualmente alcolici (BA) -  $\geq 5$  g/die di alcol – e convive in un FBE, ancorché significativamente meno numerose ( $p < 0,025$ ) e pari al 9,5% risultano le BA provenienti da una FNB (Tab. 6.3).

Sia nelle FBE sia in quelle FNB le gravide che fanno uso occasionale di bevande alcoliche prevalgono decisamente su quelle che fanno un uso abituale di alcolici (BO vs BA => FNB:  $p < 0,0001$ ; FBE  $p < 0,0001$ ).

<b>Comportamento alcolico familiare</b>	<b>Comportamento alcolico delle gravide</b>	<b>%</b>
FBE	Non Bevitrici	32,1 <sup>e,g</sup>
	Bevitrici	67,9 <sup>f,g</sup>
	Bevitrici occasionali (BO)	48,3 <sup>a,c</sup>
	Bevitrici abituali (BA)	19,7 <sup>a,d</sup>
FNB	Non Bevitrici	59,0 <sup>e,h</sup>
	Bevitrici	41,0 <sup>f,h</sup>
	Bevitrici occasionali (BO)	31,4 <sup>b,c</sup>
	Bevitrici abituali (BA)	9,5 <sup>b,d</sup>

a,b,e,f)p<0,0001; c)p<0,005; d)p<0,025; h)p<0,01

Tab. 6.3 - Distribuzione percentuale, delle abitudini alcoliche dichiarate dalle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012), in funzione abitudini alcoliche dei famigliari conviventi.

### 6.1.3 I comportamenti a rischio delle gravide e le abitudini famigliari

Sono esposte a maggior rischio di incorrere in patologie alcol correlate (PAC) in quanto consumano mediamente 10,0 o più g/die di alcol il 13,6% delle GBE conviventi in una FBE e l'11,6% di quelle provenienti da una FNB (Tab. 6.4).

<b>Comportamento alcolico familiare</b>	<b>Gravide (%)</b>
FBE	13,6
FNB	11,6

Tab. 6.4 - Distribuzione percentuale delle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012) che per le loro abitudini alcoliche sono esposte a maggior rischio di incorrere in patologie alcol correlate in funzione abitudini alcoliche dei famigliari conviventi.

Nell'anno precedente la ricerca l'intossicazione acuta da alcol (IAA) ha coinvolto il 5,8% delle gravide conviventi con famigliari bevitori e il 2,2% delle gestanti che abitano con famigliari non bevitori. Eventualità che ha interessato l'8,4% delle gestanti con M/C "bevitore" e l'8,5% di quelle con M/C "non bevitore" (Tab. 6.5).

<b>Comportamento alcolico familiare</b>	<b>Gravide (%)</b>
FBE	5,8
FNB	2,2

Tab. 6.5 - Distribuzione percentuale delle gravide coinvolte nella ricerca (2008-2012) che nei dodici mesi precedenti lo studio sono incorse in uno o più casi di intossicazione acuta da alcol in funzione abitudini alcoliche dei famigliari conviventi.

## 6.2 Gli studenti delle SS2 e la famiglia

### 6.2.1 Le abitudini alcoliche famigliari degli studenti delle SS2

Nella fase iniziale della ricerca condotta sulla popolazione studentesca delle SS2 (P1) il 95,4% degli adolescenti convivevano con dei famigliari bevitori (M: 95,4%;F: 95,5%), situazione che nei momenti successivi accomuna rispettivamente il 78,8% degli studenti nella P2 (M: 80,2%;F: 79,1%) ed il 77,2% di quelli della P3 (Tab. 6.6).

Popolazione	Comportamento alcolico famigliare	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	Bevitori	95,4 <sup>d,m</sup>	95,5 <sup>f,p</sup>	95,4 <sup>i,s</sup>
	Non Bevitori	3,8 <sup>e,n</sup>	3,2 <sup>g,q</sup>	3,4 <sup>l,t</sup>
	Non risponde	0,8 <sup>o</sup>	1,3 <sup>h,r</sup>	1,1 <sup>u</sup>
P2	Bevitori	80,2 <sup>d</sup>	79,1 <sup>f</sup>	79,6 <sup>i</sup>
	Non Bevitori	19,8 <sup>e,w</sup>	17,3 <sup>g</sup>	18,3 <sup>l,z</sup>
	Non risponde	0,0 <sup>a,x</sup>	3,5 <sup>a,h</sup>	2,1 <sup>y</sup>
P3	Bevitori	76,5 <sup>m</sup>	77,9 <sup>p</sup>	77,2 <sup>s</sup>
	Non Bevitori	12,0 <sup>b,n,w</sup>	16,5 <sup>b,q</sup>	14,1 <sup>t,z</sup>
	Non risponde	11,5 <sup>c,o,x</sup>	5,6 <sup>c,r</sup>	8,7 <sup>u,y</sup>

<sup>d,e,f,g,i,l,m,n,o,p,q,r,s,t,u,x,y</sup>) $p < 0,0001$ ; <sup>h</sup>) $p < 0,01$ ; <sup>a,w</sup>) $p < 0,005$ ; <sup>b</sup>) $p < 0,05$ ; <sup>c</sup>) $p < 0,001$ ; <sup>z</sup>) $p < 0,025$

Tab. 6.6 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione delle abitudini alcoliche famigliari e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

Nelle ultime due edizioni dello studio le famiglie bevitrici sono significativamente meno numerose di quelle rilevate nella P1 (P1 vs P2 => FBE:  $p < 0,0001$ ; P1 vs P3 : $p < 0,0001$ ).

Le abitudini alcoliche dei famigliari ci raccontano una situazione in cui il padre, in tutte e tre le edizioni dello studio (P1: 87,5%; P2: 64,2% P3: 63,4%), è la figura parentale bevitrice più frequente e che appare decisamente più sostenuta nella P1 (P1 vs P2:  $p < 0,0001$ ; P1 vs P3:  $p < 0,0001$ ) rispetto a quella rilevata nelle popolazioni coinvolte P2 e P3 (Tab. 6.7).

Negli stessi nuclei famigliari il 79,8% degli studenti delle SS2 appartenenti alla P1 convivono con una madre bevitrice, eventualità che appare meno frequente ed interessa il 53,2% delle famiglie degli studenti della P2 (P1 vs P2:  $p < 0,0001$ ) ed il 49,7% di quelle dei compagni della P3 (P1 vs P3:  $p < 0,0001$ ).

In ciascuna delle fasi della ricerca la figura del padre bevitore in famiglia prevale significativamente su quella della madre bevitrice (Padre vs Madre => P1:  $p < 0,0001$ ; P2:  $p < 0,0001$ ; P3:  $p < 0,0001$ ).

I fratelli e le sorelle conviventi degli studenti delle SS2 coinvolti nella ricerca a fare uso di bevande alcoliche sono significativamente più numerosi nella P1 (40,9%) - Fratelli/Sorelle => P1 vs P2:  $p < 0,0001$ ; P1 vs P3:  $p < 0,0001$ ) rispetto a quelli rilevati nella P2 (26,1%) e nella P3 (29,1%).

Popolazione studio	Famigliari Bevitori	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	Padre	89,1 <sup>a,l,m</sup>	86,7 <sup>d,n,o</sup>	87,5 <sup>g,p,q</sup>
	Madre	79,8 <sup>a,r,s</sup>	79,8 <sup>d,t,u</sup>	79,8 <sup>g,w,x</sup>
	Fratelli/Sorelle	37,6 <sup>y,z</sup>	42,8 <sup>£,£</sup>	40,9 <sup>£,o</sup>
P2	Padre	66,4 <sup>b,l</sup>	62,8 <sup>e,n</sup>	64,3 <sup>h,p</sup>
	Madre	51,5 <sup>b,r</sup>	54,3 <sup>e,t</sup>	53,2 <sup>h,w</sup>
	Fratelli/Sorelle	26,5 <sup>y</sup>	25,8 <sup>£</sup>	26,1 <sup>£</sup>
P3	Padre	62,8 <sup>c,m</sup>	64,1 <sup>f,o</sup>	63,4 <sup>i,q</sup>
	Madre	50,1 <sup>c,s</sup>	49,3 <sup>f,u</sup>	49,7 <sup>i,x</sup>
	Fratelli/Sorelle	28,7 <sup>z</sup>	29,5 <sup>£</sup>	29,1 <sup>o</sup>

<sup>a,c,d,f,g,h,i,l,m,n,o,p,q,r,s,t,u,w,x,y,z,£,£,o</sup>) $p < 0,0001$ ; <sup>b,y,z</sup>) $p < 0,0005$ ; <sup>e</sup>) $p < 0,025$

Tab. 6.7 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione dei conviventi bevitori e dell'edizione dello studio (P1 – P2 – P3).

### 6.2.2 L'approccio alle bevande alcoliche e la famiglia

Nella prima fase dello studio gli studenti sperimentatori provenienti da una famiglia bevitrice (FBE) sono l'85,8% (M: 84,5%; F: 86,5%), mentre sono il 62,5% coloro che provengono da una famiglia non bevitrice (FNB) (M: 73,7%; F: 55,2%) (Tab. 6.8).

Gli adolescenti sperimentatori della P2 che abitano nelle FBE sono l'86,1% (M: 86,2%; F: 86,0%), quelli che convivono nelle FNB raggiungono il 76,2% (M: 78,9%; F: 73,9%). Nella P3 i giovani sperimentatori presenti nelle FBE ammontano al 79,9% (M: 77,5%; F: 82,5%) mentre gli adolescenti che vivono in una FNB costituiscono il 64,9% (M: 55,1%; F: 72,3%).

La sperimentazione delle bevande alcoliche ha coinvolto nelle tre edizioni dello studio una percentuale decisamente maggiore di studenti conviventi nelle FBE piuttosto di quelli che abitano nelle FNB (Sperimentatori FBE vs FNB => P1:  $p < 0,0001$ ; P2:  $p < 0,01$ ; P3:  $p < 0,0001$ ).

L'età della sperimentazione viene ricondotta dagli studenti della P1 appartenenti alle FBE mediamente all'età di 10,3 anni (M: 10,0aa; F: 10,4aa). Significativamente meno precoci di questi ultimi ( $p < 0,03$ ) si sono rivelati gli sperimentatori conviventi nelle

FBN che per parte loro affermano di aver avuto il primo approccio agli alcolici in media all'età di 11,7 anni.

Popolazione	Esperienza alcolica	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	Pop. Tot.	84,2 <sup>e</sup>	85,1 <sup>f,g</sup>	84,8 <sup>h</sup>
	FBE	84,5 <sup>l,p</sup>	86,5 <sup>q</sup>	85,8 <sup>m,r</sup>
	FNB	73,7 <sup>p</sup>	55,2 <sup>q</sup>	62,5 <sup>r</sup>
P2	Pop. Tot.	84,3 <sup>d</sup>	80,2 <sup>f</sup>	82,3 <sup>i</sup>
	FBE	86,2 <sup>n</sup>	86,0 <sup>s</sup>	86,1 <sup>o,t</sup>
	FNB	78,9 <sup>a</sup>	73,9 <sup>s</sup>	76,2 <sup>t</sup>
P3	Pop. Tot.	74,1 <sup>b,d,e</sup>	80,4 <sup>b,g</sup>	77,1 <sup>h,i</sup>
	FBE	77,5 <sup>l,n,u</sup>	82,5 <sup>w</sup>	79,9 <sup>m,o,x</sup>
	FNB	55,1 <sup>a,c,u</sup>	72,3 <sup>c,w</sup>	64,9 <sup>x</sup>

<sup>e,h,p,q,r,u,x</sup>)p<0,0001; <sup>m</sup>)p<0,0005; <sup>a,o</sup>)p<0,005; <sup>n,i,l,t</sup>)p<0,01; <sup>b,c,g,s</sup>)p<0,025; <sup>f,w</sup>)p<0,05

Tab. 6.8 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca che hanno sperimentato le bevande alcoliche in funzione dei conviventi bevitori e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

Per quanto riguarda la P2 stimiamo che l'approccio agli alcolici dei giovani che vivono in una FBE sia avvenuto a 10,8 anni (M: 11,2aa; F: 10,6aa; p<0,06), evento che per i compagni che abitano nelle FNB si è concretizzato mediamente a 11,6 anni (M: 12,1aa; F: 11,2aa) (Tab. 6.9).

In questa fase della ricerca l'età d'approccio alle bevande alcoliche stimato per la popolazione studentesca che convive con dei famigliari bevitori è significativamente più bassa (FBE vs FNB => p<0,05) rispetto a quella stimata per la corrispondente popolazione scolastica che convive nelle FNB.

Nell'ultimo step della ricerca (P3) il primo approccio agli alcolici da parte degli adolescenti appartenenti alle FBE è avvenuto mediamente a 12,2 anni (M: 12,1aa; F: 12,3aa), più precocemente (p<0,005) rispetto all'età media di 13,1 anni alla quale fanno risalire l'evento i compagni di studi conviventi nelle FNB (M: 13,2aa; F: 13,1aa).

Edizione studio	Età approccio (anni)	Maschi (anni)	Femmine	Pop. Tot.
P1	Pop. Tot.	10,0 <sup>r,t</sup>	10,5 <sup>o</sup>	10,3 <sup>n,y</sup>
	FBE	10,0 <sup>s,u</sup>	10,4 <sup>b,p</sup>	10,3 <sup>c,z</sup>
	FNB	10,4 <sup>a,v</sup>	12,9 <sup>a,b,q</sup>	11,7 <sup>c</sup>
P2	Pop. Tot.	11,4 <sup>d,r,w</sup>	10,7 <sup>d,l</sup>	11,0*
	FBE	11,2 <sup>e,s,x</sup>	10,6 <sup>e,m</sup>	10,8 <sup>f,o</sup>
	FNB	12,1	11,2	11,6 <sup>f,^</sup>
P3	Pop. Tot.	12,2 <sup>t,w</sup>	12,5 <sup>l,o</sup>	12,3 <sup>y,*</sup>
	FBE	12,1 <sup>g,u,x</sup>	12,3 <sup>h,m,p</sup>	12,2 <sup>i,z,o</sup>
	FNB	13,2 <sup>g,v</sup>	13,1 <sup>h,q</sup>	13,1 <sup>i,^</sup>

<sup>a,h</sup>)p<0,07; <sup>b</sup>)p<0,008; <sup>c</sup>)p<0,03; <sup>d</sup>)p<0,04; <sup>e</sup>)p<0,06; <sup>f</sup>)p<0,05; <sup>g</sup>)p<0,03; <sup>i</sup>)p<0,005; <sup>l</sup>)p<1,37E-20; <sup>m</sup>)p<9,85E-16; <sup>n</sup>)p<4,73E-12; <sup>o</sup>)p<4,73E-12; <sup>p</sup>)p<1,83E-09; <sup>q</sup>)p<0,004; <sup>r</sup>)p<7,63E-07; <sup>s</sup>)p<4,26E-05; <sup>t</sup>)p<8,51E-22; <sup>u</sup>)p<1,62E-17; <sup>v</sup>)p<0,001; <sup>w</sup>)p<0,002; <sup>x</sup>)p<0,003; <sup>y</sup>)1,37E-20; <sup>z</sup>)p<9,85E-16; <sup>\*</sup>)p<4,73E-12; <sup>o</sup>)p<1,83E-09; <sup>^</sup>)p<0,004

Tab. 6.9 - Età media d'approccio alle bevande alcoliche (anni), specifica per genere, dichiarati dagli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione delle abitudini alcoliche famigliari e dell'edizione dello studio (P1-P2-P3).

### 6.2.3 Le abitudini alcoliche degli adolescenti e il contesto famigliare

Confrontando le abitudini alcoliche degli adolescenti con i modelli di comportamento alcolico dei conviventi (Tab. 6.10) ci si rende conto che nella P1, all'interno dei nuclei famigliari FBE, il 68,7% degli studenti fa un qualche uso di bevande alcoliche (M: 70,1%; F: 67,3%), comportamento che coinvolge solamente il 41,7% dei coetanei bevitori (p<0,0001) conviventi nelle FNB (M: 57,9%; F: 31,0%).

Edizione studio	Comportamento alcolico famigliare	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	FBE	70,1 <sup>l</sup>	67,3 <sup>d,o</sup>	68,6 <sup>g,p,q</sup>
	FNB	57,9	31,0 <sup>d,n</sup>	41,7 <sup>g</sup>
P2	FBE	75,8 <sup>b,m</sup>	81,9 <sup>e,o</sup>	79,4 <sup>h,p,r</sup>
	FNB	56,6 <sup>b</sup>	55,1 <sup>e,n</sup>	55,7 <sup>h</sup>
P3	FBE	55,5 <sup>a,c,l,m</sup>	64,1 <sup>a,f</sup>	59,6 <sup>l,q</sup>
	FNB	36,2 <sup>c</sup>	50,6 <sup>f</sup>	44,2 <sup>i</sup>

<sup>a,f</sup>)p<0,025; <sup>b</sup>)p<0,01; <sup>c</sup>)p<0,005; <sup>d,e,g,h,l,m,o,p,q,r</sup>)p<0,0001; <sup>i</sup>)p<0,0005; <sup>n</sup>)p<0,05

Tab. 6.10 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti bevitori della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione delle abitudini alcoliche famigliari e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

A ben guardare, anche nella P2 i giovani bevitori (79,4%) che provengono da una FBE (M: 75,8%; F: 81,9%) prevalgono decisamente ( $p<0,0001$ ) sui compagni di studio (55,7%) provenienti dalle FNB (M: 56,6%; F: 55,1%).

Analogamente nella P3 rileviamo che a consumare bevande alcoliche è il 59,6% degli adolescenti conviventi nelle FBE (M: 55,5%; F: 64,1%), mentre significativamente inferiori ( $p<0,0005$ ) e pari al 44,2% si rivelano gli studenti bevitori che vivono nelle FBN (M: 36,2%; F: 50,6%).

Se guardiamo ai bevitori abituali (Tab. 6.11) rileviamo che quelli che convivono nelle FBE ammontano al 30,5% nella P1 (M: 40,5%; F: 25,1%;  $p<0,0001$ ), costituiscono il 38,9% nella P2 (M: 45,6%; F: 34,3%;  $p<0,0001$ ) e rappresentano il 19,1% nella P3 (M: 22,3%; F: 15,7%;  $p<0,025$ ).

Edizione studio	Comportamento alcolico familiare	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	FBE	40,5 <sup>a,l</sup>	25,1 <sup>a,q</sup>	30,5 <sup>e,f,g</sup>
	FNB	31,6 <sup>b,n</sup>	3,4 <sup>b,q</sup>	14,6 <sup>e</sup>
P2	FBE	45,6 <sup>c,m,o</sup>	34,3 <sup>c,r</sup>	38,9 <sup>f,h</sup>
	FNB	22,6 <sup>o</sup>	17,4 <sup>r</sup>	19,7 <sup>h</sup>
P3	FBE	22,3 <sup>d,l,m,p</sup>	15,7 <sup>d,s</sup>	19,1 <sup>g,i</sup>
	FNB	11,6 <sup>n,p</sup>	7,1 <sup>s</sup>	9,1 <sup>i</sup>

<sup>a,g,h,l</sup>) $p<0,0001$ ; <sup>b,c,q,r</sup>) $p<0,01$ ; <sup>d,e</sup>) $p<0,025$ ; <sup>f</sup>) $p<0,001$ ; <sup>i,o</sup>) $p<0,005$ ; <sup>n,p,s</sup>) $p<0,05$

Tab. 6.11 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti bevitori abituali della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione delle abitudini alcoliche familiari e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

Per contro gli studenti che consumano abitualmente alcolici e abitano nelle FNB raggiungono il 14,6% nella P1 (M: 31,6%; F: 3,4%;  $p<0,01$ ), il 19,7% nella P2 (M: 22,6%; F: 17,4%) e il 9,1% nella P3 (M: 45,6%; F: 34,3%;  $p<0,0001$ ).

In ciascuno dei momenti della ricerca, nella popolazione studentesca totale, così come in quella di entrambi i generi, i bevitori abituali rilevati nelle FBE sono più numerosi dei colleghi presenti nelle FBN. Le differenze percentuali emerse, all'interno dei singoli steps, fra le percentuali degli studenti bevitori abituali in funzione del comportamento alcolico dei conviventi sono risultate, con la sola eccezione rappresentata dai maschi nella P1, statisticamente significative.

Ancora, le percentuali degli studenti bevitori abituali rilevate fra i conviventi delle FBE e delle FBN nei due primi due momenti della ricerca appaiono, seppur in

diversa misura, sempre più elevate di quelle rilevate nelle corrispondenti popolazioni della P3

#### 6.2.4 I comportamenti a rischio degli adolescenti e le abitudini famigliari

Per quanto riguarda gli studenti esposti a maggior rischio di patologie alcol correlate a causa del proprio bere quotidiano rileviamo che questi rappresentano rispettivamente il 18,9% nella P1 (M: 20,1%; F: 18,2%), il 19,1% nella P2 (M: 21,9%; F: 17,1%) e il 6,4% nella P3 (M: 5,2%; F: 7,7%) degli adolescenti/dei giovani conviventi nelle FBE (Tab. 6.12).

Quale che sia la popolazione considerata, di gran lunga meno numerosi dei compagni si rivelano in tutti gli steps della ricerca i giovani a rischio per le proprie abitudini alcoliche che convivono nelle FBN i quali ammontano al 4,2% nella P1 (M: 10,5%; F: 0,0%), al 6,6% nella P2 (M: 5,7%; F: 6,2%) ed al 2,6% nella P3 (M: 1,4%; F: 3,5%).

Nel dettaglio, rileviamo che nella popolazione studentesca generale sono risultate statisticamente significative le differenze fra le percentuali degli studenti bevitori a rischio conviventi nelle FBE e nelle FBN registrate nella P1 ( $p < 0,01$ ) e nella P2 ( $p < 0,001$ ).

Limitatamente alle FBE gli studenti esposti a rischio per il proprio bere quotidiano rilevati nella P1 (P1 vs P3=>M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0001$ ; Pop.tot.:  $p < 0,0001$ ) e P2 (P2 vs P3=>M:  $p < 0,0001$ ; F:  $p < 0,0005$ ; Pop.tot.:  $p < 0,0001$ ) appaiono decisamente più numerosi dei compagni di studio presenti nella P3.

Edizione studio	Comportamento alcolico famigliare	Maschi (%)	Femmine (%)	Pop. Tot. (%)
P1	FBE	20,1 <sup>f</sup>	18,2 <sup>b,g</sup>	18,9 <sup>d,l</sup>
	FNB	10,5	0,0 <sup>b</sup>	4,2 <sup>d</sup>
P2	FBE	21,9 <sup>a,i</sup>	17,1 <sup>c,h</sup>	19,1 <sup>e,m</sup>
	FNB	5,7 <sup>a</sup>	7,2 <sup>c</sup>	6,6 <sup>e</sup>
P3	FBE	5,2 <sup>f,i</sup>	7,7 <sup>g,h</sup>	6,4 <sup>l,m</sup>
	FNB	1,4	3,5	2,6

<sup>a,d</sup>) $p < 0,01$ ; <sup>b</sup>) $p < 0,025$ ; <sup>c</sup>) $p < 0,05$ ; <sup>e</sup>) $p < 0,001$ ; <sup>f,g,i,l,m</sup>) $p < 0,0001$ ; <sup>h</sup>) $p < 0,0005$

Tab. 6.12 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti bevitori a rischio della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca in funzione delle abitudini alcoliche famigliari e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

Sempre a proposito di comportamenti a rischio (Tab. 6.13) registriamo che il 34,9% degli studenti della P1 che convivono con famigliari bevitori hanno sperimentato l'intossicazione acuta da alcol (IAA) almeno una volta nei dodici mesi precedenti la ricerca (M:37,7%; F: 33,4%).

Situazione di cui sono stati protagonisti, nello stesso arco di tempo, il 52,1% degli adolescenti della P2 che abitano nelle FBE (M: 60,0%; F: 46,7%) e il 40,1% di quelli della P3 (M: 39,8%; F: 40,4%).

Nell'ambito delle FBE, gli studenti della P1 protagonisti nel corso dell'anno precedente lo studio di episodi di IAA sono risultati meno numerosi dei compagni rilevati nella P2 (P1 vs P2=>M:  $p<0,0001$ ; F:  $p<0,0001$ ; Pop.tot.:  $p<0,0001$ ) e nella P3 (P1 vs P3=>F:  $p<0,025$ ; Pop.tot.:  $p<0,025$ ).

A loro volta, nella P3 gli adolescenti che nello stesso arco di tempo hanno vissuto l'IAA appaiono percentualmente meno rappresentati dei coetanei appartenenti alla P2 (P2 vs P3=>M:  $p<0,0001$ ; Pop.tot.:  $p<0,0001$ ).

Nelle FNB l'IAA è stata un'esperienza condivisa dal 25,0% dei giovani della P1, dal 32,0% della P2 e dal 29,2% della P3.

In buona sostanza, gli studenti che sono resi protagonisti di episodi di IAA nel corso dei dodici mesi precedenti la ricerca che convivono nelle FBE prevalgono sui coetanei che abitano nelle FBN, ma le sole differenze registrate a livello della popolazione scolastica totale nella P2 ( $p<0,0001$ ) e nella P3 ( $p<0,025$ ) sono da considerarsi significative.

<b>Edizione studio</b>	<b>Comportamento alcolico famigliare</b>	<b>Maschi (%)</b>	<b>Femmine (%)</b>	<b>Pop. Tot. (%)</b>
P1	FBE	37,7 <sup>d</sup>	33,4 <sup>f,g</sup>	34,9 <sup>i,l</sup>
	FNB	42,1 <sup>a</sup>	13,8 <sup>a,h</sup>	25,0
P2	FBE	60,0 <sup>b,d,e</sup>	46,7 <sup>b,f</sup>	52,1 <sup>i,m,o</sup>
	FNB	34,0	30,4	32,0 <sup>m</sup>
P3	FBE	39,8 <sup>e</sup>	40,4 <sup>g</sup>	40,1 <sup>l,n,o</sup>
	FNB	20,3 <sup>c</sup>	36,5 <sup>c,h</sup>	29,2 <sup>n</sup>

<sup>a,c</sup>)  $p<0,05$ ; <sup>b</sup>)  $p<0,005$ ; <sup>d,e,i,m,o</sup>)  $p<0,0001$ ; <sup>g,h,l,n</sup>)  $p<0,025$

Tab. 6.13 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste coinvolti nella ricerca che hanno sperimentato IAA nei dodici mesi precedenti lo studio in funzione delle abitudini alcoliche famigliari e dell'edizione dello studio (P1 - P2 - P3).

## 7. Considerazioni conclusive

Le bevande alcoliche rappresentano un problema di salute pubblica, le azioni istituzionali e i piani programmatici mettono in particolar risalto il bisogno di intervenire con interventi di prevenzione e promozione della salute per favorire scelte più salutari in ambito alcologico.

In modo particolare viene messo in risalto il bisogno di ridurre l'utilizzo delle bevande alcoliche da parte delle popolazioni maggiormente esposte al rischio di incorrere in problemi alcol correlati – i minori, le gestanti e gli anziani - e viene ribadita l'importanza di favorire ambienti e situazioni senza alcol come le strade e i luoghi di lavoro.

Per raggiungere tali scopi, in un ottica di prevenzione e di promozione della salute, particolare attenzione viene riposta nelle istituzioni e negli ambienti che hanno uno scopo educativo tra i quali la famiglia e l'ospedale ricoprono un ruolo di primaria importanza.

La famiglia inserita in una “cultura del bere bagnato” come quella italiana deve mediare la “socializzazione” alle bevande alcoliche da parte dei giovani ed essere attiva nell'educazione. La famiglia per affrontare questa prova, così come le altre che riguardano il benessere dei figli, deve essere coadiuvata, assistita e preparata in maniera tale da esser in grado di poterla affrontare coerentemente.

A proposito di questi bisogni espressi dalla famiglia si inserisce il ruolo dell'ospedale, ad esempio pediatrico, promotore di salute. Questa realtà ha infatti la possibilità di interagire con le gestanti e con le madri che continuamente vi fanno riferimento al fine di analizzare i bisogni, proporre delle risposte e valutare l'efficacia del proprio intervento.

Alla luce di queste considerazioni la ricerca ha messo in evidenza molte criticità in merito al comportamento alcolico delle gravide, degli adolescenti – di cui ha studiato l'andamento dei comportamenti alcolici nell'ultimo ventennio – e dei futuri operatori della salute, cioè coloro che dovranno essere promotori di comportamenti ed atteggiamenti salutari nella popolazione e all'interno dell'ospedale.

Infatti, in conformità con gli obiettivi proposti dalla ricerca ci sembra di particolare interesse sottolineare come la stessa sia stata in grado di fornire un profilo

comportamentale ed il back ground alcolico delle popolazioni contattate – gravide, studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado e futuri operatori della salute -. Queste manifestano tutte, seppur con le loro peculiarità, modalità di approccio - precoce e diffuso -, un utilizzo pericolosamente permissivo – occasionale e/o abituale di alcolici -, talvolta sconsiderato, poco attento ai rischi associati all’uso delle bevande alcoliche ed in netta contraddizione con le linee guida di un “bere responsabile”.

Nello specifico ci pare di poter sottolineare che:

- la maggioranza delle gestanti e delle loro famiglie, in virtù del comportamento alcolico agito, inducono a pensare che queste non conoscano e/o sottovalutino il rischio correlato all’uso delle bevande alcoliche in gravidanza tanto da esporre se stesse ed il nascituro al rischio di problemi psico medico sociali alcol correlati, FAS e FASD;
- buona parte degli adolescenti sperimentano precocemente le bevande alcoliche e manifestano abitudini a rischio - consumo di alcol saltuario od abituale in età pediatrica, IAA... - che inducono a credere come prevalga una diffusa ignoranza ed una scarsa consapevolezza da parte degli “adulti significativi” dello stile di vita dei giovani;
- sono piuttosto numerosi fra coloro i quali nell’immediato futuro saranno degli “operatori della salute” coinvolti nella prevenzione e promozione della salute quelli che manifestano scarsa attenzione, limitata conoscenza, un comportamento superficiale e distratto nei confronti delle bevande alcoliche che non soddisfano, così come auspica il codice deontologico, “il sapere, il saper fare ed il saper essere” che è richiesto alle figure professionali.

Inoltre ponendo attenzione al ruolo della famiglia, viene ribadita una correlazione tra il comportamento alcolico dei nuclei famigliari e quelle dei giovani e delle gravide in essi conviventi che, a nostro avviso, stimolano la riflessione ed inducono a prendere atto di come:

- le abitudini alcoliche famigliari siano influenti il che rende auspicabile, nell’ottica di una genitorialità responsabile, favorire una corretta programmazione e conduzione della gravidanza;
- un’azione di prevenzione o di promozione della salute deve “sollecitare e coinvolgere la responsabilità della coppia” - anche e soprattutto quella del partner il cui comportamento abbiamo visto essere associato al comportamento della gestante;

- l'azione di prevenzione sulle generazioni future debba prendere il via a partire dalla programmazione della gravidanza, da parte della coppia, in quanto le abitudini familiari sono in grado di condizionare, da subito, lo stile di vita e della salute della gestante e del nascituro e delle generazioni future;
- vadano privilegiate la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori della salute impiegati nell'ospedale promotore di salute affinché siano messi nelle condizioni di ridurre le conflittualità –sapere, saper fare e saper essere - , con se stessi e con gli altri, e di svolgere al meglio ed efficacemente il loro lavoro.

Quanto detto fa sorgere il dubbio che la famiglia, le gestanti in primo luogo, ed i futuri operatori della salute non dispongano di un background culturale e comportamentale in grado di metterli nelle migliori condizioni di svolgere un ruolo - nella famiglia e sul territorio - un'azione consapevole, responsabile ed efficace di prevenzione e promozione della salute nei confronti delle bevande alcoliche.

Questo quadro mette pertanto in luce molteplici criticità che dovrebbero a nostro avviso venir affrontate in diversi contesti tra cui quello dell'ospedale.

Le azioni che si possono intraprendere sono plurime, ma alla luce dei risultati della ricerca, delle evidenze presenti in letteratura scientifica, dei Piani Programmatici Internazionali e Nazionali a nostro avviso alcune risultano prioritarie.

Nei confronti delle gravide sarebbe opportuno:

- promuovere gli studi per verificare ulteriormente i comportamenti alcolici delle gravide;
- consigliare fin dalle prime visite ginecologiche, al fine di favorire una genitorialità responsabile, di astenersi dall'utilizzo di bevande alcoliche se si ricerca una gravidanza o se non si utilizzano metodi contraccettivi per evitare gravidanze indesiderate;
- favorire l'acquisizione di maggiori conoscenze in merito ai rischi derivati dall'utilizzo degli alcolici in gravidanza;
- ampliare il sapere e proporre un modello educativo attivo da parte della famiglia nella socializzazione alle bevande alcoliche dei componenti più giovani utilizzando messaggi chiari in merito alle modalità ed ai consumi alcolici giudicati a rischio per la salute;
- valutare l'impatto delle azioni di prevenzione e promozione della salute - buone pratiche - intraprese nei confronti delle bevande alcoliche;
- prevedere altri studi sulle donne in gravidanza per monitorare l'utilizzo e l'esposizione a rischio da uso di sostanze.

Nei confronti dei futuri operatori della salute le azioni da intraprendere riguardano sicuramente:

- proporre all'interno dei percorsi universitari un approfondimento delle tematiche riguardanti gli stili di vita tra cui le bevande alcoliche come previsto dalla legge n. 125 del 30 Marzo 2001<sup>169</sup>;
- un continuo monitoraggio dei comportamenti e degli atteggiamenti nei confronti degli alcolici e a partire dai risultati proporre delle discussioni e dei confronti con gli studenti stessi (ottica andragogica<sup>276</sup>);
- valutare l'impatto delle azioni di prevenzione e promozione intraprese e stabilire se adottarle come delle buone pratiche.

Per quanto riguarda il mondo degli adolescenti molte azioni sono state intraprese a tal punto che la scuola il più delle volte diventa un contenitore d'iniziativa "estremamente pieno" con il rischio che i messaggi forniti siano alle volte discordanti. In questa occasione non riteniamo opportuno avanzare proposte di intervento all'interno del percorso scolastico poiché l'argomento risulta estremamente complesso ed abbisogna di una dettagliata analisi.

Comunque in considerazione del fatto che:

- esistono dei programmi in ambito scolastico che hanno dimostrato la loro efficacia, ma il più delle volte vengono attuate azioni discordanti le une dalle altre e la cultura della valutazione è ancora molto scarsa se non inesistente;
- c'è una sostanziale diminuzione dei consumi di bevande alcoliche tra i giovani negli ultimi vent'anni, ma persistono ed aumentano dei comportamenti a rischio (intossicazione acuta da alcol, consumi fuori pasto...);

Sarebbe opportuno in un'ottica di Azienda Sanitaria radicata nel territorio:

- mantenere un monitoraggio costante delle abitudini alcoliche, e più in generale degli stili di vita dei giovani;
- proporre un monitoraggio degli interventi attuati nelle scuole al fine di comprenderne l'efficacia (raggiungimento degli obiettivi) e l'efficienza (valutazione dell'impatto economico e dei costi/benefici);
- proporsi come interlocutore al mondo della scuola al fine di creare azioni congiunte. Al mondo della sanità compete il rilevamento dei bisogni di salute, la proposta di conoscenze scientifiche ed il monitoraggio dell'efficacia degli esiti degli interventi, mentre al mondo della scuola spetta di intervenire ed educare i propri allievi tenendo conto delle peculiarità e delle necessità contingenti;

- costruire una rete con altre realtà presenti nelle comunità (scuole, associazioni di volontariato, esercenti, istituzioni pubbliche..) al fine di condividere le azioni per promuovere la salute.

## Riferimenti bibliografici

- 1) Mazzuco S. e Meggiolaro S.: Family resources and health behaviours in adolescence. SIS 2010 Proceedings, 16-18 Giugno 2010.
- 2) Governo Italiano, Ministero della Salute: PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013
- 3) Società Italiana di Pediatria, Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza. La Società degli Adolescenti. Rapporto annuale su "Abitudini e stili di vita degli adolescenti italiani". Tredicesima edizione, dicembre 2009, [www.sip.it/documenti/Risultati\\_Indagine\\_2009.pdf](http://www.sip.it/documenti/Risultati_Indagine_2009.pdf) (Ultimo accesso 15 novembre 2015)
- 4) Istat: Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2010. Annuario Statistico Italiano 2010
- 5) AA. VV.: Rapporto Prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione, Il Mulino, Bologna 2010
- 6) Pocetta G.: Il tesoro di Pontignano: uno strumento per la valutazione di qualità della fase progettuale in educazione alla salute, Educazione sanitaria e promozione della salute, vol 26, n. 2 aprile-maggio-giugno 2003
- 7) WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. [http://whqlib.doc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlib.doc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf). (Ultimo accesso 1 settembre 2011)
- 8) Istituto Superiore di Sanità: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute" Rapporto 2012 Rapporti ISTISAN 12/3
- 9) Governo Italiano, Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il controllo delle malattie: Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, [http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1\\_PNP\\_10-12.pdf](http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf) (Ultimo accesso 15 novembre 2015)
- 10) Kröger C., Winter H., Shaw R.: Linee guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze. Manuale per i responsabili della pianificazione e valutazione dei programmi – Institut für Therapie forschung Monaco Germania 1998
- 11) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme planners and evaluators Second edition. (EMCDDA), 2012, [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_184810\\_EN\\_188138 EMCDDA\\_Guidelines.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_184810_EN_188138 EMCDDA_Guidelines.pdf) (Ultimo accesso 15 novembre 2015)
- 12) Del Re G.L.: Coinvolgimento e responsabilità dell'educatore nella promozione della salute nell'ambito del Consultorio Familiare, in Coinvolgimento e responsabilità degli educatori nella promozione della salute A cura di Modonutti Giovanni Battista, Edizioni Goliardiche, Trieste 2012: 171- 182
- 13) Bertoli F.: Potenziare l'autostima, in Coinvolgimento e responsabilità degli educatori nella promozione della salute A cura di Modonutti Giovanni Battista, Edizioni Goliardiche, Trieste 2012: 109-115
- 14) Leon L., Modonutti G.B.: Riflessioni a proposito della formazione degli adulti significativi coinvolti dalla promozione della salute del singolo e della comunità in ambito sportivo. In: Prevenzione, giovani e ... sport pulito. A cura di Modonutti Giovanni Battista, Edizioni Goliardiche, Udine, 2011: 45 - 62

- 15) WHO: PIANO D'AZIONE EUROPEO PER RIDURRE IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL 2012-2020. WHO Collaboration Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol, 2013
- 16) Istituto Superiore di Sanità: Impatto sulla salute dell'alcol [http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/indicatori%20alcol/IndicatoriAlco\\_12011\\_sezI.pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/indicatori%20alcol/IndicatoriAlco_12011_sezI.pdf), (Ultimo accesso 12 novembre 2012)
- 17) Istat: L'uso e l'abuso di alcol in Italia, Anni 2012 e 2013, 9 aprile 2014, <http://www.istat.it/it/archivio/117897>, (Ultimo accesso 1 giugno 2014).
- 18) Beccaria F., Prina F.: Le dimensioni culturali e sociali dell'alcool. In *Alcologia*. Ed: RuggeniniMoiraghi A., Masson, Milano, 17-58, 1996
- 19) Beccaria F., Sande A.: Drinking games and rite of life projects. A social comparison of the meaning and functions of young people's use of alcohol during the rite of passage to adulthood in Italy and Norway. *Young Nordic Journal of Youth Research*, vol. 11 (2), 99-119, 2003
- 20) Ministero della Salute: Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_045549\\_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf) (Ultimo accesso 1 giugno 2014)
- 21) Livi Bacci M.: *Storia minima della popolazione del mondo*, Bologna, Il Mulino, 1998
- 22) Erle H.C.: *Metodologia dell'educazione sanitaria e sociologia della salute*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1990
- 23) Beatini P., Tinarelli M.M., Modolo M.A., Seppilli T. (a cura di): Alessandro Seppilli, scienziato, politico, educatore. Convegno nazionale nel decennale della scomparsa, Perugia (Sala dei Notari), 18-19 febbraio 2005, in "Educazione Sanitaria e Educazione alla Salute", vol. 29, n. 1, gennaio-marzo 2006
- 24) Pasquarella M.L.: La promozione della salute e il linguaggio del corpo. In: *Coinvolgimento e responsabilità degli educatori nella promozione della salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Trieste, 2012: 3- 36
- 25) Knowles M., Holton III F.E., Swanson R.A.: *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*, Franco Angeli, Milano, 2008
- 26) WHO: Dichiarazione Universale di Alma Ata. Traduzione Paccagnella, B. Marzo 2005. <http://www.assimefac.it> (Ultima accesso 30 dicembre 2014)
- 27) WHO: Preambolo Costituzione OMS, N.Y. 1949
- 28) Assemblea Generale delle Nazioni Unite: Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, 10 dicembre 1948
- 29) Costituzione della Repubblica Italiana, G.U.: 27 dicembre 1947, n 298, ed. straord.
- 30) Padovani G.: *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma 2008
- 31) Buzzi C.: *La ricerca sulla salute*, in a cura di, Bucchi M, Neresini F., *Sociologia della Salute*, Carrocci Editore, Roma 2000,
- 32) Costa C., Perrucci C., Dirindin N.: Le disuguaglianze nella Salute e nel Piano Sanitario, *Epidemiologia e Prevenzione* 1999; vol 23 p. 133 – 140.
- 33) Governo Italiano, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della pubblica Istruzione: *Quaderno bianco sulla scuola*, settembre 2007. Documento consultabile: [http://www.invalsi.it/download/quaderno\\_bianco.pdf](http://www.invalsi.it/download/quaderno_bianco.pdf), ultima visita 15 settembre 2012
- 34) Bertini M.: *Psicologia della salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012
- 35) Lipowski Z.J.: Psychosomatic medicine in the seventies, *American Journal of Psychology*, 134, 1977: 233

- 36) Antonovsky A.: Health, stress and coping. San Francisco 1979: Jossey-Bass
- 37) Antonovsky A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and staywell. San Francisco 1987: Jossey-Bass
- 38) Eriksson M. Lindstrom B.: Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006 , 60, 376–381.
- 39) United Nations: Message on world mental health Day, The Secretary General, 10 october 2010. [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/UN\\_message\\_mhgap\\_english\\_2010.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/UN_message_mhgap_english_2010.pdf) (Ultimo accesso 1 giugno 2014)
- 40) HMG/DH: No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages, Mental Health and Disability Department of Health 133–155, Waterloo Road London, 02 Feb 2011, Documentoconsultabile: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_124058.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124058.pdf), (Ultimo accesso 16 settembre 2012)
- 41) a Briziarelli L.: La salute: da diritto del singolo a patrimonio della comunità, in a cura di Giovanni Battista Modonutti Prevenzione, giovani e... i rischi del vivere quotidiano Edizioni Goliardiche, Udine 2011: 1-20
- 42) Bandura A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, in *Psychological Review*, 1977, 84: 191-215
- 43) Kobasa S.C.: Stressfull life events, personality, and health: An inquiry ito hardiness. In *Journal of Persnality and Social Psychology*, 1979, 37: 1-11
- 44) Sheier M.F.: Carver C.S., Optimism, coping, and health: assessment and implications of out come expectantcies. In *Health Psycology*, 4 1985: 219-247
- 45) Seligman M.E.P.: *Learned optimism*, Knopf, New York 1991
- 46) Csikszentmihalyi M., Csikszentmihalyi I.: *Optimal experience*. Cambridge University Press, Cambridge, England 1988
- 47) Csikszentmihalyi, Mihaly: *Intrinsic Rewards and Emergent Motivation in The Hidden Costs of Reward: New Perspectives on the Psychology of Human Motivation* eds Lepper, Mark R;Greene, David, Erlbaum: Hillsdale: NY 205-216
- 48) WHO/OMS: *Prima Conferenza Internazionale sulla promozione della salute*. Ottawa, Ontario, Canada 17-21 novembre 1986.
- 49) Briziarelli L.: *Rivedere la definizione di promozione della salute? Educazione sanitaria e promozione della salute*, vol 32, n. 3, luglio settembre 2009, p. 191- 193
- 50) Pasquarella M.L.: *La promozione della salute e il linguaggio del corpo*. In: *Coinvolgimento e responsabilità degli educatori nella promozione della salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Trieste 2012
- 51) Eriksson M., Lindström B: *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*, *Health Promotion International* Volume 23, Issue 2: 190-199
- 52) WHO/OMS: *Seconda Conferenza Internazionale sulla promozione della salute*. Adelaide, Australia 5-9 aprile 1988.
- 53) WHO/OMS: *Terza Conferenza Internazionale sulla promozione della salute*. Sundsvall, Svezia 9-15 giugno 1991.
- 54) WHO/OMS: *Quarta Conferenza Internazionale sulla promozione della salute nel ventunesimo secolo*. Jakarta, Indonesia 18-21 luglio 1997.
- 55) WHO/OMS: *Integrating health promotion into hospitals and health services*, WHO/Europe 2007.

- 56) WHO: First Conference of the European Network of Health Promoting Schools. "The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Thessaloniki, Halkidiki, Greece 1-5 maggio 1997.
- 57) WHO: Health in Prisons - A WHO guide to the essentials in prison health, (Chap. 3, P. Hayton, "Protecting and promoting health in prison: a settings approach". EURO 2007.
- 58) WHO: Healthy Cities and Healthy Villages: How to tackle health and environmental problems in urban and rural areas. EasternMediterraneanHealthy Journal. Vol 1, Issue 1: 103-111. EMRO 1995.
- 59) WHO/OMS: Il programma OMS "Salute per tutti per l'anno 2000", è stato proposto all'attenzione mondiale nel 1978, in occasione della Conferenza Internazionale sulla Medicina di Base di Alma Ata, Kazakistan (Ex Unione Sovietica).
- 60) WHO/OMS: Dichiarazione di Lussemburgo. La promozione della salute nei luoghi di lavoro nell'Unione Europea. Novembre 1997
- 61) Beatini P., Modolo M. A.: Promuovere la salute al lavoro, a scuola, nella città. La salute si crea dove la gente ama, vive e lavora, La salute Umana, 217-218 gennaio-aprile 2009
- 62) Modolo M. A.: Contesto e salute, Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, vol. 34, n 2-3, aprile-settembre 2011
- 63) EURO/WHO: The Budapest Declaration on Health Promotion Hospitals. 1991 [consulted on 20-1-2006]. Available at [www.retephitalia.it](http://www.retephitalia.it)
- 64) EURO/WHO: Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. 1997 [consulted on 20-1-2006]. Available at [www.retephitalia.it](http://www.retephitalia.it)
- 65) EURO/WHO: The Ljubljana Charter on Reforming Health Care 18 June 1996. <http://www.euro.who.int/en/search?q=lubiana>
- 66) Boltzmann L.: Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBISHM). <http://www.hph-hc.cc/> (Ultima accesso 1 settembre 2009)
- 67) EURO/WHO: Health Promoting Hospitals. [www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPH/Home](http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPH/Home). (Ultimo acceso 1 settembre 2009)
- 68) Favaretti C., De Pieri P.: La Rete italiana degli Ospedali per la promozione della salute, Primary Care nell'Europa Mediterranea, L'integrazione tra ospedale e medicina di famiglia e di comunità per la promozione della salute, Lecce, 29 settembre - 1 ottobre 2005, <http://www.retephitalia.it> (Data ultima consultazione 2 gennaio 2015)
- 69) EURO/WHO: Standards for Health Promotion in Hospitals, 2004. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-healthservices/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> (Ultima consultazione 2 gennaio 2015)
- 70) EURO/WHO: Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, Edited by: Oliver Groene Technical Officer, Quality of Health Systems and Services Division of Country Health Systems Country Policies, Systems and Services Unit Barcelona Office, 2006 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-healthservices/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> (Ultima consultazione 2 gennaio 2015)
- 71) Tonnesen H., Christensen M.E., Groene O., O'Riordan A., Simonelli F., Suurorg L., Morris D., Vibe P., Himel S., Hansen P.E.: An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital-based health promotion activities: results from a multicentre study. BMC Health Services Research 2007, 7:145
- 72) Coulter A. Jenkinson C.: European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. European Journal of Public Health 2005, 15 (4), 355-60
- 73) Coulter A. :Patient safety: what role can patients play? Health Expect. 2006 Sep;9(3):205-6

- 74) Moller A.M., Villebro N., Pedersen T., Tonnesen H.: Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359:114-117
- 75) Tonnesen H., Rosenberg J., Nielsen H.J., Rasmussen V., Hauge C., Pedersen I.K., Kehlet H.: Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 318:1311-1316
- 76) Pelikan J.M., Dietscher C., Krajic K., Nowak P.: Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals, In (a cura di) Groene O. Garcia-Barbero M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Country Systems, Policies and Services Division of Country Support WHO Regional Office for Europe May 2005 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> (Ultima consultazione 2 gennaio 2015)
- 77) Di Blasi Z., Harkness E., Ernst E., Georgiou A., Kleijnen J.: Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: *The Lancet*, Vol. 357, 2001, 757-762.
- 78) EURO/WHO The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> (Ultima consultazione 2 gennaio 2015)
- 79) INPS – Istituto Nazionale Previdenza Sociale- Rapporto annuale 2013. [http://www.inps.it/docallegati/Informazioni/schede/Documents/RA\\_2013\\_integrale.pdf](http://www.inps.it/docallegati/Informazioni/schede/Documents/RA_2013_integrale.pdf) (Ultimo accesso 20 dicembre 2014)
- 80) WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf) (Ultimo accesso 3 dicembre 2014)
- 81) Istat: Le principali cause di morte in Italia. Anno 2012. Pubblicato il 3 dicembre 2014 <http://www.istat.it/it/archivio/140871> (Ultimo accesso 3 gennaio 2015)
- 82) Ministero della Salute, I determinanti della salute, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1144\\_ulterioriallegati\\_ulterioreallegato\\_1\\_alleg.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1144_ulterioriallegati_ulterioreallegato_1_alleg.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 83) Ministero della Salute: Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 84) Ministero della Salute: Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf) (Ultimo accesso 21 gennaio 2014)
- 85) Gorini G., Chellini E., Galeone D.: What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Annals of Oncology*, 2007.
- 86) Scafato E.P., Ghirini S., Galluzzo L., et al. Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol): Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporti ISTISAN. 2009;09(04).
- 87) Scafato E.P., Ghirini S., Gandin C., et al.: Consumo di alcol. Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. 2008; 51-57.
- 88) Ministero della Salute: Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_045549\\_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)

- 89) Ministero della Salute: Piano sanitario nazionale 2006-2008, [http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/PSN\\_2006-08.pdf](http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/PSN_2006-08.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 90) Ministero della Salute: Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012. Comunicazione del Ministro Fazio alla Conferenza Stato – Regioni 29 aprile 2010, [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1252\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1252_allegato.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 91) Ministero della Salute: Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 92) Ministero della Salute: Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
- 93) Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Rossi A., Ghirini S.: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute Rapporto 2012. Istituto Superiore di Sanità. ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN 12/3
- 94) Valetto M. R., DOSSIER ALCOL. GUADAGNARE SALUTE. <http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2013/Guad%20salute%202008-11%20Liguria.pdf>
- 95) Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Rossi A., Ghirini S.: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011. Istituto Superiore di Sanità. ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN 11/4
- 96) Anderson P., Baumberg B.: Alcohol in Europe. A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- 97) OECD: Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en) ISBN 978-92-64-22357-8 (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 98) Rehm J. et al.: "Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder", *The Lancet* 2009, Vol. 373, pp. 2223-2233
- 99) Rehm J., Taylor B., Patra J.: Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction*. 2006 Aug;101(8):1086-95.
- 100) Scafato E.: L'alcol in Italia e nelle Regioni: analisi e proposte per la prevenzione, Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, 2014, <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/OK%20SINTESI%20FINALE%20DATI%20APD%20SCAFATO.pdf> (Ultimo accesso 22 gennaio 2015)
- 101) Istituto Superiore di Sanità: Alcol: le strategie di prevenzione della Comunità Europea, 2007, [http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto\\_strategie\\_CE.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_strategie_CE.pdf) (Ultimo accesso 15 gennaio 2015)
- 102) Samokhvalov A.V., Popova S., Room R., Ramonas M., Rehm J.: Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcohol ClinExp Res*. 2010;34:1871–1878
- 103) WHO: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Global Health Risks.
- 104) RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006)
- 105) Anderson P., Baumberg B.: Alcohol in Europe: A Public Health Perspective – Report to the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies 2006. [http://ec.europa.eu/health-eu/newsalcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/newsalcoholineurope_en.htm)
- 106) Mcleod R., Stockwell T., Stevens M., Phillips M.: The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction*, 94, 1999, 1719-1734

- 107) Samokhvalov A.V., Irving H.M., Rehm J.: Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Eur J CardiovascPrevRehabil.* 2010;17:706–712
- 108) Taylor B., Irving H.M., Baliunas D., Roerecke M., Patra J., Mohapatra S., et al.: Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2009;104:1981–1990.
- 109) Patra J., Taylor B., Irving H., Roerecke M., Baliunas D., Mohapatra S., et al.: Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types -a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2010;10:258.
- 110) Thun M.J., Peto R., Lopez A.D., Monaco J.H., Henley S.J., Heath C.W.J., Doll R.: 1997 Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *The New England Journal of medicine,* 337, 1705-1714
- 111) International Agency for Research on Cancer: Alcohol consumption and ethyl cabanate. Lyon, France: International agency for research on cancer; 2010
- 112) Rehm J., Baliunas D., Borges G.L.G., Graham K., Irving H.M., Kehoe T., et al.: The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease -An overview. *Addiction.* 2010;105:817–843.
- 113) Mann R., Smart R.G., Govoni R.: The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol Res Health.* 2003;27:209–219.
- 114) Taylor B., Irving H.M., Kanteres F., Room R., Borges G., Cherpitel C., Greenfield T., Rehm J.: The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *DrugAlcoholDepend.* 2010 Jul 1;110(1-2):108-16. Epub 2010 Mar 16.
- 115) Scafato E.: Alcol e giovani. I rischi e le tendenze. Osservatorionazionalealcol-Cnesps, World Health Organization Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems. 1° Conferenza nazionale alcol, Roma 2008. [www.epicentro.iss.it/alcol/apd09/Apd09\\_dati\\_Scafato.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd09/Apd09_dati_Scafato.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 116) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali: Più salute meno rischi. 1° Conferenza nazionale alcol, Roma 2008. [www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8CA4B5ED-B7DE-466A-8AD8-4CF6982C7D38/0/conferenzaalcol\\_contestoeuropeo.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8CA4B5ED-B7DE-466A-8AD8-4CF6982C7D38/0/conferenzaalcol_contestoeuropeo.pdf) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 117) Anderson P., Baumberg B.: Alcohol in Europe: a public health perspective. [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm).
- 118) Rossow, I.: "Drinking and Violence: a Cross-Cultural Comparison of the Relationship Between Alcohol Consumption and Homicide in 14 European Countries." *Addiction* 2001, 96(S1): S77-S92.
- 119) OECD: Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en) (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 120) OECD: Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en) ISBN 978-92-64-22357-8 (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 121) Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S. Di Pasquale L. Ghirini S.: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2013
- 122) WHO: European Health for All Database (HFA-DB). 2011. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-healthfor-all-database-hfa-db2> (Data ultimo accesso 12 gennaio 2015)
- 123) Modonutti G.B. (con la collaborazione tecnica di A. Altobello e L. Leon): Studio multicentrico sui determinanti l'approccio, l'uso e la percezione del rischio associato alle

bevande alcoliche espressi dagli studenti della Scuola Media di 1° grado in diverse realtà regionali italiane. Atti del Convegno CIPES, Cagliari, 16-18 marzo 2006

- 124) Modonutti G.B.: Drinking in the Italian students: a multicentric study. Atti del XX Congress of International Academy of Legal Medicine, Budapest (Hungary), August: 23-26. Medimond International Proceedings, 2006: 107-111.
- 125) Istituto Superiore di Sanità: Indicatori Passi: consumo di bevande alcoliche, <http://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp> (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 126) Mitchell M.C. Teigen E.L., Ramchandani V.A.: Absorption and Peak Blood Alcohol Concentration After Drinking Beer, Wine, or Spirits, *Alcohol ClinExp Res.* May 2014; 38(5): 1200–1204. Published online Mar 21, 2014. doi: 10.1111/acer.12355
- 127) Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Ghirini S.: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1)
- 128) Grant B.F., Dawson D.A.: Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J SubstAbuse.* 1997;9:103-10.
- 129) Gruber E., Di Clemente R.J., Anderson M.M., Lodicio M.: Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence. *Prev Med.* 1996 May-Jun;25(3):293-300.
- 130) Zernicke KA, Cantrell H, Finn PR, Lucas J.: The association between earlier age of first drink, disinhibited personality, and externalizing psychopathology in young adults. *Addict Behav.* 2010 May;35(5):414-8.
- 131) Lee LO, Young-Wolff KC, Kendler KS, Prescott CA.: The effects of age at drinking onset and stressful life events on alcohol use in adulthood: a replication and extension using a population-based twin sample. *Alcohol ClinExp Res.* 2012 Apr;36(4):693-704.
- 132) WHO: PIANO D'AZIONE EUROPEO PER RIDURRE IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL 2012-2020. WHO Collaboration Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol, 2013
- 133) Hingson RW, Heeren T, Winter MR.: Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch PediatrAdolesc Med.* 2006 Jul;160(7):739-46.
- 134) Pitkänen T, Lyyra AL, Pulkkinen L.: Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction.* 2005 May;100(5):652-61.
- 135) Scafato E.: Alcol come “droga ponte” e fattore chiave del danno sociale da uso di sostanze. Istituto Superiore di Sanità, Reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, C.N.E.S.P.S. Osservatorio Nazionale Alcol – C.N.E.S.P.S.
- 136) Degenhardt L. et. al.: Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence* 2010 108:84–97
- 137) National Health and Medical Research Council's 2009: Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol <http://www.nhmrc.gov.au>
- 138) Hawkins JD, Graham JW, Maguin E, Abbott R, Hill KG, Catalano RF.: Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J Stud Alcohol.* 1997 May;58(3):280-90.
- 139) Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ.: Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. *Addiction.* 1994 Aug;89(8):1007-16.

- 140) Gruber E, Di Clemente RJ, Anderson MM, Lodico M.: Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence. *Prev Med.* 1996 May-Jun;25(3):293-300.
- 141) Grant F.B., e Dawson D.A.: Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse* 1997. 9: 103–110. doi:10.1016/S0899- 3289(97)90009-2.
- 142) Warner L. A., White H.: Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking». *Substance use & misuse* 2003, 38 (14) 2003: 1983–2016.
- 143) Pitkänen T, Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scand J Psychol.* 1999 Sep;40(3):197-207.a
- 144) Hingson RW, Heeren T, Winter MR.: Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006 Jul;160(7):739-46.
- 145) Guttmanova K, Hill KG, Bailey JA, Lee JO, Hartigan LA, Hawkins JD, Catalano RF.: Examining explanatory mechanisms of the effects of early alcohol use on young adult alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs.* 2012 May;73(3):379-90.
- 146) Stueve A, O'Donnell LN.: Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *Am J Public Health.* 2005 May;95(5):887-93.
- 147) Engels R.C., Knibbe R.A.: Young people's alcohol consumption from a European perspective: risks and benefits. *European journal of clinical nutrition* 54 Suppl 1 (marzo) 2000: S52–55.
- 148) Beccaria F.: Il significato sociale del consumo di bevande alcoliche tra i giovani, In: *Prevenzione giovani e... i rischi del vivere quotidiano.* A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Udine 2012:143 – 169
- 149) Anderson P., MØller L., Galea G.: Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization, Copenhagen, 2012.
- 150) WHO: European Status Report on Alcohol and Health 2010. World Health Organization, Copenhagen, 2010.
- 151) Allamani A., Cipriani F., Prina F.: I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000. Quaderno n. 17 dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Casa editrice Litos, Roma, 2006.
- 152) Beccaria F.: Stili del bere delle giovani generazioni: vent'anni di ricerche. *Salute e società*, 9 (3), 62-82, 2010.
- 153) Beccaria F., Prina F.: Young people and alcohol in Italy: an evolving relationship. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(2), 99-122, 2010.
- 154) Beccaria F., Petrilli E, Rolando S. La socializzazione all'alcol in Italia. *Medicina delle Dipendenze - Italian Journal of the Addictions* 2010 (5).
- 155) Beccaria F., Rolando S.: I processi di socializzazione alcolica. In *Alcol e generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia.* Carocci, Roma 2010.
- 156) Beccaria F, Rolando S.: I processi di socializzazione alcolica. In *Alcol e generazioni* 2012
- 157) Rolando S., Beccaria F., Tigersted C., Torronen J.: First drink: what does it mean? The alcohol socialization process in different drinking cultures. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 19 (3), 201-212, 2012.
- 158) Salamon E.: Gli Italiani e l'alcol. Consumi, tendenze ed atteggiamenti in Italia. Sesta Indagine Osservatorio Permanente sui Giovani e l'alcool-Doxa. In *Giovani e alcol: cosa è cambiato in vent'anni?* Eds: Contel M., Tempesta E., Carocci, Roma, 2012
- 159) Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L.: The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm, 2009

- 160) Barbaranelli C., Fida R., Ghezzi V.: Vietato Non Vietato. Indagine nazionale sull'accesso dei minori ad alcol, fumo, videogiochi non adatti ai minori, giochi con vincita in denaro, pornografia, 2012. <http://www.moige.it/media/2012/01/SintesiVietatoNonVietato.pdf> (Ultimo accesso: 12 gennaio 2013)
- 161) Modonutti G.B., Crevatin E., Fattorini P., Fuliani D., Malannino S.: Studio multicentrico sui giovani e le bevande alcoliche nella realtà italiana. 42° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica "La prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli". Catania 27-30 ottobre 2006: 357.
- 162) Modonutti G.B.: Studio multicentrico sui determinanti l'approccio, l'uso e la percezione del rischio associato alle bevande alcoliche espressi dagli studenti della Scuola Media di 1° grado in diverse realtà regionali italiane. Atti del Convegno CIPES, Cagliari, 16-18 marzo 2006
- 163) Modonutti G.B.: Drinking in the Italian students: a multicentric study. Atti del XX Congress of International Academy of Legal Medicine, Budapest (Hungary), August: 23-26. Medimond International Proceedings, 2006: 107-111.
- 164) Modonutti G.B.: Drinking in the students of the North-East Italy, Atti del XX Congress of International Academy of Legal Medicine, Budapest (Hungary), August 23-26. Medimond International Proceedings, 2006: 1013-116.
- 165) Modonutti G.B., Altobello A., Fiore M., Garascia C., Leon L., Sciacca G. E., Fallico R., Ferrante M.: Abitudini alcoliche e intossicazione acuta da alcol fra gli studenti della scuola media catanese. *Ig. Sanità Pubbl.* 2009; 65:323-334
- 166) Bonino S., Cattelino E., Ciairano S.: Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione. Giunti Editore 2003
- 167) Strunin L., Lindeman K., Tempesta E., Ascani P., Anav S., Parisi L.: Familial drinking in Italy: Harmful or protective factors». *Addiction Research and Theory* 18 (3) 2010: 344–358. doi:10.3109/16066350902867890
- 168) Kerr WC, Stockwell T.: Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev.* 2012 Mar;31(2):200-5. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00374.x. Epub 2011 Nov 3.
- 169) Repubblica Italiana, Legge n. 125 del 30 Marzo 2001, "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001
- 170) Modonutti G.B., Leon L.: Comportamenti alcolici: adolescenti e famigliari a confronto, in (a cura di) Modonutti Giovanni Battista, *Prevenzione giovani e.. il ruolo della famiglia*, Edizioni Goliardiche Udine 2014: 149-200
- 171) Taki Y, Kinomura S, Sato K, Goto R, Inoue K, Okada k, Kawashima R, Fukuda H.: Both global gray matter volume and regional grey matter volume negatively correlate with lifetime alcohol intake in non-alcohol-dependent Japanese men: A volumetric analysis and a voxel-based morphometry. *Alcohol ClinExp Res* 2006; 30: 1045-1050
- 172) Meyer R, Suter PM, Vetter W: Alcohol – a risk factor for overweight? *Schweiz Rundsch MedPrax* 1999, 88: 1555-1561.
- 173) Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Ghirini S.: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni, Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Rapporto 2014
- 174) Anderson P.: Alcohol less is better – Report of the WHO European Conference Health, Society and Alcohol. Paris 12-14 december 1995; Copenhagen: World Health Organization; 1996.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/79406/EUR\\_ICP\\_ALDT\\_94\\_03\\_CN01.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf); ultima consultazione 19/02/2014.

- 175) Centers for Disease Control and Prevention: Frequently Asked Questions - Alcohol. 2012. Available at: <http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm#stand Drink> (Ultimo accesso 7 gennaio 2015)
- 176) International Center for Alcohol Policies: What 1998; Washington, DC: International Center for Alcohol Policies (ICAP)
- 177) Miller WR, Heather N, Hall W.: Calculating standard drink units: international comparisons. *Br J Addic* 1991;86:43-47
- 178) Turner C.: How much alcohol is in a standard drink? An analysis of 125 studies. *Br J Addict* 1990;85:1171-1175
- 179) Castelnuovo A, Costanzo S., Bagnardi Donati V.M., Iacovello L., de Gaetano G.: Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women An Updated meta-analysis of 34 Prospective Studies *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2437-2445
- 180) Scafato E., Gandin C., Ghirini S., Galluzzo L., Martire S., Di Pasquale L., Scipione R., Parisi N.: Nuove linee guida del consumo di alcol: evidenze e tendenze, [http://www.iss.it/binary/pres/cont/LINEE\\_GUIDA\\_APD\\_2013\\_fact\\_sheet\\_.pdf](http://www.iss.it/binary/pres/cont/LINEE_GUIDA_APD_2013_fact_sheet_.pdf) (Ultimo accesso 25 gennaio 2015)
- 181) European Union: Alcohol Public Health Research Alliance. THE AMPHORA MANIFESTO ON ALCOHOL. [www.amphoraproject.net](http://www.amphoraproject.net) (Ultimo accesso giugno 2014)
- 182) Istat: L'uso e l'abuso di alcol in Italia, Anni 2012 e 2013, 9 aprile 2014, <http://www.istat.it/it/archivio/117897>, (ultimo accesso 1 giugno 2014).
- 183) International Center for Alcohol Policy – ICAP International DrinkingGuidelines. <http://www.icap.org/table/Internationaldrinkingguidelines> (Ultimo accesso luglio 2014)
- 184) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S, per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1)
- 185) Anderson P, Braddick F, Reynolds J & Gual A eds.: *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project. 2013. ISBN: 978-84-695-7411-9
- 186) INRAN, Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti: *Linee guida per una sana alimentazione italiana*, 2003, [http://www.piramidealimentare.it/files\\_allegati/guida.pdf](http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf) (Ultimo accesso luglio 2014)
- 187) Modonutti G.B., Ferrante M., Fiore M., Lombardo C., Leon L., Sciacca S.: *Uso di bevande alcoliche e abitudini al fumo di tabacco negli studenti delle scuole medie di Catania*. *Igiene e Sanità Pubblica, Atti del XIX Congresso Interregionale Siculo-Calabro di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Noto e Siracusa, 28-30 ottobre 2007, 103.
- 188) Modonutti GB, Altobello A, Fiore M, Garascia C, Leon L, Sciacca GE., FallicoR., Ferrante M.: *Abitudini alcoliche e intossicazione acuta da alcol fra gli studenti della scuola media catanese*. *Ig. Sanità Pubbl*. 2009; 65:323-334
- 189) Leon L., Modonutti G.B., Costantinides F.: *Modelli di comportamento, percezione del rischio ed abitudini famigliari espresse dagli studenti torinesi nei confronti delle bevande alcoliche*. *Atti del Convegno del "Il giardino segreto. La salute psicologica in adolescenza"* Venaria Reale (TO), 15-16 giugno 2009: 166-167.
- 190) Taranto M.: *Alcol: aumenta in Italia l'impatto del consumo dannoso, oltre le soglie fissate dall'OMS*, <http://www.iss.it/pres/index.php?lang=1&id=1411&tipo=6> (Ultimo accesso: 25 gennaio 2015)
- 191) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Tenth special report to the US Congress on alcohol and health*. Bethesda MD: National Institutes of Health; 2000

- 192) Beccaria F., Rolando S., Petrilli E (a cura di): “Bingedrinking”: significati e pratiche di consumo tra i giovani italiani, Uno studio esplorativo, 2013 Osservatorio permanente sui giovani e l’alcol  
[http://www.alcol.net/images/rapporti\\_ricerca/Binge%20Drinking%20Rapporto%20di%20Ricerca%202013.pdf](http://www.alcol.net/images/rapporti_ricerca/Binge%20Drinking%20Rapporto%20di%20Ricerca%202013.pdf)
- 193) Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S.: Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*. 1994;272:1672–1677
- 194) Okoro CA, Brewer RD, Naimi TS, Moriarty DG, Giles WH, Mokdad AH.: Binge drinking and health-related quality of life: Do popular perceptions match reality? *American Journal of Preventive Medicine*. 2004;26:230–233
- 195) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No SMA 07–4293) Rockville, MD: Author; 2007
- 196) Townshend JM, Duka T.: Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcohol ClinExp Res*. 2005 Mar; 29(3):317-25
- 197) Courtney K.E, Polich J., Binge Drinking in Young Adults: Data, Definitions, and Determinants. *Psychol Bull*. Jan 2009; 135(1): 142–156.doi: 10.1037/a0014414
- 198) Lange JE, Voas RB.: Defining binge drinking quantities through resulting BACs. *Annual Proceedings/Association for the Advancement of Automotive Medicine*. 2000a;44:389–404
- 199) ISTAT: L’uso e l’abuso di alcol in Italia. Anno 2011. *Statistiche Report*, Roma, 2012. <http://www.istat.it/it/archivio/59033>
- 200) Salamon E.: Gli Italiani e l'alcol. Consumi, tendenze ed atteggiamenti in Italia. Sesta Indagine Osservatorio Permanente sui Giovani e l'alcool-Doxa. In *Giovani e alcol: cosa è cambiato in vent’anni?* Eds: Contel M., Tempesta E., Carocci, Roma, 2012
- 201) Littner Y., Bearer C. F.: RILEVAZIONE DEL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA: PRESENTE E FUTURO DEI MARCATORI BIOLOGICI, *Rapporti ISTISAN 08/37*
- 202) Chen WJ, Maier SE, Parnell SE, West JR.: Alcohol and the developing brain: neuroanatomical studies. *Alcohol Res Health* 2003;27:174-80
- 203) Okosun IS, Seale JP, Daniel JB, Eriksen MP: Poor health is associated with episodic heavy alcohol use: evidence from a National Survey. *Public Health* 2005;119:509-17
- 204) Jones KL, Smith DW: Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 1973;2:999-1001.
- 205) Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P: Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973;1:1267-71
- 206) Riley EP, McGee CL. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behavior. *ExpBiolMed (Maywood)* 2005;230:357-65
- 207) Guerrini I., Thomson A. D., Gurling H. D.: ABUSO DI ALCOL, ALIMENTAZIONE INADEGUATA E SUSCETTIBILITÀ GENETICA: EFFETTI SEPARATI E CONGIUNTI SU SVILUPPO E PLASTICITÀ CEREBRALE, *Rapporti ISTISAN 08/37*
- 208) Guerri C: Mechanisms involved in central nervous system dysfunctions induced by prenatal ethanol exposure. *Neurotox Res* 2002;4:327-35
- 209) Deep serotonergic and dopaminergic structures in fetal alcoholic syndrome: a study with nor-beta- CIT-single-photon emission computed tomography and magnetic resonance imaging volumetry. *BiolPsychiatry* 2005;57:1565-72.
- 210) Bookstein FL, Streissguth AP, Sampson PD, Connor PD, Barr HM. Corpus callosum shape and neuropsychological deficits in adult males with heavy fetal alcohol exposure. *Neuroimage* 2002;15:233-51

- 211) Guerri C.: Teratogenic effects of alcohol: current status of animal research and in vitro models. *Arch ToxicolSuppl* 1996;18:71-80
- 212) Ungerer M., Knezovich J, Ramsay M.: In utero alcohol exposure, epigenetic changes, and their consequences. *Alcohol Res.* 2013;35(1):37-46.
- 213) Coulter CL, Leech RW, Schaefer GB, Scheithauer BW, Brumback RA.: Midline cerebral dysgenesis, dysfunction of the hypothalamic-pituitary axis, and fetal alcohol effects. *ArchNeurol* 1993;50:771-5
- 214) Abel EL: Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 1997. 32, 211–219
- 215) Albertsen, A., Andersen, A-M, Olsen, J. and Grønþæk, M.: Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology* 2004 159 155-161
- 216) Ripabelli G., Cimmino L., Grasso GM.: Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies. *Ann Ig.* 2006 Sep-Oct;18(5):391-406
- 217) May PA, Fiorentino D, Gossage PJ, Kalberg WO, Hoyme EH, Robinson LK, et al.: Epidemiology of FASD in a province in Italy: prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *AlcoholClinExp Res* 2006;30(9):1562-75
- 218) Kodituwakku, P. et al.: Neurobehavioral Characteristics of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Communities from Italy: Preliminary Results. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2006, 30, 9,:1551
- 219) Granato A, De Giorgio A: Experimental models of early exposure to alcohol: a way to unravel the neurobiology of mental retardation. *Front Pediatr.* 2015 Jan 6;2:142. doi: 10.3389/fped.2014.00142. eCollection 2014.
- 220) RAHRA. HARM DONE BY ALCOHOL TO CHILDREN. [http://www.rarha.eu/Resources/UsefulDocs/Lists/UsefulDocs/Attachments/1/Alcohol\\_and\\_Children.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/UsefulDocs/Lists/UsefulDocs/Attachments/1/Alcohol_and_Children.pdf) (Ultimo accesso: 28 gennaio 2015)
- 221) Lupton C, Burd L, Harwood R.: Cost of fetal alcohol spectrum disorders. *Am J MedGenet* 2004; 127C:42-50
- 222) Gemma S., Vichi S., Testai E.: FATTORI METABOLICI E GENETICI CHE PREDISPONGONO AL DANNO DA ALCOL E ALLA SINDROME FETO-ALCOLICA. *Rapporti ISTISAN* 08/37.
- 223) AA. VV.: Pregnancy and alcohol: occasional, light drinking may be safe. *Prescrire Int.* 2012 Feb;21(124):44-50.
- 224) O'Leary CM, Bower C.: Guidelines for pregnancy: what's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug Alcohol Rev.* 2012 Mar;31(2):170-83. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00331.x. Epub 2011 Sep 29.
- 225) Burger PH, Goecke TW, Fasching PA, Moll G, Heinrich H, Beckmann MW, Kornhuber J.: How does maternal alcohol consumption during pregnancy affect the development of attention deficit/hyperactivity syndrome in the child. *FortschrNeurolPsychiatr.* 2011 Sep;79(9):500-6. doi: 10.1055/s-0031-1273360. Epub 2011 Jul 7
- 226) Evrard SG: Prenatal alcohol exposure as an etiological factor in neuropsychiatric diseases of childhood, adolescence and adulthood, *Vertex.* 2010 Jul-Aug;21(92):260-5
- 227) Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, Martel MJ, Midmer D, Nulman I, Poole N, Senikas V, Wood R, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J ObstetGynaecol Can.* 2010 Aug;32(8 Suppl 3):S1-31
- 228) Day NL, Richardson GA: Prenatal alcohol exposure: a continuum of effects, *SeminPerinatol.* 1991 Aug;15(4):271-9

- 229) Schwandt ML, Heilig M, Hommer DW, George DT, Ramchandani VA: Childhood Trauma Exposure and Alcohol Dependence Severity in Adulthood: Mediation by Emotional Abuse Severity and Neuroticism. *Alcohol ClinExp Res.* 2012 Dec 27. doi: 10.1111/acer.12053.
- 230) Gmel, G. and Rehm, J.: Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health* 27 52-62
- 231) Miller, B.A.; Maguin, E.; And Downs, W.R. (1997) Alcohol, drugs, and violence in children's lives. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism 2003: Volume 13. Alcoholism and Violence.* New York: Plenum Press, pp. 357-385.
- 232) Widom C.S., Hiller-Sturmhofel S.: Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health* 2001, 25 52-57
- 233) Rossow I.: Suicide, violence and child abuse: review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems* 2000, 27, 397-434.
- 234) Foltran F, Gregori D, Franchin L, Verduci E, Giovannini M.: Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. *Nutr Rev.* 2011 Nov;69(11):642-59. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00417.x.
- 235) Gillespie NA, Kendler KS, Prescott CA, Aggen SH, Gardner CO Jr, Jacobson K, Neale MC: Longitudinal modeling of genetic and environmental influences on self-reported availability of psychoactive substances: alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and stimulants. *Psychol Med.* 2007 Jul;37(7):947-59. Epub 2007 Apr 20.
- 236) Cservenka A, Nagel BJ: Risky decision-making: an FMRI study of youth at high risk for alcoholism. *Alcohol ClinExp Res.* 2012 Apr;36(4):604-15. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01650.x. Epub 2012 Jan 17.
- 237) Latimer W, Zur J.: Epidemiologic trends of adolescent use of alcohol, tobacco, and other drugs. *Child AdolescPsychiatrClin N Am.* 2010 Jul;19(3):451-64. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.002.
- 238) Moss HB, Lynch KG, Hardie TL, Baron DA. Family functioning and peer affiliation in children of fathers with antisocial personality disorder and substance dependence: associations with problem behaviors. *Am J Psychiatry.* 2002 Apr;159(4):607-14.
- 239) Dalton MA, Bernhardt AM, Gibson JJ, Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM, Titus-Ernstoff LT, Heatherton TF.: Use of cigarettes and alcohol by preschoolers while role-playing as adults: "Honey, have some smokes". *Arch PediatrAdolesc Med.* 2005 Sep;159(9):854-9
- 240) Mennella JA, Garcia PL.: Children's hedonic response to the smell of alcohol: effects of parental drinking habits. *AlcoholClinExp Res.* 2000 Aug;24(8):1167-71.
- 241) Cameron CA, Stritzke WG, Durkin K.: Alcohol expectancies in late childhood: an ambivalence perspective on transitions toward alcohol use *J Child Psychol Psychiatry.* 2003 Jul;44(5):687-98.
- 242) Zucker RA, Kincaid SB, Fitzgerald HE, Bingham CR.: Alcohol schema acquisition in preschoolers: differences between children of alcoholics and children of nonalcoholics. *Alcohol ClinExp Res.* 1995 Aug;19(4):1011-7.
- 243) Barnow S, Lucht M, Freyberger HJ., Alcohol problems in adolescence with reference to high risk children of alcoholic parents. Results of a family study in Mecklenburg Vorpommern]. *Nervenarzt.* 2002 Jul;73(7):671-9.
- 244) Barnow S, Schuckit MA, Lucht M, John U, Freyberger HJ., The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *J Stud Alcohol.* 2002 May;63(3):305-15.
- 245) Woolfenden SR, Williams K, Peat J., Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(2):CD003015.

- 246) Barnow S, Lucht M, Hamm A, John U, Freyberger HJ.: The relation of a family history of alcoholism, obstetric complications and family environment to behavioral problems among 154 adolescents in Germany: results from the children of alcoholics study in Pomerania. *Eur Addict Res.* 2004;10(1):8-14.
- 247) Miller PM, Smith GT, Goldman MS., Emergence of alcohol expectancies in childhood: a possible critical period. *J Stud Alcohol.* 1990 Jul;51(4):343-9.
- 248) Barnes G.M., Farrell M.P., Dintcheff B.A.: Family socialization effects on alcohol abuse and related problem behaviors among female and male adolescents 1997.
- 249) Fleming CB., Brewer DD, Gainey RR., Haggerty KP, Catalano RF: Parent Drug Use and Bonding to Parents as Predictors of Substance Use in Children of Substance Abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 1997 6 (4): 75–86.
- 250) Wood MD, Read JP, Mitchell RE, Brand NH: Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 2004 18 (1). doi:10.1037/0893-164X.18.1.19.
- 251) Bellis MA, Hughes K, Morleo M, Tocque K, Hughes S, Allen T, Harrison D, Fe-Rodriguez E: Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2007: 15. doi:10.1186/1747-597X-2-15.
- 252) Warner LA, White HR.; Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance use & misuse* 2003, 38 (14) (dicembre): 1983–2016.
- 253) Foley KL, Altman D., Durant RH, Wolfson M: Adults' approval and adolescents' alcohol use. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2004 35 (4): 345.
- 254) Bonino S., Cattelino E., Ciairano S.: Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione. Giunti Editore, 2003.
- 255) Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol.: Adolescenti e Alcol. Indagine nazionale 2012
- 256) Beccaria F.: Alcol e giovani. Riflettere prima dell'uso. Giunti Editore 2013
- 257) Allamani A., Cipriani F., Prina F.: I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. Casa Editrice Litos. Roma 2006
- 258) EURO/WHO: 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](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf)
- 259) EURO/WHO, Regional Office for Europe, Framework for alcohol policy in the WHO European Region, 2006
- 260) WHO, Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 2010 World Health Organization. ISBN 978 92 4 159993 1 [http://www.who.int/substance\\_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1) (Ultimo accesso 21 gennaio 2015)
- 261) EURO/WHO: European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>)
- 262) Ministero della Salute, Direzione generale della Prevenzione Sanitaria Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, Piano nazionale Alcol e Salute, Roma, 7 Febbraio 2007 [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf) (Ultimo accesso 21 gennaio 2015)

- 263) Scafato E, Gandin C., Patussi V., L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria Linee guida cliniche pe l'identificazione e l'intervento breve, <http://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/fascicolo1.pdf> (Data ultima consultazione: 21 gennaio 2014)
- 264) a Zottola G., Mangili A., Consumo di alcol: intervento breve a cura del Medico Competente, [http://fad.saepe.it/approfondimenti/ME12\\_dossier\\_alcol\\_def.0.pdf](http://fad.saepe.it/approfondimenti/ME12_dossier_alcol_def.0.pdf) (Ultima consultazione 15 gennaio 2015)
- 265) Di Clemente C. C.: Gli Stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza. In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, pp. 37-51.
- 266) Rollnick S. (1994): Il Colloquio motivazionale: aumentare la disponibilità al cambiamento. In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, pp. 53-68.
- 267) Signorelli C.: Elementi di metodologia epidemiologica , Società Editrice Universo, Roma, 2000
- 268) Faggiano F. Donato F., Barbone F.: Applicazioni di Epidemiologia per la sanità Pubblica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006
- 269) Repubblica Italiana: Legge 675 del 31 dicembre 1996. Testo consolidato dal Decreto Legge 28 dicembre 2001, n. 46
- 270) Nie N.H., Hill C.H., Jenkins J.G., Steinbrenner K., Bent D.H.: Statistical Package for the Social Sciences , 2nd Edition, McGraw-Hill Book Company, 1979.
- 271) Salin M.: Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01 , Mc Graw-Hill Libri Italia srl, 1992
- 272) Currie C, Zanotti C, Morgan A., Currie D., De Looze M., Roberts C, Samdal O., Smith O.R.F., Barnekov V. (EDS): Social determinants of health and well- being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from 2009/2010 survey. No. 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012
- 273) EURO/WHO, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/147732/RC61\\_wd13E\\_Alcohol\\_111372\\_ver2012.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf), Data ultimaconsultazione 1 dicembre 2012
- 274) Repubblica Italiana Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10.11.2012 La Legge n° 189/2012
- 275) Modonutti GB, Fiore M, Costantinides F, Leon L, Olivieri G, Fallico R, Ferrante M: Association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. ISEE Barcellona 13-16 settembre 2011
- 276) Knowles M., La formazione degli adulti come autobiografia., Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.

