

Consumi di Alcol nell'approccio di Riduzione del danno

Culture del bere, politiche pubbliche, interventi

forum
droghe



COORDINAMENTO NAZIONALE
COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA



in collaborazione con

Ce.S.D.A.

FASCICOLO DI
DOCUMENTAZIONE

Summer School 2016
Firenze, 8-9-10 settembre

i dossier di **fuoriluogo.it**

Dossier a cura di Grazia Zuffa
Impaginazione a cura di Leonardo Fiorentini

Copyright 2016
www.fuoriluogo.it
Testi riproducibili citando la fonte

Indice

Consumi di Alcol nell'approccio di Riduzione del danno

Culture del bere, politiche pubbliche, interventi

Fascicolo di documentazione

Presentazione e programma del corso pag. 3

Sommari delle relazioni introduttive pag. 7
(Franca Beccaria, Stefano Bertoletti, Allaman Allamani, Harald Klingemann, Mauro Spadotto, Valeria Zavan, Simonetta Cioni, Sidartha Canton e Riccardo De Facci)

Parte Prima **Le culture del bere**

La conoscenza e la ricerca sociologica tra teoria e spendibilità dei servizi pag. 15
Franca Beccaria

Binge Drinking. Significati e pratiche di consumo tra i giovani italiani. Uno studio esplorativo pag. 35
Franca Beccaria, Sara Rolando, Enrico Petrilli

La cultura del buon bere, via alla prevenzione pag. 49
Paolo Nencini

Sostanze legali e illegali nel mondo giovanile: i modelli, i contesti e le traiettorie dei consumi, una ricerca in Toscana pag. 51
Grazia Zuffa, Stefano Bertoletti, Barbara Tinti, Alice Berti, Fabio Voller

Parte seconda **Le politiche pubbliche**

Sintesi dello studio AMPHORA 3 pag. 63

L'Europa tra culture del bere e politiche di controllo alcologico pag. 65
Allaman Allamani, Fabio Voller, Pasquale Pepe

Appunti su alcune aporie alcol epidemiologiche pag. 75
Allaman Allamani

Parte terza Gli interventi

L'approccio di riduzione del danno per problemi alcol correlati pag. 85
Introduzione a cura di Grazia Zuffa

How much Treatment does a person need? pag. 91
Self change and the Treatment System
Harald Klingemann e Justyna Klingemann

Parte quarta Gli strumenti operativi

Programmi di monitoraggio del bere pag. 109

Guida al self change: fogli e schede di lavoro pag. 111
Introduzione a cura di Grazia Zuffa

La documentazione citata in questo dossier sarà recuperabile, insieme alle presentazioni dei relatori, on line nelle pagine dedicate alla Summer School 2016 sul sito **formazione.fuoriluogo.it** tramite la password che vi sarà fornita durante la registrazione.

Fascicolo a cura di Grazia Zuffa
Impaginazione a cura di Leonardo Fiorentini

Copyright 2016
www.fuoriluogo.it
Testi riproducibili citando la fonte

Consumi di Alcol nell'approccio di Riduzione del danno.

Culture del bere, politiche pubbliche, interventi

Introduzione

Questo è il secondo appuntamento della Summer School dedicato ai consumi di alcol. Dopo la prima edizione del 2010 che ha offerto una panoramica dei differenti orientamenti - teorici e operativi - al problema alcol, questa seconda tappa è dedicata all'approfondimento dell'approccio di riduzione del danno. Intendiamo la riduzione del danno non come l'insieme di interventi di bassa soglia, comunemente identificati col "quarto pilastro" (tanto è vero che saranno presentate e discusse anche esperienze tradizionalmente inquadrabili nel pilastro "trattamento"); bensì come modello di politiche pubbliche che discende da una precisa lettura dell'uso di alcol: non è tanto il consumo in sé ad essere oggetto di attenzione, quanto i modelli del bere, che vanno compresi sia rispetto ai differenti livelli di rischio, sia rispetto ai significati sociali che assumono e ai rituali (sociali) che li scandiscono. Questi ultimi non sono altro che i cosiddetti "controlli" sociali informali sul bere, che mirano "naturalmente" a massimizzare il piacere e a minimizzare i rischi. Individuare i differenti modelli del bere è il primo passo per cercare di cogliere le variabili che influiscono sul loro cambiamento, in specie quelle economiche e sociali, alla base delle "culture del bere". In termini di politiche pubbliche, l'approccio di riduzione del danno mira alla promozione di modelli del bere più sicuri (safe use), lasciando in secondo piano il tradizionale obiettivo della riduzione della prevalenza dei consumi.

La sostituzione dell'obiettivo primo delle politiche pubbliche svela il "cambio di paradigma", dal "farmacocentrismo" del modello disease verso il modello di apprendimento sociale, che valorizza il ruolo delle culture (setting) nel modulare/controllare i consumi. Per una sostanza altamente socializzata e acculturata come l'alcol, l'importanza delle componenti socioculturali è più evidente al senso comune. Non a caso, Norman Zinberg (1979, 1984), nell'illustrare il paradigma dell'apprendimento sociale (*Drug, set, setting*) e in particolare ruolo del setting, prende spunto dall'analisi delle varie culture dell'alcol nella prospettiva storica.

Questa preliminare precisazione teorica serve in primo luogo a trovare un "filo" comune di interpretazione dei consumi per alcol e droghe illegali, senza trascurare le differenze. E' un filo comune non scontato, se è vero che nel dibattito pubblico sono presenti numerosi fraintendimenti e semplificazioni: si pensi all'enfasi sulla cannabis come sostanza (illegale) mild, spesso contrapposta all'alcol come sostanza (legale) hard, volendo trarne le conseguenze in termini di alleggerimento di "controlli formali" normativi per la canapa e di inasprimento degli stessi per l'alcol. Ancora una volta, questa linea è perfettamente congruente col tradizionale farmacocentrismo.

Dall'altro lato, il rimando al cambio di paradigma offre una nuova cornice alle prestazioni sociosanitarie, consentendo di cogliere la riduzione del danno come approccio che copre l'intera gamma degli interventi (nei differenti nodi della rete dei servizi, rivolti a persone a livelli differenti d'uso): dalla prevenzione, all'automonitoraggio, al counselling, alla presa in carico per trattamenti più intensivi, etc.

I temi

Le culture del bere

I consumi di alcol sono sempre più rappresentati come "emergenza" giovanile, specie nelle scene notturne del divertimento: i comportamenti di "disturbo" che danno luogo ai conflitti urbani più comuni (rumore notturno etc.) sono comunemente addebitati alla sostanza tout court. Ma come sono cambiati i modelli di consumo in Italia? Possiamo ancora parlare di una cultura del bere "mediterranea" fra i giovani, distinta ad esempio da una cultura nord europea e nord americana? Quali sono i tratti distintivi delle culture del bere odierne e quali variabili hanno più inciso sul cambiamento? Quali le differenze fra generazioni? Ci sono poi le culture del bere dei migranti, assai diverse fra i vari gruppi.

E c'è il "bere di strada" di gruppi marginali, fenomeno che ha tratti di somiglianza con le "scene di droga" degli anni ottanta e novanta, se non altro per i conflitti sociali che rischiano di innescare.

Le politiche pubbliche

Le politiche pubbliche sembrano orientate a intensificare i controlli "formali": diminuzione dei tassi alcolici alla guida permessi, astinenza completa per i più giovani, punizione severa delle infrazioni, test sui luoghi di lavoro etc. Cominciano a essere introdotti anche limiti di orario per la vendita di alcolici (vedi in autostrada) e c'è chi vorrebbe ritornare alle fasce orarie limitate, sull'esempio degli orari di apertura dei pub nel Regno Unito, rimasti in vigore fino agli anni settanta. A fronte di questo sviluppo, sono perlopiù sottovalutati i fattori socioeconomici e ancora di più i controlli "informali", ossia il ruolo delle culture del bere. Ciò avviene, nonostante la ricerca abbia dimostrato l'impatto preminente dei fattori socioculturali (ad esempio il progetto AMPHORA, un recente studio europeo). Come le politiche pubbliche potrebbero far leva sui controlli informali?

Gli interventi sull'alcol e l'approccio di Riduzione del Danno

La costruzione del problema bere/alcolismo ha profondamente influenzato la successiva costruzione del problema droghe (illegali). Si pensi al modello disease (o medico), tuttora dominante nei servizi dipendenze, che nasce dalla lettura dell'abuso di alcol, quando si passa dal biasimo verso l'ubriachezza (modello morale) all'individuazione di persone con speciale propensione al bere (modello disease). Tuttavia i due modelli sono progrediti in sostanziale convergenza, come si vede dall'esperienza degli Alcolisti Anonimi. Non a caso l'enfasi sull'astinenza è comune ad ambedue i modelli. Questa prospettiva storica non è sufficientemente presente agli operatori delle dipendenze, che perciò hanno spesso la percezione di "non essere preparati" ad affrontare il problema alcol.

In realtà, anche gli interventi che si rifanno al modello dell'apprendimento sociale, sono stati sviluppati sia per l'alcol che per le droghe. Tutti i costrutti che insistono sulla componente setting e set (ad esempio il modello TransTeoretico di Cambiamento) sono stati perfino più utilizzati per l'uso di alcol che per le droghe illegali, e lo stesso si può dire per l'ampio ventaglio di ricerche sul "natural recovery", così preziose per lo sviluppo di interventi innovativi: si vedano Alan Marlatt e la sua elaborazione della relapse prevention; Jim Orford con le prime ricerche sulla validità di obiettivi plurimi dei trattamenti (e non solo di astinenza) per i consumatori intensivi di alcol; Harald Klingemann e i Sobell con le ricerche sul "bere controllato". Per tornare alla percezione di inadeguatezza di molti operatori delle dipendenze: in realtà ciò che è sempre più inadeguato è il modello operativo di riferimento (disease). Dunque, chiarire una prospettiva differente è il primo passo di empowerment di chi lavora nei servizi.

Su questa linea, diversi sono gli ambiti di approfondimento:

- La controversia storica in tema di alcol e terapia: anche i bevitori "incontrollati" possono retrocedere al bere "controllato"? Quali sono le strategie "naturali" di autoregolazione dei bevitori? Il bere controllato può essere un obiettivo del trattamento? Si può ipotizzare un modello di intervento flessibile lungo le "naturali" oscillazioni dei consumi, in una logica proattiva, che supera la vecchia ripartizione prevenzione/cura/riabilitazione?
- Un bilancio dell'attuale offerta di programmi terapeutici sull'alcol, con uno sguardo ai processi sociali di etichettamento e stigmatizzazione conseguenti la designazione dell'utente come "alcolista".
- Panoramica delle esperienze innovative già presenti nei servizi: dai Sert, alle strutture residenziali e diurne, alla bassa soglia e ai servizi di prossimità.
- Modelli flessibili di monitoraggio del bere e di "supporto" del bevitore, fra controllo/non controllo. Sono presenti diversi programmi dal Moderation Management, al Guided Self Change (Sobell et al., 1996, Sobell, Sobell, 1993), al Behaviouring Self Control Training (Miller, 1978; Saladin & Santa Ana, 2004). Come può essere adottata e adattata questa tecnica nel contesto italiano dei servizi pubblici o a finanziamento pubblico?

Questa edizione della Summer School avrà come key note speaker il professor Harald Klingemann, studioso e ricercatore nel campo dei comportamenti additivi da alcol, che tra gli altri suoi libri ha curato insieme a Linda Carter Sobell il volume Promoting self change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment (Springer, 2007).

*Programma***Giovedì 8 settembre, pomeriggio**

Ore 14,30 Presentazione del seminario a cura di Hassan Bassi (Forum Droghe) e Fabrizio Mariani (Ctca).

Ore 15. Introduzione: Alcol e Riduzione del danno, oltre la bassa soglia: per un approccio di regolazione sociale e di autoregolazione nell'intera rete dei servizi (Grazia Zuffa)

Ore 15.30 Come cambiano gli stili del bere: un allarme giustificato ? (Franca Beccaria, Eclectica)

Ore 16. 15 Consumi giovanili e movida, progetto "Notte di qualità" (Stefano Bertoletti, Forum Droghe e Ctca)

Ore 16.45-17 Break

Ore 17-19.30 Gruppi di lavoro (attorno agli stili di consumo)*

Venerdì 9 settembre, mattino

Ore 9. Relazione in plenaria dei gruppi di lavoro

Ore 9.30 L'evoluzione dei modi del bere in Europa e le politiche alcoliche (Allaman Allamani)

Ore 10. "Non conosco il tuo percorso": dal self change e dal natural recovery agli interventi sulle dipendenze (Harald Klingemann, Sociologo, Professore Emerito Università di Zurigo).

La presentazione analizzerà i risultati più significativi della ricerca sul self change per poi affrontare i nodi degli interventi nei servizi, con particolare riguardo all'obiettivo del bere controllato.

Ore 12. Discussione in plenaria

Ore 12.30-14 Pausa pranzo

Ore 14 L'evoluzione degli interventi sull'alcol nei servizi: panoramica nazionale (Valeria Zavan, tossicologa, responsabile SerD Novi Ligure, Dip. Dipendenze Asl Reg. Piemonte)

Ore 14.30-16.30. Esperienze innovative presenti nei servizi italiani (Sert, strutture residenziali e diurne, bassa soglia e servizi di prossimità):

- Alcol a bassa soglia nella rete dei servizi: l'esperienza del Comune di Venezia (Mauro Spadotto, educatore)

- Progetti integrati e Rdd: il centro C.a.t.i.a. a Bologna (Simonetta Cioni, Medico specialista in tossicologia e farmacologia clinica)

- Un modello di intervento per consumatori intensivi di alcol/cocaina (Sidhartha Canton, Addiction Center, Lachiarella)

- Intervento breve per consumatori intensivi di alcol e cocaina (Claudia Bianchi, Open Group, Bologna)

Ore 16.30-17 break

Ore 17 -19.30 Gruppi di lavoro (attorno ad approcci e interventi)*. Coordinatori e Rapporteur: Susanna Ronconi, Stefano Vecchio, Beatrice Bassini, Antonella Camposeragna.

Sabato 10 settembre, mattino

Ore 9 Relazione in plenaria dei gruppi di lavoro

Ore 9.30. Rilettura e commento dei materiali di lavoro, con particolare attenzione ai modelli di self change e di automonitoraggio del bere (a cura di Grazia Zuffa, Patrizia Meringolo, Allaman Allamani, Riccardo De Facci)

Ore 11: Tavola rotonda conclusiva: Dall'alcolismo al "bere eccessivo": confronto fra diversi approcci, filosofie e pratiche di intervento nella rete dei servizi:

Coordina: Maria Stagnitta, presidente Forum Droghe. Intervengono: Stefano Vecchio (Dipartimento Dipendenze, Asl Napoli 1), Susanna Ronconi (Forum Droghe), Paolo Jarre (Dipartimento Dipendenze Asl Torino 3), Riccardo De Facci (vicepresidente Cnca)

Ore 13. Chiusura e saluti

* Circa i gruppi di lavoro:

Il gruppo intorno agli stili di consumo ha il compito di disegnare alcune tipologie di consumatori (ciò che osserviamo); rilevare compiti di ricerca (ciò che non sappiamo).

Parte dall'analisi dei dati portati dall'osservazione e, nel caso, dalla ricerca svolta dagli operatori centrati su

-stile di consumo (drug set e setting)

-strategie di regolazione

Si lavora con una griglia di osservazione predisposta

Il gruppo intorno ad approcci e interventi ha il compito di rilevare e descrivere pratiche di intervento – anche micro, a livello di singolo operatore, centrate su: obiettivi diversi dall' astinenza, sostegno a dispositivi di autoregolazione, ruolo delle culture/normalizzazione .

Si lavora su analisi dei punti di forza e punti di debolezza di ciascuna pratica. In un processo bottom up, partendo dagli aspetti salienti della microfisica delle pratiche/innovazioni/nuove domande, si "estraggono" i punti chiave di un possibile e auspicabile nuovo modello operativo. Si produce un poster con questi punti chiave.

Sommari delle relazioni introduttive

Franca Beccaria, Stefano Bertoletti, Allaman Allamani, Harald Klingemann, Mauro Spadotto, Valeria Zavan, Simonetta Cioni, Sidartha Canton e Riccardo De Facci

Come cambiano gli stili del bere: un allarme giustificato?

Franca Beccaria, Eclectica, Istituto di ricerca e formazione, Torino

Il nostro Paese, che per molto tempo ha considerato l'abuso alcolico come un problema di competenza del "prete", un vizio e dunque un problema morale, ha visto il modello bio-medico affermarsi nel dopoguerra e consolidarsi fino agli anni '90. Nell'ultimo decennio del XX secolo, anche in Italia, sulla spinta della filosofia dei Club degli Alcolisti in Trattamento, introdotta dallo psichiatra croato Vladimir Hudolin, e dei primi documenti europei sull'alcol promossi dall'OMS, si è invece diffuso l'approccio di salute pubblica che eserciterà la sua influenza anche sul percorso che ha portato all'approvazione della prima legge quadro sull'alcol (L.125/2001).

A differenza dei paesi scandinavi, in Italia il bere è stato fin dall'antichità un comportamento "normalizzato", non regolato da specifiche politiche finalizzate a far assumere norme di comportamento orientate verso la salute, ma appreso attraverso un processo di socializzazione che inizia nella più tenera età attraverso cui viene interiorizzata la distinzione tra le situazioni in cui il bere è consentito e spesso incoraggiato e le situazioni in cui invece non è opportuno.

Oggi l'Italia rappresenta un caso particolarmente interessante per almeno tre motivi:

- la drastica riduzione dei consumi di alcol pro capite che negli ultimi 40 anni ha portato dai 20 litri di alcol puro pro-capite degli anni Sessanta ai meno di 7 litri di oggi;
- la tardiva introduzione, rispetto ad altri Paesi europei, di politiche sull'alcol finalizzate a ridurre i consumi della popolazione;
- le peculiari caratteristiche dei modelli di consumo del bere che, seppure nell'aumentata complessità, sono sempre più orientati alla moderazione.

La presentazione, dopo una breve introduzione sulle culture del bere, affronterà il tema della cultura del bere italiana contemporanea attraverso lo sviluppo di tre tematiche:

- stili del bere, ubriachezza e binge drinking tra i giovani italiani,
- la nuova cultura del bere che dalle aree "vitate" si estende al resto del Paese.

Le conclusioni porteranno alcuni riflessioni utili per il successivo approfondimento sulle politiche sull'alcol.

Consumi giovanili e movida, il Progetto "Notte di Qualità"

Stefano Bertoletti, Forum Droghe e Ctca

I servizi di "riduzione dei rischi" negli ultimi anni si sono trovati spesso di fronte alla necessità di adeguare i propri interventi ai contesti di divertimento sempre più inseriti nella dimensione urbana, conosciuti genericamente come movida. In Toscana, nell'ottobre 2014 ha preso avvio un progetto che si ispira ad un modello europeo conosciuto come Quality Night. Le attività del progetto toscano si sono avviate a seguito di un finanziamento della Regione Toscana ad ANCI, che lo ha gestito affidandolo a CTCA. "Notte di qualità" ha sviluppato azioni sperimentali su vari ambiti ponendo alle amministrazioni comunali e a vari soggetti coinvolti (gestori e operatori dei comuni etc) modelli di intervento che cercassero di sviluppare azioni di mediazione e prevenzione, da sviluppare sia con attività di formazione che di intervento diretto nelle piazze. Tra le azioni sviluppate va ricordato il dispositivo di mediazione artistica, che coinvolge artisti di strada insieme ad operatori sociali nella realizzazione di azioni di stimolo sul tema del rumore ma anche del consumo di alcool e del rispetto dell'ambiente urbano. Riguardo al tema dei consumi di alcol e droghe, il progetto ha sviluppato una propria linea comunicativa centrata sulla riduzione dei rischi e sulla conservazione del piacere, limitando gli eccessi e rivolgendosi direttamente ai frequentatori delle piazze; e una politica, rivolta ad amministratori e gestori, che contempla azioni mirate a creare un circuito di qualità con proposte volte a promuovere offerte a bassa gradazione alcolica, lotta alle offerte low cost di alcol e attività di formazione sulla "somministrazione responsabile". Il progetto ha svolto una ricerca su alcuni dei contesti principali di movida in regione, di cui verrà fornita un'anticipazione dei dati, cercando di indagare alcune delle dimensioni principali dello stile di consumo di alcool e droghe, ma anche aspetti relativi alla gestione dello spazio comune con gli altri cittadini, dei problemi connessi ai rifiuti, al rumore e ai conflitti con i residenti.

L'evoluzione dei modi del bere e le politiche alcolologiche in Europa (1960-2010)

Allaman Allamani

In Europa tra il 1960 e il 2010 il consumo di bevande alcoliche ha avuto una lieve riduzione, che è la combinazione di una marcata diminuzione nel sud, un notevole aumento nel nord e una modesta crescita nell'Europa centrale. In ogni paese si è assistito a una riduzione della bevanda tradizionale (vino, o birra, o superalcolici) e un aumento delle bevande meno usuali. Parallelamente sono diminuiti i decessi per incidenti di trasporto e per malattie croniche del fegato, in quest'ultimo caso combinandosi una forte riduzione di mortalità nell'Europa meridionale, e un aumento in quella settentrionale e centrale.

In questo periodo i fattori socio-economici e demografici hanno influito sui cambiamenti del consumo di bevande alcoliche e dei danni correlati più delle politiche alcolologiche preventive, le quali vi hanno contribuito solo parzialmente (vedi lo studio AMPHORA-3). E' anche da notare come tali politiche sono state introdotte più precocemente e in maggior numero nei paesi dell'Europa settentrionale, laddove i problemi hanno avuto un andamento in crescita, rispetto a quelli dell'Europa meridionale, dove sono state introdotte più tardivamente, ma in cui i problemi erano da tempo apparsi in decrescita.

In conclusione i paesi europei sono raggruppabili per consumi in tre zone comparabili: nord, centro e sud Europa, all'interno delle quali è utile confrontare gli effetti delle politiche alcolologiche prima che se ne introducano di nuove. Inoltre è necessario considerare il ruolo dei fattori socio-economico-demografici specifici ogni volta che a livello di un paese si progettano misure preventive per la riduzione dei danni alcol-correlati.

Scarica lo studio AMPHORA-3: <http://formazione.fuoriluogo.it>

“Non conosco il tuo percorso”. Dal self change al cambiamento nei servizi per la dipendenza

Harald Klingemann

Bern University of Applied Sciences - Bern University of the Arts BUA

I programmi di trattamento raggiungono di solito solo una piccola frazione del gruppo target potenziale. L'assunto secondo cui il cambiamento dei comportamenti additivi avviene in una cornice più ampia del trattamento professionale ha ricevuto un largo supporto. L'analisi dell'interfaccia fra i sistemi formali e informali di cura mostra la necessità di imparare di più dal vasto gruppo di persone che rifiutano di accettare l'aiuto professionale per risolvere i loro problemi di dipendenza. Nella prima parte della presentazione, è spiegato il concetto di self change e si discutono le ragioni latenti della resistenza a questa idea. Si procede poi a una rapida panoramica della ricerca epidemiologica correlata, dimostrando che il concetto tradizionale, secondo cui solo con l'astinenza si possono risolvere i problemi di dipendenza, non è più sostenibile, sulla base dei risultati di larghe indagini epidemiologiche longitudinali. Segue una descrizione degli elementi centrali del processo individuale di cambiamento, come il bilancio decisionale e l'auto-monitoraggio.

Nella seconda parte della presentazione, si affronta la domanda su come il self change possa essere "assistito" nell'ambito del sistema di trattamento e si sottolineano le condizioni sociali che incidono sulle probabilità del self change, come la stigmatizzazione sociale e l'immagine sociale della dipendenza nei media e nella popolazione.

Dal punto di vista delle politiche, il fatto che il self change sia un fenomeno ricorrente in presenza di una generale mancanza di consapevolezza dell'opinione pubblica su queste forme di recupero, suggerisce che comunicare le conoscenze sulla prevalenza del self change possa essere di per sé un tipo di intervento valido. I soggetti che hanno raggiunto il cambiamento da sé potrebbero dichiararlo pubblicamente, in modo da incoraggiare gli altri a intraprendere il cammino di self change.

La presentazione si conclude con alcuni spunti da discutere, su come utilizzare il paradigma di self change nella pratica quotidiana dei servizi di cura.

“I don't know your way” From self-change to assisted change from addiction

Treatment programs usually reach only a small fraction of their potential target groups. The assumption that change from addictive behaviours occurs within a wider framework than just professional treatment has received broad support. An analysis of the interface between professional and lay referral systems highlights the need to learn more about the large group of people who refused to accept professional help to solve their addiction problem.

The presentation highlights during the first part, the concept of self-change and discusses latent reasons for resistance against this idea. It proceeds to a short overview of related epidemiological research showing, that the traditional concept that resolution of addiction problems can be achieved only by abstinence is no longer tenable, given the research findings from large longitudinal surveys. This is followed by a characterization of the core elements of the individual change process such as decisional balancing and self-monitoring.

The second part of the presentation raises the question how self-change possibly can be 'assisted' within the treatment system and will point out societal conditions influencing the likelihood of self-change such as social stigmatization, availability and images of addiction in the media and the population: From a policy point of view, the frequent occurrence of self-change, coupled with the general public's lack of awareness of such recoveries, suggests that disseminating knowledge about the prevalence of self-change could be a type of intervention itself. Individuals who have achieved self-recoveries could make public declarations in order to encourage others to try the self-change process.

The presentation closes with some suggestions to be discussed, how to make use of the self-change paradigm in daily therapeutic practice.

Alcol a bassa soglia nella rete dei servizi: l'esperienza del Comune di Venezia

Mauro Spadotto

Il numero delle persone, da noi contattate in strada e che accedono alle strutture a bassa soglia, che abusano di alcol nel territorio del Comune di Venezia, è alquanto significativo. Sono persone che vivono in condizioni di marginalità spesso estrema, alcune delle quali dichiarano di abusare di alcol come sostanza primaria, altri ritengono l'alcol una sostanza di "accompagnamento" ad altre, quali eroina, metadone, cocaina, psicofarmaci e per questo non la dichiarano come sostanza problematica.

Gli stessi servizi di cura in fase di anamnesi iniziale riferiscono che spesso l'alcol non viene menzionato come sostanza di consumo/abuso quotidiano.

Il permanere in questa condizione di abuso di alcol ed emarginazione fa sì che queste persone, oltre ad un loro progressivo deterioramento fisico, siano particolarmente esposte a rischi di violenza e di carcerazione, con un progressivo aggravamento della loro condizione psicofisica e per questo con un grado di patologie croniche o mortalità elevato.

Il progetto, che la Uoc Riduzione del danno sta sperimentando a Venezia, si propone come target beneficiario diretto le persone in condizione di marginalità che non dichiarano le problematiche correlate al loro abuso di alcol e per questo non prendono in considerazione la possibilità di avviare dei percorsi di cura; o che, seppur avviati al trattamento, non riescono a rispettare il "contratto terapeutico" con il servizio o la struttura curante.

Si intende dedicare particolare attenzione al concetto e alla conseguente azione di "care", cioè il "prendersi cura" delle persone, anche nel momento in cui quelle continuano ad abusare, venendosi a trovare in situazioni di alto rischio sanitario e sociale, per sé stessi e la comunità.

Panoramica ed evoluzione degli interventi sull'alcol nei servizi

Valeria Zavan, medico

Resp sede SC SerD Novi Ligure – Referente Alcologia DPD ASLAL – Reg. Piemonte

Sino alla riforma basagliana, il "problema alcol" era nella sostanza delegato alla Psichiatria come contenimento comportamentale delle forme più gravi.

Solo con esperienze innovative, alla fine degli anni '70 e '80, l'intervento alcologico iniziò ad avere una sua diversa forma e filosofia. L'attenzione agli aspetti organici, alla disintossicazione come "materia medica", si orientarono anche a reinserire le persone nel contesto sociale di appartenenza. Una grande influenza ebbe anche la diffusione dei gruppi di autoaiuto.

Va comunque sottolineato come esistano approcci alcologici molto diversificati sul territorio nazionale suddivisibili grossolanamente in una "Alcologia di tradizione classica", caratterizzata da interventi di disintossicazione breve, di ricovero riabilitativo, e di after care nelle sue diverse forme; e una Alcologia di tradizione "sertologica", inserita nel contesto dei Dipartimenti per le Dipendenze che tende a mutuare i modelli utilizzati originariamente nel trattamento per le dipendenze illegali.

Il minimo comun denominatore comunque consiste a tutt'oggi in un generale modello di disintossicazione → prevenzione della ricaduta, interpretata quest'ultima in un'accezione piuttosto ampia del termine.

In particolare, rispetto ai trattamenti, si sottolinea che, nonostante le differenze di approccio, il modello prevalente risulta essere quello orientato all'astensione a lungo termine, con una importante componente psico-sociale e con una farmacologia piuttosto debole.

Nonostante notevoli modificazioni dell'applicazione delle strategie trattamentali in funzione dell'introduzione di concetti quali quelli motivazionali, l'obiettivo del bere controllato non è pressoché mai perseguito.

Tale panorama sarà comunque destinato nel futuro a modificarsi, non solo per la maggior attenzione agli aspetti di negoziazione, ma anche per l'introduzione di nuove terapie farmacologiche modulatrici del craving che ne permettono la gestione.

Progetti integrati e riduzione del danno: il centro C.A.T.I.A

Simonetta Cioni

Il progetto C.A.T.I.A., acronimo di Centro Alcolologico per il Trattamento Intensivo Ambulatoriale, nasce nel gennaio 2015 da una collaborazione tra Regione Emilia Romagna, A.U.S.L. di Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, come centro alcolologico di secondo livello per fronteggiare con una attività multidisciplinare la complessità delle cure richieste da pazienti per i quali la normale cura ambulatoriale risulta insufficiente.

L'attività di C.A.T.I.A. comprende un programma di trattamento intensivo con la partecipazione quotidiana ai gruppi terapeutici, un programma di trattamento intensivo post-ricovero, laprova avversativa per la somministrazione di disulfiram, consulenze per pazienti ricoveratipresso il Policlinico S. Orsola Malpighi e per pazienti esterni.

Tramite C.A.T.I.A. si possono effettuare percorsi diagnostici ambulatoriali complessi (P.A.C), in alternativa al ricovero, ricoveri con fini diagnostico-curativi e/o di disassuefazione da alcol presso il Policlinico S. Orsola-Malpighi e consulenze per la valutazione alcolologica di pazienti candidati al trapianto di fegato. La durata del percorso terapeutico intensivo è da uno a tre mesi.

Vengono illustrate le modalità d'accesso a C.A.T.I.A. ed i criteri di accettazione del paziente.

Un modello di intervento per consumatori intensivi di alcol, cocaina

Sidhartha Canton

Responsabile Addiction Center – centro per alcol e polidipendenti, Lacchiarella (MI)

Riccardo De Facci

Presidente di coop. Lotta Contro l'Emarginazione e Vicepresidente nazionale CNCA

Obiettivi: il presente lavoro si propone di analizzare l'attività dell'Addiction Center, servizio specialistico per alcol e polidipendenti, nei casi di dipendenza e/o abuso di alcol legando i comportamenti di abuso alle differenti tipologie degli utenti e degli esiti del trattamento allo scopo di definire eventuali diversificazioni nell'approccio terapeutiche per le diverse classi di utenti.

Metodi: partendo da un inquadramento sul modello di intervento dell'Addiction Center, l'articolo analizza i dati relativi agli utenti (n =222) che hanno usufruito di un trattamento a partire dal 1° dicembre 2009 fino al 31 dicembre 2015. In particolare, il lavoro analizza il ruolo del consumo problematico di alcol negli utenti (sia come sostanza primaria che secondaria) in termini di effetti sugli esiti del trattamento.

Risultati: l'esperienza di Addiction Center mette in evidenza come gli utenti con un consumo di alcol come sostanza primaria sono stati una percentuale limitata (il 16,6% del totale), mentre quelli con l'alcol come sostanza secondaria circa la metà del totale (il 48% del totale). La sostanza primaria d'abuso associata all'alcol risulta essere la cocaina, nel caso di alcol come sostanza primaria oltre alla cocaina, che è predominante come associazione, emergono anche gli psicofarmaci e i cannabinoidi. Per quanto riguarda gli esiti nel caso di alcol come sostanza primaria i tempi brevi sortiscono un effetto pressoché nullo, mentre nel caso di alcol come seconda sostanza, specie in associazione alla cocaina, gli esiti risultano essere positivi nei trattamenti medio lunghi, ovvero a dai tre ai sei mesi.

Conclusioni: i dati raccolti dimostrano come i programmi terapeutici di Addiction Center a medio lungo termine risultano particolarmente efficaci in termini di esiti per gli utenti poliassuntori, anche quando vi è associato un uso problematico di alcol (sia come sostanza primaria che secondaria).

Parole chiave: alcol, cocaina, poliassuntori, comunità terapeutica

Parte Prima

Le culture del bere

La conoscenza e la ricerca sociologica tra teoria e spendibilità dei servizi

Franca Beccaria

tratto dal volume di Paolo Ugolini (a cura di), *Alcol e buone prassi sociologiche*, Franco Angeli (2013)

3. La conoscenza e la ricerca sociologica tra teoria e spendibilità nei servizi

di Franca Beccaria

1. Il ruolo della sociologia negli studi alcolologici

La prima definizione di alcolismo come malattia dovuta agli effetti dell'abuso di alcol sull'organismo compare nella seconda metà del Settecento negli Stati Uniti a opera del medico Benjamin Rush, e quasi contemporaneamente in Scozia negli scritti di Thomas Trotter. A metà dell'Ottocento, Magnus Huss, medico svedese, fornisce un'interessante classificazione delle alterazioni e degenerazioni dovute all'alcol e introduce il concetto di alcolismo cronico (Levine, 1978; Heather e Robertson, 1989; Furlan e Picci, 1990; Cottino, 1991).

Gli esiti di questi studi vanno nella direzione opposta alla visione moralistica prevalente che considerava l'abuso di bevande alcoliche un vizio da reprimere con severe politiche di controllo sull'accessibilità all'alcol (Snowdon, 2011). Tuttavia nonostante questi importanti contributi abbiano avuto il merito di incoraggiare l'attenzione della medicina sul problema, la visione moralistica è stata dominante fino ai primi decenni del Novecento e sarà solo dopo l'abrogazione del Proibizionismo, nel 1933, che negli Stati Uniti inizierà a diffondersi la concezione di alcolismo come malattia.

Con la nascita del primo centro dedicato allo studio dell'alcol presso l'Università di Yale, negli anni '40 del secolo scorso si afferma definitivamente il modello bio-medico ed epidemiologico che focalizza la sua attenzione sui problemi che l'alcol può causare all'individuo e conseguentemente alla società, orientando la ricerca scientifica sulle cause del bere eccessivo e sugli effetti dell'alcol sull'organismo al fine di individuare sistemi di cura efficaci. Il *Center of Alcohol Studies* nasce con l'intento di elaborare nuove strade per la comprensione dei problemi alcolcorrelati e il ruolo giocato dall'alcol all'interno della società. Per raggiungere questo obiettivo agli esperti afferenti a discipline mediche si affiancano anche sociologi, psicologi, economisti e giuristi (Levine, 1991). Pertanto, seppure con minore visibilità rispetto alle discipline bio-mediche, nel panorama scientifico alcolologico iniziano a farsi strada i contributi della

sociologia e dell'antropologia, discipline che pongono l'accento sul significato sociale di atti individuali come il consumo di bevande alcoliche.

L'affermarsi del modello bio-medico favorisce una visione più neutrale dell'alcol, non più percepito come uno strumento diabolico che distrugge la persona e rovina la società, ma come una sostanza tossica pericolosa per il singolo individuo che può avere conseguenze negative per l'intera società.

La de-moralizzazione del problema sposta l'accento dalle politiche di controllo sociale al controllo dell'individuo attraverso l'accesso alla cura medica, con programmi di recupero specifici che si rifanno sostanzialmente alla filosofia di Alcolisti Anonimi, che, proprio in questo periodo, inizia a diffondersi capillarmente sul territorio americano contribuendo all'affermazione della concezione del problema come malattia.

Dunque non è più l'alcol a rappresentare un pericolo di per sé, una sostanza malvagia il cui accesso deve essere il più possibile limitato e controllato, ma è la persona a essere anormale e, non essendo in grado di controllare il proprio bere per ragioni fisiologiche e/o psicologiche, da curare (Levine, 1978). Nei decenni successivi dunque il discorso scientifico rivendica la propria egemonia sullo studio dei problemi alcolcorrelati.

A Yale, negli anni '40, Selden Bacon, giovane assistente del direttore del Centro E.M. Jellinek, traccia la strada di quello che avrebbe dovuto essere il contributo specifico della sociologia agli studi dell'alcol. In quegli anni Jellinek, divenuto famoso per l'elaborazione di una tipologia in cui differenzia cinque categorie di alcolismo¹ – derivante dai suoi studi sugli alcolisti che lo hanno portato a concludere che questi non costituiscono una popolazione omogenea, né per quanto riguarda l'eziologia e né per quanto riguarda il decorso della malattia –, individua come tema essenziale per la ricerca scientifica il problema della dipendenza da alcol e delle altre forme di bere anormale a cui devono dare il proprio contributo anche discipline come la sociologia (Jellinek, 1942; Jellinek, 1960). Bacon, criticando il suo collega di formazione bio-statistica e insistendo sulla necessità di sviluppare un nuovo approccio multidisciplinare allo studio, offre una visione alternativa di quello che avrebbe potuto essere il contributo della sociologia alla ricerca sull'alcol (Bacon, 1943). Le sue osservazioni e i suoi

¹ Le cinque tipologie di alcolismo individuate da Jellinek sono: *alpha alcoholism* (la persona beve per disinibirsi, per affrontare una condizione di disagio esistenziale), *beta alcoholism* (tipico delle zone di produzione di vino dove i soggetti sono abituati a consumare grandi quantità di bevande alcoliche andando raramente incontro a problemi di dipendenza, mentre tendono a sviluppare nel tempo problemi di salute dovuti al consumo eccessivo), *gamma alcoholism* (il bevitore non è in grado di controllare il proprio consumo, alternando periodi di riduzione o di astensione a periodo di bere smodato), *delta alcoholism* (l'intera esistenza ruota intorno alla bottiglia), *epsilon alcoholism* (bere eccessivo occasionale, anche dopo lunghi periodi di astinenza).

suggerimenti non solo erano ancora validi cinquant'anni dopo, come afferma Levine (1991), ma sembrano, per molti aspetti, scritti da un nostro contemporaneo.

La principale critica di Bacon agli approcci scientifici fino a quel momento utilizzati in ambito alcologico è quella di essersi concentrati sugli aspetti patologici del consumo di alcol, o al massimo di essersi spinti fino allo studio dei problemi sociali legati all'abuso. Se questo può essere comprensibile in ambito clinico, psichiatrico e anche psicologico, non può esserlo in ambito sociologico in quanto significa perdere di vista la maggior parte del fenomeno. Secondo Bacon, il bere deve essere studiato come elemento della normale vita sociale, e quindi dovrebbero essere oggetto di indagine tutti i comportamenti, le percezioni, i costumi, i miti, i modelli, le tradizioni e le istituzioni in qualche modo legati all'alcol. Il consumo e l'abuso di alcol nella società richiedono di essere indagati dai sociologi con gli stessi approcci teorici e metodologici con cui si affrontano altre tematiche sociali, quali la religione o la famiglia o la politica, evitando di concentrarsi esclusivamente sugli aspetti patologici e devianti.

Il sociologo è interessato alle abitudini del bere, alla relazione tra queste e altre abitudini, a come vengono apprese, alle forme di controllo sociale rispetto a questi tipi di comportamento e a quelle istituzioni attraverso cui passa il controllo. Il sociologo vuole conoscere i gruppi sociali in cui si beve molto, poco o per nulla, trovare le correlazioni tra quantità e tipo di bevande consumate con la posizione lavorativa e familiare, la nazionalità, la religione e altre caratteristiche sociali. Ancora più importante, si pone le domande principali: quali funzioni sociali assolve il bere alcolici? Quali sono le tensioni sociali legate al bere? Quali sono le pressioni pro e contro questa pratica? Come collima questo modello di comportamento con altre istituzioni e tradizioni? (Bacon, 1943: 407. Trad. mia)

L'appello di Bacon, secondo Levine (1991) è rimasto sostanzialmente inascoltato, non perché non vi siano stati in quei decenni studi sociologici che andassero oltre gli aspetti problematici del bere, ma perché questi ultimi sono rimasti il principale interesse di studio. Non sono mancati tuttavia, tra gli anni '60 e gli anni '80 sociologi impegnati nella ricerca alcologica che abbiano preso le distanze dall'allora dominante modello dell'alcolismo come malattia (Room, 1983).

Il contributo della sociologia alla comprensione dei fenomeni alcolcorrelati è infatti maggiormente rilevante se l'oggetto di studio si estende oltre gli aspetti problematici del bere e include i diversi contesti del bere e dell'astinenza, i fattori sociali che favoriscono o scoraggiano i consumi alcolici, compreso il ruolo del mondo della produzione e di altri *stakeholder*, i percorsi che portano alla definizione delle norme giuridiche e gli aspetti culturali, costituiti dal sapere sedimentato nel tempo.

Negli anni '70 sarà soprattutto l'antropologia, con Dwight Heath, a sottolineare l'importanza di non dare esclusiva rilevanza alle "ossessioni" derivanti dall'alcolismo perdendo di vista la necessità di comprendere l'alcol come "normale" bene di consumo (Levine, 1991). Le osservazioni di Heath (1975) nascono soprattutto dal confronto del ruolo e del significato dei consumi alcolici nelle società occidentali con quelli espressi nelle società non-occidentali, da cui emerge come nelle prime l'enfasi sia posta essenzialmente sul "problema sociale", mentre tale concetto è quasi del tutto assente nelle seconde, benché anche qui vi siano dei problemi alcolcorrelati. Ciò evidenzia la necessità di realizzare studi comparativi che permettano di comprendere il ruolo della cultura e della società nella definizione dei problemi. L'importante contributo di Heath (1999) è stato quello di evidenziare come per gli antropologi sarebbe riduttivo limitare la propria area di studio solo al bere problematico, come mostrano i loro studi sulle società tradizionali che hanno principalmente considerato l'alcol come parte della vita quotidiana, per la maggioranza delle persone fonte di piacere.

Nell'ambito alcologico anche la sociologia dovrebbe rivendicare con maggior forza il ruolo che le è stato attribuito da uno dei suoi precursori: essa a differenza della giurisprudenza, della psicologia e, può essere aggiunto, della medicina, non ha lo scopo di indicare all'individuo come comportarsi, ma quello di comprendere i processi di significazione della realtà al fine di fornire interpretazioni dei fenomeni sociali (Weber, 1974).

2. Il modello del consumo totale come fonte di ispirazione delle linee guida internazionali e nazionali

Le conseguenze negative per l'individuo e per la società non classificabili come malattia, quali gli incidenti stradali, quelli sul lavoro o i problemi familiari, iniziano ad attirare l'attenzione della comunità scientifica a partire dagli anni '70 dando origine alla "teoria del consumo totale" (Ledermann, 1956).

La teoria o paradigma del consumo totale è stata elaborata dal demografo francese Sully Ledermann negli anni '50, un periodo in cui la Francia era afflitta da un alto tasso di mortalità per problemi alcolcorrelati. La curva di Ledermann associa il numero di consumatori problematici alla quantità media di consumatori di bevande alcoliche tra la popolazione generale, mostrando come all'aumentare del numero di bevitori aumenti il numero di bevitori problematici e conseguentemente il numero di problemi alcolcorrelati, e viceversa. Partendo dalla media dei consumi della popolazione, senza considerare gli astemi, è possibile dunque stimare la

varianza e quindi il numero di bevitori per ogni livello di consumo (Ledermann, 1956; Skog, 1985; Stockwell *et al.*, 1997).

Secondo questo modello, l'obiettivo delle *alcohol policies* deve essere quello di regolamentare e contenere il consumo nella popolazione generale agendo sulla tassazione, la limitazione del libero accesso alle bevande alcoliche attraverso la regolamentazione degli orari di apertura dei luoghi di vendita, la concentrazione di questi ultimi sul territorio e l'età minima consentita per gli acquisti.

La teoria del consumo totale, che non ha avuto particolare successo a opera del suo ideatore, è stata riscoperta successivamente nei paesi scandinavi per diventare, a partire dalla fine degli anni '70, il pilastro dell'approccio all'alcol dell'ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Room, 2005), come si evince dai documenti direttamente elaborati dall'OMS (le diverse edizioni del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol a partire dal primo documento del 1992) o su suo mandato (Rehn *et al.*, 2001; Anderson e Baumberg, 2006; Anderson *et al.*, 2012).

I paesi scandinavi, interessati nella prima parte del Novecento da gradi diversi di proibizionismo, negli anni '50 avevano vissuto una prima ondata di liberalizzazione delle politiche sull'alcol che prevedevano, da un lato, una maggiore libertà degli individui favorendo la capacità di autocontrollo e di autonomia decisionale e, dall'altro lato, politiche di controllo tese a punire gli individui che bevono in maniera deviante (Tigerstedt, 2000). Ma in pochi anni i consumi erano aumentati drasticamente e conseguentemente anche i problemi alcolcorrelati, sancendo il fallimento del sogno di civilizzare il consumatore di bevande alcoliche nord europeo attraverso l'educazione al consumo di bevande di minore gradazione alcolica, quali la birra e il vino, in sostituzione dei superalcolici, importando la cultura del bere dell'Europa meridionale, in particolare della borghesia francese (Sulkunen, 2000; Sulkunen 2004).

Sarà Kettil Bruun nel 1975 con la pubblicazione del volume *Alcohol Control Policy in Public Health Perspective*, commissionato dall'OMS, a riscoprire la Curva di Ledermann e a suggerire le conseguenti politiche sull'alcol volte ad arginare il dilagare dei problemi alcolcorrelati e a fornire risposte più efficaci. Secondo Bruun e colleghi (1975), dal momento che i significativi cambiamenti avvenuti nel consumo di bevande alcoliche incidono negativamente sulla salute delle persone, pur riconoscendo all'individuo la libertà di soddisfare i propri desideri, la necessità di limitare la reperibilità delle bevande alcoliche diventa una questione di salute pubblica. Un approccio che può essere interpretato facendo riferimento al concetto di "biopolitica" di Foucault: a partire dal XX secolo il potere non si esprime più attraverso i dispositivi disciplinari, ma tramite tecnologie non-disciplinari battezzate, appunto, biopoteri che hanno lo scopo di allungare e rendere più sana la vita dei cittadini. La realtà

biologica si riflette sulle scelte politiche modificando la struttura del potere politico, che si manifesta, più che attraverso il controllo dei comportamenti devianti, con la disciplina della salute e della sessualità, l'introduzione di regole igieniche, e il perseguimento del benessere mentale dei cittadini (Foucault, 1978).

La prospettiva di salute pubblica abbraccia quasi tutti i rischi della vita quotidiana e si pone l'obiettivo di minimizzarli promuovendo politiche di controllo e di autocontrollo degli individui. Nel nome del bene collettivo si regolamentano gli stili di vita degli individui e i comportamenti di interesse comunità, non senza sollevare questioni etiche rispetto ai confini tra la libertà dell'individuo e il diritto dello stato di attribuirgli la responsabilità delle sue scelte e delle relative conseguenze. Se da un lato, infatti, i consumatori necessitano di essere protetti contro i rischi che possono mettere a repentaglio la loro salute e il loro benessere, d'altro lato, essi costruiscono le proprie identità anche sulla base della propria sovranità come *decision-maker* indipendenti in merito a ciò che dà piacere e soddisfazione (Sulkunen, 1997; Tigerstedt 2000)

Così il discorso sulla salute pubblica è caratterizzato dal fatto che la responsabilità per il mantenimento della salute è ridistribuita tra esperti autorevoli e individui illuminati - cioè individui che hanno acquisito il potere, con mezzi pubblici e non, di prendersi cura della propria salute (Tigerstedt, 1999:4. Trad. mia).

La teoria del consumo totale e il conseguente approccio di salute pubblica hanno spostato l'attenzione dal corpo dell'individuo a qualcosa di esterno, determinando un controllo meno indirizzato ai singoli individui che si comportano in maniera deviante e più orientato al contenimento dei fattori di rischio per tutta la popolazione. Quattro elementi chiave sono stati introdotti nell'ambito della prevenzione alcolica: il focus sulla popolazione piuttosto che sull'individuo, il rispetto per l'autonomia decisionale nell'ambito morale dell'individuo, la preferenza verso interventi universali piuttosto che selettivi su gruppi specifici di popolazione e l'importanza del ruolo della scienza nella società (Sulkunen, 2010). Avendo come obiettivo la promozione della salute pubblica, l'attenzione della ricerca e delle politiche sull'alcol si sposta dalla preoccupazione per la sorte di "pochi" forti bevitori ai rischi che possono in modo diretto o indiretto interessare tutti, operando quindi a livello macro sociale.

Questo tipo di approccio, secondo Kjetil Bruun, può essere considerato come una politica liberale in quanto, seppure attraverso l'introduzione di alcune limitazioni al libero mercato e conseguentemente all'accesso alle bevande alcoliche, l'introduzione di un nuovo discorso sul rischio rende

maggiormente libero l'individuo da azioni di controllo diretto dello Stato sul suo comportamento (quali forme specifiche di proibizionismo, trattamenti sanitari obbligatori, ...). Tuttavia, questa emancipazione implica la rinuncia a una piccola parte della sua libertà, così come lo Stato deve rinunciare o limitare il suo potere di controllo diretto sui comportamenti devianti, intervenendo solo raramente e in casi estremi sul singolo individuo. L'individuo dunque è lasciato solo, libero di scegliere in quanto considerato un individuo competente, anche per le azioni informative ed educative intraprese dallo Stato. Secondo Sulkunen (cit. in Tigerstedt, 1999), la teoria del consumo totale ha modificato sostanzialmente la questione alcolica offrendo una risposta moderna e universale al problema.

I sostenitori della teoria del consumo totale, o almeno Kettil Bruun e coloro che condividevano il suo approccio, sembrano essere poco interessati a integrare l'approccio di popolazione con politiche che tengano conto di rischi legati a situazioni o gruppi specifici, che invece rappresenta il nucleo centrale della teoria della riduzione del danno.

3. L'indebolimento del modello del consumo totale

Dalla fine degli anni '90, la validità della teoria del consumo totale viene messa in discussione da studi che mostrano i vantaggi della teoria della *riduzione del danno*, la quale permette di distinguere tra basso e alto rischio e di predire quali bevitori possano andare incontro a conseguenze dannose, indica degli obiettivi di salute più accettabili da parte del potere politico e dell'industria e propone degli interventi di prevenzione che maggiormente incontrano il favore da parte del pubblico (Stockwell, 1997).

Ciò che ha distinto la teoria della riduzione del danno, dal momento in cui è stata introdotta nell'ambito delle droghe illegali con l'avvento dell'epidemia dell'HIV/AIDS alla fine degli anni '80, è la centralità della diffusione di comportamenti sicuri senza necessariamente agire sulla riduzione della prevalenza del consumo di sostanze (Stockwell, 1996).

Benché la riduzione del danno sia stata prevalentemente associata alle droghe illegali, Herring e colleghi (2010) mostrano come non solo essa sia stata di fatto utilizzata per secoli per ridurre i rischi associati all'abuso di bevande alcoliche, ma che sia anche piuttosto attuale. Se già nella Polonia nel XVII secolo ai locandieri del tempo era demandato il controllo sugli avventori che non dovevano entrare nell'osteria con oggetti pericolosi poiché spesso dopo aver copiosamente bevuto diventavano violenti, negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione al ruolo che gli operatori del tempo libero posso avere nel prevenire i rischi, tra cui anche gli episodi di violenza, simili a quelli che preoccupavano i polacchi, conseguenti all'abuso di alcolici (Calafat *et al.*, 2009; Regione Piemonte, 2012).

Pertanto nonostante l'approccio di popolazione, basato sul modello del consumo totale, sia ancora centrale nelle indicazioni dell'OMS, negli ultimi documenti tra le strategie di azione per il contrasto ai danni provocati dall'alcol sono state indicate anche misure chiaramente collocabili nell'ambito della teoria della riduzione del danno (WHO, 2010a).

Anche la contrapposizione tra gli interventi di popolazione e gli interventi individuali, tra cui l'identificazione precoce delle persone con problemi alcolcorrelati, non sembra avere oggi ragione di esistere. E' ormai riconosciuto a livello di comunità scientifica che, come afferma Rehm (1997), nella formulazione delle politiche sull'alcol e dei programmi di prevenzione, la ricerca a livello di popolazione e la ricerca a livello individuale debbano viaggiare di pari passo.

La solidità della teoria del consumo totale perde di consistenza anche quando la relazione stessa tra consumo pro-capite e problemi alcolcorrelati risulta essere più complessa di quanto non si pensasse (Rehm, 1999; Simpura e Karlsson, 2001) e comincia a essere contraddetta da alcune ricerche.

Emblematica è la storia recente della Svezia che sembra andare proprio nella direzione di smentire la validità del modello del consumo totale. Infatti, a fronte di un significativo aumento dei consumi pro-capite passati dai 7,8 litri del 1990 ai 9,3 del 2009, attribuibile all'incremento del consumo di vino e birra, i dati di mortalità e morbidità non sono cresciuti secondo le attese, mostrando andamenti diversi per sottogruppi di popolazione (Ramstedt, 2010). Un fatto è stato particolarmente rilevante per la messa in discussione del modello del consumo totale. Dal 2003, quando la vicina Danimarca ha ridotto del 45% le tasse sui superalcolici, la Svezia, e in particolare la regione confinante con la Danimarca, ha visto crescere esponenzialmente gli acquisti oltre confine, essendo venuti meno i limiti all'importazione di bevande alcoliche per consumo personale. Le attese basate sulla curva di Ledermann, che prevedevano una crescita dei problemi e della mortalità alcolcorrelata in questa regione della Svezia, sono state sconfessate dai dati più recenti. Gustafsson e Ramstedt (2011) hanno analizzato gli indicatori alcolcorrelati relativi a ospedalizzazione, intossicazioni acute, episodi di violenza e guida in stato di ebbrezza per il periodo 2000-2007, confrontando il sud della Svezia, che maggiormente ha beneficiato dei prodotti a basso costo della vicina Danimarca, con la regione del lontano nord, da cui non è evidentemente conveniente intraprendere un viaggio per l'acquisto di bevande alcoliche danesi. Ad eccezione del dato sull'intossicazione alcolica in una specifica fascia di età, i 50-59enni, nessun aumento è stato rilevato negli altri indicatori. Questi risultati sollevano quindi domande rilevanti sull'associazione tra disponibilità di bevande alcoliche e livello di problemi alcolcorrelati.

Altri studi hanno evidenziato come la teoria del consumo totale si indebolisca quando la ricerca prende in considerazione i modelli di consumo. Astudillo e colleghi (2010) hanno evidenziato, utilizzando i dati relativi a 18 paesi partecipanti al progetto di ricerca GENACIS, come le conseguenze alcolcorrelate siano significativamente associate, oltre alla quantità di alcol consumata dalla persona, ai modelli del bere a livello individuale e di nazione. I danni alcolcorrelati sono dunque determinati, oltre che dalla quantità consumata, anche da fattori ambientali e sociali, dalla cultura del bere, dai significati e dalle modalità del bere adottate in un dato contesto culturale, ossia dalla posizione che l'alcol assume nella società (Room *et al.*, 2000; Room, 2001; Allamani *et al.*, 2011).

Non ci sono dubbi che il consumo di bevande alcoliche aumenti il rischio di incorrere in conseguenze negative per la salute, poiché esso concorre allo sviluppo di oltre 200 malattie (Rehm *et al.*, 2009). Tuttavia negli ultimi vent'anni la lunga tradizione epidemiologica che poneva la sua attenzione sul consumo totale della popolazione, è stata affiancata da una maggiore attenzione agli effetti che i modelli di consumo hanno sul consumo totale e sui problemi alcolcorrelati (Rehm *et al.*, 1996; Gmel *et al.*, 2007). A parità di volume consumato, le modalità di consumo hanno infatti conseguenze diverse: ovviamente non è la stessa cosa bere un drink al giorno nella settimana o sette drink in una sola occasione nel fine settimana. Agli studi quantitativi che hanno posto la loro attenzione sugli episodi di bere eccessivo (*binge drinking* o *heavy episodic drinking*), si affianca l'importante contributo derivante da studi sociologici più ampi, di tipo qualitativo e quantitativo, che tengono conto della complessità delle culture del bere e dei fattori socio-economici che le possono influenzare (Allamani *et al.*, 2006; Romeo *et al.*, 2010; Allamani *et al.*, 2011; Mäkelä *et al.* 2012).

Questi risultati aprono la strada a quello che Rehm ha definito il paradigma dei *drinking patterns* (Rehm *et al.*, 1996; Rehm, 1997) che, al posto del consumo di alcol pro-capite, mette in evidenza la relazione tra modalità specifiche del bere e specifiche forme di problemi alcolcorrelati, determinando implicazioni pratiche in termini di politiche del bere.

Questo significa un parziale ri-orientamento del focus delle politiche che passa dal consumo aggregato, ossia il consumo di alcol puro pro-capite, al consumo eccessivo e in condizioni di rischio per sé e per gli altri, evidenziando la necessità di distinguere laddove possibile tra consumo a basso rischio, a rischio e dannoso (Stockwell, 1996; Stockwell *et al.*, 1997; Rehm *et al.*, 2012). Un tale paradigma implica la necessità di dare maggiore spazio agli interventi di riduzione del danno, di intervento precoce e di trattamento, e conseguentemente anche alla ricerca scientifica chiamata a misurarne l'efficacia. Questo tipo di orientamento, secondo Tigerstedt (1999) lascia spazio a interpretazioni contrastanti: l'attribuzione

di colpa alla vittima, la stigmatizzazione della situazione, oppure il discredito del luogo di consumo, ma permette anche di offrire informazioni e consigli confezionati su misura di specifiche tipologie di consumatori.

Inevitabilmente il paradigma dei modelli di consumo implica la necessità di dare maggiore spazio agli elementi sociologici, che sono ancora oggi piuttosto marginali nell'ambito dell'alcolologia.

Bere moderatamente e quotidianamente durante i pasti, bere in modo eccessivo solo durante le feste nei weekend o bere piacevolmente con gli amici in luoghi pubblici – tutte queste situazioni sono espressioni di interazioni sociali diverse (Rehm *et al.*, 1996:1616-1617. Trad. mia).

4. Il caso Italia

Il nostro Paese, che per molto tempo ha considerato l'abuso alcolico come un problema di competenza del “prete”, un vizio e dunque un problema morale (Cottino, 1991), ha visto il modello bio-medico affermarsi nel dopoguerra e consolidarsi fino agli anni '90. Nell'ultimo decennio del XX secolo, anche in Italia, sulla spinta della filosofia dei Club degli Alcolisti in Trattamento, introdotta dallo psichiatra croato Vladimir Hudolin, e dei primi documenti europei sull'alcol promossi dall'OMS, si è invece diffuso l'approccio di salute pubblica che eserciterà la sua influenza anche sul percorso che ha portato all'approvazione della prima legge quadro sull'alcol (L.125/2001).

A differenza dei paesi scandinavi, in Italia il bere è stato fin dall'antichità un comportamento “normalizzato”, non regolato da specifiche politiche finalizzate a far assumere norme di comportamento orientate verso la salute, ma appreso attraverso un processo di socializzazione che inizia nella più tenera età attraverso cui viene interiorizzata la distinzione tra le situazioni in cui il bere è consentito e spesso incoraggiato e le situazioni in cui invece non è opportuno (Beccaria *et al.*, 2012; Rolando *et al.*, 2012). Quando gli individui dispongono di competenze, non necessariamente corrette dal punto di vista scientifico, su un certo comportamento, è più complesso introdurre modificazioni attraverso politiche di sanità pubblica come quelle sopra delineate.

L'Italia rappresenta un caso particolarmente interessante per la comprensione degli approcci teorici illustrati in precedenza per almeno tre motivi:

- la drastica riduzione dei consumi di alcol pro capite che negli ultimi 40 anni ha portato a dimezzare i consumi;
- la tardiva introduzione, rispetto ad altri Paesi europei, di politiche sull'alcol ispirate alla teoria del consumo totale;

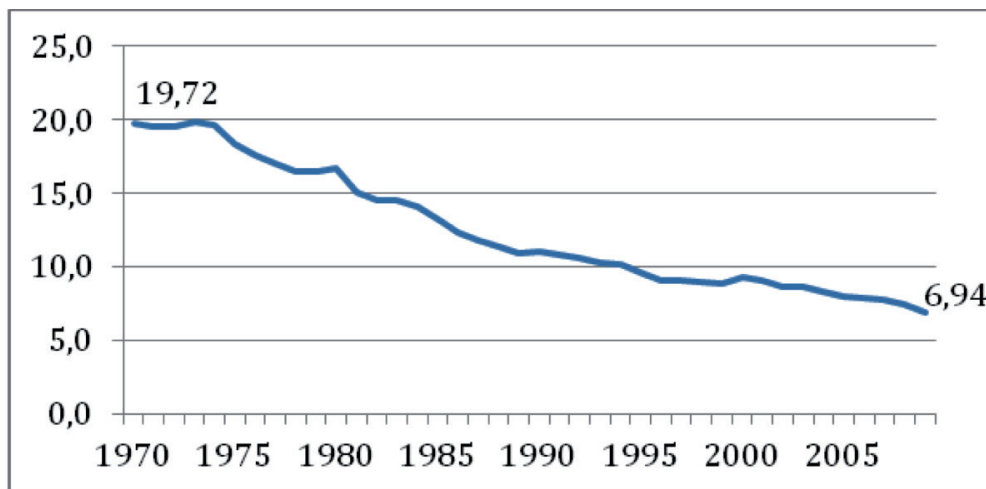
- le peculiari caratteristiche della sua cultura del bere, che la differenzia dai Paesi anglosassoni e nordici, in cui la ricerca alcolologica, in particolare legata alla teoria del consumo totale, è stata maggiormente sviluppata.

Il nostro Paese costituisce dunque un laboratorio naturale che meriterebbe maggiore attenzione anche attraverso maggiori investimenti nella ricerca, in particolare creando nessi interpretativi tra discipline differenti, quali l'epidemiologia, la sociologia e l'antropologia.

4.1 I consumi alcolici nella popolazione generale e nella popolazione giovanile

Storicamente l'Italia ha conteso alla Francia il primato dei consumi di alcol puro pro-capite al mondo dovuto soprattutto al copioso consumo di vino, ma, mentre i consumi sono cresciuti fino alla fine degli anni '60, dal decennio successivo è iniziato un costante decremento che continua tutt'ora. L'Italia è, infatti, passata dai 19,72 litri di alcol puro pro-capite/anno calcolato sulla popolazione maggiore di 14 anni del 1970 ai 6,94 litri del 2009 (Fig. 1).

Fig. 1 - Consumi registrati pro-capite degli adulti (15 +), 1970-2009



Fonte: WHO/Europe. European HFA Database. Gennaio 2012

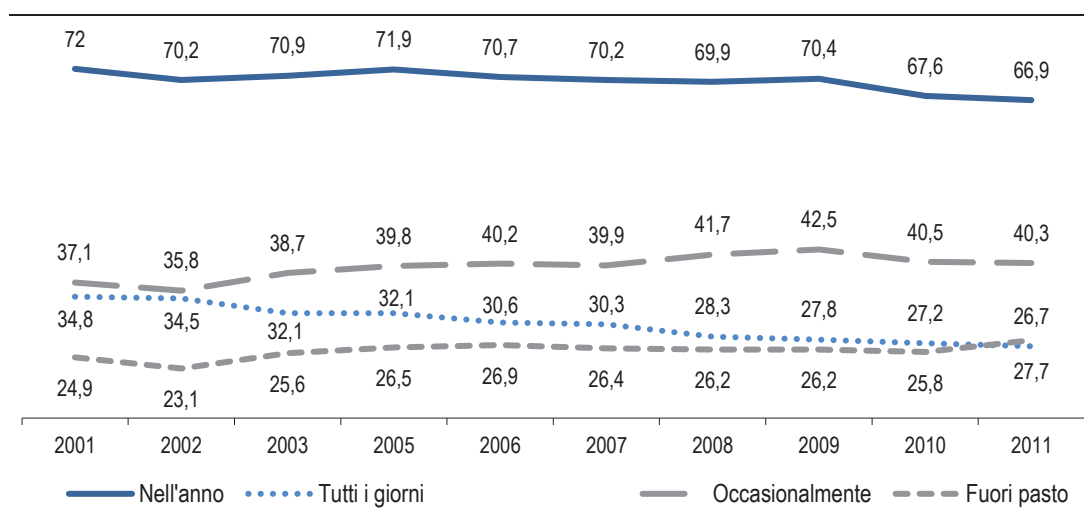
I dati di consumo derivanti da indagini campionarie nazionali sui consumi delle famiglie (ISTAT) o da indagini nazionali condotte ad hoc (Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool) sono invece disponibili purtroppo solo dagli anni '90. Prima di questo periodo sono state realizzate solamente alcune indagini locali, volte a conoscere quantità e modalità di

consumo di bevande alcoliche, che hanno coinvolto soprattutto popolazioni specifiche, quali studenti o occupati in alcuni settori lavorativi (Allamani *et al.*, 2006).

Dall'ultima indagine Multiscopo ISTAT (2012) emerge che nel 2011 in Italia il 67% della popolazione di età maggiore di 14 anni ha consumato bevande alcoliche una volta nella vita, percentuale che nel 1998, primo anno in cui è disponibile questo dato, era del 71% (Scafato *et al.*, 2002). Più elevato è invece il dato che emerge dalla ricerca Doxa-Osservatorio, secondo cui il 78% degli italiani di età maggiore di 12 anni ha bevuto almeno una bevanda alcolica negli ultimi tre mesi, anche in questo caso senza significative variazioni dal 1993 a oggi (Salomon, 2012).

Nonostante questi dati denotino un progressivo, seppure non particolarmente significativo, aumento della popolazione astemia, di maggiore interesse sembra essere il cambiamento nella frequenza di consumo. Infatti, secondo l'ISTAT, negli ultimi 10 anni sono in aumento i consumatori occasionali di bevande alcoliche, passati dal 37,1% del 2001 al 40,3% del 2011, e quelli fuori pasto, cresciuti dal 24,9% del 1998 al 27,7% del 2011, mentre diminuiscono sensibilmente i consumatori giornalieri, dal 34,8% al 26,7% (Fig. 2). Oggi il vino, che pure resta ancora la bevanda alcolica più consumata, viene bevuto quotidianamente solo da un italiano su quattro (23,6%).

Fig. 2 – Persone di 14 o più anni che consumano alcolici tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto (2001-2011)

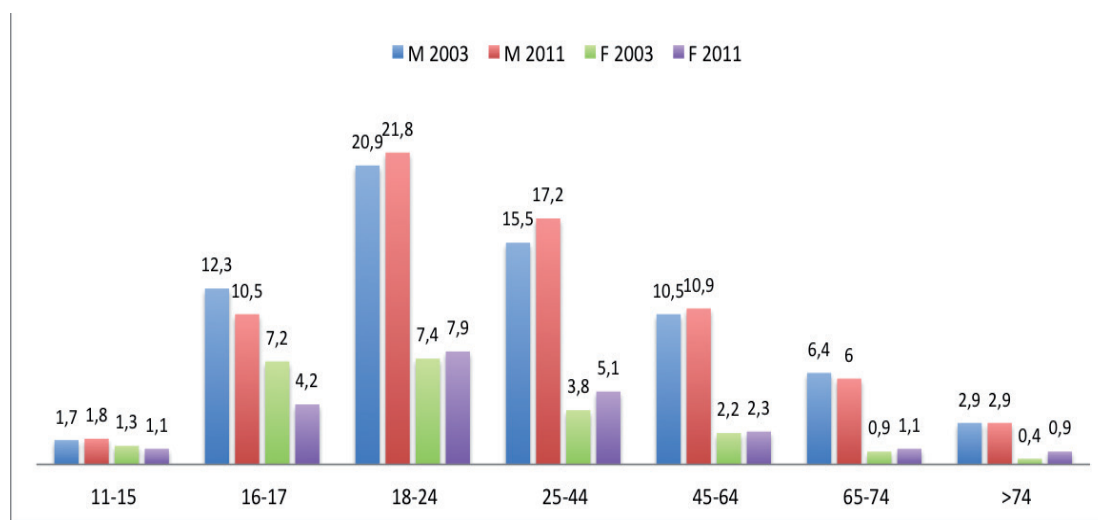


Fonte: ISTAT, 2012

In tema di consumi alcolici, particolare attenzione in questi ultimi decenni è stata attribuita alla popolazione giovanile con un crescendo di preoccupazione e di allarme sociale, spesso più basati sui fatti di cronaca che su una seria analisi del fenomeno che si presenta invece piuttosto complesso (Beccaria e Prina, 2010).

Osservando gli indicatori di rischio, si nota come a fronte di un progressivo aumento dalle prime rilevazioni nazionali degli anni '90 degli episodi di ubriachezza e successivamente del cosiddetto *binge drinking* – concetto che letteralmente significa abbuffata alcolica introdotto nelle rilevazioni italiane solo dal 2003 – vi sia recentemente una stabilizzazione se non addirittura una riduzione dei comportamenti a rischio. Secondo l'ISTAT (2012) il *binge drinking* – inteso come il consumo di 6 o più drink in un'unica occasione – è particolarmente diffuso tra la popolazione giovanile, in quanto il 15,1% dei giovani tra i 18 e i 24 anni si è trovato in questa situazione almeno una volta nell'ultimo anno. Il dato è tuttavia in calo rispetto all'anno precedente sia tra i maschi (dal 23,3% al 21,8%) che tra le femmine (dal 9,7% al 7,9%). Confrontando l'ultima rilevazione con la prima del 2003 emerge una significativa diminuzione del *binge drinking* nelle fasce d'età più giovani, e un lieve aumento nella classe di età dei giovani 18-24 e dei giovani adulti/adulti (Fig. 3).

Fig. 3 – Persone di 11 anni e più che hanno assunto 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione nell'ultimo anno – *binge drinking*. Confronto 2003-2011



Fonte: Elaborazione Franca Beccaria su dati ISTAT-ISS (2012) e relazione ISS, “Binge drinking: un’abitudine consolidata nel tempo tra i giovani”, APD 2009.

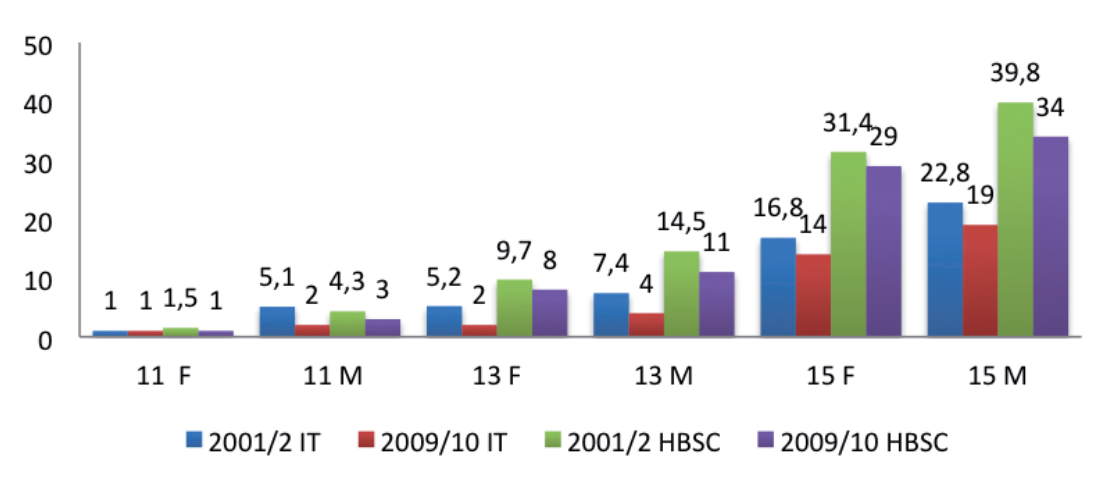
Purtroppo questi dati non sono facilmente comparabili con quelli dell'indagine Doxa realizzata per l'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol (2012), per diversità di composizione delle fasce d'età, dell'arco temporale considerato e della definizione di *binge drinking*. Tuttavia trattandosi di una ricerca specifica sui comportamenti alcolici degli italiani, con un focus particolare sulla popolazione giovanile, vale la pena riportare per completezza anche questi dati. Nel 2010 il 14,6% dei giovani di 13-24 anni negli ultimi 3 mesi ha avuto almeno un'esperienza di consumo di 5 o più bevande alcoliche nell'arco di due ore e lontano dai pasti (*binge drinking*), segnando un significativo aumento di questo comportamento rispetto alla rilevazione di 5 anni prima (10,4%), che però non ha interessato la fascia d'età 16-19 anni. Un dato interessante rilevato da questa indagine è quello dell'ubriachezza, ossia della percezione soggettiva dello stato di intossicazione alcolica. Se la percentuale generale relativa ad almeno un episodio di ubriachezza nell'arco della vita è rimasta sostanzialmente invariata (28,9%), ma è leggermente aumentata tra i 20-24enni mentre è diminuita tra i più giovani (13-15 e 16-19 anni). Lo stesso dato riferito agli ultimi 3 mesi, indica che, se negli ultimi 5 anni questo tipo di comportamento è stabile, negli ultimi vent'anni è passato dal 10,5% al 15,1% per la fascia di età 15-24 anni (i tredicenni sono stati inclusi solamente nelle ultime rilevazioni).

Seppur, come abbiamo detto, questi dati siano difficilmente comparabili (Charrier e Cavallo, 2010), essi indicano chiaramente che il comportamento di abuso di bevande alcoliche è parte della vita dei giovani italiani, anche se complessivamente si può affermare che non vi siano stati cambiamenti molto rilevanti, almeno nell'arco di una generazione.

Inoltre se collochiamo i comportamenti alcolici dei ragazzi italiani nel contesto europeo, le indagini comparative *Health Behavior in School-aged Children* dell'OMS (Currie *et al.*, 2012), che coinvolge ragazzi di 11, 13, 15 anni di 39 paesi prevalentemente europei e i dati dello *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (Hibell *et al.*, 2012), che coinvolge studenti di 15-16 anni provenienti da 36 paesi, concordano nell'evidenziare che, mentre l'Italia mostra percentuali tra le più elevate per quanto riguarda i consumatori di bevande alcoliche nell'arco della vita o dell'ultimo anno, la situazione si capovolge completamente osservando i dati sull'ubriachezza, dove troviamo i ragazzi italiani con le percentuali tra le più basse, molto al di sotto della media. Per quanto riguarda gli 11enni sono il 2% dei ragazzi e l'1% ragazze, dato di poco sotto o simile alla media europea (3% e 1%), che dichiarano di essersi ubriacati almeno due volte nella vita. A differenza delle fasce di età successive, questa presenta una curva piuttosto appiattita, con minime variazioni tra paesi. Rispetto ai 13enni e ai 15enni, l'Italia si trova al terz'ultimo posto in una graduatoria composta da 39 Paesi, con percentuali che rappresentano appena un terzo e

la metà della media europea (3% vs 9% per i 13enni e 16,5% vs 32% per i 15enni) (Fig. 4). Pur mantenendo una forbice piuttosto ampia, il dato dell'abuso è in calo, rispetto alla rilevazione del 2005/6, in quasi tutti i Paesi europei, Italia compresa (Currie *et al.*, 2012). La stessa tendenza è confermata dall'indagine ESPAD (Hibell *et al.*, 2012) nella quale il 13% dei 15-16enni italiani dichiara di essersi ubriacato contro il 17% della rilevazione precedente.

Fig. 4 – Ubriachezza due o più volte nella vita (HBSC)



Fonte: Elaborazione F. Beccaria su dati Currie C. *et al.* (2004) e Currie, C. *et al.* (2012).

Più elevato, seppure anche questo in diminuzione, è il dato relativo al *binge drinking*. Secondo l'ESPAD il 35% dei ragazzi intervistati ha bevuto 5 o più consumazioni in un'unica occasione nell'ultimo mese, percentuale che si colloca di poco sotto la medie europea, ma a notevole distanza rispetto a quella della Danimarca, che detiene il primato (56%) (Hibell *et al.* 2012).

Nonostante gli inevitabili cambiamenti e la tendenza alla globalizzazione che interessa molti aspetti della vita contemporanea e in particolare quella delle giovani generazioni, da una lettura approfondita di questi dati, affiancata a quanto emerso dalle ricerche qualitative realizzate negli ultimi vent'anni in Italia (Beccaria, 2010a), è piuttosto evidente che il comportamento alcolico degli italiani, giovani compresi, risenta ancora degli elementi principali della cultura del bere mediterranea (Allamani *et al.*, 2006; Guarino, 2010; Allamani *et al.*, 2011). Al punto che, proprio a partire da un approfondimento dei dati delle due ricerche europee sopra citate, Järvinen e Room (2007) collocano l'Italia tra le culture giovanili del bere "non-intossicanti", ossia caratterizzate da un bere orientato alla moderazione.

4.2 I cambiamenti nella cultura del bere

Dalla lettura incrociata dei dati sul consumo di alcol puro pro-capite e dalle indagini di popolazione emerge stringente la domanda su come e quanto sia cambiata la cultura del bere italiana, sui fattori che hanno determinato questo cambiamento e sull'impatto di quest'ultimo sulle risposte ai problemi alcolcorrelati.

La cultura del bere bagnata o mediterranea, così come delineata a partire dagli anni '80, è caratterizzata da una bassa quota di astemi tra la popolazione, consumi di bevande alcoliche prevalentemente ai pasti, una quota elevata di problemi alcolcorrelati cronici e una quota bassa di problemi acuti. In questo tipo di cultura il problema alcolico è considerato primariamente una questione medica, a differenza delle culture asciutte o nordiche, dove prevale una visione sociale (Room, 1989; Beccaria e Prina, 1996).

La drastica riduzione dei consumi di alcol pro-capite, determinata sostanzialmente dal dimezzamento del consumo di vino e non compensata dall'aumento del consumo di birra, anziché essere studiata e analizzata per comprenderne le ragioni, è stata per molti anni taciuta, dando invece ampia rilevanza alle indagini sulla popolazione per i quali mancava però la possibilità di un comparazione nel tempo. Ciò spiega come l'allarme alimentato dai mass media tra la fine del XX secolo e il primo decennio del XXI secolo fosse soprattutto basato su una fotografia statica del fenomeno fornita dalle prime relazioni al Parlamento sull'Alcol e dai comunicati e report basati prevalentemente sui dati relativi all'alcol tratti dalle indagini annuali multiscopo ISTAT.

Il primo studio che ha sollevato apertamente la questione e ha provato a fornire una spiegazione di questo fenomeno è stato pubblicato nel 2006 (Allamani *et al.*, 2006; Allamani e Beccaria, 2007). Dal confronto degli indicatori sociali, demografici ed economici con l'andamento dei consumi alcolici e dallo studio delle carriere alcoliche di due generazioni di uomini adulti (in questo studio le donne non sono state incluse perché non interessate dalla riduzione dei consumi) emerge come il crollo nei consumi alcolici sia essenzialmente attribuibile agli enormi cambiamenti economici e sociali che hanno interessato il nostro Paese negli anni '70 (fenomeno migratorio dalle regioni del sud a quelle del nord e dalle campagne alle città, contrazione del settore agricolo a favore di quello industriale prima e dei servizi poi) e negli anni '80 (modificazione della struttura dei paesi, inserimento della donna nel mondo del lavoro) e ai mutamenti negli stili di vita intervenuti negli anni '90. Solo a partire da questo decennio in questo contesto culturale si è inserita una maggiore attenzione politica al tema

dell'alcol, sfociata nell'approvazione della legge 125 del 2001, che ha probabilmente contribuito al consolidamento del trend decrescente, il quale tuttavia è essenzialmente attribuibile ai cambiamenti socio-economici e al diffondersi di nuovi stili di vita. L'effetto di questi cambiamenti sui consumi alcolici deve essere interpretato nel contesto della cultura alcolica di riferimento, una cultura che tradizionalmente attribuisce un ruolo molto importante alle regole informarli e ai processi di autocontrollo. In effetti, lo studio delle carriere alcoliche mostra come anche la generazione di adulti che hanno vissuto la loro adolescenza in un periodo di forte sollecitazione al cambiamento e alla contrapposizione rispetto alle generazioni precedenti, dopo un periodo di consumo che potrebbe essere definito nordico, ossia più orientato all'intossicazione, è tornata a stili di consumo più indirizzati verso tradizione (Scarscelli, 2006).

Questa tendenza è confermata da una ricerca qualitativa comparativa che ha messo a confronto quattro diverse generazioni in Italia e in Finlandia (Beccaria, 2010b), assumendo questi due Paesi come idealtipi di due culture del bere contrapposte (Room e Mäkelä, 2000) con due trend di consumo opposti. In Finlandia il bere è prevalentemente orientato alla ricerca dell'intossicazione e i consumi, molto bassi negli anni '60, hanno oggi superato quelli italiani e sono in costante ascesa (dai 2,91 litri nel 1960 ai 9,96 del 2009. Fonte: WHO, Global Information System on Alcohol and Health).

Il generale processo di globalizzazione della società contemporanea ha certamente influenzato i consumi alcolici in questi due Paesi, aumentando in entrambi le occasioni di consumo e rendendo più complessi gli stili del bere. Le donne sono entrate massicciamente nel mercato degli alcolici, essenzialmente per il diversificarsi delle opportunità di consumo legate all'ingresso nel mondo del lavoro e al moltiplicarsi dei contesti del divertimento. Tuttavia sono ancora evidenti le differenze che fanno pensare che i tratti fondamentali delle due culture del bere, delineate in letteratura come contrapposte, siano ancora per molti aspetti attuali sia in Italia sia in Finlandia. Lo stile alimentare, che attribuisce al vino centralità nei pasti (negli ultimi anni al vino si è affiancata la birra e si consuma preferibilmente durante la cena rispetto al pranzo), e lo stile socializzante, che vede le bevande alcoliche parte integrante degli incontri sociali, restano ancora dominanti in Italia, mentre in Finlandia, nonostante siano fortemente aumentati i consumi di vino e di birra, continua a prevalere un uso intossicante delle bevande alcoliche, segnatamente dei superalcolici.

Una possibile spiegazione della continuità nel cambiamento della cultura del bere italiana potrebbe essere ricercata nel processo di socializzazione alcolica, cioè quel processo attraverso cui un individuo si avvicina all'alcol e lo sperimenta, acquisendo i valori d'uso prevalenti di questa sostanza e imparando come, dove e quando il consumo è o non è

appropriato (Beccaria, 2010a; Beccaria *et al.*, 2012). Sono regole informali che sono trasmesse di generazione in generazione e che vanno a costituire la base fondante delle rappresentazioni sull'alcol (Favretto, 1997).

Le indagini qualitative che hanno indagato il percorso di avvicinamento all'alcol in Italia, recentemente analizzate in un articolo di Beccaria e colleghi (2012), mostrano come questo percorso non si sia modificato negli ultimi 50 anni. Infatti, i primi ricordi legati all'alcol si riferiscono sempre a contesti familiari, dove i protagonisti sono i genitori o i nonni, e si sono depositati nella memoria come piacevoli, ancorati ai valori della famiglia, o come normali, senza quindi alcuna connotazione trasgressiva. I primi assaggi personali avvengono oggi come nel passato in famiglia, in un arco di età molto variabile, dai 4-5 anni fino ai 12-14, sotto la supervisione dei genitori, dei nonni o di altre figure adulte, che spesso definiscono il momento, la bevanda e la quantità opportuna a seconda dell'età del bambino/ragazzo. L'atteggiamento degli adulti è dunque permissivo ma risponde a regole informali ben precise che si trasmettono di generazione in generazione. I bambini possono assaggiare, ma non bere, spesso in situazioni in cui la bevanda alcolica serve a dare solennità a un momento conviviale o a un evento particolare. I ragazzi italiani giungono quindi ai primi consumi, anche questi spesso in famiglia, dopo un lungo percorso di sperimentazione. Ciò che differenzia le giovani generazioni dalle precedenti è che il consumo regolare, che per i giovani di oggi assume la connotazione di 1-3 volte a settimana, si inizia a praticare fuori dal contesto familiare con il gruppo dei pari, mentre per le generazioni adulte e anziane, il consumo regolare, inteso come quotidiano, iniziava in casa e avveniva prevalentemente durante i pasti. Ai giovani finlandesi, invece, non è consentito bere in famiglia perché la norma che vieta ai minori di bere è fortemente radicata nella cultura e genitori troppo permissivi si sentirebbero giudicati negativamente dall'intera comunità. In Finlandia dunque, oggi come in passato, i primi assaggi, i primi consumi e la prima ubriachezza quasi sempre coincidono e avvengono intorno ai 14-15 anni nel contesto del gruppo dei pari, fuori dal vigilante controllo dei genitori, assumendo evidentemente un significato trasgressivo (Rolando *et al.*, 2012).

Quanto emerso dalle ricerche qualitative italiane trova conferma nella recente indagine "Adolescenti e alcol" realizzata dalla SIMA (Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza) e dall'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool² su un campione nazionale di 2.000 studenti di terza

² Il report della ricerca sui tredicenni curata dalla Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza in collaborazione con l'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool non è ancora disponibile, i dati riportati sono stati tratti da un'anticipazione pubblicata dal Corriere della Sera il 24 giugno 2012.

media. Solo il 18% ha avuto la prima esperienza alcolica con amici coetanei o più grandi, mentre al 59% è capitato di assaggiare un sorso con i genitori e al 14% con altri parenti. Per la maggioranza la prima esperienza è avvenuta durante i pasti, ma sono in molti a essere stati avvicinati all'alcol in situazioni speciali o di festa (matrimonio, compleanno, ...).

Alla luce di questi risultati, è evidente come sia fondamentale interpretare con cautela i dati rilevati a livello di *survey* sui primi consumi, evitando letture superficiali e semplicistiche, troppo spesso apprezzate dai mass media e dai decisori politici. Mentre questi dati sono probabilmente molto più attendibili per Paesi che hanno una cultura del bere come quella finlandese, lo sono molto meno per i paesi mediterranei.

Con la stessa cautela andrebbero utilizzate le ricerche, tutte realizzate in contesti anglosassoni o scandinavi, che mostrano una correlazione tra l'inizio precoce dei consumi e l'abuso di alcol in adolescenza e in età adulta (Velleman, 2009). Esse ci inducono a sollecitare maggiori investimenti nella ricerca sociologica nel nostro paese al fine di poter validare o meno quanto finora emerso dai pochi studi italiani esistenti, che suggeriscono che la socializzazione all'alcol in famiglia può avere una funzione protettiva rispetto ai comportamenti a rischio dei giovani, seppure dal punto di vista della capacità metabolica dell'organismo un consumo precoce sia da evitare (Bellis *et al.*, 2007; Bonino *et al.*, 2003; Strunin *et al.*, 2010). Con la consapevolezza che si tratta di un argomento delicato, non facilmente divulgabile a livello di popolazione senza incorrere nel rischio di essere fraintesi e quindi di provocare effetti non desiderati, crediamo che l'approfondimento di questo aspetto sia cruciale per il futuro delle politiche italiane sull'alcol.

Binge Drinking. Significati e pratiche di consumo tra i giovani italiani.

Uno studio esplorativo

Franca Beccaria, Sara Rolando, Enrico Petrilli
il report completo è reperibile sul sito formazione.fuoriluogo.it.

Parte Prima

1. Introduzione

Questo studio ha origine in alcune considerazioni a proposito dell'utilizzo sempre più ampio nella ricerca, sui media e nel discorso pubblico intorno all'alcol del concetto del *binge drinking*. Un concetto che nasce nel contesto statunitense (in origine con un significato diverso da quello prevalente oggi) e che è stato introdotto nel panorama italiano all'inizio degli anni 2000, nelle periodiche sorveglianze effettuate per esplorare il rapporto tra individui e alcol.

La sua "affermazione" è stata immediata, come formula sintetica (per di più espressa in inglese) facilmente spendibile nel circuito che si crea – intorno a problemi che suscitano allarme sociale – tra ricercatori, esperti e responsabili di istituzioni, mezzi di comunicazione, opinione pubblica, possibili decisori pubblici (Prina, 2013). Senza dubbio il fenomeno del binge drinking, in particolare tra i giovani, ha ricevuto un'attenzione crescente nell'ultimo decennio, in particolare in Europa, ma anche in Italia. Non passa quasi giorno senza che i media trasmettano notizie allarmanti su questo tema, inclusa la crescita esponenziale dei ricoveri in pronto soccorso per intossicazione alcolica acuta (Gmel et al. 2010; Beccaria, 2013a). Le conseguenze potenziali di questo tipo di abuso possono essere sia di tipo acuto, e quindi manifestarsi nel breve termine, sia di tipo cronico che si rivelano quando l'abuso alcolico viene portato avanti nel tempo. Tuttavia, alcuni autori hanno evidenziato limiti concettuali e metodologici che rendono opaca la relazione tra binge drinking e conseguenze per la salute (Gmel et al., 2010).

In via di prima approssimazione si può senz'altro affermare che l'aver proposto, nelle rilevazioni campionarie – ai fini della sua quantificazione – un modello di assunzione di bevande alcoliche (ripetuta in un arco di tempo ravvicinato definito, anche se con variazioni e limiti di formulazione delle domande di non poco conto), presenta il vantaggio di "oggettivare" comportamenti di uso, in genere investigati con riferimento alla percezione di eccesso o di ubriachezza, ovviamente soggettiva, con potenziali effetti di aumentare la possibilità di comparazione tra gruppi di popolazione o tra Paesi e culture diverse.

Ma proprio il successo di formula sintetica ben spendibile nel discorso pubblico ha finito per far perdere di forza la sua natura "oggettivante" a favore di un suo utilizzo confusivo, essenzialmente utile a designare le situazioni di eccesso e di ubriachezza, perdendo soprattutto la consapevolezza che dietro la formula si nascondono situazioni e conseguenze molto differenziate, almeno per quanto riguarda l'età e il genere dei protagonisti, il tipo di bevande oggetto di quantificazione, le circostanze e i contesti (privato, commerciale, pubblico) in cui l'assunzione ripetuta avviene, la presenza o meno di cibo, ecc. E con l'effetto paradossale, per chi punta a politiche di controllo più rigorose, di confondere binge drinking e 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).

Quanto sinteticamente qui richiamato induce a ritenere di grande importanza lo sforzo conoscitivo – soprattutto se si intendono delineare politiche efficaci di promozione di un bere responsabile e di contrasto degli eccessi ripetuti e dannosi – finalizzato ad analizzare il concetto sotto il profilo delle differenziazioni interne, in genere non esplorate, che le definizioni adottate consentono. Pervenendo a individuare insieme di comportamenti che possono rappresentare sotto-categorie, utili anche ai fini comparativi, con comportamenti apparentemente uniformi tenuti in contesti geografici diversi, ma probabilmente riferibili a diverse modalità di bere eccessivo.

Un secondo obiettivo è rappresentato dall'approfondimento del nesso tra quantità di assunzioni (sempre nelle differenziazioni sopra richiamate) e percezione di ubriachezza. Infine sarà esplorato, in questo contesto, il discorso dei significati e delle funzioni attribuiti – nelle diverse situazioni che i giovani oggetto di ricerca si trovano a vivere – all'eccesso e alla stessa ubriachezza. Investigare la complessità del significato delle espressioni relative all'intossicazione alcolica può essere rilevante non solo per fornire

maggiori informazioni sulla sua percezione individuale, ma anche sugli indicatori dell'intossicazione attesi o sperimentati dall'individuo (Levitt et al., 2013).

Lo studio fornisce inoltre una ricostruzione storica del concetto di binge drinking e della sua formazione a livello internazionale e alla luce di queste definizioni si interroga sugli elementi di novità o di continuità con il passato.

Infine attraverso la compressione dei significati oggi attribuiti ai giovani al bere eccessivo, quale che sia la sua definizione, la ricerca intende fornire alcuni spunti di riflessione per le pratiche e le politiche in ambito alcologico.

2. Binge drinking: un concetto ambiguo

Prima di addentrarci negli obiettivi del nostro studio, è fondamentale interrogarci sul significato di questa espressione entrata ormai nell'uso comune almeno tra gli addetti ai lavori e tra i media. Trattandosi di una locuzione inglese può essere utile partire dalla definizione data dall'Oxford English Dictionary (1989): *"a heavy drinking bout"*, traducibile come "una pesante sbornia", che trova la sua origine nel termine dialettale *"binge"* che significa bagnato/inzuppato e quindi, come anche in italiano, fradicio (cfr. ubriaco fradicio).

Nell'ambito accademico binge drinking è un concetto utilizzato con due accezioni molto diverse tra loro. La prima è riportata nel *Lexicon of alcohol and drug terms* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1994, p. 32) che definisce il binge drinking *"A pattern of heavy drinking that occurs in an extended period set aside for the purpose. In population surveys, the period is usually defined as more than one day of drinking at a time. The terms "bout drinking" and "spree drinking" are also used of the activity, and "drinking bout" for the occasion. A binge drinker or bout drinker is one who drinks predominantly in this fashion often with intervening periods of abstinence¹"*.

Il binge, con il significato del consumo eccessivo di alcolici per più giorni, è già presente nella letteratura e nel cinema degli anni Quaranta e Cinquanta, ed è utilizzato nella famosa classificazione di alcolismo, elaborata da Jellinek negli anni Sessanta, facendo riferimento alla tipologia *epsilon*, che indica la condizione dell'alcolista che ingurgita qualsiasi sostanza contenente alcol, alternando periodi di colossali bevute a periodi di consumo controllato o astinenza. Jellinek definisce questa tipologia di alcolismo anche come *binge drinking* o *periodic drinking* o *dipsomania* (Furlan e Picci, 1990; Gmel et al., 2003). In Russia la parola *zapoï* è utilizzata per descrivere un periodo di due o più giorni di ubriachezza continua, in cui la persona non è in grado di condurre la sua normale vita sociale (Tomkins et al., 2007).

Nella seconda accezione il concetto ha iniziato a essere utilizzato per indicare il consumo di elevate quantità di bevande alcoliche in una singola occasione, ingestione che porta a un'elevata concentrazione di alcol nel sangue (alcolemia) con potenziali conseguenze negative immediate (Gmel et al. 2003; Gmel et al. 2010). Wechsler e colleghi nel loro studio sul binge nei college americani (1994) hanno individuato le seguenti conseguenze sociali e di salute del binge drinking:

- perdita dei sensi e postumi della sbornia (*black-out*, *hangover*)
- compromissione del rendimento scolastico e assenze
- rapporti sessuali non protetti e non desiderati
- aggressioni, risse, stupri
- problemi con le forze dell'ordine

¹ Traduzione: Un modello di bere eccessivo premeditato che si verifica in un periodo prolungato. Nelle indagini sulla popolazione, il periodo è di solito definito come più di un giorno di bevute alla volta. I termini "sbornia" e "bevuta" sono utilizzati anche per indicare l'azione, e quest'ultimo indica anche l'occasione. Un bevitore binge o bevitore smodato è uno che beve prevalentemente in questo modo spesso intervallato da periodi di astinenza.

- guida in stato di ebbrezza o salire in auto/moto con qualcuno che ha bevuto
- altre fatalità, quali suicidi e cadute accidentali.

Questa accezione di binge drinking è entrata nella ricerca empirica a partire dal contesto nord americano (Wechsler et al, 1994), per poi estendersi prima in Gran Bretagna e in Russia e poi nel resto d'Europa. Il termine è diventato rapidamente di uso comune in rapporti di ricerca e relazioni finalizzati a informare i policy maker dei diversi Paesi.

Per rendere oggettivabile il concetto di binge, Wechsler e colleghi nel loro studio definirono il binge drinking come il consumo di 5 drink per i maschi e 4 per le donne in una singola occasione, una soglia considerata significativa soprattutto per le conseguenze sociali alcolcorrelate (incidentalità, violenza) (Wechsler et al., 1994; Wechsler, 2000). Negli anni Novanta nella Russia afflitta da enormi problemi alcolcorrelati, le ricerche hanno introdotto il concetto di binge drinking definito come l'assunzione di 80 g di alcol in un'unica occasione almeno una volta al mese (Malyutina et al., 2001).

Gmel e colleghi (2010), per evitare confusioni tra le due diverse accezioni del binge drinking, approfondendone i limiti concettuali e metodologici della seconda definizione preferiscono rinominarla “*risky single-occasion drinking*” (RSOD), definizione già introdotta da Murgraff (1999). Nell'ultima rilevazione dei consumi alcolici dei 16enni europei dell'indagine ESPAD (2012) il termine binge drinking è stato sostituito da “*heavy episodic drinking*” a indicare il consumo di 5 o più drink di fila (nelle edizioni precedenti si faceva riferimento a un'unica occasione). Con significati simili si trovano talvolta espressioni come “*extreme drinking*” o “*heavy drinking*” (Martinic e Measham, 2008).

Il Glossario Italiano di Alcolologia (Prina, 2011, p. 9-10) definisce il binge drinking (letteralmente “abbuffata, gozzoviglia alcolica”) il “consumo di eccessive quantità di bevande alcoliche – convenzionalmente 5-6 bicchieri, corrispondenti ciascuno a un'unità alcolica, ossia circa 10 grammi di alcol (quantitativo contenuto in 125 ml di vino a 11,5 gradi alcolici, in 330 ml di birra a 4,5 gradi, in 4 ml di superalcolici a 40 gradi) – in un periodo di tempo limitato”.

L'enciclopedia italiana Treccani definisce il binge drinking un neologismo tratto dall'espressione inglese composta da *binge* ('gozzoviglia') e *drinking* ('bevuta') che indica “*l'ubriacarsi fino allo stordimento in occasione di feste di fine settimana o singole serate trascorse in locali, insieme ad altre persone*”.

E' dunque evidente come il limite di ‘cut off’ sia piuttosto controverso nella comunità scientifica, e non esista una definizione condivisa (Herring. et al. 2008; Donovan, 2009). Tale dissenso non resta confinato nell'ambito teorico ma ha importanti implicazioni pratiche, in quanto il numero delle persone considerate ‘binge drinker’ può variare notevolmente (McAlaney e McMahon, 2006). Pur essendo spesso utilizzato come sinonimo di ‘*heavy drinking*’ o intossicazione alcolica è da molti autori considerato una misura imperfetta perché non tiene conto della velocità di assunzione e delle caratteristiche costituzionali del bevitore, fattori che influenzano fortemente il tasso alcolemico.

Inoltre va rilevato come dalla ricerca condotta da Gmel e colleghi (2003) emerga che la cosiddetta misurazione ‘oggettiva’ del binge attraverso la rilevazione nelle indagini campionarie delle unità alcoliche bevute è molto eterogenea anche se si restringe il campo di osservazione alla sola Europa. Il numero oltre il quale un dato comportamento può essere definito binge e il contenuto alcolico delle unità alcoliche variano da Paese a Paese (un drink può riferirsi a 8, 10, 12 o 14 g o anche più di alcol puro). Tutto ciò rende molto complessa se non impossibile la comparazione tra diversi Paesi, vanificando quelle che erano le premesse legate all'utilizzo di questa variabile. Un ulteriore elemento di complessità è dato dall'arco temporale che definisce ‘una singola occasione’, che può durare da 2 a 6 ore, oppure non essere specificato, come ben evidenziato dalla seguente tabella in cui sono riportate le indagini campionarie italiane che utilizzano il concetto di binge drinking.

Tabella 1 – Definizione di binge drinking nelle indagini campionari italiane²

Studio (anno)	Domanda & Risposte	Classe d'età	Esempio risultati		
			Ultimi 12 mesi	Ultimi 3 mesi	Ultimi 30 giorni
ESPAD-Italia® 2011	Domanda: Ripensa di nuovo agli ultimi 30 giorni. Quante volte hai fatto cinque o più bevute di fila? Risposte: Mai; 1; 2; 3-5; 6-9; 10 o +.	15-19 anni			35,5% (M 2,9 F 28)
IPSAD 2010/11	Domanda: Quante volte ti è capitato di bere 6 o più drink in ogni singola occasione? Negli ultimi dodici mesi? Negli ultimi 30 giorni? Risposte: 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)
DOXA- OSSERVATORIO 2011	Domanda: 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? Risposte: 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)	
PASSI 2010/12	Domand: 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 Risposte: numero di volte; mai; non so/non ricordo	18-24 anni			14%
MULTISCOPO	Domanda: 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...)?	11-17 anni	3,6% (M 4,9 F 2,2)		
	Risposte: no; sì; numero di volte	18-24 anni	14,8% (M 20,1 F 9,1)		

La complessità della definizione del concetto si riflette anche sulla validità della misurazione delle conseguenze del binge drinking - o come Gmel, Kuntsche e Rehm (2010) preferiscono chiamarlo RSOD (*Risky single-occasion drinking*) - sulla salute delle persone. Al fine di misurare quali sono le reali conseguenze sociali e sanitarie del binge, secondo questi autori, è fondamentale distinguere le diverse tipologie di *binger* evitando di considerare nella stessa categoria coloro che bevono moderatamente con rari episodi di binge drinking da coloro che hanno frequenti episodi di binge. Se si effettua questa operazione si ottengono risultati molto interessanti anche in termini di prevenzione e intervento. Ad esempio, emerge come coloro che regolarmente e frequentemente praticano il binge drinking presentano nel tempo maggiori problemi di salute, dovuti al volume di alcol consumato più che alla modalità del bere.

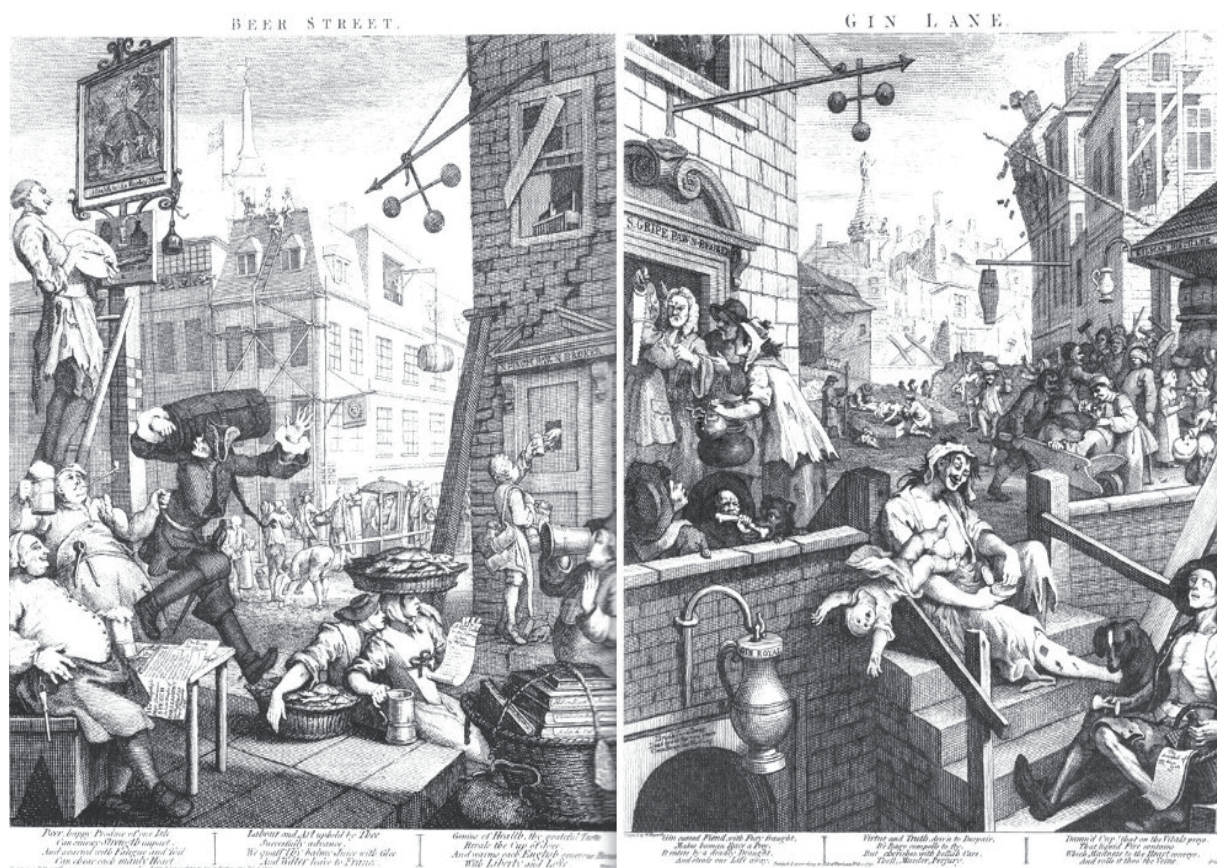
²La tabella è stata presentata dalla dott.a Sabrina Molinaro del CNR al Seminario dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool, Roma, luglio 2013. Aggiornata e adattata dagli autori.

Inoltre, molte ricerche attribuiscono erroneamente effetti longitudinali al binge drinking senza tenere conto del cambiamento dei modelli di consumo nel tempo, cambiamento che include anche il volume di alcol consumato. Ma soprattutto RSOD è considerato dagli autori un indicatore poco significativo nel predire conseguenze negative future (abuso di alcol e droga, problemi relazionali e mentali, ...) per la maggioranza degli adolescenti, mentre diventa un fattore predittivo di problemi futuri per quei ragazzi che già mostrano maggiori problemi comportamentali, dove il binge drinking diventa una delle cause, non necessariamente la principale.

La complessa relazione tra il consumo di bevande alcoliche, la terminologia utilizzata per descrivere i modelli di consumo e i loro effetti, sono fortemente influenzate dal tipo di cultura del bere, tanto che anche il concetto di unità alcolica assume significati diversi e indica quantità di alcol contenuto diverse, come emerge da una ricerca qualitativa condotta in quattro Paesi europei, UK, Polonia, Estonia e Ungheria (Thickett et al., 2013).

Il binge drinking è dunque un concetto che, pur avendo una storia piuttosto datata, ha cominciato a essere utilizzato in tempi piuttosto recenti. La spiegazione del cambio di significato della definizione di binge drinking, secondo Berridge e colleghi (2009), deve essere ricercata nel cambiamento dell'oggetto di interesse sia nell'ambito delle politiche sull'alcol sia in ambito scientifico, in particolare negli ultimi due decenni, insieme al ruolo esercitato dai gruppi di interesse dominanti nel campo alcologico. Non si tratta solo, secondo le autrici, di un effettivo cambiamento nelle modalità del bere o nella tipologia di consumatori di bevande alcoliche - che pur c'è stato - quanto piuttosto una questione di interazione tra scienza e politica. Già l'iconografia di Hogarth del 1751 mostra come il consumo di alcol, anche eccessivo, possa essere rappresentato diversamente, in questo caso in relazione al tipo di bevanda, l'una, la birra, storicamente integrata nella cultura inglese del tempo, rappresentata positivamente, l'altra, il gin, dipinto come il demone capace di distruggere la coesione sociale.

Figura 1 – Beer Street and Gin Lane, Hogarth, 1751



Queste variazioni di significato non devono tuttavia stupire, in quanto fanno parte del continuo processo di ridefinizione cui è soggetta una area tematica quale quella alcolica fortemente condizionata non solo dalla ricerca scientifica ma anche da orientamenti valoriali della società (Berridge et al. 2007). E così, seppure in tempi diversi, in molti Paesi si è registrato un passaggio da una visione morale dell'alcolismo a una visione di salute individuale, e poi da quest'ultima a una prospettiva di sanità pubblica, che definisce il problema in termini di consumo di popolazione e a livello individuale come il risultato di uno stile di vita errato (Berridge et al. 2009; Beccaria e Petrilli, *submitted*; Beccaria, 2013b).

Certamente i modelli di consumo di bevande alcoliche sono in continuo mutamento come del resto gli stili di consumo più in generale e pertanto, pur non potendo assumere un approccio interpretativo totalmente costruttivista, crediamo sia importante cercare di comprendere come il 'problema' sia stato definito e le possibili spiegazioni dei cambiamenti di significato. I concetti non appaiono improvvisamente dal nulla, ma sono figli del contesto nel quale sono stati elaborati (Berridge et al. 2009).

Inoltre nell'affrontare questa tematica occorre tenere in considerazione il fatto che oltre alla misura 'oggettiva' del binge drinking, altre misurazioni basate su valutazioni soggettive del proprio stato di intossicazione alcolica continuano a essere utilizzate, basti pensare alle domande usate in Italia dall'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol nelle indagini periodiche sugli italiani e l'alcol - "ti è mai capitato di bere troppo, senza ubriacarti" e "ti è mai capitato di ubriacarti" - finalizzate a misurare il grado di ubriachezza. Anche questo tipo di domanda presentata parecchi problemi di comparabilità, infatti le risposte possono essere influenzate da come le persone, in un dato contesto culturale, percepiscono l'essere intossicati (Room, 2010).

Se dunque il concetto di binge drinking presenta non pochi problemi di definizione dal punto di vista scientifico, è evidente che tali difficoltà abbiano un impatto negativo sui media e sui policy maker che si trovano a utilizzarlo in modo spesso retorico, quando non a piegarne l'interpretazione fino a banalizzarne le spiegazioni e ad adattare al sostegno di tesi predefinite.

3. Fenomenologia del *binge drinking*

Il comportamento qualificato con l'espressione binge drinking risulta confusivo non solo quando utilizzato dai giornalisti, ma anche dagli stessi ricercatori. Infatti, se in Italia non mancano i dati quantitativi sul binge drinking, va detto che questi lasciano alcune zone d'ombra e che presentano contraddizioni che non possono non sollevare dubbi interpretativi (Tab. 1).

Se i consumi generali sono in calo (ISTAT, 2013), sono cresciuti però la preoccupazione e l'allarme sociale per il bere dei giovani, spesso alimentati dai fatti di cronaca e dai media più che basati sulle evidenze scientifiche (Beccaria e Prina, 2010; Beccaria, 2010b; Beccaria, 2013a). Il concetto di binge drinking è stato introdotto nelle rilevazioni italiane solo dal 2003. Secondo l'ISTAT (2013) il binge drinking – inteso come il consumo di 6 o più drink in un'unica occasione – riguarda il 6,9% della popolazione generale, percentuale che sale al 14,8% dei giovani tra i 18 e i 24 anni (almeno una volta nell'ultimo anno).

Ma se negli anni Novanta, decennio a partire dal quale sono disponibili i dati sui comportamenti a rischio della popolazione giovanile, abbiamo assistito a un progressivo aumento degli episodi di ubriachezza e del cosiddetto binge drinking, recentemente si è assistito a una stabilizzazione, se non addirittura una riduzione di questi comportamenti. Nel 2012 il binge drinking risulta in calo rispetto agli anni precedenti tra i maschi di 18-24 anni (20,1% vs 21,8% del 2011 e 23,3% del 2010) mentre altalenante tra le femmine (9,1% vs 7,9% del 2011 e 9,7% del 2010) e anche rispetto al 2005 è meno diffuso tra i ragazzi (22,6% nel 2005) e aumentato tra le ragazze (7,5%). Dalla sorveglianza PASSI invece nella stessa fascia di età i consumatori binge, definiti come consumatori di 5 (4 per le donne) unità alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 30 giorni sono il 14%.

Purtroppo questi dati non sono propriamente comparabili con quelli dell'indagine Doxa-Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool (Salamon, 2012), in quanto la composizione delle fasce d'età (13-24 anni), l'arco temporale considerato (ultimi tre mesi) e la definizione stessa di *binge drinking* (5 o più

bevande alcoliche nell'arco di due ore e lontano dai pasti) sono diversi (Charrier e Cavallo, 2010). Secondo questa fonte nel 2010 si è verificato un aumento del fenomeno rispetto a 5 anni prima, dal 10,4% al 14,6%, anche se analizzando le diverse fasce di età si può notare come questo aumento non abbia interessato i 16-19enni.

Un altro dato interessante di questa indagine è quello dell'ubriachezza, ossia della percezione soggettiva dello stato di intossicazione alcolica. Mentre la percentuale di chi ha avuto almeno un episodio di ubriachezza nell'arco della vita è rimasta sostanzialmente stabile nella popolazione generale (28,9%), essa è aumentata tra i 20-24enni ed è diminuita tra i più giovani (13-15 e 16-19 anni). Se consideriamo il dato riferito ad almeno un episodio negli ultimi 3 mesi, negli ultimi vent'anni esso è passato dal 10,5% al 15,1% per la fascia di età 15-24 anni (i 13enni non erano inclusi nelle prime rilevazioni) ma risulta stabile negli ultimi 5 anni.

Da questi dati, seppure difficilmente comparabili (Charrier e Cavallo, 2010), possiamo trarre almeno due considerazioni: il comportamento di abuso di bevande alcoliche riguarda una buona fetta dei giovani italiani, ma non ci sono stati cambiamenti così rilevanti nella porzione di popolazione coinvolta, almeno nell'arco di una generazione.

Le indagini comparative europee (Currie et al., 2012; Hibell et al., 2012) confermano queste considerazioni e forniscono altri spunti di riflessione interessanti. L'*Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) dell'OMS, che coinvolge ragazzi di 11, 13, 15 anni di 39 Paesi prevalentemente europei e i dati dello *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), che coinvolge studenti di 15-16 anni provenienti da 36 Paesi, concordano nell'evidenziare che i ragazzi italiani si collocano molto al di sotto dei dati medi per quanto riguarda il fenomeno dell'ubriachezza. Gli 11enni che dichiarano di essersi ubriacati almeno due volte nella vita sono l'1% dei ragazzi e il 2% delle ragazze, dato di poco sotto la media europea (1% e 3%), mentre le percentuali riferite ai 13enni e ai 15enni rappresentano appena un terzo e la metà della media europea (3% vs 9% per i 13enni e 16,5% vs 32% per i 15enni). Il dato dell'ubriachezza inoltre risulta in calo, rispetto alla rilevazione del 2005/6, come in quasi tutti i Paesi europei (Currie et al., 2012). La stessa tendenza è confermata dall'ultima indagine ESPAD (Hibell et al., 2012), secondo cui i 15-16enni italiani che dichiarano di essersi ubriacati nell'ultimo mese sono il 13% contro il 17% della rilevazione precedente.

Più elevato, ma anche questo in diminuzione, è il dato relativo al *binge drinking* (5 o più consumazioni in un'unica occasione nell'ultimo mese). Secondo l'ESPAD questo comportamento coinvolge il 35% dei ragazzi italiani, percentuale che si colloca di poco sotto la media europea, ma a notevole distanza rispetto a quella della Danimarca, che detiene il primato (56%) (Hibell et al. 2012).

Questa discrepanza tra dati relativi all'ubriachezza e quelli relativi al *binge drinking*, tipica delle culture mediterranee, ha sollevato alcune possibili interpretazioni, tra cui la più accreditata è quella del persistere in questi Paesi di una minore accettazione sociale dell'ubriachezza che potrebbe determinare una sottostima del fenomeno nella indagini campionarie (Room, 2010).

Da un'analisi approfondita dei dati disponibili e di quanto emerso dalle ricerche qualitative sul bere giovanile realizzate negli ultimi vent'anni in Italia (Beccaria, 2010b), sembrerebbe che il comportamento alcolico degli italiani, giovani compresi, risenta sì dei cambiamenti intervenuti a seguito del processo di globalizzazione, ma mantenga ancora delle caratteristiche peculiari tipiche della cultura del bere mediterranea (Allamani et al., 2006; Guarino, 2010; Allamani et al., 2011). In altre parole, come hanno evidenziato Järvinen e Room (2007), l'Italia si colloca ancora tra le culture giovanili del bere "non-intossicanti", ossia caratterizzate da un bere orientato alla moderazione.

E' dunque evidente come ancora oggi nel mondo vi siano Paesi caratterizzati da '*high binge drinking levels*' e altri da '*low or moderate binge drinking levels*', e come tali differenze possano essere spiegate solo attraverso l'identificazione di specifici approcci socio-culturali al bere eccessivo, come ha mostrato una recente ricerca qualitativa che ha messo a confronto atteggiamenti e opinioni sul *binge drinking* di giovani universitari di 50 Paesi diversi, alcuni come, UK, Australia, Finlandia, Irlanda, con alto livello di *binge*, e altri, come Francia, Spagna, Italia, Hong Kong e Giappone, con un basso o moderato livello di *binge* (Russell-Bennett et al., 2010). Lo studio ha mostrato il ruolo rilevante della famiglia, espresso attraverso il livello di

contatto tra giovani e famiglia, il tipo di aspettative e di educazione, l'approvazione familiare, e del gruppo dei pari, attraverso l'affiliazione al gruppo, il valore dei giudizi e la percezione della perdita di controllo, nello spiegare le differenze di atteggiamento nei confronti del bere eccessivo.

In questo contesto risulta di fondamentale importanza, al fine di migliorare le politiche di prevenzione e di promozione di comportamenti responsabili, indagare in maniera approfondita il tema dell'abuso di bevande alcoliche tra i giovani italiani e in particolare la diffusione, i significati e le pratiche del cosiddetto *binge drinking*, per capire se questo fenomeno è paragonabile con quello di cui si parla nei Paesi anglofoni e che significati assume per gli attori stessi.

A livello europeo, soprattutto nei Paesi maggiormente caratterizzati da questo problema, quali Danimarca e Gran Bretagna, il tema ha attratto l'attenzione ormai da alcuni anni sia a livello mediatico sia del mondo della ricerca (Plant e Plant 1992, 2006; Kuntsche et al., 2004; Measham 2002; Sande 2002; Engineer et al., 2003; Measham e Brain 2005; Coleman e Cater, 2007; Calafat, 2007; Measham, 2008; Wicki M. et al., 2010; Demant e Törrönen, 2011). Altri studi, in numero minore, hanno approfondito la situazione e il contesto in cui il bere eccessivo avviene, offrendo interessanti spunti interpretativi cui questa ricerca intende far riferimento (van de Goor et al. 1990; Knibbe et al. 1991; Hennessy e Saltz 1993; Demers et al. 2002; Demant, 2007; Demant e Østergaard, 2007; Coleman e Cater, 2007; Kolind, 2011) oppure le specificità di genere e i cambiamenti nel tempo (Simonen, 2011) o il ruolo dell'industria del divertimento e della *night-time economy* (Measham e Brain, 2005; Hollands, 2002). Altri hanno esplorato la capacità di stimare le quantità bevute in singoli sessioni di binge drinking e la percezione di se stessi come bevitori binger (Cooke et al., 2010; Guise e Gill, 2007), altri ancora l'influenza degli atteggiamenti, delle norme soggettive e del controllo percepito sul binge drinking (Norman et al., 2007; Norman, 2011; Norman, 2012). Van Wersch e Walker (2009) hanno invece analizzato il binge drinking come fenomeno sociale e culturale, evidenziando come le politiche finalizzate a ridimensionare e/o contenere questo fenomeno debbano tenere in debita considerazione questi aspetti onde evitare fallimenti annunciati. Kuntsche e colleghi (2004), rilevando la netta dominanza della letteratura americana sul tema, attraverso la revisione della letteratura europea hanno evidenziato come l'Europa sia un luogo ideale per studiare il ruolo delle variabili psicosociali nel comprendere l'eziologia del binge drinking date le significative differenze culturali che ben si esprimono in un gradiente nord-sud, con una maggiore diffusione di comportamenti binge nelle regioni nordiche, occidentali e orientali dove il bere eccessivo nel fine settimana è maggiormente accettato, rispetto alle regioni del sud Europa dove l'alcol è invece integrato nella vita quotidiana.

Secondo alcuni autori in Europa oggi sembra emergere una nuova cultura dell'intossicazione a indicare la centralità dell'elemento psicoattivo nel consumo alcolico dei giovani che andrebbe di pari passo con la cultura edonistica che sembra prevalere tra i giovani consumatori di alcol e di droghe (Järvinen e Room, 2011; Demant e Wissman, 2010). Il bere eccessivo rappresenta infatti una linea netta di demarcazione tra il tempo impegnato e il tempo libero (time-out), e indica che qualcosa di diverso sta accadendo. A differenza del bere degli adulti, è proprio l'intossicazione che trasforma una “stanza” in un “giusto party” (Demant e Østergaard, 2007:532). Tuttavia bere troppo è spesso stigmatizzato come un comportamento negativo, un fallimento o un segno di immaturità. I giovani sembrano pertanto bere tanto per sottolineare la loro libertà, ma è come se potessero bere fino a ubriacarsi e celebrare una sorta di “perdita di controllo controllata”, ossia uno stato di intossicazione desiderato ma che si esprima entro dei limiti di accettabilità sociale (Measham, 2002:349).

Motivi del bere

- Si beve e ci si ubriaca più frequentemente per ragioni positive (es. divertirsi) che non per ragioni negative (problemi personali);
- i motivi più citati per bere tanto sono la compagnia e il festeggiamento. I pari rappresentano sia una spinta che un freno al bere (il piacere di stare insieme è posto al di sopra del piacere del bere);
- gli adolescenti e chi proviene da una famiglia con uno status socioeconomico medio-basso sono più inclini al bere farmacologico, ossia a bere cercando di compensare con l'alcol un disagio.

Contesti del bere

- Per i ventenni il sabato sera è sinonimo di movida, dalla cena con gli amici si può 'tirare' fino all'alba in discoteca, dopo avere fatto tappa al pub; mentre gli adolescenti preferiscono frequentare un posto fisso, dove ci si sente più liberi e sicuri;
- i luoghi pubblici all'aperto come parchi e spiagge sono un'alternativa ai locali e diventano un modo per risparmiare, la regola infatti è quella della condivisione;
- la discoteca è uno dei luoghi più frequentati dai binge drinker ed è il contesto dove si beve di più e più frequentemente ci si ubriaca;
- le feste private sono il contesto privilegiato per le sperimentazioni alcoliche degli adolescenti. Tra i ventenni la festa in casa inizia quasi sempre con una cena, che assume un valore centrale nella serata.

Norme e controllo

- Il bere dei giovani è maggiormente regolato dalle forme di controllo informali (da parte di genitori, pari e partner) rispetto a quelle formali;
- per i più grandi diventa fondamentale l'autocontrollo: le responsabilità lavorative sono una forte limitazione agli eccessi alcolici e in particolare all'ubriachezza;
- nessuno critica la legge che regola la guida in stato di ebbrezza, all'opposto i giovani sono convinti che questo comportamento comporti rischi elevati e perlopiù evitano di adottarlo;
- il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori risulta largamente inosservato. Un cattivo esempio di incoerenza del mondo adulto, percepito negativamente dai giovani.

8. Conclusioni

I risultati di questa indagine fanno luce sulle discrepanze rilevate in Italia tra le diverse ricerche quantitative che indagano il bere giovane (Charrier e Cavallo, 2010), rendendo evidente come, tra coloro che nelle *survey* sono accomunati dall'etichetta di binge drinker, rientrano in realtà diversi profili di bevitori, che si distinguono notevolmente per cosa bevono (si va dagli eclettici agli amanti del buon vino), per l'arco temporale in cui consumano (dai pochi minuti a diverse ore) e per la concomitanza o meno dei pasti. In generale si può affermare che crescendo si osserva una maggiore propensione a orientarsi verso bevande tradizionali, a dilatare nel tempo le quantità consumate e a consumare bevande alcoliche durante i pranzi o le cene con gli amici. Così nel campione rientrano quelli che bevono intenzionalmente a stomaco vuoto per sentire prima gli effetti dell'alcol, come quelli che contano tra le 5 o più bevute quelle consumate durante una cena tra amici o in famiglia, e quelli che hanno bevuto così tanto una volta sola e sembrano intenzionati a non ripetere l'esperienza mai più, perché ne sono rimasti traumatizzati. Questi risultati non possono che fare sorgere un ragionevole dubbio se tutti questi profili possano legittimamente ricadere sotto la stessa definizione di binge drinker. Se dovessimo applicare i criteri di definizione più restrittivi (5+ consumazioni nell'arco di due ore e lontano da pasti), solo il 20% degli intervistati – composto perlopiù da torinesi, poi romani e solo in minima parte salernitani – rientrerebbe nella definizione di binger, nonostante il campione sia composto solo da persone che hanno affermato di aver bevuto troppo nell'ultimo anno!

I risultati spiegano anche la forbice tra la quota di giovani italiani che dichiarano di ubriacarsi (tra le più basse in Europa) e di quelli che dichiarano di consumare 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione (di poco inferiore alla media europea) rilevata nelle indagini comparative (Hibell et al. 2012), che ha destato l'attenzione dei ricercatori (Room, 2010; Beccaria e Prina, 2010). Molto spesso infatti, quando si parla di binge drinking non solo a livello mediatico ma anche scientifico, si utilizza questa espressione come sinonimo di ubriachezza, finendo per identificare il comportamento con i suoi presunti fini o effetti. Assumendo la prospettiva dei bevitori eccessivi è stato mostrato come questi due concetti non siano necessariamente sinonimi, anzi sono molti, quasi la metà, quelli che li distinguono nettamente.

I fattori che Room (2010) ha ipotizzato incidere su queste differenze – l'attribuzione di una connotazione più negativa all'ubriachezza, un consumo effettivo di minori quantità, e una maggiore inibizione rispetto al bere tanto rispetto ai coetanei nordici – hanno trovato conferma sia nei risultati delle interviste che dell'indagine sul web.

Innanzitutto appare evidente che i giovani italiani attribuiscono una connotazione 'estrema' e deviante all'ubriachezza, identificandola con alcuni dei sintomi dell'intossicazione acuta (forti limitazioni dell'attività cognitiva e motoria). Collocare la soglia dell'ubriachezza a questo livello può essere un modo per poter situare le proprie pratiche alcoliche al di sotto. Parecchi infatti sostengono di non raggiungere questo stato dopo 5+ bevute, e tracciano una distinzione netta tra essere ubriachi ed essere brilli, condizione quest'ultima che implica un'alterazione dell'umore e dell'attività inibitoria, ma senza una significativa limitazione delle capacità percettive e di comprensione del soggetto. La stessa distinzione viene enfatizzata in molti dei commenti su web, definendo dei confini precisi (Lamont e Molnár, 2002; Törrönen e Maunu, 2005) tra il bere ritenuto socialmente inaccettabile e accettabile.

Per contro vi sono anche coloro che dichiarano di ubriacarsi con meno di 5 unità alcoliche, come vi sono quelli che si ubriacano con quantità di molto superiori, tuttavia in media la soglia personale corrisponde proprio a quella utilizzata per definire il binge drinking (5-6 bicchieri) e sono pochi quelli che la superano, se non occasionalmente. Va aggiunto poi che 5 o più consumazioni sono considerate "troppe" da molti intervistati, soprattutto al Sud, anche nel caso in cui non portino all'ubriachezza. Questo denota il permanere di una certa inibizione rispetto al bere elevate quantità di alcol, indipendentemente dagli esiti. A differenza di quanto avviene nei Paesi anglosassoni e nordici (Järvinen e Room 2007; Room, 2001) sembra quindi confermato sia che la maggior parte di chi dichiara di fare il binge drinking non superi di molto il numero di consumazioni soglia, sia che permane tra i giovani italiani una connotazione negativa del bere tanto e soprattutto dell'ubriachezza, specialmente tra i più grandi. Non sono state rilevate reticenze nel raccontare le proprie esperienze di ubriachezza, ma in genere queste sono descritte in termini negativi. In molti casi poi questo stato viene descritto come un esito non intenzionale del bere, frutto di inesperienza

o di un errore. Sono solo 11 su tutto il campione (134) quelli che dichiarano di ubriacarsi intenzionalmente (e non corrispondono a quelli che bevono quantità più elevate), mentre nella maggior parte dei casi, una volta cresciuti e sperimentata la propria soglia di tolleranza, si vuole evitare di perdere il controllo e di subire i molto temuti postumi della sbornia, descritti sempre in termini negativi. Al contrario di quanto avviene nei Paesi nordici, dove è percepita dai giovani come una dimostrazione dell'ingresso nell'età adulta (Maunu e Simonen, 2010), tra i giovani italiani l'ubriachezza è considerata persino dai binger espressione di immaturità e un comportamento da abbandonarsi una volta assunte le responsabilità della vita adulta, a conferma di un'ipotesi già evidenziata negli studi precedenti (Rolando e Katainen, 2013; Rolando et al., 2013; Beccaria e Scarscelli, 2006).

Per tutti questi motivi i concetti di *“controlled loss of control”*, o *“determined drunkenness”*, introdotto dalla Measham (Martinic e Measham, 2008; Measham e Brain, 2005; Measham, 2004;) non sembra applicabile al contesto italiano, perché presuppone, seppure entro certi limiti e a certe condizioni, il desiderio di ubriacarsi e di raggiungere un'alterazione dello stato di coscienza. In Italia questi elementi non solo non sono popolari tra i giovani in generale, come ha dimostrato l'indagine sul web, ma nemmeno tra i binger. Come i britannici anche i giovani italiani scelgono di bere tanto solo a determinate condizioni (il contesto specifico, la compagnia, le responsabilità del giorno seguente, la sicurezza percepita,...), ma quel che cercano è una modificazione dell'umore e delle proprie performance sociali. Il bere tanto è un atto edonistico deliberato (Measham 2006) che però non si associa all'ubriachezza, ma a quella soglia entro cui gli effetti dell'alcol aumentano il piacere della compagnia e il divertimento (sia perché slatentizzano i freni inibitori, sia perché permettono di accantonare preoccupazioni e lo stress). Oltre questa soglia, gli effetti sono da tutti percepiti come negativi e da evitare, sia in termini di condizioni fisiche (ad es. il vomito) che relazionali: l'ubriachezza infatti a differenza dell'ebbrezza può disturbare gli altri e compromettere il piacere di stare insieme, che è posto invece sempre al di sopra del piacere del bere. Si potrebbe dire dunque che è una pratica edonistica raramente espressa in termini individualisti, ma intesa piuttosto come collettiva (anche per questo i riferimenti ai comportamenti antisociali sotto l'effetto dell'alcol sono rari). Gli intervistati e i commentatori si mostrano inoltre ben consci dei rischi del bere tanto, sia quelli a breve che a lungo termine, dato che conferma e spiega meglio anche il livello più elevato di aspettative negative nei confronti delle conseguenze del bere in Italia rispetto a Paesi come la Danimarca e la Gran Bretagna (Hibell et al., 2012; Järvinen e Room, 2007). Su certi aspetti, in particolare la guida, i giovani mostrano addirittura più consapevolezza dei rischi degli adulti, in linea con quanto evidenziato dalla ricerca ACI-CENSIS (2010). Per questo i riferimenti alla ricerca deliberata del rischio e delle sensazioni forti sono più unici che rari nei dati raccolti e non rappresentano categorie interpretative utili per capire il binge drinking in Italia, come invece avviene in altri contesti (Martinic e Measham, 2008). I motivi più frequentemente citati per bere tanto, la compagnia e il festeggiamento, sono invece gli stessi che da secoli contraddistinguono la cultura del bere bagnata (Beccaria e Prina, 1996), come già evidenziato in una delle prime ricerche qualitative su giovani e alcol (Cottino e Prina, 1997) e confermato in tutte le altre ricerche successive (Beccaria, 2010b).

Non si può affermare tuttavia che non vi siano rischi sul fronte del bere giovane italiano, per diverse ragioni. Seppure minoritari, non mancano i riferimenti al bere farmacologico, proprio di chi cerca con l'alcol di compensare un disagio e quindi vuole intenzionalmente alterare il proprio stato di coscienza. Questo tipo di bere riflette anche la difficoltà ad attendere ai diversi ruoli sociali (vengono citate ad esempio l'insoddisfazione per il lavoro o per le amicizie). L'alcol quindi serve a demarcare il tempo impegnato e il time-out, un tempo in cui si vive una sorta di sospensione rispetto alla quotidianità percepita come fonte di stress. Da ciò si può intuire come anche dietro alla diffusa e apparentemente “positiva” formula ‘bevo per divertirmi’ potrebbe in qualche caso nascondersi una condizione meno favorevole: bevo per divertirmi, perché altrimenti non ci riesco. Va precisato che risultano più vulnerabili all'esperienza dell'ubriacatura per problemi personali soprattutto gli adolescenti e i giovani appartenenti a un ceto sociale medio-basso. Questi elementi meritano certamente la massima attenzione affinché si possa contrastare l'emergere di nuova cultura dell'intossicazione caratterizzata dalla centralità dell'elemento psicoattivo nel consumo alcolico dei giovani (Järvinen e Room, 2011; Demant e Wissman, 2010).

Inoltre dalle interviste si evince come il bere tanto sia diffuso e dato per scontato da molti giovani, che non rappresentano gruppi marginali o antagonisti, ma normali consumatori. In questo ha giocato certamente un forte ruolo la *night-time economy* (Measham e Brain, 2005; Hollands, 2002). E' evidente che il bere tanto assume significati diversi anche in relazione ai diversi contesti in cui si beve (Demant e Østergaard, 2007) e che anche in Italia vi sia stato negli ultimi dieci anni un restyling dell'industria del divertimento nella quale le bevande alcoliche hanno assunto un ruolo centrale. Ciò è evidente soprattutto a Torino e a Roma: nuovi prodotti, nuove modalità di consumo (basti pensare alla diffusione degli shot tra i più piccoli), attenzione al design dei locali di consumo e dei prodotti stessi, promozioni svariate, liberalizzazione delle licenze con l'aumento dei punti vendita e ampliamento degli orari.

A ciò si somma la diffusa inosservanza del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori, percepita e criticata dai giovani, che fornisce un pessimo esempio di incoerenza da parte del mondo adulto e che rischia di avere effetti perversi. E' quindi il controllo informale (insieme alle disponibilità economiche) a giocare un ruolo preponderante nel limitare i consumi tra i giovani, e si esprime nel controllo esercitato dalla famiglia (ancora determinante nel limitare il bere degli adolescenti), dal gruppo di pari (che può sì spingere al bere tanto, ma ha anche un forte impatto nel contenerlo entro certi limiti) e dal partner, che, a differenza di un tempo, può essere anche il maschio, poiché anche le ragazze hanno acquisito un rapporto più disinibito con i consumi alcolici eccessivi, in Italia come nel nord Europa (Beccaria 2010b; Simonen 2011). Questi aspetti sono in linea con i risultati emersi in uno studio (Russel-Bennett et al., 2010) sulle culture caratterizzate da alti e bassi livelli di binge drinking, che ha evidenziato il forte impatto dell'approvazione familiare e del gruppo dei pari, così come la percezione (positiva o negativa) della perdita di controllo, nello spiegare le differenze di atteggiamento nei confronti del bere eccessivo.

Proprio per la scarsa accettabilità sociale del binge drinking, il concetto di normalizzazione, ossia della sua diffusione tra la maggioranza dei giovani, facilmente impiegato dai media, non risulta in Italia pienamente applicabile. Così come non sono emersi profili di forti bevitori paragonabili a quelli ritrovabili nei contesti anglosassoni (Norman et al., 2007), che fanno del bere tanto la loro immagine identitaria, a causa forse della consapevolezza che il passo dalla vanteria alla brutta figura è labile, soprattutto tra i più grandi. Inoltre tutti gli intervistati sottolineano come non sia sempre necessario e appropriato bere tanto per divertirsi e sostengono di assumere stili diversi, anche più moderati, in diverse occasioni. A differenza di quanto notato tra i giovani danesi (Demant e Østergaard, 2007), dove è proprio l'intossicazione alcolica che crea l'ambiente giusto, qui perlopiù il soggetto sostiene di avere bisogno dell'ambiente giusto per eccedere. Questo è individuabile principalmente nella discoteca (dove il bere eccessivo è dato quasi per scontato e ritenuto pressoché necessario per reggere il ritmo della notte) e nel party privato, che rappresenta per i più piccoli un luogo ideale in cui sperimentare il proprio limite.

Non si può che concludere condividendo la posizione di Gmel e colleghi (2010) laddove affermano che è fondamentale distinguere le diverse tipologie di *binger* evitando di considerare nella stessa categoria coloro che bevono moderatamente con rari episodi di binge drinking da coloro che hanno frequenti episodi di binge (nel nostro caso i giovani che hanno dichiarato almeno un'esperienza di binge drinking nell'ultimo mese sono 50, ma il numero di chi l'ha fatto almeno una volta a settimana si riduce a 17, pari a circa il 13% del campione), sia in termini di prevenzione che di intervento. E aggiungiamo: è necessario distinguere coloro che bevono per ragioni diverse. Occorre poi riflettere sull'opportunità di fare apparire come maggioritario un fenomeno che non lo è, sostenendo la tesi della normalizzazione (che persino i binger sono restii ad affermare), e incentivando attraverso la diffusione di questa errata percezione il consumo eccessivo tra coloro che non si sentono "normali". E' necessario anche contrastare la tesi che fa coincidere il binge con il divertimento giovanile in generale, che porta, da un lato, a sovrastimare il fenomeno, dall'altro, a sottovalutare che gli stessi giovani parlano anche di ragioni negative per bere, e che spesso queste fanno riferimento alla difficoltà di rispondere alle attese che la società mostra nei confronti dell'individuo e dei suoi diversi ruoli sociali. L'alcol diventa dunque, ad esempio, il mezzo attraverso cui mettere al bando preoccupazioni, freni inibitori e timidezza, perché nel mondo della notte divertimento, disinibizione e protagonismo sono d'obbligo. Bisognerebbe invece valutare e valorizzare gli aspetti che, nonostante le influenze della cultura globale dell'alcol (Demant e Wissman, 2010), denotano un carattere ancora fortemente legato alla cultura locale: in particolare, oltre alla concezione negativa

dell'intossicazione alcolica e dei suoi effetti, l'importanza attribuita all'autocontrollo, il progressivo diradarsi degli episodi di ubriachezza tra i giovani che si affacciano all'età adulta, accompagnato da una modificazione dei motivi per bere e delle sue modalità. Questi aspetti non rappresentano affatto una novità: piuttosto è il lasso di tempo percepito tra giovinezza e adultità a essersi dilatato, e, di conseguenza, si è dilatato il periodo degli eccessi.

La cultura del buon bere, via alla prevenzione

Paolo Nencini, farmacologo, Università La Sapienza, Roma

Recensione del libro di Franca Beccaria,

La rivoluzione del bere. L'alcol come esperienza culturale. Carrocci editore, 2016

Il dibattito pubblico sugli alcolici continua ad essere dominato da due tematiche che paiono procedere in maniera assolutamente indipendente l'una dall'altra: da un lato, si dibatte in che misura le conseguenze sanitarie, ritenute per lo più negative, del consumo di alcolici debbano generare campagne e provvedimenti sollecitanti il comportamento astemio, e, dall'altro, si ragiona come tradurre una produzione vinicola nazionale di sempre maggiore qualità in incoraggiamento del bevitore di tutti i giorni ad adeguarsi ai nuovi stili dettati dalla enogastronomia. Che in un paese dalle antiche tradizioni vitivinicole, le due tematiche siano incomunicabili non è tuttavia possibile; anzi si può ipotizzare che le nuove tendenze del bere abbiano irrobustito la funzione di protezione dagli eccessi alcolici che quelle tradizioni hanno da sempre svolto.

Questa ipotesi è stata verificata sul campo da Franca Beccaria e dal suo gruppo di ricerca confrontando zone vitivinicole e non del Piemonte per quanto riguarda i rischi e i danni del bere, a fronte della tradizione ed evoluzione negli stili del bere e delle relative pratiche di socializzazione. Franca Beccaria è ricercatrice di formazione sociologica ben nota per i suoi eccellenti studi di confronto fra culture "intoxication-oriented" (quelle nordiche) e "non-intoxication oriented" (quella italiana) e anche questo studio eccelle per rigore metodologico e per interesse di risultati. Pubblicati in un libro agile e di facile lettura (Franca Beccaria. *La rivoluzione del bere. L'alcol come esperienza culturale*. Carrocci editore, 2016, 119 pagine), i risultati confermano l'ipotesi che una radicata tradizione vitivinicola favorisce il bere sobrio. In particolare, pur nell'ambito di un generale basso livello di consumo a rischio, le zone vitivinicole mostrano ancor più ridotti livelli di "binge drinking" e di bere fuori pasto, sebbene in queste zone sia maggiore il numero di coloro che si dichiarano bevitori moderati. Non è dunque un caso che a questa maggiore sobrietà corrispondano minori morbidità e mortalità per cause alcol-relate.

Lo studio mostra poi come la tradizione vitivinicola si traduca in una cultura del bere che, pur in continua evoluzione, mantiene ben ferma la riprovazione della sbornia, al massimo condonata nell'adolescente in quanto ancora inesperto, mentre conduce l'adulto a ridurre progressivamente il consumo di alcolici orientandolo verso l'assunzione moderata del vino di qualità. Diffusa rimane anche la tradizionale iniziazione familiare al bere vino, in particolare nelle zone di produzione vinicola, dove è curata l'educazione al bere di qualità come parte integrante di una sana alimentazione. In definitiva, a partire dalle zone definite "vitate" si va espandendo anche ai territori limitrofi la tendenza a considerare il consumo di alcolici, da identificarsi soprattutto con il vino, come un prodotto culturale la cui fruizione richiede l'identificazione e l'apprezzamento delle qualità organolettiche del prodotto, incoraggiando quell'assunzione lenta e moderata della bevanda che da sempre è il modo migliore per evitare l'ubriachezza. A che pro allora condurre campagne antialcoliche che, nella misura in cui si basano su modelli di bere "intoxication-oriented", sono percepite, come accade nei territori studiati, allarmistiche e in contrasto con la realtà?

Insomma, non è un libro a tesi, al contrario fornisce confortanti dati empirici che confermano la millenaria tradizione italiana di controllo ed utilizzo sociale del bere.

4. Sostanze legali e illegali nel mondo giovanile: i modelli, i contesti e le traiettorie dei consumi

Grazia Zuffa, Stefano Bertoletti, Barbara Tinti, Alice Berti, Fabio Voller

(da Ars Toscana, *Dal consumo integrato alla marginalità sociale: lo stato delle dipendenze patologiche in Toscana*, Maggio 2014)

4.1 Introduzione

Il consumo di sostanze, sia illegali che non (compresi alcool e farmaci), si è da anni esteso, ed è divenuto più complesso, sia per le diverse tipologie di sostanze presenti oggi sul mercato, sia per i modelli di consumo e i contesti in cui vengono consumate, soprattutto dalle generazioni più giovani. Gran parte della conoscenza sull'uso di sostanze psicoattive deriva dall'osservazione e dagli studi sui consumatori che si rivolgono ai servizi per le dipendenze patologiche: si tratta però di (una minoranza di) consumatori che ha sviluppato modelli intensivi di consumo, mentre coloro che seguono modelli meno intensivi, o comunque non (o meno) interferenti con le comuni attività della vita quotidiana, scelgono in genere di non ricorrere ai servizi: ciò avviene anche quando attraversano periodi, più o meno brevi, di uso più intenso e problematico, come spesso accade. Questa platea di consumatori rimane perciò "invisibile" ai servizi, sia per le caratteristiche dei programmi offerti, perlopiù indirizzati ai consumatori più problematici; sia per il desiderio dei consumatori stessi di evitare il "doppio stigma", del comportamento illegale da un lato, della dipendenza, dall'altro.

Per queste ragioni, la conoscenza basata su una tipologia così specifica di consumatori, come quella in carico al sistema delle dipendenze, non è in grado di dar conto delle tendenze e dell'evoluzione della pluralità dei consumi nei contesti sociali in cui si sviluppano. Si corre il rischio infatti di generalizzare all'insieme della popolazione dei consumatori le conoscenze che provengono dagli utenti dei servizi, trascurando la varietà dei modelli d'uso e comprimendo la complessità delle "carriere" di consumo nell'unica tipologia dell'*escalation* "naturale" verso la dipendenza.

Negli ultimi decenni, specie negli Stati Uniti e in Europa, ha preso impulso la ricerca nei *setting* naturali su *non-captive populations*, ossia su consumatori (di diverse sostanze) non individuati tramite le istituzioni sanitarie o quelle penali¹. Inoltre, per riequilibrare il dominante approccio "farmacocentrico", concentrato sulla *addiction* e le caratteristiche chimiche additive delle sostanze, questi studi hanno prestato attenzione ad altre componenti in grado di spiegare la varietà dei modelli di consumo "altri" dalla dipendenza: il set (aspettative e credenze del consumatore) e il *setting* (l'insieme delle "regole" sociali che cercano di "perimetrare" i consumi in modo che questi non intacchino la "normalità" della vita quotidiana e non mettano a repentaglio la tenuta sociale del consumatore).

La ricerca qualitativa si rivela la più adatta a indagare queste componenti, in modo da cogliere la percezione dei consumatori circa le motivazioni all'uso, i rituali sociali, le aspettative, i meccanismi di autoregolazione. Com'è ovvio, il reclutamento dei partecipanti per questo tipo di ricerca può solo avvenire tramite contatti informali o attraverso canali di servizi ad alto grado di informalità che operano nei contesti naturali di consumo (come i servizi di *outreach* di riduzione dei rischi).

Considerato l'interesse comune a sviluppare azioni di studio e ricerca sul fenomeno dell'uso e abuso di sostanze nei contesti giovanili, ARS e Forum Droghe² hanno realizzato uno studio *ad hoc* al fine di far luce sulle dinamiche, i pattern e le traiettorie dei consumi di questo target di consumatori ancora troppo poco conosciuto.

¹ Zinberg, 1984; Waldorf et al., 1991; Cohen&Sas, 1993, 1995; Decorte, 2000). Per l'Italia, si possono citare: Merlo et al., 1992; Meringolo et al., 2009; Ronconi, 2010; Zuffa, 2010; Bertoletti&Meringolo, 2010.

² L'associazione Forum Droghe di promozione sociale, fondata nel 1995, è impegnata nella riforma delle politiche della droga con un approccio pragmatico e scientifico. In questi anni, Forum Droghe ha acquisito expertise particolarmente nel campo delle politiche europee e della riduzione del danno. Ha promosso la valutazione dell'impatto della legislazione antidroga sul sistema giudiziario e carcerario, con la pubblicazione dei Libri Bianchi sulla legislazione italiana antidroga (anni 2009, 2011, 2012, 2013); ha inoltre inaugurato in Italia la ricerca sull'uso "controllato" di sostanze, in particolare di cocaina, che si è sviluppata in un progetto internazionale per un approccio innovativo di prevenzione nei servizi (progetto europeo *New Approaches in Drug Policies and Interventions*, NADPI, capofila il *Transnational Institute* di Amsterdam). Forum Droghe offre informazione e formazione tramite il sito www.fuoriluogo.it.

4.2 Descrizione del progetto

4.2.1 Obiettivi

L'obiettivo principale del progetto è descrivere e analizzare il consumo e l'abuso di sostanze psicotrope legali e illegali, con particolare riferimento alle culture del consumo nei contesti ricreativi e di svago, nella fascia giovanile della popolazione. L'analisi statistica sarà orientata alla comprensione dei modelli di consumo e delle traiettorie dei consumi. Attraverso le interviste in profondità, si cercheranno di cogliere le nuove tendenze nei consumi (nuove sostanze, nuovi abbinamenti di sostanze), il significato dei consumi (motivazione d'uso, vantaggi e svantaggi percepiti), le "regole" d'uso e la percezione dei consumatori circa il "controllo"/ "non controllo". Gli obiettivi secondari puntano alla descrizione delle caratteristiche socio-demografiche dei soggetti intercettati, nonché delle loro condizioni abitative, familiari e lavorative e delle eventuali esperienze nell'ambito dei servizi socio-sanitari e di problematiche legali legate all'uso di sostanze.

4.2.2 Strumenti e metodi

Il progetto prevede:

1) *interviste semistrutturate* tramite la somministrazione di un questionario (con domande chiuse e aperte) a giovani consumatori di sostanze psicotrope legali e non. Le informazioni sono state raccolte da soggetti arruolati direttamente durante eventi ricreativi o in contesti di ritrovo o tramite catene di contatti amicali.

Le aree dell'intervista semistrutturata:

Informazioni socio-demografiche:

- genere;
- età;
- condizione abitativa;
- stato civile;
- titolo di studio;
- condizione lavorativa.

Consumi e contesti:

- tipo di sostanze utilizzate (alcol e droghe) negli ultimi sei mesi;
- frequenza d'uso;
- sostanze preferite e più utilizzate;
- combinazione di più sostanze e descrizione dei vantaggi e svantaggi.

Per le due sostanze maggiormente utilizzate sono stati inoltre indagati i seguenti aspetti: la spesa, la modalità di approvvigionamento (da chi e dove), le modalità di assunzione, i modelli di consumo e la loro evoluzione nel tempo (traiettorie di consumo), "vantaggi" (effetti positivi) e "svantaggi" (effetti negativi) derivanti dall'uso di queste sostanze.

Infine sono stati sondati anche i rapporti con i servizi e gli eventuali problemi legali.

2) *interviste in profondità* e un focus group con consumatori di ketamina, utilizzando una traccia tematica analoga a quella delle interviste semistrutturate.

La durata prevista per la realizzazione del progetto è di 12 mesi così suddivisa:

- incontri del gruppo di lavoro e costruzione strumento di rilevazione: 2 mesi;
- somministrazione questionari: 3 mesi;
- informatizzazione dati: 2 mesi;
- elaborazione statistica: 2 mesi;
- analisi interviste in profondità: 1 mese

- redazione report e condivisione informazione: 2 mesi.

Sono state realizzate 103 interviste semistrutturate, 10 interviste in profondità, 1 focus group.

4.3 Risultati

4.3.1 Partecipanti: analisi descrittiva

Il reperimento dei dati ha avuto luogo tra gennaio e aprile 2013 e l'inserimento dati tra aprile e giugno. In totale sono stati intervistati 103 soggetti (femmine 35,9%; R M/F = 1,8). La distribuzione per età del campione indica un basso coinvolgimento di soggetti giovanissimi. Il 67% del campione infatti si concentra nella fascia di età giovanile adulta, che va dai 25 ai 34 anni. Nelle distribuzioni per genere si osserva invece uno spostamento verso le fasce di età più giovanili per le femmine e una componente matura più consistente tra i maschi (Tabella 1).

Tabella 1.

Distribuzione (N e %) del campione per genere ed età

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
15-19	0	0,0	2	5,4	2	1,9
20-24	14	21,2	11	29,7	25	24,3
25-29	19	28,8	16	43,2	35	34,0
30-34	27	40,9	7	18,9	34	33,0
35-39	6	9,1	1	2,7	7	6,8
Totale	66	100,0	37	100,0	103	100,0

La rilevazione dei dati ha coinvolto 12 operatori dei servizi di *outreach* che hanno effettuato le interviste sul territorio toscano. In Tabella 2 vengono riportate le distribuzioni delle province di residenza degli intervistati e del luogo di compilazione del questionario. Oltre la metà dei soggetti coinvolti sono residenti a Firenze, importante anche il coinvolgimento di partecipanti di Livorno Arezzo (rispettivamente con il 12,6% e l'11,7%). Gli intervistati provenienti da Prato risultano invece essere i meno coinvolti (1,9%). La compilazione del questionario è avvenuta prevalentemente nella provincia di Firenze (68,3%).

Tabella 2.

Distribuzione percentuale degli intervistati per provincia di residenza e provincia di compilazione del questionario

Province	Residenza	Compilazione questionario
Arezzo	11,7	7,9
Firenze	54,4	68,3
Livorno	12,6	9,9
Pisa	7,8	10,9
Pistoia	5,8	0,0
Prato	1,9	0,0
Siena	5,8	3,0
Totale	100,0	100,0

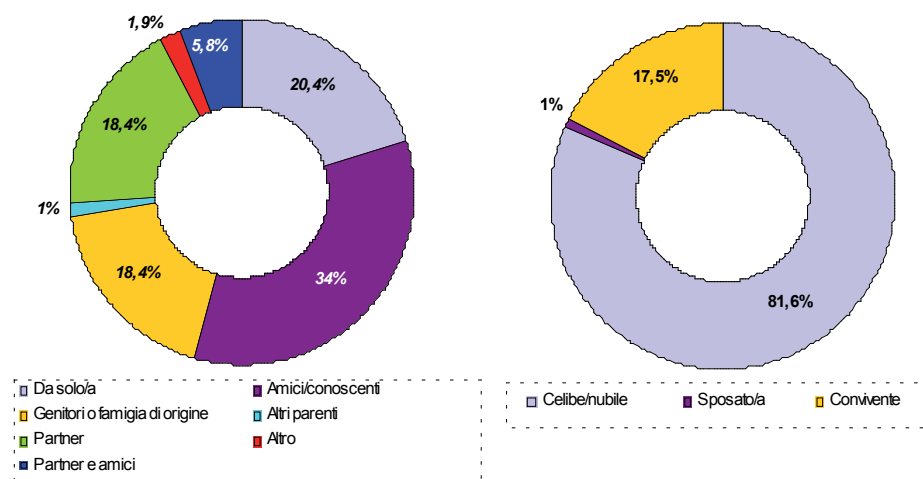
Missing	0	2
---------	---	---

Data la giovane età dei partecipanti, è stata riscontrata un'alta variabilità della condizione abitativa (Figura 1). Il 34% dei soggetti dichiara di vivere con amici e conoscenti ed oltre il 20% da solo. Per altre due ampie porzioni la convivenza è con il partner o con la famiglia di origine (entrambi con 18,4%).

Inoltre l'82% delle persone contattate è celibe o nubile (vedi Figura 2) e solo il 5,8% ha dichiarato di avere uno o più figli.

Figura 1.

Distribuzione percentuale della condizione abitativa e dello stato civile



Per quanto riguarda il titolo di studio è stata riscontrata una forte prevalenza di diplomati (48% circa), i laureati inoltre arrivano fino al 17,5%, per contro non sono stati riscontrati casi con la sola licenza elementare o senza alcun titolo di studio (dati non mostrati).

Infine il 58% circa del campione ha un'occupazione lavorativa, il 15,5% è studente e il 13,6% dei casi è disoccupato (Tabella 3).

Tabella 3.

Distribuzione (N e %) della situazione lavorativa

Situazione lavorativa	N	%
Studente	16	15,5
Studente lavoratore	11	10,7
Disoccupato	14	13,6
Stage formazione	0	0
Occupato - tempo indeterminato	12	11,7
Occupato - tempo determinato	6	5,8
Lavoratore saltuario o stagionale	8	7,8
Lavoratore autonomo	23	22,3
Inabile al lavoro	0	0
In cerca di occupazione	7	6,8
Non cerco occupazione	0	0
Altro	6	5,8
Totale	103	100,0

4.3.2 Rapporti con i Servizi

Il gruppo di consumatori presi in esame nella ricerca ha rapporti con differenti tipi di servizi. I servizi con cui ha maggior rapporto sono i Sert, con 27 persone (26%) e il pronto soccorso con 23 persone (22,3%); ma anche col medico di famiglia per problemi legati al loro uso di sostanze 9 persone (8,7%) e col reparto ospedaliero, 9 persone (8,7%). Di rilievo il rapporto con servizi di riduzione dei rischi (12 persone pari all'11,7 %) (Tabella 4). Tra questi sono compresi i servizi di operatori di strada e centri dedicati ai temi del consumo di sostanze (come il centro Java a Firenze) con 6 persone che li dichiarano come servizi di riferimento per questo genere di problematiche.

Tabella 4.
Distribuzione (N e %) per tipo di servizio con cui il campione ha avuto rapporti

Tipo di servizio	N	% sul totale (N=103)
Sert	27	26,2
Salute mentale	4	3,9
Pronto soccorso	23	22,3
Medico di famiglia	9	8,7
Reparto ospedaliero	9	8,7
Altro	12	11,7

Il contatto e la frequenza ai servizi è da legarsi al consumo di sostanze diverse, nel caso dei Ser.T: 9 persone dichiarano di aver frequentato il servizio per problemi legati al consumo di cannabis, 7 persone per problemi legati al consumo di eroina e i restanti per problemi connessi all'uso di cocaina e mix diversi (dati non mostrati). Da notare che la gran parte dei contatti avviene attraverso il canale amministrativo/sanzionatorio: il 62,5 % (15 persone) indica infatti la Prefettura come canale di accesso ai servizi, mentre negli altri casi si è trattato di propria decisione o dietro spinta dei consigli di amici o familiari (Tabella 5). Come si sa, le denunce per uso personale riguardano perlopiù la cannabis e dunque gli invii alle Prefetture riguardano in maggioranza i consumatori di questa sostanza: è un dato da tener presente nel valutare l'alto numero di partecipanti in trattamento ai Sert per questa sostanza.

Tabella 5.
Distribuzione (N e %) per tipo di canale di arrivo al Ser.T

Canali di arrivo al Ser.T	N	%
Spontaneamente	6	25,0
Su spinta di amici e/o familiari	1	4,2
Su invio da prefettura	15	62,5
Altro	2	8,3
Totale	24	100,0
Missing	3	-

Nel caso del pronto soccorso e del ricovero ospedaliero, i malori sono perlopiù dovuti all'uso di alcol e di mix correlati: sono infatti 7 i casi legati all'alcol, e 10 i casi legati all'uso di mix o più sostanze, 5 invece gli incidenti connessi all'uso di eroina e psicofarmaci. I ricoveri ospedalieri hanno riguardato in 5 casi l'uso di alcol e mix con cannabis e MDMA, 1 caso per uso di cannabis, 1 per crack, 1 per utilizzo di stramonio (*datura*), e infine un caso per una overdose da eroina.

Riguardo infine i problemi legali per uso di sostanze, il 46% degli intervistati dichiara di averne avuti. Fra questi, il 51,1% ha avuto solo problemi amministrativi, mentre il 34% riporta problemi penali e, il restante 14,9% ambedue.

Riassumendo quanto appena descritto, il 26% ha avuto contatti con i Sert e il 46% ha avuto problemi penali/amministrativi: comparando questi dati a quelli di altre ricerche che hanno cercato di raggiungere i

consumatori nei setting naturali, ci accorgiamo che i nostri partecipanti hanno avuto maggiori rapporti sia con le istituzioni sanitarie che giudiziarie³. La relazione/commistione fra i due livelli, con l'alta percentuale di persone che si rivolgono al Sert tramite la Prefettura, meriterebbe un approfondimento ulteriore.

Data l'analogia fra le aree tematiche delle interviste semistrutturate e delle interviste in profondità, i risultati saranno illustrati congiuntamente ..

4.3.3 Consumo di sostanze legali

Le sostanze legali e illegali sono state oggetto di indagine separata, tenendo conto delle differenze nei processi di socializzazione fra le sostanze che rivestono un ruolo di rilievo nella *cultura mainstream* (l'alcol), e le altre che sono invece confinate nell'ambito di specifiche *subculture* dei consumi in ragione della loro illegalità.

Rispetto alla prevalenza del consumo di alcol (Tabella 6), si riconferma l'alto gradimento per il vino, consumato dal 95,1% del campione totale, con qualche oscillazione fra uomini (97%) e donne (91,9%). Il vino è sopravanzato solo dalla birra (97,1% del campione, con oscillazione dal 98,5% dei maschi al 94,6% delle femmine). Seguono a breve distanza i superalcolici (85,4%), gli aperitivi (71,8%) e gli amari (69,9%), mentre i soft drinks si presentano come residuali (21,4%).

Tabella 6.

Distribuzione (N e %) dell'uso delle sostanze legali (alcol e tabacco) per genere

Sostanze legali	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Vino	64	97,0	34	91,9	98	95,1
Birra	65	98,5	35	94,6	100	97,1
Softdrinks	16	24,2	6	16,2	22	21,4
Aperitivi	46	69,7	28	75,7	74	71,8
Superalcolici	59	89,4	29	78,4	88	85,4
Amari	52	78,8	20	54,1	72	69,9
Tabacco	63	95,5	33	89,2	96	93,2

Queste cifre sulla prevalenza, unite a quelle sulla frequenza d'uso (uso quotidiano, più di una volta a settimana, almeno una volta a settimana etc.) offrono indicazioni sui contesti e le occasioni d'uso, in una parola sulle culture giovanili dell'alcol, seppur in maniera indiretta.

In conformità con quanto segnalato dalla più recente letteratura, si consolida la popolarità della birra che sembra essersi perfettamente integrata sia nel tradizionale consumo che accompagna i pasti in famiglia (e preferita al vino), sia nelle occasioni ricreative fuori casa.

Quanto al vino, si registra un declino del suo uso quotidiano (dichiarato dal 18,4% contro il 28,2% della birra). Tuttavia rimane alta la prevalenza durante la settimana, a dimostrazione che il vino è apprezzato dai giovani adulti soprattutto nei *setting* ricreativi fuori casa, come ad esempio l'ora dell'aperitivo (che a volte si presenta come un'alternativa al pasto serale, poiché l'aperitivo sempre più spesso si accompagna ad assaggi di cibi vari).

Infine, i superalcolici emergono come una bevanda usuale, consumata più di una volta a settimana dal 26,7% e almeno una volta a settimana dal 25,7%, anche se l'uso quotidiano è raro (solo il 3,9 % lo dichiara) (vedi Tabella 7).

Tabella 7.

Distribuzione percentuale della frequenza d'uso delle sostanze legali

³ Si veda la ricerca condotta su 111 consumatori di cocaina ad Anversa, con il 19,8% che riporta contatti coi servizi e il 41,4% che riporta problemi con la giustizia (Decorte, 2000, 86 sgg.); la ricerca condotta in Toscana su 115 consumatori di cocaina mostra una percentuale di poco inferiore per i rapporti coi servizi (il 25,2%) e significativamente più limitata per i problemi con la giustizia (il 28,7%) (Bertoletti, Meringolo, in Zuffa ed. 2010, 165 sgg.)

Frequenza	Vino	Birra	Soft-drinks	Aperitivi	Super-alcolici	Amari	Tabacco
Tutti i giorni	18,4	28,2	0,0	2,9	4,0	5,8	90,3
Più di una volta a settimana	37,9	36,9	7,8	18,4	26,7	24,3	1,9
Almeno una volta a settimana	22,3	14,6	3,9	10,7	25,7	15,5	0,0
Più volte al mese	10,7	16,5	3,9	23,3	16,8	14,6	1,0
Meno di una volta al mese	5,8	1,0	5,8	16,5	13,9	9,7	0,0
Mai	4,9	2,9	78,6	28,2	12,9	30,1	6,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dalla letteratura attenta dei *setting* d'uso, sappiamo che i superalcolici sono le bevande preferite in discoteca, principalmente per l'effetto disinibente provocato dall'alta gradazione. Nell'insieme, appare riconfermato il cambiamento della cultura del bere, collegata al mutamento degli stili di vita giovanili, più centrati di un tempo sul divertimento: aumentano le occasioni di svago e si diversificano le bevande, con una chiara preferenza per i consumi fuori casa coi pari, piuttosto che per quelli domestici (Beccaria et al., 2010).

Quanto all'iniziazione all'alcol, per il 64% del campione è avvenuta a 15 anni o prima: per la gran parte di questi giovani adulti, le prime bevute sono capitate con gli amici (il 76,7%), in contesti di divertimento (41,6% in bar e il 20,8% in pub/discoteche). Tuttavia, una fetta non trascurabile di maschi (25,8%) ricorda le prime bevute in famiglia, a fronte di un numero di femmine molto più esiguo (13,5%) (a rispecchiare i diversi ruoli sessuali nella cultura tradizionale, presumibilmente) (vedi Figura 2). Va anche notato che una percentuale ben più alta (il 37,5% dei maschi e il 32,4% delle femmine) dichiara di aver consumato le prime volte in casa: si può pensare che la percentuale eccedente (rispetto a chi ha dichiarato l'iniziazione in famiglia) si riferisca alle prime esperienze compiute in feste organizzate in casa nell'età dell'adolescenza (Figura 3).

Figura 2.

Distribuzione percentuale delle figure presenti all'esordio dell'uso di sostanze legali

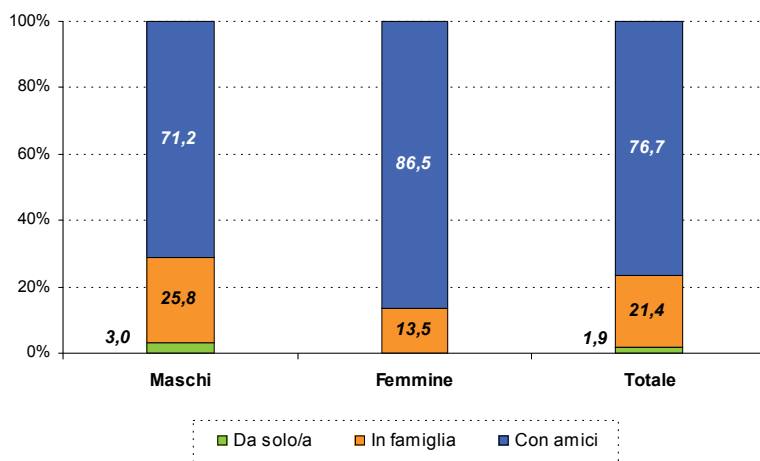
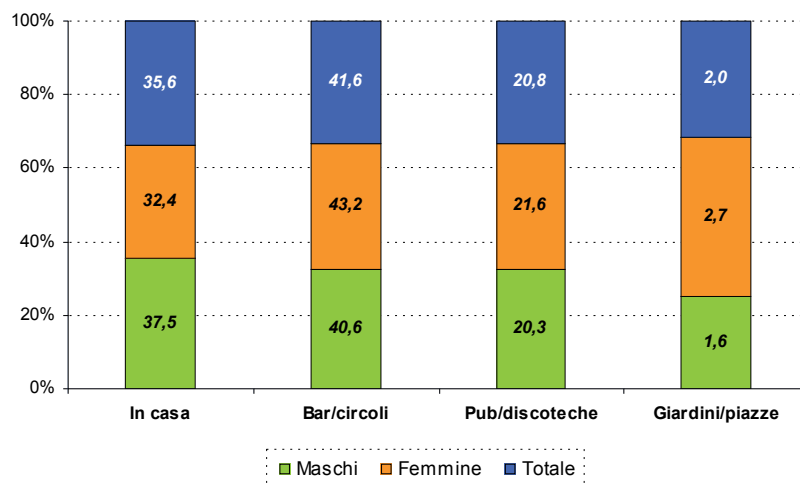


Figura 3.

Distribuzione percentuale dei contesti in cui è avvenuta l'iniziazione al consumo di sostanze legali



4.3.5 Conclusioni

Le tante informazioni e suggestioni provenienti dalla ricerca ci permettono ora di tracciare una lettura d'insieme dei consumi dal punto di vista "interno" delle culture dei soggetti che consumano, piuttosto che dall'esterno.

- *Una prima osservazione riguarda i partecipanti alla ricerca e le culture di consumo in cui sono inseriti.* Nonostante il numero dei partecipanti e la modalità di reclutamento non consenta di generalizzare i risultati, è anche vero che la ricerca offre uno spaccato significativo su una certa cultura dell'uso di sostanze, tipica di strati giovanili mediamente integrati socialmente, per i quali la socialità legata al divertimento riveste un ruolo di rilievo. Abbiamo già avuto occasione di ricalcare l'importanza degli stili di vita (e dei loro mutamenti) per capire l'evoluzione dei modelli d'uso di alcol. Ciò è vero anche per le sostanze illegali: si pensi al legame fra uso di cocaina (e altre sostanze stimolanti) e frequentazione di locali di divertimento, evidenziata in una analisi del Cedro di Amsterdam fino dagli inizi del duemila: sono droghe saldamente "incastonate" (*embedded*) in una tipologia di vita sociale caratterizzata da frequenti uscite settimanali per passare le serate nei pub, bar e alle feste (Cohen, 2004). Questa caratteristica degli stili di vita dei "giovani adulti" sembra essere un tratto permanente dagli anni novanta in poi ed è centrale per comprendere i risultati della nostra ricerca.
- *Le tendenze.* Si riconfermano trend che appaiono ormai consolidati, come la diffusione della cannabis come sostanza d'elezione, la cocaina come "seconda" sostanza, l'MDMA come sostanza associata al ballo. Ma emergono anche altre sostanze, seppure più "di nicchia", come la ketamina e l'oppio. Inoltre, una sostanza da anni in declino come l'eroina si ripresenta però con diverso stile di consumo (perlopiù sotto la forma di "inalazione dei fumi" e con modelli meno intensivi di un tempo). L'uso di eroina merita un approfondimento a parte: possiamo tuttavia anticipare che non si può comprendere il declino dell'eroina senza tener conto della presa di distanza delle culture giovanili dalle droghe "di strada" e dagli stili d'uso "tossico" (Kemmesies, 2003). Ciò spiega come mai la "ricomparsa" dell'eroina avvenga nel contesto di una nuova cultura, che cerca comunque di differenziarsi dal modello *junkie*. Il valore di queste conoscenze per approntare strategie sociosanitarie è evidente, soprattutto per riempire di nuovi contenuti gli interventi di riduzione dei rischi.
- *Il cosiddetto policonsumo.* E' uno degli ambiti più interessanti del presente studio, che permette di andare oltre la definizione stessa, puramente

descrittiva-epidemiologica, di “policonsumo”. Attraverso l’individuazione dei “vantaggi”/“svantaggi” dei mix, emerge con precisione la “razionalità” degli abbinamenti di sostanze. E’ forse superfluo ricordare quanto la conoscenza di questa “razionalità” sia preziosa per i servizi, per aggiornare gli interventi di riduzione dei rischi, ancora una volta. Lungi dal presentarsi come un’indistinta ricerca di doppio “sballo”, i mix di sostanze seguono un preciso “dosaggio”, o degli effetti concorrenti delle sostanze in una dinamica di ottimizzazione di entrambe; o più spesso di riequilibrio degli effetti dell’una tramite le caratteristiche opposte dell’altra: si veda il mix “classico” MDMA-cannabis, dove la cannabis modera l’effetto eccitante dell’ecstasy. I partecipanti hanno però ben chiari anche gli “svantaggi”, che si presentano spesso sotto forma di eccessivi consumi e di ripercussioni negative del giorno dopo (una sorta di *hangover* da sostanze): ciò suggerisce che le “giuste” combinazioni non siano così facili da trovare. La ragione sta probabilmente nel fatto che, per le sostanze illegali, non sono ancora ben sviluppati i rituali sociali (che mirano appunto a ottimizzare l’effetto percepito come positivo, cercando al contempo di minimizzare gli effetti negativi delle droghe). Tuttavia, per alcune sostanze più usate (come la cannabis) il processo di ritualizzazione è già in fase avanzata e questo si ripercuote anche sugli abbinamenti, tanto che diversi consumatori hanno ormai difficoltà a “riconoscere” le ragioni del mix e citano espressamente la “normalità” dell’abbinamento (si veda per alcol-cannabis).

- *La “normalizzazione” della cannabis: le ricadute sui modelli di consumo.* Com’è noto, si parla di normalizzazione quando un comportamento, in precedenza visto come deviante, transita verso una maggiore accettazione sociale. Come conseguenza, il comportamento diventa “normale” agli occhi di chi consuma, ma anche agli occhi di chi decide di non consumare (Parker et al., 1998). In Europa, il processo di normalizzazione della cannabis è già in corso da diversi decenni, nonostante le resistenze politiche (si pensi ad esempio alla riclassificazione della cannabis fra le sostanze più pericolose, avvenuta in Italia con la legge antidroga del 2006). Il presente studio ci permette di coglierne le conseguenze in termini di culture del consumo: innanzitutto, l’alto apprezzamento, più elevato dell’alcol, come si è visto, con una notevole uniformità fra uomini e donne. Inoltre, così come avviene per le sostanze fortemente acculturate (come l’alcol), l’uso della cannabis si integra in più situazioni della vita quotidiana: da qui l’alta prevalenza dell’uso giornaliero. Contemporaneamente, si allentano alcune “regole” di “controllo”, come ad esempio la prescrizione che mira a confinare il consumo alle occasioni sociali, evitando l’uso “solitario”: anzi, in certe occasioni, l’uso solitario è addirittura preferito. Un’altra conseguenza della normalizzazione è la ricerca della sostanza di qualità (come “un buon vino”, dice un intervistato): a tal fine sono preferiti canali d’acquisto più fidati, al di fuori

dello spaccio di strada. Ciononostante, sono ancora frequenti meccanismi di autoregolazione simili a quelli di altre sostanze illegali, come ad esempio la scelta di periodi di astinenza.

- *Cocaina: come i consumatori cercano di “tenere a bada” i consumi.* In conformità con la letteratura sulla percezione del consumo “controllato” e “incontrollato”, si riconferma la tendenza alle carriere variabili, con alti e bassi, ma in generale con un’evoluzione verso una maggiore moderazione. Come noto, ciò è frutto di un processo di apprendimento di regole finalizzate a porre confini (di tempi, di luoghi, di situazioni) al consumo. Ciò che ancora una volta vogliamo sottolineare è la ricchezza di queste “prescrizioni”: le più interessanti sono quelle che agganciano il controllo al piacere, limitando l’uso solo “*quando se ne ha voglia...non per fare le cose che faresti sempre*”. D’altro lato, proprio la varietà di queste prescrizioni dimostra quanto i consumatori siano consapevoli dei rischi non indifferenti della cocaina. A tal proposito, vale la pena sottolineare ancora che la conoscenza delle “naturali” strategie di autoregolazione dei consumatori potrebbe essere un aggancio per i servizi, per ampliare l’offerta di programmi.
- *Le “ragioni” dei consumi.* Come scrive la psicologa statunitense Pat Denning, le persone consumano perché hanno delle “ragioni”: se si vogliono comprendere i consumi, il primo passo è conoscere queste ragioni (Denning et al., 2004). E’ una prospettiva assai diversa da quella più comune, che riduce le “ragioni” alla compulsione indotta dalle proprietà chimiche additive delle sostanze stesse; ma anche da quella moralistico-sociologica che vede la diffusione dell’uso di droghe quale semplice estensione del “consumismo”. Questo studio “dal punto di vista dei consumatori” mostra uno spaccato di queste “ragioni”. Esse forniscono un quadro dei consumi in gran parte differente da quello dominante nei media e nell’opinione pubblica, ma anche da quello del mondo dei servizi. Una buona “ragione” per ulteriori ricerche in questa direzione.

L’articolo completo è reperibile sul sito formazione.fuoriluogo.it

Parte seconda

Le politiche pubbliche

Lo studio AMPHORA-3

Sintesi dell'analisi dell'impatto delle politiche alcolologiche in 12 paesi europei e in Italia tra il 1960 e i primi anni 2000.

In Europa:

a) In Europa, tra il 1960 e il 2010, il consumo di bevande alcoliche ha avuto una lieve riduzione, che però è la combinazione di una marcata diminuzione nel Sud Europa, un notevole aumento del Nord e una crescita ridotta nell'Europa centrale. In ciascun paese e riguardo i consumi di birra, vino, superalcolici c'è stata una diminuzione della bevanda tradizionale e un aumento delle bevande meno usuali;

b) nel periodo 1970-2010 c'è stata riduzione dei decessi sia per incidenti di trasporto sia per malattie croniche del fegato e cirrosi; in quest'ultimo caso si tratta della combinazione di una forte riduzione di mortalità nell'Europa meridionale, e di un aumento nell'area settentrionale e centrale;

c) i fattori socio-economici e demografici hanno mostrato di influire in modo maggiore delle politiche ai cambiamenti del consumo di bevande alcoliche e, in parte, ai danni derivanti dal consumo di alcol;

d) le politiche di prevenzione alcolologica sono state in grado di contribuire solo in alcuni casi, e in modo minore rispetto ai fattori socio-economici e demografici, sia ai cambiamenti dei consumi sia, in misura ridotta, alla riduzione dei danni alcol-correlati. In generale, le politiche alcolologiche sono state introdotte più precocemente, e in maggior numero, nei paesi dell'Europa settentrionale rispetto a quelli dell'Europa meridionale, dove esse sono state introdotte più tardivamente;

e) i 12 paesi AMPHORA europei tendono a raggrupparsi in tre zone comparabili in termini di consumi e di politiche alcolologiche: Nord, Centro e Sud Europa. Ciò suggerisce che le politiche alcolologiche preventive e il loro impatto su consumi e danni dovrebbero essere confrontate al meglio all'interno di ogni zona;

f) il ruolo dei fattori socio-economici e demografici deve essere considerato quando si progettano nuove politiche alcolologiche e si attuano misure preventive basate sull'evidenza.



I dodici paesi dello studio AMPHORA -3 (in scuro)

In Italia:

a) In Italia il consumo di bevande alcoliche totale ha avuto un crollo del 65% tra il 1973 e il 2010, quando il consumo di vino per abitante di 15 anni e oltre è stato equivalente a 6,1 litri di alcol puro. Nello stesso periodo il consumo di vino è diminuito del 75%, mentre quello della birra è aumentato del 250%. Tuttavia, l'Italia rimane un paese di bevitori di vino, e le bevande alcoliche sono ancora spesso bevute durante i pasti e giornalmente;

b) nel periodo tra gli anni '70 e il 2010 c'è stata un andamento decrescente dei decessi sia per malattie croniche del fegato e cirrosi, da 30,7 nel 1970 a 8,1 nel 2010 (tutte le età per 100.000 della popolazione generale); e dei decessi da incidenti di trasporto, da 19,6 nel 1979 a 6,9 nel 2010;

c) I fattori socio-economici e demografici hanno mostrato di avere un impatto molto maggiore delle politiche alcolologiche sui cambiamenti del consumo e sui danni alcol-correlati;

d) le politiche alcolologiche di prevenzione non hanno avuto alcuna parte nella diminuzione dei consumi e dei danni alcol-correlati occorsi tra gli anni '70 e il 1988, dal momento che non esisteva alcuna politica alcolologica; dal 1988 in poi esse hanno avuto solo un ruolo minore nel sostenere la diminuzione di consumi e danni, che ha continuato a verificarsi;

e) il ruolo dei fattori socio-economici e demografici deve essere preso in seria considerazione in sede di attuazione delle future politiche alcolologiche di prevenzione.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno V, n. 20

MISSION n. 44

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibir, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

Redazione: Mauro Cibir, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@tiscali.it

Redazione Mission: Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

L'Europa tra culture del bere e politiche di controllo alcolologico

Allaman Allamani, Fabio Voller*, Pasquale Pepe**

Una panoramica: Bere, conseguenze e prevenzione

Alle bevande alcoliche sono sempre state riconosciute qualità conviviali e socializzanti, oltre che aspetti biologici positivi su alcuni organi quali cuore, pancreas, cervello (Anderson & Baumberg, 2006).

Tuttavia le conseguenze negative per la salute fisica e psicosociale sono state da tempo attentamente considerate nei paesi di madrelingua inglese e del nord Europa (vedi p.e. Babor e coll., 2010).

In risposta a ciò sono sorte varie misure di controllo del bere, globalmente definite politiche alcolologiche, aventi durante il novecento una lunga tradizione nel campo della salute pubblica dei paesi del nord Europa, e diffuse nel sud Europa solo nelle ultime tre decadi del secolo scorso, parallelamente ai processi di integrazione politica, economica e sociale del continente.

La istituzione del primo Piano d'Azione alcolologico europeo nel 1992 ha certamente costituito un decisivo passo per promuovere l'idea di una politica alcolologica europea e dello studio delle misure preventive più efficaci per influenzare il consumo alcolico e i danni alcol-correlati (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992).

Tra queste, sono state identificati diversi metodi restrittivi, tra cui tassazione, limitazioni alle licenze e agli orari di vendita, regolazione della pubblicità, definizione del massimo tasso alcolico nel sangue durante la guida di motoveicoli, programmi di informazione e di educazione sanitaria, nonché le azioni che mobilitano le comunità

(Holmila, 1997; Holder, 1998; Norström, 2002; Karlsson & Österberg, 2007; Pridemore & Snowden, 2009; Babor e coll., 2010; e, per una visione d'insieme, Anderson, 2009; Anderson, Møller e Galea, 2012).

Il progetto AMPHORA-3 è una ricerca che ha avuto una durata di quattro anni (2009-2012), co-finanziata dalla Commissione Europea nell'ambito del 7° programma quadro, e coordinata dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana (Allamani e Voller, 2012; AMPHORA-3, 2013; Allamani, Anderson e Einstein, 2014).

La ricerca, parte di un più ampio progetto AMPHORA, era interessata a indagare sull'effetto che sui cambiamenti nel consumo di bevande alcoliche e nella mortalità alcol-correlata dal 1960 al 2008 hanno avuto le politiche alcolologiche, confrontate coi fattori socio-economici e demografici.

Vi hanno partecipato dodici paesi, rappresentativi del continente, che, analizzando le modalità di consumo dei tre principali tipi di bevande alcoliche, così come evidenziato dal metodo quantitativo ANN (vedi più sotto) sono stati suddivisi in tre gruppi, approssimativamente corrispondenti a tre macroaree geografiche.

Nella Tab. 1 rappresenta la tripartizione, in cui tra le nazioni del primo gruppo (definite settentrionali) accan-

Tab. 1 - I paesi europei dello studio AMPHORA-3 suddivisi per caratteristiche di consumo di birra, vino e superalcolici

Paesi settentrionali		Paesi centrali		Paesi meridionali
Svezia	R. Unito	Austria	P. Bassi	Francia
Norvegia	Polonia	Svizzera		Spagna
Finlandia		Ungheria		Italia

* Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze.

to ai paesi scandinavi vengono collocate Regno Unito e Polonia, e tra le nazioni del secondo gruppo (centro-Europa) i Paesi Bassi si trovano accanto a Austria Ungheria e Svizzera, mentre nell'ultimo gruppo, dell'Europa meridionale si trovano insieme, come atteso, Francia, Spagna e Italia.

Cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche e nei danni alcol-correlati in Europa (ca. 1960-2010)

Nei cinque decenni investigati dallo studio AMPHORA-3 diverse sono state le variazioni nelle quantità di bevande alcoliche consumate in Europa (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011). Infatti il consumo totale di bevande alcoliche nei dodici paesi dello studio è leggermente diminuito (da 10,4 nel periodo 1960-1969 a 9,98 nel periodo 2000-2009, in litri di alcol puro per gli abitanti di 15 anni e oltre), con una certa convergenza tra i paesi.

Il consumo totale di bevande alcoliche nell'Europa meridionale ha avuto una marcata flessione (dal 19,4 nel periodo 1960-9 a circa 10 litri nel periodo 2000-9), nell'Europa settentrionale un notevole aumento (da 5,3 a 8,6), e nell'area centro-europea c'è stata una crescita più contenuta (da 10,3 a 11,5) (Fig. 1).

Nello stesso periodo gli andamenti nel consumo riferito alle singole bevande (vino, birra, superalcolici) si sono differenziati, con una generale tendenza alla riduzione delle bevande tradizionali e un aumento delle bevande meno tradizionali (Fig. 2).

Ciò fa supporre che si sia verificata una sorta di competizione tra le diverse bevande, ed è a supporto della rilevanza che i fattori culturali ed economici hanno nei cambiamenti di consumo delle bevande (Knibbe, Drop & Hupkens, 1996).

In corrispondenza con la diminuzione dei consumi, anche la mortalità europea correlata al consumo di bevande alcoliche – tipicamente identificata nelle mortalità per epatopatia cronica e cirrosi, e per incidenti da trasporto – ha negli ultimi decenni mostrato un sensibile miglioramento, con una complessiva riduzione del

Fig. 1 - Litri in alcol puro del consumo totale di alcol registrato per abitante, 15 anni e oltre, in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro aree - 1960-2009 (OMS, 2011)

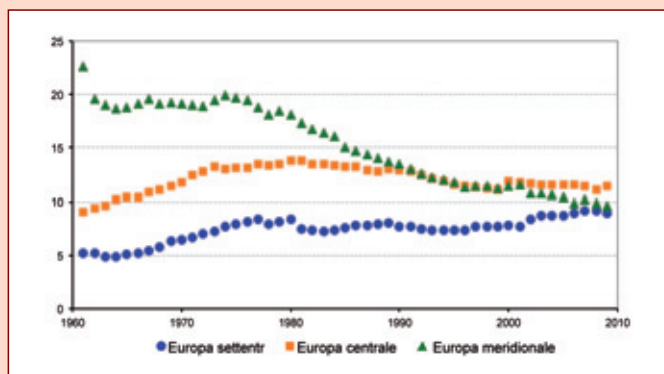
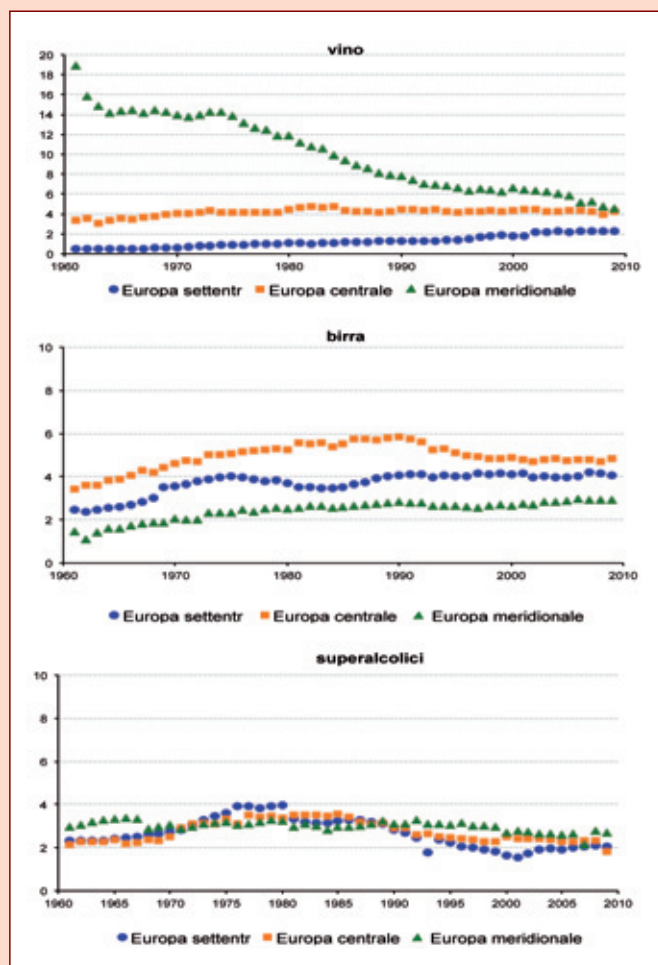


Fig. 2 - Litri in alcol puro del consumo registrato di vino, birra e superalcolici per abitante, 15 anni e oltre, in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro-aree - 1960-2009 (OMS, 2011)



numero dei morti (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2015).

Fig. 3 - Mortalità p. malattia cronica epatica e cirrosi – per ambo i generi, tutte le età, per 100,000 pop. in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro-aree, 1970-2009 (OMS, 2015)

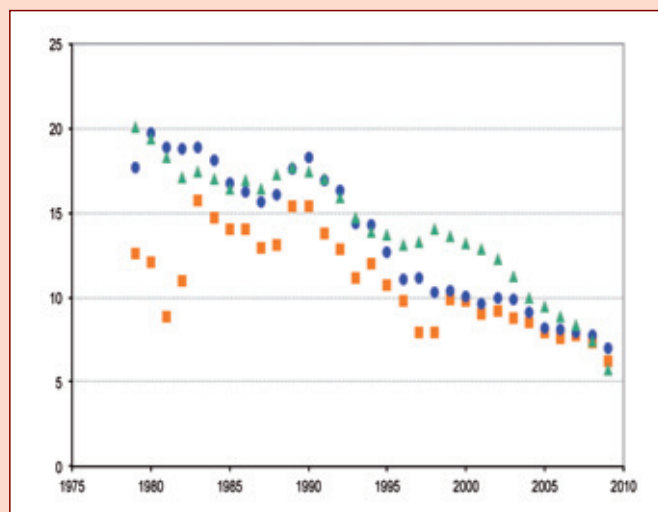
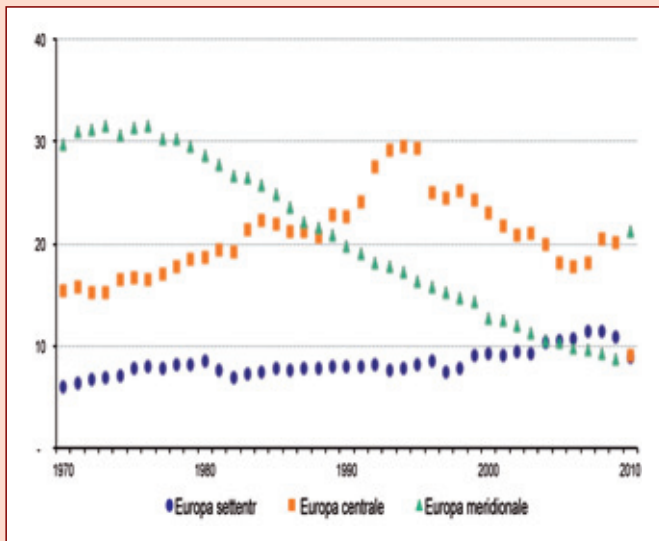


Fig. 4 - Mortalità per incidenti da trasporti – per ambo i generi, tutte le età, per 100,000 pop. in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro-aree, 1979-2009 (OMS, 2015)



La diminuzione dei decessi per malattie croniche del fegato e cirrosi tra il 1970 e il 2010 è il risultato della combinazione di una forte riduzione (–65%) nell'Europa meridionale e di un aumento relativo (+39%), nell'Europa settentrionale e in quella centrale (+19%) (Fig. 3).

La mortalità per incidenti legati al trasporto ha mostrato una diminuzione da 17,64 morti per 100.000 negli anni 1970-1979 a 8,71 morti per 100.000 negli anni 2000-2009 (tutte le età, popolazione generale) (Fig. 4).

Cambiamenti nei Fattori socio-economici e demografici in Europa (1960-2010)

Nella Tab. 2 sono riportati i valori dei principali indicatori socio-economici e demografici suddivisi per le tre grandi aree europee che abbiamo usato nello studio, per il periodo 1960-2010. La popolazione europea è diventata più anziana nel corso degli anni.

Tab. 2 - Valori annuali medi (con deviazione standard) di variabili socio-demografiche ed economiche, consumo di pane e carne (diverse fonti nazionali/internazionali, vedi il testo) e consumo di bevande alcoliche registrato per abitante di 15 anni e oltre (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011) – 12 paesi europei raggruppati in 3 Macro-aree (fonti nazionali e internazionali)

		1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2010
Europa settentr.	Maschi>65	9,1 ±2,4	10,3 ±2,3	11,4 ±2,7	12,2 ±2,3	13,0 ±2
	Urbanizzaz	60,8 ±14	68,6 ±12	72,4 ±12	73,8 ±11	74,9 ±11
	Età madri a nascite	27,4 ±1,2	26,8 ±0,3	27,7±0,1,5	28,3 ±0,9	28,3 ±0,8
	Prezzo bev,preferita	91±3	93±11	106±31	95±8	89±13
	Reddito	13,90±2,3	16,66±5,2	20,73±7,2	24,60±9,7	32,02±11,3
	Educ,femm	1,3 ±0,8	2,6 ±1,1	4,2 ±1,8	6,9 ±2,7	10,34 ±3,6
	Impiego femm	39,2 ±0,6	37,6 ±4,5	42,4 ±4,8	41,0 ±3,9	42,5 ±5,1
Europa centrale	Maschi>65	9,2 ±0,9	10,4 ±1,0	10,7 ±0,7	11,3 ±0,6	12,7 ±1,0
	Urbanizzaz	59,3 ±4,2	61,9 ±3	65,3 ±2,5	69,2 ±3,9	71,4 ±5,7
	Età madri alle nascite	27,4 ±1,2	26,7±1,0	27,0 ±1,4	28,2±1,5	29,5 ±1,0
	Prezzo bev,preferita	145±19	122±13	107±12	102 ±5	95 ±4
	Reddito	16,51±4,2	19,24 ±6,8	22,88 ±7,3	26,50 ±9,2	32,04 ±9,7
	Educ,femm	1,2 ±1,2	2,1 ±1,0	3,6 ±1,9	6,1 ±2,3	8,5 ±2,5
	Impiego femm	33,3 ±1,5	31,4 ±2,6	34,9 ±3,6	39,3 ±6,6	42,4 ±6,4
Europa meridion.	Maschi>65	8,4 ±0,8	9,7 ±0,9	10,6 ±0,7	12,925 ±1,0	14,9 ±1,2
	Urbanizzaz	62,9 ±3,4	69,3 ±3,1	71,4 ±3,4	72,5 ±4,0	73,6±4,3
	Età madri alle nascite	28,7 ±0,2	28,2 ±0,5	28,2 ±0,3	29,7 ±0,5	30,4 ±0,6
	Prezzo bev,preferita	106 ±1	109 ±2	94 ±2	101 ±5	105 ±7
	Reddito	10,85 ±2,1	16,34±2,2	20,14 ±3,0	24,687 ±2,5	29,15 ±1,6
	Educ,femm	0,6 ±0,3	1,6 ±0,8	2,8 ±1,0	4,7 ±1,5	8,2 ±3,29
	Impiego femm	24,4 ±3,3	23,2 ±5,0	24,1 ±5,9	25,6 ±4,8	32,6 ±4,0
Europa 12 paesi totale	Maschi>65	9,0 ±1,6	10,2 ±1,7	10,9 ±2,0	12,1 ±1,7	13,4 ±1,6
	Urbanizzaz	60,8 ±9,7	66,4 ±8,8	69,8 ±8,5	71,9 ±8,1	73,4 ±8,5
	Età madri alle nascite	27,7 ±1,0	27,0 ±0,9	27,6 ±1,0	28,6 ±1,2	29,6 ±0,9
	Prezzo bev,preferita	117 ±25	109 ±18	104 ±21	98 ±7	94 ±11
	Reddito	13,77 ±3,7	17,44±5,4	21,30 ±6,5	25,25 ±8,3	31,31 ±9,3
	Educ,femm	1,1 ±0,9	2,2 ±1,0	3,6 ±1,7	6,1 ±2,3	9,2 ±3,2
	Impiego femm	29,5 ±6,4	31,4 ±7,6	34,6 ±9,4	36,7 ±8,1	40,2 ±6,8

Maschi >65 = % maschi/pop.maschile (statistiche nazionali)

Urbanizz = % residenti in grandi città (World Bank, 2011a)

Età madri alle nascite = media età delle madri a tutte le loro nascite (EUROSTAT, 2012)

Prezzo della bev. preferita = prezzo reale (come numero indice) (statistiche nazionali)

Reddito = in dollari internazionali 2005 (World Bank, 2011b)

Educ. femm = % femmine con educ.terziaria/pop.femmine (World Bank, 2011c)

Impiego femm = % femm con impiego/pop.femmine (OCSE-OECD, 2011)

Tra i 12 paesi dello studio, un indicatore di invecchiamento della popolazione – il tasso di maschi oltre i 65 anni sulla popolazione totale – è cresciuto da circa il 9% nel 1960 al 13,4% nel 2000, con l'Europa meridionale a manifestare il maggior incremento – dall'8,4% al 14,9%.

L'urbanizzazione, misurata dal tasso di residenti che vivono nelle città maggiori rispetto ai residenti delle città minori e delle campagne/montagne, è aumentata da 60,8 residenti per 100.000 nel 1960-69 a 73,4 nel 2000-09 (col massimo aumento occorso tra i decenni '60-'80) (World Bank 2011 a).

La crescita è stata più elevata nell'area nord-europea, dove ha raggiunto il 74,9 nel decennio 2000s.

L'età media delle madri a tutti i loro parti è cresciuta da 27,7 anni nel 1960-9 a 29,6 anni nel decennio '2000, con le madri dei paesi del sud Europa aventi l'età più avanzata (Eurostat, 2012). L'occupazione femminile (tasso di occupate di età 15-64 sulla popolazione femminile 15-64), è aumentata dal 29,5% nel 1960-69 al 40,2% nel 2000-2009 (OECD, 2011).

Anche l'istruzione terziaria femminile (tasso di femmine che completano l'istruzione terziaria sulla popolazione femminile di 15 anni e più), indicatore del livello di istruzione raggiunto, è notevolmente salita dall' 1,1% nel 1960-9 al 9,2% nel 2000-9 (World Bank, 2011b).

Tutto ciò raffigura un considerevole cambiamento nel ruolo delle donne in Europa nel corso degli ultimi cinque decenni.

Complessivamente, durante il periodo 1960-2009, Il reddito è stato in crescita in tutti i 12 paesi dello studio (ma con ovvi segnali di inversione a partire dall'emergere della crisi economica nel 2008), passando da 13.769 dollari internazionali (2005) del prodotto interno lordo pro-capite all'anno nel periodo 1960-9 a 31.309 all'anno nel 2000-9 (World Bank 2011c).

Nello stesso periodo I prezzi della bevanda alcolica preferita (vino, birra o superalcolici secondo il paese), espressi in *numeri indice* dei prezzi, si sono ridotti da 117 nel 1960-9 a 94 nel corso degli anni 2000-9, in modo più evidente nella zona dell'Europa centrale (AMPHORA-3, 2013 Part 1, the Study, *Unplanned determinants of alcoholic beverage consumption change*).

Misure di politica alcolologica preventiva

Le misure preventive di politica alcolologica per il controllo del consumo delle bevande alcoliche sono generalmente raggruppate nelle seguenti categorie: età minima per l'acquisto di bevande alcoliche, accessibilità per l'acquisto (licenze, orari e luoghi di acquisto e consumo), pubblicità, tasso alcolemico consentito alla guida di motoveicoli, tasse (accise e IVA), programmi di prevenzione o trattamento (AMPHORA-3, 2013).

Nei 12 paesi, e nel periodo 1960-2008 sono state introdotte un numero di misure variabile secondo i paesi, da meno di 20 in Ungheria e in Svezia, a più di 100 in Finlandia.

Ai fini dell'analisi, sono state tuttavia ridotte alle principali 6 (7 in Svezia) (Voller, Maccari, Pepe *et al.*, 2014).

L'applicazione di tali misure, tuttavia, non avviene in modo omogeneo in tutti i paesi, e può variare notevolmente secondo i paesi e le culture, il che complica il tentativo di confrontare gli effetti di uguali misure introdotte in diversi paesi (e in diversi tempi) (Karlsson, Lindeman e Österberg, 2012a).

In effetti, le politiche alcolologiche sembrano avere riscontro maggiore in quelle popolazioni dove il bere è più percepito come un problema sociale e di salute, e minore nelle società in cui il bere dà meno allarme al pubblico (Room, 1999; Nordlund, 2012).

Un altro aspetto è quale bevanda alcolica è il bersaglio di un intervento preventivo.

Di solito i ricercatori, e forse politici, tendono a concentrarsi sul consumo totale di bevande alcoliche, anche se è forse la bevanda tradizionale del paese ad essere percepita come l'oggetto principale della prevenzione (vedi Knibbe, Drop & Hupkens, 1996).

Per tutto questo consegue che è necessario avere prudenza quando si voglia pensare che iniziative preventive, dimostrate efficaci in paesi con cultura e abitudini del bere definite (ad esempio nel nord Europa) possano essere ugualmente applicabili a differenti latitudini del vecchio continente (ad esempio nell'Europa meridionale).

Infine, resta il quesito della forza relativa di cambiamento che possano avere le politiche alcolologiche, e pure le politiche preventive in generale, di fronte ai grandi e meno grandi fenomeni politici, sociali, economici, demografici e culturali che modellano incessantemente le condotte dei cittadini attraverso il tempo.

Se osserviamo la curva temporale dei consumi confrontata con il tempo di introduzione delle più rilevanti misure preventive, come ad esempio in Italia, balza agli occhi che la riduzione dei consumi è iniziata ben prima dell'introduzione delle misure, iniziata nel 1988 (Fig. 5).

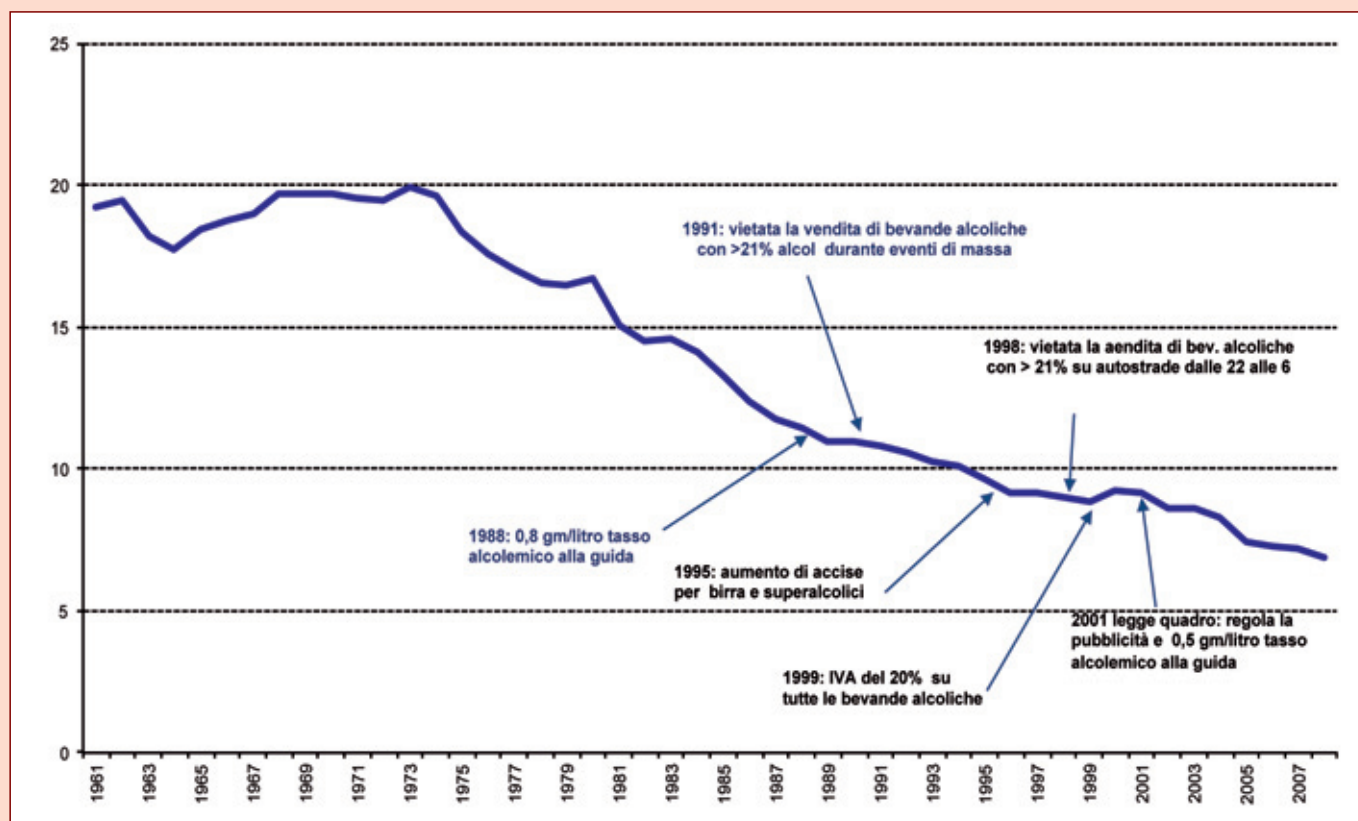
Considerazioni simili sono state fatte per la riduzione dei consumi alcolici in Francia, iniziata prima degli anni '60, e in Spagna, negli anni '70; e con la crescita dei consumi in Finlandia e in Norvegia occorse negli anni '60, che ha preceduto di un poco le prime politiche di liberalizzazione nei confronti del monopolio di stato (vedi Allamani, Olimpi e coll., 2014; per ulteriori notizie sull'Italia, vedi Allamani, Voller, Pepe, e coll., 2014).

Lo studio AMPHORA-3: scopi e metodi

Ai fini di comprendere l'effetto che le politiche alcolologiche hanno sul cambiamento nel consumo di bevande alcoliche e del relativo danno, è necessario un approfondimento mediante un'analisi dei vari fattori che al cambiamento concorrono.

È quanto ha fatto, come sopra ricordato, Il progetto AMPHORA, pacchetto di lavoro 3, una ricerca durata quattro anni (2009-2012), co-finanziata dalla Commis-

Fig. 5 - Curva temporale del consumo alcolico registrato (Litri di alcol puro totale pro capite, residenti di 15+ anni) e delle principali misure di politica alcolologica introdotte in Italia, 1961-2008. (Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011). Da: Allamani, Olimpi e coll., 2014)



sione Europea nell'ambito del 7° programma quadro, e coordinata dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana. Il progetto era parte di un più ampio progetto AMPHORA (AMPHORA-3, 2013) e aveva lo scopo di indagare i fattori determinanti il cambiamento nel consumo alcolico e nei relativi danni verificatisi in Europa negli ultimi 50 anni, tra il 1960 – 15 anni dopo la fine della seconda guerra mondiale – e il 2008.

A tal fine tra il 2009 e il 2012 sono stati raccolti dati relativi a 79 fattori socio-economici e demografici disponibili nelle fonti nazionali e internazionali, ridotti a meno di dieci per poter confrontare i 12 paesi nei 50 anni dello studio, che sono stati sottoposti ad analisi insieme alle principali misure di politiche alcolologiche, ai consumi alcolici, e alla mortalità alcol-correlata.

La raccolta dei dati è stata fatta servendosi delle informazioni fornite dai ricercatori dei singoli paesi – in tutto 40 –, e delle fonti internazionali disponibili per il periodo in esame.

La considerevole quantità di dati inseriti in un dataset è consultabile presso info@amphoraproject.net, the Amphora Project Work Package 3.

L'analisi è stata compiuta sia con il metodo delle serie temporali (ST), sia con l'approccio delle reti neurali artificiali AMPHORA-3, 2013; Allamani, Anderson & Einstein, 2014).

Il metodo delle serie temporali (ST), o *Time series* (Box & Jenkins, 1976; Pridemore & Snowden, 2009; Jiang, Livingston, Sala e coll., 2013) e l'uso della regressione

lineare con un trend temporale tra le variabili è stato considerato appropriato per lo studio (vedi AMPHORA WP-3, 2013, Parte 1, *Methods for country specific analysis*; Baccini e Carreras, 2014).

Qui, ogni misura di prevenzione è stata stimata una alla volta in un modello aggiustato per l'indicatore socio-demografico- economico rivelatosi migliore per il paese).

Il possibile effetto di ciascuna misura sulla modifica dei consumi totali di bevanda alcolica è stato considerato uguale agli effetti di tutte le altre misure, ed è stato modellato come avente impatto immediato e costante nel tempo, con nessun accumulo con le altre misure di prevenzione attuate prima, durante o dopo (Baccini e Carreras, 2014).

Per l'analisi dei dati si è fatto anche uso di un metodo, relativamente nuovo, basato sull'architettura delle Reti Neurali Artificiali (*Artificial Neural Networks*, ANN), e specificamente delle Mappe auto-contrattive (AutoCMs), che rendono spaziali le connessioni tra le variabili sotto studio (Buscema, Massini e Maurelli, 2014).

Le connessioni tra qualsiasi coppia di variabili, che contemporaneamente tiene conto di tutte le altre connessioni tra variabili, ricevono un "peso", che può essere trasformato in valori tra 0 (valore minimo) e 1 (valore massimo).

Ai fini di ottimizzare le informazioni contenute nella matrice delle connessioni tra variabili, vengono poi ela-

borati alcuni grafi, tra cui il *Maximally Regular Graph* (MRG), in cui le relazioni, o connessioni (nel grafo rappresentate da linee) tra variabili (nel grafo rappresentate da nodi) che risultano aver il massimo valore, sono espresse in termini di vicinanza spaziale.

In questa analisi, si sono considerati distintamente vino, birra e superalcolici, piuttosto che il consumo totale alcolico.

I due metodi principali utilizzati nell'analisi – Serie temporali di analisi e Mappe auto-contrattive – non sono facilmente confrontabili, poiché il primo è basato sulla probabilità statistica, e il secondo sull'interazione circolare dei dati.

Tuttavia, hanno permesso di considerare i fenomeni oggetto di studio da due punti di vista diversi, a volte consentendo una conferma reciproca dei risultati.

Per le limitazioni di spazio, sono in seguito riportate solo le figure dell'analisi ANN.

Risultati

In linea generale l'analisi, se pur non è in grado di stabilire nessi causali tra i fenomeni, ha tuttavia dimostra-

to che le variazioni nei fattori socio-economico e demografici selezionati per questo studio sono in grado di spiegare buona parte dei cambiamenti.

Inoltre alcune misure di politica alcolologica possono avere avuto efficacia nel contribuire a ridurre i consumi e i problemi connessi con il bere, ma non in modo uniforme nei vari paesi.

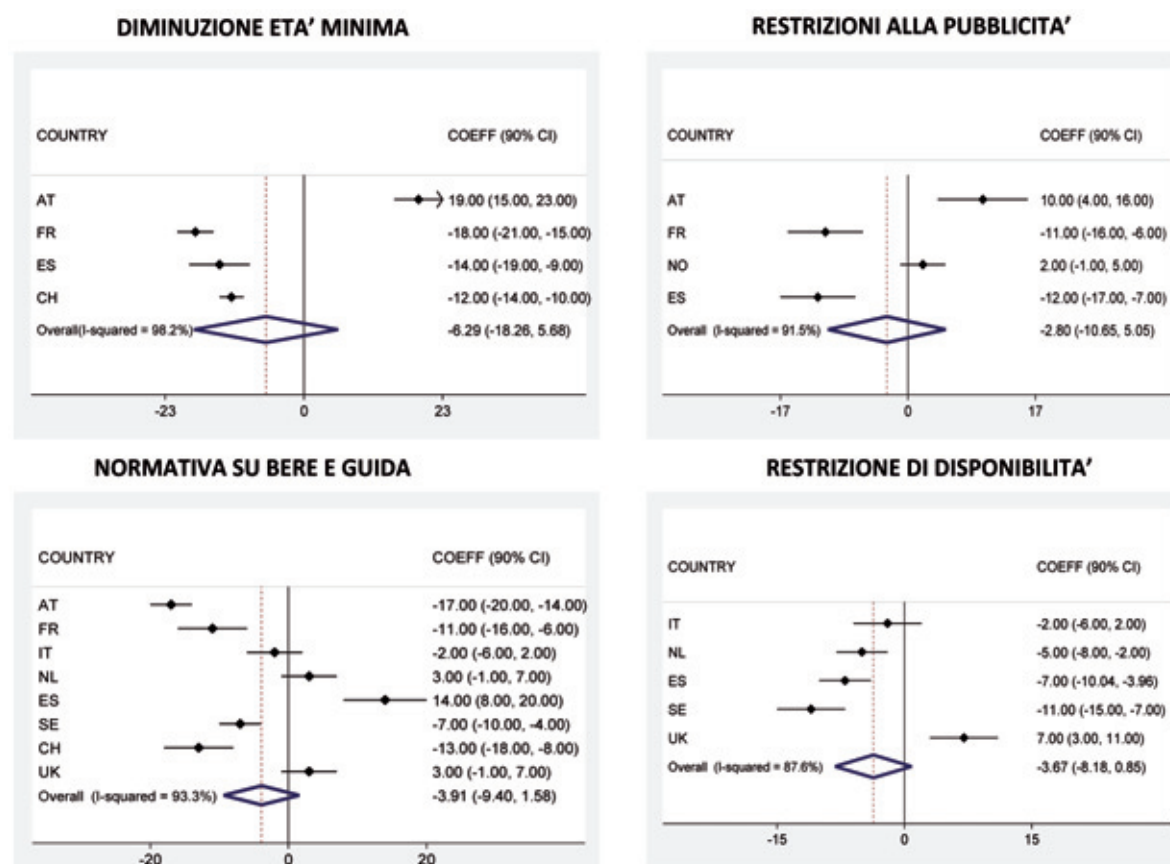
In particolare, lo studio AMPHORA-3 ha mostrato che, considerando complessivamente i 12 paesi (Allamani, Pepe, Baccini, e coll., 2014):

1. Le variazioni del consumo alcolico si verificano sempre in associazione significativa con gli incrementi in urbanizzazione, di reddito ed età delle madri ai loro parti.

Tuttavia, tali fattori si associano, in maniere opposte, da un lato con l'aumento di consumo di birra, vino e consumo alcolico totale nell'area europea settentrionale, e con l'aumento di consumo di birra, vino, superalcolici e consumo alcolico totale nell'Europa centrale; e dall'altro con la diminuzione di consumo di vino, superalcolici e alcol totale nell'Europa meridionale.

Nell'insieme, i fattori socio-economici e demografici sviluppatasi nella società danno un contributo mag-

Fig. 6 - Consumi alcolici totali per paese e Misure di politica alcolologica restrittiva - Età minima, Pubblicità, Bere alla guida e Disponibilità di bevande alcoliche (Forest plot dei coefficienti delle serie temporali e stime meta-analitiche) Valori di x = % di variazione nel consumo alcolico totale dopo l'introduzione di una misura



Legenda = AT Austria, FR Francia, IT Italia, NL Olanda, NO Norvegia, ES Spagna, SE Svezia, CH Svizzera, Overall Totale

giore che le misure di politica alcologica ai cambiamenti osservati. Infatti i primi sono in grado di spiegare il 71% e le seconde 38% dei cambiamenti (secondo l'analisi delle correlazioni quadratiche parziali, cfr. Allamani, Pepe, Baccini e coll., 2014).

2. Prendendo l'insieme delle principali politiche alcologiche nei dodici paesi, e le restrizioni del tasso alcolemico alla guida e le misure che limitano gli orari e i luoghi di disponibilità delle bevande alcoliche, nonché le introduzioni dell'età minima legale per l'acquisto di bevande alcoliche, hanno dimostrato di essere associate alla riduzione complessiva dei consumi. Tuttavia, esaminando i paesi singolarmente, si riscontra una notevole variabilità (Fig. 6).

Ad esempio, le curve dei consumi sono correlate negativamente (cioè aumentano pur in presenza di misure restrittive) con l'età minima in Austria, con i limiti di tasso alcolemico alla guida nel Regno Unito, in Olanda e in Spagna, e con le restrizioni della disponibilità nel Regno Unito.

Infine, alcune misure permissive, introdotte occasionalmente nei paesi nordici ai fini di allentare le rigidità dei monopoli sull'alcol, sono risultate correlate agli aumenti dei consumi.

3. La riduzione complessiva della mortalità da incidenti di trasporto e (nell'Europa meridionale) da epatopatia è risultata significativamente associata all'invecchiamento della popolazione e all'aumento dell'età delle madri ai parti (indicatori dell'accresciuto benessere della società) nonché, nel caso dell'Europa centrale e di quella meridionale, alle restrizioni sul bere alla guida.

Nel caso dell'Europa del nord e di quella centrale, si è documentata la stretta connessione tra aumento del consumo alcolico e la mortalità.

In ogni caso, l'analisi delle correlazioni quadratiche parziali ha permesso di evidenziare anche qui che i fattori socio-economico-demografici, sono in grado più delle misure di politica alcologica di spiegare le variazioni dei decessi delle epatopatie (43% vs 30%) e delle morti di incidenti di trasporto (52% vs 31%) (Allamani, Pepe, Baccini e coll., 2014).

Discussione

La conclusione generale che si può tirare da questo studio è che i grandi fenomeni occorsi in Europa dall'ultimo dopoguerra ai primi anni del 2000 – la crescita urbanizzazione, l'emancipazione delle donne dai ruoli tradizionali casalinghe a impiegate nel lavoro, e l'aumento del benessere economico, hanno avuto conseguenze anche sugli stili di vita, e in particolare sul consumo di bevande alcoliche.

Tale affermazione è confermata dall'analisi quantitativa effettuata con due diverse metodologie – le Serie Temporali e le Reti Neurali Artificiali.

Quest'ultimo tipo di analisi ha individuato che i consumi sono stati condizionati anche dai grandi eventi politico-culturali occorsi nell'ultimo cinquantennio del con-

tinente – la rivoluzione culturale del 1968, la caduta della cortina di ferro del 1989, e il trattato di Maastricht del 1992 (dati non riportati).

I fattori socio-economico-demografici e politici hanno prodotto nei consumi di bevande alcoliche cambiamenti diametralmente opposti nell'Europa meridionale – dove i consumi si sono drasticamente ridotti – e nell'Europa centro-settentrionale – dove i consumi sono aumentati. E ciò si è in parte associato alla mortalità per malattia cronica del fegato e cirrosi, tipico indicatore del danno alcol-correlato, in riduzione al Sud e in aumento al centro-nord. In questo senso si potrebbe dire che in questi ultimi decenni l'Europa è stato teatro di un grande processo di convergenza che ha colpito consumi.

L'analisi più dettagliata per tipo di bevande ha poi dimostrato che nei vari paesi a diminuire sono state le bevande tradizionali – ad esempio il vino in Italia e in Francia, i superalcolici in Finlandia – e a crescere gli altri tipi di bevande – birra in Italia e Spagna, vino in Svezia e in Norvegia. Un'ulteriore analisi sulle classi di età e sul genere – non compiuta in questo studio – avrebbe presumibilmente indicato i giovani e le donne come i principali mediatori nell'uso delle nuove bevande (Knibbe, Drop & Hupkens, 1996).

Contrariamente alle conclusioni di un'ampia letteratura (tra gli altri, Meier, Purshouse e Meyer, 2010; Patra, Giesbrecht, Rehm et al., 2012; Österberg 2012), ma in accordo con alcune ricerche (Mohler-Kuo, Rehm e coll., 2004; Nelson, 2013) il nostro studio non ha individuato significative relazioni tra prezzi delle bevande alcoliche e consumi delle medesime di bevande alcoliche, anche se l'analisi basata sulle Reti Neurali Artificiali ha trovato nel caso dei paesi dell'Europa settentrionale una debole connessione tra prezzo del vino e aumento del consumo di vino e birra aumento dei consumi.

Il nostro studio ha dimostrato che le misure di politica alcologica possono incidere, ma solo parzialmente, sui cambiamenti dei consumi di bevande alcoliche.

Si tratta soprattutto delle restrizioni del tasso alcolemico alla guida, della disponibilità delle bevande alcoliche (limitazioni agli orari e luoghi di vendita) e dell'introduzione dell'età minima legale per l'acquisto di bevande; tuttavia l'impatto dei risultati varia notevolmente secondo i paesi, anche se si possono individuare alcune somiglianze secondo che si considerino l'area settentrionale, centrale e meridionale dell'Europa.

Inoltre, in alcuni casi oltre i cambiamenti nei consumi avvengono indipendentemente dagli interventi di prevenzione.

Tutto questo ci deve portare a valorizzare, il ruolo dei fattori socio-economici e demografici deve essere considerato quando si progettano nuove politiche alcologiche, anche quando si ricorra a misure preventive basate sull'evidenza. Infatti queste ultime, possono avere efficacia nel contribuire a ridurre i problemi connessi con il bere solo se opportunamente diversificate in base a ciascun paese o gruppo di paesi, ma appaiono inefficaci se applicate in modo uniforme a tutti i paesi.

Bibliografia

- Allamani A., Anderson P. and Einstein S. (Eds.) (2014), "Drinking Patterns in 12 European Countries: Unplanned Contextual Factors and Planned Alcohol Control Policy Measures", *Substance Use & Misuse*, 49, 12: 1505-1750.
- Allamani A., Olimpi N., Pepe P., Cipriani F. (2014), "Trends in consumption of alcoholic beverages: and policy interventions in Europe: an uncertainty 'associated' perspective", *Substance Use & Misuse*, 49, 12: 1515-1530.
- Allamani A., Pepe P., Baccini M., Massini G., Voller F. (2014), "Europe: An analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction between consumption, related harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies", *Substance Use & Misuse*, 49: 1692-1715.
- Allamani A., Voller F. (2012), "Le politiche di prevenzione alcolica in Europa: un impatto relativo", *Mission*, 34, 10: 38-43.
- Allamani A., Voller F., Pepe P., Baccini M., Massini G., Cipriani F. (2014), "Italy between drinking culture and control policies for alcoholic beverages", *Substance Use & Misuse*, 49: 1646-1664.
- AMPHORA Workpackage3 (2013), *Report of an analysis of European alcohol-related cultural, social and policy interactions and their impact on alcohol consumption and alcohol-related harm*, http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP3_D3.2.pdf.
- Amphora Project Work Package 3 dataset - can be obtained by researchers asking info@amphoraproject.net.
- Anderson P., Baumberg B. (2006), *Alcohol in Europe. A report for the European Commission*, Institute of Alcohol Studies, London.
- Anderson P., Møller L., Galea G. (2012), *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*, Copenhagen, World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Anderson P. (2009), *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*, World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Babor T.F., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., Grube J.W., Hill L., Holder H., Homel R., Livingston M., Österberg E., Rehm J., Room R., Rossow I. (2010), *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed., Oxford University Press, Oxford.
- Baccini M., Carreras G. (2014), "Analyzing the effect of policy measures and socio-demographic factors on alcohol consumption in Europe within the AMPHORA project: statistical methods", *Substance Use & Misuse*, 49, 12: 1546-1554.
- Box G.E.P., Jenkins G.M. (1976), *Time Series Analysis: Forecasting and Control*. Revised version, Holden-Day, San Francisco, CA.
- Buscema P.M., Massini G., Maurelli G. (2014), "Artificial Neural Networks: an overview", *Substance Use and Misuse*, 49, 12: 1555-1568.
- EUROSTAT (2012), website http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search/_database, March 2012.
- Holder H.D. (1988), *Alcohol and the Community. A System Approach to Prevention*, Cambridge University Press, New York, N.Y.
- Holmila M. (1997), *Community prevention of alcohol problems*, World Health Organization McMillan, Ipswich.
- Jiang H., Livingston M., Room R., Dietze P., Nørtstøm, Kerr W.C. (2013), "Alcohol Consumption and Liver Disease in Australia: A Time Series Analysis of the Period 1935-2006", *Alcohol & Alcoholism*, 49(3): 363-8.
- Karlsson T., Lindemann M., Österberg E. (2012), "Does alcohol policy make any difference? Scales and consumption", in Anderson P., Braddick F., Reynolds J., Gual A. (Eds.) (2012), *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project. ISBN: 978-84-695-7411-9, pp. 15-23. Available online: www.amphora-project.net.
- Knibbe R.A., Drop M.J., Hupkens C.L.H. (1996), "Modernization and geographical diffusion as explanations for regional differences in the consumption of wine and beer in the European community", *Substance Use & Misuse*, 31(11-12): 1639-1655.
- Meier P.S., Purshouse R., Brennan A. (2010), "Policy options for alcohol price regulation: The importance of modelling population heterogeneity", *Addiction*, 105(3): 383-393.
- Mohler-Kuo M., Rehm J., Heeb J.-L., Gmel G. (2004), "Decreased Taxation, Spirits Consumption and Alcohol-Related Problems in Switzerland", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65: 266-273.
- Nelson J.P. (2013), "Gender differences in alcohol demand: a systematic review of the role of prices and taxes", *Health Economics*, Jul 19 2013. doi: 10.1002/hec.2974
- Nordlund S., Østhus S. (2013), "What is alcohol abuse? Attitudes to drinking in seven European Countries", *Addiction Research & Theory*, 21(5): 402-409.
- Norström T. (Ed.) (2002), *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Responses in 15 European Countries*, National Institute of Public Health, Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- OCSE-OECD the International Organisation for Economic Co-operation and Development (2011), www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html (access 2011).
- OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization) (2011), Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database], World Health Organization, Geneva (<http://who.int/global/alcohol>).
- OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization) (2015), *Health for All data Base*, <http://data.euro.who.int/hfad>.
- Österberg E. (2012), "Pricing of alcohol", in Anderson P., Møller L., Galea G., *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*, World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, pp. 96-102.
- Patra J., Giesbrecht N., Rehm J., Bekmuradov D., Popova S. (2012), "Are Alcohol Prices and Taxes an Evidence-Based Approach to Reducing Alcohol-Related Harm and Promoting Public Health and Safety? A Literature Review", *Contemporary Drug Problems*, 39: 7-48.

- Pridemore W.A., Snowden A.J. (2009), "Reduction in Suicide Mortality following a New National Alcohol Policy in Slovenia: An interrupted Time-Series Analysis", *American Journal of Public Health*, 99, 5: 915-920.
- Room R. (1999), "The idea of Alcohol Policy", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 16 (English Supplement): S7-S20.
- World Bank (2011a) (urbanization), World Bank indicator SP.URB.TOTL.IN.ZS [refers to data from United Nations World Urbanization Prospects) (access 2011).
- World Bank (2011b) [education], <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/0,,contentMDK:20528432~menuPK:617592~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282386~isCURL:Y,00.html> (access 2011).
- World Bank (2011c) [income], <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD> (access 2011).

Appunti su alcune “aporie” alcol-epidemiologiche

Problemi emergenti nelle indagini alcolologiche

A cura di Allaman Allamani (gennaio 2016)

Le definizioni di “bere a rischio” e di “binge drinking” sono state riviste durante il 2014-15 dai rapporti di PASSI e di ISTAT. Altre definizioni sono state modificate o destano problemi nella letteratura alcolologica recente: sono la limitazione nell'età d'inizio a bere, il calcolo del rischio di morte e la probabilità di incorrere in un danno. Infine, le modalità in cui sono fatte le inchieste ISTAT e DOXA sui consumi alcolici danno risultati ben diversi dalle rilevazioni, con valori circa doppi, che vengono riportate dall'OMS per l'Italia, e ciò può avere conseguenze non secondarie per la salute pubblica. In sintesi:

1. soglie del bere a rischio: quali soglie si conviene siano a rischio oggi?
2. *binge*: quale quantità minima per occasione?
3. limiti all'età di inizio a bere: a partire da 25 anni?
4. calcolo del rischio di morte: quale è la formula più adatta?
5. probabilità di incorrere in un danno: quale è il rischio accettabile?
6. calcolo dei grammi di alcol nelle inchieste italiane: da rivedere la definizione dei bicchieri?

1- Soglie di rischio-

(a) Nel 2014 l'ISTAT si riferisce genericamente a “recenti acquisizioni scientifiche” secondo cui la soglia di bere a rischio viene determinata in *due unità alcoliche* al giorno (cioè due bicchieri di vino da 100 cc, o quantità paragonabili di altre bevande alcoliche) per uomo e uno per donna (un bicchiere): (Vedi note 1 e 4 a p.8, e il *Glossario* a pag. 14 nel “Report ISTAT anno 2014, L'uso e l'abuso di alcol in Italia”). L'INRAN si sta adeguando a questa definizione.

(b) una recente proposta di ALICE RAP porta a una soglia di rischio abbassata a 3 grammi al giorno. La *ALICE RAP Policy Frame to reduce the harm done by addictive drugs and behaviours*, sostiene infatti che:

Policies can be driven and monitored by toxicology-based margins of exposure (MOE) analyses. The Margin of Exposure for any substance gives an indication of whether individuals or populations are exposed to (or use) a substance at an agreed level of risk or not; and the methodology adopts a standard level of highest acceptable risk, which can be applied to any legal or illegal drug, enabling comparisons of MOE between drugs, which can indicate which drug requires a policy shift or amendment. Margins of exposure compare the ratio of a toxic dose of a drug (usually the benchmark dose, the lowest dose which is 95% certain to cause no more than a 10% negative outcome incidence) with the dose consumed. A MOE of 100 means that the drug is being consumed at one hundredth of the toxic dose; a MOE of 1 means that the drug is being consumed at the toxic dose – thus, the higher the MOE, the lower the level of risk. Margins of Exposure for drugs can be calculated taking into account a range of harm outcomes, in health and other well-being domains. However, analyses to date are primarily restricted to a measure called the BMDL10 (Bench Mark Dose Lethal 10%), in which the benchmark toxic dose is set at that which is 95% certain to cause 10% of lethal outcomes in animal studies (or human epidemiological studies) (Lachenmeier et al., 2015)

e conclude che:

with this measure, drug policies could aim for a MOE of no less than 10 for individual daily consumption of voluntarily consumed drugs¹. For example, for the legal drug alcohol, this would imply a ten-fold reduction in exposure of European adults, to no more than 3 grams of alcohol per day.

Tuttavia le conclusioni non appaiono convincenti (nell'analisi il rischio MOE sarebbe massimo per l'alcol, e minore per il fumo e le droghe illegali): *in particolare il MOE è una misura solo tossicologica, mentre la prevenzione alcolologica si fonda su un approccio che è anche psicosociale, demografico ed economico.*

Lachenmeier, D. W., & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, 5: 8126. DOI:10.1038/srep08126.

Qui sotto sono le soglie che erano finora usate negli studi internazionali.

(c) Anderson P. & Baumberg B. (2006) *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies Page 27:

When describing the results of the epidemiological data, we have sometimes used categories of drinking, the preferred descriptive grouping of the World Health Organization (e.g., see Rehm et al. 2004).

Category	Definition (g alcohol/day)	
	Men	Women
Abstinent	0	0
Level I	>0-40g	>0-20g
Level II	>40-60g	>20-40g
Level III	>60g	>40g

Hazardous alcohol consumption Hazardous alcohol consumption has been defined as a level of consumption or pattern of drinking that is likely to result in harm should present drinking habits persist (Babor et al. 1994). There is no standardized agreement for the level of alcohol consumption that should be taken for hazardous drinking, and, as shown for many conditions in Chapter 5, any level of alcohol consumption can carry risk.

Harmful drinking Harmful drinking is defined as 'a pattern of drinking that causes damage to health, either physical (such as liver cirrhosis) or mental (such as depression secondary to alcohol consumption)' (World Health Organization 1992).

Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. (2004). Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1992b) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

(d) WHO, 2009: *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm* - p.95:

This section reports the results of WHO's CHOICE (Choosing Interventions that are cost-effective) model, which provides estimates of the impact and cost of implementing policies in reducing DALYs due to harmful alcohol use (Chisholm et al., 2004), re-calculated for the EU. The CHOICE model determines the effectiveness of an intervention via a state transition population model, taking into account births, deaths and the impact of alcohol. Two scenarios are modelled over a lifetime (100 years): (i) no interventions available to reduce hazardous and harmful alcohol use (defined in the CHOICE model as more than 20g alcohol a day for women and more than 40g alcohol a day for men); and (ii) the population-level impact of each specified intervention, implemented for a period of 10 years. The difference represents the population-level health gain resulting from the implementation of the intervention, discounted at 3% and age-weighted.

Anderson P, Braddick F, Conrod P, Gual A, Hellman M, Matrai S, Miller D, Nutt D, Rehm J, Reynolds J and Ysa T. (2016, In Press). *The New Governance of Addictive Substances and Behaviours*. Oxford: Oxford University Press.

Chisholm D., Rehm J., van Ommeren M. & Monteiro M. (2004) Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(6):782–793.

- (e) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (2013). *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 2013. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/3) – pag. 8:

Comportamenti a Rischio - Per consumo di alcol a rischio si intende un livello di consumo o una modalità del bere che, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale (WHO, 2011; WHO 2012).

Non esistono evidenze scientifiche sul livello di consumo d'alcol da considerarsi non rischioso poiché ogni livello di consumo d'alcol comporta un rischio. Una definizione della WHO lo descrive come un consumo giornaliero medio di oltre 20 grammi di alcol puro per le donne e di oltre 40 per gli uomini (Anderson 1996; Scafato 2008)

Anderson P. (1996) *Alcohol and primary health care*. Copenhagen : World Health Organization. (European series No. 64)

Scafato E. (ed.) (2008) *Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.gencat.net:80/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8871.html; ultima consultazione 20/01/2013.

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf; ultima consultazione 20/01/2013.

World Health Organization (2012). *Alcohol use*. Geneva: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use>; ultima consultazione 20/01/2013.

2- Binge

In PASSI *binge drinking* è descritto come il consumo di almeno a 5 unità alcoliche per i maschi e 4

per le femmine (vedi PASSI Regione Toscana , p. 40), mentre l'ISTAT (che in modo confusivo la sovrappone a "ubriacatura, vedi "Report ISTAT anno 2014..." p. 8) è definita come Il consumo di 6 bicchieri in una sola occasione (vedi *Glossario* a pag. 14 nel "Report ISTAT anno 2014, L'uso e l'abuso di alcol in Italia").

3- L'età di inizio a bere

All'altro estremo che considera la positività della socializzazione del bere in età precoce, con assaggi o quantità modeste anche prima dei dieci anni, sta la problematicità che comporta un'ubriacatura precoce (vedi gli studi di Kuntsche, Strunin, Beccaria, ecc.). Viene ora proposta l'idea di un bere non sicuro (?) sino all'età di 25 anni. Questa idea nasce dagli studi sull'evoluzione del cervello, che perdura fino al terzo decennio della vita. Tuttavia si è notato che da un lato il cervello può evolvere molto più di quanto credibile, fino ai 32 anni (e forse di più). Inoltre si tratterebbe di quantificare il peso di tale evoluzione, che è massiva sino ai cinque anni, e presumibilmente parziale in seguito. Qui sotto si riporta quanto il CNAPA argomenta a proposito.

CNAPA Committee on National Alcohol Policy and Action Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) Sept 2014

http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf, pagina 7:

2.1.1 Youth Drinking - The age group considered as youth in this Action Plan includes the unborn child, children, adolescents and young adults up to the age of 25. This is to ensure targeted actions protecting children, embracing the various legal age limits throughout the EU and harmful and hazardous use among youth that are above the legal age limit. This consideration is also in line with research showing that the brain is not fully developed until the mid-twenties, and thus is more vulnerable to alcohol. It is highly important to protect youth from the harm caused by alcohol and this requires a broad range of actions targeting different age groups among the youth.

pagina 18, sotto AREA FOR ACTION 2: REDUCE ACCESSIBILITY AND AVAILABILITY OF ALCOHOLIC BEVERAGES FOR YOUTH Main priority: to prevent consumption among under age and harmful and hazardous use among young people, ...Introduce on voluntary basis 25 years' or higher reference age for age controls - No. of MSs with 25 or higher age as reference age for age controls - CNAPA members' reports to EC .

L'affermazione "this consideration is also in line with research showing that the brain is not fully developed until the mid-twenties", appare anche superata dallo studio di Lebel e Beaulieu sostiene che il cervello vada incontro a cambiamenti evolutivi sino a 32 anni <http://www.jneurosci.org/content/31/30/10937.full>.

Vedi anche progetto presentato alla UE, GET READY:

*...according to UN, regards those persons between the ages of 15 and 24 years, even if some cultures extend the term up to 35 years (UNESCO, 2015), while **adolescence** is considered the age of transition from childhood to adulthood, approximately from ages 10 to 19, with the onset of puberty marking the passage from childhood to adolescence (World Health Organization, 2015a). During this period, significant bodily changes occur, with rapid hormonal changes, new neural networks in the brain are created, and new biological and psychosocial needs emerge. Even if the biggest surge of brain development occurs before the age of 5 years (Faria et al., 2010,) brain development keep on developing and appears mostly completed by late adolescence, but magnetic resonance imaging has demonstrated that in terms of myelination and axon density, parts of the brain continue to be subject to change during post-adolescence within individual subjects, even up to 32 years (In general, maturation of commissural and projection fibers occurs earliest, while association fibers continue maturing at later ages, and frontal-temporal connections demonstrate the most prolonged development) (Lebel & Beaulieu, 2011). In general, while the biological determinants of adolescence appears as*

fairly universal, the duration and defining characteristics of this period may vary across time, cultures, and socioeconomic situations (UNESCO, 2015).

3- calcolo del rischio di morte - mortalità alcol – attribuibile

Il calcolo del rischio di morte attribuibile ad alcol è stato fatto, ad es. dall'ARS in Toscana con riferimento al metodo di Corrao (Corrao e coll., 2002). Sono state usate le formule pubblicate nell'articolo di Corrao per il calcolo dei rischi relativi per ogni patologia parzialmente attribuibile all'alcol per le dosi di consumo pari a 18,5 g/die (usati per la frazione attribuibile nella popolazione che consuma 1-25 g/die), 30 g/die (usati per la frazione attribuibile nella popolazione che consuma 26-50 g/die), 75 g/die (usati per la frazione attribuibile nella popolazione che consuma 51-100 g/die) e 125 g/die (usati per la frazione attribuibile nella popolazione che consuma + 100 g/die).

Negli ultimi rapporti degli organismi internazionali sembra basarsi sulla formula elaborata da Rehm (Rehm e coll., 2014):

$$Risk.Death.AA_{zq} = \frac{\sum_{i=1}^n (AAF_{izq} * Deaths_{iz}) + Deaths_{AUD} * \frac{Prev.AD_{Counterfactualq}}{Prev.AD_{Current}}}{Population_z}$$

$$POP_i = \sum_{i=0}^n POP_{i-1} - (RiskDeathsNonAA_i + RiskDeathsAA_i * POP_{i-1})$$

where POP_i is the population left at the end of age i (i starts at 1 for 0 years into a person's life course and decreases as age increases) $RiskDeathsNonAA_i$ represents the risk of a death from a non-alcohol-attributable cause for a person age i , and $RiskDeathsAA_i$ represents the risk of a death from an alcohol-attributable cause for a person age i . Using this formula we can then calculate the total risk of an alcohol attributable death as follows:

$$CumulativeRiskAlcohol_i = \sum_{i=0}^n CumulativeRiskAlcohol_{i-1} + (RiskDeathsNonAA_i * POP_{i-1})$$

where Cumulative Risk Alcohol represents the cumulative lifetime risk of dying from an alcohol-attributable death at age i in a person's life course.

Sarebbe opportuno conoscere con precisione i livelli di quantità di alcol utilizzati nel calcolo delle morti attribuite, perché appaiono essenziali per definire poi il rischio che bevendo una data quantità di alcol si ha di morire per una malattia alcol-attribuibile.

Corrao G., Rubbiati L., Zambon A., Aricò S. (2002) Alcohol attributable and alcohol preventable mortality in Italy. A balance in 1983 and 1996. *European Journal Public Health* 12 (3):214-223).

Rehm J., Lachenmeier D.W. and Room R., [2014] Why does society accept higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*, 12:189), with its Addition file "Risk of dying due to alcohol different levels of average drinking in 6 European countries. Methodology for calculation"

5- probabilità di incorrere in un danno.

Rispetto al punto di definire la soglia del rischio accettabile, Rehm e colleghi riportano che le popolazioni occidentali accettano molto meno il rischio per esposizioni non cercate (aria, acqua, cibo) che non per esposizioni "volontarie" quali il bere. Qui la decisione della soglia accettabile sembra

essere una decisione che dovrebbe essere oggetto di ampia discussione e consenso tra chi si occupa di salute pubblica. A questo proposito Rehm, Lachenmeier e Room sollevano il problema:

Rehm J., Lachenmeier D.W. and Room R., [2014] Why does society accept higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*, 12:189), abstract:

Societies tend to accept much higher risks for voluntary behaviours, those based on individual decisions (for example, to smoke, to consume alcohol, or to ski), than for involuntary exposure such as exposure to risks in soil, drinking water or air. In high-income societies, an acceptable risk to those voluntarily engaging in a risky behaviour seems to be about one death in 1,000 on a lifetime basis. However, drinking more than 20 g pure alcohol per day over an adult lifetime exceeds a threshold of one in 100 deaths, based on a calculation from World Health Organization data of the odds in six European countries of dying from alcohol-attributable causes at different levels of drinking.

6- differenze nel calcolo dei grammi di alcol nelle inchieste italiane e nei dati internazionali: un problema di bicchieri?

6-a. Secondo i dati ISTAT, con calcolo ARS, consumo medio giornaliero pro-capite (grammi di alcol), età ≥ 18 anni - Italia **anno 2012**

	Maschi	Femmine	Totale
Italia	11,0	3,0	6,8

Il calcolo ARS si basa sui dati messi a disposizione di ISTAT, e su indicazioni ISTAT? (riprese dati Scafato, vedi diapo 25 e 26 in <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/APD%202005%20SCAFATO.1114598039.pdf>)



Le interviste attribuiscono a ciascun bicchiere di **vino** un valore 125 ml=12 grammi e, per le inchieste ISTAT precedenti il 2004, dove si chiedevano non bicchieri singoli consumati, ma quantità più approssimative:

da 1-2 bicchieri di vino di vino a $\frac{1}{2}$ litro , 18-47 grammi con media 32 (includ. F)

da 1/litro a un litro 48-96 grammi Media 72 (includ. F e M)

oltre un litro >96 grammi

vedi anche per birra, aperitivi, amari, superalcolici: ma il vino rappresenta la maggior parte del consumo alcolico.

6-b. Secondo i dati OMS (HFA 2015), il consumo medio in Italia, **anno 2010**, è di

6,1 litri di alcol a testa per 15 anni e oltre (quindi 3 anni prima dei 18), cioè di 13,37 grammi a testa al giorno, circa il doppio di quanto calcolato sui dati ISTAT. Infatti:

6,1x 0,8 (coeff di trasformazione di litri in grammi di alcol, essendo 1 litro, ovvero 1000 millilitri di alcol assoluto pari a circa 800 grammi di alcol) = 4.880 grammi,

che diviso per 365 fa 13,37 grammi a testa al giorno;

che è un po' più di un bicchiere da 100cc, paragonato a 10 grammi - seppur qualcuno lo calcola a 12 grammi.

I **6,8** grammi (18 anni e oltre) – metà bicchiere da 100 ml - del report ARS sono dunque la metà dei consumi dati dall'OMS (per 15 anni e oltre), che sono **13,37**.

6-c. La inchiesta Doxa su cui si basa il recente studio di Asciutto e coll (2015) calcola anch'esso i bicchieri di vino a 125 ml di volume, e raggiunge risultati vicini a quelli di ARS e assai distanti da quelli delle istituzioni europee:

For each type of alcoholic beverage considered (i.e., beer, wine, aperitifs/digestifs and spirits), participants were asked about their average intake per week, expressed as number of cans of beer (333 ml), glasses of wine (125 ml) and shot glasses of aperitifs/digestifs and spirits (30 ml) (Asciutto e coll., 2015).

E poiché i dati della ricerca riportano, in modo non troppo lontano dai calcoli effettuati dall'ARS, valori metà di quelli ufficiali FAO (che sono anch'essi una fonte dell'OMS), lo studio conclude un po' sbrigativamente che si tratta di "sotto-rapporto" degli intervistati:

However, the ~6 l of pure alcohol per adult per year from sales data in 2010 corresponds to an average consumption of about 9 drinks per adult per week, which is two times the average alcohol consumption reported in our study. There is therefore a substantial under-reporting of alcohol drinking from interview-based surveys. (Asciutto e coll., 2015).

6-d. Un'ipotesi verosimile per spiegare le differenze è tuttavia quella che il calcolo di 125 grammi alcol per bicchiere identificato nella intervista ISTAT e in quella Doxa è minore di quanto bevuto e segnala una discrepanza tra quanto proposto dall'intervistatore e quanto compreso dall'intervistato. *Il bicchiere standard può valere nelle rivendite o nei ristoranti, non in casa.* A questo potrebbe ovviare la presentazione di bicchieri standard nel contesto dell'intervista. Ciò è corroborato dallo studio APC Dresda con interviste ai pazienti dei Medici di Medicina Generale in cui venivano mostrati agli intervistati disegni di recipienti di bevande alcoliche (e dove i bicchiere di vino veniva presentato e calcolato come 200 ml), e che davano una media di **14,5 grammi** di alcol al dì tra i pazienti toscani, e **10, 9 grammi** di alcol al dì tra i pazienti del Friuli Venezia Giulia, valori che si avvicinano a quelli presentati dalle istituzioni europee (Allamani e coll., 2016).

In questo caso i calcoli ISTAT sulla popolazione a rischio in Italia andrebbero rifatti e il rischio aumenterebbe sensibilmente.

Allamani A., Bravi S., Pepe P., Voller F., Marcatto F., e al. (2016) Bere problematico e i problemi di salute in Toscana e in Friuli Venezia Giulia. In pubblicazione su *Epidemiologia e Prevenzione*

Asciutto R., Lugo A., Pacifici R., Colombo P., Rota M., La Vecchia C., & Gallus S. (2015) The Particular Story of Italians' Relation with Alcohol: Trends in Individuals' Consumption by Age and Beverage Type. *Alcohol & Alcoholism* 2015, 1–7 doi: 10.1093/alcalc/agv121

Scafato E. vedi diapo 25 e 26 in

<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/APD%202005%20SCAFATO.1114598039.pdf>

World Health Organization Health for All Database (access 2015)

<http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableB.php?w=1280&h=800>

World Health Organization Health for All Database (access 2015)

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ita.pdf?ua=1 GISAH

6-f. Fonti dei dati per l'OMS:

I- Secondo OMS HFA

Consumo in Italia- 15 anni e oltre- <http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableB.php?w=1280&h=800>

2008	6.84
2009	6.4
2010	6.1

In: <http://data.euro.who.int/hfadb/definitions/def.php?w=1280&h=800>

Source of data: WHO Global Health Observatory Data Repository, available from <http://apps.who.int/ghodata/>;

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

Indicator name: Recorded adult (15+ years) per capita consumption of pure alcohol
Short name: Recorded APC - Data Type: Rate - Rationale The recorded APC is part of a core set of indicators, whose purpose is to monitor the magnitude, pattern and trends of alcohol consumption in the adult

population. Definition: Recorded APC is defined as the recorded amount of alcohol consumed per adult (15+ years) over a calendar year in a country, in litres of pure alcohol. The indicator only takes into account the consumption which is recorded from production, import, export, and sales data often via taxation. Numerator: The amount of recorded alcohol consumed per adult (15+ years) during a calendar year, in litres of pure alcohol. Denominator: Midyear resident population (15+ years) for the same calendar year, UN World Population Prospects, medium variant. Associated terms Pure alcohol: 100% ethanol - Preferred data sources: Administrative reporting systems .

Measurement method (at national level): Recorded adult per capita consumption of pure alcohol is calculated as the sum of beverage-specific alcohol consumption of pure alcohol (beer, wine, spirits, other) from different sources. The first priority in the decision tree is given to government statistics; second are country-specific alcohol industry statistics in the public domain (Canadean, IWSR, OIV, Wine Institute, historically World Drink Trends); and third is the Food and Agriculture Organization of the United Nations' statistical database (FAOSTAT). For countries, where the data source is FAOSTAT the unrecorded consumption may be included in the recorded consumption. As from the introduction of the "Other" beverage-specific category, beer includes malt beers, wine includes wine made from grapes, spirits include all distilled beverages, and other includes one or several other alcoholic beverages, such as fermented beverages made from sorghum, maize, millet, rice, or cider, fruit wine, fortified wine, etc. Also, there has been a change in the data source for some countries in the early 2000's. Method of estimation In order to make the conversion into litres of pure alcohol, the alcohol content of beer, wine, and spirits is considered to be 5%, 12% and 40% respectively.

Sources for Italy: 1961-2009: World Drink Trends (WDT) 1961-1999; Annual Report 2009 (www.assobirra.it) 2000-2009.

II. Secondo OMS GISAH

Alcohol per capita consumption (15+) consumption (in litres of pure alcohol) Italia, *average 2008–2010* http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ita.pdf?ua=1 GISAH

Recorded 6.5

Unrecorded 0.2

Total 6.7

Total males / females 9.7 3,9

GISAH is a further development of the Global Alcohol Database which has been built since 1997 by the Management of Substance Abuse team in the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Data sources include government documents, national statistics, national and global surveys, WHO Global Survey on Alcohol and Health, Food and Agriculture Organization of the United Nations, other intergovernmental organizations, industry data, published scientific articles, and grey literature.

http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/

GISAH indicator codebook http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah_indicatorbook.pdf?ua=1

Recorded alcohol per capita (15+) consumption of pure alcohol is calculated as the sum of beverage-specific alcohol consumption of pure alcohol (beer, wine, spirits, other) from different sources. The first priority in the decision tree is given to government statistics; second are country-specific alcohol industry statistics in the public domain (Canadean, IWSR-International Wine and Spirit Research, OIV-International Organisation of Vine and Wine, Wine Institute, historically World Drink Trends); and third is the Food and Agriculture Organization of the United Nations' statistical database (FAOSTAT). For countries, where the data source is FAOSTAT the unrecorded consumption may be included in the recorded consumption. As from the introduction of the "Other" beverage-specific category, beer includes malt beers, wine includes wine made from grapes, spirits include all distilled beverages, and other includes one or several other alcoholic beverages, such as fermented beverages made from sorghum, maize, millet, rice, or cider, fruit wine, fortified wine, etc. Also, there has been a change in the data source for some countries in the early 2000's. Updates for

Parte terza

Gli interventi

L'approccio di Riduzione del danno per problemi alcol correlati

Introduzione a cura di Grazia Zuffa

Presentiamo tre scritti che ci illustrano la storia, i capisaldi teorici, i modelli operativi della riduzione del danno nel campo dei problemi di alcol.

1) M.E. Larimer, G.A. Marlatt, J. Baer, L.A. Quigly, A.W. Blume, E. H. Hawkins (1998) Harm Reduction for Alcohol Problems. Expanding Access to and Acceptability of Prevention and Treatment Services : è il capitolo quarto tratto dal volume Alan Marlatt (a cura di), Harm Reduction. Pragmatic strategies for managing high risk behaviors, The Guilford Press. Questo capitolo è consultabile su formazione.fuoriluogo.it

2) Pat Denning e Jeannie Little (2000), Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An alternative Approach to Addictions, The Guilford Press: il capitolo intitolato What is Harm Reduction Psychotherapy. Questo capitolo è consultabile su formazione.fuoriluogo.it

3) Harald and Justyna Klingemann (2009), How much Treatment does a person need? Self change and the Treatment System, in E. Miller (ed) , Evidence based Addiction Treatment, Academic Press, Burlington. Questo saggio è integralmente riprodotto in questo fascicolo.

Il più completo è il primo, ossia il capitolo Harm Reduction for Alcohol Problems.

Nonostante il saggio risalga a quasi venti anni fa, lo abbiamo scelto perché offre una panoramica storica del rapporto/conflitto fra l'approccio di riduzione del danno e i modelli operativi correntemente usati nei servizi. Nonostante il saggio si riferisca alla storia e al contesto statunitense, la tradizione americana ha influenzato in profondità anche lo sviluppo degli interventi sull'alcol in Italia, determinando una netta prevalenza, se non esclusività, di interventi finalizzati all'astinenza. Come giustamente notano gli autori, le radici dell'approccio all'alcol in America affondano nell'esperienza della Proibizione: una volta terminato il Proibizionismo, che identificava il problema nell'alcol stesso, l'attenzione si spostò sull'alcolista. Da qui la costruzione dell'alcolismo come malattia (disease), fino dagli anni cinquanta, e poi con la teorizzazione di Jellinek negli anni sessanta.

Da notare che il modello patologico presenta notevoli punti di contatto col modello morale, su cui si appoggiava la Proibizione. Ambedue richiedono l'astinenza, vuoi per vincere la tentazione di bere (come nel modello morale), vuoi perché l'alcolista nega la realtà ed è incapace di controllare il bere (come nel modello malattia).

Le conseguenze di inquadrare l'alcolismo come una "malattia cronica primaria" vanno oltre il requisito dell'astinenza come obiettivo unico. Tale inquadramento comporta una visione del "tutto o nulla" (o sei alcolista o non lo sei), enfatizzando il deficit individuale (come suscettibilità alla malattia) e trascurando sia il set (come insieme di credenze e aspettative) sia soprattutto le componenti di setting (le circostanze ambientali, il ruolo degli eventi di vita etc.).

In altre parole, si tende a ignorare o a sottovalutare che il comportamento del bere, anche per i soggetti che possono essere definiti come alcolisti, sta in un continuum, verso l'alto, ma anche verso il basso, dunque con possibilità di ritorno indietro a modelli moderati o più moderati di bere.

La controversia sul bere controllato

La remissione intesa come stepping down al bere moderato è stata un elemento di aspro conflitto dentro il mondo alcolologico. Da notare la differenza con le droghe illegali, dove la questione si è posta molto più tardi, poiché il regime di proibizione ha reso per lungo tempo invisibili modelli di consumo "controllato". Ciò ovviamente non si può dire per l'alcol, dove il bere controllato è presente nell'esperienza comune. Il sorgere della controversia testimonia perciò l'influenza dei movimenti storici contro l'alcol (movimento della Temperanza), cui fanno riferimento sia il modello morale che, successivamente, quello disease (vedi sopra).

Il saggio di cui stiamo trattando analizza nel dettaglio la specifica controversia sul bere controllato (vedi p.75 del saggio e seg.). Da ricordare che una delle prime ricerche sugli obiettivi appropriati negli interventi per problemi di alcol è stata condotta da Jim Orford e Alistair Keddie (British Journal of Addiction, 81, 495-504) nel 1986. La ricerca è significativa sul piano teorico, volendo confrontare l'ipotesi della "gravità della dipendenza" (secondo cui gli alcolisti sarebbero incapaci di tornare a modelli controllati di bere) con l'ipotesi della "persuasione" (secondo cui la possibilità di raggiungere o meno un obiettivo – vuoi l'astinenza, vuoi il bere controllato- non dipende dalla gravità della dipendenza, ma dal convincimento della persona di poter raggiungere l'obiettivo prescelto). Ne esce confermata l'ipotesi della persuasione: i clienti con obiettivi coerenti con le loro credenze avevano maggiori probabilità di successo, anche al follow up a 12 mesi. Quanto agli alcolisti, mostravano risultati leggermente superiori nell'obiettivo del "bere controllato".

Per una panoramica più recente della polemica sul bere controllato come possibile obiettivo di trattamento, si veda Saladin ME & Santa Ana EJ (2004), Controlled Drinking: More than just a controversy. Current Opinions in Psychiatry, 17, 175 - 187.

Si veda anche il saggio di Stanton Peele, Addiction as Disease. Policy, Epidemiology, and Treatment Consequences of a Bad Idea, in J.E. Henningfield, P.B. Santora, W.K. Bickel, (eds) (2007), Addiction Treatment. Science and Policy for the Twenty first Century, The John Hopkins University Press, pp.153-164. Stanton Peele ragiona sui dati della ricerca epidemiologica condotta nel 2001-2002 dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism- NESARC (pubblicata nel 2005). Il NESARC ha intervistato 43.093 persone, di cui 4422 classificati prima dell'anno precedente come alcolodipendenti secondo il DSM IV. Di questi, solo 1205 si erano sottoposti a trattamento. A distanza di un anno, nella categoria dei sottoposti a trattamento, il 35% risultava astinente, contro il 36% che continuava a bere ma in maniera controllata o comunque più controllata (definiti in remissione o in parziale remissione), e il 28% ancora dipendente. Nella categoria dei non- trattati, il 12% risultava astinente, contro il 64 % che continuava a bere ma in maniera controllata o comunque più controllata (in remissione o in parziale remissione), mentre il 24% era ancora dipendente.

Conclude Peele (p.157): "sia per le persone sottoposte a trattamento che non, il tipico esito dell'alcolismo è il miglioramento pur continuando a bere". E ancora: "tuttavia gli alcolisti sottoposti a trattamento mostrano maggiore difficoltà a tornare al bere controllato rispetto a chi non si sottopone a trattamento, o per il tipo di problema o per il loro atteggiamento prima di entrare in trattamento oppure come risultato del trattamento stesso".

Quest'ultima ipotesi apre una finestra sui limiti della prospettiva clinica e delle caratteristiche del modello disease (malattia), che ipotizza una totale e permanente mancanza di controllo delle persone diagnosticate come dipendenti. Sottovalutando o negando le capacità delle persone di abbassare i propri livelli del bere, conduce paradossalmente a considerare come unico obiettivo l'astinenza, che diventa anche lo strumento stesso del trattamento. Ignorando che le traiettorie più comuni che le persone "naturalmente" scelgono anche per raggiungere l'astinenza, passano attraverso lo step down. In altre parole c'è un continuum fra bere controllato e astinenza nelle traiettorie naturali che viene ignorato nei trattamenti ispirati al modello disease.

Il rischio è di trascurare quanto è ormai stato assodato dalla ricerca psicologica: il valore delle credenze, in questo caso nelle proprie capacità di controllo, e dunque l'importanza dei trattamenti che cercano di rafforzare la self efficacy e di tenere in considerazione le variabili ambientali.

I principi della Harm Reduction Psychotherapy

L'approccio di Riduzione del Danno ha dato luogo, in ambito psicoterapeutico, a un nuovo recente filone, chiamato appunto "Psicoterapia di Riduzione del Danno".

Su questo filone ha lavorato la psicologa americana Pat Denning, con diversi volumi. Abbiamo scelto alcune pagine del volume di Pat Denning e Jeannie Little, Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An alternative Approach to Addictions, The Guilford Press, che illustrano i principi che stanno alla base di questo tipo di psicoterapia. Li riportiamo in sintesi, integrandoli con ulteriori riferimenti.

In primo luogo, la natura del consumo di alcol e droghe.

Non tutto il consumo significa abuso, e il consumo sta, come già detto, in un continuum. La maggioranza di chi beve non abusa dell'alcol, e lo stesso avviene, in contrasto con quanto comunemente si crede, anche per le principali droghe illegali.

E' una constatazione assai importante, poiché deve (o dovrebbe) spingere a studiare come e perché la maggioranza delle persone riescono a tenere il bere (o l'uso di droghe) sotto controllo, invece di indagare la dipendenza come fenomeno a se stante. Si ricordi l'affermazione chiave di Norman Zinberg, nella prefazione al suo fondamentale volume *Drug, Set, Setting* (1984): "Mi resi conto che per capire come e perché certi consumatori avessero perso il controllo avrei dovuto affrontare l'importante quesito circa il come e il perché molti altri raggiungano il controllo e si dimostrino in grado di mantenerlo".

Le persone non soffrono di dipendenza, hanno un rapporto con le droghe (o un attaccamento alle sostanze).

Come dice lo psicologo Jim Orford, le persone hanno un rapporto con le droghe, ma per alcune persone, in alcuni periodi della vita o in alcune circostanze o con alcuni stati emotivi questo rapporto può mutarsi in "appetito eccessivo" (excessive appetite). Come si vede, è una definizione che rende evidente il continuum sul registro del legame.

Le persone consumano per delle ragioni

Se si abbandona la prospettiva patologica della "dipendenza", si è in grado di riconoscere le "ragioni" del consumo. Comprendere le ragioni del consumo è la prima mossa per riacquistare il controllo, quando questo si sia indebolito.

Il paradigma Drug, Set, Setting

Norman Zinberg ha il merito di aver indagato soprattutto il ruolo del setting (in quanto variabile negletta) nel "controllare" l'uso di alcol e droghe. Si pensi a una famosa ricerca dell'università di Yale sul consumo di alcol a New Haven, che aveva comparato i consumi della comunità italiana e anglosassone. A parità di consistenti quantità consumate, gli Italiani mostravano meno problemi, e questo per le norme culturali che non attribuivano al bere "pesante" l'etichetta patologica. Inoltre, ci sono popoli che non sperimentano comportamenti aggressivi e violenti associati al bere intensivo: questi sono un portato culturale e la relazione della cultura con le droghe influenza la stessa esperienza di assunzione.

Il modello di Riduzione del danno tiene in considerazione la farmacologia della sostanza, ma anche il set (psicologia individuale, credenze, aspettative, stati d'animo, motivazioni) e il setting (il contesto d'uso e le culture del consumo).

La natura del cambiamento

Nel modello di Riduzione del Danno il cambiamento è graduale, ed è diverso da persona a persona. Ciò in accordo col modello di cambiamento di Prochaska e Di Clemente, che inquadra il cambiamento come un processo a lungo termine, attraverso diversi stadi, così come avviene per molti altri comportamenti.

Le persone possono introdurre cambiamento positivi anche senza diventare astinenti

Come in altre aree di cambiamento dei comportamenti, il successo è in funzione della credenza del cliente nella propria capacità di cambiare. Quando si negozia un qualche cambiamento e lo si raggiunge, ne risulta esaltata la self efficacy e aumenta la probabilità di introdurre altri cambiamenti.

Ridefinire che cosa può essere considerato successo

La psicoterapia di Riduzione del danno ridefinisce che cosa è da intendersi come successo, in relazione ai principi già esposti: se l'uso sta in un continuum, ogni spostamento positivo lungo il continuum è apprezzato. Allo stesso modo, si tiene presente che il cambiamento è processo di lungo termine e spesso non lineare: le eventuali battute d'arresto sono però viste come un evento "naturale" nel percorso di apprendimento di un nuovo comportamento, e inquadrate come esperienze da cui si può imparare (vedi oltre, capitolo sulla guida al self change).

Inoltre, tenendo presente il paradigma droga, set, setting, sono apprezzati i cambiamenti anche in aree diverse dalla droga.

Da qui una serie di corollari: 1) qualsiasi riduzione nel danno droga correlato è un passo nella giusta direzione 2) l'astinenza può essere un esito di Riduzione del danno, ma non è l'unico 3) il successo è

correlato alla self efficacy.

La natura del trattamento

Il cliente può e deve essere protagonista. Questa è la naturale conseguenza di puntare sulle abilità di controllo delle persone e sulla loro capacità di cambiamento. Il controllo può indebolirsi, ma non è mai assente, neppure nei casi più gravi.

La terapia di Riduzione del danno è un processo collaborativo fra cliente e terapeuta. E' una partnership in cui ambedue sono "esperti", seppure in maniera differente. Il terapeuta porta nel rapporto alcune informazioni sulle droghe, tecniche di counselling e terapeutiche. Il cliente porta specifiche conoscenze sul proprio rapporto con le sostanze e sull'interazione del consumo con gli stati fisici e mentali, la storia, i bisogni, il senso di ciò che può funzionare per lui/lei.

Quando al cliente si offre l'opportunità di scegliere gli obiettivi e la direzione del trattamento, le cosiddette "resistenze" diminuiscono e possono essere inquadrare come fisiologiche ambivalenze.

Parti da dove il cliente si trova e stagli accanto

E' il principio del trattamento centrato sulla persona. Le persone fanno le loro scelte e il fatto che queste possano confliggere con le convinzioni del terapeuta non deve interferire nella relazione e non ci solleva dalla responsabilità di dare quanto è possibile. L'operatore può comunicare, non imporre.

Il self change e il rapporto coi programmi dei servizi

Il saggio di Harald Klingemann e Justyna Klingemann analizza il processo di self change, ancora largamente sottostimato, se non negato dagli operatori dei servizi (Harald and Justyna Klingemann, *How much Treatment does a person need? Self change and the Treatment System*, in E. Miller (ed) (2009), *Evidence based Addiction Treatment*, Academic Press, Burlington).

La realtà del self change è ormai consolidata dalla ricerca, e si è visto che la strategia di self change più comunemente seguita è il passaggio al bere a basso rischio. La maggioranza degli studi sul self change per la dipendenza indica che ci sono migliori possibilità di natural recovery per i casi meno gravi, tuttavia le indagini epidemiologiche mostrano un tasso del 25% di self change (astinenza o bere a basso rischio) anche fra i soggetti diagnosticati come dipendenti dal DSM IV.

I processi di valutazione cognitiva e di bilancio decisionale escono come il "motore del cambiamento", mediato dalle condizioni sociali. Le possibilità di mantenere il nuovo comportamento aumentano in presenza di un supporto familiare o di amici, unito a un nuovo stile di vita in cui i comportamenti a rischio non sono più appetibili.

Ciò non significa che l'intervento professionale non sia più utile. Lo è a patto di vederlo come un supporto al self change, con interventi minimi di facilitazione dei processi individuali di valutazione cognitiva. I terapeuti possono supportare il self change aiutando a fissare obiettivi realistici di cambiamento. La ricerca sul self change illumina anche gli operatori sulle ragioni per cui molte persone rifiutano i programmi tradizionali e può perciò aiutarli a formulare programmi orientati verso i consumatori.

PER CONCLUDERE: L'APPROCCIO DI RIDUZIONE DEL DANNO, I PUNTI CHIAVE

- L'approccio di Riduzione del danno è assai più ampio degli interventi di bassa soglia, comunemente inquadrati nel quarto pilastro. Da un lato è un modello di politiche pubbliche per il "governo" del consumo di sostanze legali e illegali; dall'altro, nel campo specifico degli interventi socio-sanitari, è per l'appunto un approccio che si può applicare all'intera gamma, rinnovando la tradizionale distinzione in prevenzione, trattamento, riabilitazione.
- L'approccio di riduzione del danno nel campo degli interventi è assai più vasto della possibilità di stabilire obiettivi diversi dall'astinenza, anche se su questo punto si è focalizzata la controversia, specie per gli interventi relativi all'alcol (controversia del bere controllato). Si può dire che il fatto di poter stabilire obiettivi diversi dall'astinenza è una delle conseguenze della scelta di ispirarsi alle traiettorie "naturali" di consumo, ai percorsi "naturali" di recupero delle persone, e in generale ai processi "naturali" di cambiamento in ogni ambito del comportamento umano (che avviene con gradualità e in generale sul lungo termine, vedi sopra il Modello Transteoretico di Cambiamento). Guardando alle traiettorie naturali, si scopre che i consumi stanno in un

continuum (a differenza dell'approccio dicotomico astinenza/dipendenza), così come i percorsi naturali di remissione seguono per lo più un andamento graduale, di stepping down verso modelli più moderati di bere o di consumo.

- Lo sguardo rivolto alle "traiettorie" naturali di consumo e ai processi "naturali" di remissione fonda il carattere bottom up (o user friendly) della relazione col cliente, così come il carattere dell'intervento di "supporto" (più che di aiuto) alle capacità "naturali" delle persone. Da qui il superamento della tradizionale scansione prevenzione/trattamento: si ipotizzano interventi in genere brevi, di supporto, che possono intervenire in qualsiasi momento del continuum di consumo, secondo una modalità proattiva. Questa modalità di intervento "leggero" ha il vantaggio di perdere ogni caratteristica stigmatizzante, che inevitabilmente si associa all'etichetta di "abusatore" e di "alcol dipendente".

- L'assunto teorico innovativo su cui si fonda l'approccio di Riduzione del danno rovescia l'ottica del modello disease: invece di partire dal deficit (della dipendenza), si guarda alle capacità (della stragrande maggioranza) delle persone di tenere il bere sotto controllo, cercando di indagare i "controlli" nell'interazione del fattore droga coi fattori set e setting.

- Le ricerche sul consumo controllato/incontrollato permettono di cogliere la dinamicità delle traiettorie di consumo. Sono frequenti e spesso ricorrenti i "picchi" di consumo eccessivo, ma anche i periodi di consumo più controllato. Inoltre, anche per i consumatori/bevitori più problematici, per lo più le carriere seguono una traiettoria discendente. Più che di perdita di controllo, si può allora parlare di "diminuito controllo", come afferma A. Marlatt. Le oscillazioni delle "carriere" ci parlano dell'influenza dell'ambiente e degli eventi di vita, che possono cambiare il significato e il "posto" che il bere o il consumo hanno nella vita delle persone. Il generale sviluppo verso la moderazione ci dice che le persone, sul lungo termine, "apprendono" il controllo, ma il procedere per "picchi" ci dice anche che il processo di apprendimento è in genere lungo (in sintonia col Modello Transteoretico di Cambiamento).

- Fondamentale è anche la ricerca sui trattamenti per l'alcol. Essa ci dice che dobbiamo guardare oltre le tecniche e i modelli teorici dei vari trattamenti disponibili, per prestare attenzione ai processi "naturali" di cambiamento. Il progetto MATCH (che ha comparato 3 tipi di trattamento per alcol - cognitivo-comportamentale, motivazionale/di rinforzo, 12 passi - su 1700 bevitori problematici) ha dimostrato il fallimento del tentativo di "abbinamento" fra i vari trattamenti e le caratteristiche degli utenti (Marlatt, 1999, 61). La difficoltà a dimostrare la superiorità di un trattamento sull'altro e l'apparente uniformità dei risultati non deve portarci a pensare che gli interventi siano inutili. Ci devono spingere invece a guardare alla natura dei processi che stanno sotto al cambiamento e che sono comuni sia al natural recovery che al recovery con l'aiuto del trattamento (Orford, 2001, 285).

- L'approccio di riduzione del danno può dunque esser visto come un supporto al self change, collocando l'intervento nel contesto degli eventi di vita (life circumstances) per come aiutano/ostacolano il cambiamento; seguendo un modello di cambiamento "naturale" in cui l'intervento possa inserirsi a sostegno dei processi naturali.

Per saperne di più:

Jalie A. Tucker, Dennis M. Donovan, G. Alan Marlatt (eds) (1999), *Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*, The Guilford Press, New York.

Jim Orford (2001), *Excessive Appetites. A Psychological View of Addictions*, John Wiley, Chichester

Saladin ME & Santa Ana EJ (2004), *Controlled Drinking: More than just a controversy*. *Current Opinions in Psychiatry*, 17, 175 - 187

Witkiewitz K & Marlatt GA (2006), *Overview of Harm Reduction Treatments for Alcohol Problems*. *International Journal of Drug Policy*, 17 (4), 285-294

Harald Klingemann, Linda Carter Sobell (eds) (2007), *Promoting Self Change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*, Springer, New York

J.E. Henningfield, P.B. Santora, W.K. Bickel, (eds) (2007), *Addiction Treatment. Science and Policy for the Twenty first Century*, The John Hopkins University Press.

Chapter | fourteen

How Much Treatment Does a Person Need? Self-Change and the Treatment System

Harald Klingemann

Unit of Substance Use Disorders, University Clinic, University of Zürich,
Switzerland

Justyna Klingemann

Department of Alcohol and Drug Dependence, Institute of Psychiatry and
Neurology, Warsaw, Poland

SUMMARY POINTS

- Treatment programs usually reach only a small fraction of their potential target groups. The assumption that change from addictive behaviors occurs within a wider framework than just professional treatment has received broad support. An analysis of the interface between professional and lay referral systems highlights the need to learn more about the large group of people who refused to accept professional help to solve their addiction problem.
- The traditional concept that resolution of addiction problems can be achieved only by abstinence is no longer tenable given the research findings on self-change and from large longitudinal surveys. The pursuit of low-risk drinking behavior has been shown to be the most frequent self-change strategy.
- The majority of addiction self-change studies indicate a better chance of natural recovery among less severe cases even though survey results show a 25% self-change rate (abstinence or low-risk drinking) also among DSM-IV-dependent cases. Cognitive appraisal and

268 How Much Treatment Does a Person Need?

decisional balancing processes have turned out to be “the motor of self-change” mediated by societal conditions. Maintenance of self-change is much more likely with social support from friends and family combined with a change of lifestyle in which risky behaviors lose their appeal.

- From a sociological point of view, the likelihood of self-change depends, among other factors, on the social stigmatization of addictive behaviors, media portrayals of the nature of addiction, population attitudes about the changeability of misuse and dependency, the availability of drugs, and the makeup of the treatment system.
- Clinicians are still needed and can assist self-change by minimal interventions and/or by facilitating individual appraisal processes. More specifically, therapists may assist self-change by helping set realistic objectives of change. Self-change research also informs treatment providers about the reasons why their programs are not accepted and helps them adopt a more consumer-oriented perspective.
- From a policy point of view, the frequent occurrence of self-change, coupled with the general public’s lack of awareness of such recoveries, suggests that disseminating knowledge about the prevalence of self-change could be a type of intervention itself. Individuals who have achieved self-recoveries could make public declarations in order to encourage others to try the self-change process.
- Future research direction perspectives include the use of detailed case analysis to determine if lay strategies may be used in professional settings. This strategy would require an ongoing dialogue between researchers and treatment providers. Prospective longitudinal studies, including control group designs, are needed. Finally, qualitative and quantitative research strategies must be combined in a meaningful way.

PROFESSIONAL HELP AND LAY HELP— TREATMENT SYSTEMS IN CRISIS

In the recent past, addiction treatment systems have come under increasing pressure to legitimize their function and to prove their efficacy and efficiency. Treatment programs usually reach only a small fraction of their potential target groups. The assumption that change from addictive behaviors occurs within a wider framework than just professional treatment has received broad support, most recently from studies based on data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Cohen, Feinn, Arias, & Kranzler, 2007; Dawson et al., 2005; Dawson, Goldstein, & Grant, 2007; Dawson, Grant, Stinson, & Chou, 2006).

The NESARC sample consisted of 4422 individuals with prior-to-past year onset of DSM-IV alcohol dependence of which only one-quarter reported ever having sought help for alcohol problems. Approximately half of all recoveries were achieved via low-risk drinking rather than abstinence, thus questioning the traditional focus of treatment on chronic, severely dependent cases with abstinence as the only treatment goal. A return to low-risk drinking was far more common among those who recovered without treatment. Finally, in the year of the study, 28% of treated individuals compared to 24% of those who were “never treated” were still dependent (Dawson et al., 2005). However, conclusions based on these findings must be interpreted cautiously, as only prospective studies controlling for background characteristics of the study group would allow definitive conclusions about treatment effectiveness. The NESARC study leads to the notion that various degrees of use, misuse, and addiction must be linked to a treatment continuum ranging from unassisted individual change to residential specialized addiction clinics. At the same time, a range of outcome goals including abstinence as only one among various pathways out of addiction should be taken into consideration. Prominent examples of flexible treatment goals include adoption of the harm reduction approach—initially applied to illicit drug consumption only—in the area of licit drugs (see Klingemann, 2006) and the growing acceptance of controlled drinking programs (see Klingemann & Rosenberg 2009; Koerke, 2006; Rosenberg & Melville, 2005), as well as moderation management approaches in some countries.

Faced with empirical evidence showing the efficiency of short-term, minimal interventions, inpatient programs in particular have come under increasing pressure. From an international perspective, the expansion of welfare-oriented provision of treatment has come to a halt in the 1980s and has been replaced by an increased emphasis on efficiency, cost control, and evidence-based treatments (Trinder & Reynolds, 2003). This change was accompanied by an increasing acceleration in the treatment system (Klingemann, 2000). However, the attempt to legitimize and promote addiction treatment by emphasizing its scientific basis has not led to a better outreach and acceptance of treatment. The programmatic challenge of evidence-based action has not been adopted in the daily business of addiction treatment. Furthermore, the inherent logic of empirical science implies that more findings often lead to more ambivalence and insecurity. Continuous criticism of available research findings is the driving force of science, although it increases ambivalence in professional practice (Beck, 1999; Cottorell, 1999; Klingemann & Bergmark, 2006).

Currently, treatment systems are challenged by a dwindling trust in expert knowledge, together with an increasing belief in an individual's ability to cope with problems using lay knowledge (Blendon & Benson, 2001; Brooks & Cheng, 2001). The broad acceptance of complementary

270 How Much Treatment Does a Person Need?

and alternative medicine in the health care system illustrates this point (Easthope, Tranter, & Gill, 2000; Eisenberg et al., 1993; Furnam & Lovett, 2001). Back in the 1960s the medical sociologist Freidson (1960, 1961) pointed out that professional problem solutions compete with everyday theories and lay wisdom when people are trying to solve their problems or want to bring about change. Lay theories are often highly complex and not necessarily less useful than knowledge produced by science (see, for example, Ogborne and Smart, 2001, on the perception of moderate drinking or Furnham and Lowick, 1984, on lay theories on “alcoholism”).

Keeping these societal changes in mind, the current crisis in addiction treatment systems appears to be caused by an insufficient adaptation of clinical treatment options to potential customers' needs. Expressed differently, treatment programs might not be customized to what the potential patient wants, leading to low levels of acceptance by potential consumers of the services.

An analysis of the interface between professional and lay referral systems highlights the need to learn more about the large group of people who refuse to accept professional help to solve their addiction problem. The focus of treatment research on easy-to-reach clinical populations is one of the reasons that has kept us from progressing in this area, as Orford has argued in his review entitled “Asking the right questions the right way: The need for a shift in research on psychological treatments for addiction.” Increased attention to change processes as a dynamic interaction between treatment provider and patient in both clinical and nonclinical populations is at the heart of a reorientation of research in this area (Orford, 2008).

Among the key issues to be addressed are the following.

- What are the barriers keeping individuals from treatment seeking? Are we able to replicate and adopt lay strategies of quitting in professional settings?
- Which strategies of change are chosen when people with addiction problems do not rely on expert help?
- How do substance users incorporate offers of minimal intervention by professionals into their individual change process?
- What can professional treatment providers learn from laypeople changing on their own?

SELF-ORGANIZED QUITTING, SELF-CHANGE FROM ADDICTIVE BEHAVIORS

What is self-change?

The use of the term “self-change” or “spontaneous remission” is by no means restricted to addictions. Clinically, “spontaneous remission” occurs

when an improvement in the state of the patient in the absence of effective treatment can be observed (Roizen, Cahalan, & Shanks, 1978). Working definitions in psychology emphasize cognitive elements of a self-initiated recovery or change in behavior (Biernacki, 1986). The sociological perspective conceptualizes self-change as quitting or interrupting a deviant pattern without formal interventions (Stall, 1983) and/or the mobilization of external resources or social capital ("self-organized quitting"). Working definitions for research typically define self-change by referring to a change in consumption behavior—or not meeting diagnostic criteria for dependence such as DSM-IV any longer—which has been accomplished without professional help or self-help groups within various time frames (e.g., John, 1982). A period of 5 years of remission is considered a relatively stable change (Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2007).

Self-change research and the disease concept

The idea that the majority of problem alcohol or drug users give up their problem consumption without massive professional support usually meets with skepticism among both treatment professionals and the general population. This does not mean that professional and self-help treatment options and a differentiated treatment network are no longer needed. However, the self-change approach challenges the concept of addiction as a disease that inevitably progresses in the absence of treatment (Bergmark & Oscarsson, 1987; Burman, 1994). The controversy on abstinence versus the possibility of a return to controlled consumption illustrated the pessimistic view on an individual's chances to change without professional therapy. Commonalities between the change processes involved in individual drug and alcohol careers and "privately organized quitting processes" from nicotine dependency and eating disorders (Biernacki, 1986) usually have been ignored altogether. Therefore, for many years, questions about the possibility and frequency of "natural recoveries" and the change processes underlying them were not raised in mainstream treatment research.

However, research efforts in the area of self-change have gained momentum during the last decades. Peele (1989), a critic of the abstinence dogma and the "the diseasing of America," favors a "strength-based" or empowerment perspective. Furthermore, the increasing acceptance of the harm reduction concept in both the alcohol and drug policy (at least outside the United States) and the recognition of a wide range of outcome parameters, including quality of life and moderation, have contributed to a shift of research perspectives. The improvement of general conditions of life of target groups, for example, work and housing combined with limited

272 How Much Treatment Does a Person Need?

low-threshold interventions, are considered as possible strategies to strengthen the individual's potential to modify addictive behavior.

Self-change studies in practice

RECRUITMENT OF SELF-CHANGERS

Reaching and studying clinical populations are relatively straightforward matters. Studying individuals who have changed on their own and who often do not feel comfortable in sharing this with others (i.e., hidden populations) represents quite a different challenge. Strategies to study natural recovery include cross-sectional or longitudinal population surveys, the analysis of official registers (e.g., police records) over time, snowball sampling techniques, the study of dropouts from waiting lists, and, used most frequently, media recruitment. Survey methods using large population samples are appropriate particularly when the central aim is to obtain rates and outcomes (e.g., abstinence, controlled drinking) of self-change. However, such methods provide little insight into the processes of change. Questions about stages of change, what triggers such processes, and what strategies self-changers use are typically addressed by qualitative studies using media recruitment and snowball sampling. In this regard, however, all methods have drawbacks. Survey methods, especially cross-sectional retrospective designs, require very large samples and lead to a rather superficial analysis of self-change. Snowball sampling mirrors social networks or subcultures and excludes subjects who have weak or no communication ties. This bias is avoided by media recruitment that reaches a wide range of community populations. Then again, media-recruited subjects tend to include more severe cases of individuals who change late in their addiction career and are most likely to choose abstinence as their goal for problem resolution (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2000).

STUDY DESIGN—VALIDITY

Ideal study designs would include the use of control groups, prospective analysis of change processes over long time intervals, and measures to ensure the validity of data. Can we believe retrospective reports of self-changers if they claim a return to controlled drinking? To tackle these issues, some studies have used collateral reports to validate data obtained from study participants and a combination of screening and extensive life history interviews to check the consistency of self-reports. Other studies, using the timeline follow-back method, have demonstrated the validity of self-reports (Sobell & Sobell, 1992; Sobell et al., 2003).

Figure 14.1 shows an example of the typical stages of research field-work in finding and selecting self-changers.

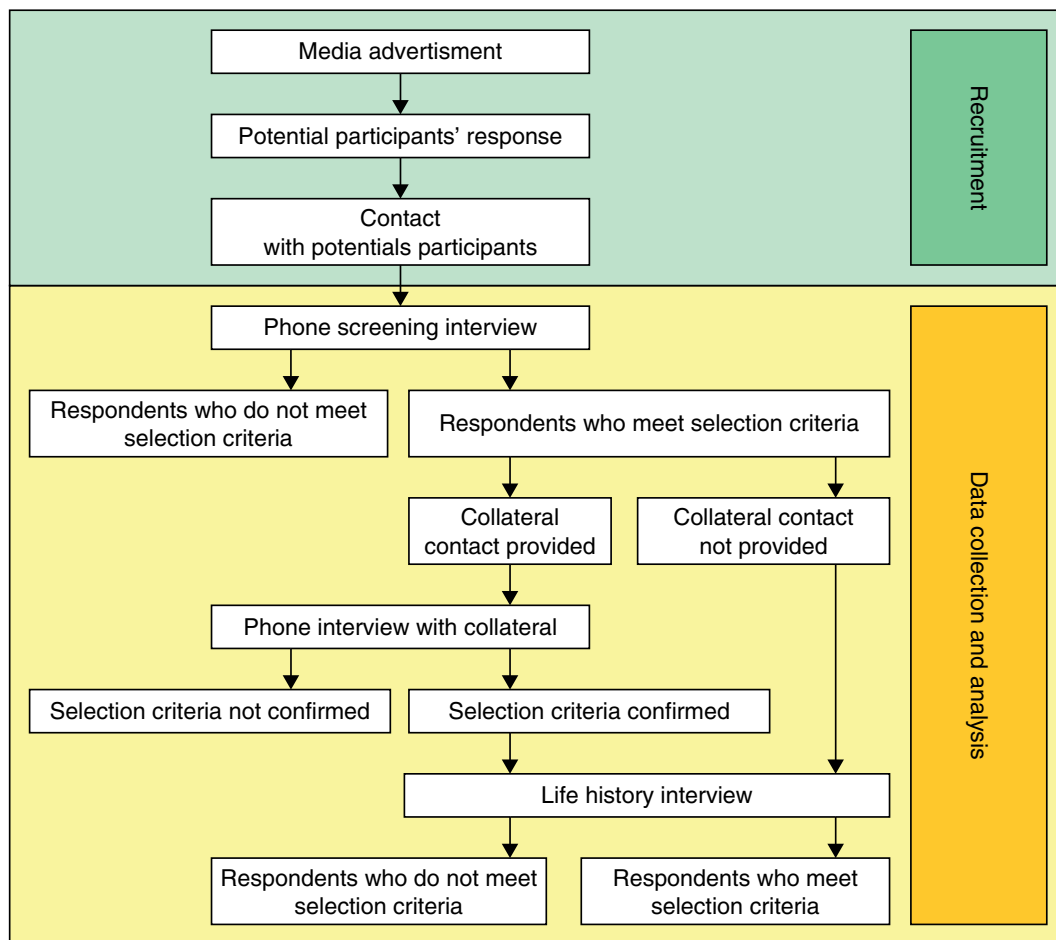


FIGURE 14.1 *Self-change studies: Typical stages of fieldwork and the selection process.*

DEFINITIONAL ISSUES

The meaning of “change in the absence of treatment” requires a working definition of what constitutes treatment (Blomqvist, 1998). In practice, some studies include individuals in the self-change category even when the respondent reports (1) minimal therapeutic intervention at any point in their life, (2) infrequent attendance at self-help groups, or (3) nonspecific interventions (hospital stay without counseling and detox, advice by a general practitioner to quit or cut down). Humphreys, Moos, and Finney (1995) argue that self-help organizations should not be considered as treatment—(1) they can be viewed as a natural community resource and way of life rather than treatment and (2) they do not require public funds or licensure. In addition to the definition of “nontreated,” the severity of the addiction prior to self-change must be defined. Researchers in this area have been using various criteria; some studies have focused only on dependence, others also on abuse or harmful use of substances according to ICD-10 or DSM-IV criteria, and some on the perception of severity by study participants. A close look at definitions used is important, as critics of self-change research claim that

274 How Much Treatment Does a Person Need?

self-changers are not dependent (at best, they are at-risk drinkers) and therefore are not comparable to clinical populations.

Research overview and core findings

The state of the art in this area of research has been reviewed by [Sobell, Ellingstad, and Sobell \(2000\)](#), with a special focus on methodological issues. This meta-analysis of 39 studies shows that 79% of alcohol studies and 46% of drug self-change studies report a return to low-risk consumption rather than abstinence in the self-change process ([Sobell et al., 2000](#)). A follow-up review by [Carballo, Secades-Villa, Fernández-Hermida, García-Rodríguez, Dum, and Sobell \(2007\)](#) covers 22 studies published between 1999 and 2005 and provides a comparison with Sobell's review. The average duration of the addiction careers of subjects included in self-change studies averaged 12.8 years in Sobell's review and 10.9 years in Carballo's paper. These durations are comparable to clinical populations. The reported average duration of problem resolution through self-change was, on average, 8.0 and 6.3 years, respectively. Approximately half of the studies mentioned health, financial situations, and family situations as the most important triggering factors in self-change, with family support being pivotal for maintenance ([Carballo et al., 2007](#)). [Klingemann and Sobell \(2007\)](#) provide the most up-to-date collection of review articles on self-change. This text looks at the field from an international perspective and applies the self-change approach beyond the classic addiction field to nonsubstance-related addictions such as gambling, the desistance from crime, and natural recovery from eating disorders and speech impairments.

Based on these works, the major core findings and research themes include the following.

- The traditional concept that the resolution of addiction problems can be achieved only by abstinence is no longer tenable given the research findings on self-change and recent findings from the NESARC studies mentioned earlier. The pursuit of low-risk drinking behavior has been shown to be the most frequent self-change strategy.
- The majority of addiction self-change studies indicate a better chance of natural recovery among less severe cases (e.g., [Cunningham, Blomqvist, Koski-Jännes, & Cordingley, 2005](#)), even though NESARC results show a 25% self-change rate (abstinence or low-risk drinking) among DSM-IV-dependent cases ([Dawson et al., 2005](#)).
- Cognitive appraisal and decisional balancing processes, including affective pros and cons for a behavior change, have turned out to be “the motor of self-change” mediated by societal conditions

(e.g., stigma) that facilitate or impede change (Klingemann & Sobell, 2007).

- Maintenance of self-change is much more likely with social support from friends and family (Cloud & Granfield, 2004) combined with a change of lifestyle in which risky behaviors lose their appeal.
- Clinicians are still needed and can assist self-change by minimal interventions and/or by facilitating individual appraisal processes (e.g., Tubman, Wagner, Gil, & Pate, 2002; see overview by Heather and Stockwell, 2004). More specifically, Polivy (2001) notes that therapists may assist self-change by helping set realistic objectives of change, thus avoiding the “false hope syndrome.” Self-change research also informs treatment providers about the reasons why their programs are not accepted and helps them adopt a more consumer-oriented perspective.

Figure 14.2 provides an overview of the various parameters guiding self-change processes.

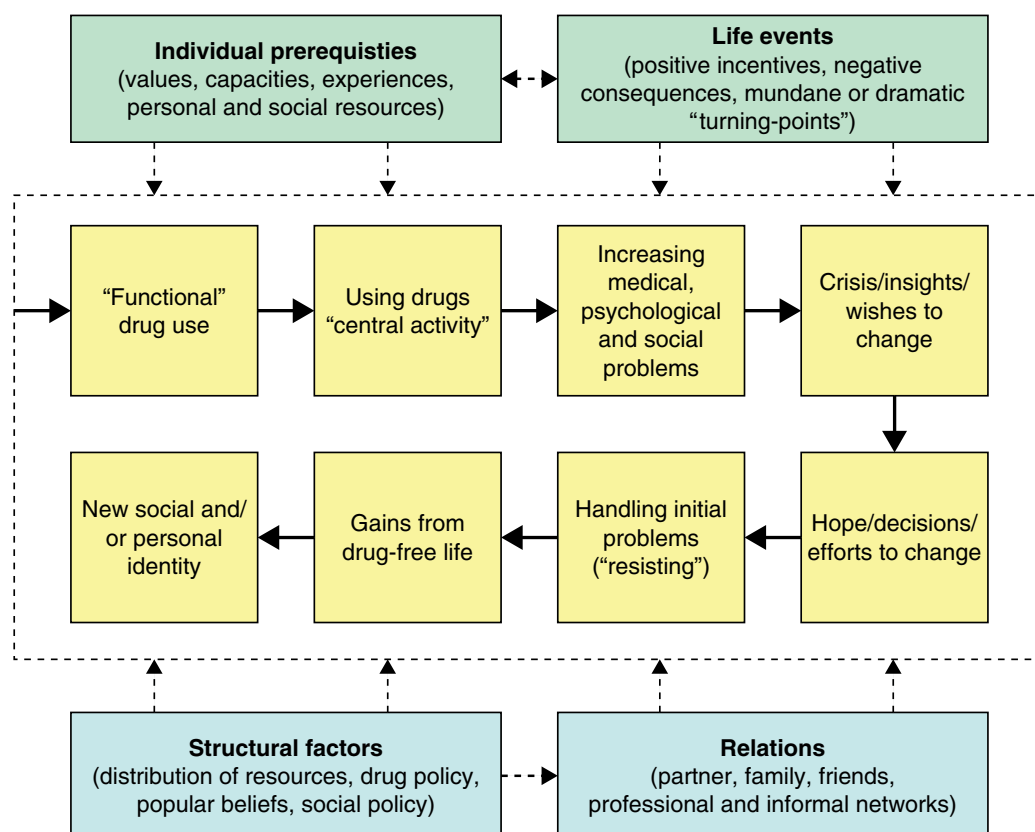


FIGURE 14.2 Entry into and exit from drug addiction. “Inner logic” and main driving forces (Blomqvist, 2005, p. 159).

276 How Much Treatment Does a Person Need?

Selected issues

BARRIERS TO TREATMENT

Researchers studying natural recovery have identified various barriers to treatment seeking by addicted individuals. [Tucker and Vuchinich \(1994\)](#) list the following reasons for avoiding treatment even among individuals who are willing to change: potential embarrassment (66%), concerns about stigma or being labeled as an alcoholic (63%), not wanting to share personal problems (58%), negative attitudes toward treatment or hospitals in general (53%), and cost of treatment (13%). Surprisingly, local availability of programs was considered of no importance. [Luoma et al. \(2007; Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008\)](#) found high levels of stigma, both self-imposed and imposed by the treatment system, among patients in 15 U.S. substance abuse treatment centers. Furthermore, the authors note that “experiences with stigma-related rejection continued to be related to number of previous episodes of treatment even after controlling for other explanatory variables” ([Luoma et al., 2007](#)). This study among patients in treatment mirrors the negative view of self-changers toward professional treatment. While information about treatment options is easily available and not usually a deterrent to treatment seeking ([Copeland, 1997,1998; Klingemann, 1991](#)), questions about the quality of treatment services and the ability of treatment providers to be sensitive to special needs are more prominent barriers to the acceptance of professional help. In a study by [Klingemann \(1991\)](#), respondents typically anticipate moral pressure, inadequate treatment methods, and emotional strain when entering treatment (“therapy robs you of everything...my personality would not have been worth anything anymore”). In addition, subjects mentioned self-change coping strategies (e.g., special diet; spiritual exercises), which are not offered by traditional treatment programs. A study by [Copeland \(1998\)](#) demonstrated gender-specific treatment barriers among addicted women. Women felt that programs with a majority of male clients were not sensitive to their problems, including child care needs, hours of operation, and time requirements for treatment.

When asked about barriers to participation in self-help groups (e.g., Alcoholics Anonymous), self-changers typically mention the strong religious orientation of 12-step groups. In addition, they express a dislike for reliving their alcoholic past instead of focusing on positive, life-changing skills. Respondents also expressed resistance to labeling themselves as “alcoholic” and internalizing the notion of powerlessness and of being a lifelong “recovering alcoholic” ([Burman, 1997; Copeland, 1998](#)). From a gender perspective, the dominance of male participants in self-help groups appears to serve as an obstacle to participation by women ([Copeland, 1998](#)).

LAY STRATEGIES OF RECOVERY

Self-changers rely on everyday behavioral concepts such as thinking about the negative effects of drugs, developing adequate substitutes for drugs, and distancing oneself physically and cognitively from drugs. More specifically, strategies mentioned in the literature include avoiding drug use environments (change of job or apartment or choosing alternative routes from work to home), eliminating consumption-related stimuli (bottles, ashtrays, syringes), leaving drug subcultures or user networks, and scheduling alternative, pleasurable activities and hobbies. In a qualitative study of self-change strategies in young adults, [Finfgeld and Lewis \(2002\)](#) found that self-changers tried “to seek solid ground” by engaging in school or volunteer activities, child care, writing, painting, and music, as well as abandoning drinking friends. Comparing samples of treated versus natural recovered individuals in Canada, [Collins \(2006\)](#) found low levels of religiousness and spirituality among current alcohol-dependent subjects, as well as among spontaneous remitters. However, a quarter of the natural recovered subjects considered spirituality important for maintenance. Pursuing a spiritual path to problem solving appears to be a more typical characteristic of 12-step programs. Self-changers typically pursue strategies of retreat (self-imposed, physical withdrawal from temptations). Some self-changers use a public pledge and commitment to change as a strategy, whereas others change without such public commitment because of frequent failure in the past and anticipatory regret at having to admit to another failure. Some self-changers report that they keep written diaries during their change, whereas others use images of the negative aspects of their previous addiction experiences.

“This is where I put my fist through the door when I was drunk... We re-did the entire kitchen, but I left the damaged door as it was.” ([Burman, 1997](#))

Finally, “multiple resolutions” are reported by self-changers. Successful techniques of self-change in one problem area (e.g., alcohol) are often applied to other undesirable behaviors (e.g., smoking) ([Burman, 1997](#); [Klingemann, 1992](#); [Sobell, Sobell, & Agrawal, 2002](#)).

In summary, qualitative studies on self-change show how impressive and varied the “tool box” of self-changers is.

Trends and recent studies

The self-change concept has been applied to other problem areas, such as gambling ([Toneatto et al., 2008](#)), smoking (also cannabis) ([Doran, Valenti, Robinson, Britt, & Mattick, 2006](#); [Ellingstad, Sobell, Sobell, Eickleberry, & Golden, 2006](#)), mental illness ([Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John,](#)

278 How Much Treatment Does a Person Need?

2005b), eating disorders, and criminality (Takala, 2007; overview: Klingemann & Sobell, 2007). In addition, an international perspective in self-change research is gaining ground. Outside of North America, studies have been conducted in Finland (Hänninen & Koski-Jännes, 1999, 2004), Sweden (Blomqvist, 2004), Switzerland (Klingemann, 1991; Klingemann & Aeberhard, 2004), Italy (Scarscelli, 2006), and Spain (Carballo Crespo, Secades Villa, Sobell, Fernández Hermida, & García-Rodríguez, 2004; Carballo et al., 2008).

Because of successful media recruitment strategies that attract more severe cases, self-change studies have begun to focus on addictive problems of long-term duration. Studies have also highlighted self-change processes in early stages of addiction. Vik, Cellucci, and Ivers (2003) reported that 22% of student binge drinkers managed to reduce their alcohol consumption without professional counseling. Misch (2007) suggests that researchers "... observe the natural recovery from excessive alcohol consumption among college students and then identify and extract the active ingredients of that transformation whether they be ... processes involving the academic enterprise, the social structure or other variables of college life." From a more general perspective, self-resolution processes in young adulthood can be characterized as a maturing-out process and a transition to independence and adult roles (O'Malley, 2004).

Recent studies have focused increasingly on a better understanding of the process characteristics and course of natural recoveries; more specifically on cultural and group factors and dynamics.

Research on ethnic groups has stressed both commonalities and culture-specific notions related to self-change. A prominent element in the heuristic model of natural recovery among Alaskan natives (the People Awakening study) is a reference to the responsibility to the extended kinship structure (family and community) and disavowal of the notion of alcoholism as an incurable disease (Mohatt et al., 2008).

Bendek, Cory, Spicer, and Team (2004) use anthropological analysis of content to analyze reasons for reducing alcohol consumption among members of American-Indian communities. Results reflect the salient themes in the natural recovery literature, with only partial transformation of self-change processes in the specific cultural context. This study, in addition to Grant's research on "rural women's stories of recovery from addiction," illustrates strategies in the recovery process in areas with little access to treatment. From a methodological point of view, Tucker (2008) comments on the potential merits of such qualitative cultural studies: "By studying natural resolutions, the cultural and other contextual elements that motivate and sustain positive change begin to emerge with clarity not possible in studies of problem drinkers who seek help."

The heterogeneity of nontreated populations has not only been researched from an anthropological perspective in terms of cultural diversity, but also with respect to a number of background variables as predictors of problem resolution. [Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, and John \(2003\)](#) claim "...data suggest strongly that a lack of identifying specific variables of natural recovery in previous research might be due to heterogeneous subgroups of natural remitters.... both resources and stressors play an important role for processes of remission without formal help." In subsequent research they stress the importance of interaction among gender, problem severity, and social capital/social support ([Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2005a](#); [Bischof et al., 2003, 2007](#)). [Cunningham and colleagues \(2005\)](#) highlight group-specific aspects of the recovery process by analyzing the interaction between addiction severity and reported reasons for recovery. Based on a general population sample, they show that consequence-driven reasons (e.g., particular life events) for recovery compared to drifting-out reasons (e.g., role changes, growing older) occur significantly more frequently among lifetime alcohol-dependent cases than among less severe cases. A third recovery process characterized by "reflective maturational reasons" (e.g., not getting anywhere in life) was not sensitive to problem severity.

Group heterogeneity may also influence the course of change processes over time. [Bischof and colleagues \(2007\)](#) investigated in a 2-year follow-up a self-change population in Germany with an average remission from DSM-IV alcohol dependence at a baseline of 6.7 years. The majority of natural remitters remained in full remission. However, differences were apparent based on subgroups as characterized by different combinations of problems, social support, and addiction severity at baseline. The "low problem-low support" group was the most unstable, with 12.7% utilization of formal help and 6.3% with dependence symptoms compared with the "high problem-medium support" and "low problem-high support" groups, with unstable natural remissions at follow-up of 3 and 4%, respectively ([Bischof et al., 2007](#)). The authors comment that "... social support also plays an important role in individuals who remitted from less severe alcohol problems and that these individuals might be in more need to turn to formal help, when critical events take place" ([Bischof et al., 2007](#)). The stability of natural recovery from problem alcohol use among natural remitters is also shown by a 4/14-year qualitative follow-up study conducted in Switzerland ([Klingemann, 1991, 1992](#); [Klingemann & Aeberhard, 2004](#)). Of 17 alcohol remitters interviewed in 1988, 1992, and 2002, only 4 reported relapse in 1992 but improved their consumption status again by the time of the follow-up interview in 2002 (return to controlled drinking). Of the remaining cases, only 1 respondent received

280 How Much Treatment Does a Person Need?

treatment that was not considered helpful ([Klingemann & Aeberhard, 2004](#)). Group heterogeneity is also highlighted in this study by media-recruited subjects who considered themselves as “subjective spontaneous remitters” and who managed their alcohol problems despite the fact that they evaluated treatment exposure negatively. Along the same lines, individuals who engaged in a help-seeking process but did not receive help represent a specific subgroup that cannot be compared with remitters who never sought treatment (e.g., [Moos & Moos, 2006](#)). To conclude, the issue of group heterogeneity has methodological implications: Qualitative studies highlight the various meanings that patients attribute to treatment episodes, as well as the interaction between self-management techniques and professional help (see also [Orford, 2008](#)). This information is essential in identifying and describing change processes and mechanisms. As [DiClemente \(2007\)](#) states: “Treatment and any type of intervention to modify drinking behaviors enter a flowing stream of process activity and do not encounter a completely stationary object.... It is a collaborative enterprise that when successful interacts with ... the change process ... than being a mediator or mechanism which completely accounts for a change.”

Finally, the field of self-change research has been dominated by an individual, psychological approach. A more recent research trend favors an interdisciplinary approach. The sociological perspective opens a view to societal, structural antecedents of individual self-change processes and asks “what are the characteristics of a self-change-friendly society?”

The likelihood of self-change depends, among other factors, on the social stigmatization of addictive behaviors, media portrayals of the nature of addiction, population attitudes about the changeability of misuse and dependency, the availability of drugs jeopardizing maintenance, and the makeup of the treatment system (consumer versus expert perspective). Recent surveys in various countries show that the disease concept of addiction is still predominant in the general population, which results in skepticism about the chances for untreated recovery or moderation (e.g., [Cunningham et al., 2007](#); [Klingemann & Klingemann, 2007](#)).

Future research directions perspectives include the use of detailed case analysis to determine if lay strategies may be used in professional settings. This strategy would require an ongoing dialogue between researchers and treatment providers. Prospective longitudinal studies including control group designs are needed. Finally, qualitative and quantitative research strategies must be combined in a meaningful way. The use of life curve drawings, combined with narrative interviews and computer-assisted content analysis, is an excellent example of this combined approach (see [Sobell et al., 2001](#)).

CREATING A SOCIETAL CLIMATE FRIENDLY TO INDIVIDUAL CHANGE: ADVICE FOR POLICY MAKERS

Many individuals with alcohol, drug, tobacco, and gambling problems overcome their addictions without treatment. Unfortunately, awareness of this phenomenon is limited ([Cunningham, Sobell, & Sobell, 1998](#)). In this regard, efforts are needed to increase awareness among the general public that many people with addictive behaviors can change on their own. Increased awareness may also encourage friends and relatives to support self-change attempts.

The frequent occurrence of self-change, coupled with the general public's lack of awareness of such recoveries, suggests that disseminating knowledge about the prevalence of self-change could be a type of intervention itself. Individuals who have achieved self-recoveries could make public declarations in order to encourage others to try the self-change process. Efforts could also be made to inform substance abusers about the possibility that others can aid in their recovery by being supportive. Self-help manuals could be widely available and could inform addicted individuals that they may be able to recover without professional treatment. More specifically, natural contact points could be identified for disseminating information on behavior change/health information and "teachable moments" (e.g., medical-visit waiting time, pharmacists as credible reference persons). In addition, Internet health advice and expert systems should be made accessible to large segments of the population. Such policy interventions, in turn, are likely to trigger and facilitate change at the grass roots level (e.g., Mothers against Drunk Driving; Moderation Management, a self-help group for problem drinkers who did not feel comfortable with traditional self-help groups such as Alcoholics Anonymous).

Public health campaigns can be an effective means for raising public awareness. For example, community interventions, rather than targeting individuals for change efforts, could target opinion leaders, medical practitioners, and public health officials. Community-oriented interventions should be developed, including both information campaigns and treatment-umbrella or resource-umbrella organizations that assist individuals in addressing specific problems.

Drug, alcohol, and smoking campaigns are currently conducted to sensitize the public and to influence attitudes and behavior patterns of risk groups. Similar to the question "how does the amount of advertising influence consumption," we may also ask "how is the motivation for and likelihood of self-change affected by national sensitization campaigns?" Unfortunately, the conclusions presented by [Wilde \(1993\)](#)—from a decade ago—demonstrate that mass communication prevention

282 How Much Treatment Does a Person Need?

programs for health are hardly ever evaluated systematically, a criticism that is still valid today.

Attempts to provide information about self-change to policy makers may evoke opposition from a number of fronts. For example, pharmaceutical companies marketing smoking-cessation products, groups seeking more recognition and treatment for recently recognized addictive problems (e.g., gambling), and advocates of traditional substance abuse treatment may be opposed. Strategies will be needed to (a) overcome resistance, (b) build coalitions, and (c) support policies derived from self-change research.

Stereotypes of alcohol (and drug) addiction in the general population can be considered major stumbling blocks to people who try to recover on their own: Stigma will reduce social support. In addition, societal beliefs about the nature and cause of social problems will shape individual and collective responses to individual self-change. How visible are these problems? How confident are we that people may eventually change their eating disorders, heroin or alcohol use, or pathological gambling on their own?

The answers to these questions will depend on the overall attitudes toward the addiction paradigms that prevail in societies. Are addictive behaviors seen as medical problems, social problems, or criminal/moral issues?

**Il presente capitolo è tratto dal volume di E.Miller (a cura di) (2009),
Evidence Based Addiction Treatment, Academic Press, Burlington**

Bibliografia on line su formazione.fuoriluogo.it

Parte quarta

Gli strumenti operativi

Programmi di monitoraggio del bere

Sono programmi generalmente brevi, adatti a essere utilizzati in un approccio di riduzione del danno. Sono accomunati dall'idea che le persone possiedono le capacità per mutare il proprio comportamento del bere, alla pari di altri comportamenti, e dunque il programma è visto come un "supporto" all'auto-cambiamento (self change).

- Moderation management (M.M.): trattamento di mutuo-aiuto che supporta, ma non pretende, l'astinenza e aiuta i membri a moderare i propri comportamenti nei confronti del bere. **<http://www.moderation.org>**

- Drinker's check up: programma di controllo del bere tramite internet (Hester, Squires, Delaney, 2005) **<http://www.drinkerscheckup.com>**

- Behavioural Self Control Training (BSCT) (training comportamentale di autocontrollo): 1) automonitoraggio della quantità, della frequenza e della spinta al bere 2) analisi funzionale delle spinte e delle decisioni a bere 3) specifici obiettivi per il bere 4) abilità (skills) per rifiutare il bere 5) "contratti comportamentali" con ricompense e ricadute rispetto a specifici comportamenti 6) training di prevenzione delle ricadute (Miller, 1978; Saladin & Santa Ana, 2004)

Guida al self change: fogli e schede di lavoro

Introduzione a cura di Grazia Zuffa

Riproduciamo i fogli illustrativi e le schede di lavoro proposte nel volume di Sobell e Sobell, con l'avvertenza che si tratta di strumenti utilizzati in un setting di terapia, nel rapporto duale terapeuta/cliente, setting difficilmente riproducibile negli interventi di riduzione del danno.

Tuttavia, ci pare utile offrire questi strumenti, sia perché chiariscono la "filosofia" della guida all'auto-cambiamento, sia perché possono essere opportunamente adattati per interventi in setting diversi.

Da M. Sobell e L. Sobell (1993), Problem drinkers. Guided self change Treatment, The Guilford Press, New York, Chapters 8, 9: Treatment Procedures: readings and conceptual framework. Il testo originale è consultabile su **formazione.fuoriluogo.it**.

I fogli illustrativi

La funzione dei fogli illustrativi è di dare al cliente un'idea chiara del razionale del programma e una spiegazione dei "passi" di cui si compone. Il fatto di avere uno scritto oltre la parola del terapeuta accentua il carattere del programma di supporto al "fare da sé". Sono previsti due fogli illustrativi.

Primo foglio illustrativo-Comprendere i propri problemi col bere

Il primo foglio spiega in termini semplici che il programma ha la funzione di supportare la persona a cambiare da sé. Si tratta dunque di supporto/sostegno alle capacità che il cliente possiede autonomamente e a riconoscerle in primo luogo (versus lo "aiuto", così come comunemente inteso, a chi non ce la può fare da sé).

Secondariamente, è illustrato il significato del cambiamento, come processo di lungo termine, generalmente non lineare, ma "ondulatorio", con passi avanti ma anche con passi indietro (la slip ovvero la "scivolata"). I passi avanti e indietro sono comuni nel processo di cambiamento di tutti i comportamenti e seguono un processo "naturale" di apprendimento del nuovo comportamento. Dunque il programma mostrerà al cliente il "giusto modo" di guardare alla "scivolata": non come a un "fallimento", ma come a un'occasione per apprendere meglio il nuovo comportamento. E' questo un punto centrale perché si distacca dall'interpretazione usuale della "ricaduta" nei modelli operativi seguiti nel sistema dei servizi (in genere interpretata come "fallimento" e sintomo della "cronicità" della dipendenza).

Ancora, il foglio spiega i passaggi del programma:

- individuazione delle situazioni e dei "fattori stimolo" (triggering factors) che fanno precipitare il bere eccessivo, cercando di distinguere i diversi tipi di situazioni; es. situazioni inaspettate (come l'invito al bar del principale), situazioni ricercate (come andare ad una festa dove si sa che si beve molto), situazioni emotive particolari (come l'eccitazione per un evento positivo o, più spesso, l'ansia per eventi negativi).
- Identificazione degli effetti del bere, sia come effetti positivi, che come conseguenze negative (immediate e a lungo termine, che come possibili rischi).
- Pianificazione degli obiettivi specifici da raggiungere e di come raggiungerli (es. scartando alcune situazioni in cui si rischia di bere eccessivamente etc.).
- Introduzione al relapse management. Comprendere che l'obiettivo di superare il bere eccessivo (o problematico) è un obiettivo di lungo termine. Se nel piano di lavoro programmato ci sono momenti di ritorno indietro, è cruciale pensarli come battute d'arresto temporanee, invece che come "sconfitte". In questo modo si può cercare di limitare l'entità della "scivolata": scivolare può non significare rotolare giù per tutto il sentiero che si è già percorso fino a dove si era cominciato. Animati da questa convinzione e da questi sentimenti positivi, si può così decidere

di smettere di bere al più presto sì da "limitare il danno" (ad esempio, evitando di guidare e facendosi accompagnare a casa).

- Fare della "scivolata" un'esperienza da cui imparare per il futuro, cercando di comprendere la situazione in cui si è verificata e le sue ragioni (che cosa aveva di particolare quell'occasione rispetto alle altre in cui non si è bevuto o non si è bevuto in eccesso? Quali i fattori stimolo?).

Questo primo foglio illustrativo si concentra poi sui primi due passi del programma: individuazione dei "fattori-stimolo" (triggering factors) e delle situazioni di bere problematico (e, se ci sono, delle situazioni di bere non problematico), identificazione degli effetti del bere (conseguenze negative ma anche effetti positivi, conseguenze immediate e a lungo termine, conseguenze negative possibili o rischi).

Il foglio illustrativo può offrire l'occasione per analizzare col cliente il suo comportamento passato per meglio spiegare i principi del relapse management. Ad esempio:

- come si è reagito in passato alle "scivolate"? Si sono avuti sentimenti di colpa? Si può immaginare qualche situazione in cui è probabile che si ripeta una "scivolata"?

Questo primo foglio illustrativo, che riassume i contenuti del primo incontro, è la premessa per la Scheda di Lavoro n. 1, su cui il cliente si impegnerà nell'intervallo fra il primo e il secondo incontro.

Scheda di lavoro n. 1

La scheda di lavoro n. 1 si compone di due parti: nella prima parte, si chiede al cliente di descrivere tre situazioni di bere eccessivo associate ai problemi più gravi; nella seconda parte, si chiede invece di descrivere la più comune situazione-tipo dell'ultimo anno in cui il cliente ha bevuto ma senza subire conseguenze negative (se c'è stata). Se non c'è stata, il cliente lo segnalerà.

Scheda di lavoro 1 - Prima parte

SITUAZIONE DI BERE PROBLEMATICO 1...

- 1) Descrivi brevemente una delle tre più serie situazioni di bere problematico
- 2) Descrivi nello specifico i fattori-stimolo comunemente associati a questa situazione di bere problematico
- 3) Descrivi nello specifico i tipi di conseguenze comunemente associate a questa situazione di bere problematico. Ricorda di considerare sia le conseguenze immediate sia quelle più a lungo termine, e sia le conseguenze negative che quelle positive.
- 4) Quante volte nell'ultimo anno si è verificata questa situazione? Rispetto alle situazioni tipo di bere problematico in cui ti sei trovato nell'ultimo anno, con quale frequenza questa si è presentata? (Esempio: si è presentata nel 50% dei casi)

Questa prima parte della scheda di lavoro 1 sarà utilizzata tre volte, per identificare tutte e tre le più comuni situazioni di bere problematico.

Scheda di lavoro n. 1- Seconda parte

SITUAZIONE DI BERE CONTROLLATO

- 1) Barra solo una delle seguenti caselle:
[] Durante l'ultimo anno non ho mai bevuto 4 drink (o meno) senza sperimentare conseguenze negative (4 drink di vino corrispondono a più di mezzo litro, 4 drink di birra corrispondono a quasi un litro e mezzo, 4 drink di superalcolici corrispondono a più di 150 ml). Se si barra questa casella, ci si ferma qui.
[] Durante l'ultimo anno ci sono state una o più occasioni in cui ho bevuto 4 drink (o meno) e non ho sperimentato alcuna conseguenza negativa. Se si barra questa risposta, si continua.
- 2) Nell'ultimo anno, rispetto a tutti gli episodi di bere, sia di bere eccessivo che di bere controllato,

in quale percentuale di casi hai bevuto fino a 4 drink (o meno) e non hai sperimentato conseguenze negative?

3) Descrivi brevemente la situazione di bere controllato più comune

4) Descrivi nello specifico i fattori-stimolo comunemente associati a questa situazione di bere controllato

5) Descrivi nello specifico i tipi di conseguenze comunemente associate a questa situazione di bere controllato. Ricorda di considerare sia le conseguenze immediate che quelle più a lungo termine. (questa situazione non dovrebbe essere associata a conseguenze negative).

Secondo foglio illustrativo - Come affrontare i propri problemi col bere

Dopo aver identificato i fattori-stimolo e le conseguenze correlate al bere, il prossimo passo consiste nell'imparare a usare queste informazioni per evitare problemi nel futuro.

Questo secondo foglio è un aiuto a individuare opzioni e alternative al bere eccessivo.

Quali possono essere le opzioni?

- 1 Bere in eccesso (esito prevedibile: dannoso)
- 2 bere, ma non in eccesso (esito prevedibile: positivo)
- 3 non bere e agire in modo costruttivo (esito prevedibile: positivo)
- 4 non bere ma agire in modo non costruttivo (esito prevedibile: dannoso)

La prima opzione non necessita di commento. La seconda opzione può essere valida, ma in genere comporta di scegliere di non bere in determinate situazioni dove si concentrano i fattori-stimolo, confinando il bere in situazioni specifiche in cui si è capaci di bere moderatamente (es. un bicchiere di vino o due a tavola). Anche la terza opzione non necessita di commento ed è ovviamente quanto mai positiva a condizione che sia realistica. La quarta opzione significa che la scelta di non bere in situazioni in cui si concentrano i fattori-stimolo non deve dare adito però ad altri comportamenti che possono avere conseguenze altrettanto negative (per es. non si beve ma questo genera una tensione che sfocia in un comportamento aggressivo di cui in seguito ci si può pentire).

La scelta da fare deve essere appropriata, intendendo con ciò non un giudizio di valore, ma di risultati probabili, valutati realisticamente.

Nella scelta delle opzioni, si possono porre queste domande:

- 1) Sei pronto a valutarle tutte?
- 2) Ce ne sono alcune più semplici da mettere in atto di altre?
- 3) Quali sono i costi personali di ognuna? (ad es., evitare qualsiasi situazione di socialità in cui si rischia di bere troppo può causare più problemi che imparare a dire di no quando viene offerto da bere).

Una volta stabiliti gli obiettivi, è ora il momento di fare un "piano d'azione" (action plan). E' importante analizzare i propri sentimenti nel momento in cui si considera il piano d'azione. Si può sentire che non si hanno le capacità per intraprendere il cammino e portarlo a termine, oppure lo sforzo può provocare ansia. E' però importante pensare a tutte le alternative ragionevoli, anche se non ci sente ancora pronti a metterle in atto. Se non si sente di aver fiducia in se stessi, il primo passo da fare è di individuare le cose che ci si sente di poter fare.

A questo punto, il programma di guida al self change è stato delineato nella sua interezza e può essere così riassunto:

IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA

1 Identificare i fattori-stimolo e le conseguenze relative al bere problematico

RISOLUZIONE DEL PROBLEMA

- 2 Fare un elenco delle opzioni che rappresentano alternative praticabili al bere problematico
- 3 Valutare ciascuna opzione nel suo impatto complessivo e in termini di che cosa è necessario per metterla in atto
- 4 Decidere l'opzione migliore- ma averne almeno una di riserva
- 5 Fissare l'opzione scelta come obiettivo, specificandolo nei particolari
- 6 Stendere un piano d'azione per raggiungere gli obiettivi fissati, da svilupparsi in un periodo di tempo ragionevole
- 7 Monitorare l'applicazione del piano (se il piano non funziona come dovrebbe, cercare di capire le ragioni e considerare un'alternativa).

Dopo aver definito il piano d'azione, si riempirà la scheda di lavoro n.2. Questa sarà riempita a casa e sarà portata al prossimo incontro, per essere discussa col terapeuta.

Scheda di lavoro n. 2

Come la prima scheda di lavoro, anche questa seconda si compone di due parti. Prima di compilarla, è necessario aver letto il foglio illustrativo n. 2 (Come affrontare i problemi col bere).

Nella prima parte della scheda, si chiede di individuare le opzioni e i piani d'azione per ognuna delle tre "situazioni di bere problematico" scelte e descritte nel foglio di lavoro n.1.

Nella seconda parte della scheda, si chiede di rispondere a una serie di domande per capire come il bere si inserisca nello stile di vita complessivo del cliente.

Scheda di lavoro n. 2- Prima Parte

Modulo delle OPZIONI

Usa questo modulo per ognuna delle "situazioni di bere problematico" individuate precedentemente.

A) OPZIONI E PROBABILI CONSEGUENZE: descrivi almeno due opzioni per affrontare la situazione di bere problematico, con le relative conseguenze ipotizzabili

OPZIONE 1

PREVEDIBILI CONSEGUENZE DELL'OPZIONE 1

OPZIONE 2

PREVEDIBILI CONSEGUENZE DELL'OPZIONE 2

B) SCEGLIERE FRA LE OPZIONI (1 Quale opzione scegli come migliore?...; 2) Quale opzione scegli come seconda?)

Una volta scelte le opzioni per ognuna delle tre situazioni di bere problematico, si passa al modulo del piano d'azione (un piano per ogni situazione problematica).

Modulo del PIANO D'AZIONE

Usa questo modulo per descrivere il piano d'azione per la situazione di bere problematico n.

Si prevede un piano d'azione per la opzione migliore e uno per quella di riserva.

A) OPZIONE MIGLIORE: opzione n. (selezionata come migliore dal modulo precedente)
PIANO D'AZIONE...

B) OPZIONE DI RISERVA: opzione n. (selezionata come seconda dal modulo delle opzioni)
PIANO D'AZIONE...

(ESEMPIO DI PIANO D'AZIONE: fattore-stimolo della situazione di bere problematico: tensione per situazione debitoria.

PIANO D'AZIONE PER SUPERARE GRADUALMENTE I DEBITI

1 estinguere le carte di credito

2 tenere un elenco mensile dei conti, delle rate e delle date di pagamento

3 il giorno di scadenza pagare almeno una somma su tutti i conti in scadenza, per poter chiedere una

dilazione sul rimanente

4 controlla mensilmente l'estratto conto bancario

5 Fare qualche straordinario per pagare i debiti più velocemente

6 Tenere da parte una piccola somma per il divertimento, per tenere alto il morale

7 Utilizzare le entrate del rimborso tasse, se ci sono, per pagare i debiti più importanti)

Scheda di lavoro n. 2 - Parte Seconda

Modulo di VALUTAZIONE DELLO STILE DI VITA

In genere capita che il bere eccessivo sia strettamente correlato ad altri aspetti della vita quotidiana (per esempio al tipo di persone con cui passi il tempo libero). Può essere perciò importante vedere come il bere si inserisce nello stile di vita complessivo, per decidere eventualmente di cambiare qualcosa nello stile di vita.

1 Ci sono molte attività del tuo tempo libero, sociali e ricreative, associate al bere?

☐ SI Descrivile...

☐ NO

2 Pensi di dover cambiare qualcosa delle tue attività di vita sociale e ricreazionale per affrontare meglio i problemi col bere?

☐ SI Descrivi

☐ NO

3 Pensi che il non bere, o il bere in piccole quantità, lascerebbe dei vuoti nei tuoi tempi di vita quotidiana che dovrebbero essere riempiti con qualcos'altro?

☐ SI Descrivi

☐ NO

4 A volte bevi giusto perché c'è dell'alcol a disposizione, che ti puoi procurare facilmente?

☐ SI Descrivi

☐ NO

5 Bevi in genere in compagnia di altri, di cui almeno alcuni bevono come te o anche di più?

☐ SI Descrivi

☐ NO

6 Ci sono persone con le quali è difficile non bere o limitare molto il bere?

☐ SI Descrivi

☐ NO

7 Ci sono parenti o amici su cui puoi contare per sostenerti nello sforzo di evitare di bere in eccesso?

☐ SI Descrivi

☐ NO

8 Pensi di dover fare qualche cambiamento nelle tue frequentazioni (ad esempio vedere meno spesso alcune persone) per affrontare i tuoi problemi col bere?

☐ SI descrivi

☐ NO

Dopo la guerra alla droga

- Quale può essere in concreto un percorso per superare l'ultracentenario regime mondiale di proibizione delle droghe definito dalle Convenzioni delle Nazioni Unite?
- Quali sono le opzioni possibili per la regolamentazione legale della produzione, dell'offerta e del consumo di tutte le droghe, illegali e legali?
- Attraverso quali tappe si deve procedere?
- Come distinguere fra le varie sostanze?

Il volume di Transform, la fondazione britannica impegnata da anni sul terreno della riforma della politica sulle droghe, ha l'ambizione di rispondere a questi quesiti, offrendo per la prima volta una impalcatura normativa per tutte le sostanze psicoattive ad uso non medico. Con pragmatismo tipicamente anglosassone, gli autori scelgono i mattoni e presentano i plastici di costruzione del nuovo edificio legale che potrebbe sorgere dall'auspicabile «cambio di paradigma». Una riforma ormai inevitabile perché sono molti i segni di crisi della «guerra alla droga»: nonostante l'insistente retorica, imponenti evidenze ne documentano ormai la bancarotta politica, scientifica, etica. Non si tratta di uno scritto di mera testimonianza e neppure, come gli autori amano ribadire, di un testo «radicale». Al contrario, l'estremismo ideologico è appannaggio dei proibizionisti. Forum Droghe con la condivisione della CGIL ha ritenuto utile presentare ai lettori italiani questa guida pratica ad una nuova politica delle droghe, radicata in «scienza e coscienza».

La legalizzazione è un orizzonte possibile, a patto di discuterne con documentazione, discernimento e senza pregiudizi. Questo libro è un contributo in tal senso.



Transform Drug Policy Foundation

Dopo la guerra alla droga
Un piano per la regolamentazione
legale delle droghe

Presentazione di Sandro Del Fattore e Giuseppe Bortone

Prefazione di Franco Corleone e Grazia Zuffa

Ediesse 2011

Pagine: 208

Prezzo 12 Euro

ISBN: 88-230-1520-3