

L'alcol nelle strategie di salute e nella programmazione sociale e sanitaria.

Emanuele Scafato¹, Rosaria Russo, Claudia Gandin e Piergiorgio Zuccaro

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'. Osservatorio su FUMO, ALCOL e DROGA

WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems

LA DIMENSIONE EUROPEA DI RIFERIMENTO

Nel corso degli ultimi anni gran parte dei Piani Sanitari degli Stati Membri della Unione Europea (UE) ha sostanzialmente privilegiato un approccio di popolazione generale scaturito da un'analisi delle realtà epidemiologiche esaminate e fortemente caratterizzato dall'indicazione di un coerente sviluppo multi dimensionale di azioni ed iniziative espresse in termini di priorità sociosanitarie. A partire dall'anno 2000, le tendenze per la programmazione sanitaria, le strategie di sanità pubblica e gli obiettivi di salute hanno subito un ulteriore rafforzamento di tale approccio a seguito della influenza dalle nuove indicazioni emergenti dal documento Health 21 del WHO e dai numerosi documenti (progetti, risoluzioni, raccomandazioni, reports) della Commissione, del Consiglio e del Parlamento Europeo che hanno sollecitato una ulteriore evoluzione verso l'adozione di iniziative, azioni o misure ispirati a principi di "evidence based prevention" di respiro europeo. L'uso sempre più frequente della terminologia "determinante di salute" in luogo del termine "fattore di rischio" appare, a tale riguardo, un indicatore coerente ed adeguato a misurare il processo evolutivo di un rinnovato modello concettuale che ha posto in posizione centrale la salute rispetto alla malattia, l'individuo rispetto al sistema sanitario.

Ciò si è reso particolarmente evidente per i determinati collegati agli stili di vita ed in particolare per l'alcol ed il bere. L'alcol, insieme al fumo, l'attività fisica e l'alimentazione, ha assunto una dignità autonoma di valutazione soprattutto alla luce della crescente evidenza delle conseguenze che una impropria valutazione del rischio collegato all'uso inadeguato di bevande alcoliche possa trasformare la relativa inesperienza dei consumatori, i giovani in particolare, in un grave pericolo per la salute individuale e collettiva.

La crescente attenzione rivolta nell'ambito delle politiche sociosanitarie nazionali ed europee al miglioramento della salute dell'individuo e della società ha tentato di dare risposta alla inderogabile necessità di riconoscere, attivare, rinforzare la capacità dell'individuo di riconoscere e gestire i principali fattori di rischio e di malattia. La centralità delle capacità dell'individuo nel processo di prevenzione è indicata attualmente come fattore indispensabile e cruciale per sollecitare l'adozione di comportamenti di vita sani ispirati da una corretta informazione e alla consapevolezza dei potenziali rischi e dei danni che alcuni atteggiamenti possono causare alla salute.

Il significato del consumo di alcol è molto vario, e per la maggioranza degli individui bere una bevanda alcolica costituisce parte integrante e normale della vita sociale; meno diffusa appare, invece, la consapevolezza che il danno, attivo e passivo, che può essere causato dall'alcol si estende, oltre che al singolo bevitore, alle famiglie e alle comunità

¹ Direttore del WHO COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION ON ALCOHOL AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS e Responsabile Osservatorio ALCOL dell'Osservatorio su FUMO, ALCOL e DROGA – OSSFAD. Primo ricercatore. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' Viale Regina Elena, 299 00161 Roma ITALIA.

Tel (+39) 06 4990 3144 Fax (+39) 06 4938 7069 eMail: scafato@iss.it

comprendendo l'intera società. L'OMS stima che nelle realtà economiche quali quelle della UE i prodotti alcolici siano responsabili dell'8-10 % circa del carico totale di malattia dell'individuo.

Il danno provocato dall'alcol impone un carico economico stimabile pari al 2 – 5 % del Prodotto Interno Lordo di una nazione industrializzata; costi sanitari e sociali che gravano sull'individuo, le famiglie, la società attraverso perdita di produttività, morbilità, invalidità, mortalità precoce. E' oramai unanimemente condiviso, oltre che supportato da una qualificata e consistente evidenza scientifica, che il consumo di alcol e il bere eccessivo nella popolazione sono associati ad un sostanziale aumento della mortalità generale e del rischio diretto ed indiretto di numerose malattie (cirrosi epatica, alcolismo, psicosi alcolica, intossicazione etilica, gastrite alcolica, cardiomiopatia e polineuropatia alcolica, stroke emorragico, sindrome feto-alcolica ecc.) e della morbilità alcol-correlata, di incidenti, principalmente quelli stradali, di violenza intenzionale sia verso se stessi che verso gli altri, suicidi, violenza familiare, crimini violenti, comportamenti criminali e danni prodotti alle persone in quanto vittime, inclusi il furto e lo stupro.

E' questo il motivo per il quale la riduzione dei danni causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini.

PIANO D'AZIONE EUROPEO SULL'ALCOL (2000-2005)

Dal 1992, il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fornito le basi per lo sviluppo e la realizzazione di politiche e programmi sull'alcol negli Stati Membri.

Nel 1995, la Conferenza Europea su Salute, Alcol e Società a Parigi ha adottato la Carta Europea sull'Alcol. La Carta, che stabilisce principi etici e strategie che i Paesi possono usare per sviluppare politiche e programmi sull'alcol, è stata sottoscritta da tutti i 51 Stati Membri nella Regione Europea dell'OMS.

Nel 1999, SALUTE 21, il documento dell'OMS per la Regione Europea 21 ha identificato gli obiettivi per la salute da perseguire nel corso dei prossimi 15 anni, a partire dall'anno 2000. Il target 12 recita che *“entro l'anno 2015, gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenza come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovrebbero subire una riduzione significativa in tutti gli Stati Membri”*.

Coerentemente, l'obiettivo principale del PAEA dell'OMS per il periodo 2000-2005 è esplicitamente orientato a prevenire e ridurre il danno provocato dall'alcol in tutta la Regione Europea individuando 10 aree di intervento strategiche e misure riguardanti:

1) Informazione e educazione; 2) Ambienti pubblici, privati e lavorativi; 3) Alcol e guida; 4) Disponibilità di prodotti alcolici; 5) Trattamento; 6) Promozione delle bevande alcoliche; Responsabilità dell'industria di bevande alcoliche e del settore della distribuzione e della vendita; 7) Capacità della società a dare risposte ai danni alcol correlati; 8) Ruolo delle organizzazioni non governative; 9) Formulazione; 10) Realizzazione e monitoraggio delle politiche.

Gli scopi fondamentali del PAEA sono:

- suscitare una maggiore consapevolezza, fornire strumenti educativi e costruire il supporto a favore di politiche di sanità pubblica che abbiano il compito di prevenire i danni causati dall'alcol;

- ridurre i rischi di problemi alcol correlati che possono verificarsi in una serie di ambienti quali la casa, il luogo di lavoro, la comunità o ambienti nei quali l'alcol viene consumato;
- ridurre l'ampiezza e l'impatto del danno alcol correlato in casi come incidenti mortali, incidenti con feriti, violenze, abusi e/o incuria nei confronti dei minori e crisi familiari;
- fornire un trattamento accessibile ed efficace per le persone che consumano alcol in modo rischioso o pericoloso, e per quelle con alcol dipendenza;
- esercitare una maggiore protezione dalle pressioni al bere rivolte ai bambini, ai giovani e a coloro che scelgono di non bere.

Nel settembre del 1999 la terza fase del PAEA per il periodo 2000-2005 è stata avviata in tutti gli Stati Membri della Regione Europea del WHO e, nel febbraio del 2001, una Conferenza Ministeriale congiunta OMS-UE su "Alcol e Giovani" ha ratificato a Stoccolma gli aspetti specifici delle priorità di riduzione del rischio alcol-correlato giovanile attraverso l'adozione di una "Declaration on Young People and Alcohol".

La Dichiarazione raccoglie la preoccupazione diffusa sull'influenza esercitata nel corso degli ultimi anni dai mezzi e sistemi di comunicazione e dai mercati sulle percezioni, le scelte e i comportamenti dei giovani, specificamente quelli legati al consumo inappropriato di bevande alcoliche. Secondo evidenze dettagliate nel background della Dichiarazione dell'OMS come nella Raccomandazione del Consiglio sul bere dei giovani (vedi di seguito), un numero crescente di giovani, anche in virtù dell'aumentata disponibilità di mezzi economici, risultano maggiormente vulnerabili, in qualità di consumatori, ad alcune tecniche di vendita o di commercializzazione "aggressive" che sollecitano il consumo di sostanze potenzialmente dannose come l'alcol senza fornire un bilanciato messaggio di cautela nel consumo. Questa sarebbe una delle cause principali delle recenti tendenze registrate tra i giovani riguardanti l'incrementata frequenza di sperimentazione dell'alcol da parte dei giovani e giovanissimi e dell'incremento delle pratiche di consumo ad alto rischio quali il "binge drinking" (bere per ubriacarsi, 5 o più drink bevuti di seguito) e gli episodi di intossicazione (adolescenti e giovani adulti) spesso accompagnati da assunzione contestuale di altre sostanze psicoattive legali ed illegali (fumo, farmaci, droghe).

A partire da tali considerazioni la Dichiarazione propone l'attuazione di una serie articolata di obiettivi da raggiungere entro il 2006:

- 1) ridurre in maniera rilevante il numero dei giovani che iniziano a consumare alcol;
- 2) ritardare l'età in cui i giovani cominciano a consumare alcol;
- 3) ridurre in maniera rilevante le occasioni e la frequenza del consumo ad alto rischio da parte dei giovani, specialmente degli adolescenti e dei giovani adulti
- 4) proporre e/o sviluppare delle alternative significative al consumo di alcol e di altre sostanze, e migliorare la formazione teorica e pratica di quanti lavorano a contatto con i giovani;
- 5) incrementare il livello di coinvolgimento dei giovani nella definizione delle politiche giovanili legate alla salute, in particolare per le questioni che riguardano l'alcol;
- 6) aumentare l'educazione dei giovani sull'alcol;
- 7) ridurre al minimo le pressioni esercitate sui giovani per incitarli al consumo, specialmente quelle derivanti dalle promozioni, distribuzioni gratuite, pubblicità, sponsorizzazioni e disponibilità relativi all'alcol, con particolare attenzione alle manifestazioni (*di grande richiamo sociale, ndt*);
- 8) sostenere le azioni contro la vendita illegale di alcol;

- 9) garantire e/o migliorare l'accesso ai servizi sanitari e di counselling, specialmente per i giovani con problemi alcol correlati e/o i genitori o i membri della famiglia alcol dipendenti;
- 10) ridurre in modo significativo i danni alcol correlati, in particolare modo gli incidenti, le aggressioni e gli atti di violenza, soprattutto quelli che riguardano i giovani.

Gli obiettivi proposti e sottoscritti dai 51 Stati Membri afferenti alla Regione Europea dell'OMS dovrebbero essere attuati attraverso lo sviluppo di una serie di efficaci politiche sull'alcol afferenti a quattro macroaree:

- Fornire protezione: Rafforzare le misure rivolte a proteggere i bambini e gli adolescenti dalla promozione di alcol e dalle sponsorizzazioni. Garantire che i produttori non rivolgano ai bambini e agli adolescenti attività di commercializzazione di prodotti alcolici. Controllare la disponibilità delle bevande alcoliche attraverso provvedimenti che riguardino l'accesso, l'età minima legale e misure economiche, compreso il prezzo che influenza il consumo da parte dei minori. Offrire protezione e sostegno ai bambini e agli adolescenti i cui genitori o membri della famiglia siano alcol dipendenti, o abbiano problemi alcol correlati.
- Promuovere l'educazione: incrementare il livello di consapevolezza degli effetti dell'alcol, in particolare tra i giovani. Sviluppare programmi di promozione della salute che comprendano i temi dell'alcol in ambienti quali istituzioni educative, luoghi di lavoro, organizzazioni giovanili e comunità locali. Questi programmi dovrebbero consentire ai genitori, agli insegnanti, ai leader giovanili e coetanei di poter aiutare i giovani ad apprendere e mettere in pratica le capacità utili nella vita per affrontare i problemi della pressione sociale e della gestione del rischio. Inoltre, i giovani dovrebbero essere messi in condizione di assumersi attivamente le proprie responsabilità in qualità di membri importanti della società.
- Supportare gli ambienti di vita: Creare opportunità in cui siano incoraggiate e favorite alternative alla cultura del bere. Sviluppare e incoraggiare il ruolo della famiglia nella promozione della salute e del benessere dei giovani. Garantire che le scuole e, ove possibile, altre istituzioni educative siano ambienti in cui l'alcol non sia disponibile.
- Ridurre il danno: Promuovere una maggiore comprensione riguardo le conseguenze negative del bere sull'individuo, la famiglia e la società. Garantire che negli ambienti in cui si consuma alcol (bar, ristoranti, ...) sia attuata la formazione del personale responsabile del servizio, e mettere in atto o rinforzare le regole che proibiscono la vendita di alcol ai minori e alle persone in stato di ebbrezza acuto. Rafforzare le misure e le sanzioni relative alla guida in stato di ebbrezza. Offrire servizi sanitari e sociali appropriati per i giovani che vivono un'esperienza personale o di terzi legata al bere.

LE PRIORITA' NELL'AMBITO DELLA UNIONE EUROPEA

L'Europa resta nel mondo una delle aree di maggior consumo di alcol; il documentato, progressivo e costante incremento nel consumo di alcol da parte di alcune fasce di popolazione e dei giovani in particolare rappresenta un motivo di preoccupazione per l'Unione Europea.

Come già accennato, numerose evidenze hanno incrementato la consapevolezza da parte dei decisori politici della frequenza crescente dei problemi sociali e dei comportamenti individuali che possono derivare da tendenze rapide, inattese e uniformemente diffuse nella UE di abuso o consumo inadeguato di alcol che appaiono

collegate ad un preoccupante incremento dei rischi associati alla salute e alla possibilità di una emergente criminalità giovanile causata dal bere.

Il testo dei documenti ufficiali che hanno come oggetto il bere o, più in genere la salute esprimono una preoccupazione comunitaria rispetto alle evidenze che indicano come i giovani che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini a praticare comportamenti che comprendono il fumo o l'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi e che vedono pertanto notevolmente incrementate le probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali, potenzialmente evitabili, attraverso modalità di comportamento legate all'inconsapevolezza o all'inesperienza. In questi contesti, anche in virtù di modalità emergenti di consumo definite di "binge drinking", il ruolo dell'uso di alcol appare agire come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve.

La necessità di adozione di alcuni provvedimenti specifici mirati a fronteggiare tale emergente priorità in ambito europeo ha avuto un ruolo fondamentale nella conduzione del dibattito dell'Unione Europea sfociato nella proposta di una Raccomandazione del Consiglio d'Europa riguardante "Drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents"(2001/458/EC) a tutela della salute di bambini e degli adolescenti dai rischi alcol-correlati. La Raccomandazione, così come la successiva Conclusione del Consiglio (Council Conclusion on a Community strategy to reduce alcohol-related harm 2001/C 175/01) raccomandano l'adozione da parte degli Stati Membri di urgenti specifiche azioni preventive ed iniziative di promozione della salute, di educazione e di informazione rivolte tanto ai giovani quanto alla popolazione generale, in particolare per le situazioni e contesti in cui le attuali iniziative sociali e sanitarie risultano carenti o sembrano fallire. Le priorità da perseguire emerse dall'analisi complessiva dei fenomeni e delle tendenze osservati possono essere sinteticamente riassunte in tre obiettivi fondamentali:

- Incrementare il grado di consapevolezza della popolazione e dei giovani in particolare nei confronti del consumo delle bevande alcoliche
- Ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario in particolare nei contesti giovanili
- Sollecitare il mondo della produzione ad incrementare il livello di attenzione e la responsabilità dell'industria sulle modalità di confezionamento e di marketing dei prodotti alcolici, ribadendo l'inopportunità di utilizzare tecniche indirizzate al target e alla cultura giovanile.

Un ulteriore contributo a livello europeo è certamente il nuovo Progetto di Public Health (PHP) "Community action in the field of public health 2003-2008" recentemente adottato dal Parlamento Europeo (Decision of the European Parliament and of the Council No 1786/2002/EC) che identifica le iniziative prioritarie sanitarie e di salute da perseguire nell'Unione Europea e che possano contribuire a supportare lo sviluppo di:

- Politiche Comunitarie e programmi pluriennali su larga scala (educativi, preventivi, formativi, di ricerca ecc.) che possano avere impatto di lungo termine sullo stato di salute;
- Misure specifiche ed azioni (incluse quelle legislative) capaci di influire sulle conoscenze, le abitudini, i comportamenti relativi all'alcol, al fumo, alle droghe, all'alimentazione, alla pubblicità.

L'alcol, esplicitamente indicato tra i determinanti di salute sui quali un intervento è giudicato prioritario a tale riguardo, potrà essere oggetto di iniziative di Public Health Comunitarie rivolte a:

- Elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario (produzione e diffusione dell'informazione)
- Potenziamento delle capacità di affrontare le minacce alla salute attraverso lo sviluppo di una adeguata sorveglianza ed informazione (sorveglianza, identificazione del rischio)
- Strategie e misure rivolte a potenziare le capacità di gestione dei determinanti sanitari (stili di vita) socioeconomici, ambientali (promozione della salute, prevenzione delle malattie).

E' evidente che la costante attenzione alle tematiche alcol-correlate favorirà lo sviluppo di una Community Alcohol Strategy comprensiva della definizione e dell'applicazione di norme o misure non legate alla componente sanitarie, l'approccio multidimensionale ("health in other policies" ad es. : la ricerca, la protezione dei consumatori, i trasporti, la pubblicità, la commercializzazione, la sponsorizzazione, le accise) suggerito dagli art. 3 (P) e 152 del Trattato di Amsterdam e da quello di Maastricht e, auspicabilmente, migliorerà la capacità di giungere ad una sostanziale riduzione dei pericoli connessi con l'alcol.

E' tuttavia da evidenziare le difficoltà incontrate nel corso del trascorso biennio legate alla effettiva ed efficace applicazione di alcune misure di tutela della salute dai potenziali effetti dannosi derivanti dall'uso inappropriato di alcol ed in particolare quelle relative alle modalità di vendita, commercializzazione e promozione delle bevande alcoliche da parte delle industrie produttrici attualmente basate su un principio o un codice nazionale di autoregolamentazione.

Codice di condotta che appare fragile rispetto alla velocità di cambiamento delle tecniche di marketing e che in alcuni casi è addirittura indicato come fattore limitativo alla libera circolazione di prodotti di consumo nell'area comunitaria così come sancito dallo stesso trattato di Maastricht.

La concertazione tra le differenti competenze appare a tale riguardo il presupposto indispensabile per la realizzazione e l'applicazione di Direttive apparentemente lontane dal problema alcol e che invece sono ad esso strettamente correlato quali ad esempio quelle riguardanti le modalità di etichettatura delle bevande alcoliche (del vino in particolare), quella relativa alla possibile introduzione di una accisa comunitaria sul vino, quella relativa alle modalità di controllo delle pubblicità sui media in particolare attraverso trasmissioni via satellite (Directive television without frontiers) o sulla regolamentazione delle vendite nel mercato interno (COM2001 546), quella relativa ai cosiddetti "energy drinks" e alla presenza contestuale in particolari bevande alcol e sostanze psicoattive quali la taurina, la caffeina o il glucoronato che stimolano una crescente "doping culture" in particolare tra i giovani.

In conclusione, poiché le bevande alcoliche sono di fatto beni di consumo e come tali destinate ad un mercato, è facile prevedere che nel breve-medio termine gran parte dell'impegno dei decisori politici, tanto a livello europeo ma soprattutto a livello nazionale, si concentrerà sull'esigenza di fronteggiare e auspicabilmente superare la logica di alcune convenienze legate a fattori economici al fine di trovare un giusto equilibrio tra quello che è il diritto di libera circolazione dei prodotti sul mercato interno e quello di tutela della salute dei consumatori, in particolare di coloro che scelgono di consumare le bevande alcoliche.

LA SITUAZIONE ITALIANA

L'Italia è il primo dei 51 Paesi afferenti alla Regione Europea del WHO ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25 % del consumo pro-capite di alcol nel periodo prefissato 1981-2000.

Tendenza registrata nel consumo pro-capite di bevande alcoliche e di alcol puro in ITALIA.

Consumo espresso in litri/anno

Anni 1981, 1991 e 2001 e variazione (%) nel periodo 1981-2001

(Metodo della disponibilità: Consumo= Produzione Nazionale + (import-export) – altri usi + Stocks)

	1981	1991	2001	1981-2001 Variazione (%)
Vino	86.2	62.1	50	- 41.9
Birra	17.9	24.9	28.9	+ 61.4
Superalcolici	3.5	2.5	1.1	- 68.6
ALCOL	11.7	9.1	7.4	- 36.7

Fonte Elaborazione ISS-OSSFAD su dati PVGD – World Drink Trends

Per il 2002 il vino registra un incremento di un litro/ anno /procapite (51 lt) mentre per la birra e per i superalcolici si rileva un leggero decremento (28.2 e 0.9 litri rispettivamente). Il consumo di alcol anidro annuale resta comunque pari a 7.4 litri all'anno.

Come si può notare dalla tabella al decremento complessivo del consumo di alcol ha contribuito in maniera preponderante il calo del consumo di vino e di superalcolici mentre la birra mostra un andamento crescente.

Nonostante la diminuzione del consumo di alcol registrato dagli indicatori di consumo pro-capite, l'analisi nazionale effettuata attraverso gli indicatori ISTAT consente di esaminare il fenomeno con una maggiore accuratezza e appropriatezza suggerendo la necessità di poter disporre di informazioni dettagliate ed articolate per i vari gruppi di popolazione esaminati. Nel caso specifico, la valutazione sintetica del consumo pro-capite non si presta ad identificare la distribuzione del consumo alcolico nella popolazione e mal si adatta alla necessità di predisporre, sulla base della tendenza osservata, iniziative atte a fronteggiare fenomeni emergenti di possibile danno alla salute individuale e collettiva.

Infatti, nonostante la riduzione sostanziale del consumo di alcol :

1. il numero di consumatori di bevande alcoliche in Italia è aumentato; è aumentato, di conseguenza, il numero di individui esposti ai possibili effetti dannosi, sociali e sanitari, collegati all'uso/abuso di bevande alcoliche;
2. è incrementato il numero di consumatori di bevande alcoliche tra i giovani;
3. ad una sostanziale stabilità nel numero di consumatori di vino si affianca un emergente incremento di individui che si orienta a consumare la birra (verosimilmente a sostituirla al consumo di vino);

4. le modalità di consumo di tali bevande sembra essere differenziato per età; in particolare il numero di consumatori di quantità superiori al ½ litro di vino o birra appare incrementato in particolare per i giovani specie se di sesso femminile;
5. il consumo di alcol appare sempre più orientato verso un modello “culturale” che considera le bevande alcoliche non come parte integrante del pasto ma, in accordo ad una internazionalizzazione dei consumi in atto a livello europeo, come elemento separato da consumare, verosimilmente, in contesti non più legati alla tradizione “mediterranea”.

A tale proposito è da rilevare come numerose evidenze confermano che anche i giovani italiani che consumano alcol, analogamente ai coetanei di Nazioni nord-europee, risultano oggi più frequentemente inclini a praticare comportamenti (spesso accompagnati da una relativa inesperienza o disinformazione) che possono condurre ad un notevole aumento della probabilità di essere esposti a rischi o danni alla salute facilmente evitabili. Tali modelli di consumo si allontanano da quelli tipicamente “mediterranei” (tradizionalmente caratterizzati da consumi moderati, prevalentemente di vino e ai pasti) privilegiando modalità emergenti di consumo eccedentario (bere per ubriacarsi) in contesti che sfuggono al controllo formale (familiare) e che possono favorire il citato uso di alcol come “droga d'accesso” o “ponte” verso altre sostanze illegali il cui consumo presenta conseguenze estese ben oltre la salute e l'esistenza di chi sceglie di bere. L'evidenza di un comportamento a rischio da parte dei giovanissimi appare anche dalla stima dell'OssFAD del numero di consumatori al di sotto dell'età legale (16 anni in Italia) e pari a 817.000 giovani di entrambi i sessi.

Difficile valutare quanto questo possa influire sui livelli di mortalità evitabile tra i giovani; l'alcol è attualmente la prima causa di morte tra i giovani europei (55.000 morti l'anno pari al 25% della mortalità) e anche in Italia il 45-50 % degli 8.000 decessi annui conseguenti ad incidenti stradali è causato dall'alcol. A tale proposito circa 3000 giovani sono morti lo scorso anno a causa di un incidente stradale alcol-correlato quasi sistematicamente collegato al fenomeno delle “morti del sabato sera” la cui attribuibilità all'abuso contestuale di alcol e sostanze stupefacenti è evidenza tristemente acquisita. L'impatto in termini di disabilità è, ovviamente, notevolmente più elevato.

Le tendenze registrate nel corso degli ultimi anni relative al tasso di ospedalizzazione per cause totalmente attribuibili all'alcol mostrano costanti e progressivi incrementi registrati attraverso i flussi informativi del Ministero della Salute e che nell'anno 2000 rilevano 99.321 dimissioni con un tasso medio di ospedalizzazione di 172,2 per 100.000 abitanti (il minimo nella Regione Sicilia con un tasso di 72,5, il massimo in nelle regioni del Nord-est con una media del 400 per 100.000 abitanti). Tali ricoveri, secondo una stima OssFAD rappresenterebbero appena un terzo dei 326.000 complessivamente attribuibili all'alcol.

Volendo identificare le risposte urgenti in materia di sanità pubblica rispetto alle tendenze evidenziate dai dati ISTAT sembra indispensabile provvedere a dare supporto ed attuazione ad azioni che possano contribuire efficacemente a :

- Incrementare il grado di consapevolezza dei giovani nei confronti del consumo delle bevande alcoliche
- Ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario giovanile

Alla luce degli orientamenti europei e per favorire il raggiungimento di una riduzione dell'esposizione al rischio e al danno alcol-correlato appare condivisibile lo sviluppo di iniziative già identificate e concordate nell'ambito dei tre settori prioritari previsti dalla attuazione del Programma Comunitario di Public Health:

- Elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario (produzione e diffusione dell'informazione)
- Potenziamento delle capacità di affrontare le minacce alla salute attraverso lo sviluppo di una adeguata sorveglianza ed informazione (sorveglianza, identificazione del rischio)
- Strategie e misure rivolte a potenziare le capacità di gestione dei determinanti sanitari (stili di vita) socioeconomici, ambientali (promozione della salute, prevenzione delle malattie).

A livello italiano, l'analisi dei dati ISTAT evidenzia alcuni importanti incrementi sia nel numero dei giovani che bevono sia del numero di individui che adottano atteggiamenti potenzialmente a maggior rischio (consumi di alcolici fuori pasto, consumo di bevande superalcoliche, birra tutti i giorni, alcopops); ciò suggerisce l'opportunità di sviluppo prioritario di una politica sanitaria di promozione della salute sensibile alla riduzione delle conseguenze negative, sociali e sanitarie, legate ad una inadeguata, prematura (ed evitabile) esposizione all'alcol come fattore di rischio. A tale riguardo, l'incremento della capacità critica da parte dei consumatori, in particolare i più giovani, appare lo strumento prioritario da utilizzare per giungere ad una maggiore consapevolezza e responsabilità delle scelte individuali.

Informazione, promozione della salute, prevenzione sono le risorse da privilegiare per la realizzazione di un programma sanitario e sociale di interventi in cui le competenze ed i contributi nazionale, regionali e locali possano confluire per giungere a realizzare nel medio e lungo termine uno dei più importanti investimenti in salute in cui ogni società moderna possa sperare.