



**Alcol e giovani, alcol e anziani.
Il confronto generazionale di un rischio condiviso.**

**E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin,
S. Martire, E. Chessa, R. Scipione, R. Russo e G. Farchi**
Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS

**Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su
Alcol e Problematiche Alcolcorrelate
Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma**

L'abuso di alcol in Italia è un fenomeno che nel corso degli ultimi anni si è tristemente connotato come prima causa di mortalità prematura, disabilità e, in generale, di rischio per i giovani; le elaborazioni prodotte dall'Osservatorio Nazionale Alcol e dal Centro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca sull'Alcol in Istituto Superiore di Sanità dimostrano che, nei fatti, non meno di 850.000 giovani al di sotto dell'età legale consuma bevande alcoliche, che si abbassa di anno in anno l'età di avvio al consumo alcolico spesso abilitato o comunque non ostacolato dalla famiglia e che un numero sempre crescente di giovani usa l'alcol con la finalità specifica di raggiungere lo stato di ebbrezza (*binge drinking*). Le evidenze scientifiche che non risultano quasi mai trasferite ai giovani, ai genitori, alla popolazione attraverso i media (e l'informazione in genere inclusa quella scolastica e curriculare universitaria) sono numerose e ben documentate: più precocemente i giovani cominciano a consumare alcol, peggiori sembrano essere le conseguenze, i giovani che iniziano a bere all'età di 14 anni o prima hanno maggiori probabilità di sviluppare una dipendenza alcolica, di essere coinvolti in incidenti stradali a causa del bere o di subire ferite non intenzionali dopo aver bevuto. Ancora, l'uso eccessivo di alcol durante l'adolescenza può influire negativamente sullo sviluppo cerebrale, causando perdita di memoria e compromettendo altre abilità per cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come sia più sicuro mantenere i bambini lontani dall'influenza dell'alcol e ritardare l'età di inizio del consumo.

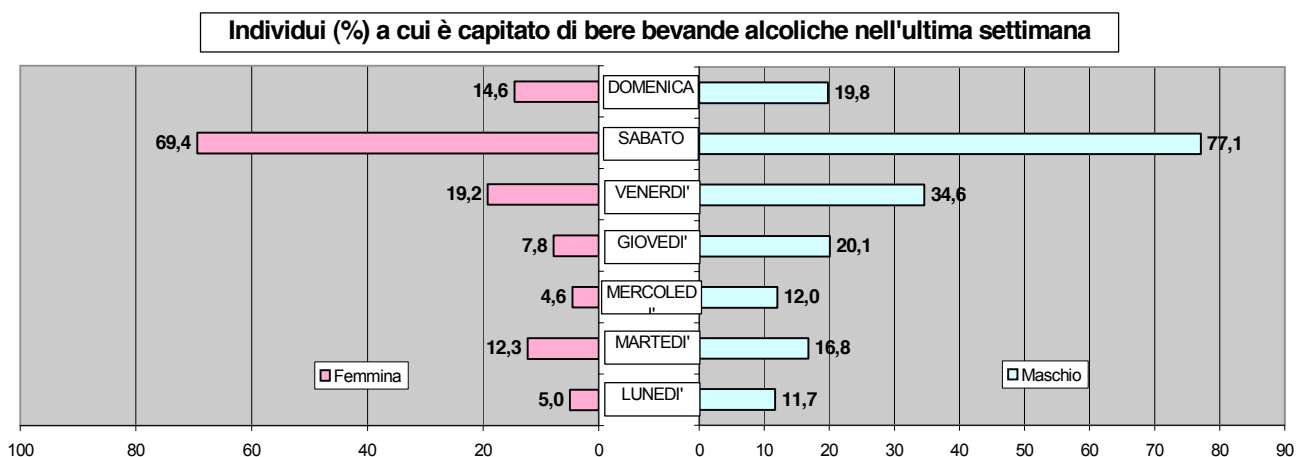
E' a fronte di una normalizzazione ed ampia accettazione sociale del bere e, non ultima, della prevalenza della comunicazione commerciale rispetto a quella della prevenzione che in Italia continuano a registrarsi significativi livelli di rischio e danno alcol correlato tra i giovani. Al di sotto dei 14 anni si registrano in Italia il 16 % dei ricoveri per intossicazione alcolica; i maschi hanno, in genere, una mortalità e un carico di malattia alcol correlata maggiore delle donne. I giovani sono particolarmente colpiti e, nella fascia di età 15-30, più del 30 % del carico di malattia nei maschi e circa il 14% nelle femmine è attribuibile all'alcol. L'alcol è per i giovani la prima causa di morte a seguito di incidente stradale alcolcorrelato sia in qualità di conducente, che di trasportato e di pedone.

I giovani vengono spesso ingiustificatamente indicati come i perpetratori di danni, di violenza o di atti contrari alla civile convivenza dimenticando o sorvolando sulla circostanza che essi stessi sono invece le prime vittime dell'alcol e delle pressioni al bere che hanno raggiunto in Italia e ovunque livelli di esposizione mai verificati in passato. Negli ambienti frequentati dai giovani le pressioni al bere sui giovani sono aumentate mentre, contemporaneamente, i fattori protettivi sono diventati in qualche modo più deboli con una forte carenza di un controllo formale o informale sui comportamenti a rischio frequentissimi, ad esempio, nelle discoteche. Gli ambienti sportivi e di divertimento, che costituiscono le parti centrali dello spazio sociale dei giovani, sono fortemente legati al bere attraverso massicce strategie di marketing che sicuramente non contribuiscono, attraverso promozioni, sconti e happy hours a ridurre le pressioni al bere e fornire un ambiente sociale più sicuro per i giovani.

Per meglio identificare i contesti e le dinamiche sottese all'incremento del rischio alcol correlato da parte dei giovani nei contesti di aggregazione giovanile nella serata tipica del sabato l'Osservatorio Nazionale Alcol ha avviato una nuova elaborazione dei dati raccolti nel corso del Progetto "Il Pilota" attraverso cui è possibile oggi tracciare un identikit dei consumi giovanile nell'ambito di una serata in discoteca (ulteriori dati furono presentati nel corso dell'Alcohol Prevention Day 2007 e reperibili nell'ambito della presentazione del Dr Scafato alla pagina <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Scafato.pdf>).

L'identikit del consumo a rischio giovanile in una serata tipica

Nel corso della ricerca effettuata nelle discoteche attraverso il Progetto "Il Pilota" e attraverso una serie di elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol e della Società Italiana di Alcologia sulle serie statistiche a disposizione è stato possibile concludere che Il 74% dei giovani, e nello specifico il 67% dei 13-15enni, beve il sabato sera ma anche, in prevalenza ridotta, negli altri giorni della settimana.



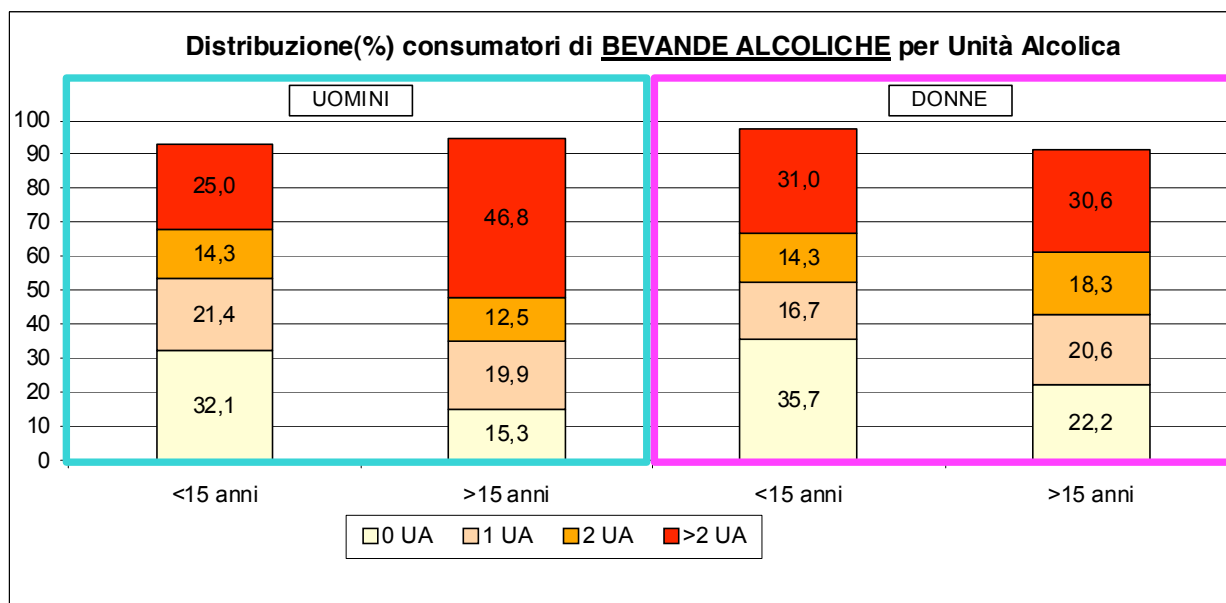
In una serata tipica in media il 35,7 % dei giovani dichiara di consumare 1-2 bicchieri; il 27,8 % da 3 a 5 bicchieri e il 20 % circa beve oltre 6 bicchieri in un'unica occasione, ubriacandosi. Un'abitudine negativa per la salute e la sicurezza considerato che i dati dimostrano come l'abuso alcolico fuori pasto si rende responsabile dell'incremento del 70% del rischio del ricorso dei giovani al pronto soccorso. Inoltre:

- la frequentazione delle discoteche è un fattore di rischio per il binge drinking
- tutte le bevande contribuiscono al rischio con una particolare tendenza rilevata per gli aperitivi alcolici (tipo breezer) ed i superalcolici (il vino non risultava significativo in funzione del fatto che poche o quasi nessuna discoteca dispensa vino)

Al fine di completare i dati già prodotti sono state avviate nuove elaborazioni al fine di rendere più elevato il grado di conoscenza del fenomeno abuso alcolico giovanile e valutarne la sua effettiva diffusione tra i giovani al di sopra e al di sotto dell'età legale puntualizzando che al di sotto dei 15 anni è vietato in Italia (ma sarebbe più giusto dire dovrebbe essere vietato vista la disapplicazione reale della legge) somministrare, in discoteca o nei luoghi dedicati, qualunque tipo di bevanda alcolica. Tutti i dati sono stati rilevati nelle discoteche coinvolte dal Progetto "Il Pilota".

Progetto “il Pilota”.

Percentuali di consumo di bevande alcoliche per Unità alcoliche, sesso e classi di età



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC Ricerca sull'Alcol

Dai dati relativi al consumo complessivo di bevande alcoliche si rileva che:

- 1) **il 67 % di giovani al di sotto dell'età legale** riceve e consuma in una serata tipica quantità significative di tutte le bevande alcoliche; la tipologia di consumo prevalente, la più frequente è quella di **consumo superiore alle due unità (due drink)**, modalità seguita dal **25 % dei ragazzi** e da ben il **31 % delle ragazze**
- 2) anche **per i giovani di età superiore ai 15 anni** la modalità di consumo prevalente in assoluto è il **consumo di quantità superiori alle due unità**, tipologia di consumo seguita dal **46,8 % dei ragazzi** e dal **30,6 % delle ragazze**.

In relazione alle singole bevande i risultati delle elaborazione mostrano interessanti tipologie.

Progetto “Il Pilota” . Dati (%) di consumo delle singole bevande alcoliche per sesso ed età

		MASCHI					FEMMINE				
		13-15 anni	16-18 anni	19-24 anni	25+ anni	TOTALE	13-15 anni	16-18 anni	19-24 anni	25+ anni	TOTALE
VINO	0	0,0	3,9	2,5	0,0	2,5	0,0	1,8	4,8	0,0	1,8
	1	0,0	1,9	0,8	5,8	2,0	0,0	2,7	2,4	0,0	1,8
	2	0,0	0,6	1,7	5,8	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	>2	0,0	2,6	2,5	0,0	2,0	0,0	0,9	2,4	0,0	0,9
	Tot. Cumulat.	0,0	9,0	7,5	11,5	8,2	0,0	5,4	9,5	0,0	4,5
	<i>Non risponde</i>	100,0	91,0	92,5	88,5	91,8	100,0	94,6	90,5	100,0	95,5
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
BREEZER	0	46,4	31,6	35,8	36,5	34,9	47,6	32,1	33,3	50,0	37,4
	1	28,6	19,4	28,3	26,9	24,2	16,7	33,9	31,0	26,9	29,3
	2	7,1	20,0	10,8	5,8	13,8	16,7	12,5	7,1	7,7	11,7
	>2	10,7	20,6	11,7	15,4	16,1	16,7	11,6	21,4	3,8	13,5
	Tot. Cumulat.	92,9	91,6	85,8	84,6	88,7	97,6	90,2	92,9	88,5	91,9
	<i>Non risponde</i>	7,1	8,4	13,3	15,4	11,0	2,4	9,8	7,1	11,5	8,1
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
BIRRA	0	53,6	33,5	42,5	32,7	38,0	66,7	50,9	54,8	50,0	54,5
	1	28,6	27,7	20,8	26,9	25,4	9,5	24,1	14,3	30,8	20,3
	2	3,6	11,6	11,7	5,8	10,1	7,1	4,5	2,4	0,0	4,1
	>2	7,1	12,9	10,0	11,5	11,3	14,3	6,3	4,8	3,8	7,2
	Tot. Cumulat.	92,9	85,8	85,0	76,9	84,8	97,6	85,7	76,2	84,6	86,0
	<i>Non risponde</i>	7,1	14,2	15,0	23,1	15,2	2,4	14,3	23,8	15,4	14,0
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
LIQUORI	0	78,6	48,4	34,2	38,5	44,5	81,0	52,7	54,8	69,2	60,4
	1	10,7	16,1	27,5	17,3	19,7	4,8	16,1	9,5	11,5	12,2
	2	3,6	8,4	6,7	3,8	6,8	2,4	6,3	7,1	3,8	5,4
	>2	0,0	14,2	17,5	13,5	14,1	4,8	10,7	7,1	3,8	8,1
	Tot. Cumulat.	92,9	87,1	85,8	73,1	85,1	92,9	85,7	78,6	88,5	86,0
	<i>Non risponde</i>	7,1	12,9	14,2	26,9	14,9	7,1	14,3	21,4	11,5	14,0
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ALCOLICI	0	32,1	15,5	15,8	13,5	16,6	35,7	18,8	23,8	34,6	24,8
	1	21,4	20,0	16,7	26,9	20,0	16,7	17,0	31,0	19,2	19,8
	2	14,3	13,5	10,0	15,4	12,7	14,3	24,1	7,1	11,5	17,6
	>2	25,0	47,1	50,0	38,5	45,1	31,0	32,1	31,0	23,1	30,6
	Tot. Cumulat.	92,9	96,1	92,5	94,2	94,4	97,6	92,0	92,9	88,5	92,8
	<i>Non risponde</i>	7,1	3,9	7,5	5,8	5,6	2,4	8,0	7,1	11,5	7,2
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC Ricerca sull'Alcol

Come si può notare tutte le bevande alcoliche giocano il loro ruolo nel determinare i consumi a rischio.

Il vino non è una bevanda di facile reperimento nelle discoteche ed è anche per questo che il peso della bevanda alcolica tradizionale nella rilevazione effettuata non appare rilevante anche in funzione di una relativa distanza dei giovani dalle abitudini mediterranee; ciò ovviamente non autorizza a derubricare questa bevanda dalle bevande a rischio caratterizzandosi, peraltro come bevanda a tenore alcolico sostenuto e pertanto da considerarsi ugualmente a rischio.

E' da rilevare che il contributo ai modelli a maggior rischio è maggiormente sostenuto dalla prevalenza dei minori che eccedono in breezer/cocktail alcolici e birra sia per i ragazzi che per le ragazze; tra queste ultime le consumatrici a rischio sono inaspettamente più numerose che tra i coetanei.

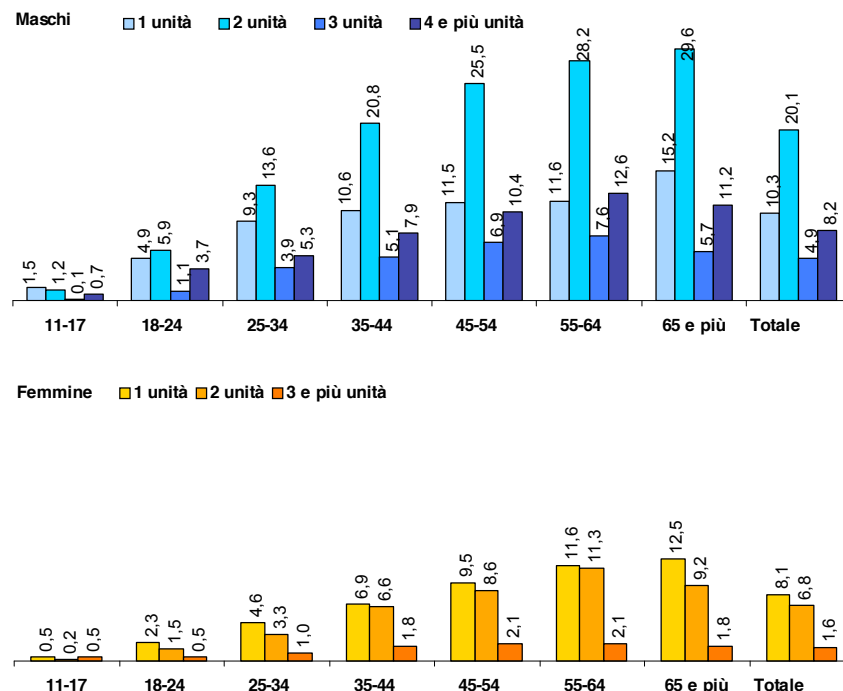
Il picco di prevalenza dei consumatori a rischio si verifica tra i 19-24 anni per poi diminuire oltre i 25 anni per entrambi i sessi; è nel corso dell'intero decennio 13-24 anni che si registrano parallelamente gli esiti fatali e non fatali conseguenti ai più elevati livelli di rischio alcol correlato per i giovani, come dimostrato dal fenomeno delle morti del fine settimana.

In media ogni ragazzo consuma in una serata tipica 4 bicchieri di cui 1,5 di breezer o aperitivo alcolico, 1,5 di birra e 1 di superalcolico se maschio, 3 bicchieri in media se ragazza di cui 1,2 di breezer o aperitivo alcolico, 1,1 di birra e 0,7 di superalcolico. Quantità non trascurabili sia se riferite agli adolescenti e assolutamente ingiustificabili riguardo ai minori anche tenuto conto che i consumi al di sotto dei 15 anni dovrebbero essere pari a zero litri entro il 2010 quale obiettivo in cui si sono impegnati tutti gli Stati Membri del WHO. Obiettivo arduo da raggiungere considerato il fallimento parlamentare delle proposte del Ministro della Salute di misure orientate alla tutela dei minori che miravano ad impedire la vendita ai minori e ad innalzare l'età minima legale a 18 anni e che vedono in una resistenza culturale oltre che di valenza economica la vera causa del diniego a quanto sarebbe necessario per invertire una tendenza che invece è destinata ad incrementarsi.

Gli anziani: l'identikit del consumo a rischio tra gli *evergreen*

Nonostante le evidenti tendenze sin qui tracciate e la sempre più vasta diffusione di pratiche, modelli e stili di consumo ispirate all'abuso da parte dei giovani è comunque un dato di fatto registrare tendenze preoccupanti anche e soprattutto per classi di età che dovrebbero meglio conoscere il senso, la cultura ed il valore dello stile mediterraneo: gli anziani.

E' per lo più misconosciuta o ignota ai più la circostanza fisiologica della riduzione della capacità da parte degli ultra65enni di metabolizzare l'alcol e che li rende simili agli adolescenti al di sotto dei 18 anni di età per i quali il sistema enzimatico è in via di maturazione; in questo caso si potrebbe affermare il luogo comune che al di là di una certa età si "ridiventa bambini". Tale circostanza può assumere un impatto ancora più importante sull'individuo in virtù di un consolidato modello di consumo che con l'età dovrebbe, anche su consiglio del medico curante (che tuttavia non fornisce, di solito, l'informazione specifica) modificarsi ed ispirarsi ad un concetto di moderazione rigoroso e che, come per gli adolescenti, si traduce nell'evitare di consumare più di un bicchiere al giorno di una qualsiasi bevanda alcolica ove non esistano controindicazioni quali malattie o assunzione di farmaci. E gli effetti di tale mancanza di informazione o, comunque, di una scelta adottata da milioni di italiane ed italiane al di sopra dei 65 anni ci è nota dai dati ISTAT presentati nel corso dell'Alcohol Prevention Day '07 (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Sabbadini.pdf>) e dalle elaborazioni dell'ISS (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Scafato.pdf>).



La proporzione di ultra65enni sia di sesso maschile che femminile che eccedono le linee guida nutrizionali (più di una unità alcolica al giorno) rappresentano quote più che competitive in termini di rischio rispetto ai consumatori più giovani e ai giovanissimi; ciò sia per numerosità di soggetti a rischio che per quantità consumate in eccesso.

La stima corrente di una quota di 3,3 milioni circa di soggetti ultrasessantacinquenni a rischio è emblematica in tal senso. E gli esiti sullo stato di salute non mancano di farsi rilevare.

Nella stima della mortalità alcolcorrelata prodotta da Jurgen Rehm e da Emanuele Scafato (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Rehm.pdf>) su un totale di circa 24.000 morti annuali alcol correlati per i soggetti di età superiore ai 20 anni 16.000 sono a carico di ultra65enni (e si parla di causa prematura ed evitabile di decesso non di deceduti per processi legati al normale processo biologico di invecchiamento della persona). Neoplasie maligne, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica sono le principali patologie in cui il tributo in vite umane ad un fattore di rischio evitabile come l'alcol viene annualmente versato a fronte di una cultura del bere che ha modificato e continua a cambiare il senso del bere tradizionale, un tempo definibile giustamente sociale, alimentare, ai pasti, attuato attraverso la regola della moderazione e del gusto.

Italia . Mortalità Alcol-attribuibile per principali cause
Progetto Internazionale Avoidable Deaths (J. Rehm on E. Scafato data)

Italia 2002

	Maschi	65+	Totale 20+
Morti alcol-correlate		11060	17215
Totale morti per tutte le cause		221376	276390
Percentuale		5,00%	6,23%

	Femmine	65+	Totale 20+
Morti alcol-correlate		5357	6846
Totale morti per tutte le cause		250824	279311
Percentuale		2,14%	2,45%

Neoplasie maligne

	Maschi	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate da neoplasie maligne		3281	4771
(b) Totale morti da neoplasie maligne		68181	89782
Percentuale (a)/(b)		4,81%	5,31%
(c) Totale morti per tutte le cause		221376	276390
Percentuale (a)/(c)		1,48%	1,73%

	Femmine	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per neoplasie maligne		1428	2007
(b) Totale morti per neoplasie maligne		51262	66667
Percentuale (a)/(b)		2,79%	3,01%
(c) Totale morti per tutte le cause		250824	279311
Percentuale (a)/(c)		0,57%	0,72%

Malattie cardiovascolari

	Maschi	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per malattie cardiovascolari		5319	6057
(b) Totale morti per malattie cardiovascolari		92052	105599
Percentuale (a)/(b)		5,78%	5,74%
(c) Totale morti per tutte le cause		221376	276390
Percentuale (a)/(c)		2,40%	2,19%

	Femmine	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per malattie cardiovascolari		2705	2843
(b) Totale morti per malattie cardiovascolari		126305	131393
Percentuale (a)/(b)		2,14%	2,16%
(c) Totale morti per tutte le cause		250824	279311
Percentuale (a)/(c)		1,08%	1,02%

Cirrosi epatica

Maschi	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per cirrosi epatica	1791	2967
(b) Totale morti per cirrosi epatica	3737	6213
Percentuale (a)/(b)	47,92%	47,75%
(c) Totale morti per tutte le cause	221376	276390
Percentuale (a)/(c)	0,81%	1,07%

Femmine	65+	Totale 20+
(a) Morti alcol-correlate per cirrosi epatica	1375	1768
(b) Totale morti per cirrosi epatica	3459	4418
Percentuale (a)/(b)	39,76%	40,03%
(c) Totale morti per tutte le cause	250824	279311
Percentuale (a)/(c)	0,55%	0,63%

Riguardo al carico di malattia alcol attribuibile una serie di elementi preoccupanti, da tenere sotto controllo per le forti implicazioni relative alla esposizione al rischio alcolcorrelato, sono quelli riassunti nell'ultima Relazione al Parlamento del Ministro della Salute (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_673_allegato.pdf):

-alta percentuale di consumatori giornalieri (31%) tra i maschi delle classi di età medie e anziane, e, tra questi, alta percentuale di consumatori giornalieri eccedentari (16% della classe di età 65-74 anni);

-aumento, nei ricoveri ospedalieri, della percentuale di ricoveri femminili rispetto a quelli maschili e di ricoveri delle fasce di età più giovani rispetto a quelle più anziane;

-forti differenze regionali nel tasso di ospedalizzazione per patologie alcolattribuibili, con notevole aumento in alcune Regioni tra il 2003 e il 2004 e per alcune fin dal 2002 (Valle d'Aosta, Sicilia, Sardegna);

-aumento percentuale delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica nei ricoveri ospedalieri (+ 4,6% fra il 2000 e il 2004);

-valore relativamente elevato del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato in relazione ad altri Paesi europei.

Tab. 15 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL (cod. ICD 9-CM: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) - ANNO 2004 (Dimessi per 100.000 abitanti)

Regione di dimissione	<= 14 anni		15 - 35 anni		36 - 55 anni		> 55 anni		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Piemonte	3,7	2,4	92,6	40,4	362,3	139,4	410,9	96,3	169,5
Valle d'Aosta	12,1	25,9	217,4	91,6	895,6	422,8	1.583,2	310,2	514,6
Lombardia	4,2	4,2	138,4	44,3	370,0	127,6	565,8	114,3	193,4
Prov. Auton. Bolzano	31,5	30,5	373,2	137,8	953,6	334,2	1.626,5	398,4	510,8
Prov. Auton. Trento	2,6	8,3	136,8	33,6	630,7	181,6	1.191,3	224,1	331,9
Veneto	3,7	0,3	99,1	32,7	393,2	162,7	755,0	195,2	232,2
Friuli Venezia Giulia	2,8	0,0	65,4	19,8	394,6	164,8	827,3	205,6	255,6
Liguria	3,4	7,2	207,6	82,9	561,8	202,6	472,9	102,8	241,7
Emilia Romagna	2,4	1,7	123,1	38,4	390,9	143,8	423,2	90,4	179,5
Toscana	4,1	2,4	128,8	50,7	306,4	120,9	276,4	70,3	139,7
Umbria	3,7	7,9	97,5	30,5	231,8	55,0	324,0	50,4	115,9
Marche	3,0	3,2	174,8	66,4	473,4	167,3	370,0	71,3	189,5
Lazio	1,9	2,6	120,4	38,1	361,9	83,8	347,5	69,0	142,7
Abruzzo	5,5	7,0	258,1	63,8	583,0	135,7	637,2	98,6	250,7
Molise	8,8	0,0	191,9	20,8	667,9	144,9	556,2	130,0	242,5
Campania	3,4	1,4	80,9	16,3	246,0	52,1	218,8	60,9	86,9
Puglia	3,9	2,8	102,0	21,0	292,4	61,7	297,9	63,9	111,1
Basilicata	0,0	0,0	115,7	20,1	428,3	73,4	459,7	70,5	159,0
Calabria	5,5	1,9	90,8	22,0	345,8	67,0	443,2	76,7	138,5
Sicilia	6,1	2,2	80,7	14,7	259,9	51,0	201,0	39,4	86,0
Sardegna	5,3	4,7	155,1	30,1	502,9	100,5	557,3	78,6	198,0
Italia	4,2	3,0	118,6	35,0	367,6	112,3	447,9	97,3	165,5

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Tab.15 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL (cod. ICD 9-CM: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) SECONDO LA CLASSE DI ETA' DEL DIMESSO - ANNO 2004

Cause di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	0,1	12,9	49,2	37,7	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,2	19,5	53,7	26,7	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,4	32,3	46,7	19,6	100,0
357.5	Polineuropatia alcoolica	0,0	4,1	45,7	50,1	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	0,2	4,1	36,9	58,9	100,0
535.3	Gastrite alcoolica	0,5	12,0	37,0	50,6	100,0
571.0	Steatosi epatica alcoolica	0,1	8,0	40,2	51,7	100,0
571.1	Epatite acuta alcoolica	0,0	10,7	46,0	43,3	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	0,0	1,8	31,5	66,7	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,0	7,7	42,4	49,9	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	36,0	56,0	8,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	16,7	31,2	31,2	21,0	100,0
Totale		0,3	12,4	43,2	44,1	100,0

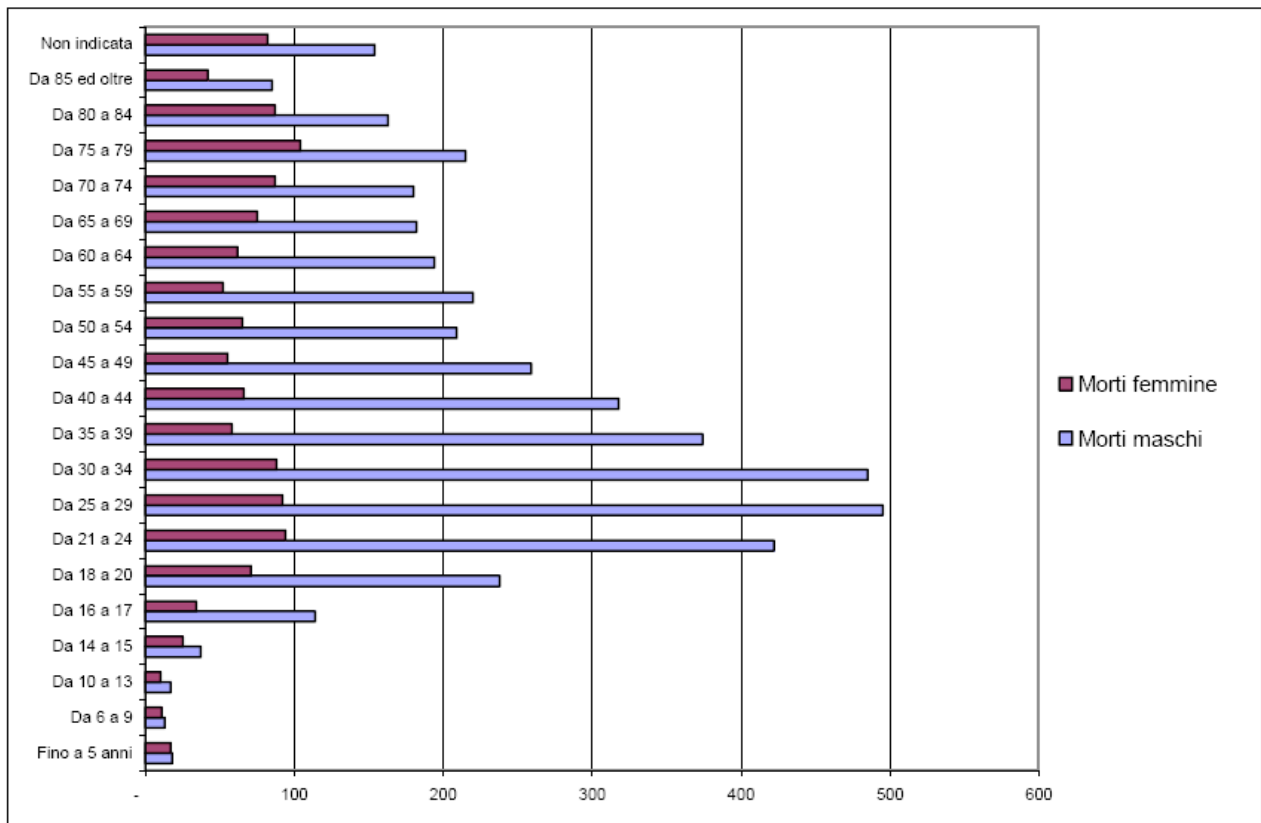
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Sulla base dei 107.000 ricoveri del 2004 è evidente che il carico totalmente attribuibile all'alcol è più marcato al di sopra dei 55 anni per le patologie croniche come la cirrosi o la gastrite o la cardiomiopatia pur non mancando il carico relativo a condizioni di intossicazione alcolica e di steatosi (chiari indicatori di consumo dannoso di alcol).

Un ultimo tratto che pare accomunare tra di loro le due opposte generazioni è quello registrabile per gli incidenti stradali. In particolare per il sesso femminile l'andamento della mortalità per incidente stradale segue un andamento che evidenzia una sostanziale similitudine tra il numero delle decedute 21-24enni e quelle di età compresa tra i 70 ed i 74 anni e gli 80-84 anni. La più elevata prevalenza si registra tra le donne di età compresa tra i 75 e i 79 anni. Discorso simile, ma con proporzioni triplicate, per gli uomini per i quali si registra una sostanziale parità nel numero dei decessi tra i 18-20enni ed i 75-79enni con massima prevalenza registrata tra i 25-29enni.

Morti per sesso e classe di età – Anno 2006 (valori assoluti)



Dal Rapporto ACI-ISTAT 2007 “Incidenti stradali”, a cui si riferiscono i dati nel grafico, si riporta testualmente: “Il pedone è certamente il soggetto più debole fra le persone coinvolte. Circa 60 persone ogni giorno sono coinvolte in investimenti. Il rischio di infortunio causato da investimento stradale è particolarmente alto per la popolazione anziana sia con riferimento ai valori assoluti dei coinvolti, sia rapportando tali valori agli anni compresi nelle classi: la fascia di età compresa tra 75 e 79 anni presenta il valore massimo in termini assoluti per quanto riguarda i morti (114) e la fascia di età compresa tra 70 e 74 anni per i feriti (1.422). I bambini da 10 a 13 anni coinvolti in investimento sono 797, mediamente 199,3 per ciascun anno della classe. Il rischio di investimento, tuttavia, è maggiore per i ragazzi di 14-15 anni: ne risultano coinvolti 543, cioè in media 271,5 per ciascun anno di età”. L'alcol è causa in Italia del 40-45 % degli incidenti stradali e ciò prevalentemente per i giovani ma, non del tutto inaspettatamente alla luce dei dati forniti, anche per i nostri anziani, maschi in particolare. Dallo Studio PASSI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'omonimo Sistema di Sorveglianza che le ASL italiane hanno adottato per la rilevazione periodica dello stato di salute della popolazione si può valutare che si pone alla guida dopo aver bevuto 2 o più unità di alcol nell'ora precedente il 12,1 % dei 65-69enni rispetto al 13,7 % del totale degli intervistati (18-69enni).

A fronte di tutte le evidenze sinora proposte l'Osservatorio Nazionale Alcol, il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol, avvalendosi della consulenza della Società Italiana di Alcologia, hanno elaborato le stime dei consumatori a rischio negli ultrasessantacinquenni e identificato i fattori di rischio più significativi legati a tale tipologia di individui. La possibilità fornita dalla disponibilità di dati relativi a studi epidemiologici su coorti rappresentative della popolazione nazionale di anziani, come quelle del Progetto ILSA (Italian Longitudinal Study on Ageing) o del Progetto IPREA (Italian Project on Epidemiology of Alzheimer disease), consente di fare delle valutazioni che vanno al di là dei limiti imposti dalle statistiche correnti e aprono gli orizzonti ad una serie di valutazioni che sono già in corso di produzione dall'Istituto Superiore di Sanità, coordinatore dei progetti.

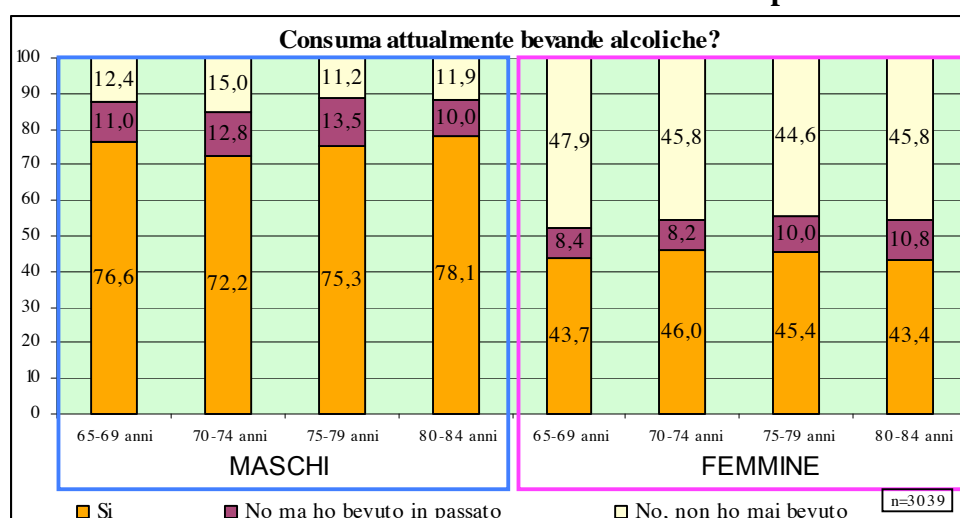
Il Progetto IPREA

La fase trasversale del progetto IPREA è stata attivata nel giugno 2003 e si è conclusa nel 2004 su una coorte di ultrasessantacinquenni estratta attraverso campionamento dalle liste anagrafiche di 12 realtà geografiche nazionali comprendenti le macroaree del Nord, del Centro e del Sud. Il Progetto era mirato alla identificazione del deficit cognitivo ed in particolare allo studio della fase pre-clinica delle demenze ed in particolare della malattia di Alzheimer. Tra le numerose variabili e test neuropsicologici previsti dallo screening (si veda metodologia alla pagina <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0334.1109232278.pdf>) una sezione della rilevazione effettuata direttamente da personale sanitario era rivolta alla rilevazione dei consumi alcolici. Ai fini della presente pubblicazione, si è scelto di focalizzare le elaborazioni sulla bevanda prevalente e quasi incontrastata, il vino, che contribuisce da sola all'80-90 % dell'intake alcolico individuale per gli ultrasessantacinquenni. Tutte le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore il numero del campione utilizzato (3041) a cui è stata somministrata l'intervista personale. La prevalenza complessiva inoltre è stata calcolata standardizzando il campione alla popolazione italiana, per maschi e femmine, rilevata dall'ISTAT al 1/1/2003 e gli errore standard della stima sono stati stimati attraverso gli intervalli di confidenza al 95%. La scelta dell'anno 2003, pur essendoci la disponibilità di dati ISTAT più aggiornati sull'uso e abuso di alcol, è coerente con l'esigenza di mantenere realisticamente comparabili le prevalenze prodotte dall'ISTAT, con tutti i limiti intrinseci alla comparabilità di un'indagine campionaria con una epidemiologica, prodotte attraverso i risultati della fase trasversale dell'IPREA, conclusasi, appunto, nel 2004.

Consumatori di alcol

La Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche in Italia standardizzata al 1 gennaio 2003 è 57,7% (M=75,1%; F=44,7%) [tab. 1]. Gli uomini risultano consumare bevande alcoliche, a prescindere dalla classe di età considerata, per oltre il 70% dei casi, mentre non si registrano evidenti differenze tra gli ex consumatori ed i non consumatori in tutte le classi di età considerate. Le donne presentano invece simili valori percentuali tra consumatrici attuali e non consumatrici per ogni classe di età considerata mentre rimane pressoché stabile la percentuale di ex consumatrici nelle quattro classi di età considerate (graf. 1). Rispetto ai dati rilevati dall'Istat attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie, sempre nell'anno 2003 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche di 65-84enni risultava essere del 64,3% (M=83,9%; F=49,6%).

Graf. 1 Distribuzione consumatori di bevande alcoliche per sesso.

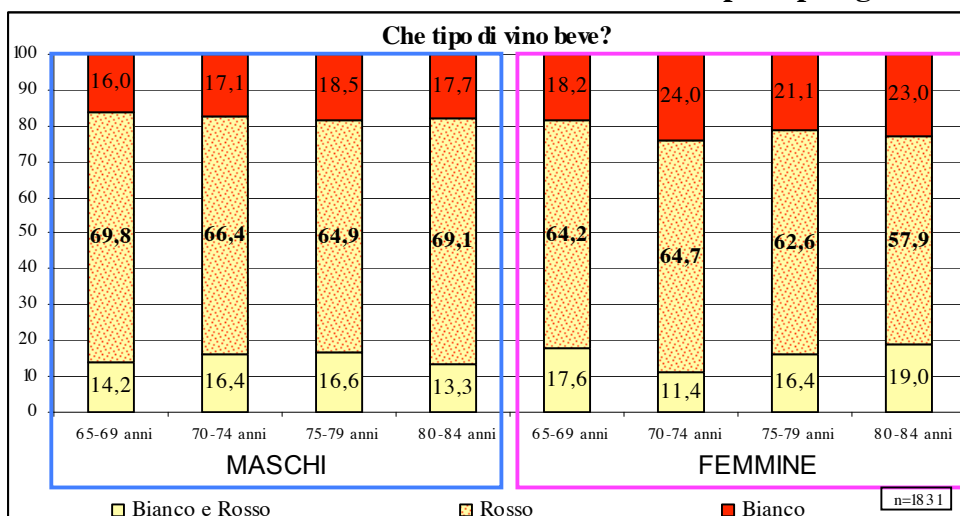


Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC Ricerca sull'Alcol

Consumatori di vino

La Prevalenza di consumatori di vino in Italia standardizzata al 1 gennaio 2003 è 57,2% (M=74,6%; F=44,2%), valori che risultano essere quindi sovrapponibili a quelli dei consumatori di bevande alcoliche in generale. La somiglianza tra i due valori di prevalenza si potrebbe attribuire alle tradizionali abitudini di consumo mediterraneo della popolazione anziana italiana [tab. 1]. Dei 1831 soggetti che hanno dichiarato di consumare attualmente vino, in ogni classe di età e per entrambe i sessi la tipologia di vino preferita sembra essere quello rosso [graf. 2]. Risulta inoltre significativo che quasi tutti i soggetti che al momento della rilevazione consumavano vino (oltre il 97%), erano soliti assumerlo durante i pasti (dati non presentati). Nell'indagine Multiscopo sulle famiglie Istat, sempre nell'anno 2003, la prevalenza dei consumatori di vino di 65-84enni risultava essere del 59,3% (M=79,0%; F=44,6%).

Graf. 2 Distribuzione dei consumatori attuali di vino per tipologia di vino per sesso.



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC Ricerca sull'Alcol

Consumatori di bevande alcoliche "A RISCHIO"

Le definizioni sottese alla identificazione del bere a rischio si basano su quelle dell'OMS che, in maniera puntuale identifica le modalità da considerare a rischio ed i livelli di bere a rischio per i quali sono identificati una serie di interventi specifici. Le definizioni attualmente indicate sono le seguenti:

1. **CONSUMO A RISCHIO ("hazardous")** : un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.
2. **CONSUMO DANNOSO ("harmful")**: una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.
3. **ALCOLDIPENDENZA**: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti.

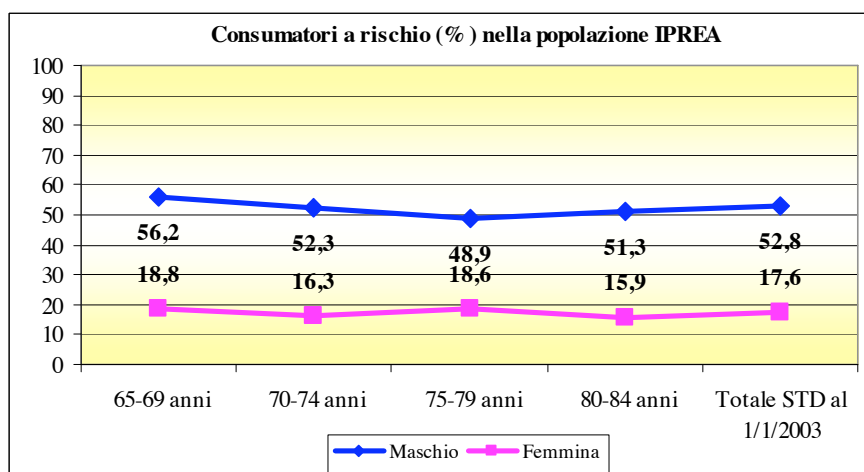
A seguito delle definizioni adottate dalle Linee Guida per una sana alimentazione (definite dall'INRAN), che fanno proprie le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e sono condivise da parte del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia, raccomandate anche nell'ambito del progetto European Community Health Indicators – ECHI 1 e ECHI 2 (in cui si definiscono gli standard di monitoraggio della salute europea), in linea generale sono da considerare consumatori a rischio tutti gli individui di sesso

femminile che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno e tutti gli uomini che eccedono invece i 40 grammi di alcol al giorno.

Ma le linee guida identificano anche i limiti massimi da non superare per non incorrere in un maggior rischio per gli ultrasessantacinquenni e per i giovani: al di sotto dei 15 anni qualunque livello di consumo alcolico è da considerarsi a rischio, tra i 16 ed i 18-20 anni 1 bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica è il livello massimo di consumo alcolico consentito così come sono da considerarsi consumatori a rischio gli ultrasessantacinquenni che consumano più di un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica al giorno.

La Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche a rischio in Italia è 32,6% (M=52,8%; F=17,6%) [tab. 1] per un totale di circa 3.000.000 di individui che non si attengono alle linee guida INRAN. Gli uomini risultano molto più esposti delle donne a problemi alcol correlati in ogni classe di età (graf. 3). Nell'indagine Istat multiscopo gli anziani a rischio nel 2003 erano il 29,3% (M=50,5; F=13,4%).

Graf. 3 Consumatori(%) a rischio per sesso e classe di età nell'indagine IPREA.



Tab. 1 Prevalenza(%) dei consumatori per tipologia di consumo, standardizzata alla popolazione Italiana al 1/1/2003, intervalli di confidenza al 95% e stima numerica dei casi per sesso.

Tipologia di consumo	TOTALE				Maschio				Femmina			
	n.	%	IC (95%)		n.	%	IC (95%)		n.	%	IC (95%)	
			inf.	sup.			inf.	sup.			inf.	sup.
Consumatori attuali di bevande alcoliche	5.594.943	57,7	55,9	59,5	3.106.781	75,1	72,9	77,2	2.488.162	44,7	42,1	47,3
Consumatori attuali di vino	5.545.247	57,2	55,4	59,0	3.083.378	74,6	72,4	76,7	2.461.869	44,2	41,7	46,8
Consumatori di alcol a rischio (criterio ISS-INRAN)	3.159.214	32,6	30,9	34,3	2.181.992	52,8	50,3	55,2	977.222	17,6	15,6	19,6

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC Ricerca sull'Alcol

Il Consumo a rischio in relazione ad alcune variabili socio-demografiche

Numerose possono essere le variabili che influiscono sulle abitudini degli individui ed in particolare sul consumare bevande alcoliche in quantità eccedenti i limiti massimi raccomandabili dalle linee guida per una corretta alimentazione.

Partendo quindi dalla distinzione tra coloro che consumano in modalità a rischio per la loro salute (**Consumatori a rischio**) e coloro che non consumano o consumano secondo modalità corrette (**Altri individui**) sono state analizzate le correlazioni esistenti con alcune delle principali variabili socio-demografiche del campione.

Dall'analisi bivariata (tab. 2) è emersa la necessità di analizzare i due modelli separatamente per sesso. Per alcune variabili infatti sono emerse delle differenze statisticamente significative rispetto al comportamento del consumo a rischio a seconda del sesso dell'intervistato.

La fonte principale del reddito percepito, lo stato civile, il luogo in cui si vive, l'aver avuto incidenti stradali o il possedere la patente sono variabili statisticamente correlate con il consumare bevande alcoliche in maniera rischiosa per la salute, ma questa relazione non sussiste qualora si considerino separatamente i maschi e le femmine. Per questo motivo si è deciso di non inserirle nel modello di regressione logistica presentato separatamente per sesso.

Del tutto opposto risulta invece il discorso relativo all'attività lavorativa prevalentemente svolta nella vita in cui non si rilevava una differenza tra i consumatori a rischio e gli altri individui ma che invece assume differenze significative disaggregando l'informazione per sesso; in questo caso si è deciso quindi di includere la variabile nel modello.

Tab. 2 Caratteristiche dei consumatori a Rischio nel campione IP.R.E.A

<i>VARIABILI CONTINUE</i>	TOTALE		MASCHIO		FEMMINA	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Età in anni compiuti	73,6	5,51	73,6	5,51	73,6	5,49
Scolarità in anni	6,2*	4,04	6,3*	3,97	5,9*	4,25
<i>VARIABILI CATEGORIALI</i>	TOTALE		MASCHIO		FEMMINA	
	N.	%	N.	%	N.	%
Fonte del reddito	**					
Reddito da lavoro	91	50,6	78	60,0	13	26,0
Pensione/Indennità/provvиденze	964	35,5	744	51,5	220	17,3
Redditi patrimoniali	10	45,5	9	64,3	1	12,5
Mantenimento da parte dei familiari	20	17,1	0		20	17,4
Stato civile	**					
Single, vedovo o religioso	254	24,9	134	52,5	120	15,7
Sposato/a	811	40,9	679	51,8	132	19,7
Divorziato/a o Separato/a	21	52,5	19	70,4	2	15,4
Percezione dello stato di salute	**		**		**	
Bene	588	43,0	477	56,9	111	21,1
Discretamente	397	31,5	288	48,5	109	16,3
Male	100	24,4	66	42,0	34	13,4
Attualmente con chi vive?	**				**	
Solo/a	153	26,5	77	52,0	76	17,7
Con il coniuge/convivente	745	41,7	618	53,0	127	20,5
Coabitazione	188	27,8	137	49,1	51	12,8
Abitudine al fumo	**		**			
Fumatore	140	50,5	123	60,9	17	22,7
Ex fumatore	545	50,0	512	54,3	33	22,6
Non fumatore	401	24,0	197	44,2	204	16,6
Tipologia del lavoro svolto	**		**		**	
Lavoro di tipo manuale	834	35,4	629	56,3	205	16,57
Lavoro di tipo intellettuale	252	36,7	203	42,8	49	23,1
Attualmente dove vive?	**					
In casa propria	1043	36,4	807	52,5	236	17,8
In casa di parenti o amici	37	24,7	21	47,7	16	15,1
In istituto	6	21,4	4	36,4	2	11,8
Body mass index	**		**			
Sottopeso/ Normopeso	263	32,0	202	48,7	61	15,0
Sovrappeso	517	37,4	410	51,1	107	18,5
Obesità	293	37,2	209	59,4	84	19,3
Ripartizione territoriale	**		**		**	
Nord	308	41,0	234	59,1	74	20,8
Centro	331	32,3	269	49,8	62	12,8
Sud	447	35,3	329	50,2	118	19,3
Incidenti stradali nell ultimo anno?	**					
Si	46	52,27	42	63,6	4,0	18,18
No	1037	35,18	788	51,7	249	17,49
Possiede la Patente?	**					
Si	754	46,06	683	52,9	71	20,5
No	332	23,66	149	49,3	183	16,6

*p_value< 0,05 test t P Esiste una differenza statisticamente significativa tra consumatori a rischio e altri individui

**p_value< 0,05 test del χ^2 Esiste \Rightarrow una differenza statisticamente significativa tra consumatori a rischio e altri individui

Nel modello sviluppato sono state inserite come variabili indipendenti:

1. l'età (che è stata bloccata nel modello)
2. la percezione dello stato di salute
3. l'abitudine al fumo
4. la tipologia di lavoro svolto nella vita

5. il Body Mass Index
6. la ripartizione territoriale
7. lo stato abitativo
8. il livello di istruzione (misurata in anni)

Le variabili in oggetto nel presente studio sono state analizzate utilizzando il software SPSS 13.0 per Windows (SPSS inc, Chicago, IL). Le variabili sono state confrontate attraverso il test del χ^2 di Pearson. In caso di significatività statistica ($p < 0.05$), per valutare il contributo complessivo delle singole variabili al fenomeno del binge drinking, si è utilizzato un modello di regressione logistica binario del tipo Forward Stepwise che, in ogni passaggio, è saggiato con i tests della massima verosimiglianza, del -2LL (-2 Log Likelihood) e quello dello Z2 (adattamento o goodness of fit statistic). Il processo va avanti attraverso l'eliminazione delle variabili non significative (una alla volta partendo da quella con il t-statistico più basso) fino a giungere a una specificazione che include solo variabili significative.

Il risultato dell'analisi logistica è riassunto nel graf. 4.

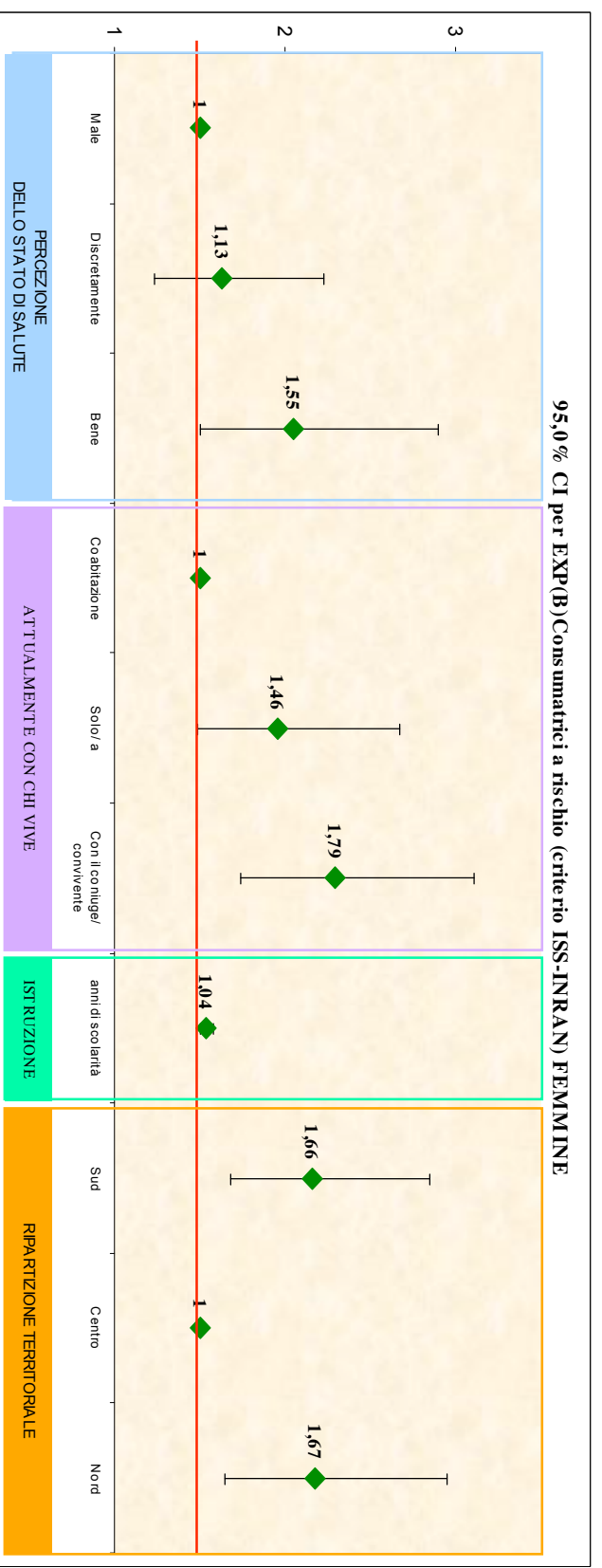
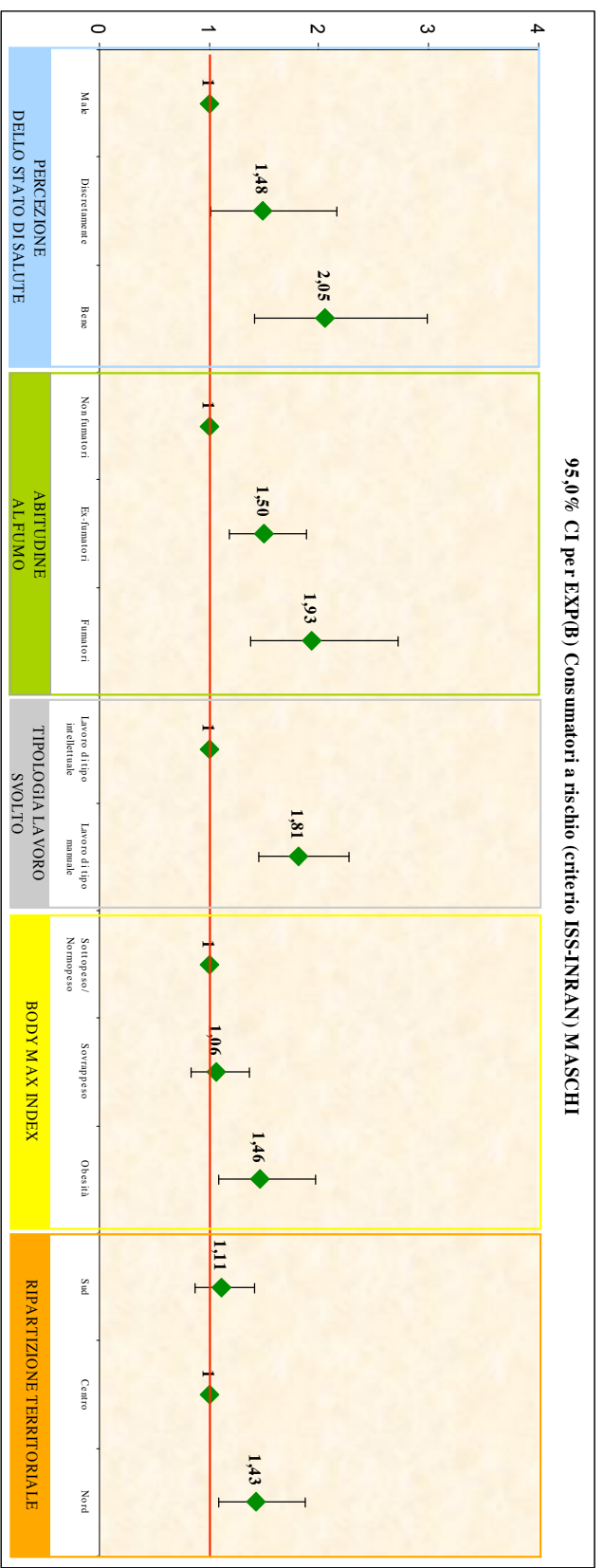
La proporzione di consumatori a rischio di bevande alcoliche tra gli uomini è significativamente:

- maggiore, in pratica doppia, tra gli individui che dichiarano di sentirsi bene e del 48% in più tra quelli che dichiarano di sentirsi discretamente rispetto a coloro che dichiarano di sentirsi male
- maggiore del 93 % tra gli individui che fumano e del 50 % più elevata tra gli ex fumatori rispetto a coloro che dichiarano di non aver mai fumato
- maggiore dell'80% tra coloro che nella vita hanno svolto un lavoro manuale rispetto a quanti hanno svolto un lavoro intellettuale
- maggiore del 46 % tra chi è obeso (cioè ha un body mass index superiore a 30) rispetto a chi è normale o in sottopeso (cioè ha un body mass index inferiore a 25)
- più elevata del 43 % tra chi vive nelle regioni del nord Italia rispetto a chi vive al centro.

La proporzione di consumatrici di bevande alcoliche in quantità eccedenti i limiti raccomandati tra le donne è:

- del 55% maggiore tra gli individui che dichiarano di sentirsi bene rispetto a coloro che dichiarano di sentirsi male
- di quasi l'80% in più tra chi vive con il coniuge o con il convivente e del 46% in più tra chi vive da sola rispetto a chi vive in coabitazioni (non familiari).
- di circa il 66% in più tra chi vive nelle regioni del nord o dell'Italia meridionale Italia rispetto a chi vive al centro

Graf. 4 Regressione Logistica Consumatori a Rischio VS Altri individui
 Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC Ricerca sull'Alcol



DISCUSSIONE

Emerge dai dati la sostanziale differenza nei fattori di rischio che rispettivamente per i due sessi risultano significativamente collegabili ai consumatori a rischio rispetto a coloro che consumano alcol secondo le linee guida o che non consumano affatto.

Un tratto comune è rappresentato dalla auto percezione dello stato di salute; come era da attendersi migliore è lo stato di salute, maggiore è la probabilità che l'anziano non abbia motivazioni, anche cliniche, ad un "bicchiere" in più. Qualche riflessione è, tuttavia, opportuna e con essa il richiamo alla cautela in funzione del fatto che l'autopercezione dello stato di salute nell'anziano può essere inficiata da atteggiamenti individuali prevalenti di "superstima" o da deficit di valutazione associati ad una funzione cognitiva e di valutazione che sicuramente diminuisce con l'età. Da alcuni dati preliminari in corso di elaborazione si è rilevato che nella popolazione IPREA la prevalenza di deficit cognitivo clinicamente rilevato si attestava intorno al 24 % circa, approssimativamente la media di una qualunque popolazione longeva occidentale.

Vivere al Nord piuttosto che al Centro o al Sud non è indifferente per le intuitive ragioni culturali sottese all'adozione di modelli, di stili, di comportamenti radicati nelle tradizioni, nelle società, nei gruppi di appartenenza. Il Settentrione è l'area con il maggior numero di anziani, maschi e femmine, che non seguono la via della moderazione; la sostanziale uguaglianza nelle proporzioni delle consumatrici anziane a rischio del Sud e del Nord rispetto a quello del centro Italia appare un elemento inatteso a fronte delle differenti matrici culturali delle popolazioni femminili di riferimento. Tali evidenze rilevate, soprattutto per il sesso femminile, suggeriscono la necessità di un approccio che tenga conto della regionalità e dell'esigenza di una gestione accuratamente differenziata, "gender oriented" relativamente alla attuazione di interventi di programmazione sanitaria e sociale oltre che di informazione.

Per i maschi si conferma che fumo e alcol, anche per gli anziani, vanno di pari passo e si accompagnano nel corso della vita incidendo in maniera complementare sullo stato di salute integrandosi a quello non meno influente legato al sovrappeso a testimonianza che gli "eccessi" comportamentali legati ad alcol e alimentazione non sono quasi mai disgiunti. Così come non dovrebbero esser mai abbandonati gli sforzi per "convincere" gli anziani che smettere di fumare e ridurre o smettere, se appropriato, di fumare reca sempre un vantaggio a qualunque età.

Il lavoro manuale maschile espone a maggior rischio rispetto a quello intellettuale, probabilmente per contesti e circostanze, anche sociali o socioeconomiche, più caratteristicamente legate a tali attività. Per le donne ultra65enni una modesta ma significativa interazione si può attribuire alla scolarità con una prevalenza direttamente collegata al numero di anni di studio; anche altri studi, come il Progetto CO.A.LA. avevano dimostrato che maggiore è il grado di istruzione per le donne, maggiore è la prevalenza delle consumatrici a rischio.

Fondamentale, per le donne, risulta essere l'importanza e la tenuta delle reti familiari ed istituzionali.

Mentre per gli uomini tale variabile non risulta significativa, per le donne vivere con il coniuge o con il convivente o vivere da sole si qualifica come la condizione per la quale si registrano i livelli significativamente più elevati di ultra65enni a rischio rispetto alla condizione in cui la donna si trovi nella circostanza di vivere con familiari, amici o in istituti.

E' evidente, in questo caso, così come dimostrato in precedenti analisi prodotte dall'Osservatorio Nazionale Alcol, che il modello di consumo del coniuge o convivente di sesso maschile ha un

efficacia nel sostenere e riprodurre modelli di consumo che sono tipici del sesso maschile ma poco compatibili con l'organismo già fisiologicamente vulnerabile femminile.

Conclusioni ed implicazioni di salute pubblica

Gli anziani sono spesso a vario titolo emarginati rispetto alle politiche e alle iniziative di prevenzione che focalizzano sui comportamenti e sugli stili di vita verosimilmente a causa della considerazione che è difficile modificare in vecchiaia un comportamento che ha avuto anni per potersi consolidare. Analogamente al fumo, diminuire di bere o, ove opportuno, cessare di bere (e nel corso della vecchiaia sono numerose le condizioni che consigliano tale ultima possibilità) comporta a qualunque età un vantaggio per la salute. Un organismo non in perfette condizioni psicofisiche per l'ingrato incedere degli anni dovrebbe essere oggetto di maggiore considerazione da parte delle persone che si pongono alla guida in particolar modo se si è consumato bevande alcoliche e anche di chi abilita tali persone al rinnovo della licenza di guida. Al di là delle vittime dirette dell'alcol, il riscontro di una mortalità subita da terzi, mortalità spesso infantile, giovanile o di una qualunque persona, di qualunque età è un riscontro tragico e assolutamente evitabile a fronte di un comportamento responsabile a cui ogni persona sa di doversi conformare nei contesti e nelle circostanze che ne suggeriscono l'adozione.

Troppo spesso i giovani sono criminalizzati come la fascia esclusiva di soggetti responsabili (ma sono purtroppo anche vittime) degli incidenti stradali che hanno come cassa di risonanza il fine settimana; troppo poco si riflette sulla parziale infondatezza di tali affermazioni, sul fatto che gli incidenti non sono una prerogativa esclusiva giovanile e che avvengono tutti i giorni della settimana. Ma soprattutto non ci si sofferma mai a riflettere sull'assenza cronica di una qualunque seria e valida alternativa ad un comportamento, quale ad esempio il bere per ubriacarsi che, in molte realtà italiane, matura non come risposta al "disagio" (che pure incide) ma alla pura e semplice noia di vivere, alla mancanza di prospettive concrete in cui proiettarsi, alla incapacità di ricevere anche attraverso una famiglia "disintegrata" i valori e le abilità di cui un giovane ha bisogno per poter combattere le ansie, le paure, le insicurezze, le smanie di visibilità e di protagonismo tipiche dell'adolescenza.

Può sembrare strano, persino incomprensibile, ma i giovani hanno loro modalità di comunicazione, una loro scala di valori con cui sarebbe bene abituarsi a confrontarsi se veramente si desidera sottrarli al rischio di un incidente, una patologia, un problema alcol correlati o, peggio, all'alcol dipendenza.

Un esempio aiuta a comprendere tale concetto.

Si fanno, oggi, numerose iniziative rivolte al "Guidatore Designato" per ridurre la mortalità tra i giovani, il pilota, il "sobrio espiatorio" predestinato al trasporto sicuro a casa di compagni alticci.

Nessuno dei programmi italiani, tranne quello dell'ISS, ha una validazione che ne attesti l'efficacia e intorno al volante si affollano tanti differenti "piloti" che rischiano stoicamente di andare incontro ad un incidente a causa di un ubriaco un macchina.

Un braccialetto al polso non dona purtroppo l'immortalità e a nulla serve se anche chi sta con il pilota in macchina non ne segue l'esempio.

Coordinare e ottimizzare i finanziamenti, evitando duplicazioni armonizzando i modelli di intervento con quelli validi, dotati di provata efficacia è un requisito auspicato dall'OMS, dal Parlamento Europeo ma tenuto in povero conto dalle esperienze nazionali.

Ma per risultare efficaci bisogna anche conoscere quali sono le motivazioni che potrebbero spingere un giovane a non bere. Come ricercatori avevamo immaginato motivazioni piuttosto inconsuete ma i giovani ci hanno stupito.

Quando, alla seconda edizione del Progetto “Il Pilota” abbiamo voluto chiedere ai ragazzi nelle discoteche “Cosa potrebbe spingerti a non bere per tutta la serata?”, le risposte fornite sono state le seguenti:

Un premio importante per chi rimane astemio	74%
Partecipare a un Programma Televisivo / Reality Show	70%
Il fatto di avere la responsabilità di portare a casa gli amici	58%
Le pressioni del partner/degli amici	44%
Il divieto di servire alcolici all'interno dei locali notturni	31%
Controlli della polizia	23%
Niente	18%
Una campagna pubblicitaria	14%
Altro/Non saprei	

I controlli ed i divieti, è esperienza comune, sono aggirabili e non rappresentano né un deterrente né un valore a cui ispirarsi; stesso dicasi per le campagne. La ragione di sprone alle buone intenzioni giovanili è figlia dei suoi tempi: la chimera del “Grande Fratello” è la Stella Polare dei giovani, il sistema premiante che riconosca il “merito” e ricompensi e soddisfi il desiderio, il bisogno di massima visibilità (ma forse solo di apparenza) che per i giovani è “esistere”. “Io c’ero” recitava la prima campagna dell’ISS fatta dai giovani, per i giovani nel 2001; i tempi cambiano ma le idee e gli orientamenti dei giovani si consolidano. Ma sono solo quelle dei giovani ?

Il Pilota si è trasformato in un Reality Show nel corso del 2007 e ha premiato i piloti in maniera tangibile: una macchina, una moto, una crociera. Quest’anno “Il Pilota” si ripropone sulla costiera romagnola; alla luce dei dati non è da escludere che si possa organizzarlo in futuro in balera anziché in discoteca .