



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze psicologiche dello Sviluppo, della
Personalità e delle Relazioni interpersonali**

Elaborato finale

**“Uso e abuso di alcol in età adolescenziale: il peso delle
differenze culturali”**

**“Use and abuse of alcohol in adolescence: the weight of
cultural differences”**

Relatore:

Prof. Alessio Vieno

Laureanda: Anna Dorio

Matricola: 2012126

ANNO ACCADEMICO 2022 - 2023

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 - L'abuso di alcol e l'adolescenza	7
<i>1.1 L'abuso di alcol e il fenomeno del binge drinking</i>	7
<i>1.2 Conseguenze fisiche dell'uso di alcol in età adolescenziale</i>	10
<i>1.3 Conseguenze psicologiche dell'uso di alcol in età adolescenziale</i>	11
CAPITOLO 2 - L'uso di alcol e le influenze culturali	13
<i>2.1 - Le culture del bere</i>	13
<i>2.2 - La situazione europea</i>	16
CAPITOLO 3 - I programmi di prevenzione	27
<i>3.1 Global alcohol action plan</i>	28
<i>3.2 European alcohol action plan</i>	32
CONCLUSIONI	35
BIBLIOGRAFIA	39
SITOGRAFIA	43

INTRODUZIONE

Quando parliamo di adolescenza facciamo riferimento a quella fase della vita di graduale transizione dall'infanzia all'età adulta, caratterizzata da un insieme di cambiamenti fisici e psicologici. È un periodo contraddistinto da infinite oscillazioni: di umore, di autostima, di emozioni, di autonomia, di sicurezze. In questi anni di sviluppo gli adolescenti sono messi di fronte a molte sfide e momenti di difficoltà; ecco perché hanno bisogno di essere accompagnati attraverso questa fase di crescita dalla famiglia, dalla scuola e dalla società.

Durante l'adolescenza i giovani tendono ad essere più inclini ad attuare comportamenti a rischio e a sviluppare delle dipendenze: come quella dall'alcol.

L'utilizzo di alcol tra gli adolescenti è molto diffuso. A livello mondiale, infatti, il 26.5% dei giovani tra i 15 e i 19 anni fanno uso di alcol, e tra questi il 43,8% sono di origine europea (WHO, 2018). L'uso e in particolare l'abuso di alcol è molto pericoloso e la sua assunzione può portare un insieme di conseguenze negative all'interno del nostro corpo sia a livello fisico che psicologico. Esso infatti può causare problemi neurocognitivi negli adolescenti che possono poi persistere durante l'età adulta e può alimentare la messa in atto di una condotta a rischio, come per esempio iniziare a fumare, assumere sostanze o la messa in pratica di comportamenti sessuali a rischio.

È per questi motivi che è particolarmente importante attuare dei programmi di prevenzione e di tutela a favore dei giovani.

Proprio di questo si occupa l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), la quale si adopera per ridurre il consumo dannoso di alcol mettendo in pratica una strategia globale in accordo con 135 stati. Nell'attuazione di questi programmi è importante però tenere conto delle diverse norme, credenze e sistemi di valori che caratterizzano ogni cultura, i quali incidono in maniera rilevante sulla messa in pratica e soprattutto sui risultati di questi progetti di salvaguardia.

L'obiettivo di questa tesi, è dunque quello di studiare le cause, le conseguenze e gli interventi adottati a livello europeo e mondiale, per contrastare la diffusione tra i giovani adolescenti del fenomeno dell'alcolismo attraverso un'analisi dei report e della lettura scientifica sul tema.

CAPITOLO 1

1.1 L'abuso di alcol e il fenomeno del binge drinking

Durante l'adolescenza i giovani si trovano ad affrontare un insieme di cambiamenti fisici, cognitivi, emozionali, sociali e comportamentali. Per far fronte a questa vulnerabile fase della vita molti di loro tendono a mettere in pratica una serie di comportamenti a rischio, come per esempio l'uso di alcol.

I diversi contesti in cui gli adolescenti crescono (familiare, scolastico, urbano, ecc.) hanno una particolare rilevanza nello sviluppo di comportamenti di questo genere. Essi costituiscono infatti gli ambienti relazionali nei quali si realizza prevalentemente lo sviluppo adolescenziale e possono favorire o compromettere la crescita e il benessere dell'adolescente. L'insieme degli atteggiamenti e dei modelli di comportamento che i genitori o gli amici hanno verso le condotte a rischio esercitano quindi una forte influenza sulle scelte dell'adolescente.

Oggigiorno tra i giovani si sta diffondendo sempre più il fenomeno del cosiddetto "*Binge Drinking*": ossia la consumazione di cinque o più drink standard per gli uomini e quattro o più drink per le donne in 2 ore. Più nello specifico secondo il *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) il termine "*binge drinking*" fa riferimento ad un'assunzione di alcol che porta la concentrazione di alcol nel sangue a .08 g/dL, il quale è comunemente associato ad un'evidente compromissione della coordinazione motoria e delle funzioni cognitive.

La sempre più marcata diffusione di questo fenomeno è molto preoccupante in quanto presenta svariate conseguenze negative che vanno ad intaccare non solo gli adolescenti protagonisti, ma anche le loro famiglie, i pari e le comunità. È stato infatti dimostrato che il consumo eccessivo di alcol aumenta il rischio di essere coinvolti in eventi potenzialmente mortali come cadute o incidenti stradali, soprattutto se combinato con l'assunzione di droghe. Il bere eccessivo aumenta inoltre la probabilità di mettere in pratica comportamenti sessuali non sicuri che possono portare a infezioni trasmesse sessualmente e a gravidanze involontarie.

Un altro fattore incidente sulle conseguenze negative dell'abuso di alcol negli adolescenti è rappresentato dalla loro inesperienza nei confronti degli effetti dell'alcol: a differenza degli uomini adulti infatti, i giovani non conoscono le reazioni che l'assunzione di una grande quantità di alcol può provocare nel loro corpo; pertanto, essi sono più inclini ad essere soggetti ad episodi di intossicazione.

Quando si parla dei fattori contestuali influenti sullo sviluppo del binge *drinking*, tra gli adolescenti si fa riferimento anche ai posti in cui essi bevono e allo schema temporale con cui lo fanno. Certi luoghi in cui si verifica l'abuso di alcol come bar, discoteche o le feste a casa di amici senza la supervisione dei genitori, sono stati associati alla presenza di un maggior rischio di avvelenamento da alcol (Mair C et al., 2015). È stato dimostrato inoltre che i ragazzi tendono a bere maggiormente durante i weekend, le vacanze natalizie o estive o in occasioni di balli studenteschi o di eventi organizzati (Chung et al., 2018).

Altri fattori che possono contribuire in modo significativo all'assunzione di elevati livelli di alcol tra gli adolescenti includono il progressivo ridimensionamento della supervisione dei genitori quando i figli iniziano a raggiungere una maggiore maturità, con conseguente aumento dell'indipendenza dei ragazzi nelle loro attività quotidiane. (Brown et al., 2008).

Il contesto intra-familiare e in particolare i genitori sono infatti di fondamentale importanza: essi fungono da modelli di comportamento nei confronti delle condotte a rischio. L'atteggiamento dei *caregiver* nei confronti dell'alcol e la percezione di tali condotte da parte dell'adolescente possono essere molto influenti in questo periodo di crescita. In particolare, l'abuso di alcol da parte dei genitori può portare significative conseguenze sul rapporto con i figli. Questi genitori non riescono infatti a instaurare e mantenere una relazione stabile di affetto e di sicurezza con la loro prole, il che può generare nei figli una serie di emozioni di incertezza e confusione, favorendo così lo sviluppo di comportamenti problematici (Huessy, H. R., & Howell, D. C., 1985).

Anche l'ambiente scolastico riveste un'importanza cruciale: la scuola rappresenta il principale contesto di interazione tra gli adolescenti e i loro coetanei. Come precedentemente evidenziato, i pari svolgono un ruolo di notevole rilievo durante

l'adolescenza, e possono esercitare una forte influenza sui comportamenti a rischio. L'accettazione tra coetanei assume così un ruolo significativo come forma di ricompensa sociale per gli adolescenti, ed è generalmente associata a elevati livelli di autostima e competenza sociale.

Entrare però a far parte di un gruppo che fa frequente uso di alcol incrementa la probabilità che l'adolescente cominci a seguire il suo stesso schema comportamentale e abbia la tendenza a sviluppare le stesse abitudini poiché è maggiormente incline a emulare il comportamento del gruppo. Il consumo di alcol tra i giovani è fortemente correlato al loro stile di vita: se sono più orientati alle attività con i coetanei rispetto allo studio o alla vita familiare e se escono frequentemente, è infatti più probabile che adottino comportamenti legati all'uso rischioso di alcol (Steketee et al., 2013).

Le comunità in cui crescono gli adolescenti e il loro status socioeconomico hanno anch'essi un impatto significativo sulle scelte dei giovani. Uno studio ha rilevato che gli adolescenti che vivono in aree con una maggiore disponibilità di alcol, principalmente a causa di una presenza diffusa di locali che vendono alcolici, come bar o discoteche, tendono ad essere influenzati in modo significativo nelle loro abitudini di consumo (Shih et al., 2015).

Sempre dallo studio di Steketee et al. del 2013, si è visto che l'integrazione e il legame di quartiere possono avere effetti su tutti i consumi di sostanze. Gli adolescenti che sperimentano la coesione sociale nel loro vicinato hanno meno probabilità di bere alcolici e di usare droghe leggere e pesanti. Al contrario quando i giovani descrivono la loro zona come disorganizzata tendono a mostrare livelli più elevati di consumo di alcol e droghe.

Quando si parla di abuso di alcol in età adolescenziale e di *binge drinking* è molto importante tenere a mente anche le differenze presenti tra i vari stati sia a livello normativo che culturale.

A livello normativo, per esempio, i paesi con un'età legale per bere alcolici più bassa tendono ad avere una maggiore incidenza di episodi di *binge drinking* tra gli adolescenti rispetto invece ai paesi che richiedono un'età legale più alta per bere alcolici (Simons-Morton et al., 2010).

A livello culturale invece si possono osservare delle differenze tra gli stati in cui l'uso di alcol tra gli adolescenti è illegale e severamente vietato, come per esempio gli Stati Uniti, dove qualsiasi forma di approccio all'alcol può essere visto come un comportamento deviante, e gli stati per esempio della zona mediterranea, in cui è invece normalizzata l'introduzione degli adolescenti all'uso di alcol durante i momenti conviviali come i pranzi in famiglia. Inoltre, anche all'interno dei singoli stati, sono presenti notevoli differenze in quanto i contesti urbani o rurali in cui crescono gli adolescenti possono offrire loro opportunità diverse. Anche queste dissomiglianze regionali suggeriscono dunque che fattori come le politiche locali riguardanti la regolamentazione del consumo di alcol svolgono un ruolo significativo nell'incidenza dell'abuso di alcol tra gli adolescenti.

1.2 Conseguenze fisiche dell'uso di alcol in età adolescenziale

Secondo gli studi condotti dalla *World Health Organization* (WHO) pubblicati nel 2018, le conseguenze mortali dell'uso dannoso di alcol possono riguardare lesioni (28,7%), malattie digestive (21,3%), malattie cardiovascolari (19%), malattie infettive (12,9%) e cancro (12,6%). Inoltre, disturbi associati all'abuso di alcol presentano delle differenze di genere e geografiche sostanziali: sono più presenti negli uomini (200milioni) rispetto alle donne (46milioni) e riguardano soprattutto le regioni in cui la prevalenza dell'uso di alcol è maggiore: ossia la Regione Europea e delle Americhe.

Gli effetti del consumo di alcol negli adolescenti dipendono dalla concentrazione di alcol nel sangue (*Blood Alcohol Concentration* - BAC) raggiunta. Il tasso alcolemico che definisce il BAC è determinato dalla quantità di alcol assunto, dal tempo trascorso, dal peso corporeo e dal sesso della persona (US National Research Council and Institute of Medicine, 2004).

L'intossicazione dal alcol può comportare svariate conseguenze negative nel corpo di un adolescente: sia a breve termine che a lungo termine. Nel breve termine può causare una diminuzione dell'inibizione, un aumento dei comportamenti violenti e una ridotta capacità di giudizio che possono portare il giovane a compiere scelte imprudenti.

Nel lungo termine, invece, gli adolescenti che hanno alle spalle una storia di abuso di alcol tendono a manifestare differenze neurali e cognitive rispetto agli altri coetanei.

In particolare, possono presentare alterazioni a livello di attenzione, apprendimento verbale, elaborazione visuo spaziale e memoria, insieme a uno sviluppo anomalo del volume della materia grigia e bianca nel cervello (Spear, 2018).

Per indagare l'influenza dell'uso di alcol sul funzionamento del cervello sono stati fatti negli anni svariati studi sugli animali, i quali hanno dimostrato che il cervello degli adolescenti reagisce all'alcol in maniera diversa da quello degli adulti. Quello dei giovani infatti sembra essere più sensibile ai disturbi di apprendimento e della memoria causati dall'alcol, ma, al contrario degli adulti, meno suscettibile agli effetti di sedazione e di riduzione della temperatura (Spear, 2002).

Tutto ciò può avere delle conseguenze sia a breve che a lungo termine andando a compromettere in maniera più o meno irreversibile lo stile di vita e lo sviluppo dell'adolescente a livello comportamentale emozionale, sociale ed accademico.

1.3 Conseguenze psicologiche dell'uso di alcol in età adolescenziale

L'abuso di alcol oltre ad intaccare la salute fisica dell'adolescente, può avere delle conseguenze significative sul suo sviluppo psicologico. Il risultato di uno stato psicologico disfunzionale può essere caratterizzato dalla presenza di una bassa autostima, da uno scarso controllo dell'ostilità e da una bassa tolleranza alla frustrazione, all'ansia e a sintomi depressivi (Rogers et al. 1987). In termini invece di alterazioni comportamentali, gli adolescenti mostrano un aumento della messa in pratica di comportamenti a rischio e sono soggetti ad una compromissione del funzionamento interpersonale, sociale e professionale.

Secondo un articolo pubblicato nell'*International Journal of Environmental Research and Public Health* nel 2010, i disturbi indotti dall'alcol, oltre a comprendere i deliri, i disturbi del sonno e della memoria che compaiono durante l'intossicazione o l'astinenza, sono caratterizzati da ansia, disturbi psicotici e dell'umore, demenza e disfunzioni sessuali legate al consumo di alcol sia acuto che cronico.

Sempre secondo lo stesso articolo, il consumo eccessivo di alcol è fortemente correlato al rischio di suicidio. Gli effetti inibitori dell'alcol possono infatti compromettere la capacità di giudizio dell'adolescente e aumentare la sua impulsività, favorendo l'attuazione di comportamenti suicidari.

Il consumo di alcol può essere utilizzato come una forma di automedicazione per la depressione, ma allo stesso tempo può promuovere lo sviluppo di pensieri depressivi e di sentimenti di disperazione. L'alcol, rimuovendo le barriere inibitorie, può portare quindi l'adolescente a compiere lesioni autoinflitte. A conferma di questa correlazione, secondo gli studi, gli adolescenti con un disturbo depressivo maggiore hanno circa il doppio delle probabilità di sperimentare un episodio di consumo eccessivo di alcol rispetto a quelli senza (Cheng et al., 2021).

È necessario ricordare però che la relazione tra i sintomi depressivi e l'escalation del consumo di alcol cambia in funzione dello sviluppo e differisce tra maschi e femmine. È stato infatti rilevato che, per esempio, tra i nuovi bevitori nella tarda adolescenza con una storia pregressa di umore depresso o anedonia, le ragazze con livelli più elevati di umore basso o di mancanza di energia avevano maggiori probabilità di passare al consumo di alcol al primo episodio di consumo eccessivo, mentre i ragazzi con livelli più alti di tristezza o mancanza di energia avevano meno probabilità di farlo (Cheng et al., 2021).

L'alcol, nei casi di depressione, può dunque essere considerato sia un precursore di comportamenti suicidari che un "mezzo per raggiungere il fine" data la sua capacità di rimuovere le barriere psicologiche e fisiologiche all'autolesionismo. Di conseguenza è particolarmente importante che i programmi di prevenzione e di intervento orientati agli adolescenti e all'abuso di alcol adottino un approccio ad ampio spettro al fine di prevenire l'attuazione di eventi potenzialmente letali tra i giovani.

CAPITOLO 2

2.1 - Le culture del bere

Nel capitolo precedente abbiamo parlato in maniera generale dei diversi fattori che possono portare gli adolescenti ad abusare di bevande alcoliche e le varie conseguenze fisiche e psicologiche che queste possono causare in loro.

Come sappiamo però, gli approcci all'alcol da parte degli adolescenti cambiano da stato a stato e sono la conseguenza, tra le varie cose, anche di un insieme di fattori culturali.

Quando parliamo di culture facciamo riferimento al prodotto delle interazioni umane, delle tradizioni, delle credenze, delle pratiche sociali e delle esigenze ambientali che si adattano in maniera costante alle mutevoli condizioni sociali ed ecologiche. Le culture sono intrinsecamente dinamiche, sempre in evoluzione per rispecchiare mutevoli condizioni sociali ed ambientali: esse si formano e si trasformano costantemente all'adattamento delle società e ai loro ambienti circostanti. Ciò che appare chiaro quindi è come la cultura sia un costrutto multidimensionale che abbraccia virtualmente tutti gli aspetti della vita umana, dai comportamenti alimentari alla lingua, dalla moralità al modo in cui, quando e in quali circostanze consumiamo bevande alcoliche, dando così forma alla nostra cultura del bere (Aresi e Bloomfeld, 2021).

Per gran parte del mondo occidentale l'alcol ricopre un ruolo significativo come elemento di socializzazione, spesso associato a celebrazioni, funzioni aziendali, incontri sociali e sportivi, nonché cerimonie religiose e culturali o rituali festivi. Il consumo di alcol viene utilizzato quindi come mezzo per agevolare l'interazione sociale e rafforzare i legami tra le persone: questo ruolo in particolare tende a riflettersi nei luoghi pensati per il bere come i bar, i quali sono progettati proprio per essere socialmente inclusivi (Gordon et al., 2011).

Un fattore molto rilevante che influenza tutto questo è costituito dall'insieme di norme culturalmente definite sul consumo di alcol che ogni paese ha. Queste regole prevalentemente informali sono apprese tramite un processo di socializzazione e

definiscono sia le frequenze che le quantità di consumo socialmente accettate, oltre che le circostanze in cui è considerato lecito farlo. Esse giocano quindi un ruolo cruciale nel condizionare il consumo di alcol e i comportamenti ad esso correlati (Gordon et al., 2011).

Negli anni sono state definite svariate tipologie differenti di culture del bere: particolarmente rilevante è stata la definizione data dagli studiosi Room e Makela nel 2000; i quali hanno proposto una tipologia bidimensionale, con possibili caratteristiche aggiuntive. Inizialmente essi hanno basato la loro classificazione sul livello di regolarità del consumo di alcol, e sull'entità di ubriachezza. Successivamente, per comprendere al meglio la posizione culturale dell'alcol, hanno proposto l'analisi di ulteriori dimensioni quali:

- I valori d'uso (ad esempio alcol come nutriente, alcol come intossicante, ecc.),
- Le aspettative sui comportamenti in stato di ebbrezza o di intossicazione,
- La posizione culturale del bevitore, del gruppo dei bevitori e dell'occasione del bere,
- Le modalità di controllo sociale del bere,
- La natura dei problemi legati al consumo di alcol e alla loro gestione (Savic et al., 2016).

A partire dall'analisi di quest'insieme di dimensioni sono state dunque definite quelle che vengono chiamate "*wet cultures*" e "*dry*".

Le culture cosiddette "umide" si contraddistinguono per l'inclusione dell'alcol nella vita quotidiana, un elevato consumo pro capite e tassi relativamente alti di malattie croniche legate all'alcol (quali la cirrosi epatica) e di mortalità associata. In aggiunta, tali culture solitamente adottano politiche di controllo meno restrittive e presentano tassi di ubriachezza più bassi. Fanno parte di questa tipologia di cultura stati come ad esempio la Francia o l'Italia.

Quando si parla di culture "secche" si fa invece riferimento ai paesi del Nord Europa e ai paesi di lingua inglese come il Regno Unito e gli Stati Uniti, i quali si contraddistinguono per il fatto che il consumo di alcol non è una parte comune della vita quotidiana, ma è piuttosto limitato a periodi specifici, spesso associati a momenti di "pausa". In queste culture, quando si verifica il consumo di alcol, è più probabile che

questo porti all'ubriachezza. Questi modelli di consumo "secco" sono strettamente legati alle storiche influenze dei movimenti di temperatura in queste culture, che hanno portato ad una regolamentazione rigorosa (compreso in certi casi il divieto) del consumo di alcol.

Come sappiamo, però, le culture del bere non sono omogenee o statiche nel tempo, ma molteplici e in continuo movimento e gli effetti di queste sugli individui cambiano anch'essi, in quanto dipendendo dalla combinazione dei fattori presenti in una data situazione e dalla natura delle relazioni tra la cultura nel suo complesso e le entità culturali più piccole che influenzano l'individuo (Gordon et al., 2011).

Con il passare degli anni, gli studiosi hanno identificato però delle tendenze all'omogeneizzazione delle culture del bere con una crescente uniformità tra i diversi paesi. Anche se ogni stato ha le proprie norme specifiche ed è caratterizzato da una particolare storia culturale, l'arrivo della globalizzazione del mercato dell'alcol e gli sforzi mirati a una maggiore conformità della legislazione e alla regolamentazione del suo utilizzo (ad esempio le politiche UE sull'alcol), hanno gradualmente ridotto nel tempo queste differenze e hanno promosso lo sviluppo di abitudini più simili tra le città cosmopolite di diversi continenti (Aresi e Bloomfeld, 2021).

La modernizzazione, l'urbanizzazione, i cambiamenti nel mercato del lavoro e le variazioni nei tassi di matrimonio e di divorzio hanno giocato un ruolo fondamentale anche nel processo di modifica e di trasformazione dei ruoli di genere e, di conseguenza, nelle pratiche legate al consumo di alcol. Le differenze di genere costituiscono da sempre infatti un importante fattore che influenza i tassi di consumo d'alcol e l'omogeneizzazione degli stili di vita e la maggiore indipendenza femminile hanno fatto sì che anche le differenze presenti nei tassi di consumo di alcol tra uomo e donna, sebbene ancora oggi evidenti, diminuissero negli anni sia in termini di assunzione che di frequenza del bere (Gordon et al., 2011).

Anche le distinzioni tra culture basate sulle tipologie di bevande alcoliche consumate tipicamente stanno cambiando: attraverso gli studi è stato infatti verificato che per esempio si sta rilevando un incremento del consumo di birra in paesi considerati tradizionalmente portatori della cultura del vino come la Francia o la Spagna. Allo

stesso tempo la preferenza per il vino sta aumentando invece in paesi come la Germania, tradizionalmente orientato verso il consumo di birra.

Tutti questi cambiamenti sociali e culturali hanno fatto sì che si ritenesse necessario andare oltre al modello definito da Room e Makela di “*dry*” e “*wet culture*”.

Gordon et al. nel 2012, alla luce di tutti questi cambiamenti, hanno elaborato un nuovo modello teorico che potesse permettere una migliore categorizzazione delle culture del bere. Essi sono partiti prendendo in esame le due variabili proposte inizialmente da Room e Makela della regolarità del bere e del livello di ubriachezza della persona, e le hanno raggruppate in un'unica dimensione definita “*edonistica*”. Tramite la presa in esame di questo parametro di misura bidimensionale, secondo gli studiosi si è in grado di cogliere lo stile di vita generale degli individui riguardo l'alcol: esso varia in base alla regolarità con cui un soggetto beve, all'entità dell'ubriachezza, e alla relazione tra l'uso di alcol e lo stile di vita generale della persona.

Accanto a questa dimensione di “*edonismo*” gli studiosi hanno proposto poi la presa in esame di altre due dimensioni che vanno a definire le culture del bere: la prima riguarda la funzione che le occasioni di bere svolgono per un individuo (ad esempio inter/intrapersonale, rituale, intossicazione ecc.); la seconda, invece, va ad analizzare la misura in cui le modalità di controllo sociale influiscono sugli stili di consumo delle persone. In questo modo si può quindi comprendere in maniera più approfondita il ruolo e il significato che il consumo di alcol ha per una determinata società, e come questo impatta il modo di bere delle singole persone (Savic et al, 2016). Attraverso l'utilizzo di questo modello teorico si possono quindi indagare in maniera più approfondita le variazioni presenti nelle culture del bere all'interno delle società contemporanee.

2.2 - La situazione europea

Le norme sociali e culturali che caratterizzano ogni società si riflettono su molte cose, tra cui il modo di crescere degli adolescenti, i valori che essi mettono alla base delle loro decisioni, i comportamenti che assumono e, di conseguenza, anche il loro approccio all'alcol.

A tal proposito uno studio pubblicato nel 2016 da Astrid Braeker e Renate Soellner aveva l'obiettivo di analizzare le abitudini di consumo di alcolici degli adolescenti europei di 12 ai 16 anni al fine di raggruppare i loro paesi di provenienza in base ai tassi di prevalenza rilevati, in modo da verificare quindi in quali stati europei i giovani tendevano a fare più uso di alcol.

Il campione preso in esame inizialmente era composto da 48423 adolescenti europei provenienti da 8 stati differenti quali: Bosnia Erzegovina, Repubblica Ceca, Estonia, Francia, Ungheria, Portogallo, Spagna e Svizzera. Essi hanno identificato cinque differenti metodi di utilizzo dell'alcol sulla base della qualità e della frequenza di consumo, e hanno quindi chiesto agli studenti di specificare all'interno del questionario la frequenza con cui hanno avuto occasione di bere nel corso degli ultimi 30 giorni e il numero di bevande alcoliche consumate durante la loro ultima occasione di bere, suddividendole in base alla tipologia, al numero di bicchieri, lattine o bottiglie per ognuna.

A partire da queste domande sono state quindi individuate 5 differenti categorie di consumatori per paese, le quali sono state così suddivise:

Table 1 Variable means per cluster (N=48423)

Variables	Use patterns				
	Non	Mild	Episodic	Frequent	Heavy episodic
Frequency of drinking occasions in the previous month (beer, wine or breezers)	0	0.62	1.92	12.59	3.37
Intake on last drinking occasion (glasses/bottles/cans of beer, wine or breezers)	0	1.52	5.46	6.17	15.47
Frequency of drinking occasions in the previous month (spirits)	0	0.12	0.95	4.71	2.03
Intake on last drinking occasion (glasses of spirits)	0	0.56	3.77	4.69	7.22
N	20 770 (42.9%)	20 359 (42%)	5527 (11.4%)	703 (1.5%)	1064 (2.2%)

- Non consumatori (“*non*”): coloro che non hanno mai consumato alcol in vita loro, che compongono il 42,9 % del campione,
- Consumatori lievi (“*mild*”): coloro che hanno continuato a bere in media 1,52 unità di birra, vino o *breezers* o 0,56 unità di superalcolici nell'ultima occasione di bere e ha bevuto questa quantità meno di una volta a mese (0,62 e 0,12 volte). Essi compongono il 42% del campione,

- Consumatori episodici (“*episodic*”): hanno bevuto media 5,46 unità di birra, vino o *breezers*, o 3,77 unità di superalcolici su 1,92 o 0,95 bevute al mese e compongono l’11,4% del campione,
- Consumatori frequenti (“*frequent*”): coloro che bevevano più frequentemente (12,59 o 4,71 volte al mese) ma in media solo una bevanda alcolica in più rispetto ai consumatori episodici (6,17 o 4,69 unità nell'ultima occasione di consumo). Compongono l’1,5%. del campione,
- Consumatori episodici pesanti (“*heavy episodic*”): coloro che hanno bevuto alcolici due o tre volte durante il periodo mese precedente (3,37 o 2,03 volte), con una media di 15,47 unità di birra, vino o *breezers*, o 7,22 unità di superalcolici nell'ultima bevuta occasione. Compongono il restante 2,2% del campione. (Braeker e Soellner, 2016)

In un secondo momento è stata poi condotta un’ulteriore analisi cluster, questa volta però prendendo in esame 25 paesi europei in modo tale da riuscire ad avere una visione più ampia sullo stato degli adolescenti. I soggetti partecipanti erano in questo caso in media 2310,84 per stato: minimo 587 (Islanda), massimo 3582 (Svizzera), con un deviazione standard pari a 907,17. In questa circostanza i risultati sono stati suddivisi per singolo stato e rappresentati nella seguente tabella:

Table 2 Percentages of alcohol user types per country (sorted by proportions of non-users)

	Non-users	Mild users	Episodic users	Heavy episodic users	Frequent users	Risky users
Iceland	81.1 ⊕	14.2 ⊖	3.6 ⊖	0.4 ⊖	0.7	4.7
France	72.5	22.1	4.0	1.0	0.5	5.5
Bosnia-Herzegovina	71.5	24.0	3.7	0.6	0.2 ⊖	4.5 ⊖
Portugal	62.3	28.9	7.9	0.6	0.3	8.8
Cyprus	59.1	34.0	5.2	1.0	0.7	6.9
Sweden	55.7	30.9	10.9	1.7	0.8	13.4
Norway	55.3	29.7	12.3	2.2	0.5	15
Spain	54.4	29.9	12	1.9	1.9	15.8
Slovenia	45.5	46.0	6.0	2.3	0.3	8.6
Italy	44.6	45.3	7.9	1.0	1.1	10
Belgium	43.3	40.7	12.2	2.1	1.6	15.9
Austria	42.5	39.2	13.9	2.6	1.8	18.3
Switzerland	42.3	38.4	13.1	3.3	2.9	19.3
Ireland	40.2	32.4	22.8	3.2	1.4	27.4
Netherlands	39.5	39.3	14.8	4.4	2.0	21.2
Germany	38.6	42.3	13.1	3.6	2.3	19
Poland	36.1	44.6	14.2	4.0	1.0	19.2
Russia	34.9	54.6	7.8	1.3	1.4	10.5
Denmark	34.3	35.3	23.3 ⊕	4.8 ⊕	2.3	30.4 ⊕
Finland	33.0	40.0	21.5	5.1	0.3	26.9
Armenia	32.5	63.1	3.7	0.1	0.6	4.4
Lithuania	24.0	57.9	13.8	3.1	1.1	18
Hungary	21.5	59.8	12.4	1.6	4.8 ⊕	18.8
Czech Republic	20.1	63.6 ⊕	12.9	2.1	1.2	16.2
Estonia	19.1 ⊖	56.3	18.6	1.7	4.3	24.6
Means	44.16	40.50	11.66	2.23	1.44	15.33

Osservando i dati ricavati all'interno dello studio è possibile rilevare che, in tutti i paesi, la maggior parte degli adolescenti non aveva mai fatto uso di alcol o solo lievemente. I “non consumatori” componevano il 44,16% del campione preso in esame con una deviazione standard pari a 16,5, con al primo posto l'Islanda (81,1%) e all'ultimo l'Estonia (19,1%). I “*Mild users*”, o “consumatori lievi”, formavano in particolare il 40,5 % dell'intero campione, con deviazione standard di 13,1. In questo caso troviamo la Repubblica Ceca (63,6%) al primo posto e l'Islanda (14,2%) all'ultimo.

In media l'11,66% degli adolescenti partecipanti del campione analizzato facevano parte della terza categoria, ossia dei “consumatori abituali”. In questo caso la deviazione standard era pari a 5,79, con la percentuale più alta in Danimarca (23,3%) e più bassa in Islanda (3,6%). La quarta categoria rappresentata all'interno della tabella definiva i “consumatori episodici pesanti”, i quali erano in media il 2,23% degli adolescenti analizzati, con una deviazione standard di 1,40, il tasso più alto in Finlandia (5,1%) e il più basso, anche in questo caso, in Islanda (0,4%). I “consumatori frequenti” componevano infine il restante 1,44% degli adolescenti partecipanti a questa parte dello studio; la deviazione standard era in questo caso pari a 1,18 e le proporzioni presentavano il tasso minore in Bosnia-Erzegovina (0,2%) e il tasso maggiore in Ungheria (4,8%).

In aggiunta alla classificazione iniziale degli adolescenti nelle cinque differenti categorie sopra citate, in questa seconda parte dello studio sono stati definiti anche i cosiddetti “utenti a rischio”: i quali rappresentavano la somma delle proporzioni dei consumatori “episodici”, “episodici pesanti” e dei “consumatori frequenti”. In totale essi andavano a formare il 15,33% degli adolescenti del campione analizzato con una deviazione standard di 7,53. La percentuale più bassa di utenti a rischio si trovava in Bosnia-Erzegovina ed era pari al 4,5%, mentre quella più alta era in Danimarca e rappresentava il 30,4% degli adolescenti danesi partecipanti allo studio.

A partire da tutti questi dati le studiose Astrid Braeker e Renate Soellner hanno infine diviso gli stati europei in tre categorie in base al numero di adolescenti facenti uso di alcol. Nella prima categoria sono stati raggruppati l'insieme degli stati con gli adolescenti principalmente non utilizzatori di alcol, ossia: Svezia, Norvegia, Portogallo, Cipro, Bosnia-Erzegovina, Spagna, Francia e Islanda. La seconda categoria era costituita principalmente da paesi dell'Est Europa come: Estonia, Repubblica Ceca,

Lituania, Russia, Ungheria, all'interno dei quali erano presenti principalmente i *mild users*, ossia consumatori leggeri. Infine, all'interno della terza categoria erano raggruppati gli stati in cui la percentuale dei consumatori episodici ed episodici pesanti era maggiore, dunque: Paesi Bassi, Germania, Svizzera, Austria, Belgio, Polonia, Italia, Slovenia, Danimarca, Finlandia e Irlanda.

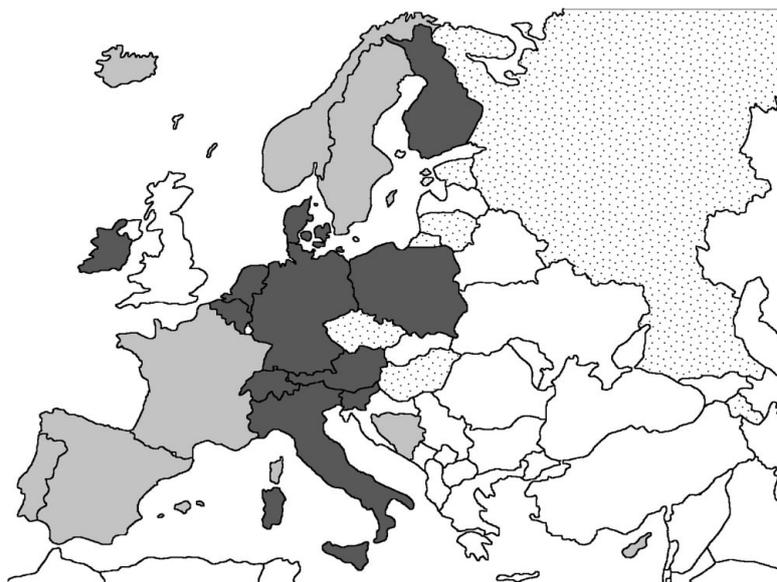


Table 3

Rappresentazione europea del consumo di alcol tra gli adolescenti a livello nazionale.

- Grigio medio: principalmente non utilizzatori (gruppo 1),
- punteggiato: principalmente lieve ma consumatori abituali (gruppo 2),
- grigio scuro: percentuale più alta di consumatori episodici (pesanti) (gruppo 3)

A partire dai dati presentati precedentemente e osservando la cartina europea sopra riportata si può evincere che, come si diceva all'inizio del capitolo, le abitudini europee sono effettivamente cambiate nel tempo. All'interno del primo gruppo di stati troviamo paesi come la Francia o la Spagna, i quali venivano considerati portatori della "*wet culture*", ora invece rappresentano i paesi con il minor numero di adolescenti che fanno uso di alcolici. L'Italia, anch'essa classificata inizialmente come "*wet culture*", secondo le conclusioni dello studio, fa ora parte del terzo gruppo, il quale si avvicina maggiormente al concetto di "*dry culture*".

A riflesso delle politiche di controllo dell'alcol attuate dalle singole nazioni e delle norme sociali che le caratterizzano, osservando la cartina si può infine osservare come quasi la totalità dei paesi appartenenti alla terza categoria, ossia quella con la percentuale più alta di consumatori episodici ed episodici pesanti si trovi nell'Europa centrale, al contrario dei paesi dell'Europa occidentale, i quali mostrano invece chiaramente un comportamento meno problematico.

Vista l'importanza della salute degli adolescenti nel 1995 è stato creato un network collaborativo europeo formato da gruppi di ricerca di oltre 40 paesi europei chiamato ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs/Progetto di indagine europea nelle scuole su alcol e altre droghe), il quale costituisce ad oggi il più grande progetto di ricerca transazionale esistente sull'uso di sostanze tra gli adolescenti. L'utilizzo di questo progetto di indagine permette di raccogliere dati comparabili negli anni tra i vari paesi riguardanti situazione degli stati europei nei confronti dell'uso di sostanze e della messa in pratica di altre forme di comportamenti a rischio tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni (ESPAD, 2019).

Secondo i dati ricavati dal questionario sottoposto nel 2019 a 99647 studenti provenienti da 35 paesi, le bevande alcoliche sono percepite ancora oggi come le più facilmente procurabili da quasi l'80% dei partecipanti allo studio e in alcuni paesi come Danimarca, Germania e Grecia questa percentuale tende a salire persino oltre il 90% (Max: 95% Danimarca, Min: 38% Kosovo). Inoltre, confrontando i dati ricavati dalle risposte suddivise per genere, è stato riscontrato che la reperibilità delle bevande alcoliche risulta essere leggermente maggiore per le ragazze rispetto ai ragazzi (79% per le ragazze, 77% per i ragazzi), cosa che solitamente è al contrario nel caso in cui si parli di reperibilità di sigarette o di cannabis (ESPAD, 2019).

Per analizzare in maniera generale la situazione europea prendiamo in considerazione una delle varie tabelle riassuntive presentate all'intento del Report ufficiale presentato nel 2019, la quale espone nello specifico i dati nazionali dei 35 stati partecipanti allo studio riguardo l'uso generale di alcol nel corso della vita, negli ultimi 30 giorni e il livello di intossicazione sempre nell'ultimo mese.

Table 4: Consumo di alcol: prevalenza del consumo nel corso della vita, consumo negli ultimi 30 giorni e intossicazione (percentuale)

Country	Lifetime use	30-day use	Intoxication, last 30 days	Lifetime use		30-day use		Intoxication, last 30 days	
				Boys	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls
Austria	84	63	21	82	86	60	65	21	21
Bulgaria	82	53	16	82	82	57	50	18	15
Croatia	90	58	15	90	89	61	54	16	13
Cyprus	83	57	11	83	83	63	53	14	8.6
Czechia	95	63	15	94	96	63	63	15	16
Denmark	92	74	40	93	91	73	75	41	40
Estonia	82	37	8.4	82	83	34	40	7.9	8.9
Faroes	80	38	13	82	78	37	40	14	12
Finland	69	30	13	69	68	28	32	12	13
France	80	53	15	80	81	54	52	17	12
Georgia	87	47	16	90	85	53	41	16	15
Germany	90	65	20	90	90	63	68	21	19
Greece	89	62	10	90	88	62	62	11	10
Hungary	91	61	21	91	90	65	58	22	20
Iceland	37	11	3.8	37	37	9.4	13	3.1	4.5
Ireland	72	41	16	73	72	42	40	15	17
Italy	84	59	12	86	83	60	57	12	11
Kosovo	29	10	2.7	41	18	17	5.2	4.1	1.5
Latvia	89	47	12	87	91	42	53	12	12
Lithuania	79	27	6.7	75	83	24	30	7.4	6.0
Malta	82	48	12	81	82	47	49	11	13
Monaco	89	54	14	85	92	54	53	15	13
Montenegro	77	38	7.6	80	74	43	32	10	4.7
Netherlands	72	51	15	70	75	50	52	15	16
North Macedonia	67	41	8.7	69	64	46	37	9.1	8.2
Norway	53	25	8.6	52	54	23	27	8.1	9.1
Poland	81	47	11	80	82	45	49	12	10
Portugal	77	43	11	77	77	45	42	11	11
Romania	82	52	10	86	79	59	44	13	7.3
Serbia	87	56	12	87	88	59	53	15	10
Slovakia	90	54	14	89	92	50	58	12	16
Slovenia	84	50	15	86	82	54	46	16	13
Spain	78	47	17	75	81	43	50	14	19
Sweden	58	25	9.4	57	58	23	26	8.5	10
Ukraine	85	44	12	81	89	39	48	11	13
Average	79	47	13	79	78	47	46	14	13
Min.	29	10	2.7	37	18	9.4	5.2	3.1	1.5
Max.	95	74	40	94	96	73	75	41	40

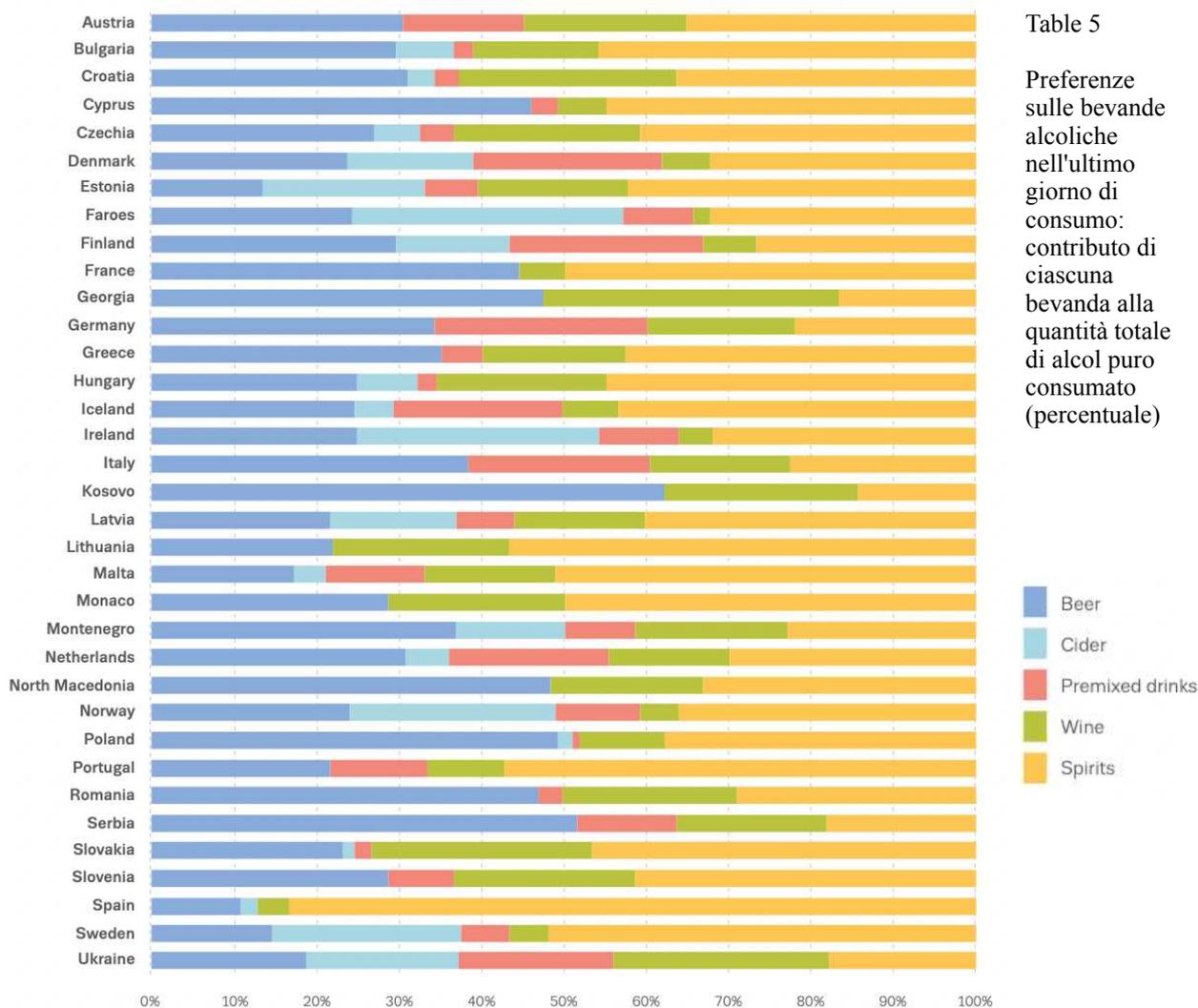
In tutti i paesi ESPAD, ad eccezione del Kosovo (29%) e dell'Islanda (37%), oltre la metà degli studenti ha riferito di aver consumato alcol almeno una volta nella vita. Con media 79% i tassi più elevati di consumo di alcol nel corso della vita si possono trovare in Repubblica Ceca (95%), Danimarca (92%) e Ungheria (91%). Al contrario i tassi più bassi, oltre ad essere in Kosovo e in Islanda come citato precedentemente, è possibile trovarli in Norvegia (53%) e in Svezia (58%).

In generale il 47% degli studenti partecipanti allo studio ha affermato di aver fatto uso di alcol nei 30 giorni precedenti all'indagine. In questo caso i tassi più alti sono presenti

in: Danimarca (74%), Germania (65%) e in Austria (63%); mentre le percentuali più basse si trovano nella maggior parte dei paesi del nord e in particolare in Kosovo (10%) e in Islanda (11%). Infine, in media il 13% dei soggetti partecipanti ha affermato di essere stato intossicato negli ultimi 30 giorni precedenti l'indagine. Anche in questo caso troviamo i tassi più alti in Danimarca (40%), la quale presenta una percentuale in media più che raddoppiata rispetto agli altri stati. Con i tassi più bassi invece troviamo sempre il Kosovo e l'Islanda con rispettivamente il 2,7% e il 3,8%.

Andando a confrontare i dati appena analizzati con quelli riportati nello studio di Astrid Braeker e Renate Soellner del 2016 possiamo trovare sia delle somiglianze che delle discrepanze. Degli stati classificati come appartenenti alla prima categoria, ossia quella dei "principalmente non consumatori", ne fanno sicuramente parte l'Islanda, la Norvegia e la Svezia, al contrario però stati come Francia, Spagna e Portogallo tendono a presentare dei tassi di percentuali addirittura più alti delle medie ricavate dallo studio ESPAD. Come facenti parte della terza categoria, ossia quelle che comprendeva gli stati con la percentuale più alta di consumatori episodici ed episodici pensati, possiamo invece confermare sicuramente la presenza di paesi come la Danimarca, la Germania e l'Austria, i quali anche all'intento dello studio ESPAD presentano i tassi più alti.

Infine, all'interno dello studio ESPAD sono state analizzate anche le preferenze sulle bevande alcoliche nell'ultimo giorno in cui i partecipanti hanno bevuto e i risultati sono stati riassunti anch'essi in una tabella.



Osservando la tabella possiamo avere conferma di come siano effettivamente cambiate nel tempo le abitudini europee. Come diceva lo studio di Astrid Braeker e Renate Soellner e la letteratura in generale i paesi che tendevano ad essere classificati come principalmente vinicoli o appartenenti alla *wet culture* al giorno d'oggi bevono principalmente dell'altro. Si guardino infatti per esempio i dati dell'Italia, della Francia o del Portogallo: la percentuale di vino bevuta dagli adolescenti è fortemente minore rispetto, per esempio, a quella di birra, la quale in Italia arriva quasi al 40%, in Francia si aggira intorno al 45% e in Portogallo sfiora quasi il 50%. In Spagna invece, anch'essa inizialmente considerata come facente parte dei paesi principalmente vinicoli, l'83% degli adolescenti aveva bevuto superalcolici e la percentuale di vino consumato era invece ormai quasi minima.

Anche in Germania e in Repubblica Ceca, dove da sempre si beveva principalmente birra, la situazione è cambiata negli anni: guardando la tabella possiamo infatti osservare come oltre alla birra anche le bevande miscelate e i superalcolici occupino una parte sostanziale della riga, in particolare in Repubblica Ceca dove compongono il 40%.

Possiamo quindi dire che le tradizionali caratterizzazioni della scelta delle bevande potrebbero al giorno d'oggi non essere più valide come lo erano una volta, soprattutto tra la popolazione adolescente. Ad alimentare queste scelte e soprattutto a determinare la diminuzione della quantità di consumo di alcol tra gli adolescenti negli anni sono state anche la reputazione culturale del bere, anch'essa probabilmente cambiata negli anni e, soprattutto, la messa in pratica delle normative sul consumo di alcol e sull'intossicazione applicate a livello nazionale dai vari paesi.

CAPITOLO 3

Come abbiamo visto nel precedente capitolo il consumo di alcol è ancora oggi fortemente radicato all'interno della società odierna e questo è, come abbiamo detto, frutto delle tendenze storiche di consumo di alcolici, della disponibilità di alcol, della cultura, dello stato economico e delle misure di controllo dell'alcol implementate dai vari stati. Tutti questi fattori hanno quindi un impatto sui livelli e sui modelli di consumo di alcolici da parte delle varie popolazioni.

Secondo le ultime stime globali dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la dipendenza dall'alcol colpisce il 2,6% degli adulti, ovvero 144 milioni di persone e il 5,1% della popolazione globale vive con disturbi da consumo di alcol, ossia 283 milioni di persone di età pari o superiore a 15 anni. Oltre agli effetti del consumo nocivo di alcol sulla salute e sul benessere ci sono altre conseguenze che vanno oltre le implicazioni per la salute. Il consumo dannoso di alcolici comporta infatti notevoli perdite sia a livello sociale che economico, tra cui costi associati al sistema giudiziario, costi derivanti dalla diminuzione della produttività della forza lavoro, disoccupazione e costi legati al dolore e alla sofferenza (WHO, 2021).

Vista la gravità delle conseguenze del consumo di alcolici sia a livello mentale che fisico e sia per chi ne fa uso che per le persone che stanno accanto a loro, che per la società in generale, sono stati creati dei piani di azione a livello sia europeo che globale al fine di ridurre il consumo dannoso di alcol. L'attuazione di politiche efficaci sull'alcol è però molto difficile e si trova davanti ad un numero svariato di sfide in diversi campi, a partire da quello economico. Negli ultimi decenni la produzione di bevande alcoliche è diventata infatti sempre più globalizzata, in particolare nel settore della vendita della birra e dei superalcolici, e questo fa sì che ci sia bisogno di una forte leadership internazionale per affrontare l'ingerenza degli interessi economici sulla formulazione e nell'attuazione di politiche sull'alcol in modo tale da combattere la potente industria globale e gli interessi commerciali che vanno a discapito del benessere delle persone.

3.1 Global alcohol action plan

La strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol è stata approvata per la prima volta nel 2010 dalla Sessantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità e costituisce ad ora il quadro politico internazionale preponderante per ridurre l'incidenza di decessi e disabilità associati all'uso di alcol in tutti i suoi aspetti: dalle implicazioni sulla salute mentale e le malattie non trasmissibili fino agli incidenti e alle malattie infettive riconducibili all'alcol. Questa strategia globale si poggia su diverse iniziative strategiche sia a livello mondiale che regionale promosse dall'OMS e rappresenta il comune impegno degli stati membri partecipanti a intraprendere una serie di azioni al fine di ridurre il consumo dannoso di alcol e le conseguenze ad esso correlate. (WHO, 2022)

La strategia globale è stata concepita con l'obiettivo di promuovere e sostenere iniziative a livello locale, regionale e globale volte a prevenire e mitigare il consumo nocivo di alcol. Essa delinea gli elementi fondamentali per un'azione su scala mondiale e propone una serie di opzioni e misure politiche che possono essere adottate, adattate e implementate a livello nazionale, laddove appropriato. Queste opzioni politiche tengono conto delle specifiche circostanze nazionali, quali le sfere religiose e culturali, le priorità di sanità pubblica nazionali e le risorse, le competenze e le capacità disponibili (WHO, 2022).

Tra il 2010 e il 2019 sono stati fatti svariati progressi nella riduzione del consumo globale di bevande alcoliche e il numero di bevitori è diminuito in tutte le regioni dell'OMS e, più nello specifico, la prevalenza standardizzata per età del consumo eccessivo di alcol episodico è diminuita a livello globale tra la popolazione totale dal 20,6% al 18,5% nel 2016. (WHO, 2010) Tuttavia, nonostante alcune migliorie, in linea generale in tutte le regioni del mondo il carico complessivo di malattie causate dal consumo di alcol rimane inaccettabilmente elevato.

L'obiettivo principale di questo piano d'azione globale è dunque quello di attuare una strategia che permetta di ridurre il consumo dannoso di alcol dando priorità alla salute

pubblica cercando di ridurre la morbilità e la mortalità dovuta al consumo di alcolici in modo da favorire la salute e il benessere sociale delle popolazioni a livello mondiale.

La messa in pratica di questa strategia richiede quindi azioni concrete da parte degli stati membri e un adeguato coinvolgimento da parte di tutte le parti interessate e, per riuscire a raggiungere questo obiettivo, è necessario mettere in pratica misure di controllo dell'alcol ad alto impatto ed economicamente vantaggiose per quelle che sono le aree target definite all'interno della strategia globale da parte dell'OMS.

Gli obiettivi operativi definiti all'interno del “*Global action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*” pubblicato dalla *World Health Organization* (WHO) sono principalmente sei:

1. Aumentare la copertura della popolazione, l'attuazione e l'applicazione di opzioni politiche e interventi ad alto impatto per ridurre il consumo dannoso di alcol in tutto il mondo per una migliore salute e benessere, tenendo conto della prospettiva di genere e di un approccio lungo tutto l'arco della vita.
2. Rafforzare l'azione multisettoriale attraverso una governance efficace, un maggiore impegno politico, leadership, dialogo e coordinamento dell'azione multisettoriale.
3. Migliorare la capacità di prevenzione e trattamento dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per i disturbi dovuti al consumo di alcol e le condizioni di salute associate come parte integrante della copertura sanitaria universale e in linea con l'Agenda 2030 e i suoi obiettivi sanitari.
4. Aumentare la consapevolezza sui rischi e sui danni associati al consumo di alcol e sul suo impatto sulla salute e sul benessere degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, nonché sull'efficacia delle diverse opzioni politiche per ridurre il consumo e i danni correlati.
5. Rafforzare i sistemi di informazione e la ricerca per monitorare il consumo di alcol, i danni alcol-correlati, i loro determinanti e fattori di modificazione, e le risposte politiche a tutti i livelli, con la diffusione e l'applicazione di informazioni per l'advocacy al fine di informare lo sviluppo e la valutazione delle politiche e degli interventi.

6. Aumentare significativamente la mobilitazione delle risorse necessarie per un'azione adeguata e sostenuta volta a ridurre il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli. (WHO, 2021)

Al fine di raggiungere questi obiettivi al meglio sono state quindi definite le 10 aree specifiche d'azione da parte degli stati membri, in quanto spetta a loro la responsabilità principale per lo sviluppo, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle politiche pubbliche volte a ridurre il consumo nocivo di alcol da parte della popolazione, adattandole alle esigenze e ai contesti nazionali specifici di ciascun paese.

All'interno della prima area chiamata "Leadership, consapevolezza e impegno" si richiede ai governi di sviluppare e/o rafforzare le politiche e i piani d'azione che mirano a ridurre il consumo dannoso di alcol garantendo innanzitutto l'accesso da parte dei cittadini alle informazioni e ai programmi efficaci di educazione, in modo tale da aumentare i tassi di consapevolezza dei danni che il bere può causare e diminuendo così la stigmatizzazione e la discriminazione nei confronti delle persone colpite. Subito dopo, all'interno della seconda area troviamo la "Risposta dei servizi sanitari", i quali sono fondamentali per affrontare i problemi di salute pubblica causati dall'uso dannoso degli alcolici. Oltre a cercare di garantire l'assistenza necessaria alle persone che necessitano le cure nello specifico è necessario un forte ampliamento di interventi di prevenzione nei confronti di individui e famiglie a rischio aiutando anche le comunità a portare avanti le loro politiche attuate ai fini di ridurre l'uso dannoso di alcol.

"L'azione comunitaria" viene per l'appunto chiamata in causa all'interno della terza area in quanto le comunità possono mettere in pratica delle azioni o dei programmi specifici comunali di prevenzione in base anche alle esigenze specifiche dei cittadini e ponendo l'attenzione in particolare sui giovani e sugli altri gruppi a rischio.

Altro fattore molto importante di cui tenere conto sono le "Politiche e le contromisure per la guida in stato di ebbrezza" analizzate all'interno della quarta area di intervento definita dall'OMS, in quanto quest'ultima può influire in maniera evidente sul giudizio, sulla coordinazione e in generale sulle funzioni motorie della persona. Al fine di limitare i danni associati alla guida sotto l'effetto di alcol è necessario rafforzare le misure deterrenti, aumentando per esempio i punti di controllo per la sobrietà, conducendo

campagne di sensibilizzazione mediatiche attentamente pianificate e/o incoraggiando la fornitura di mezzi alternativi come i trasporti pubblici.

All'interno della quinta area si parla della problematica della "Disponibilità dell'alcol". Le strategie di regolazione della disponibilità commerciale o pubblica di alcol sono misure essenziali per prevenire l'accesso degli alcolici da parte dei gruppi a rischio come i giovani. Per diminuire i livelli di disponibilità di alcol è necessario istituire un sistema che aiuti ad aumentare i livelli di regolamentazione della produzione e della vendita di alcolici ed è inoltre doveroso stabilire un'età minima di accesso all'acquisto di bevande alcoliche e mettere in pratica politiche che limitino la vendita a coloro che hanno meno dell'età legale per bere e alle persone intossicate.

La sesta area analizza la "Commercializzazione delle bevande alcoliche" in quanto al giorno d'oggi la distribuzione di alcol passa attraverso la presentazione di tecniche pubblicitarie e promozionali sempre più efficaci, le quali tendono ad avere un forte impatto sui giovani e sugli adolescenti. Sia il contenuto delle campagne di marketing che la quantità di esposizione dei giovani a tali strategie rappresentano questioni di fondamentale importanza. A tal riguardo dovrebbe essere quindi adottato un approccio precauzionale per salvaguardare i giovani da tali pratiche di commercializzazione e si dovrebbero regolamentare le attività di marketing e di sponsorizzazione su una base legislativa. A tal proposito sarebbe opportuno inoltre attuare delle "Politiche sui prezzi", le quali sono approfondite all'interno della settima area. Per frenare la continua evoluzione verso il consumo eccessivo di alcol o gli episodi di bevute pesanti e limitare il consumo di alcol tra i minori si possono utilizzare delle politiche tariffarie. Incrementare il costo delle bevande alcoliche istituendo un sistema di tassazione nazionale specifico per gli alcolici rappresenta infatti uno dei deterrenti più efficaci per ridurre il consumo dannoso di alcol.

Oltre a cercare di rallentare la compravendita di alcolici e l'utilizzo dannoso che ne viene fatto, è estremamente importante anche cercare di "Ridurre le conseguenze negative del bere e dell'intossicazione da alcol" e "Ridurre l'impatto sulla salute pubblica dell'alcol illecito e dell'alcol prodotto informalmente". Proprio di questi due argomenti si parla rispettivamente all'interno delle aree otto e nove definite dall'OMS.

Al fine di decrementare le conseguenze negative, è necessario infatti regolamentare il contesto di consumo di alcol in modo tale da limitare al minimo gli episodi di violenza o i comportamenti che possono mettere in pericolo sia chi fa uso di alcolici primis, sia le persone che lo circondano. Una particolare attenzione deve essere invece posta nei confronti della produzione illegale di alcol, il cui utilizzo comporta conseguenze negative ancora più significative visto il contenuto maggiore di etanolo al suo interno e la potenziale contaminazione con sostanze tossiche come ad esempio il metanolo. È di fondamentale importanza quindi implementare i controlli e le restrizioni nei confronti di queste bevande alcoliche sviluppando per esempio dei sistemi di localizzazione e di rintracciabilità dell'alcol illecito e informando la popolazione delle minacce per la salute che l'utilizzo di questa tipologia di alcol può causare all'intento del nostro corpo. Per ultima, ma non meno importante, la decima area è quella del "Monitoraggio e sorveglianza" i cui dati creano la base per il successo e l'attuazione appropriata delle altre nove opzioni politiche appena discusse. Questa pratica è essenziale per poter potenziare le capacità di risposta, sviluppare politiche adeguate e valutare l'efficacia degli interventi adottati e, per fare questo, è necessario implementare un sistema di monitoraggio e sorveglianza a livello locale, nazionale e internazionale. La raccolta, l'analisi e la divulgazione delle informazioni relative all'uso nocivo dell'alcol sono quindi il punto di partenza per il raggiungimento di tutti gli obiettivi definiti all'interno del programma di azione globale definito dall'OMS.

3.2 European alcohol action plan

Il primo piano d'azione europeo sull'alcol fu attivato tramite l'OMS nel 1992 e poi nuovamente nel 2000. Successivamente, a seguito dell'approvazione della strategia globale del 2010, sono stati sviluppati e adottati altri piani d'azione in linea con gli stessi per ridurre il consumo dannoso di alcol. Il "*Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-20*" è proprio un esempio valido di questi: approvato da 53 stati membri durante il Comitato regionale per l'Europa nel settembre 2011 a Baku, in Azerbaijan, racchiude al suo interno un vasto ventaglio di politiche e

programmi relativamente accessibili ed economici da implementare, i quali sono mirati a ridurre il consumo nocivo di alcol, promuovere la salute e il benessere, migliorare la produttività e potenziare il capitale umano, sanitario e sociale lungo l'intero arco della vita. (WHO, 2014)

Anche in questo caso il programma d'azione è basato sulle 10 aree d'azione di cui abbiamo parlato all'interno del "*Global action plan 2022-2030*" le quali costituiscono le fondamenta per la messa in pratica di tutte le strategie di prevenzione.

All'interno del programma europeo poniamo in particolare una lente d'ingrandimento nei confronti delle campagne di educazione pubblica, le quali possono essere utilizzate per sostenere le misure politiche sull'alcol. È molto importante, infatti, che i singoli comuni sviluppino e mettano in pratica dei programmi di intervento di promozione della salute che includano azioni sull'alcol all'interno delle scuole in modo da sensibilizzare in primis gli studenti.

L'educazione sull'alcol dovrebbe essere considerata parte di un approccio politico più ampio in quanto è di determinante importanza nella sensibilizzazione delle nuove generazioni. Per questo si dovrebbe cominciare fin dall'infanzia con il sostegno dei genitori e proseguire nelle scuole come componente integrante dell'approccio olistico che promuove la salute; e, al fine di raggiungere questo obiettivo, è necessario in primis formare i docenti tramite appropriati seminari di formazione in modo tale che poi siano in grado di ripresentare il materiale in maniera interattiva e adeguata agli studenti.

Dovrebbero essere quindi implementati i programmi educativi, i quali dovrebbero fornire indicazioni sui rischi connessi al consumo di alcol, sulla disponibilità e sull'efficacia di consulenza e trattamento per ridurre il consumo nocivo di alcolici, oltre a presentare le evidenze in merito alle politiche efficaci riguardanti l'alcol.

Anche i programmi su base familiare possono essere un valido approccio di prevenzione in quanto i problemi di alcol in famiglia, oltre ad essere dannosi per il bevitore, sono una fonte di malessere anche per la salute del partner e soprattutto per lo sviluppo dei figli, i quali hanno bisogno di essere tutelati. Se parliamo invece dei programmi di prevenzione su base comunitaria questi possono essere molto efficaci in quanto la mobilitazione della comunità può aiutare la messa in pratica delle strategie di controllo

e possono essere efficaci nel ridurre per esempio la guida in stato di ebbrezza, gli incidenti stradali legati all'alcol e le lesioni da aggressione. (WHO, 2014).

Anche all'intento del piano europeo come in quello mondiale si pone una certa attenzione nei confronti del livello di disponibilità dell'alcol in quanto gli studi tendono a dimostrare che più l'alcol è disponibile, più se ne fa uso e più saranno poi i danni che ne derivano. È stato quindi chiesto agli stati di limitare la vendita di alcolici nei confronti di clienti minorenni e/o ubriachi in quando, tramite le indagini periodiche fatte tra i giovani da parte dell'ESPAD sappiamo che anche i minorenni sono in grado di procurarsi gli alcolici.

Per quanto riguarda le politiche e le contromisure per la guida in stato di ebbrezza i giovani sono maggiormente a rischio: a causa della loro inesperienza può essere infatti più probabile che abbiamo un incidente se guidano dopo aver bevuto. Per l'OMS sarebbe opportuno quindi ridurre il limite legale di alcol nel sangue per la guida e, allo stesso tempo, aumentare i controlli stradali da parte della polizia (WHO, 2014).

Anche in questo caso si parla poi di quanto possano essere influenti nei confronti dei bambini e dei giovani le campagne di marketing dell'alcol in quanto ricerche evidenziano l'esistenza di una vera e propria relazione di dose-risposta tra l'esposizione dei giovani al marketing dell'alcol e la probabilità che inizino a bere o aumentino il proprio consumo. È stato infatti confermato che le strategie di marketing possono avere un impatto immediato e significativo sul livello di consumo di alcol tra i giovani, e tale impatto risulta ancora più pronunciato nei soggetti con una già elevata abitudine al consumo. (WHO, 2014) È quindi ritenuto opportuno, tra le varie cose, limitare o vietare promozioni correlate con attività rivolte ai giovani dal momento che sono particolarmente suscettibili agli effetti dannosi dell'alcol.

Tramite quindi questa breve analisi dell'*“European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020”* possiamo ben desumere l'importanza della prevenzione e della protezione nei confronti dei bambini, degli adolescenti e dei giovani nella loro totalità. Per ridurre il consumo dannoso di alcol si deve cercare di tutelare non solo chi ne fa uso, ma anche coloro che diventeranno un giorno il nostro futuro e attuare quindi dei piani di azione che includano anche loro.

CONCLUSIONE:

Alla luce delle considerazioni espresse in questo lavoro, possiamo affermare che discutere del problema dell'abuso di alcol è tutt'altro che semplice. Man mano che esploriamo l'argomento diventa evidente come numerosi fattori diversi possano influenzare, ad esempio, la crescita degli adolescenti, aumentando la probabilità che essi inizino a consumare alcol fin dalla giovane età. Inoltre, è chiaro quanto siano varie e pericolose le conseguenze fisiche e mentali che un consumo eccessivo di alcol può causare, soprattutto nei giovani, che sembrano essere particolarmente vulnerabili a tali impatti. Nello specifico nel corso di questo studio siamo stati in grado di vedere quanto anche le differenze culturali possano influire e incidere sullo sviluppo di questa problematica e sulla tipologia, sulla quantità e sulla qualità di alcol che viene utilizzata dalle varie nazioni.

Appurata l'importanza della problematica del consumo dannoso di alcol abbiamo visto come anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia e stia ancora oggi attuando dei programmi di azione per contrastare tale patologia. Possiamo affermare però che al momento le politiche relative all'alcol non riflettono ancora in maniera sufficiente la gravità e la serietà dei danni sanitari, sociali ed economici derivanti dal consumo nocivo di alcol. Questo accade anche perché queste non sono ancora completamente integrate con le politiche generali riguardanti la salute, il sociale e lo sviluppo, e non riescono a garantire una capacità adeguata per assicurare la coerenza delle politiche e un'azione coordinata tra i diversi dipartimenti e settori governativi a tutti i livelli di giurisdizione. Così facendo ci troviamo di fronte ad una carenza di sistemi nazionali adeguatamente sviluppati per monitorare il consumo di alcol e valutare gli effetti degli alcolici sulla salute limita la capacità di supportare politiche di controllo dell'alcol efficaci e di monitorare l'attuazione e l'impatto.

È quindi impensabile realizzare uno sviluppo sociale efficace che conduca al miglioramento del capitale umano, sanitario e sociale senza un'efficace politica sull'alcol. E, allo stesso tempo, non è possibile ridurre i danni correlati all'uso di alcol senza migliorare il capitale umano, sanitario sociale.

Dovrebbero quindi essere compiuti degli sforzi per sostenere e contribuire a sviluppare nuovi programmi di prevenzione e azione al fine di riuscire ad assistere al meglio sia coloro che si trovano ad affrontare le conseguenze di un precedente abuso di alcol, sia chi si potrebbe trovare a fare uso di alcol un domani. Per fare ciò bisogna quindi sempre ricordarsi di coinvolgere attivamente i giovani e la società civile nelle attività volte a ridurre e/o prevenire i danni alcol-correlati.

BIBLIOGRAFIA:

- Aresi, G., Bloomfield, K. (2021). Cultural Differences in Alcohol Consumption: The State of the Art and New Perspectives on Drinking Culture Research. In: Cooke, R., Conroy, D., Davies, E.L., Hagger, M.S., de Visser, R.O. (eds) The Palgrave Handbook of Psychological Perspectives on Alcohol Consumption. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-66941-6_7
- Bräker, A. B., & Soellner, R. (2016). Alcohol drinking cultures of European adolescents. *European journal of public health*, 26(4), 581–586. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw033>
- * Brown SA, McGue M, Maggs J, Schulenberg J, Hingson R, Swartzwelder S, Martin C, T, Tapert SF, Sher K, Winters KC, Lowman C, Murphy S. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*. 2008 Apr;121 Suppl 4(Suppl 4):S290-310. doi: 10.1542/peds.2007-2243D. PMID: 18381495; PMCID: PMC2765460.
- Cheng, H. G., & Edwards, A. C. (2021). Major depressive symptoms and escalation of drinking among new drinkers in the United States: Variations across sex and age groups. *Addictive behaviors*, 122, 107017. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107017>
- Chung, T., Creswell, K. G., Bachrach, R., Clark, D. B., & Martin, C. S. (2018). Adolescent Binge Drinking. *Alcohol research : current reviews*, 39(1), 5–15.
- Gordon, R., Heim, D., & MacAskill, S. (2012). Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. *Public health*, 126(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.09.014>
- Guyer, A. E., Choate, V. R., Pine, D. S., & Nelson, E. E. (2012). Neural circuitry underlying affective response to peer feedback in adolescence. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(1), 81–92. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr043>

- Huessy, H. R., & Howell, D. C. (1985). Relationship between adult alcoholism and childhood behavior disorders. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 10(2), 114–119.
- * Mair C, Lipperman-Kreda S, Gruenewald PJ, Bersamin M, Grube JW. Adolescent Drinking Risks Associated with Specific Drinking Contexts. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 Sep;39(9):1705-11. doi: 10.1111/acer.12806. Epub 2015 Jul 24. PMID: 26208252; PMCID: PMC4558198.
- Michael Savic, Robin Room, Janette Mugavin, Amy Pennay & Michael Livingston (2016) Defining “drinking culture”: A critical review of its meaning and connotation in social research on alcohol problems, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23:4, 270-282, DOI: 10.3109/09687637.2016.1153602
- * Mundt M. Social network analysis of peer effects on binge drinking among U.S. adolescents. In: Greenberg A, Kennedy W, Bos N, eds. *Social Computing, Behavioral-Cultural Modeling and Prediction*. Berlin, Germany: Springer; 2013:123-13
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIAAA Council approves definition of binge drinking. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking>
- National Research Council, Institute of Medicine. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: National Academies Press (2004) <https://www.nap.edu/catalog/10729/reducing-underage-drinking-a-collective-responsibility>
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., Serra, G., Girardi, P., Janiri, L., Tatarelli, R., Sher, L., & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1392–1431. <https://doi.org/10.3390/ijerph7041392>
- Rehm J, Mathers C, Poopova S et al. (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 373:223–2233.
- Shih RA, Mullins L, Ewing BA, Miyashiro L, Tucker JS, Pedersen ER, Miles JN, D'Amico EJ. Associations between neighborhood alcohol availability and young

- adolescent alcohol use. *Psychol Addict Behav.* 2015 Dec;29(4):950-9. doi: 10.1037/adb0000081. Epub 2015 Sep 28. PMID: 26415057; PMCID: PMC4701620.
- * Simons-Morton, B., Pickett, W., Boyce, W., ter Bogt, T. F., & Vollebergh, W. (2010). Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *The International journal on drug policy*, 21(1), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.003>
 - Spear, L. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* 19, 197–214 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
 - Spear LP. The adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal of Studies on Alcohol.* 2002;(Suppl 14):71–81.
 - * Siqueira L, Smith VC; COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. Binge Drinking. *Pediatrics.* 2015 Sep;136(3):e718-26. doi: 10.1542/peds.2015-2337. PMID: 26324872.
 - Spear, L. (2018). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology & behavior*, 201, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.03.028>
 - Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., & Vettenburg, N. (Eds.). (2013). Alcohol use among adolescents in Europe: environmental research and preventive actions. The Netherlands: the Verwey-Jonker Institute.
 - World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>
 - World Health Organization. (2014), European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289002868>
 - World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018 (V. Poznyak & D. Rekve, Eds.) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1>
 - World Health Organization. (2021) Global alcohol action plan: First draft (July version) <https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft>

- World Health Organization. (2022), Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf

* = opere non direttamente consultate

SITOGRAFIA:

- <http://www.espad.org/espada-report-2019>
- <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-areas-for-national-action-on-alcohol>

