per sé stessi, cioè l'atto di prevenzione, cioè l'atto di cambiare qualcosa nel proprio comportamento, nel proprio stile di vita, ha scarse probabilità di incidere in maniera significativa rispetto agli anni di vita che si riesce a vivere, rispetto al proprio tasso di mortalità e al proprio carico di malattia. Questo sul piano individuale. Ma il cambiamento, apparentemente inutile da parte di ciascuno di noi, dà un contributo significativo al cambiamento dello stile di vita di una comunità, cioè dobbiamo fare qualcosa che apparentemente è assolutamente inutile. E' una grande lezione di Jeffrey ROSE che nasce dallo studio INTERSALT che riguardava l'ipertensione, l'obesità, il consumo di alcool e di tabacco e che rilevava come l'incidenza e la prevalenza di problemi tabacco - correlati, alcol - correlati e legati ai disturbi dell'alimentazione e anche all'ipertensione, è legata alla media dei comportamenti di una popolazione. Prevalentemente, noi tendiamo a concentrarci sul lato estremo problematico della popolazione, raramente studiamo strategie per cambiare la media del comportamento di una popolazione: quelli sono normali, lasciamoli in pace. Jeffrey ROSE diceva che, piaccia o non piaccia, i devianti appartengono alla società in un tutt'uno, non è che ci sia una possibilità di discontinuità, ma c'è un rapporto di continuità e allora noi dobbiamo trovare, parlando al mondo giovanile, la continuità che intercorre tra i consumi considerati normali e che appartengono anche al mondo degli adulti, in una condizione che è quella giovanile, dove prevalentemente si sta bene perché ci sono scarse probabilità che un messaggio che dica guarda che se bevi e fumi morirai sia un deterrente, non c'è un rapporto diretto tra il comportamento e l'evento morte, quando uno è giovane sta prevalentemente bene e non percepisce delle conseguenze particolarmente negative dai suoi comportamenti. Anzi, ne deriva stati di umore modificati e migliori di quelli che aveva precedentemente, un buon grado di euforia e quindi si sente anche un po' disinibito e non si capisce perché non dovrebbe fare questo tipo di cose.

A partire da questa considerazione, credo che è necessario costruire programmi che dalla esperienzialità del problematico si ricolleghino alla normalità. Scoprire quali sono i meccanismi normali che sono presenti nei soggetti patologici. Noi spesso vorremmo avere la moglie ubriaca e la botte piena. Credo che le cose non si concilino. Se vogliamo modificare la devianza, dobbiamo porre una domanda alla normalità, non possiamo chiedere ai poveri dei sacrifici perché migliori il prodotto interno lordo, dobbiamo chiederli a tutti e naturalmente chi sta bene ha qualche difficoltà in più. E' molto facile dire a uno che sta male guarda, cerca di curarti, cerca di cambiare. E' molto difficile dire a chi si sente apparentemente bene: cerca di curarti, cerca di cambiare perché il tuo stile di vita, il tuo comportamento potrebbe essere lesivo nel tempo lungo e soprattutto questa concretezza della solidarietà potrebbe provocare dei danni alla tua comunità, alla tua collettività.

Se pongo le questioni in questa maniera, non sto sfidando i giovani, ma una cultura generale dove l'autoreferenzialità al particolare impedisce che si dia concretezza all'enfasi retorica della solidarietà. Dobbiamo dare concretezza alla solidarietà e la solidarietà è concreta nella misura in cui riconosco qual è quello che accomuna me al consumatore di droga, a chi ha una sofferenza psichica, a chi consuma alcool e a chi consuma tabacco. Che cosa posso fare io prima di tutto per me stesso per poter cambiare? Noi abbiamo dei buoni esempi nel nostro paese in campo alcologico e del tabacco, tra l'altro tenuti anche abbastanza in silenzio, e credo che, se non altro, abbiano il merito della sobrietà.

Guardate, ho partecipato ieri sera a riunioni di società scientifiche e sono rimasto un po' perplesso non per i contenuti che sono stati detti, ma per le lamentele che sono emerse. La domanda più frequente che ho sentito in quella riunione è perché Andrea MUCCIOLI è così famoso e a noi non ci considera nessuno e credo che siccome questo è stato ripetuto almeno cinquanta volte, anche in quella occasione il più famoso in quella riunione sia diventato un'altra volta Andrea MUCCIOLI, perché erano sparite anche le società scientifiche a quel punto e pervadeva la presenza di Andrea MUCCIOLI che non era

stato invitato e non c'era, naturalmente. Poverino, lui non aveva colpa in questo caso.
Credo che ci siano due modi di affrontare le cose: uno con la deriva delle prime donne, del protagonismo e l'altro è quello di lavorare in silenzio giorno dopo giorno. Naturalmente, chiediamo che questo silenzio non sia ostruzione nei confronti dell'agire, ma che venga riconosciuto tutto il lavoro, ormai più che ventennale, fin qui agito in silenzio da molte persone in questo paese e che ha prodotto dei risultati straordinari tanto che i nostri programmi di tutela e promozione della salute in campo alcologico e del tabagismo non hanno nulla di meno rispetto a quelli che si trovano a livello internazionale. E' qualcosa che potremmo anche esportare perché tra l'altro noi siamo poco pragmatici: questo non è un disvalore però, noi ci mettiamo una punta in più di creatività e di fantasia, siamo forse quelli che, meglio dei paesi nordici, hanno capito che non bastano le linee guida, le indicazioni comportamentali, che la gente non è poi così stupida che basta dirgli fai così, fai colà.
Ricordo un mio amico che insegna Assistenza primaria a Londra; gli inglesi sull'alcool hanno tutti i diari dei consumi settimanali, in cui uno scrive che alle otto ha bevuto questo, alle nove quest'altro, poi fa la conta delle unità e alla fine della settimana va a verificare. Ho detto: guarda che, secondo me, quella roba lì in Italia non funziona, perché uno intanto si dimentica il diario a casa e poi, per principio, ha già capito cosa deve rispondere, che se va sopra certe unità lo passano per alcoolista e quindi è meglio evitarlo, quindi metterà ogni tanto che ha bevuto in modo da risultare nei limiti della norma. Se uno mi misura cerco di presentarmi bene, no? E lui mi ha risposto che i diari non funzionano neanche da loro, ma sono tanto bellini.
A parte i formati grafici, penso che abbiamo la possibilità di aver aperto un dibattito culturale intenso e importante dove, altra indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, scienza e politica possono trovare un ponte di congiunzione, non un meccanismo di identificazione, devono restare separati su sponde diverse, ma devono trovare un ponte da attraversare, non soffermarcisi sopra.
E l'altro elemento molto importante è che per noi la partecipazione è un fatto concreto e reale. Qui dentro ci sono tecnici e sono famiglie, ci sono persone che ormai abbiano una tale consuetudine alla partecipazione ai convegni e ai dibattiti che hanno un corpo di conoscenze estremamente elevato, cioè sono dei cittadini competenti nel porre domande a chi ha il compito di produrre servizi e credo che per un medico, gioco sulla mia categoria, sicuramente è una seccatura avere cittadini competenti perché mettono più alla prova le competenze professionali, perché se un cittadino si è informato, sa il fatto suo, bisogna stare molto più attenti a non sbagliare, bisogna essere molto aggiornati e sempre all'altezza del compito. E' chiaro che dei cittadini che non sanno niente, che accettano tutto, sono molto più facili da trattare, ma non così stimolanti per la ricerca. A questi cittadini non possiamo raccontare sciocchezze perché leggono, ascoltano, si informano, non si fidano della stampa e hanno sviluppato un forte senso critico rispetto alle cose che vengono dette e fatte; siamo all'interno di un sottilissimo equilibrio che deve essere mantenuto, cioè quello di evitare la deriva sindacale dei cittadini competenti, che diventerebbero una forma di protesta nei confronti dell'istituzione, cosa che non serve all'istituzione e non serve neanche a loro. Bisogna invece scegliere la strada della cittadinanza attiva, cioè del cittadino che coopera con il Servizio Sanitario, con il Servizio sociale per raggiungere obiettivi di salute. Questa è l'indicazione anche del Sistema Sanitario inglese, ben raccolto qualche mese fa dal British Medical Journal e dal documento Partnership in Action del Governo inglese, che chiede una ridefinizione del rapporto sistema sanitario/cittadini sulla base della partnership, dove la decisione sulla cura sia condivisa. E' chiaro che a quel punto anche le cure funzionano meglio, perché c'è una condivisione consapevole che chiede una maggiore capacità relazionale da parte dei medici. A questo proposito ricordo sempre, e qua voglio dirlo perché è un atto dovuto per me, per la mia esperienza, il professor RUDOLIN, scomparso quattro anni fa, che ha dato un contributo significativo a questo paese in campo alcologico.

Negli ultimi anni era stato colpito da una malattia che sapeva lo avrebbe portato alla morte e quando tornò a Zagabria, l'oncologo, suo amico, l'aveva portato dal radiologo a fare la radioterapia e lui diceva che era una condizione sconcertante perché loro erano molto imbarazzati, non sapevano cosa dirgli e allora lui li ho chiamati e gli ha detto: guardate, faccio una supervisione perché voi non avete il coraggio di dirmi che dovrò morire e avete un grande problema, che state trattando con persone che soffrono e non sapete parlare con queste persone, allora approfittiamo di questa occasione perché incominciate a parlare con le persone che soffrono. Una grande lezione di un grande psichiatra, che nella pratica aveva posto in essere la questione fondamentale della partnership in action, la cooperazione tra la competenza professionale e dei cittadini che voleva competenti. Naturalmente, quando i cittadini diventano competenti, a volte esprimono pareri profondamente diversi, e allora iniziano le discussioni. Però, se queste discussioni non sono poste nelle condizioni della rivendicazione, della sindacalizzazione, ma in un clima di amicizia, e voglio usare un termine che vedo che ormai viene utilizzato anche da scienziati ormai, di amore e di solidarietà, credo che lì ci sia lo spazio per capirsi e per crescere e maturare insieme.
Penso che lo scopo di questa giornata sia pertanto quello di costruire un documento di due pagine attraverso il contributo di tutti, sia di quelli che sono preordinati nella scaletta, sia delle persone che vogliono intervenire per chiedere al governo sostanzialmente di dare concretezza alle cose che diceva la dottoressa PALA sul piano legislativo e di dare dei criteri di accreditamento delle azioni, che derivino soprattutto dalla qualità percepita del servizio da parte dei cittadini e dal consolidato dell'esperienza e della sua efficacia rispetto alla risposta ai problemi alcologici e sul tabacco che si sono sostanziati in questi ultimi vent'anni; inoltre si deve lanciare un messaggio che rompa un'ambiguità ipocrita che sempre sussiste ogni volta che si parla dei giovani, cioè quella di chiedere ai giovani di fare qualcosa che gli adulti non hanno il coraggio di fare. Ai giovani si chiede di cambiare tutto, di essere i migliori, di essere perfetti, di essere privi di ansie, di essere privi di angosce, di essere delle persone che non sono frustrate, di essere sempre allegri, ma gli adulti si sono mai guardati allo specchio la mattina? Sono qualcosa di non presentabile molto spesso, al di là delle condizioni estetiche. Sul piano dell'umore non sono presentabili. Gli adulti guardano mai cosa fanno nei luoghi di lavoro? E se i giovani potessero vedere cosa fanno nei luoghi di lavoro? E' come se uno va nei locali della cucina dei ristoranti: è probabile che poi non mangia più, quindi è meglio non andarci. Noi chiediamo ai giovani di promuovere le cose, dopo di che ci comportiamo peggio di loro. Questo comunque non li giustifica dal comportarsi male. Quindi, che si dia credito all'esperienza consolidata senza voler creare sempre cose nuove, perché questa rappresenti un punto di riferimento significativo per i giovani in una progettualità che comprenda anche gli adulti, in un'ottica di promozione della salute. Quindi non fare programmi confinati in senso giovanilistico, ma con un'attenzione ai fattori comportamentali che i giovani pongono in essere, ma che hanno appreso dagli adulti. Serve un'educazione prima di tutto fondata sulla famiglia, ma soprattutto sulla relazione adulti/giovani. Pensate alle scuole. Discutete di alcool e tabacco nelle scuole? Prima di tutto si discuta sul comportamento rispetto all'alcool e tabacco da parte degli insegnanti. Parliamo di droga, e possibilmente di eroina, perché se passiamo alle canne, qualche problema nasce, perché ormai qualche insegnante, e poi molti genitori, potrebbero anche consumare, è inutile che ce lo nascondiamo.
Vi ringrazio della collaborazione alla riuscita di questo seminario, di questa sessione di lavoro, perché sarà non la soluzione dei problemi, ma un contributo alla ricerca che mira a trovare cittadinanza ai problemi dell'alcool, del tabacco e dei farmaci.»

Chairman Dott.ssa Bastiana PALA:- «Diamo adesso la parola al dottor Valentino PATUSSI, presidente della Società Italiana di Alcologia, che farà una relazione dal titolo "Alcool e giovani: un problema transgenerazionale".»

Dott. Valentino PATUSSI:- «Come ha detto MARCOMINI, il rapporto tra alcool e giovani è un aspetto importante. Abbiamo avuto occasione di riunirci tra realtà diverse, e verrà fuori un documento a livello nazionale, scritto da ALCAT, ALCOLISTI ANONIMI, ALANON, in cui prendiamo posizione su questo fenomeno che è sempre marginalizzato, sempre sottostimato.

Parlerò dei compiti di una società scientifica. Essa deve anche fornire dei dati. Visto che ieri VERONESI ha sottostimato alcune cose, è bene cominciare a ristabilire alcuni punti. Intanto, dai dati scientifici della Società Italiana di Alcologia, esiste un documento - c'è una pagina web e potete scaricare i documenti della società - in cui si dice che le morti attribuibili all'alcool oscillano tra le 30.000 e le 50.000 per anno e questo è il punto.

Basta pensare che il 30 per cento degli incidenti stradali è connesso all'uso di bevande alcoliche, non all'abuso, non all'alcol - dipendenza, ma all'uso di bevande alcoliche e che il 10 per cento di tutti gli incidenti sul lavoro sono ascrivibili al consumo di bevande alcoliche. Circa il 15 per cento dei cittadini che si rivolgono al medico di medicina generale, al medico di base, presenta problematiche correlate all'uso di bevande alcoliche e al 5 per cento probabilmente potremmo fare una diagnosi di alcol - dipendenza. Quello che ci interessa però è che il 15 per cento presenta problemi connessi all'uso delle bevande alcoliche.

Per quanto riguarda l'aspetto della violenza e dell'abuso sessuale, un fenomeno che viene anche qui sottostimato, di donne e minori, l'alcool risulta presente in una percentuale intorno al 12 per cento dei casi. Esistono, anche su questo, dati, pubblicazioni e credo che sia il Ministero della Sanità, sia il Ministero degli Affari Sociali possano tranquillamente trovare questo nel sito della SIA, in documenti, e nella pubblicazione della rivista Alcologia. A livello nazionale e internazionale risultano estremamente contraddittori i dati inerenti l'incidenza dell'alcolismo negli anziani, che non supera il 2,5 per cento negli studi sulla popolazione generale, mentre si attesta tra il 7 e il 22 per cento se si studiano le coorti di residenti in strutture sanitarie, altro aspetto importante. Che cosa vuol dire? Che nelle RSA si tende ad avere una presenza di problematiche alcol - correlate che va dal 2 al 15 per cento. Se andiamo a considerare le cause di ammissione di pazienti anziani in istituti psichiatrici, vediamo che l'alcolismo è la seconda causa di ammissione e va dal 28 al 40 per cento. Si introduce forse, come vi sarà capitato anche nella vostra pratica, l'uso quasi terapeutico, psicofarmacologico nell'alcool negli anziani e nelle RSA.

E' stata fatta un'indagine nel Veneto per quanto riguarda i problemi connessi a incidenti in ambiente lavorativo. Anche questi sono dati pubblicati. Indagini condotte in soggetti afferenti al pronto soccorso per infortunio sul lavoro, mediante la misurazione dell'alcolemia o l'aria aspirata hanno evidenziato tracce di alcool nel 37 per cento degli infortunati. Su 800.000 incidenti in ambiente lavorativo, a oggi, potremmo ipotizzare che circa 300.000 infortuni in ambiente lavorativo, in Italia, sono connessi all'uso di bevande alcoliche.

Popolazione carceraria: ci sono delle pubblicazioni, c'è un libro su Alcool e carcere; anche in questo ambito ci si sta muovendo, si sta lavorando, esistono dei programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle carceri sane. E' stato visto che per quanto riguarda la popolazione detenuta in ambiente penitenziario, per circa il 29 per cento, la sostanza elettiva è legata l'alcool, aggiunto agli psicofarmaci.

Per quanto riguarda i giovani, il consumo regolare di bevande alcoliche interessa circa il 30 per cento dei ragazzi. Tale consumo giornaliero inizia di solito in un range che va tra i 12 e i 16 anni. Vi ricordo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda il consumo zero al di sotto dei 15 anni. Gli episodi di ubriachezza sono presenti in circa il 40% dei giovani, il 20/50 per cento dei giovani dichiara di avere avuto incidenti in macchina o motorino correlabili al consumo di bevande alcoliche, circa il 10% dei giovani presenta problemi e patologie compatibili con un quadro di dipendenza alcoli-

ca. La birra è la bevanda alcolica preferita nel 72,93 per cento dei giovani. Il vino risulta bevanda di inizio ed è presente come consumo nel 65,85% dei giovani. L'alcool viene provato per la prima volta in un range di età tra i 5 e i 16 anni. Conclusioni della SIA: l'alcool è una abitudine consolidata nella nostra cultura, una fonte di interesse economico, sia diretto, sia indiretto.
Questa sostanza crea dei grossi problemi per l'interesse economico legale connesso a queste sostanze e con questo, naturalmente, tutti noi dobbiamo fare i conti. E' un fattore di rischio per la salute, lo dice il Piano Sanitario Nazionale: è un fenomeno che può creare problemi di ordine pubblico, crimini, riduzione della sicurezza collettiva, è una causa indiscutibile di danno sociale ed economico, può causare malattia, incidenti stradali e sul lavoro, domestici, invalidità. Il 15 per cento di disabilità è connesso all'alcool, e questo fattore viene prima del tabacco e delle sostanze illegali. E' una condizione che si associa fortemente alle situazioni di maggiore marginalità nella città, come quella dei cittadini extracomunitari senza dimora. Ora esistono programmi sempre più indirizzati anche nei confronti degli immigrati. Anche questo è documentabile.
Quindi un uso legale di una droga rischia di avere pesanti ripercussioni sul piano educativo, e di dare una sofferenza prolungata a numerose famiglie.
Le bevande alcoliche non sono alimenti, mi dispiace ma la SIA prende questa posizione. Forniscono calorie, ma non forniscono nutrienti utili o indispensabili all'organismo tali da raccomandarne il consumo, il che vuol dire che non è un farmaco e non si usa una bevanda come l'alcool come farmaco, come terapia.
L'alcool rappresenta un importante fattore di rischio per la salute pubblica, secondo soltanto all'uso di tabacco e a livello individuale non esiste una ricetta d'uso delle bevande alcoliche. Non può esistere una ricetta d'uso, non credo che nessun medico e nessun operatore possa prescrivere dell'alcool come un farmaco, da un punto di vista anche legale. Individui che non bevono non possono e non devono essere sollecitati a modificare il proprio atteggiamento, poiché non esistono allo stato attuale evidenze di un vantaggio legate a tale modificazione. Ciò riguarda anche la riduzione del rischio di mortalità per patologie cardiovascolari rilevata per i bevitori moderati rispetto agli astemi, che può essere raggiunta attraverso altre vie quale l'astensione dal fumo, l'incremento dell'attività fisica, la riduzione dell'apporto di grasso con l'alimentazione, la correzione dell'uso del sale.
Individui che bevono devono essere consapevoli dei possibili effetti negativi legati ad un consumo di bevande alcoliche e incoraggiati a bere meno. Non vuol dire promuovere il bere meno o il bere moderato, è una cosa diversa. Il bere moderato è una politica come quella per l'aspirina. Tutti, ma un po'. Questo riguarda gli interessi commerciali dei produttori che chiaramente vogliono una distribuzione del consumo. Ognuno deve fare il suo lavoro. Questo vuol dire: bere meno è dire alle persone che, a causa di questi rischi, devono cercare stili di vita, comportamenti legati all'uso di bevande alcoliche che li portino a bere sempre meno.
Vi sono situazioni in cui è raccomandata l'astensione assoluta del consumo di bevande alcoliche, cioè quando ti senti solo e depresso, se ti devi mettere alla guida di un veicolo o usare un macchinario, prima e durante l'attività lavorativa, se sei a digiuno, se sei in gravidanza, se hai programmato una gravidanza - questo riguarda anche la coppia, esistono su questo dei dati delle società scientifiche di tutti i paesi d'Europa e degli Stati Uniti, non società scientifiche sull'alcool, ma di medicina interna, o che riguardano l'ostetricia e la ginecologia - se prendi farmaci. Prima ho parlato degli anziani. Pensate all'uso dell'alcool negli anziani che spesso prendono anticoagulanti e altre sostanze, pensate ai ragazzi che fanno uso di antivirali, a cui non viene mai detto dell'effetto negativo sulla salute connesso all'uso degli antivirali e dell'alcool. Invito la medicina delle malattie infettive e tutti quelli che lavorano ad esempio con ragazzi HIV a segnalare questo problema, perché vuol dire accorciare molto la vita media di queste persone. Infine non bisogna assumere alcool se uno ha malattie acute o croniche, oppure un'età infe-

riore ai diciott'anni.
Finisco col ricordare che in Italia - questi sono dati con fondamento scientifico, esistono anche delle pubblicazioni su questo, ci sono aree di consenso tra società scientifiche a livello nazionale e a livello internazionale - esiste ormai un movimento che riguarda le problematiche alcol - correlate che, al di fuori di qualsiasi norma legislativa, ma sulla base di una formazione motivata, fortemente sentita, con basi tecniche e scientifiche dietro, vede circa 300 servizi a livello nazionale sui problemi alcol - correlati, situati sia nei SERT, sia nei centri di alcologia ospedalieri. Esistono due grandi movimenti a livello italiano che sono il Sistema dei Dodici passi, voi sapete, Alcolisti Anonimi, ALANON, ALATIN, Figli adulti, ALCOA e il movimento dei Club Alcolisti in Trattamento.
In totale, oltre ad altre realtà come l'ANCA, abbiamo un movimento di famiglie e di persone con problemi alcol - correlati, che comprende circa 3.400 realtà.
Sapete cosa vuol dire in termini di dati? Vuol dire che circa il 3/4 per cento della popolazione è stata sensibilizzata, è stata informata e gli è stata data la possibilità di avere contatti e risposte dirette sui loro problemi. Non credo che nessun movimento, nessuna realtà in campo socio - sanitario, al di fuori di qualsiasi normativa legislativa, di qualsiasi supporto ministeriale e governativo, oggi possa presentare questi dati.
Come Società Italiana di Alcologia, insieme alle altre realtà, non da soli, rivendichiamo fortemente questo e all'interno di questa Conferenza, ma anche nel rapporto governativo e ministeriale, richiediamo una presenza costante e di essere consultati quando vengono prese posizioni o decisioni riguardo a questo argomento e non lo chiediamo su base empatica, ma sulla base di dati, di un lavoro fatto e delle verifiche che questo lavoro ha comportato e credo che su questo abbiamo un diritto civile ed etico di essere ascoltati.»

Chairman Dott.ssa Bastiana PALA:- «Diamo adesso la parola al dottor Emanuele SCAFATO dell'Istituto Superiore di Sanità, che farà una relazione dal titolo "Giovani e Alcool: le iniziative europee e la prospettiva italiana".»

Dott. Emanuele SCAFATO:- «Parlare di alcool e giovani è uno degli argomenti più importanti e prioritari in ambito non soltanto nazionale, ma europeo. Giustamente il dottor PATUSSI ha fatto riferimento a dati. Oggi come oggi, sull'alcool non esistono molti dati sicuri, ma ci sono molte stime, però quei pochi dati sicuri forse sarebbe bene che tutti quanti imparassero a citarli.
Molto spesso l'atteggiamento riguardo alle fonti informative, per quanto riguarda l'alcool, è stato orientato ai dati sulla mortalità; rifuggo dalla tentazione di parlare di statistiche in termini di mortalità, anche perché nella maggior parte dei casi parliamo di persone viventi, di soggetti che hanno una malattia e quindi riferirsi a loro in termini di mortalità, sminuisce la problematica correlata all'alcool.
Ora, quando parliamo di alcool e giovani, parliamo di una tematica prioritaria ed è una novità piuttosto relativa. Bisogna dire che, al di là del fatto che i giovani rappresentano una popolazione target molto sensibile rispetto alla popolazione generale, occorre dire che forse rappresenta la maniera migliore per introdurre, attraverso delle iniziative istituzionali pubbliche, delle azioni politiche che risulterebbero molto difficili se venissero orientate all'intera popolazione; questo anche perché sull'alcool esistono degli interessi economici, siamo un paese produttore, esistono delle lobby, dei raggruppamenti nel senso inglese, che a volte sono anche negative perché ostacolano un processo democratico; ma questo fa parte delle regole del gioco, che potrebbero anche cambiare in virtù dell'evidenza scientifica. E' un problema di carattere europeo: l'Europa resta una delle regioni più colpite dal problema dell'alcool e delle patologie alcool correlate, anche perché presenta i più elevanti livelli di produzione e di consumo. Quindi, rappresenta un problema di salute pubblica tanto serio quanto spesso sottovalutato. Molto spesso parliamo in termini di alcool dipendenza, di alcolisti, dimentichiamo che l'alcool non

ha soltanto degli effetti cronici, ha anche degli effetti acuti e la dimensione dell'alcool è abbastanza articolata, non si esaurisce nella dipendenza. Anzi, parte da molto lontano. E' ovvio che la maggior parte delle iniziative che è possibile attuare, riguardano soprattutto il livello di prevenzione e di promozione della salute. Soltanto una piccola fetta è di competenza di un trattamento specialistico. Tutto il resto, cioè laddove il consumo di alcool è leggero e moderato, e si manifesta o si estrinseca attraverso un problema alcool correlato lieve o moderato, è competenza di solito dei setting di primary health care. Potrebbe essere gestito prima che si manifesti l'alcol - dipendenza.
Questo è un potenziale che in Italia deve essere liberato, perché qui non è molto evidente il tipo di approccio che parte da questa base, cioè dall'informazione, dall'educazione e prosegue poi piano piano, attraverso differenti gradi, andando ad attivare competenze che sono quelle della medicina generale, dei dipartimenti di prevenzione, per giungere al trattamento specialistico e alle interrelazioni e alla valorizzazione anche del mondo dell'auto aiuto che tanto fa in Italia in questo settore, molto spesso anche supplendo alle carenze delle strutture del territorio.
La mia relazione tratta di iniziative europee. Quello di cui vi sto per parlare è frutto di esperienza personale, perché sono la persona nominata presso la Commissione Europea e presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità a rappresentare l'Italia.
Nell'ambito della Commissione Europea, nel corso degli ultimi tre anni, sono due fondamentalmente le iniziative che hanno fatto storia. La prima è la proposta di raccomandazione del Consiglio d'Europa, "Drinking of Children and Adolescents", che è stata approvata dalla Commissione europea, verrà proposta nella prossima presidenza svedese della Commissione europea, comincerà ad essere presentata ufficialmente al Consiglio d'Europa, dei Ministri, a febbraio e dovrebbe essere ratificata entro l'estate dell'anno prossimo. E' un grosso progetto che praticamente contiene la strategia sulla salute nella Comunità europea; è un piano che prevede l'assemblaggio dei tanti programmi che c'erano, come l'Health Monitoring, l'Health Prevention e così via; verrà fatto un unico programma nell'ambito del quale c'è anche, ed è la prima volta che succede, la tematica dell'alcool. Non c'è mai stato un orientamento specificamente ed esplicitamente rivolto all'alcool e questa attenzione è sintomatica dell'importanza del problema.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità, come accennava stamattina Franco MARCOMINI, negli ultimi tre, quattro anni, ha prodotto l'Health 21, che è la strategia per le politiche non soltanto sanitarie, perché l'Organizzazione Mondiale della Sanità è molto attenta anche al sociale. Il problema è sanitario quanto sociale. Questo è stato approvato dai 51 ministri della Regione Europea, dai ministri che afferiscono alla Regione Europea dell'OMS, l'European Health Action Plan, per il periodo 2000/2004; dal 18 al 20 di febbraio 2001 si ratificherà una dichiarazione, a Stoccolma, sui giovani e l'alcool.
La Commissione Europea ha completato tutta la procedura, dopo aver sentito tutte le controparti, compresa l'industria, per produrre questo tipo di raccomandazione una raccomandazione specifica che si rivolge al bere dei ragazzi, degli adolescenti e dei bambini: nonostante fosse rivolta ad un target così sensibile, ha incontrato molte difficoltà per un problema di internal market, perché ci sono state molte polemiche sull'approccio seguito nel draft iniziale della raccomandazione. Ad ogni buon conto, adesso il testo finale esiste e continuerà a fare il suo cammino. E' mirato soprattutto a incrementare il grado di consapevolezza dei giovani nei confronti del consumo delle bevande alcoliche, a ridurre il rischio legato al consumo di alcool tra i giovani e il suo impatto sociale e sanitario e a sollecitare il mondo della produzione a incrementare il livello di attenzione e le responsabilità sulle modalità di presentazione e di marketing dei prodotti alcolici.
Voglio ricordarvi che il tutto era partito da una segnalazione dello United Kingdom sugli alcool pops, delle bellissime bottigliette, dette designer's drinks, che si richiamavano ad una sorta di cultura giovanile, avevano questo appeal giovanile e sono delle bevande fruttate, che hanno incontrato molto il gusto dei consumatori dei paesi nordeuropei, non italiani perché immagino che gli italiani, i giovani, abbiano gusti ben differenti e più raf-

finati di questi. In ogni caso, non hanno avuto diffusione né nella nostra nazione né in altre realtà, ma molto più recentemente c'è stata anche una discussione su questi tipi di bevande. La settimana scorsa, tornando da Copenaghen, ho visto questo tipo di pubblicità "The Christmas Beer", la birra di Natale, con la musica della canzone Jingle Bells e nella hall dell'aeroporto di Copenaghen, in cui Babbo Natale distribuiva dei campioni gratuiti di birra, che utilizza modalità grafiche molto più vicine a una cultura giovanile che non a una cultura adulta.

Passiamo all'altra iniziativa della Commissione europea. La strategia di Sanità pubblica o meglio di Salute pubblica. Comprende tre aree: un'area riguardante l'informazione, una la prevenzione e la promozione della salute e un'altra, più pratica, che reagisce alle minacce alla salute. Questo fa parte anche delle finalità del trattato di Amsterdam.

Le strategie vertono sostanzialmente su due aree: politiche comunitarie e programmi pluriennali su larga scala orientati alla ricerca, ma non solo, programmi di educazione e formativi che possono avere un impatto di lungo termine sullo stato di salute e misure specifiche, comprese quelle legislative, capaci di influire sulle conoscenze, le abitudini, i comportamenti relativi all'alcool, al fumo, alle droghe.

Questo è il testo specifico, non ho inventato nulla. L'alcool è specificamente menzionato come uno dei determinanti di malattia. Molto recentemente l'alcool è stato inserito in una lista, da parte del Governo statunitense, delle sostanze che potenzialmente provocano il cancro ed è un documento ufficiale e anche questa è una presa di posizione nei confronti di una sostanza, non necessariamente delle bevande che la contengono.

Sull'alcool, specificamente, questo programma prevede di stanziare circa 6 milioni di Euro per progetti su tre aree: l'elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario, (quindi costituire, ma anche diffondere informazione), l'attivazione dei sistemi di sorveglianza e di identificazione del rischio, delle strategie rivolte al potenziamento delle capacità di gestione dei determinanti sanitari. In questo caso, si parla di promozione della salute e di prevenzione delle malattie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato il Target Twelve, da raggiungere entro l'anno 2015: questo è un approccio combinato; molto spesso in Europa, non in Italia, si sente parlare di questo approccio combinato come una cosa scontata, ma solo in Italia non lo è. Lo dimostra anche questa sistemazione un po' retrò, da garage, rispetto alle aule che sono qui fuori, molto più belle, più riscaldate. Tutto sommato, personalmente non mi sento defraudato di questa sistemazione, però denota anche una tendenza culturale che, credo, dovremmo tutti quanti contribuire a modificare. Il Target Twelve dell'Organizzazione Mondiale della Sanità auspica di ridurre il consumo medio pro capite a sei litri e ridurre il consumo dei giovani al di sotto dei 15 anni virtualmente a zero litri. Questa è un'indicazione specifica, perché questo è un obiettivo di salute. Tutti coloro che hanno meno di 15 anni non devono bere; questo perché, a fronte delle valutazioni che sono state fatte, i costi dell'alcool per la società sono stimati tra il 2 e il 5 per cento del prodotto interno lordo. Bisognerà bilanciare questo costo con i benefici che invece derivano dall'alcool.

Le aree di intervento sono sostanzialmente dieci. Qualcuno, scherzando, ha detto che sono i Dieci comandamenti. Non sono comandamenti, sono delle note di buon senso, sono le aree all'interno delle quali ciascuno stato membro può selezionare - è un menu - quello che più gli aggrada, quello che più è attinente al proprio contesto culturale, alle proprie esigenze, tenendo conto anche dei dati epidemiologici.

Gli scopi principali del progetto sono rivolti ai giovani e l'alcool: si punta a ritardare l'avvio al consumo alcolico, a supportare un processo che porti i giovani a fare scelte sane, a sviluppare un'attitudine più ampia e critica verso il consumo di alcool, a farli adulti insomma, in poche parole, a fargli capire che quello che fanno non è una cosa che va presa sotto gamba.

Questo è il logo della Conferenza Young People and Alcohol che si terrà a Stoccolma, del 19-21 febbraio del 2001: è un documento riservato, ancora non è stato reso pub-

blico, contiene un preambolo che richiama i principi della Chart sull'alcool, le responsabilità delle società, la necessità di investimento nella salute dei giovani con gli stessi scopi del Piano di azione europea sull'alcool, e in più l'obiettivo di ridurre le conseguenze negative sulla salute causate dall'alcool.
Indicherà l'adozione di misure politiche, quali appunto protezione, educazione, attenzione ai vari contesti e riduzione del danno e, come strategia, richiamerà tutti i ministri degli Stati membri ad un impegno politico su questo problema, allo sviluppo di una partnership, all'approccio sociale e sanitario, alla cooperazione internazionale.
L'Italia ha degli obiettivi di salute inclusi nel Piano Sanitario Nazionale. In questi giorni stiamo scrivendo gli obiettivi di salute per quanto riguarda gli stili di vita. Abbiamo ricevuto questo mandato dal Ministero della Sanità e nell'Istituto Superiore della Sanità: stiamo analizzando i trend e verificando quali sono le possibili azioni da portare avanti.
Vi mostro i dati sui trend che si sono registrati negli ultimi anni (ci fermiamo al '98): c'è un calo generalizzato dei consumi, questi sono dati di produzione, non sono dati relativi a quello che effettivamente la gente consuma, ma in ogni caso sono quelli che vengono presi come riferimento in tutti gli Stati membri. Potete vedere che c'è solo un unico incremento, è quello del consumo di birra.
Andando a prendere gli indicatori del Piano Sanitario Nazionale e prendendo, per il '95, il '97 e il '98, i dati dell'ISTAT, potete vedere che, se andiamo a considerare la prevalenza di consumatori di vino con consumo quotidiano superiore a mezzo litro, che l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale per il sesso maschile, sembra raggiunto più o meno anche per il sesso femminile.
Quando andiamo a considerare la birra, potete vedere che la prevalenza dei consumatori di sesso maschile, di quantità superiori a mezzo litro, risulta perfettamente invariata e quindi non ci siamo mossi verso il target, mentre per le donne, almeno per quanto riguarda la modalità di consumo, più di mezzo litro al giorno, il target sembrerebbe essere raggiunto. Quando andiamo a vedere la prevalenza, cioè il numero dei consumatori, scopriamo che nel sesso femminile siamo passati da un 30 a un 33 per cento di consumatrici di birra; per classi di età, l'innalzamento maggiore del numero dei consumatori si ha proprio nelle età giovanili quindi, la birra si conferma come una bevanda preferita dalle giovani generazioni.
Per quanto invece le abitudini, uno degli obiettivi era quello di verificare quanti soggetti potessero andare incontro a una riduzione; dovevamo misurare praticamente la riduzione del consumo di bevande alcoliche al di fuori dei pasti. Per quanto riguarda le donne, sostanzialmente è in aumento, invece che in diminuzione, l'abitudine di consumare bevande alcoliche complessivamente al di fuori dei pasti e, in questo caso, si conferma che questo tipo di abitudine è più frequente soprattutto all'età di 18-19 anni, 20-24 anni.
Per la prima volta, l'ISTAT ha registrato e pubblicato i dati anche sui super alcolici e li abbiamo disaggregati per classi di età. Qualcuno potrà essere interessato a sapere che il 22,7% dei 15-17enni beve aperitivi alcolici o il 14% gli amari o il 14% i super alcolici, per quanto riguarda i maschi. Parliamo di 15-17enni e nelle donne ci sono delle abitudini più o meno simili.
Prima non disponevamo di questo tipo di indicatori. In conseguenza del Piano Sanitario Nazionale è stata suggerita l'introduzione di questo tipo di valutazioni.
Questo incremento della prevalenza, si ripercuote ovviamente anche sugli effetti.
Ora vediamo dei dati della DOXA, riferiti al '97, non avevo i dati del '98: episodi ripetuti di consumo eccessivo tra i giovani, così come di ubriachezza, sono registrati nelle popolazioni giovanili. Parliamo di ragazzi di età compresa tra i 15 e i 24 anni, maschi e femmine assieme. Gli episodi ripetuti sono passati da 0,9 a 3,8: significa che sono quadruplicati tra il '94 e il '97 e questa tendenza più o meno è confermata ancora maggiormente tra i quindicenni.
Allora, quali sono le future azioni che possiamo proporre? E' ovvio che ci sono un input e un output: quella è la scatola nera italiana nell'ambito della quale poi si mescola un

po' tutto, politica, evidenza scientifica e tutto il resto, ma a questo punto subentra anche un'altra variabile che non avevamo l'altra volta, le esigenze regionali.
Noi facciamo il Piano Sanitario Nazionale ma le Regioni, che hanno o che avranno un'autonomia, seguiranno queste indicazioni? Vorrei spezzare una lancia a fronte anche di quello che vi ho dimostrato a livello europeo sul fatto che occorre, bene o male, agire in maniera coordinata. Sono persuaso del fatto che esistono delle differenze a livello regionale, ma questi dati, se andate a verificarli regione per regione, vi posso assicurare che più o meno sono gli stessi.
Quindi, stabilire degli obiettivi generali che possano essere gli obiettivi di salute misurabili nel tempo, ripetibili, monitorabili, è una esigenza primaria, anche di informazione, che noi dobbiamo avere nei confronti dell'Unione Europea che chiede come va questo indicatore, come vanno questi dati, qual è il fenomeno in Italia, non nella regione. L'Italia è vista come somma di tutti i risultati regionali.
E' chiaro che bisogna guardare a tutta una serie di fonti. Non soltanto alle fonti del Report sullo stato sanitario del Paese - adesso abbiamo quello del 2000 - né ai dati ISTAT, ma guardiamo anche un po' fuori, ai vari rapporti, alle varie politiche comunitarie. Aprendo questa scatola nera ci possiamo rendere conto che all'interno andiamo, né più né meno, a verificare e ad analizzare queste statistiche che vi ho mostrato e tutti i trend, la mortalità, i pattern di consumo.
Una cosa su cui, approfittando della presenza di rappresentanti regionali, volevo indirizzarvi è l'Evidence based prevention. Esistono dei documenti quali le evidenze che erano alla base della promulgazione della Chart europea sull'alcool, che dicono che esistono dei settori in cui è provato, per esperienza, in altre nazioni, che si possono raggiungere ottimi risultati di salute e che alcune attività sono da prevedere nel settore ad esempio dell'educazione scolastica, nella prevenzione in contesti specifici e non sparando con il cannone un po' in tutti i settori, ma guardando un po' i contesti in cui si verificano maggiormente tipi di problematiche come il Drink driving. Le legislazioni oppure le Regioni possono stabilire quello che si può e che non si può fare rispetto alla distribuzione di bevande alcoliche in particolari contesti. Sono prerogative che credo non spettino al Ministero della Sanità o al Ministero degli Affari Sociali, ciascuno può dare il suo contributo; sul controllo della minimal legal age, chi va a verificare se un giovane di 16 anni effettivamente acquista una bevanda alcolica o la consuma in un locale pubblico?
E' chiaro che sono azioni rivolte a popolazioni vulnerabili, perché sono inesperte. Parliamo di popolazioni giovanili e quindi cercheremo di considerare degli obiettivi che coinvolgano almeno differenti dimensioni, per lo meno faremo una distinzione per età e per sesso perché, come vi ho dimostrato, l'alcool non è un tutt'uno, ma ci sono notevoli variazioni; guarderemo alle modalità e alla frequenza del consumo e al consumo in eccesso.
E quello che suggerisco a livello regionale, dove non è possibile perseguirlo a livello centrale, è di aggregare questo tipo di azioni in accordo a differenti target di popolazioni. I giovani non sono giovani, ci sono i bambini, ci sono gli adolescenti e i giovani adulti. E' chiaro che bisognerà orientarsi in questo settore, cercando di mettere a fuoco iniziative pratiche e concrete rivolte a queste differenti generazioni.
L'obiettivo chiaramente è promuovere stili di vita sani, combattere la cultura risk taking così diffusa e soprattutto diminuire i gradienti all'interno dei gruppi - queste sono le cosiddette disuguaglianze di salute - per ridurre il danno.
E' fondamentale l'informazione, e bisogna coinvolgere tutti gli attori che possono contribuire a una informazione imparziale, oggettiva, indipendente. Questo è fondamentale per ottenere dei risultati che possano essere utilizzati per il raggiungimento non soltanto di outcome intermedi nello stato di salute, ma di outcome anche sociali, in termini di qualità della vita e di indipendenza dell'individuo. Ricollegandomi al titolo di questa Conferenza, "Educare al benessere, prevenire gli abusi, liberare dalle dipendenze", credo che sia molto appropriato, ma è molto giusto anche orientarsi verso un tipo di

atteggiamento che sa che deve costituire un nucleo di informazioni da poter distribuire all'individuo, alla collettività; ciò presuppone un esercizio di volontà politica, che sia attivo nei confronti di queste tematiche, in modo che non rimangano solo parole e che soprattutto si possa lavorare, auspicabilmente, insieme.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio Emanuele per la brillante presentazione che sicuramente rappresenta una cornice che poi ognuno di noi deve mettere in pratica nelle realtà dove vive; credo che questo sia poi il compito più difficile, perché sapere e volere è molto importante, ma poi dobbiamo trasformare in realtà le cose giuste che vengono dette. Un po' come quando organizzano i corsi per i fidanzati, che poi si sposano. Gli hanno spiegato tutto, come si deve fare. Dopo due giorni già si mettono a litigare, perché il problema è come mettere in pratica quei buoni insegnamenti.
Faccio una piccola variazione di programma, dando la parola, al dottor MANGIARACINA della Società Italiana di Tabaccologia, così apriamo anche una panoramica specifica sul mondo del tabacco. Faccio anche una proposta: siccome le conclusioni devono essere democratiche, nel senso di partecipate, chiederei la disponibilità di questa aula anche per qualche ora del pomeriggio, in modo che chi ha voglia di discutere e trarre le conclusioni, possa starci e non ci sia il confinamento nelle quattro ore su un problema così importante.»

Dott. Giacomo MANGIARACINA:- «Credo che il pronunciare le parole tabacco e fumo in questo contesto sia da interpretare anche come una logica conseguenza di quanto stabilito dal Piano Sanitario Nazionale '98/2000 proprio sul tabacco.
Gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di problematiche legate al consumo di tabacco, che si conclude fra un mese, non sono stati purtroppo raggiunti. Devo dire comunque che c'è stato un percorso logico, costante, che si è avviato negli anni '90 e che è arrivato almeno a far prendere maggiore consapevolezza del problema tabacco, che coinvolge una larga quantità di popolazione nel nostro Paese e nel mondo intero.
L'Italia non si è sottratta da questo percorso. Il 1994, in particolare, ha segnato una tappa importante per il nostro paese, in quanto per la prima volta al Ministero della Sanità è stata costituita la Commissione nazionale per il tabagismo della quale ho fatto parte, insieme con il ministro GUZZANTI. La Commissione esiste ancora, ha lavorato per tutti questi anni e, francamente, ancora non si vedono risultati apprezzabili, però c'è stata una volontà, è stata espressa; almeno si vuole prendere in maggiore considerazione questo problema, speriamo che ci siano degli sbocchi più importanti.
Da questo lucido che voi state leggendo, vi renderete conto che l'approccio alle dipendenze ha percorsi opposti se lo affrontiamo a livello istituzionale o nel privato sociale. In modo particolare, nel percorso istituzionale si parte dall'acutezza del fenomeno e dal grande impatto a livello sensazionale nella popolazione; quindi l'approccio all'eroina è stato il primo approccio importante da parte dello Stato, a cui è seguita quello sull'alcol e quindi i SERT hanno cominciato a lavorare nel campo dell'alcolismo.
Per fortuna è stato ricordato il professor RUDOLIN, con cui ho avuto l'onore di collaborare per una diecina di anni, per capire anche il problema della dipendenza, sebbene mi occupassi di tabacco da quindici anni prima; quindi in tutto è un quarto di secolo che mi occupo nello specifico del problema del tabacco.
Dall'alcool, adesso, i SERT sono passati a interessarsi anche del tabagismo e quindi dell'approccio a livello terapeutico, ma il percorso del privato sociale è un altro. Lo faccio partire dal '40. Partiamo da un approccio errato che è quello del proibizionismo americano, nel 1919: vent'anni di proibizionismo sono stati una grande tragedia non solo per l'America, ma per il mondo intero. Nel '39 finisce il proibizionismo e nascono gli Alcolisti Anonimi, nasce il programma dei Dodici Passi, nasce una modalità di approccio diversa al problema, non sul piano legislativo, ma sul piano della relazione con chi vive il pro-

blema. Dal '40 si snoda questo percorso in cui è la gente che vive il problema che diventa soggetto e protagonista di un intervento che poi si diffonde in modo capillare nel tessuto sociale.
Nel '50 avviene la stessa cosa nel campo del fumo. Proprio nel 1950 MCFARLAND e FAULKENBERG negli Stati Uniti danno vita al Five Day Plan to Stop Smoking, il piano di cinque giorni per smettere di fumare, che poi è entrato in Italia nel '73, quindi ventitré anni dopo.
Ho avuto la fortuna di assistere all'ingresso di questo programma in Italia e dopo due anni di riflessione, nel '75, sono partito con le prime esperienze ed ecco che negli anni '80 la gente comincia ad organizzarsi attorno al problema che lo Stato aveva considerato una priorità, comincia ad affrontare anche il problema delle altre dipendenze emergenti e quindi dell'eroina. Poi arriviamo al punto che oggi le persone tendono a gestire i loro problemi attraverso l'aggregazione, attraverso l'utilizzo di strumenti per i quali addirittura si formano, perché il loro approccio non sia sprovveduto, ma sia articolato, secondo delle metodologie ben precise.
Noi abbiamo questi due percorsi, ma in questi due percorsi cominciamo ad incontrarci. Devo dire che l'approccio al fumo nel '50 è diverso da quello del '70, dell'80, del '90 e da quello degli anni 2000. Sono partito con risorse di volontariato per approdare poi a risorse professionali e da quando, lo scorso anno, è nata in Italia la Società Italiana di Tabaccologia, una parola nuova che si affianca a quella che ormai è diventata usuale, di alcologia, ci interessiamo a tutte le problematiche che gravitano attorno al mondo del tabacco, parliamo degli aspetti economici della nazione, di problemi di sicurezza pubblica, di sicurezza nazionale e mi riferisco al contrabbando, sono problemi di gravità estrema che lo Stato non è riuscito, con tutte le buone intenzioni, ad arginare.
E' un problema immane che purtroppo difetta di risorse istituzionali. E' vero che si diceva i piani sanitari, le linee guida e il Piano Sanitario Nazionale deve essere poi recepito dalle Regioni e attuato. Le Regioni hanno una responsabilità in questo, però è anche vero che lo Stato deve provvedere a delle risorse per potere fronteggiare efficacemente il fenomeno in termini di prevenzione e sono d'accordo con MARCOMINI quando dice che prevenzione, da vent'anni è una parola abusata, però siamo d'accordo sul fatto che significhi in realtà promozione della salute. La problematica su prevenzione e trattamento difetta comunque di sostegni economici. Vorrei sapere chi è stato quello sciocco che per la prima volta ha istituito la norma per cui le risorse economiche che il Ministero utilizza per la lotta al tabacco debbano essere prelevate da un fondo particolare costituito dalle multe che vengono comminate ai trasgressori dei divieti antifumo: vorrei conoscerlo perché quel fondo equivale sempre a zero. Se telefonate al Ministero della Sanità, vedete che quel fondo equivale a zero. Quando, circa dieci anni fa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva elaborato una Ten Points Strategy, altri Dieci Comandamenti, una strategia in dieci punti per il controllo del tabagismo, al terzo punto di questa strategia, campeggiava la risorsa che lo Stato dovrebbe destinare alla prevenzione e alla cura del tabagismo e questa risorsa sarebbe dovuta essere una percentuale del denaro che lo Stato incassa dai proventi della vendita del tabacco, dalle tasse sul tabacco. Questo suggerimento era pervenuto alle nazioni da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità una decina di anni fa, eppure in Italia si è preferito dire di no e farla con il fondo delle multe. Ci troviamo ancora con questo grosso paradosso, il consiglio è stato dato, lo Stato incamera il 73,6% di tasse sulle sigarette, destiniamo il 2 per cento alla lotta al tabacco e saremmo tutti quanti felici, avremmo risorse finalmente consistenti da affidare alle Regioni per gestire il nostro problema.
Mi fermo semplicemente su questo lucido. Visto che parliamo di correlazioni, ho portato questo studio del 1987, a volte mi piace fare un po' di archeologia, della ricerca epidemiologica in quanto ci fa capire che alcune cose le conoscevamo già. Una ricerca di MONARCA e collaboratori ha messo in evidenza il rapporto vino/fumo, birra/fumo, liquori/fumo, e poi in fondo, come non significativa, fumo/psicofarmaci: da essa mi pare

che risulti molto bene l'evidenza del rapporto per cui alla base dei comportamenti di dipendenza esiste l'uso del tabacco. E' stato detto, MARCOMINI lo ha detto, l'hanno detto anche altri fra le righe, c'è stato un intervento accorato l'altro giorno da parte della professoressa Maria Caterina GRASSI dell'Istituto di Farmacologia dell'Università La Sapienza, la quale ha detto, in un contesto pubblico, che non conosce nessun ragazzo dipendente da eroina, che prima non sia passato dall'esperienza del tabacco. Lo sapevamo, non è una novità. E allora capite che la cosiddetta, è una parola che non mi piace molto però non so come definirla altrimenti, lotta al tabacco, significa in realtà mettere la dinamite alla base al sistema della dipendenza.
E' una cosa molto seria, è una problematica riservata a specialisti nel campo della prevenzione, nel campo del trattamento, dell'educazione alla salute.
Credo che il messaggio che vi voglio lasciare, questa piccola eredità è questa: la consapevolezza che la lotta al tabacco sia considerata una priorità così come priorità veniva e viene definita, perché ancora non è finito, nel Piano Sanitario Nazionale '98/2000; è un grande sterminio, è una ecatombe di vittime sebbene a qualcuno non piaccia parlare di vittime, di mortalità. Sarebbe più opportuno che andassimo ad indagare sulle invalidità da tabacco, più che sui 90/100.000 morti da fumo, che però esistono.
Non solo, ma esistono anche dati statistici imperfetti. Pensate che l'ISTAT ha dato il 17,3 per cento delle donne fumatrici in Italia, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso un calcolo indiretto, arriva al 26 per cento.
Abbiamo dati a confronto che sono completamente disastrosi, sono diversi: 17 e 26 per cento sono due dati diversi, ragione per cui c'è stata anche un'ipotesi di revisione critica del dato del numero totale dei fumatori in Italia che non sarebbero 12/13 milioni, ma 18 milioni.
Vorremmo anche fondi per incentivare la ricerca, la formazione nel campo della tabaccologia, del tabagismo e dei problemi fumo correlati e vi lascio con questa immagine, che la lotta al tabacco costituisce la dinamite alla base della dipendenza, del consumo di droghe.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Visto che ci hanno messo nel garage, come è stato ricordato, ma io ho una grande passione per l'underground per cui mi trovo a mio agio, ho chiesto e mi è stata data la sala anche per il pomeriggio, per cui possiamo restare a formulare questo documento che sia condiviso. Adesso do la parola al dottor VENDRAMIN che è Primario del SERT 2 di Padova e che farà la relazione sul ruolo dei SERT rispetto alle problematiche che sono state fin qui enunciate.»

Dott. Andrea VENDRAMIN:- «Leggerò questo documento che ho preparato col dottor Daniele BERTO, responsabile dell'Unità funzionale di alcologia del SERT che da un po' di tempo mi trovo a dirigere, per dare un segnale di quello che almeno noi nella nostra realtà che non è neanche così piccola, abbiamo cercato di fare in questi anni anche con un occhio di riguardo proprio ai problemi dell'alcologia, senza poter trascurare gli altri problemi che istituzionalmente ci troviamo a dover affrontare.
Nel corso degli anni, ovviamente a partire dalle loro rispettive istituzioni, pensate che il SERT che mi trovo oggi a dirigere ha la prima cartella che è del 1976 e quindi siamo addirittura prima della riforma sanitaria. I SERT, con l'andar del tempo, sono stati spettatori delle successive modifiche che via via si sono andate determinando nell'andamento del consumo delle sostanze d'abuso.
Sono un farmacologo e per esempio ho lavorato fino al '91 sui recettori, adesso mi interesso di neurobiologia, ma voi capite bene che per un neurobiologo o un farmacologo questa distinzione fra lecite e illecite è stata una roba che ci ha sempre lasciato assolutamente indifferenti.
Certo è che, almeno dal punto di vista teorico, questi cambiamenti nei consumi dovrebbero presupporre anche dei corrispettivi cambiamenti nell'organizzazione interna dei

servizi: qui parliamo di giovani, però oggi la popolazione alla quale noi andiamo a offrire le nostre competenze e i nostri servizi non è proprio fatta solo da giovani. Nel corso del '99, al SERT di Padova insomma che poi in realtà sono due, e oggi mi trovo a dirigerli tutti e due, si sono rivolte circa 1.500 persone. Tra queste 1.500 persone, non sono tante, però c'è anche qualcuno che è addirittura nonno, ce ne sono molti che sono genitori, non proprio giovanissimi.

Voi sapete che ancora oggi vige questo modello con cui il SERT è stato istituito molti anni fa; viene già da qualche anno definito, in una maniera che secondo me talvolta è anche detta in senso dispregiativo o comunque eccessivamente critico, "eroinocentrico" perché di fatto questa era la mission con cui questo servizio era stato creato. Il modello eroinocentrico, per sua stessa natura, si realizza su una organizzazione di natura assistenziale, che vede la sua ispirazione principale nella delega da parte delle altre istituzioni, al monitoraggio, alla cura e in qualche modo anche al contrasto dell'uso di sostanze illecite, quindi un SERT eroinocentrico.

Sebbene vi sono importanti indicatori esterni alle nostre strutture che mostrano un consumo importante di altre sostanze, nuove droghe - ad esempio mi sono interessato dell'ecstasy, dei meccanismi di neurotossicità a livello di ricerca ovviamente - e costantemente nel nostro Paese sono in aumento i sequestri di queste sostanze e questo vorrà dire anche che c'è un consumo molto specifico - i nostri servizi ancora oggi, se vado a vedere le cartelle dei miei servizi, si caratterizzano prevalentemente interventi fondamentalmente orientati verso i pazienti eroinomani. Anche alcune comunità terapeutiche sembrano organizzare i loro programmi soprattutto in funzione di questo tipo di utenti ed è nostra impressione, ma mi pare che è avvalorata anche da quello che è successo qua ieri insomma, perché chi ha le cure sul campo, deve cercare di dividersi un po' da una parte e dall'altra, che l'attenzione raggiunge il suo massimo quando si affronta l'eterno dilemma metadone sì, metadone no, e qui proprio si scatena tutto.

C'è un'altra cosa innegabile: se noi andiamo a vedere qual è la sostanza che più indistintamente è consumata da tutti i pazienti che si rivolgono al SERT, per la natura stessa di queste sostanze, quelli che usano ecstasy sono relativamente pochi, perché incominciano a rivolgersi al SERT quando cominciano ad avere dei disturbi. Vediamo però che c'è un tipo di droga che in qualche maniera è utilizzato da tutti come droga secondaria, ed è proprio l'alcool. Ho avuto ben presente, avevo ben presente questo problema, tant'è vero che nel momento in cui ho avuto l'incarico di dirigere il SERT 2 di Padova che è il più grosso dei due insomma, una delle prime cose che ho fatto riorganizzando questo servizio è quello di fare un'unità funzionale di alcologia, perché c'era chi si interessava di alcologia però non c'era scritto da nessuna parte che ci doveva essere un gruppo che aveva questo compito.

Il nostro SERT di Padova era talmente grosso che nel 1997 hanno pensato di dividerlo in due, e quindi SERT 1 e SERT 2. Oggi dirigo anche il SERT 1 perché l'altro collega è andato in aspettativa, ma lì avevano fatto un'unità funzionale di tabagismo. Perché c'erano stati appunto degli indirizzi in tal senso. L'unità di alcologia non c'era. Allora, è invece un dato di fatto che attualmente l'uso di alcool, unitamente alle altre droghe, rappresenta una costante del comportamento del tossicodipendente sia in senso longitudinale nella storia tossicologica dell'individuo, sia in senso trasversale, come sostanza assunta dalla maggior parte degli utenti dei SERT. Se noi andiamo a vedere i nostri esami urinari, le nostre cartelle, non c'è praticamente nessuno dei nostri pazienti che non abusa anche di alcool e su questo, anche noi, che abbiamo scritto questo documento che poi lascerò al dottor MARCOMINI, siamo assolutamente d'accordo sul fatto che l'alcool, e anche il tabacco, perché è giusto aggiungere anche quello, rappresentino poi di fatto le vere porte di accesso alle tossicodipendenze, su questo non c'è alcun dubbio.

Il problema del consumo di alcool nei tossicodipendenti e contestualmente quello dei giovani alcolisti, che poi ogni tanto consumano anche droghe illegali, apre un ulteriore cartello di sfida per il SERT che è vero che ormai sono comunque diventati più maturi e più

versatili perché, se vi ricordate, all'inizio mi chiedevo perché i SERT sono nati. La risposta è che sono nati perché a un certo punto le istituzioni - per esempio quando è stato fondato il SERT che io dirigo, nel 1976, c'era ancora la Provincia che si occupava di queste questioni - delegavano qualcuno a occuparsi di questo problema, perché era illecito. Ora hanno cominciato ad aprirsi anche alle droghe lecite e quindi sono diventati più versatili, non so se sono o siamo più maturi, comunque è certo che ci proviamo.
Questo ovviamente comporta che dobbiamo mettere a punto dei nuovi schemi di tipo organizzativo e delle nuove strategie di intervento, che sono comunque più complesse rispetto a quelle che riguardano il SERT solo eroinocentrico.
I problemi, ovviamente, sono molteplici perché sono di natura farmaco - tossicologica, e sono quelli che più interessano a me personalmente. Il problema dell'interazione delle droghe e alcool in acuto e in cronico. Nella maggior parte delle overdose da eroina c'è di mezzo anche l'alcool, nei sovradosaggi da benzodiazepine, c'è comunque sempre anche l'alcool.
Pensate al problema dell'interazione fra alcool e metadone, sia in acuto che in cronico: in acuto fa aumentare gli effetti, in cronico invece fa l'effetto contrario.
Pensate al problema dell'interazione fra alcool e altri farmaci - noi abbiamo scritto psicofarmaci, ma pensate agli altri retrovirali, agli antivirali in generale, agli antibiotici, agli antitubercolari, agli antimicotici.
E poi pensate al problema dell'influenza dell'alcool su quei meccanismi neurobiologici o comunque neurochimici che chi si interessa di queste cose intravede come elemento fondamentale proprio neurobiologico alla base dei fenomeni della sensitization, del craving, dell'apprendimento incentivo, della plasticità neuronale. Oggi tutto il problema dell'acido glutammico, del glutammato è la plasticità neuronale, quindi pensate all'influenza che ha l'alcool su questi sistemi recettoriali.
E poi c'è tutto un altro problema che riguarda un piano psicologico e razionale, perché sono diventate di comune osservazione nuove tipologie di comportamenti e nuove modalità di relazione, spesso caratterizzate da una motivazione al cambiamento totalmente assente o parziale oppure limitata. Noi abbiamo osservato, di fronte al politossicomane, che abusa di alcool e di sostanza illecita, che nei confronti dell'alcool c'è sempre il fenomeno del diniego: cioè egli dice no, il mio problema è quello dell'eroina, il mio problema è quello della cocaina, semmai, forse è quello dell'ecstasy, ma quello dell'alcool no.
Un ulteriore livello di problematicità per un SERT che si vuole aprire anche a queste problematiche è legato a nuove necessità di natura organizzativa generale dei SERT, perché ovviamente noi dobbiamo riorganizzarci sia nei rapporti con le strutture interne alle Unità locali socio - sanitarie, sia nei nostri rapporti con quelli che sono all'esterno. E' necessario prevedere rapporti di collaborazione con consultori familiari, reparti di neuropsichiatria, servizi psichiatrici, medici di medicina generale e pensate che questo è facile sulla carta, ma è molto difficile a livello attuativo perché, anche di fatto, i SERT sono stati sempre un po' considerati delle Cenerentole, sono sempre stati considerati un po' nel ghetto; il nostro rapporto con gli altri reparti è paritario solo sulla carta.
E poi dobbiamo, e anche qui sono assolutamente d'accordo coi relatori che mi hanno preceduto, instaurare tutte le collaborazioni possibili con le scuole, con le forze di polizia, con la Provincia, con la Municipalità e, nell'ambito più generale delle strategie preventive, dobbiamo dare nuova o comunque più mirata attenzione verso i comportamenti di cui abbiamo già sentito parlare stamattina, che sono i comportamenti a rischio, quelli per esempio legati alla guida spericolata, ai rapporti sessuali non protetti, all'uso in eccesso di bevande alcoliche o sostanze stupefacenti.
Sul piano organizzativo generale i SERT non potranno più continuare a occuparsi di alcool come fatto opzionale o residuale, cioè c'è un'unità funzionale di alcologia perché c'è un responsabile a cui è venuta questa idea. Non è pensabile che sia così. In questo senso, la Regione Veneto è stata lungimirante, bisogna dare a Cesare quello che è di Cesare, perché ha preveduto e individuato, mediante apposite disposizioni, i SERT come

servizi che si occupano sia di alcool, sia di droghe.
Per esempio, nella realtà in cui opero, sulla base di opportune indicazioni regionali, è attualmente in fase di avanzata definizione, lo stiamo terminando proprio in questi giorni, l'istituzione del dipartimento funzionale delle dipendenze. All'interno del dipartimento funzionale delle dipendenze, noi abbiamo previsto queste due unità, quella di alcologia, che è allocata nel SERT 2, ma comunque è trasversale a tutta la USL, e quella che noi chiamiamo unità funzionale di tabagismo, ma potrei modificare il termine e definirla tabaccologia, anche questa è allocata all'altro SERT però è trasversale a tutto il territorio dell'USL; fra l'altro noi prevediamo proprio specificatamente l'interazione fra le strutture pubbliche e quelle del privato sociale anche attraverso apposite convenzioni, tant'è vero che già in questi anni abbiamo sviluppato alcuni interventi, qui ho piacere di citarne qualcuno, proprio a merito di questi operatori che hanno seguito queste cose. Come assistenza primaria abbiamo aperto parecchi punti di ascolto per alcolisti e familiari, dislocati a livello distrettuale nel territorio della USL, abbiamo sviluppato progetti specifici quali per esempio, l'ultimo, Alcool e guida, che ha coinvolto come protagonisti l'ACI, la Polizia Municipale, le autoscuole, la Polizia Stradale e le assicurazioni. In carcere abbiamo fatto una sezione a custodia attenuata, ma comunque anche in carcere c'è una équipe che praticamente si occupa di questi problemi, che ovviamente voi sapete. Abbiamo un progetto per la gestione delle problematiche complesse quindi alcool/psichiatria, alcool/ex carcerati, alcool/marginalità sociale. La maggior parte della gestione di questi progetti che vi ho citato è stata possibile attraverso una partnership con l'agenzia del Centro alcologico territoriale, il cui coinvolgimento ha determinato anche un rinforzo delle attività da parte dei gruppi di auto aiuto già presenti sul territorio.
Voi sapete che soprattutto l'ACAT in Regione Veneto è molto presente.
Questo è un po' quello che noi in questi anni siamo riusciti a mettere in piedi. Il nostro proponimento è quello di cercare di potenziare queste cose e comunque anche di portare la nostra esperienza a incentivare non tanto quello che è un cambiamento per quella che è la ricaduta di tipo assistenziale, ma proprio per la ricaduta di tipo culturale, sul fatto che è fondamentale che i SERT escano da questo modello eroinocentrico che però non dobbiamo criticare eccessivamente perché, di fatto, è ancora una realtà che dobbiamo anche prevedere. Dobbiamo cercare di organizzarci.»

Chairman Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio il dottor VENDRAMIN che ha messo in luce un quadro dinamico evolutivo dell'organizzazione stessa dei SERT, che sicuramente è partita dalle risposte ad una emergenza, i quali si stanno sempre di più organizzando intorno a problematiche complesse portando anche delle innovazioni sui sistemi socio - sanitari; l'esperienza del passato sicuramente sarà utile per l'innovazione socio - sanitaria.
Chiederei a un gruppo di persone, magari se PATUSSI cerca di raccogliere le adesioni, di fare le conclusioni. Se ci sono persone che hanno documenti già scritti, l'organizzazione chiede se hanno i dischetti perché vengono messe in Internet. Allora, adesso toccherebbe alle Regioni però farei anche qui una variazione, dando la parola al professor VESCOVI, dell'Università di Parma, un'altra grande istituzione che ha affrontato, in maniera informale prima e sulla base volontaria di persone che ne erano convinte, la questione alcologica. Ne ho fatto una diretta esperienza perché, quando mi sono laureato tanti anni fa, mi ricordo che il professor NACARATO, che è gastroenterologo di Padova, ci fece una lezione sul problema della coltivazione, i problemi dell'alcool e dicevo: che strana la medicina che si occupa di queste cose. Dopo tutti questi anni siamo qui per discutere delle stesse cose e quindi vedete, l'Università, che viene sempre criticata di non essere magari abbastanza innovativa, a volte invece mette dei semi che possono dare frutto. Quindi do subito la parola al professor VESCOVI.»

Prof. VESCOVI:- «Quando ci siamo accordati sul possibile intervento e abbiamo deciso