di parlare di informazione e formazione intorno al problema dell'alcool, questo discorso mi è piaciuto, perché, tra l'altro avete sentito molto bene da chi mi ha preceduto, soprattutto da Emanuele SCAFATO, da Valentino PATUSSI e da MARCOMINI, il problema dell'alcool, come delle altre sostanze psicoattive, è un problema di grande interesse non solo umano, ma anche scientifico e molte volte l'informazione che passa poi al cittadino, alla popolazione in qualche modo è deformata.
Ormai la problematica delle dipendenze in genere, delle sostanze psicoattive, è una scienza che compie più di vent'anni e quindi i dati devono essere in qualche modo precisi e sicuri.
Mi ripeto un attimo, molto rapidamente, su quello che già avete sentito, ma è bene chiarirlo, stiamo parlando di una sostanza che è capace di sviluppare non solo dipendenza, ma anche tolleranza e assuefazione e quindi, dal punto di vista farmacologico, il meccanismo è estremamente chiaro.
Ormai non ci sono più dubbi, sappiamo che agisce sulle vie del piacere, al pari di tutte le altre sostanze cosiddette illegali e del tabacco; da una nostra ricerca, abbiamo individuato che tra le 5.000 sostanze che sono contenute nella combustione di fumo di sigaretta esiste anche una sostanza molto simile all'alcool e questo spiega perché molte persone che sospendono l'assunzione degli alcolici, passano per esempio da dieci a venti o a trenta sigarette. Sono molto d'accordo che bisogna mettere al centro di ogni progetto la persona, al di là che usi questa o l'altra sostanza. Vado rapidamente perché molti l'hanno già detto, sappiamo che questo effetto psicoattivo si esplica a livello cerebrale in maniera molto forte su alcuni recettori, su alcuni sistemi, per esempio quello della dopamina e del sistema oppioide.
Questo ci ha aiutato anche a capire il meccanismo, forse in una lettura chiaramente neurobiologica, della cosiddetta dipendenza.
Dalla metabolizzazione dell'alcool a livello epatico, si forma, come tutti voi sapete, la cetaldeide, che incontra una molecola, la dopamina; da questa si formano le tetraidroisochinoline che sono capaci di andare ad allocarsi sui recettori degli oppiacei.
Tutti quelli che si interessano di "dipendenze", sanno benissimo che se un assuntore di eroina non ha altro, usa l'alcool, perché è il primo sostitutivo anche dal punto di vista biologico. E' chiaro che qualche volta gli effetti sono diversi perché, a differenza per esempio degli oppiacei, quando prevale la produzione di aminoacidi per esempio a livello cerebrale, l'alcool è capace anche di slatentizzare la violenza: caso tipico è la violenza sulle donne fatta in corso di assunzione forte di alcool.
Questo spiega però anche il meccanismo della dipendenza: perché quando uno assume alcolici, forma le tetraidroisochinoline, si abbassa il tono degli oppioidi endogeni personali e quindi c'è una continua ricerca.
Ecco che allora l'informazione a questo livello deve essere molto chiara e mi farebbe piacere che nella prossima conferenza il Ministro della Sanità che ci sarà sappia che il problema dell'alcool è il problema che secondo me sta alla base di tutte le possibili dipendenze, perché qualcuno l'ha detto molto bene prima, l'alcool è "la madre di tutte le droghe" per usare una frase fiorita e questo serve anche ai cosiddetti gruppi di volontariato.
Credo che oggi le comunità devono prendere possesso di questo concetto, che un vero cammino di drug free, passa anche attraverso la valutazione problematica dell'uso di alcool e anche della nicotina, perché se la salute è una, dobbiamo tener conto di questo altrimenti si diventa dei moralisti. Quelli che usano una sostanza si sentono sempre meglio di quelli che usano l'altra e questo richiama un grosso problema etico personale ai cosiddetti operatori, perché di fronte a questo ognuno è chiamato a dare una risposta personale.
E' giusto parlare di giovani, ma oggi il problema dell'alcool e delle sostanze psicoattive riguarda soprattutto il mondo degli adulti.
E' bellissimo fare progetti di prevenzione o di promozione della salute sui giovani, ma a

me piacerebbe partire dai genitori e dagli insegnanti perché i modelli educativi partono dagli adulti. I ragazzi, più che di parole, hanno bisogno di comportamenti, hanno bisogno di qualcosa di chiaro e preciso. In questi giorni si è parlato molto dell'informazione scientifica trasferita al territorio. I giornali hanno dato molto spazio al cosiddetto paradosso francese in cui si dimostrava, secondo me con una metodologia scientifica da discutere, comunque che i consumatori moderati di vino soprattutto, si riferiva alla Francia, e guarda caso la Francia produce molto vino, avevano una maggiore incidenza di mortalità cardiovascolare rispetto agli astemi. E' uscita una ricerca su una rivista prestigiosa, HEART, che dimostra come, su 7.250 casi, l'effetto benefico sulle coronarie non esiste, nessun giornale ne ha parlato. Questa è cattiva informazione da parte di chi fa giornalismo.
Ancora, si è discusso molto dei flavonoidi. Qualcuno ha detto che due bicchieri di vino proteggono dal cancro. Allora, gli studi vengono fatti in vitro su cellule di topo, prendendo il resveratrolo, dalla buccia dell'uva rossa, che sarebbe la famosa sostanza capace di proteggere dal cancro agendo sul microcircolo, anche sulle cellule tumorali, e che nei vini italiani è contenuto per circa 0,030 mg/litro. Chi fa il farmacologo sa che la sostanza deve essere assorbita, deve arrivare laddove si vuole e poi dare l'effetto. Ebbene, i polifenoli o i flavonoidi vengono utilizzati in terapia, i medici lo sanno, un grammo al giorno, per sei mesi.
Abbiamo fatto il calcolo che un cittadino deve comunque bere più di cento litri di vino al giorno per sei mesi, per avere un possibile effetto. E' uscito su tutti i telegiornali, sul TG5 soprattutto: noi abbiamo protestato, nessuno ci ha dato ascolto. Quindi continua la storia del garage, come diceva Franco MARCOMINI, evidentemente poi mi spiegherete che dietro ci sono interessi e noi siamo una piccolissima parte di fronte a un elefante molto forte. L'informazione è indubbiamente importante. Senza fare delle problematicità fuori luogo, questi dati però, e non li ripeto, perché sono già stati detti, sui 30.000 morti, le giornate lavorative perse, i ricoveri in ospedale, sono significativi.
Per essere pratici, sarebbe importante che il Ministero, che ha come scopo la sanità, o meglio la salute del cittadino, si interessi, come peraltro sta già anche facendo, di questi concetti, ricordando un dato molto importante che spiega anche perché il mondo giovanile è diverso dal mondo degli adulti o meglio il mondo giovanile utilizza molte volte la sostanza in una giornata sola sotto l'influsso della cultura dello sballo; allora la mortalità per dosi inferiori ai 50 gr/die è in aumento e invece la mortalità per dosi superiori ai 100 gr/die è in calo. Vuol dire che sui problemi di prevenzione di secondo e terzo livello, i servizi pubblici, soprattutto i gruppi del cosiddetto privato sociale, i club, gli Alcolisti Anonimi ed altro hanno fatto un modello preventivo che ha prodotto frutti e c'è stata la riduzione del consumo, mentre sui cosiddetti bevitori sociali credo che la prevenzione debba essere ancora impostata in maniera diversa.
L'altro concetto che volevo proporvi: è opportuno che oltre all'informazione si faccia una preparazione seria, come diceva Franco, anche dei cosiddetti operatori sanitari. Molti di voi avranno fatto l'Università e avrete avuto la prova che di problematiche alcol - correlate, mi riferisco per esempio al corso per infermieri, alla laurea breve per infermieri, alla laurea per assistenti sociali, o in medicina, psicologia, di solito non si parla.
Nell'86 feci l'idoneità da Primario in Medicina Interna: tra le tesine avevo le febbri "Q". Ne ho vista una in trent'anni che faccio il medico. Di alcolismo nessuno parlava.
Allora è assolutamente importante che di queste problematiche della salute globale, di un problema generale delle dipendenze che colpisce il 15% della popolazione se ne tratti e soprattutto a livello di prediagnosi, come io la chiamo, nel senso che non esiste lo specifico operatore che si interessa di quello. Certo, a livello di SERT, o dei vari centri, esiste anche chi ha una preparazione specifica ma il pediatra, che si rende conto che il bambino di tre anni ha una iperdinamicità, ha problemi nei confronti dell'alimentazione, deve pensare che il papà o la mamma possono avere problemi di alcool o di uso di sostanze. L'ortopedico, che vede il terzo incidente per causa non conosciuta, deve pen-

sare che quella persona può avere un problema di alcool. Quindi, è davvero interesse comune di tutta la comunità scientifica avere informazione precisa su queste cose. Anche il ginecologo, sulle problematiche dell'alcool in gravidanza. Potremmo davvero parlare a lungo di questo, ma non voglio prendere altro tempo.
Mi pare poi che sia necessaria la formazione permanente a livello universitario per portare una cultura che sia sempre al passo coi tempi e non sia arretrata. Ci sono degli esempi a livello italiano, ma è indubbio che in questo caso siamo ancora carenti e la Società Italiana di Alcologia si sta attrezzando per stimolare questi concetti e penso che nel prossimo futuro queste cose arriveranno.
Tutti hanno interesse affinché questo modello possa andare avanti, compresa la ricerca seria. Per esempio, abbiamo dimostrato che l'alcool produce ipertensione e abbiamo calcolato che se effettivamente tutti i medici di famiglia abituassero i pazienti ipertesi non soltanto a intervenire sul consumo di sale, che si è visto essere alla base in un stragrande numero di casi della ipertensione, ma anche sul proprio stile di vita cioè sull'alcool, sull'attività fisica, si ridurrebbe drammaticamente anche il costo sociale in farmaci e in vite umane.
Esiste poi un'altra formazione che è quella non universitaria, che si fa a livello periferico sia dai servizi pubblici, ma anche dal cosiddetto privato sociale; mi riferisco per esempio a tutta l'attività che svolgono i club degli alcolisti in trattamento con una sensibilizzazione molto forte a livello territoriale e che ha dato davvero moltissimi frutti in questi anni, perché credo che al di là di tutto quello che possa essere l'informazione, che abbiamo visto che va in un certo modo, la formazione culturale, universitaria e non, conti poi molto, a livello educativo, il messaggio che arriva tra i pari e allora, visto che parliamo di giovani, tra i ragazzi e, negli adulti, anche il messaggio che arriva da chi ha avuto il problema e l'ha superato.
Quindi, mi piacerebbe che anche da oggi uscisse, se siete d'accordo, che il discorso su informazione e formazione debba davvero calare su tutte le realtà, perché solamente se c'è una presa di coscienza forte del cittadino, il quale regola la propria salute in base al proprio stile di vita e non c'è nessun altro che lo possa guidare, medico o non, davvero cambierà la cultura di questo paese.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «La Società Italiana di Alcologia è disponibile a pubblicare tutti gli interventi di questa sessione di lavoro sulla propria rivista "Alcologia". Passerei alle Regioni. Al dottor CIBIN, della Regione Veneto, una persona che da molti anni si occupa delle problematiche alcologiche e ieri sera dicevamo che, se avessimo aspettato un mandato legislativo, staremo ancora qua ad aspettarlo, non saremo neanche in garage, forse al parcheggio ad aspettare che aprano il garage.»

Dott. Mauro CIBIN:- «Dovrei presentare le posizioni delle Regioni rispetto al problema dell'alcool. Purtroppo, questa cosa è impossibile in quanto le Regioni sono tante, alcune di queste non hanno nessuna posizione rispetto al problema alcool, altre hanno dei programmi diversificati; le fonti di informazione su questo argomento a volte proprio non ci sono. Mi sono rifatto, per quello che sto per dire, a un convegno che abbiamo tenuto l'anno scorso a Padova, che si intitola "L'alcologia nelle Regioni", i cui atti sono pubblicati in questo libro che potete trovare sopra nello stand della Regione Veneto, però dove siamo riusciti a raccogliere solo alcune Regioni, in particolare Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano, Lombardia e Piemonte.
Come diceva il dottor MARCOMINI, se avessimo atteso le leggi, saremo ancora qui ad aspettarle e in effetti una cosa che appare molto interessante e importante è il fatto che l'alcologia, in moltissimi posti, compresi il Veneto e il Friuli Venezia Giulia, tutto il Nord est, nasce dal volontariato, sia dal volontariato in senso stretto, quindi da associazioni di volontariato e di auto aiuto, comunità multifamiliari, sia da una sorta di volontariato istituzionale in zone con una endemia di problemi alcol - correlati e di alcolismo enorme,

come il Nord est, il posto dove lavoro io. Alcuni SERT, alcuni reparti ospedalieri, alcuni operatori si sono occupati, senza avere mandato istituzionale, di alcool, per cui noi abbiamo per esempio nel Veneto alcune zone come quelle montane dove di fatto i SERT hanno dei carichi di migliaia di alcolisti contro tre o quattro tossicodipendenti; questa è l'epidemiologia di quelle zone, quindi è qualcosa che nasce proprio da una esigenza reale e concreta. Situazione analoga quella del Friuli Venezia Giulia, del Trentino e dell'Alto Adige.

In questa fase del volontariato, senza mandato istituzionale, solo nel Veneto 29 dei 36 SERT presenti nella Regione già si occupavano di alcologia in maniera strutturata e già a quei tempi c'erano, solo nel Veneto, circa 500 club per alcolisti in trattamento e 106 gruppi di Alcolisti Anonimi, oltre che due o tre situazioni ospedaliere strutturate per programmi riabilitativi per alcolisti.

Nel '93, vi è stato un decreto del Ministero della Sanità che ha richiamato l'opportunità che le Regioni si occupassero di questo argomento o meglio, che l'ente pubblico, la sanità pubblica si occupasse di questi argomenti, delegando questa cosa alle Regioni. Dal '93 sono cominciati i primi progetti sperimentali e quella che io chiamo, in questa diapositiva, fase sperimentale in cui alcune Regioni hanno cominciato a contare quello che c'era, dove c'era già qualcosa, o comunque a pensare che cosa si poteva fare, a dire quali sono le risorse, a cominciare a dare delle regole a quella che chiamiamo abitualmente rete alcologica.

Questa fase, in quelle Regioni che l'hanno iniziata nel '93, è durata dal '93 al '99, ma in realtà non è così nel senso che, come vi dicevo prima, per alcune Regioni non è mai iniziata, per altre è finita e altre ci sono ancora dentro, per cui ognuno se la deve riportare alla sua realtà perché i tempi variano da posto a posto. Le risorse della rete alcologica che si è cominciato a mettere in rete con questi primi progetti sperimentali sono i medici di famiglia; vi ricordo che quella dei medici di famiglia è considerata l'unica rete sanitaria diffusa su tutto il territorio nazionale ed è quindi un punto fondamentale per l'individuazione precoce dei problemi alcol - correlati. Vi è un progetto del Ministero della Sanità per la formazione, che è gestito della Regione del Veneto, di fatto però è del Ministero della Sanità, di un gran numero di medici di Medicina generale, cioè medici di base, in campo alcologico su tutto il territorio nazionale. Attualmente è in corso: ci sono i gruppi di auto aiuto e di volontariato, i SERT, ambulatori presso ospedali e poi alcune altre cose si sono aggiunte mano a mano, cioè strutture intermedie, tipo centri diurni o centri riabilitativi o per il reinserimento lavorativo, c'è la presenza di programmi residenziali, anche come programmi ospedalieri di tipo riabilitativo, non parlo qui di ospedalizzazione acuta che è un altro discorso, perché questa c'è sempre stata per i problemi alcol - correlati. Si stanno configurando alcune situazioni di ricoveri riabilitativi: in corso di ricovero il paziente inizia un programma riabilitativo, che ha la finalità di essere continuato dopo il ricovero. Comunità terapeutiche stanno strutturando sempre di più programmi specifici per alcolisti sul modello di quello che già avviene per esempio negli Stati Uniti o nei Paesi nordeuropei e infine ci sono i programmi speciali, cioè riferiti a popolazioni particolari che abbisognano di trattamenti molto specialistici come i pazienti con doppia diagnosi, con diagnosi psichiatrica associata a quella di alcolismo oppure i giovani, visto che la sessione dovrebbe riguardare Alcool e Giovani, oppure ancora pazienti con gravi problemi sociali oppure extracomunitari quindi con tutti i problemi di comunicazione che ci sono in questo campo e altri ancora.

Questi sono i temi, i gruppi, le entità che in genere, in questa fase sperimentale, sono state prese in considerazione e si è tentato in alcune Regioni di normarle. In particolare, nel progetto alcologico sperimentale della Regione Veneto, che si è concluso l'anno scorso, si è dato particolare risalto al fatto che il problema centrale di questa rete che, come vi ho detto prima, già esiste, è il collegamento, il coordinamento, cioè questa rete che già esiste però ha il problema di cui spesso non parla, cioè che i vari nodi non dialogano tra di loro all'interno di un territorio, i territori non parlano tra territori, la Regione

non parla con i nodi e i nodi non parlano con la Regione. La Regione ha funzioni di programmazione.
Per questo, nel caso del Veneto, si sta costruendo questo sistema informativo regionale Alcologia Veneto, che è appunto uno strumento per raccogliere informazioni dalla periferia e restituirle alla periferia, per mettere in contatto le varie entità e, per la Regione, per avere informazioni per la programmazione.
Un altro modo per cercare di promuovere questo coordinamento, questo contatto tra le varie realtà che agiscono a livello regionale, è stato questo progetto di ricerca condotto in collaborazione con l'Associazione Regionale Club Alcolisti in Trattamento, ARCAT Veneto, che è stato sostanzialmente un questionario fatto da tutti i club del Veneto, che è in corso di elaborazione, riguardante le relazioni che i club hanno con le altre entità della rete alcologica. Si è partiti dai club per la disponibilità dell'ARCAT, ma il progetto, se sarà completato, prevede anche lo stesso questionario, lo stesso approccio per tutti gli altri nodi della rete, in modo che da un lato chi l'ha compilato abbia un quadro, non dico scientifico, ma almeno tecnicamente valido della situazione, dall'altro la Regione abbia anch'essa un quadro valido su cui poter programmare, rispetto a questo problema del coordinamento.
Il Veneto è una delle Regioni che per prima è passata dalla fase che ho definito come fase del volontariato alla fase sperimentale e poi alla fase istituzionale nella quale ci troviamo oggi, perché è finito il progetto sperimentale Alcologia Veneto; attualmente c'è una normativa regionale che dice ad esempio che in ogni dipartimento per le dipendenze, quindi in ogni azienda USL ci deve essere un servizio di alcologia o comunque un programma alcologico strutturato, che ci sono un certo numero di posti letto riservati all'alcologia, che individua dei centri specializzati su alcune cose. Nonostante ciò la distribuzione sul territorio regionale dei pazienti assistiti per problemi alcol - correlati o alcolismo è disomogenea. La maggiore presenza è nella zona montana, il Cadore e la Provincia di Belluno, dove c'è anche più affluenza di utenti. Vi è una zona che corrisponde praticamente alla Provincia di Verona, che invece ha meno utenti. Questa distribuzione riflette un po' la distribuzione epidemiologica nel senso che, nelle zone montane, effettivamente ci sono più alcolisti e questo spiega anche perché ci sono anche più alcolisti assistiti, ma un po' riflette anche una certa disomogeneità che, pur in una Regione che ha fatto molto per questo argomento continua a esserci, nelle risorse. Il calo di utenti nella Provincia di Verona è legato alla minore disponibilità di risorse.
Vediamo le età degli utenti seguiti che, numericamente, nel '98, sono stati circa 6.000. Quelli sotto i trent'anni sono l'8 per cento. L'8%, a seconda di come lo vediamo, può essere poco o tanto. E' molto rispetto al numero di utenti seguiti, è poco rispetto all'entità del fenomeno dei problemi alcol - correlati tra i giovani che è in grande aumento e su questo non vi tedio ulteriormente perché, anche rispetto all'alcool, i giovani tendono a non arrivare ai servizi, se non quando hanno problemi gravissimi o quando gli viene ritirata la patente, che è uno dei motivi più frequenti.
In conclusione, è necessario che la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei problemi alcol - correlati e dell'alcolismo passino da una fase di volontariato e di sperimentalità, a prassi istituzionalizzata, cioè diventino qualcosa che viene presa in considerazione costantemente come compito del Sistema Sanitario Nazionale e regionale. Quindi bisogna che vengano attivate normative e risorse, perché nulla si fa senza risorse dedicate a questa materia.
Devono essere individuati gli elementi della rete alcologica, deve essere fatta attività di formazione che, nel caso del Veneto, è inserita nella formazione per gli operatori SERT e si chiama PFT, Programma di Formazione Tossicodipendenze, però ha dentro anche l'alcologia e poi, secondo la nostra esperienza, è molto utile per i processi di collegamento di cui parlavo prima. E' importante che, al di là di una assistenza di base, vi siano dei progetti speciali, particolari rivolti per esempio a giovani, a utenti con doppia diagnosi, con forte disagio sociale, anche tramite programmi residenziali e semi residen-

ziali.
Infine, è necessario, anche in questo campo, che vengano valutati i risultati in maniera tecnicamente e scientificamente corretta, per vedere il costo/beneficio; questo è un problema che in alcune zone, ma ho il sospetto in tutta Italia, è così diffuso e crea tali spese dirette di assistenza - mi verrebbe da dire improprie, nel senso di ricoveri a ripetizione e cose di questo tipo, e tali spese indirette, a causa delle assenze dal lavoro, degli incidenti stradali, sul lavoro, e altre cose - che valutazioni di questo tipo, condotte per esempio in Germania o in altri paesi dove la situazione è più sotto controllo, danno dei costi/benefici eccezionalmente buoni. Gli alcolisti e le persone con problemi alcol - correlati sono trattabili, se c'è un sistema efficiente di trattamento e se non sono alcolisti, sono educabili. E' un problema su cui i può incidere. Questo è provato da esperienze straniere, nella letteratura scientifica e quindi è un campo su cui, secondo me, vale la pena di fare queste cose.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ovviamente, se non l'hai già dato alla Presidenza e al Consiglio dei Ministri, se hai il dischetto dell'intervento, dallo che lo mettono in Internet subito. Ringrazio il dottor CIBIN perché naturalmente, lavorando in Veneto, ho visto che tutte queste cose si possono fare e vedremo di farle. Credo che sia estremamente importante avere anche una panoramica generale delle cose fattibili nel nostro paese. Come ho detto, non siamo secondi ad altri paesi, forse pecchiamo qualche volta un po' di rigore, però le cose le sappiamo fare.
Adesso tocca alla Regione Liguria, al dottor RICCI, poi al dottor LAEZZA, della Regione Emilia Romagna e poi passeremo alle esperienze; gli interventi sono molto interessanti, c'è l'Associazione Italiana dei Club Alcolisti in trattamento, Daniele ROSSI, il Coordinamento Nazionale delle comunità per i minori, c'è il grande panorama alcologico che deriva dalla grande esperienza italiana.»

Dott. Vico RICCI:- «Invidio molto gli amici e colleghi del Veneto, perché hanno un'ottima rete e noi dobbiamo imparare molto da loro. Noi liguri siamo abbastanza giovani da questo punto di vista, almeno anche apparentemente direi, perché quando abbiamo fatto una ricerca, tra il '99 e il 2000, sulla situazione dei nostri servizi, ho scoperto, insieme ad altri colleghi che l'hanno condotta, che in Liguria esiste molto di informale e anche nelle altre Regioni.
L'informale è il volontariato e il privato. E' stata ricordata molto l'Associazione dei Club per gli alcolisti, ma anche la CARITAS abbiamo scoperto che fa un grande lavoro da questo punto di vista. Abbiamo anche scoperto qui a Genova che c'è una associazione che si chiama SAN MARCELLINO, che raccoglie gli alcolisti dalla strada ogni giorno. Quindi, la rete esiste anche in Liguria, dove non abbiamo questa formalizzazione forte; abbiamo creato un gruppo di lavoro che si occupa di alcologia nella nostra Regione da circa un anno e i SERT sono stati creati intorno al 1994. Siamo molto in ritardo da vari punti di vista, stiamo recuperando velocemente e in questi anni ci siamo dati da fare per raggiungere dei buoni livelli perché abbiamo scoperto, oltre a quella rete informale, che ci sono molti professionisti silenziosi nei servizi. Stamattina MARCOMINI l'ha detto, non siamo professionisti che si fanno tanta pubblicità, ma quando vai a lavorare e vai nel dettaglio delle situazioni e ti confronti nei gruppi di lavoro che abbiamo istituito anche su altri settori, trovi che ci sono persone nei servizi che hanno una forte passione per il loro lavoro, una dedizione importante al di là degli aspetti economici perché, per fare questo lavoro e mi richiamo alla questione dell'amore che MARCOMINI ha detto all'inizio, occorre amare il lavoro e amare i pazienti. Dobbiamo amarli, ma anche unire la tecnica e non fare fughe in avanti.
Un'annotazione, prima di entrare in questo grafico che ho copiato volgarmente da un manuale appena uscito, di EDWARDS & COOK, pubblicato da Raffaello Cortina, che nelle prime pagine mette a fuoco il concetto di consumatore problematico e produce subi-

to questo grafico.
Passionalità e amore, reti informali che devono uscire più allo scoperto e si devono organizzare tra di loro. Questo vale, secondo me, per tutti i problemi della dipendenza da sostanze, non solo nell'alcologia. Forse il luogo dove ci sono amore e passione sotterranea, non vista, gli Alcolisti Anonimi ce l'hanno insegnato, è il settore dell'alcologia, da più anni è più sommerso, meno manifesto all'esterno. Molto rispetto per questo, però è ora di uscire allo scoperto, perché è vera che ci sono 30.000 morti all'anno. L'EURISPES, dove ho preso dei dati, lo ripete spesso, è vero che ci sono 15.000 morti per cirrosi epatica all'anno nel nostro paese, i dati sono del '99, è anche vero che ci sono 3.500 morti per incidenti stradali connessi all'uso di alcolici.
E' una questione che non possiamo assolutamente sottovalutare. Una politica nazionale, di buona Sanità e di buona Salute nel paese non può farne a meno.
In questa Conferenza, dovremmo uscire dando più spazio a questo problema. I morti, in campo alcologico, sono enormemente superiori nelle varie classi di età, perché ci sono i morti per cirrosi nell'adulto, in seguito a patologia cronica, all'abuso cronico, ma ci sono i morti nei giovani; quei 3.500 morti per incidenti sono piuttosto nell'età giovanile. E' un problema sociale enorme. Dobbiamo uscire con un documento che ribadisca l'importanza di dare forza alle programmazioni regionali, perché abbiamo dei dati terribili che ci stanno addosso e sui quali lavoriamo molto poco.
Ritorno un attimo indietro al grafico che avrete osservato a lungo. Nella parte destra c'è la questione del bere eccessivo, nella parte sinistra c'è la questione del bere normale e qui c'è subito un dibattito aperto. Che cosa significa? Non entro adesso in questo, ma voglio solo dire che questo dato sulla popolazione è molto importante perché dice che essendo l'alcool una sostanza legale, questo lo distingue enormemente dalle altre sostanze, è diffuso a tutti. Noi stessi ci possiamo produrre alcool in casa nostra. Una nota aneddotica: mio padre ne produce da sempre e beve un bicchiere di vino al giorno, ha settant'anni, se la cava abbastanza bene. Lo dico perché non ha mai abusato, probabilmente non c'è un clima familiare, non c'è un terreno genetico che spiega e che porta ad un consumo eccessivo. Nei nostri contesti culturali, siamo abituati comunque a bere un po' ogni giorno. Coloro che bevono un po' ogni giorno sono tantissimi nella nostra popolazione, forse il 90% degli italiani beve un po' ogni giorno.
La percentuale di coloro che bevono in maniera eccessiva sono una minoranza notevole rispetto ai 54 milioni. EURISPES dice, cito questo dato perché è quello che ho visto più frequentemente, che sono un milione e mezzo le persone che bevono eccessivamente, cioè coloro che abusano ogni giorno e vanno oltre quei 40 gr/die che sono stati indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come livello oltre il quale si rischia qualcosa per la propria salute.
Qui dentro c'è anche la questione del paradosso della prevenzione nel senso che abbiamo un numero basso di persone che consumano in maniera eccessiva, ma rispetto alla popolazione hanno un danno con un costo non elevatissimo, sebbene prima si è detto che ci sono molti morti e così via.
Dall'altra parte invece ci sono coloro che consumano un po' ogni giorno e vanno incontro a rischi notevoli. Siccome è tanta popolazione che fa questo, vuol dire che qui dentro c'è una massa enorme di persone che va incontro ogni giorno a problemi e problemi in acuto, il che significa incidenti stradali, incidenti domestici di vario tipo, incidenti sul lavoro e significa anomalie comportamentali gravi, fino all'aggressività e alla violenza che molto probabilmente stanno in questa area.
Nell'altra area ci sono poi tutti coloro che vanno incontro alle gravi patologie croniche soprattutto di natura epatica, come abbiamo visto nelle statistiche.
Questo ci dice che noi, se vogliamo fare dei servizi forti per l'alcologia, dobbiamo avere come target per la prevenzione e per l'educazione al consumo degli alcolici tutta la popolazione, non una parte della popolazione. Non abbiamo un target specifico come potrebbe essere per esempio per l'eroina, dobbiamo partire dai giovanissimi, di 5, 10

anni; cominciare a fare un lavoro di prevenzione alle scuole elementari, perché è tutta la popolazione che è a rischio proprio perché c'è un dato culturale che non possiamo trascurare. In Italia, scordiamoci che si abbia l'abolizione della produzione e della commercializzazione legale, almeno per molti anni, perché è un dato economico importante.

Questo è fondamentale da riconoscere perché ci dice che il nostro target è tutta la popolazione e dobbiamo fare una battaglia con una sostanza legale, una sostanza che abbiamo ogni giorno sulle nostre tavole.

Ritorno un attimo alla questione degli obiettivi del gruppo regionale del quale faccio parte e che lavora da circa un anno. Qual è stato l'obiettivo di questo gruppo? Considerare i servizi esistenti vuol dire andare finalmente a vedere quali sono, dove sono collocati, e chi si occupa di alcologia nel nostro territorio. Il secondo punto, considerare la dimensione: quanti spazi, quanti ambulatori ci sono, con quante persone e considerare la connessione tra i servizi esistenti e tentare dei percorsi di formalizzazione dei rapporti di collaborazione.

Siccome la rete è informale, ma sappiamo che non è sufficiente che sia informale e che sia basata sulla soggettività e sull'interesse forte di alcuni, ma deve trovare una sistematizzazione anche istituzionale, questi sono gli obiettivi che ci siamo posti.

Prima ho detto del milione e 500 mila di consumatori importanti, fortemente a rischio. In Liguria, sono miei dati molto grezzi, sono circa 40.000 le persone che probabilmente hanno un consumo giornaliero rischioso di alcolici. Nella parte sottostante della diapositiva, abbiamo invece i pazienti in carico ai SERT, ai SERT e ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Nel 1998, sono i dati ufficiali di una nostra ricerca non ancora pubblicata, sempre sul fatto della modestia del lavorare in silenzio, facciamo ricerche e poi le lasciamo nel cassetto e ce le raccontiamo tra di noi, contrariamente ad altri settori dove si pubblicizzano molto di più; abbiamo avuto, nel 1998, 633 persone con disturbo da uso di alcolici o comunque dipendenza, trattati presso i SERT liguri e i Dipartimenti di Salute Mentale insieme. Nel '99 soltanto i SERT avevano 499 pazienti in carico. Sono abbastanza intimorito dai dati del Veneto, detti da CIBIN, che mostrano come ci siano oltre 6.000 pazienti nei SERT del Veneto; vuol dire che noi abbiamo ancora molto lavoro da fare per raggiungere, a fronte del fatto che potenzialmente i nostri utenti sono circa 40.000. Quindi, da 493 a 40.000 vuol dire che, mentre il Veneto ha quella condizione speciale perché lavora da anni, sicuramente in altre Regioni avremo una situazione di questo genere, cioè un'alta percentuale di persone che bevono eccessivamente in maniera rischiosa e una bassa percentuale di pazienti in trattamento ai servizi. Questo è un problema enorme.

Alcool e Giovani è il titolo della sessione, ma secondo me dobbiamo ancora lavorare moltissimo sulla la rete che si radica nel territorio dei servizi per l'alcologia.

Questo, probabilmente porterebbe anche ad affrontare l'altro problema, quello nel settore giovanile.

Qui sono rappresentate le classi di età dei nostri pazienti liguri e sono sorprendentemente identiche, come percentuali di classi più rappresentate, a quelle del Veneto: è esattamente la stessa distribuzione. Le persone che sono tra i 30 anni e i 45, sono il 60 per cento, oltre il 60 per cento. Abbiamo pochissimi giovani sotto i 20 anni e abbiamo anche un certo numero di anziani. Vedete, la colonna nera rappresenta persone tra i 55 e i 64 anni, però vedete che le persone tra i 55 anni e i 65 sono molte di più delle persone che stanno tra 20 anni e 29 anni, il che significa che la nostra popolazione di utenti, anagraficamente è di età adulta, non giovanile. Di nuovo risalta, con grande evidenza, il fatto che i nostri servizi sono poco rappresentati, ma sono anche poco in grado di attrarre le persone di giovane età e quindi non sono disposto a credere che c'è un problema dei giovani che bevono in un certo modo. Ci sono persone che arrivano ai servizi a questa età dopo quindici, vent'anni di storia di consumo eccessivo di alcolici.

E' un po' come per gli eroinomani, qui c'è una assonanza, nel senso che i nostri pazienti che arrivano ai SERT, è vero che hanno adesso oltre i 20, 25 anni, ma hanno storie di uso di oppiacei che risalgono a dieci anni prima, con inizio a 15 anni.
Questa è un piccolo flash sulla condizione dei ricoveri in Liguria. Le psicologhe che hanno fatto questo lavoro hanno tampinato i primari dei vari reparti ospedalieri con grande lena, perché hanno avuto difficoltà a trovarli. Ebbene, abbiamo visto in 42 ospedali liguri, che rappresentano oltre l'80 per cento, come va la situazione dei ricoveri e la ricerca è molto più ampia e ci dice anche su come arrivano i pazienti, come vengono trattati e con quali farmaci e così via. Qui è solo rappresentato il numero di schede di ammissione ospedaliera nel 1998 in 42 ospedali liguri, che ci dà un'indicazione delle diagnosi e della percentuale di diagnosi che vengono da queste schede. Le schede erano 2.463, il che vuol dire 2.463 ricoveri tout court, non vuol dire 2.463 pazienti. Le diagnosi preponderanti sono, come vedete, la dipendenza da alcool, l'abuso di alcool e la cirrosi epatica alcolica.
Questo Significa che abbiamo ricoveri importanti per quanto riguarda le patologie croniche e cioè la cirrosi epatica, ma abbiamo anche dei ricoveri molto strani che sono il trattamento della dipendenza e dell'abuso in ambiente ospedaliero, il che significa che troppe persone vanno in ospedale per un problema come la dipendenza e l'abuso che abbiamo imparato negli anni a trattare in ambulatorio e a domicilio. Anche altri dati ci dicono che i pazienti arrivano nei nostri ospedali liguri non sulla base di un accordo tra il fuori e il dentro l'ospedale, ma per emergenza e per urgenza, il che vuol dire che questa dipendenza, questa patologia, questa diagnosi arriva in ospedale, in condizioni estreme, quando la dipendenza è molto radicata e quando quindi le condizioni fisiche del paziente in relazione all'uso di sostanze è fortemente compromessa anche dal punto di vista del controllo delle proprie azioni. Quindi c'è veramente un tempo lungo che queste persone passano fuori dagli ospedali o fuori dai servizi, prima che vengano all'osservazione, almeno questo mi riesce di riflettere per quanto riguarda gli ospedali.
Mi sono divertito a fare qualche incursione nel Nord d'Italia. Chiedo scusa per il Nord d'Italia, ma ho avuto più facilità ad avere i dati; soprattutto ho più facilità a confrontare la nostra regione con quelle del Nord d'Italia. Bisogna stare attenti in questo periodo perché è un momento complesso sulla questione delle regioni, molto delicato, e siccome non faccio politica almeno per adesso, molti di noi poi si divertono a fare politica, starò attento a parlare del Nord.
E' stato estremamente difficile trovare i luoghi dove sono indicati, nel panorama nazionale, i servizi. Chi sono, dove sono, che nome hanno, quale numero di telefono. Devo ringraziare per questo la Fondazione DEVOTO e la Città di Firenze perché hanno costruito un sito Internet, forse non li conosco tutti, dove è rappresentata la distribuzione nel nostro Paese dei servizi. Anche qui con poca precisione, ma vediamo un attimo che cosa succede. Nel Nord d'Italia, i servizi per l'alcologia sono 272, almeno quelli che ho ricavato dalla mia piccola indagine; 272 sono i servizi territoriali e tra i servizi territoriali il 65 per cento è rappresentato dai SERT, cioè da quei SERT che si occupano di anche di alcologia. All'interno di questi, il 30 per cento è rappresentato da nuclei operativi di alcologia. Vuol dire che, su 272 servizi, il 30 per cento sono collegati ai SERT, ma con un nucleo operativo specifico. Questo è molto interessante, perché la mia percezione è che il livello fosse molto più basso. In ultima posizione, stanno i dipartimenti di Salute Mentale. Qui non abbiamo parlato molto di questo, ma è un problema veramente cruciale, perché molte volte i pazienti oscillano tra la psichiatria e i servizi di alcologia con poche indicazioni, come dire, definitive sul trattamento o comunque con poche indicazioni sulla presa in cura. Questo è un problema aperto, da discutere.
In Liguria, la distribuzione è un po' diversa, nel senso che abbiamo i SERT della nostra regione che si occupano di alcologia, abbiamo un solo nucleo operativo di alcologia in una ASL ligure e abbiamo invece una buona rappresentazione dei dipartimenti di Salute Mentale che, soprattutto nell'area di Genova e di Savona, si occupano da molto tempo

di problemi di persone con consumo problematico di alcolici. Questo è un dato storico, perché forse non tutti sanno che i servizi per le tossicodipendenze in Liguria nascono dai dipartimenti di Salute Mentale.

Vediamo la situazione degli ospedali e quali sono i servizi ospedalieri disponibili ad accettare i pazienti con patologie alcol - correlate nel Nord d'Italia. I reparti di Medicina sono 117, di cui 4 sedi sono universitarie e le Medicine sono molto rappresentate molto. Le divisioni di Medicina, dovremmo ringraziarle perché negli anni hanno lavorato enormemente nel campo dell'alcologia, a volte con dei nuclei specifici. Subito dopo vengono i reparti di Neurologia. Questo probabilmente dice che i pazienti vanno dove sono rappresentate dal punto di vista cronico le patologie più evidenti, quindi di natura internistica e di natura neurologica.

Un'ultima osservazione sulla rete ospedaliera. Abbiamo un'alta disponibilità degli ospedali a ricevere questi pazienti in Liguria e nel Nord d'Italia, probabilmente mentre non abbiamo una così alta disponibilità a recepire o a ricoverare i pazienti che fanno uso di oppiacei. Questa è un'altra differenza importante. Probabilmente nei reparti ospedalieri, la persona che fa uso di alcolici è molto più ben accettata e sembra che faccia più parte della normalità dei disturbi da accettare nei reparti. Chiaramente c'è un dato culturale dietro. Abbiamo fatto molte battaglie sull'accettabilità dei pazienti dipendenti da altre sostanze nei reparti e siamo ancora lì a farle. Si dovrebbe poter raggiungere lo stesso livello di accettabilità negli ospedali di questo tipo di problema, con altri tipi di problemi.

Avevo anche qualche nota sui dipartimenti di Salute Mentale e sui rapporti tra i SERT e i dipartimenti di Salute Mentale, ma è un argomento molto grande e credo di dover andare avanti velocemente. Un dato importante che mi sento di dare: mentre c'è solo un nucleo operativo di alcologia all'interno dei servizi per le tossicodipendenze liguri, devo dire che con i fondi, con la 309 del '99, ne sono finanziati altri due e quindi passeremo, sicuramente, a un numero maggiore e forse raggiungeremo le Regioni del Nord d'Italia da questo punto di vista e ancora, con i fondi dell'anno 2000, probabilmente sarà finanziato qualche altro nucleo.

Questo già pone un problema, perché tutti i nuclei operativi di alcologia che hanno personale specifico in Liguria sono finanziati con i fondi della 309, il che vuol dire su progetto, il che vuol dire a termine, vuol dire che se i fondi finiscono, questa esperienza potrebbe completarsi.

Una situazione interessante che deriva sempre dalla nostra ricerca è questa: sono le persone che si recano agli altri enti che non siano il Servizio Sanitario Nazionale. Noi abbiamo cercato di sondare quante persone si recano presso i gruppi degli Alcolisti Anonimi. Abbiamo avuto difficoltà a contattarli per poter fare delle indagini e sarebbe importante che potessero collaborare un po' di più, perché le persone che facevano le telefonate avevano serie difficoltà e questo, per fare un quadro epidemiologico nazionale, è importante; meno problemi, chiaramente, ci sono stati con i Club degli Alcolisti in trattamento perché sono molto più legati al servizio pubblico e, anzi, molti di essi in Liguria sono strettamente legati al servizio pubblico e in qualche caso sono stati prodotti dal servizio pubblico. Noi abbiamo avuto 8 club contattati, con 80 persone, ma il dato importante è quello dei Club degli Alcolisti in trattamento che sono 59 nell'anno 2000 in Liguria, con 354 pazienti; questi sono dati forniti dagli amici che lavorano all'interno dei Club, dove non sono conteggiate le famiglie il che vuol dire che è il gruppo che in Liguria attira più persone in assoluto: siamo oltre il migliaio sicuramente e questo testimonia l'importanza di questo gruppo all'interno del panorama dei gruppi che lavorano a livello nazionale e a livello del Nord d'Italia.

Il dato sulle altre strutture. Una nota interessante è questa: abbiamo sondato un po' le comunità terapeutiche, che avevano, nel '98, su 350 pazienti, 42 alcolisti. Spesso sono polidipendenti, quindi le comunità terapeutiche oggi si accorgono di questo problema, e secondo me non sono attrezzate per trattare gli alcolisti, le persone che hanno un bere

problematico. Occorre lavorare a livello regionale per chiarire questi aspetti di complessità, perché tendono a tenere le persone per molti mesi, due anni, tre anni e la situazione è molto diversa.
Una sintesi e le riflessioni su quanto detto. Ieri ho ascoltato MARIANI del CNR di Pisa, con cui collaboriamo, in relazione alle sue osservazioni e a quelle del gruppo che si occupa della epidemiologia delle altre sostanze e hanno dei dati meravigliosi, con dei grafici, caratterizzati anche dalla sottigliezza dei dati a livello locale, a livello di provincia. Un impegno importante, secondo me, è che si possa organizzare un osservatorio epidemiologico, sia per quanto riguarda il consumo - spesso ci sono dei sondaggi e non dei dati epidemiologici - sia per quanto riguarda come sono attrezzati i servizi nel nostro paese.
Il secondo punto: è meglio censire i servizi di alcologia. La loro definizione è troppo generica, troppo difficile rintracciarli, alcune volte. In questo, mi pongo dal punto di vista dell'utente che vuole cercarli e anche del medico di base.
Il terzo punto è definire i livelli minimi dei servizi di alcologia. Noi, nei SERT, stiamo lavorando molto per la questione della qualità e dell'accreditamento. Credo che anche da questo punto di vista, si debba cominciare ad operare, perché questo è anche un modo per far emergere le situazioni, per farle sedimentare e organizzare, con un livello superiore rispetto a quello che abbiamo adesso.
Devo fare una osservazione, che è questa: mi preme molto che sia definito in qualche modo, in qualche luogo, chi ha la responsabilità dei casi di persone che fanno uso problematico di alcolici, perché non è assolutamente chiaro. E' chiaro nel settore delle tossicodipendenze, le altre, a chi ci si deve rivolgere e per esempio chi paga la retta? Sono i SERT, le aziende sanitarie. E quindi in qualche modo anche questo aspetto economico coagula intorno a questo servizio un po' di responsabilità dei casi.
Non ci siamo, nel senso che i pazienti girano qua e là, ma non c'è un coordinamento su quel caso. Sappiamo che è fondamentale, per battere la ricaduta, che ci sia un coordinamento degli interventi, che ci sia qualcuno che è responsabile di tutto il percorso.
Siccome lavoro nei SERT da venticinque anni ormai, mi permetterei di dire che visto che nel Nord d'Italia la vocazione dei SERT è a trattare questo problema, potrebbero, dovrebbero essere questi i servizi a cui il medico di base sa che ci sono e fa riferimento, e così via perché abbia la responsabilità vera della situazione di una persona che non deve girovagare qua e là e che deve stabilire anche gli opportuni contatti con gli ospedali all'ingresso e all'uscita del paziente.
Occorre creare una situazione di finanziamento stabile dei nuclei operativi di alcologia e questo deve essere un'indicazione forse anche governativa a creare una rete vera, come è quell'altra, dei servizi, e poi bisogna fare pubblicità all'esistenza dei servizi di alcologia. Questo significa che, a livello collettivo, occorrerebbe che si sapesse che cosa c'è in quel territorio che si occupa di questo problema. Da noi non è così chiaro che questo esista ed è sicuramente un punto molto problematico.
Ultima cosa: la rete si fa soltanto se gli attori della rete lavorano insieme, ma anche nella formazione, cioè se si formano insieme. Quando la rete si fa dopo e le formazioni sono divaricate è molto difficile fare le reti, è più dire che siamo in rete che fare e allora, questo settore, che è vecchio e giovane, potrebbe creare dei lavori di formazione col medico di base, i servizi e operatori del volontariato e del privato sociale.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «La ringrazio, dottor RICCI, anche perché ha posto un problema sicuramente importantissimo che è quello di integrare le infinite risorse che, sia nella regione Liguria, sia in altre regioni su tutto il territorio nazionale ci sono e questo ci obbliga in qualche maniera a qualche sforzo di fantasia, anche se credo che il Piano Sanitario ci aiuti a una maggiore capacità di cooperazione intersettoriale. Il Dottor LAEZZA, della Regione Emilia Romagna, porterà ora un'esperienza sul tabagismo.»
Dott. Maurizio LAEZZA:- «Torniamo al tabagismo, anche riallacciandomi a quello che ha

detto il dottor MANGIARACINA, vorrei sottolineare come elemento di novità anche rispetto a Napoli, il fatto che per la prima volta si parla di tabagismo in una Conferenza per le dipendenze patologiche, segno che l'attenzione al fenomeno è molto aumentata e finalmente ci si sta anche correttamente orientando a considerare il tabagismo non più come un vizio o una variabile all'interno degli stili di vita, ma come una vera e propria dipendenza.
A conferma di questo, come relatore, porto la testimonianza di una Regione che ha fatto dei precisi atti deliberativi in questo senso, attivando un progetto regionale Tabagismo e affidandone il coordinamento all'Ufficio Tossicodipendenze.
Qual è il contributo che le dipendenze patologiche possono offrire al problema della prevenzione e controllo del tabagismo? Certamente l'attenzione alla complessità del fenomeno sotto i vari aspetti medico, psicologico, sociale e culturale e quindi la necessità di attivare tutti i collegamenti della rete dei servizi territoriali, con un approccio integrato sanitario e sociale, tipico degli interventi di medicina di comunità, e in particolare di quelli rivolti alla prevenzione di dipendenze patologiche.
Il progetto si articola in cinque sotto - progetti che interagiscono sinergicamente tra di loro, con un coordinamento forte, sia a livello regionale che a livello di ciascuna azienda, che coinvolge tutti i soggetti della rete territoriale dei servizi.
A livello territoriale vediamo come il progetto territoriale e provinciale, "Provincia senza fumo", interagisca con tutti gli altri settori non solo sanitari ma del settore scolastico, produttivo, con la categoria dei consumatori, il privato sociale, il volontariato e quanti possano avere un ruolo significativo nell'influenzare positivamente le scelte di salute della comunità.
Questo sistema di collaborazione e di alleanze crea un sistema di rapporti stabili, innalza il livello di attenzione generale al problema e crea una spinta sociale durevole verso la cessazione e più in generale verso la crescita di una cultura condivisa del non fumo nella società.
Quindi, attenzione alla complessità e strategia di intervento integrato, che vuol dire intervento globale che va dagli aspetti educativi agli aspetti normativi, come il rispetto del divieto di fumo nelle scuole e nei cortili; sottolineo questo punto dei cortili che ha trovato concordi tutte le Regioni in sede di conferenza Stato/Regioni, perché è perfettamente inutile vietare il fumo nella scuola quando poi, durante la ricreazione, si va a fumare in cortile. Inoltre sono previste azioni di supporto alla disassuefazione con il coinvolgimento dell'intero ambiente scolastico e della famiglia, con offerta di programmi per smettere di fumare all'interno delle scuole, che coinvolgono anche il personale docente, intervento multidisciplinare, quindi formazione dei formatori, programmi che siano all'interno dei curricula dei programmi didattici, quindi non interventi estemporanei di esperti, calati dall'alto, ma formazione dei formatori con coinvolgimento del consiglio di classe e comprensione dei fattori di disagio giovanile e dei meccanismi di pressione sociale, come vedremo un poco più avanti, intervento intersettoriale, quindi scuole aperte dal territorio, coinvolgimento di strutture sanitarie, farmacie e quant'altro e in generale adulti del mondo dello sport, cultura e spettacolo che ricoprono ruoli significativi nell'influenzare positivamente le scelte di salute della collettività, intervento interprogettuale, cioè collegamento con progetti di prevenzione e promozione della salute relativi ad altre dipendenze patologiche e in particolare ad altre droghe legali come l'alcolismo.
La Regione sta approntando strategie di intervento fortemente integrate tra due progetti, alcolismo e tabagismo che, come droghe legali, hanno molti punti in comune, cioè gli aspetti legali, dalla regolamentazione della vendita al pubblico - pensate alla vendita ai minori, al consumo in pubblico, al problema del fumo passivo, ma anche al consumo di alcool nei luoghi di lavoro, alla pubblicità che non vuol dire soltanto pubblicità diretta o indiretta, ma anche associazioni del fumo o alcool a contesti e situazioni suggestive e piene di fascino - aspetti socio - culturali, il tabacco e l'alcool sono largamente e tradizionalmente diffusi nella nostra società, fanno parte della nostra cultura, dei nostri stili di

vita ma ci sono remore ad accettarli come droghe, nella gente comune c'è un atteggiamento che va dalla tolleranza all'approvazione sociale, vedi il problema del vino rosso o della sigaretta che aiuta le funzioni intestinali, e anche aspetti socio - economici, la loro produzione è fonte di reddito e occupazione; i problemi legati a una regolamentazione del mercato sono simili, come è simile la resistenza dei produttori, in comune hanno anche fattori di pressione sociale, che ne determinano l'iniziazione, si inizia a fumare e a bere perché lo fanno i genitori, per sentirsi più grandi, per non rimanere esclusi dal gruppo dei coetanei, perché è di moda.
Quindi, c'è un grosso lavoro da fare a livello della scuola sui fattori di pressione sociale che determinano l'iniziazione e sulla scuola che si apre al territorio e avvia iniziative educative che vedono nel territorio i ragazzi protagonisti come diffusori di messaggi di promozione della salute.
Un esempio di questo è il programma Lasciateci Puliti che non vuole enfatizzare i danni da fumo, ma che si rivolge prevalentemente ad una ricerca da parte dei ragazzi di quelli che sono i meccanismi di pressione sociale e mira a sviluppare nei ragazzi le competenze in termini di autonomia personale e capacità di scelta, capacità di risolvere problemi come quello di resistere all'offerta del fumo, capacità di essere critici rispetto per esempio alla pubblicità, capacità di essere creativi nel riformulare i messaggi a favore del fumo in senso opposto, capacità comunicative e sociali, cioè essi stessi devono essere capaci di diffondere messaggi ed essere di stimolo per gli adulti e per la famiglia nell'esortarli a smettere di fumare. Copia di questo programma è in distribuzione. Le classi che partecipano al programma tengono costantemente al corrente le altre classi sull'andamento del loro lavoro e sui risultati raggiunti. Circa il coinvolgimento della famiglia, i ragazzi possono esercitare un ruolo persuasivo importante nell'aiutare gli adulti a maturare la decisione di smettere di fumare e a mantenere nel tempo la condizione di non fumatore. Le iniziative scuole aperte: nelle scuole vengono allestite mostre aperte al pubblico dei materiali prodotti dai ragazzi nel corso del programma, posta, disegni, poesie, testi, canzoni, slogan anti fumo, diapositive, video; le mostre vengono riprodotte negli ospedali e nei luoghi di lavoro che per l'occasione vengono adottati dai ragazzi; il materiale pubblicitario, i manifesti pubblicitari realizzati con testi e disegni dei ragazzi invitano i fumatori a iscriversi ai corsi per smettere di fumare. Il materiale didattico, i video didattici e gli opuscoli realizzati col contributo dei ragazzi vengono utilizzati successivamente nelle scuole come materiale educativo; il ruolo di testimonials, i ragazzi partecipano con magliette, striscioni e slogan anti fumo ad avvenimenti sportivi, giochi e concorsi a premi in occasione del 31 maggio, giornata mondiale senza tabacco; l'uso di Internet offre opportunità di scambio e collaborazione tra le scuole che intendono lavorare in rete. Volevo mostrarvi per l'appunto un manifesto che, elaborato dai ragazzi di una scuola media, abbiamo utilizzato per esortare i fumatori a iscriversi ai corsi per smettere di fumare.
Questo programma, Lasciateci Puliti, viene realizzato da cinque anni in Romagna, grazie alla collaborazione dell'Istituto Oncologico Romagnolo che attualmente ne coordina l'organizzazione a livello regionale e, in questo senso, realizza proprio un esempio di collaborazione paritaria con l'ente pubblico, tipica del modello organizzativo che si intende realizzare nel sistema dei servizi per le dipendenze patologiche.
Sono anche disponibile domattina, allo Stand dell'Emilia Romagna, per dare ulteriori informazioni più di dettaglio rispetto a questo tipo di intervento che stiamo adottando su scala regionale in Emilia Romagna.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio il dottor LAEZZA, tutte le relazioni le trovate nel sito www.genovaduemila.it. Adesso chiederei ad alcune persone di fare due tornate di interventi, tipo tavola rotonda veloce, tra alcune persone che sono iscritte a parlare e lo chiederei al rappresentante del Coordinamento Nazionale Comunità dei Minori; l'invito è rivolto a lui perché credo che dobbiamo fare anche una saldatura, visto che si tratta di

Alcool, Tabacco e Giovani, che è argomento della legge 285, sulla Tutela dell'infanzia e dell'adolescenza; poi farei parlare il Presidente dell'AICAT, Ennio PALMESINO; il rappresentante di ALATIN, Daniele ROSSI, poi il rappresentante del CORA. Abbiamo mondi molto diversificati che in qualche maniera rappresentano sia posizioni di natura politica, sia elementi di natura esperienziale. La parola a Pino NICOLUCCI di ALATIN.»

Dott. Pino NICOLUCCI:- «Penso che ci siano due linee importanti da discutere e riportare nelle conclusioni di oggi. La prima linea importante è che non bisogna dimenticare che ci sono una serie di operatori che comunque stanno lavorando e lavorano su questo problema, nel senso della promozione della salute.
La cosa importante è che non vanno dimenticati perché altrimenti si ricrea un altro carrozzone, che probabilmente non porta nessun tipo di miglioramento della qualità della vita e nessun tipo o tentativo di soluzione di un problema, che è l'elemento di sofferenza maggiore per le famiglie.
E' importante che lo Stato, perché è il nostro interlocutore, e le Regioni sappiano dove devono inserire questo problema dell'alcool.
E' una cosa non chiara e penso che la direttiva debba essere nazionale e non regionale, perché altrimenti troveremo di nuovo centomila altre cose che non hanno assolutamente senso; c'è una confusione che trova tutti disorientati, sia gli operatori tecnici del settore, sia le associazioni di volontariato. Non possiamo dimenticare che esiste un volontariato che ha lavorato dal 1975 ad oggi, sono venticinque anni, e sta lavorando in Italia su questo problema, sta lavorando dal 1980 nel Lazio; l'altro giorno mi è arrivato ieri un invito nel Lazio in cui si dice che c'è un convegno di una giornata organizzato dalla Regione Lazio, è cambiata la gestione della Regione Lazio che dice "Alcolismo, stato dell'arte su un problema noto ma sconosciuto". Lavoro con le famiglie con problemi alcol - correlati e complessi, sia come operatore di un servizio pubblico, sia come volontario di un'associazione non profit, e mi sento profondamente offeso perché io il problema lo conosco, nel mio servizio sono transitate, segnate, 1.400 persone e non può essere assolutamente un problema a me sconosciuto. Se non mettiamo un po' di ordine, forse qualcuno soffrirà, perché probabilmente non dovrà più, in maniera ufficiale, interessarsi di questo problema, però probabilmente dobbiamo cercare di dare una direttiva unica importante, che ci permetta di stabilire una relazione paritetica con le associazioni di volontariato che in qualche modo determina un miglioramento delle attenzioni del cittadino riguardo alla propria salute.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Allora, la parola al CORA, a Enzo CUCCO.»

Dott. Enzo CUCCO:- «Faccio due considerazioni di merito rispetto a che cosa mi piacerebbe vedere nel documento finale di questo gruppo, in particolare per quanto riguarda la promozione della salute; lasciamo perdere le discussioni su proibizionismo e antiproibizionismo che sono fuori luogo in questa sede. Ci sarebbe molto da discutere anche per una serie di pregiudizi molto consistenti, espressi anche in questa sala, ma non importa. Mi sembra che il documento potrebbe richiamare innanzitutto la necessità di un'iniziativa centrale del Governo per aumentare i fondi a disposizione della promozione della salute, con particolare riferimento al tema delle dipendenze. Questo è in perfetta contro tendenza con quello che si sta discutendo oggi a tutti i livelli, sanitari, nazionali e centrali, della delega alle Regioni; i nuovi meccanismi di finanziamento della sanità prevedono altre regole che non sono più quelle centrali. Non credo che oggi in Italia, siamo in una situazione dove tutte le Regioni siano in grado di progettare autonomamente e rintracciare le risorse, per poter finanziare programmi che siano all'altezza di quegli obiettivi che abbiamo visto, perché il problema è fare iniziative all'altezza degli obiettivi. Se l'intento è portare a zero il consumo di alcool nei ragazzi al di sotto di una certa età, sfido tutti quelli che sono in questa sala a dirmi se le risorse oggi disponibili sono all'al-

tezza di quell'obiettivo. Sicuramente non lo so e sicuramente non lo sono in una prospettiva trasversale alla realtà delle Regioni che noi conosciamo. E' stato chiarissimo il rappresentante della Regione Liguria, non si riesce a sapere niente di quello che fanno al Sud, di attività concreta.
Allora, il governo si deve riprendere la competenza di a) decidere un fondo speciale per la promozione della salute; b) di dare indicazioni specifiche rispetto agli indirizzi delle attività e, possibilmente, che queste attività vengano strettamente connesse ai principi della promozione della salute, a evidenza scientifica conosciuta.
C'è la letteratura di settore, ci sono i gruppi COCHRANE che stanno producendo interessanti studi di valutazione rispetto a programmi di questo tipo. Mi sembra che in Italia non ci si possa lasciar scappare questo tipo di cose, non sono l'unico a dirlo, sono moltissimi in Italia quelli che lo dicono. Mi sembrerebbe utile che nel documento finale ci fosse un richiamo forte a questo ruolo che il Governo può ancora avere in questo settore.
L'altra vicenda è quella relativa al controllo di qualità delle iniziative di promozione della salute. Lo dico perché, professionalmente, mi occupo di questo, e, non soltanto all'interno del CORA, mi sembra che ci siano molte parole in libertà in questo settore in Italia. Mi è sembrato veramente che alcune cose dette qui abbiano poca connessione rispetto a strumenti di valutazione dell'efficacia delle azioni messe in campo e dell'utilizzo dei soldi, perché il problema dell'impiego dei soldi è strettamente connesso all'efficacia dei programmi che si mettono in piedi con questi soldi.
Ora, un meccanismo di verifica della qualità degli interventi di promozione della salute è complesso, perché non c'è nessuno che abbia una decisione assoluta in merito o comunque delle indicazioni che siano cogenti per tutti i soggetti. Sicuramente, mi sembra che si debba richiamare la necessità che all'interno dell'attività di valutazione che deve essere richiesta in modo forte, come una parte fondamentale dell'attività di progettazione delle iniziative di promozione della salute, debbano essere presenti tutti i soggetti che si occupano di promozione, non soltanto l'ente pubblico o le aziende sanitarie, o magari in alternativa, gli enti pubblici e non le aziende sanitarie.
Il secondo punto che mi piacerebbe vedere in questo documento è un forte richiamo alla necessità di una cultura della valutazione delle iniziative della promozione della salute, con la caratteristica di chiamare intorno allo stesso tavolo tutti i soggetti, anche gli utenti, che su questa partita hanno voce in capitolo.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Grazie. Credo che questo sia un suggerimento estremamente opportuno e importante. Do subito la parola a Daniele Rossi, non so se come Presidente dell'Assobirra o come Segretario dell'Osservatorio. Come Segretario dell'Osservatorio. Con Daniele ROSSI siamo accomunati da una lunga dialettica.»

Dott. Daniele ROSSI:- «Dirigo l'Osservatorio ormai da dieci anni e credo che sia servito se non altro per mettere a confronto, anche in forma molto dialettica, la posizione che possono avere gli industriali e i produttori anche di vino, di birra, di alcolici, il mondo medico che si occupa da tempo di questa materia e il mondo del volontariato.
La mia impressione è che ci sia molto autolesionismo, un po' come in alcuni partiti politici che conosciamo: in questi anni è stato fatto moltissimo. Credo che la cultura alcologica, in Italia, è cresciuta moltissimo, i sistemi di autoregolazione che abbiamo visto funzionano in questo paese, hanno comunque ridotto del 30% i consumi di alcool in Italia e i superalcolici sono crollati, nei consumi, ad un terzo di quello che erano vent'anni fa, il consumo di vino è dimezzato, quello di birra cresce molto lentamente, è stabile, ma siamo ai minimi europei. A me sembra che sul consumo di bevande alcoliche in Italia, si è manifestata un'attenzione particolare e tutta la cultura complessiva del paese è cresciuta come attenzione a questo problema.
In secondo luogo, la rete sia formale, in servizi, che informale, anche questa è cresciuta

moltissimo. Non solo è cresciuta in termini quantitativi, che oggi si rilevavano - nuove esperienze, collegamenti con i SERT eccetera - ma anche e soprattutto in termini qualitativi, sia nelle strutture pubbliche che in quelle informali o private che esistono, che lavorano sul campo. Mi è piaciuto moltissimo l'intervento del collega di prima, perché diceva che questo processo di qualificazione dei servizi, anche di quelli informali, deve aumentare molto e credo che in questo senso anche una conferenza di questo tipo, che individua dei percorsi di qualità degli accreditamenti può essere utile e di valutazione.
Non sono esperto sul trattamento di riabilitazione, volevo dare solo due flash: i nostri dati, che sono stati anche richiamati dal dottor SCAFATO prima, denotano effettivamente alcune aree a maggior rischio e con tendenza alla crescita rispetto a un quadro generale di riduzione: soprattutto quella dei maschi tra i 20 e i 24 anni, diciamo dai 18 ai 24 anni, di alcune aree del paese e con alcuni profili di reddito e di estrazione sociale, che non corrispondono affatto ai tradizionali profili del giovane tossicodipendente, soprattutto da eroina.
Quindi mi sembra che esistono queste sacche, che noi abbiamo stimato in circa 180.000 giovani in Italia, che hanno problematiche di consumo abbastanza importanti, che però hanno un profilo tutto particolare, sono giovani abbienti, sono poli assuntori di sostanze, fanno una vita molto attiva e hanno anche un'attività di tipo sessuale molto attiva, hanno comunque un profilo, diciamo, di euforici ossessivi, di persone che comunque fanno tutto, tanto e troppo, con disponibilità di denaro molto elevate, fra le 200 e le 250.000 lire da spendere liberamente per sé mensilmente, quindi con disponibilità a spendere liberamente forse maggiori delle nostre. Oltre a questo gruppo di giovani ad alto rischio, maschi, 20/24enni, notiamo anche un incremento, e queste sono le due aree di incremento, delle donne, soprattutto della fascia 45/54; un incremento delle donne non solo come partecipazione al consumo, come penetrazione, come presenza nei consumi alcolici anche moderati, ma anche nell'area del rischio, cioè dei forti consumatori e dei consumatori a rischio. Quest'area delle donne va seguita molto da vicino, perché mentre i giovani comunque riusciamo in qualche luogo ad intercettarli, anche in situazioni informali, non solo in quelle formali della scuola o dell'accesso ai servizi, ma anche nelle discoteche, anche nel gruppo dei pari, dello sport, c'è una rete comunque di controllo sociale e di osservazione, per le donne fra i 45 e i 54, questo non c'è, c'è solitudine, c'è depressione, c'è la casa, c'è la chiusura familiare, ci sono delle sconfitte e dei gravi problemi di tipo personale, drammi di famiglia e di collocazione sociale. Questa fascia qui, secondo me, va seguita molto più da vicino e bisogna andare di casa in casa ad intercettarla. Mi domando se la posizione di PATUSSI o di alcuni amici alcologi, così radicale, possa essere utile alla causa.
La mia impressione è che davanti ai nostri dati, ma anche quelli ISTAT, che dichiarano che il 74,78% cento della popolazione adulta, dai 14 anni in su, beve occasionalmente e regolarmente, e per i giovani si parla del 65 per cento, ci sia senso a radicalizzare così la posizione rispetto al consumo abituale. Mi domando se la proposta della Società di Alcologia, un po' isolata in questa materia, possa favorire soluzioni comuni sia di tipo legislativo, sia di tipo regionale, sia in termini di Comunità Europea e di azioni centrali degli organismi comunitari. Mi domando se invece l'atteggiamento fosse più collaborativo, più concertativo su alcune materie in cui anche l'industria ormai è sensibile e anche per merito vostro, possa portare risultati maggiori. Questa è la posizione dell'Osservatorio.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Grazie, Daniele ROSSI. La parola al Coordinamento Nazionale delle Comunità dei Minori. Noi abbiamo parlato di SERT, di ospedali, di tutte le strutture sanitarie di questo mondo, ma il problema dell'alcool interessa anche altre realtà, le comunità locali e le comunità di accoglienza dove la sofferenza delle persone piccole, ragazzini, adolescenti, si accompagna spesso a quella delle famiglie.»
Rappresentante Coordinamento Nazionale delle Comunità per Minori:- «Il