

# Alcologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

*Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*

Publicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia e di Eurocare Italia

Alcologia

**Editor in chief/ Direttore responsabile: Valentino Patussi**

**Assistant Editor in chief/ Assistente Direttore responsabile: Donatello Cirone**

**Assistant Editors/ Comitato di direzione**  
Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

**Advisory Board/ Comitato di redazione**  
Franco Marcomini (Eurocare Italia)  
Tiziana Fanucchi (SOD Alcologia AOU Careggi)  
Raffaella Rossin (Referente SIA)  
Fabio Voller (ARS Toscana)  
Donatello Cirone (AOU Careggi/ CART)

**Tobacco Section Chief/ Sezione tabacco**  
Mateo Ameglio, Giuseppe Gorini

**Gambling Section Chief/ Sezione gioco d'azzardo**  
Adriana Iozzi, Aniello Baselice

**Nutrition Section Chief/ Sezione alimentazione**  
Alessandro Casini, Andrea Ghiselli, Francesco Sofi

**English Section Chief/ Sezione inglese**  
Fabio Caputo

**Traslation inglese/italiano**  
Susan West

**Proofreading and layout/ Correzione bozze**  
Martina Cianti

**Past Editor/ Editori precedenti**  
Giovanni Gasbarrini, Remo Naccarato, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini, Calogero Surrenti

**International editorial board**  
Henry-Jean Aubin, Jonathan Chick, Michel Craplet, Philippe DeWitte, James C. Garbut, Antoni Gual, Paul Haber, Susumo Higuchi, Evgeny Krupitsky, Lorenzo Leggio, George Kenna, Otto Michael Lesch, Jannis Mouzas, Jurge Rehm, Katrin Skala, Rainer Spanagel, Robert Swift, Nicolas Tzavaras, Henriette Walter, Marcin Wojnar, Tomas Zima

**National editor board**  
PierLuigi Allosio, Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Maria Francesca Amendola, Patrizia Balbinot, Claudio Annovi, Giovanni Aquilino, Mauro Bernardi, Mauro Cibir, Roberto Ciccocioppo, Paolo Cimarosti, Giancarlo Colombo, Giuseppe Corlito, Giovanni Corrao, Elia Del Borrello, Cristina Di Gennaro, Marco Domenicali, Marco Faccini, Fulvio Fantozzi, Angelo Fioritti, Diego Fornasari, Lucia Golfieri, Giovanni Greco, Simona Guerzoni, Luigi Janiri, Ina Hinnenenthal, Iliaria Londi, Mario Maggi, Filomena Maggino, Patrizia Malaspina, Franco Marcomini, Fabio Marra, Giovanni Martinotti, Cristina Meneguzzi, Davide Mioni, Maria Cristina Morelli, Luca Morini, Antonio Mosti, Umberto Nizzoli, Andrea Noventa, Daniela Orlandini, Giuseppe Palasciano, Michele Parisi, Raimondo Pavarin, Francesco Piani, Luigi Alberto Pini, Antonio Daniele Pinna, Massimo Pinzani, Doda Renzetti, Fabio Roda, Raffaella Rossin, Maria Teresa Salerno, Bruno Scutteri, Saulo Sirigatti, Stefano Taddei, Federica Vigna-Taglianti, Teo Vignoli, Valeria Zavan

**Local editorial board**  
Mateo Ameglio, Ioannis Anifantakis, Gabriele Bardazzi, Marco Becattini, Massimo Cecchi, Valerio Cellesi, Ugo Corrieri, Paolo Costantino, Paolo Eduardo Dimauro, Fabrizio Fagni, Susanna Falchini, Fabio FalomI, Angela Guidi, Guido Guidoni, Guido Intaschi, Adriana Iozzi, Dino Lombardi, Mario Lupi, Antonella Manfredi, Henry Margaron, Milo Meini, Daniela Monali, Donatella Paffi, Patrizia Panti, Mario Pellegrini, Ellena Pioli, Andrea Quartini, Lamberto Scali, Graziella Soluri, Maura Tredici, Paola Trotta, Tommaso Vannucchi, Maurizio Varese

# INDICE

Gianni Testino DISTURBI DA USO DI ALCOL E CARDIOMIOPATIA	5
Diego Caroli, Vito Cianci, Stefania Vigolo, Erik Rosa Rizzotto, Serena Vicario Salvatore Lobello, Giancarlo Zecchinato, Franca De Lazzari, Mario Saia ALCOHOL RELATED DISORDERS AT TIME OF COVID19: WHAT'S REAL HAPPENING IN AN ITALIAN CITY IN THE RED ZONE? THE PADUA EMERGENCY ROOM EXPERIENCE	10
Patrizia Balbinot, Gianni Testino, INTRODUZIONE DEL CAREGIVER FORMALE IN UN AMBULATORIO DI EPATO-ALCOLOGIA	13
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone LE POLITICHE ECONOMICHE E DI TASSAZIONE COME ELEMENTO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO ALCOLCORRELATO IN EUROPA	23
Claudia Gandin, Emanuele Scafato, Alice Matone, Silvia Ghirini, Gianni Testino, Patrizia Balbinot, Valentino Patussi, Tiziana Fanucchi, Fabio Caputo, Maria Francesca Amendola, Gabriele Bardazzi, Michele Parisi, Aniello Baselice ALCOL, GIOVANI E SPORT: LE ATTIVITÀ NAZIONALI DEL PROGETTO EUROPEO FYFA "FOCUS ON YOUTH FOOTBALL AND ALCOHOL"	27
Carolina L. Haass-Koffler, Roberta Perciballi, Zoe E. Brown, Robert M. Swift, Lorenzo Leggio WHEN CLINICAL PRACTICE PRECEDES HUMAN RESEARCH: A CASE STUDY OF INTEGRATION OF PERSONALIZED ADDICTION MEDICINE	43
Alessandra Lugo, Silvano Gallus IL RUOLO DEL FUMO SU COVID-19	50
Giovanni Battista Modonutti, Fulvio Costantinides IL VIVERE QUOTIDIANO DEGLI ADOLESCENTI CON LA E-CIG IN FRIULI- VENEZIA GIULIA	52
Adriana Iozzi, Laura Angelica Berni, Paola Trotta LE GIOCATRICI. DALLE GRANDI DONNE DELLA STORIA ALLE MODERNE GAMBLERS DEI TEMPI ATTUALI. IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELL'OTTICA DELLA DIFFERENZA DI GENERE.	67
Andrea Ghiselli, Stefania Sette, Laura Rossi, Gianni Testino, Valentino Patussi, Fabio Caputo, Emanuele Scafato, ETANOLO E NUOVE RACCOMANDAZIONI LARN E LINEE GUIDA: QUALI CAMBIAMENTI?	82
Francesco Sofi, Monica Dinu, ALIMENTAZIONE E SALUTE: IL CASO DEI CIBI ULTRA-PROCESSATI	90

## Obiettivi della Rivista

Alcologia intende promuovere uno scambio di opinioni e di informazioni su patologie e problemi alcol-relati, comportamenti e stili di vita. Particolare attenzione viene data a questi argomenti dal punto di vista medico, sociologico, psicologico, epidemiologico economico, legale e di igiene pubblica. La rivista pubblica articoli originali, la loro pubblicazione è di competenza del Comitato di Redazione e degli Esperti, individuati di volta in volta, che collaborano nella valutazione dei testi. Alcologia ha sottoscritto il Farmington Consensus Statement, pertanto anche gli autori degli articoli sono tenuti al rispetto dei principi in esso contenuti.

## Inoltro dei lavori

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere all'indirizzo

e-mail [rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it](mailto:rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it)

(Referenti Dr. Valentino Patussi e Dr.ssa Tiziana Fanucchi).

In caso di accettazione tutto il materiale pubblicato resterà di proprietà esclusiva della rivista e sarà sottoposto alla revisione editoriale.

Per ogni articolo i tempi di validazione scientifica saranno contenuti entro le 12 settimane, qualora la revisione del testo comporti un riesame completo, la risposta sarà inoltrata entro 4 settimane.

La pubblicazione dei contributi avverrà entro 12 mesi dal loro invio.

I lavori non pubblicati verranno restituiti agli Autori.

Si raccomanda di conservare una seconda copia del lavoro, in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale.

## Norme editoriali

✓ **Editoriali:** non devono superare i 15.000 caratteri e devono essere così strutturati:

Carattere Helvetica 11 spazio 1,5

1. titolo

2. cognome e nome dell'autore, qualifica, indirizzo a cui inviare la corrispondenza (anche e-mail)

3. presentazione o premessa

4. oggetto della trattazione

5. discussione

6. conclusioni

7. bibliografia in ordine di citazione nel testo

✓ **Articoli:** non devono superare i 30.000 caratteri e devono essere così strutturati:

### 1. Pagina introduttiva

• Titolo del lavoro

• Cognome e nome degli autori

• Istituti di appartenenza

• Cognome e nome, indirizzo, numero di fax e indirizzo e-mail dell'Autore a cui dovrà essere inviata la corrispondenza

### 2. Riassunto e parole chiave, in italiano e in inglese

Deve essere conciso, comunque inferiore ai 1.000 caratteri, e riportare gli scopi, i risultati e le conclusioni del lavoro. Evitare abbreviazioni, note in calce, riferimenti bibliografici. Vanno completati con le parole chiave, in italiano ed in inglese.

### 3. Testo dell'articolo

• introduzione

• materiale e metodi

• risultati

• discussione

- conclusioni

#### 4. Bibliografia

- Le voci bibliografiche andranno numerate nell'ordine in cui vengono citate nel testo.
- Quelle riguardanti riviste dovranno essere complete di: cognome, iniziale del nome degli autori, titolo completo del lavoro, nome abbreviato della rivista, volume, prima e ultima pagina, anno di pubblicazione  
(es. Kaufman R.H.: Livercopper levels in liver disease. Studies using neutron analysis. Am. J. Med., 65, 607-613, 1978).
- Quelle riguardanti libri, invece, dovranno essere complete di: cognome e iniziale del nome degli Autori, titolo completo del lavoro, titolo del libro in cui è contenuto il lavoro, curatore, casa editrice, eventuali pagine, anno di pubblicazione (es. Weistein M.C., Fineberg H.V.: Clinical diagnostic process: an analysis. In Clinical decision analysis. Eds: Glambos J.T., Williams R., Saunders W.B., Philadelphia, 4-8, 1984).
- Nel caso di citazioni relative a pubblicazioni di atti: titolo, a cura di (cognome ed iniziale nome), casa editrice, pagine citate, anno di pubblicazione (es. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcologia, a cura di Ceccanti M., Patussi V., Scientific Press s.r.l. (FI), p. 49, 1995).
- La bibliografia può contenere un elenco dei Siti web consultati con la denominazione dell'ente di riferimento o persona fisica (es. Nel caso di Blog) e la data dell'ultima consultazione (gg/mm/aaaa).
- Esempio di corretta formulazione: Siti web consultati: [www.alcolonline.it](http://www.alcolonline.it) ultima consultazione 8/02/2019.

#### 5. Figure e tabelle

- Figure e tabelle dovranno essere numerate con numeri arabi e citate nel testo
  - Ogni figura deve avere la propria legenda, breve e specifica
- ✓ **Altri contributi** (segnalazioni, recensioni, documenti, lettere): Non devono superare i 5.000 caratteri.

#### **Note**

L'Editore non può essere ritenuto responsabile per errori o qualunque azione derivante dall'uso di informazioni contenute nella rivista; le opinioni espresse non riflettono necessariamente quelle dell'Editore.

È condizione necessaria per la pubblicazione che gli articoli inviati non siano già stati pubblicati altrove e che non vengano inviati contemporaneamente ad altre testate.

Gli articoli pubblicati sono coperti da Copyright, pertanto qualunque forma di riproduzione, totale o parziale, deve essere autorizzata dall'Editore con documento scritto.

**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia alcol correlata – Centro Alcolologico Regionale Ligure, ASL3 Liguria c/o IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

## **DISTURBI DA USO DI ALCOL E CARDIOMIOPATIA**

Il consumo di alcol nel mondo è responsabile di circa il 5.9% di tutte le morti (3.3 milioni di decessi) e rappresenta il 5.1% delle patologie [1]. A causa del consumo di alcol viene segnalato un decesso ogni 7 fra i 15-64 anni fra gli uomini e uno ogni 13 fra le donne [2].

Il consumo di alcol favorisce circa 200 patologie differenti, fra cui 14 diversi tipi di cancro, e, inoltre può creare dipendenza [3].

La cardiomiopatia (CM) è una delle maggiori cause di patologia cardiaca responsabile di circa 400000 decessi globali per anno (> 15 anni di età) [4]. Ciò rappresenta lo 0.7% di tutte le morti degli adulti (donne 0.7%, uomini 0.8%) e il 2.2% di tutte le morti cardiovascolari [5,6]. I disturbi da uso di alcol (DUA) sono certamente correlati a CM. Rehm et al. [7] sostengono che ad oggi la frazione alcol attribuibile non sia stata ancora ben definita per oggettive problematiche metodologiche, tuttavia è ben dimostrato che un consumo pari o superiore a 80 gr/die di etanolo induce un elevato rischio di CM alcolica (CMA). La prevalenza di tale CM si modifica a seconda dell'area geografica. Nei centri Europei è stata riportata una prevalenza che varia dal 23 al 40% di tutte le forme di CM dilatativa. È stato stimato che il 30% degli alcolisti ha evidenze ecocardiografiche di disfunzione sistolica. Altresì è stato stimato che il riscontro di CMA in una Unità Operativa Alcolologica (UOA) varia dal 21 al 32% (ipotizzata una sottostima) [8-10]. Per tali ragioni la CMA rappresenta una delle cause principali di trapianto di cuore (TC) [4,11].

Il consumo di alcol rappresenta un fattore di rischio importante anche per ipertensione arteriosa, aritmie e morte improvvisa. Quest'ultima è possibile per la comparsa di aritmia atriale e/o ventricolare etanolo indotta, soprattutto in soggetti con CM dilatativa o alterazioni coronariche ancora silenti dopo un episodio di assunzione acuta di alcol.

I cosiddetti consumi moderati che darebbero un beneficio nel prevenire le forme ischemiche non devono essere consigliati in quanto incrementano il rischio oncologico [12,13].

Un consumo alcolico di 80-120 gr/die di etanolo per 5-10 anni provoca modificazioni strutturali e funzionali del miocardio. Il consumo di alcol attraverso il binge drinking (consumo di 5 o più Unità Alcoliche per il maschio e 4 o più Unità Alcoliche per la femmina in circa due ore) accelera l'evoluzione delle alterazioni morfo-strutturali del miocardio che conducono a CM dilatativa ed, inoltre, favorisce i seguenti quadri patologici: intervallo elettrocardiografico (EC) PR e QTc

prolungati, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, aritmie ventricolari, ictus ischemico o emorragico, infarto miocardico acuto [4,14].

Il quadro di CM è caratterizzato da dilatazione ventricolare, ipertrofia cardiaca con riduzione dello spessore della parete ventricolare, alterazione dell'architettura miofibrillare, riduzione della contrattilità miocardica, fibrosi interstiziale ed elevata prevalenza di ipertensione arteriosa e ictus. Etanolo e acetaldeide causano CM attraverso un'azione tossica diretta, lo stress ossidativo (*mitochondrial reactive oxygen species – ROS*), un incremento dell'attivazione neuro-ormonale (catecolamine e angiotensina) e apoptosi [15]. Alterazione dell'attività autofagica indotta da etanolo/ acetaldeide è certamente un elemento cardine. È noto come l'autofagia (microautofagia, autofagia *chaperone* mediata e macroautofagia) garantisca il mantenimento della geometria cardiaca e della funzione contrattile. L'acetaldeide è circa dieci volte più tossica rispetto all'etanolo e reagisce con le proteine nucleofile, fosfolipidi e acidi nucleici costituendo addotti [15,16]. Il consumo di alcol diminuisce l'espressione e la sintesi proteica cardiaca e accelera la degradazione proteica [17,18]. Tutto ciò suggerisce un ruolo del catabolismo proteico e dell'autofagia nello sviluppo della patologia cardiaca alcolica. È bene precisare come un numero crescente di lavori abbia evidenziato un rapporto fra consumo di alcol e varianti genetiche relative agli enzimi di degradazione dell'etanolo nel determinare alterazioni isto-cliniche cardiache. Varianti genetiche sono state identificate sia per l'alcol deidrogenasi (ADH) che metabolizza in sede epatica ed in altri tessuti l'etanolo in acetaldeide, sia per l'aldeide deidrogenasi (ALDH) che metabolizza l'acetaldeide in acetato. Le varianti dell'ALDH sono quelle maggiormente correlate al danno cardiaco. L'interazione fra fattori genetici (ALDH, HLA-B8, ecc) e non genetici, come deficit di tiamina, esposizione ad altre sostanze tossiche (per es. cocaina) gioca un importante ruolo nella patogenesi della CMA [19].

La CMA è caratterizzata da rimodellamento cardiaco, alterata regolazione intracellulare di Ca (2+) e anomalie contrattili.

Il consumo di alcol (anche moderato) nel periodo adolescenziale predispone allo sviluppo di CM. A livello sperimentale, infatti, Zou et al. [20] hanno rilevato che il consumo cronico di alcol durante l'adolescenza induce sotto regolazione di *initiating factor genes* che avviano alla comparsa di CM dilatativa, come *B1-adrenergic receptor*, *Gs protein*, *adenylyl cyclase 1*, e *dihydropyridine receptor/L-type calcium channel*.

È noto un ritardo diagnostico della ACM. Le ragioni principali sono le seguenti: le caratteristiche isto-cliniche non sono distinguibili dalle altre forme di CM dilatativa, spesso il Disordine da Uso di Alcol (DUA) non viene rilevato e quando viene rilevato non ci si attiva per identificare e trattare in fase precoce tale condizione. Spesso, infatti, i pazienti affetti da DUA non sono complianti, ma ancora più spesso subiscono una discriminazione (spesso non consapevole) in rapporto allo stigma.

Molti pazienti con DUA severo possono sviluppare una disfunzione sistolica e diastolica che rimane asintomatica per lungo tempo.

Per le ragioni elencate il *management* dei pazienti affetti da CMA deve prevedere un'attenta valutazione alcolologica. Innanzitutto, tutti i pazienti con patologia cardiologica devono essere studiati attraverso una più approfondita anamnesi alcolologica utilizzando strumenti ormai validati come il CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) e l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [21] e in caso CMA il paziente deve essere considerato affetto da due patologie: da DUA e da CMA. Nell'ambito delle strutture cardiologiche e cardiocirurgiche deve essere prevista la collaborazione con l'alcolologo o con lo specialista di medicina delle dipendenze.

Il raggiungimento dell'astensione migliora il quadro clinico e in caso di trapianto di cuore riduce le complicanze peri-operatorie e a distanza. Un terzo dei pazienti decede o viene sottoposto a trapianto di cuore (TC), un terzo rimane clinicamente stabile ed un terzo mostra un miglioramento anatomico-funzionale cardiaco [10]. Nel follow-up post-trapianto questi pazienti devono essere sottoposti ad una approfondita sorveglianza oncologica. L'etanolo e l'acetaldeide, infatti, favoriscono il cancro in diversi settori (cavità orale, faringe, laringe, esofago, intestino, fegato e mammella femminile) e si assiste ad una riduzione del rischio oncologico post-astensione dell'8-10% anno.

A differenza di quanto accade per il trapianto di fegato (TF), attualmente per il TC non esistono periodi definiti di astensione pre-trapianto (International Society of Heart and Lung Transplantation). È prevista genericamente l'astensione [22]. Per la selezione del paziente vengono utilizzati altri parametri: assenza di supporto familiare, storia familiare di alcolismo, altri disordini da uso di sostanze, depressione ed altre problematiche psichiatriche. Fattori indipendenti di sopravvivenza globale del *graft* sono: l'età del donatore, *graft under-sizing*, supporto vitale, diabete mellito e valori di laboratorio (creatinina, bilirubina)<sup>6</sup>. Siamo d'accordo sul non definire periodi di astensione definiti. Ogni decisione deve essere presa in modo personalizzato, tuttavia, come già accade per l'epatopatia alcolica [23] il sistema organizzativo deve prevedere all'interno dell'attività multidisciplinare non solo la competenza alcolologica/tossicologica, ma una stretta collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) [24]. È stato ormai dimostrato come la frequenza costante ai gruppi AMA garantisca periodi di astensione e di sobrietà maggiormente prolungati rispetto ai trattamenti psico-sociali tradizionali. Inoltre, l'inserimento nel programma di una Unità Operativa Alcolologica permette di rilevare il problema alcol con la possibilità di garantire l'astensione alcolica e, quindi, ottenere una riduzione della mortalità (attualmente la più alta rispetto alle altre cause) e migliori risultati post-trapianto [24,25].

Essendo già la sopravvivenza a 1, 3 e 5 sovrapponibile a quella per patologia cardiaca congenita (81%, 72%, 66%), questo *management* può certamente migliorare i programmi di trapianto di cuore e di gestione assistenziale complessiva negli alcolisti.

Infine, i dati epidemiologici ci spingono a consigliare con forza la valutazione cardiologica ed ecocardiografica a tutti i pazienti (anche asintomatici) che per la prima volta si rivolgono ad un centro medico per DUA o per epatopatia alcol correlata.

È auspicabile una collaborazione fra Società Italiana di Alcologia e Società Italiana di Cardiochirurgia per meglio definire il percorso del paziente affetto da DUA correlato o correlabile al TC.

Per corrispondenza

**Gianni Testino**, Centro Alcologico Regionale, Padiglione 10, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Piazzale R. Benzi 10, 16132 Genova E-mail: [gianni.testino@hsanmartino.it](mailto:gianni.testino@hsanmartino.it) ; [gianni.testino@asl3.liguria.it](mailto:gianni.testino@asl3.liguria.it)

## **Bibliografia**

1. Axley PD, Richardson CT, Singal AK. Epidemiology of alcohol consumption and societal burden of alcoholism and alcoholic liver disease. *Clin Liver Dis* 2019; 23: 39-50
2. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 757
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014
4. Testino G, Bottaro LC, Balbinot P et al. Alcohol use disorders, cardiomyopathy and heart transplantation: a new management. *Minerva Cardioangiol* 2018; 66: 744-6
5. Manthey J, Probst C, Rylett M, Rehm J. National, regional and global mortality due to alcoholic cardiomyopathy in 2015. *Heart* 2018; 104: 1663-69
6. Brinkley DM, Novak E, Topkara VK, Geltman EM. Graft survival after cardiac transplantation for alcoholic cardiomyopathy. *Transplantation* 2014; 98: 465-469
7. Rehm J, Hasan OSM, Imtiaz S, Neufeld M. Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: a systematic review. *Alcohol* 2017; 61: 9-15.
8. Addolorato G, Mirijello A, Barrio P, Gual A. Treatment of alcohol use disorders in patients with alcoholic liver disease. *J Hepatol* 2016; 65: 618-30
9. Fernández-Solà, Planavila Porta A. New treatment strategies for alcohol induced heart damage. *Int J Mol Sci Int Mol Sci* 2016; 65: 618-30
10. Mirijello A, Tarli C, Vassallo GA et al. Alcoholic cardiomyopathy: what is known and what is not known. *Eur J Int Med* 2017; 43: 1-5
11. Ribeiro TL, Otto CM. Heartbeat: alcohol and the heart. *Heart* 2018; 104: 1639-40
12. Testino G, Pellicano R. Warning for cardiologists: alcohol is not suitable for cardiovascular prevention. *Minerva Med* 2018; 109: 488-89
13. Rehm J, Roerecke M. Cardiovascular effects of alcohol consumption. *Trends Cardiovascular Dis* 2017; 27: 534-38

14. Mathurin P, Deltente P. Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue? *Gut* 2009; 58: 613-17
15. Wang S, Ren J. Role of autophagy and regulatory mechanisms in alcoholic cardiomyopathy. *BBA – Molecular Basis of Disease* 2018; 1864: 2003-9
16. Fang JI, Vaca CE. Detection of DNA adducts of acetaldehyde in peripheral white blood cells of alcohol abusers. *Carcinogenesis* 1997; 18: 627-32
17. Piano MR, Philips SA. Alcoholic cardiomyopathy: pathophysiologic insights. *Cardiovascular Toxicol* 2014; 14: 291-308
18. Steiner JL, Lang CH. Alcoholic cardiomyopathy: disrupted protein balance and impaired cardiomyocyte contractility. *Alcohol Clin Exp Res* 2017; 41: 1392-1401
19. Maisch B. Alcoholic cardiomyopathy: the result of dosage and individual predisposition. *Hertz* 2016; 41: 484-93
20. Zou H, Wang K, Gao Y et al. Chronic alcohol consumption from adolescence-to-adulthood in mice-hypothalamic gene expression changes in the dilated cardiomyopathy signaling pathway. *BMC Neuroscience* 2014; 15: 61
21. Scafato E, Gandin C, Patussi V. Gruppo di Lavoro IPIB. L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. National Institute for Health, Rome, Italy
22. Russo MJ, Iribarne A, Easterwood R et al. Post-heart transplant survival is inferior at low-volume centers across all risk strata. *Circulation* 2010; 122: S85
23. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Liver Dis* 2020; 52: 21-32
24. Testino G, Burra P, Bonino F et al. Acute alcoholic hepatitis, end stage alcoholic liver disease and liver transplantation: an Italian position statement. *WJG* 2014; 20: 14642-651
25. Testino G, Borro P. Alcoholic liver disease and transplantation: the necessity for hepato-alcoholologists. *Scand J Gastroenterol* 2016; 51: 892

**Diego Caroli**, Dirigente Medico Gastroenterologia – Ospedale Sant’Antonio Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

**Vito Cianci**, Direttore UO Accettazione e Pronto Soccorso, Dipartimento Emergenze - Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

**Stefania Vigolo**, Medico specialista in Medicina d’Emergenza-Urgenza. Pronto Soccorso Dipartimento Emergenze - Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

**Erik Rosa Rizzotto**, Medico Gastroenterologia – Ospedale Sant’Antonio Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

**Serena Vicario**, Assistente Sociale, Ser.D Padova – ULSS 6 Euganea

**Salvatore Lobello**, Medico, Ser.D Padova – ULSS 6 Euganea

**Giancarlo Zecchinato**, Medico, Ser.D Padova – ULSS 6 Euganea

**Franca De Lazzari**, Medico Responsabile del Reparto di Gastroenterologia – Ospedale Sant’Antonio Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

**Mario Saia**, Direttore UOC Governo Clinico Assistenziale - Azienda Zero - Regione Veneto

**ALCOHOL RELATED DISORDERS AT TIME OF COVID19:  
WHAT’S REAL HAPPENING IN AN ITALIAN CITY IN THE RED ZONE?  
THE PADUA EMERGENCY ROOM EXPERIENCE**

In an attempt to slow down the spread of the 2019 coronavirus disease (COVID -19), many governments across the world have implemented extreme social distancing measures during the search for medical countermeasures. Through these arrangements millions of people are experiencing a long period of isolation.

Stay at home mandates and social isolation during the pandemic might lead to a spike in alcohol misuse, relapse, and potentially, development of alcohol use disorder in at-risk individuals, therefore placing further strain on substance abuse and mental health services, and the health service in general, during and after the pandemic.

Alcohol misuse is one of the leading causes of preventable mortality and morbidity accounting globally for roughly 3.3 million deaths every year, or 5.9% of all global deaths. Moreover, 139 million disability-adjusted life years, or 5.1% of the global load of disease and damage, were attributable to alcohol consumption [1].

Long term, excessive alcohol misuse might escalate into an alcohol use disorder [2].

Stress is a prominent risk factor for the onset and maintenance of alcohol misuse [3].

It remains uncertain how stress, might influence vulnerability to alcohol use disorders (AUDs).

However, production of the stress hormone cortisol, which is triggered by stress-induced activation of a hormonal system known as the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis, is thought to be involved. In turn, these neuroadaptations lead to increased cravings for alcohol in response to stress [3].

Trait impulsivity is a well-known risk factor for the onset and maintenance of alcohol misuse and alcohol use disorder. Impulsivity can moderate stress-induced consumption of alcohol [4] and is

also associated with relapse in addicted individuals [5].

In a recent study by Fede SJ et al. the functional connectivity analysis was used to investigate the association between alcohol-induced changes in globus pallidus externus (GPe) connectivity, drinking behaviors, and impulsivity traits. Evidence suggests that the GPe, a substructure within the basal ganglia, participates in inhibitory control processes, as examined in stop-signaling tasks [6].

This study also highlighted an association between impulsivity and alcohol-induced deficits in GPe-frontal/precentral connectivity. Moreover, alcohol induced changes in GPe-amygdala circuitry suggested greater vulnerabilities to stress-related drinking in some individuals [7].

In this period of uncertain or missing dates, a retrospective analysis from the start of epidemic Sars Cov-19 of 21 February to 15 April 2020 compared to the same period of 2019, showed a reduction of 47% of Emergency Room accesses (ER), from 18,404 to 9,836 (2019: ER accesses for all diagnosis: 18.404 with 122 accesses for alcohol related disease and 2020: ER accesses for all diagnosis: 9.836 with 72 accesses for alcohol related disease) with an increment of 10% of ER accesses for alcohol related disease OR: 1.10; CI95%:0.82-1.49; p:0.505, passed from 0.66% to 0.73%

Padua teaching hospital has a capacity of 1700 beds and 120.000 year/accesses and about 700-800 year/accesses for alcohol related disease.

In our previous study we reported a reduction in the overall alcohol related hospitalization rates in the Veneto region explained by a decrease in population alcohol consumption. Instead an increase in the hospitalization for acute alcoholic hepatitis in the age group 15-44 suggests an ongoing need for strategies to prevent alcohol abuse in the younger population that present a different type of alcohol consumption characterized by impulsivity and binge drinking.

Therefore, from our data emerges that also in the period of lockdown and isolation, the alcohol represents an emergent problem of public health, due to higher accessibility and lower cost. Despite bars and pubs closures during covid pandemic and a more "relaxed" lifestyle at home, alcohol abusers find the motivation and the possibility to drink as well as in a normal time without Covid19 pandemic.

A new model of response, in era Covid19, to patient's need for health could be represented by Mobile Alcohol Unit, able to assess the level of stress and craving of patients but also to tests alcohol consumption with different kind of samples (such urine or hair or blood), at in the same time the Mobile Alcohol Unit could make diagnosis and distribution of the therapy.

The Italian Government opted to leave Addiction Unit open during the pandemic to assist adequately patients seeking drug and alcohol abuse treatment.

In conclusion, our data highlighting shows an increase in cases of alcohol-related ER visits and highlights the importance of public health warnings on the risks of excessive alcohol consumption

during isolation to protect vulnerable individuals. Furthermore, we call attention to how fundamental it is to equip Mobile Alcohol Units, to assist patients with implementation of home care models to enhance the activities of the Addiction Units pending post Covid19 restart.

We declare no competing interests.

## References

1. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol.* 2018 Jul;69(1):154-181 European Association for the Study of the Liver
2. Global status report on alcohol and health 2018. WHO, World Health Organization, Geneva (2019)
3. Stress and the HPA axis: role of glucocorticoids in alcohol dependence. Stephens MA, Wand G. *Alcohol Res.* 2012;34(4):468-83
4. The role of stress-reactivity, stress-recovery and risky decision-making in psychosocial stress-induced alcohol consumption in social drinkers. JM Clay, MO Parker. *Psychopharmacology*, 235 (2018), pp. 3243-3257
5. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and. MJ Kreek, DA Nielsen, ER Butelman, KS LaForge. *Nat Neurosci*, 8 (2005), pp. 1450-1457
6. A Pause-then-Cancel model of stopping: evidence from basal ganglia neurophysiology. Schmidt R, Berke JD. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2017 Apr 19; 372(1718):
7. Alcohol effects on globus pallidus connectivity: Role of impulsivity and binge drinking. Fede SJ, Abrahao KP, Cortes CR, Grodin EN, Schwandt ML, George DT, Diazgranados N, Ramchandani VA, Lovinger DM, Momenan R. *PLoS One.* 2020 Mar 26;15(3)
8. Falling Rates of Hospital Admissions for Alcoholic Liver Disease in Northeast Italy: A Retrospective Study on a Large Database. [Caroli D](#)<sup>1</sup>, [Rosa-Rizzotto E](#)<sup>1</sup>, [Pilerici C](#)<sup>2</sup>, [Lobello S](#)<sup>3</sup>, [De Lazzari F](#)<sup>1</sup>, [Saia M](#)<sup>4</sup>. *Alcohol Alcohol.* 2019 Dec 1;54(6):662-666.

**Patrizia Balbinot**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia alcol correlata – Centro Alcológico Regionale Ligure, ASL3 Liguria c/o IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia alcol correlata – Centro Alcológico Regionale Ligure, ASL3 Liguria c/o IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

## **INTRODUZIONE DEL CAREGIVER FORMALE IN UN AMBULATORIO DI EPATO-ALCOLOGIA**

### **Riassunto**

I pazienti affetti da epatopatia cronica alcolica sono fragili e clinicamente complessi in quanto affetti da una doppia patologia. Inoltre, possono essere presenti comorbilità psichiatriche.

I sintomi delle varie componenti cliniche si sovrappongono con un ampio spettro di manifestazioni neuro-psichiatriche impedendo decisioni adeguate. Spesso la compliance del paziente è scadente con scarsa aderenza terapeutica.

Il familiare (caregiver informale) che si prende cura di questo tipo di paziente è in sofferenza. Per tale ragione è opportuno inserire la figura del caregiver formale. Quest'ultimo ha il compito di informare correttamente il caregiver familiare e di fare da "bridge" con il personale sanitario del reparto di riferimento. La presenza di tale figura migliora la qualità di vita del paziente e della famiglia e, inoltre, riduce il numero di accessi ospedalieri impropri.

### **Parole Chiave**

Epatopatia alcol correlata, Disturbi da Uso di Alcol, Caregiver Formale, Caregiver

### **Abstract**

Patient affected by alcohol related liver disease is "fragile". This is even truer for patients suffering from alcohol use disorders who both hepatic encephalopathy symptoms and possible psychiatric comorbidity. In addition, these patients may have alcoholic relapses (not always recognized) with symptoms of intoxication or withdrawal syndrome.

In order to make this type of patient less "fragile", it is necessary to introduce the "formal caregiver" in the hepato-alcoholic Service.

The role of the formal caregiver is to support informal caregivers (family members who take care of patients). The formal caregiver represents the concept of sharing medicine for a better interaction between the Service and families, the latter too often not actively involved.

### **Key Works**

Alcohol Related Liver Disease, Alcohol Use Disorders, Formal Caregiver, Informal Caregiver

## ASPETTI GENERALI

Si assiste ad un aumento significativo del numero di persone affette da patologie croniche come malattie cardiovascolari, neurologiche, osteoporosi, diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, epatopatie scompensate correlate o correlabili al trapianto; queste patologie presentano inevitabilmente un aumento di prevalenza all'aumento dell'età ed incidono fortemente sulle condizioni di disabilità e fragilità.

Fra le varie condizioni di fragilità quella caratterizzata da disturbi da uso di alcol (DUA) e/o disturbo da uso di sostanze (DUS) e patologie correlate è in costante aumento e ad oggi trova una risposta sociosanitaria ancora meno efficace.

Tre fenomeni hanno creato una situazione di complessità nell'assistenza alla persona "fragile" al momento della dimissione ospedaliera:

- 1) scelte politiche che riducono in maniera sostanziale i giorni di degenza legati alla cura dell'acuzie della malattia, in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica. Alla dimissione disagio per paziente e famiglia;
- 2) la "fragilità" che ne consegue rappresenta una condizione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta alle patologie di base;
- 3) spesso vi è la mancanza di una rete familiare tradizionale che difficilmente è in grado di accogliere e gestire una persona peraltro spesso anziana (caregiver informale poco presente, a rotazione o rappresentato da una badante).

Nei casi in cui i pazienti non siano in grado di spostarsi, una forma di risposta è stata la istituzione in alcune Regioni dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che rappresenta, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello ottenibile di benessere e salute.

L'ADI può essere infatti definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socioassistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani, disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa nella cura e nella riabilitazione. Il servizio prevede prestazioni erogate in base ad un piano di assistenza individualizzato attraverso la presa in carico multidisciplinare del paziente con il coordinamento del medico di medicina generale.

Gli interventi programmati di ADI tuttavia non sono presenti in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale e, anche laddove il servizio venga offerto a pieno regime, spesso rischia di perdere

efficacia e appropriatezza se non viene basato su una valutazione condivisa (con relativo piano di assistenza) tra il personale del reparto dimissionario e gli operatori del territorio.

Il processo di dimissione ospedaliera deve essere governato e programmato dai servizi sanitari ospedalieri e territoriali, attraverso indirizzi e linee operative che si sviluppano a diversi livelli di complessità e qualità.

Il *primo livello* è rappresentato dalle Dimissioni Programmate, un processo che in vista della dimissione della persona prende in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socioassistenziale complessivo da soddisfare, l'individuazione di un piano di dimissione personalizzato definito dal medico ospedaliero e comunicato ai referenti dell'assistenza sul territorio.

Un *secondo livello*, viene invece identificato come Dimissioni Protette. Questa tipologia di processo prende in considerazione i fattori sopra indicati ma, ed è questo l'elemento di qualità aggiunta, la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali<sup>1</sup>.

È bene precisare che questo tipo di organizzazione è a favore solo di alcune problematiche (geriatriche per es.). Come già segnalato in precedenza, ad oggi, ai pazienti affetti da "dipendenze e patologie correlate" viene dedicata meno attenzione non solo per motivi economici, ma anche culturali.

Un importante tassello da aggiungere al sistema è certamente l'introduzione nelle unità operative ambulatoriali (dotate anche di day hospital/day service) del *caregiver formale* (figura simile al *case manager*) che in accordo con il *team* di reparto e attraverso una supervisione medica si deve occupare della gestione multidisciplinare e sociosanitaria.

## **Cura e Prendersi Cura**

"Cura" (*care*) è una parola latina che esprimeva un atteggiamento di premura, vigilanza, preoccupazione per qualcuno o per qualcosa, significava anche travaglio, affanno, cercare, domandare, sentire la mancanza.

"Curare" (*to care*) significa fornire una prestazione d'aiuto ad una persona che ne ha bisogno, per esempio se una persona cade e si ferisce, si pensa a curare la ferita affinché si rimargini, l'attenzione è rivolta alla ferita.

Il "prendersi cura" è tutt'altra cosa, è un insieme di attività a supporto di persone in difficoltà; è un farsi carico, passare dalla cura della malattia alla creazione di un legame attraverso la presa in carico dei bisogni dell'altro, nella sua globalità e in un'ottica di reciprocità; ritornando alla persona che cade e si ferisce, non solo ci si preoccupa di curarle la ferita, ma ci si preoccupa anche del suo dolore, della sua paura, della sua voglia di guarire [2].

“Il lavoro di cura” è un lavoro nobile ma molto molto complicato. È un lavoro che produce cura ed è imperniato nei gesti e nelle necessità della quotidianità; richiede un alto contenuto di relazione ed è finalizzato al benessere complessivo della persona; necessita di interdipendenza e chi lo svolge deve conoscerne e valutarne i confini, per evitare l’aiuto inutile e favorire l’autonomia residua della persona. È un lavoro costante sempre presente, 24 ore su 24, giorno e notte, ed è incorporato in tutta una serie di attività professionali più ampie (sociali, educative, riabilitative, sanitarie...), è un lavoro che consiste nel suscitare la partecipazione attiva con la persona, e non per la persona o sulla persona, si svolge “insieme”. Il lavoro di cura coinvolge tutte le dimensioni: quella fisica e materiale, organizzativa, emotiva ed infine quella spirituale.

La dimensione fisica è un lavoro pratico e concreto e si svolge a faccia a faccia, a tu per tu con la persona ma soprattutto con il suo corpo; chi lo svolge necessita di sapere il senso ed il peso di ciò che sta facendo. Richiede dolcezza, gentilezza, delicatezza nei gesti, perché ogni gesto risuona nell’altro come una musica dolce, il tocco leggero del petalo di un fiore.

La dimensione organizzativa è un lavoro che richiede attività e sequenze che non sono casuali ma riguardano la persona nell’ambiente in cui vive: le sue abitudini personali, i suoi orari per le terapie, i suoi tempi per svolgere ogni cosa.

La dimensione emotiva produce forti emozioni. Chi si “prende cura” è costantemente impegnato a “creare” una relazione equilibrata: non distante ma neanche intima, non asettica ma neanche troppo coinvolgente; una relazione che si creerà con il tempo e con il conoscersi a vicenda. Sarà da questo conoscersi reciprocamente che si svilupperà la “dimensione spirituale” che porterà ad una continua e costante riflessione e ricerca su sé stessi e sull’ *altro* trasformandosi, con il tempo, in *amore incondizionato* verso sé stessi e verso la persona di cui ci prendiamo cura. Ci si scoprirà ad amare l’altro senza aspettative, senza competizioni, senza dipendenza, conflitto, giudizio, pregiudizio, *paura*. Un senso di connessione con l’altro e con la vita stessa, per capirne il senso ed accettarla così com’è, con le sue gioie ed i suoi dolori; i suoi alti ed i suoi bassi; le sue sofferenze e le sue rinascite.

Per tutto questo, le persone che curano e si prendono cura non devono essere lasciate sole dai servizi ma sempre sostenute da un’adeguata relazione d’aiuto.

## **Il Caregiver**

Chi è il caregiver? Caregiver significa prestatore di cura, una persona che si prende cura di un’altra, e per cura intendiamo quel sostegno a carattere relazionale, emotivo, fisico e d’aiuto rivolto a persone fragili e non autosufficienti, persone che hanno perso la propria autonomia cognitiva<sup>2</sup>. Spesso il legame del caregiver con il destinatario d’aiuto è un legame di parentela, un legame iniziato prima del prendersi cura, basato su un rapporto personale e non su un ruolo professionale. Sappiamo che la famiglia è sempre stata l’unità primaria della gestione dei bisogni

dell'individuo e pur tra mille difficoltà si è da sempre occupata dei bisogni dei propri componenti più deboli e non autosufficienti: dal bambino appena nato, all'anziano, ai portatori di handicap ecc....

Il Caregiving è un'attività difficile e destabilizzante. Il caregiver vive in uno stato di vigilanza permanente e di responsabilità continua e totalizzante perché sa che la situazione che si è venuta a creare *non* è temporanea in quanto gli eventi e le alterazioni comportamentali si ripetono e si ripropongono; nello stesso tempo i caregivers non vogliono e non desiderano delegare ad altri nessuna delle attività svolte in quanto prevalgono il senso del dovere, della morale, il sentirsi necessari, anzi, addirittura indispensabili. Per tutte queste contraddizioni i caregivers esprimono spesso rabbia, stanchezza, senso di colpa per non essere adeguati alla situazione, ansia e depressione. Hanno difficoltà relazionali con la persona da aiutare, nessuna formazione sul campo, nessuna formazione professionale, per cui devono trovare nei servizi qualcuno che li ascolti e li sostenga nelle difficoltà del "prendersi cura": difficoltà di gestione diretta alla persona, gestione terapeutica, relazionale e organizzativa. I caregivers che manifestano disagi maggiori sono quelli che si occupano di assistere componenti della famiglia con un elevato numero di patologie, un alto grado di disabilità, bisogni assistenziali elevati: cura... sorveglianza continua, fruizione di più servizi, caratteristiche anagrafiche e disagi economici legati al ritiro dal lavoro (o perdita del lavoro).

Nei servizi dovrebbero essere presenti i caregiver formali (operatori con esperienza e competenza nella patologia di riferimento), in grado di supportare i caregiver informali (famigliari, badanti ecc.) nella gestione dei bisogni primari (benessere ed autonomia), nell'aderenza al percorso assistenziale e di sostenerli nell'affrontare il "prendersi cura" con serenità e tranquillità (Figura I) [3-5].

### **Esperienza E Proposta Del Centro Alcolologico Regionale Ligure**

Nel Centro Alcolologico Regionale Ligure le figure dei *caregivers formali* (Figura I) svolgono attività di relazione d'aiuto, supporto organizzativo e formazione; gestiscono gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) per famigliari che si prendono cura di pazienti con disturbi da DUA e/o DUS ed encefalopatia dovuta a cirrosi epatica; ed infine collaborano con le Associazioni di AMA per disturbi da uso di alcol e sostanze: Alcolisti Anonimi, AlAnon e AlaTeen (per famigliari e figli di alcolisti), Club di Alcolisti in Trattamento o Alcolologici territoriali, Narcotici Anonimi. Tuttavia, se il problema predominante non è l'alcol, collabora anche con altre Associazioni: Giocatori Anonimi e Gamanon (per i famigliari dei giocatori), Overeaters Anonymus (per problematiche alimentari), Genitori Insieme (per genitori con figli adolescenti con problematiche di dipendenza).

Sono stati introdotti i gruppi AMA per caregiver informali, moderati da due componenti del reparto (PB, GT). Tali gruppi sono spazi riservati ai famigliari con l'obiettivo di avviare un processo di ricostruzione della propria vita, sentirsi capiti da altri famigliari che vivono la stessa esperienza, ma

soprattutto “*non sentirsi soli*” nell'affrontare il percorso difficile e destabilizzante del “*prendersi cura*”. All'interno dei gruppi, i famigliari potranno condividere fatti, vissuti, emozioni del medesimo problema; ognuno si riconoscerà nella storia dell'altro ed emergeranno punti di forza e risorse che porteranno a piccoli cambiamenti che miglioreranno la qualità della vita del famigliare e del malato stesso. I gruppi sono fondamentali per tutti quei famigliari che lanciano un segnale di aiuto come questo:” siamo *in mare aperto in tempesta e non sappiamo nuotare...ci sentiamo soli...*”.

La moderazione dei gruppi è effettuata dal *caregiver formale* e da un medico del Servizio. Verranno anche rafforzati i consigli relativi sia all'assistenza diretta alla persona che all'aderenza terapeutica (Figura II) [6-8].

La semplice presenza di operatori sanitari e socio-sanitari che sono sì degli estranei, ma professionisti, competenti nella patologia di riferimento, vicini, ed autentici nell'ascolto e nel comprendere il problema, permette di instaurare una relazione d'aiuto empatica e di fiducia e diventare un punto di riferimento indispensabile per i *caregivers* che cercano sostegno, appoggio, ascolto, solidarietà, comprensione, consigli ma soprattutto “competenze” e “strumenti” da poter utilizzare nel loro lavoro di cura.

Il Centro Alcológico come si è detto, collabora prevalentemente con l'Associazione di Alcolisti Anonimi, con il percorso spirituale dei dodici passi e dodici tradizioni e l'Associazione Club di Alcolisti in Trattamento o Alcológicos territoriali con il percorso di spiritualità antropologica, metodo Hudolin, approccio ecologico sociale. Sono percorsi di spiritualità, percorsi di “consapevolezza” di ciò che siamo, cosa siamo diventati e dove vogliamo andare. Partendo dal presupposto che la dipendenza viene spesso definita da chi ne è affetto, un “male dell'anima”, ogni giorno ci ritroviamo a combattere ogni tipo di schiavitù ma.... *siamo nati per diventare liberi* ed abbiamo un grande bisogno di curare la nostra parte più profonda, la nostra anima, e ritrovare l'equilibrio perduto con noi stessi e la vita! L'obiettivo delle Associazioni di AMA per i DUA e DUS è il raggiungimento dell'astensione della persona e successivamente il raggiungimento della *sobrietà* [9].

I pazienti che afferiscono al Centro Alcológico sono pazienti che possono presentare contemporaneamente segni e sintomi di tre condizioni patologiche: encefalopatia dovuta a cirrosi epatica, intossicazione da alcol o altre sostanze psicoattive (o sindrome d'astinenza) e talvolta comorbilità psichiatrica [10-12]. Difficile per i famigliari che si prendono cura di questi pazienti capire cosa sta succedendo in quel momento: ha ripreso a bere? ha rifatto uso di sostanze? è in encefalopatia da cirrosi? è peggiorato lo stato depressivo?

È opportuno, quindi, far sviluppare al famigliare la capacità di *osservazione* delle variazioni comportamentali del loro caro per poi poter riferire ai *caregiver formali* di riferimento, in modo preciso e corretto, ciò che sta accadendo e ricevere l'aiuto migliore e mirato per quella situazione anche nel minor tempo possibile attraverso un rapido accesso al team medico-infermieristico. I bisogni di questi famigliari sono molteplici; spesso si sentono inadeguati e sopraffatti da una situazione complicata (pazienti encefalopatici, ma alcolisti). Talvolta sentono la mancanza di un

adeguato supporto da parte degli altri membri della famiglia, devono mantenere una facciata di normalità, contenere il conflitto tra le esigenze della famiglia e quelle del dipendente; spesso in famiglia sono presenti figli piccoli, ragazzi adolescenti con le loro problematiche adolescenziali ed è difficile mantenere gli equilibri. Il più delle volte i *caregivers* “tacciono”

l'impatto emotivo della responsabilità dell'assistenza; percepiscono l'assistito come manipolatore, un ingrato, un irragionevole; dal punto di vista cognitivo possiamo dire che sperimentano il *craving* di chi accudiscono facendosi trasportare da tutte le sue alterazioni comportamentali. Da ciò ne deriva “*burnout*” psico-fisico ed è di fondamentale importanza che il *caregiver formale* di riferimento intercetti per tempo i segni e i sintomi di un malessere del familiare per poter intervenire tempestivamente evitando danni alla sua integrità psico-fisica e possibili ripercussioni negative sul paziente (incuria, violenza verbale ecc.) e sugli altri componenti della famiglia (soprattutto figli). In queste situazioni, sarà sì importante la relazione d'aiuto, ma sarà ancor più indispensabile inviare il *caregiver* per un supporto psicologico.

Nella vita ci ritroviamo spesso, a volte senza volerlo, a passare da un ruolo all'altro in balia di situazioni ignote; potremmo accorgerci che alcuni ruoli sono incombenze pesanti che portiamo avanti per senso di responsabilità anche se non ci sentiamo adeguati e all'altezza di quel ruolo. In questi momenti le relazioni umane sono fondamentali, ci offrono gli aiuti e le opportunità più grandi per apprendere lezioni di vita, scoprire chi siamo, cosa temiamo, da dove traiamo la forza ed il significato della vita. Inizialmente l'idea che i rapporti umani e le relazioni siano grandi opportunità di apprendimento, potrebbe sembrare bizzarra perché possono essere esperienze frustranti, onerose, persino strazianti; ma possono essere anche, e spesso lo sono, le nostre più grandi opportunità per imparare, crescere, amare ed essere amati. Ogni incontro o scambio di relazioni è potenzialmente importante specialmente quando si tratta di incontri di condivisione di problemi: con sconosciuti che stanno affrontando lo stesso problema, persone che lo hanno già affrontato e mettono a disposizione la loro esperienza, operatori sanitari esperti del problema.

In conclusione, i familiari che si “prendono cura” dei loro cari possono trovare nei gruppi AMA per “*caregiver informali*” le risorse di cui hanno bisogno. A volte il bisogno di cambiare è evidente, a volte no; quando non sappiamo se sia tempo di arrendersi, può essere d'aiuto la preghiera della “Serenità”:

*Signore,  
concedimi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare,  
il coraggio di cambiare le cose che posso cambiare,  
e la saggezza per conoscerne la differenza.*

Figura I – Attività del Caregiver Formale

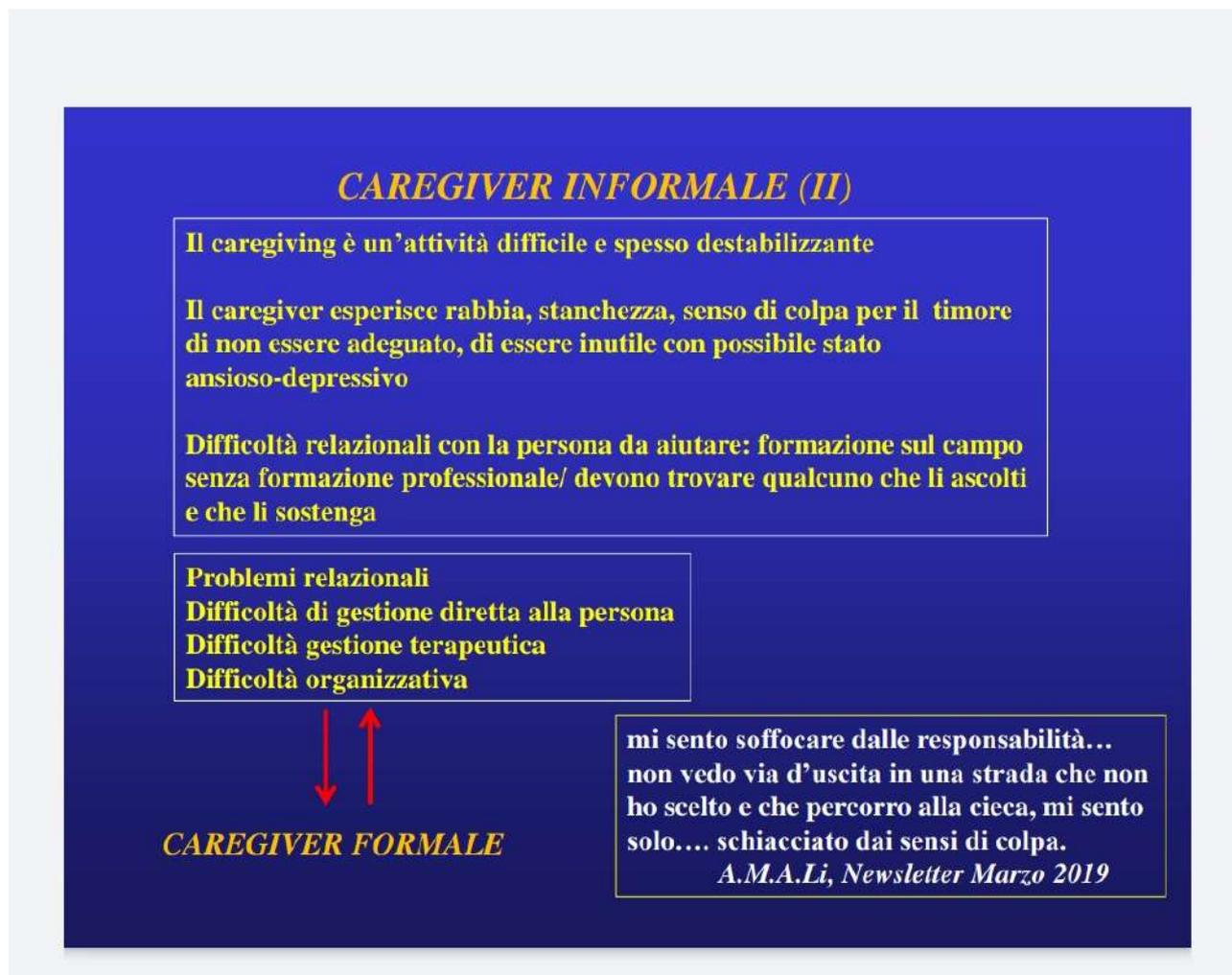
## ***CAREGIVER FORMALE DI RIFERIMENTO***

*soggetto «con esperienza e competenza» nella patologia di riferimento*

*Supporta caregiver informale*

- gestione dei bisogni primari (benessere, autonomia)
- aderenza al percorso assistenziale
- aiuta ad osservare meglio i comportamenti dell'assistito per trarne informazioni utili
- sportello telefonico:
  - consigli
  - rapido accesso al team medico-infermieristico
- incontri periodici con i familiari (gruppi)
- rapporti con l'auto-mutuo-aiuto

Figura II – Interazione Caregiver Informale e Formale



Per Corrispondenza:

**Patrizia Balbinot**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata e Centro Alcolologico Regionale Ligure, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Padiglione 10, Piazzale R. Benzi 10, 16132 Genova, Italy.

E-mail: [patrizia.balbinot@hsanmartino.it](mailto:patrizia.balbinot@hsanmartino.it); [patrizia.balbinot@asl3.liguria.it](mailto:patrizia.balbinot@asl3.liguria.it)

## Bibliografia

1. Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni Italiane. Le buone prassi. European Union Programme for Employment and Social Solidarity. European Commission 2007-2013
2. Balbinot P, Testino G, Bottaro LC. Caregiver: il "fragile" ma determinante confine della medicina di condivisione. In: Bottaro LC. Per un nuovo management sociosanitario: la medicina di condivisione. *Caleidoscopio Italiano* 2019; 240: 57-63
3. Jensen CJ. Assessing, programs, methods, and policies to engage and empower family caregivers. *J Appl Gerontol* 2019; 38: 1203-5
4. Dori R. Operatore Socio-Sanitario (OSS) e caregiver. Insieme nel prendersi cura. Un futuro già presente: integrazione tra famiglia e operatori. Comunicazione Congressuale, Rovereto 5 Aprile 2017
5. Dubini M. La cura (il ruolo dell'operatore sociosanitario). Comunicazione Congressuale, 5 Aprile 2017
6. Eom K, Penkunas MJ, Chan AWM. Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 1714-21
7. Lorenzo-Lopez L, de Labra C, Maseda A et al. Caregiver's distress related to the patient's neuropsychiatric symptoms as a function of the care-setting. *Geriatric Nursing* 2017; 38: 110-8
8. Shiba K, Kondo N, Kondo K. Informal and formal social support and caregiver burden: the AGES caregiver survey. *J Epidemiol* 2016; 26: 622-8
9. Balbinot P, Vari S, Testino G. Associazioni di auto-mutuo-aiuto e disturbi da uso di alcol. *Alcologia* 2019; 36: 23-33
10. Testino G, Balbinot P, Leone S, Pellicano R. Management of alcohol related liver disease in liver transplant candidate patients: Need to introduce the formal caregiver. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2020, accepted, in press
11. Balbinot P, Leone S, Testino G, Caputo F. Hospital readmission of patients with hepatic encephalopathy: is the introduction of the formal caregiver useful in care management? *Dig Liver Dis* 2019; pii: S1590-8658(19)30946-6. doi: 10.1016/j.dld.2019.12.002. [Epub ahead of print]
12. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Liver Dis* 2020; 52: 21-32

**Emanuele Scafato**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Claudia Gandin**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Silvia Ghirini**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Alice Matone**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

### LE POLITICHE ECONOMICHE E DI TASSAZIONE COME ELEMENTO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO ALCOLCORRELATO IN EUROPA

#### Riassunto

La politica dei prezzi dell'alcol nella regione europea dell'OMS è uno degli strumenti più costo-efficaci disponibili per i decisori politici che desiderano ridurre il consumo di alcol e i danni alcolcorrelati. Il nuovo rapporto sui prezzi degli alcolici dell'OMS dimostra che le politiche monetarie possono essere efficienti e allo stesso tempo apportare benefici alla salute delle persone.

#### Parole Chiave

Consumo di alcol, politiche sanitarie, tassazione, impatto delle politiche sull'alcol

#### Abstract

Alcohol pricing in the WHO European Region is one of the most cost-effective tools available for policy-makers looking to reduce alcohol consumption and associated harm. The new WHO alcohol pricing report demonstrates that monetary policies can be efficient and benefit people's health at the same time. have everything they need to break this trend.

**Key Works.** Alcohol drinking, health policy, taxation, alcohol policy impact

L'Europa ha il più alto livello di consumo di alcol nel mondo con impatto che si esprime soprattutto sulla salute delle persone in età lavorativa. L'alcol è causa del 25 % dei decessi nelle persone di età compresa tra 25 e 29 anni e il principale fattore di rischio in Europa per le persone di età compresa tra 15 e 49 anni (1-2). Poiché l'alcol rappresenta un importante onere finanziario per le società di tutta Europa, in Italia le stime OMS parlano da anni di 25 miliardi di costi sanitari e sociali, la diffusione del bere non è solo un problema di salute urgente, ma anche un fattore che limita lo sviluppo economico. Il rapporto, "Prezzi dell'alcol nella regione europea dell'OMS" (3), sintetizza l'attuale base di prove

sulle politiche monetarie volte a ridurre il consumo di alcol e descrive quelli più efficaci da prendere in considerazione.

I consumi sono spinti dalla pubblicità e dal marketing, in particolare per rendere il consumo di alcolici più *appealing* per i giovanissimi e dalle promozioni della vendita e somministrazione degli alcolici nel corso di eventi o *happening* alcolici che tra *happy hours*, *drink as much as you can*, *open bar* offrono sicura esperienza d'intossicazione anche grazie alla relativa convenienza che connota un comportamento imposto dal mercato, garantendo lo smaltimento di molti superalcolici (ad esempio i *white spirits* come gin, vodka, rumh) che andrebbero incontro al rischio di un probabile invenduto se non miscelati in popolari cocktail a relativo basso costo e connotanti, anche in questo periodo di emergenza COVID 19, un fenomeno non contrastato da adeguate politiche di prevenzione pur nella consapevolezza che l'alcol impatta sul sistema immunitario e favorisca le infezioni virali e in particolare quelle respiratorie (4). Se ci fossero politiche di tassazione e prezzi adeguati sarebbe limitato il potere d'acquisto da parte dei milioni di giovanissimi binge drinkers il cui "sballo", che oggi corre incontrollato sulle spiagge italiane, sarebbe reso meno conveniente e/o raggiungibile con la disponibilità economica di cui può disporre persino un minorenni che sa di poter ricevere, senza alcun controllo da parte di esercenti irresponsabili e criminali, tutto l'alcol che chiede nonostante il divieto di vendita e somministrazione al di sotto dei 18 anni di età.

Ma può l'imposta, il meccanismo principale attraverso il quale i governi influenzano i prezzi dell'alcol, assicurare da sola i risultati di riduzione attesa del rischio alcolcorrelato? Probabilmente no ed è solo uno dei tanti strumenti di prevenzione che devono accompagnare una politica rigorosa capace di riequilibrare la prevalenza di elementi di valutazione economica rispetto a quelli di tutela della salute, la logica delle convenienze che da sempre agisce da ostacolo ad uno sviluppo e ad una salute sostenibile come espresso dai "Sustainable Development Goals" (5-6) che le Nazioni Unite si sono proposte di raggiungere attraverso un quadro articolato di elementi in cui la lotta alle malattie croniche e, tra queste, quelle sostenute dall'alcol, rappresenta un caposaldo. In termini di giustificazione per una tassazione equa e sostenibile per il controllo e il miglioramento dello stato di salute, un giusto equilibrio tra tassazione specifica (un'imposta progressiva basata la gradazione del prodotto), tassazione unitaria (basata sul volume complessivo di vendita del prodotto) e prezzo finale del prodotto dovrebbe rappresentare uno strumento indispensabile anche a garantire la lotta alle disuguaglianze di salute spesso esasperate da un prezzo troppo basso di prodotti la cui qualità potrebbe anche rappresentare un valore aggiunto negativo sulla capacità del consumatore di acquistare quantità eccessive di prodotto. Livelli progressivi di tassazione, più elevati sui prodotti a più elevata gradazione alcolica giustificerebbero la proporzionalità tra livelli crescenti e costi finali più elevati a deterrenza dell'acquisto di quelli che espongono sulla base dell'unità alcolica ad un'esposizione al rischio più

strettamente associati all'intossicazione e/o ai prodotti con bassi costi di produzione e resi pertanto più convenienti.

In quest'ottica la tassazione ancorata ai tassi d'inflazione andrebbe regolamentata accuratamente per garantire che i prodotti contenenti alcol abbiano comunque un prezzo che nel tempo non vengano resi più economici e convenienti rispetto ad altri beni di consumo.

Anche le aliquote fiscali giocano la loro importanza poiché un'aliquota più bassa su alcuni prodotti potrebbe incoraggiare i consumatori più a rischio a consumare volumi maggiori di tali prodotti motivo per il quale l'aumento delle aliquote fiscali sui prodotti più economici è una delle opzioni più efficaci disponibili per quei contesti in cui le disuguaglianze sanitarie legate all'alcol rimangono un problema serio. Fortunatamente, le politiche tariffarie che sono più efficaci nel ridurre i consumi sono anche le più efficaci nel ridurre le disuguaglianze sanitarie, rendendo l'attuazione di tali politiche ancora più vantaggiosa.

Anche il prezzo unitario minimo (Minimum Unit Price) per i prodotti alcolici, adottato con successo in Scozia, sta dimostrando di essere un complemento efficace della tassazione nella riduzione del consumo di alcol e dei danni, in particolare tra i bevitori più a rischio.

Il nuovo rapporto dell'OMS dimostra che le politiche monetarie possono essere efficienti e allo stesso tempo giovare alla salute delle persone. Gli argomenti che affermano che qualsiasi politica che riduca il consumo di alcol può danneggiare l'economia e portare alla perdita di posti di lavoro, non sono coerenti con le prove attuali essendo l'uso di alcol l'elemento efficiente per registrati effetti negativi sulla produttività economica. Le scelte sono politiche ma un'azione d'incremento della consapevolezza mirata a far crescere la consapevolezza nei consumatori dei rischi e dei danni che l'uso di alcol comporta è imprescindibile tenuto conto che è già verificato che la propensione all'acquisto del consumatore è l'elemento chiaro di scelta già da anni riorientato anche verso ulteriori e variegati beni di consumo, come il fitness, la cura della persona, l'alimentazione, i viaggi, la musica che offrono alternative più salutari e contribuiscono ad una cultura da supportare nell'interesse di tutti.

Per corrispondenza

**Emanuele Scafato**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia  
E -mail [e.scafato@iss.it](mailto:e.scafato@iss.it)

## Bibliografia

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 392(10152):1015–35. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
2. WHO (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization.; disponibile al link [WHO%202018%20global%20alcohol.pdf](#); ultima consultazione 20/7/2020
3. Alcohol Pricing in The WHO European Region. Update report on the evidence and recommended policy actions. Disponibile a link [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/446191/Alcohol-pricing-report-on-the-evidence-and-recommended-policy-actions-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/446191/Alcohol-pricing-report-on-the-evidence-and-recommended-policy-actions-eng.pdf); ultima consultazione 20/7/2020
4. Testino G, Pellicano R. Alcohol consumption in the COVID-19 era. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2020;66:90-2. DOI: 10.23736/S1121-421X.20.02698-7
5. OMS. “The Sustainable Development Goals Report” 2020 <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>
6. OMS. “Report of the Secretary-General, Special edition: progress towards the Sustainable Development Goals”. Disponibile sul sito: <https://undocs.org/E/2019/68>.

**Claudia Gandin**, Istituto Superiore di Sanità, Roma. I.CO.NA Italian Collaborating Network on Alcohol of World Health Organization Collaborating Centre for health promotion and research on alcohol, ISS, Roma. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Emanuele Scafato**, Istituto Superiore di Sanità, Roma. I.CO.NA Italian Collaborating Network on Alcohol of World Health Organization Collaborating Centre for health promotion and research on alcohol, ISS, Roma. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Alice Matone**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Silvia Ghirini**, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, Centro Alcolico Regionale Ligure; ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. I.CO.NA Italian Collaborating Network on Alcohol of World Health Organization Collaborating Centre for health promotion and research on alcohol, ISS, Roma. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Patrizia Balbinot**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia alcol correlata – Centro Alcolico Regionale Ligure, ASL3 Liguria c/o IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Valentino Patussi**, SOD di Alcologia e Centro Alcolico Regionale Toscano, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze. I.CO.NA Italian Collaborating Network on Alcohol of World Health Organization Collaborating Centre for health promotion and research on alcohol, ISS, Roma. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Tiziana Fanucchi**, SOD di Alcologia e Centro Alcolico Regionale Toscano, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze. I.CO.NA Italian Collaborating Network on Alcohol of World Health Organization Collaborating Centre for health promotion and research on alcohol, ISS, Roma. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Fabio Caputo**, Dipartimento di medicina interna, Ospedale di SS Annunziata, Cento (Ferrara), Università di Ferrara, (FE). Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Maria Francesca Amendola**, Alcohol Unit, ASP Cosenza. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Gabriele Bardazzi**, UFS SerD Mugello USL Toscana Centro. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Michele Parisi**, Alcohol Unit, Nicosia (Enna). Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

**Aniello Baselice**, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno. Società Italiana di Alcologia, Bologna. Gruppo di lavoro nazionale FYFA

## ALCOL, GIOVANI E SPORT: LE ATTIVITÀ NAZIONALI DEL PROGETTO EUROPEO FYFA “FOCUS ON YOUTH FOOTBALL AND ALCOHOL”

### Riassunto

FYFA - *Focus on Youth Football and Alcohol* - è un progetto europeo, tuttora in corso che coinvolge istituti di ricerca di sei paesi europei, inclusa l'Italia ed ha, tra gli scopi, quello di utilizzare i contesti di aggregazione sportiva per veicolare iniziative e sollecitare l'adozione di politiche atte a prevenire i danni alcol-correlati nei giovani.

L'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato le attività del Work Package 5 “Revisione delle politiche e delle pratiche nazionali in sei Stati Membri relative all'alcol, ai giovani, allo sport e al marketing” finalizzate ad individuare lo *status quo* delle politiche e delle pratiche per ridurre il consumo di alcol ed il consumo episodico eccessivo nei giovani nei contesti sportivi a livello nazionale anche attraverso l'opinione di esperti del settore.

### Parole Chiave

Alcol, giovani, sport

### Abstract

FYFA – Focus on Youth Football and Alcohol - is a European project, still ongoing, involving research institutions from 6 European countries including Italy with the end point of using sports settings to convey initiatives and encourage the adoption of policies aimed at preventing alcohol-related harm in young people.

The Istituto Superiore di Sanità was the project leader of Work Package 5 “Review of national policies and practice in six Member States related to alcohol, young people, sport, marketing and football” aimed to determine the status quo of the policies and practices to reduce alcohol consumption and heavy episodic drinking related to young people, alcohol and sport at national level and the results will be summarized below.

### Key Words

Alcohol, young people, sport

### INTRODUZIONE

I giovani sono un target di popolazione particolarmente vulnerabile in termini di danni correlati all'alcol [1-7], e da più di vent'anni le strategie europee volte a ridurre le problematiche alcol-correlate si sono concentrate su di loro [8-14].

A tal riguardo, nel 2011 la Commissione Europea ha promosso una riflessione con il CNAPA (Commissione per le politiche e le azioni nazionali in materia di alcol - *Committee on National Alcohol Policy and Action*) e lanciato un processo per determinare le priorità strategiche future. In particolare, le tematiche principali identificate dalla Commissione sono state il consumo di alcol nei giovani e il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) sulle quali il CNAPA ha pubblicato un piano d'azione “*Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) 2012-2020*” [15-16] con sei aree di intervento specifiche e finalizzato a condividere azioni per sviluppare iniziative per prevenire i danni correlati all'alcol, facilitare la comunicazione e

sensibilizzare l'opinione pubblica sull'impatto dell'alcol sulle funzioni cognitive dei giovani e sullo sviluppo in generale.

Nel 2014, un risultato importante di questo processo è stata l'azione congiunta europea “*Joint Action on reducing alcohol related harm – JA RARHA*” [17-20], terminata nel 2017, focalizzata sullo sviluppo di strumenti a sostegno delle evidenze, politiche e dell'implementazione di strategie per affrontare i danni alcol-correlati negli Stati Membri. Tra le conclusioni emerse dalla JA RARHA vi è la necessità di una cooperazione tra diversi attori per una politica alcolologica integrata nei giovani (i consigli comunali o i municipi, le autorità sanitarie locali, le scuole, i centri giovanili, i centri sportivi, le discoteche, gli esercizi pubblici, il supporto sociale ai giovani, la stampa, gli organizzatori di eventi, eccetera). Inoltre, è emersa l'importanza della legislazione, l'aderenza alle leggi, il rispetto del limite di età di 18 anni per il consumo di tutte le bevande alcoliche nei paesi europei. Una visione ampiamente condivisa tra gli esperti RARHA è che per promuovere la consapevolezza e il supporto al rispetto dei limiti di età, sia necessaria una politica integrata sull'alcol con una combinazione di misure di prevenzione strutturali e individuali, piuttosto che di azioni isolate.

Questo è il contesto in cui si inserisce e riceve un finanziamento europeo il FYFA - *Focus on Youth Football and Alcohol*. FYFA è un progetto europeo (Commissione Europea, 3° Health Programme, HP-PJ-2016) tuttora in corso, coordinato da Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*), Belgio, che coinvolge istituti di ricerca di sei paesi europei (Belgio, Finlandia, Italia, Polonia, Slovenia e Regno Unito) ed ha, tra gli obiettivi generali, quello di utilizzare i contesti di aggregazione sportiva per veicolare iniziative e sollecitare l'adozione di politiche atte a prevenire i danni alcol-correlati nei giovani. L'allegato 1 elenca i componenti del gruppo di lavoro europeo FYFA. A tal fine, il progetto FYFA ha raccolto ed analizzato le politiche ed eventuali buone pratiche relative ai giovani, allo sport (con particolare attenzione al gioco del calcio), al marketing e all'alcol a 3 livelli (internazionale, nazionale e locale), includendo l'opinione di esperti effettuate mediante interviste i cui destinatari sono stati i seguenti:

- ✓ per il livello internazionale: *Stakeholder* e *policy maker* del contesto sportivo internazionale (WP4 - Work Package 4)
- ✓ per il livello nazionale: manager nazionali dello sport e delle federazioni sportive, esperti del settore della prevenzione alcolologica (WP5)
- ✓ per il livello locale: personale a vario titolo afferente a club/associazioni sportive locali (WP6).

I risultati delle attività a livello internazionale (WP4) [21] mostrano che esiste un forte e indiscusso legame tra alcol e sport. Delle 36 federazioni sportive internazionali esaminate, la maggior parte sembra non considerare le implicazioni negative del marketing di alcolici diretto ai giovani; il marketing e la sponsorizzazione di alcolici sono vietati solo in 2 casi. Ciò sottolinea la necessità di norme rigorose sulla pubblicità di alcolici nei contesti sportivi per prevenire l'esposizione dei

giovani all'alcol. È emerso inoltre che il marketing degli alcolici fa affidamento spesso all'autoregolamentazione del settore e, anche laddove sono in atto divieti, questi ultimi vengono spesso elusi. In aggiunta, i messaggi degli organismi sportivi internazionali sui danni causati dall'alcol ai giovani risultano poco chiari e incoerenti e spesso è presente una stretta collaborazione tra società sportive e l'industria dell'alcol. Per concludere, è comunque riconosciuto che i contesti sportivi potenzialmente possono avere un'influenza positiva per i giovani, in quanto punti di aggregazione e valida alternativa a luoghi dove si somministra e si consuma alcol quali pub, bar, eccetera.

Il presente articolo si basa sui risultati delle attività nazionali (WP5) [22], coordinate dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità che ha rappresentato l'Italia nell'ambito delle attività del progetto FYFA. Attraverso una revisione delle politiche sull'alcol nell'ambito di ciascun paese partecipante ed interviste ad esperti della prevenzione alcolologica e dello sport giovanile, le attività FYFA WP5 descrivono lo stato dell'arte su alcol, sport e giovani e gli interventi necessari nella prevenzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati nei contesti sportivi.

## **METODI**

La metodologia dettagliata delle attività e gli adattamenti a livello nazionale in ciascun paese partecipante sono disponibili sul sito web del progetto FYFA a cui si rimanda per eventuali approfondimenti.

Gli obiettivi del FYFA WP5 sono stati di raccogliere ed analizzare leggi e regolamenti a livello nazionale [22], determinare lo *status quo* delle politiche per ridurre il consumo di alcol e il danno ai giovani nei contesti sportivi all'interno dei paesi che hanno partecipato al progetto FYFA. Inoltre, attraverso interviste con esperti nazionali è stato possibile esplorare gli atteggiamenti, la fattibilità e l'accettabilità di programmi di prevenzione volti a ridurre i danni legati all'alcol ed eventuali ostacoli percepiti. Obiettivo ultimo del WP5 è stata la condivisione di informazioni e buone pratiche, laddove disponibili, di programmi e strategie di prevenzione tra paesi, l'identificazione di necessità future di ricerca per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani negli ambienti sportivi e di influenzare le politiche e le pratiche per sostenere la prevenzione dei danni da alcol nei giovani nei contesti sportivi.

La raccolta dati è stata effettuata da ciascun paese rivolgendosi a esperti nazionali in materia di alcol, prevenzione e sport tramite l'utilizzo di un questionario semi strutturato costruito ad hoc in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia.

L'obiettivo era rilevare quanto la riduzione del danno alcol-correlato ai giovani sia una priorità degli organismi sportivi nazionali e identificare politiche e programmi efficaci nel ridurre il consumo dannoso di alcol e i danni alcol correlati.

Il questionario per la raccolta dati, strutturato in 25 domande, ha analizzato tre aree principali:

- a) Prevenzione dei danni alcol-correlati a livello nazionale nei giovani in contesti sportivi (8 domande);
- b) Attuazione delle politiche sull'alcol per i giovani negli ambienti sportivi a livello nazionale (9 domande);
- c) Strategie di intervento (esempio di buone pratiche) efficaci nel ridurre il consumo di alcol e rischi per l'alcol a rischio per i giovani nelle strutture sportive (8 domande).

Gli esperti intervistati (almeno 10 per ciascun paese partecipante al progetto FYFA) sono stati selezionati in base alla loro esperienza in merito alla prevenzione in ambito alcologico, e nello sport; appartengono sia a enti governativi che non (Ministero dello sport, Ministero della sanità, Ministero dell'istruzione, Federazione di Medicina Sportiva, Comitato Olimpico Nazionale, Federazioni sportive nazionali). L'anonimato degli esperti è stato garantito, se richiesto.

Di seguito un cenno particolare alle attività svolte in Italia. Gli esperti sono stati selezionati da due contesti:

1. Sportivo (Comitato Olimpico Nazionale CONI, Federazione Italiana Gioco del Calcio FIGC, Federazione Italiana di Pallavolo FIPAV, Federazione Italiana di Atletica Leggera FIDAL);

2. Prevenzione (Componenti del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Alcologia). L'intervista è stata effettuata tramite un questionario, tradotto in lingua italiana, inviato tramite posta elettronica nel gennaio 2019; ha coinvolto 13 esperti: 6 per il contesto della prevenzione (membri del Comitato Direttivo della Società Italiana di Alcologia); 7 del contesto sportivo (2 del CONI e 5 esperti di tre federazioni sportive selezionate in Italia (calcio, pallavolo, atletica leggera-FIGC, FIPAV, FIDAL). La lista degli esperti intervistati che hanno consentito di essere nominati è riportata nei ringraziamenti.

Per i criteri d'inclusione dei professionisti nello studio FYFA in Italia si è tenuto conto della rilevanza del loro contributo, esperienza e reputazione nell'area di prevenzione e della ricerca sull'alcol e sullo sport, mentre per i criteri utilizzati per selezionare, come discipline sportive, pallavolo e atletica leggera, oltre al calcio, è stata considerata la diffusione della disciplina sportiva a livello nazionale

## **RISULTATI**

Nei 6 paesi partecipanti del progetto FYFA le attività hanno avuto inizio con la raccolta ed aggiornamento delle leggi e regolamenti nazionali sull'alcol<sup>22</sup>.

Per quanto riguarda l'indagine conoscitiva, sono stati intervistati in totale 82 esperti: 10 per il Belgio, 13 per la Finlandia, 13 per l'Italia, 13 per la Polonia, 19 per la Slovenia e 14 per il Regno Unito. Per le scale e le definizioni utilizzate si rimanda alla metodologia<sup>22</sup>. I principali risultati sono di seguito riportati.

## **Prevenzione dei danni alcol-correlati nei giovani nelle strutture sportive**

- ✓ La prevenzione dei danni alcol-correlati nei giovani all'interno delle strutture sportive è una tematica importante; pur non essendo una priorità per gli organismi sportivi nazionali, la maggior parte degli esperti ritiene che debba esserlo.
- ✓ I contesti sportivi sono considerati luoghi appropriati per promuovere stili di vita sani (inclusa la prevenzione del consumo di alcol nei giovani) in tutti i paesi FYFA.
- ✓ I destinatari più influenti nei contesti sportivi a cui indirizzare le iniziative da attivare per prevenire i danni alcol-correlati nei giovani sono, in ordine decrescente di importanza, gli atleti, gli allenatori / il personale di formazione, gli spettatori / i sostenitori ed il personale addetto alla somministrazione di bevande alcoliche.

Da rilevare che sulla prevenzione alcol-correlata nei giovani nei contesti sportivi, tra gli esperti dei vari paesi, vi sono opinioni diverse sull'importanza dell'alcol come tematica, e rispetto alla prevenzione alcol-correlata all'interno delle strutture sportive: questo è vero soprattutto per i paesi in cui sono in ugual misura rappresentati esperti di entrambi i contesti, prevenzione e sportivo (Italia, Polonia e Slovenia). Analogamente, a pensare che la prevenzione alcol-correlata non sia attualmente una priorità per le organizzazioni sportive nazionali sono più spesso i paesi che hanno intervistato esperti del contesto della prevenzione, come in Italia ad esempio. Ciò nonostante, la maggior parte degli esperti (un po' meno per il Belgio) è d'accordo sul fatto che la prevenzione dovrebbe essere una priorità degli organismi sportivi nazionali. Alcuni esperti FYFA (in particolare dalla Slovenia e dal Regno Unito) sottolineano in particolare l'attenzione sul fatto che la prevenzione del consumo e dei danni correlati all'alcol nel mondo dello sport, dovrebbe far parte di una strategia globale di promozione di stili di vita sani.

## **Attuazione delle politiche sull'alcol per i giovani negli ambienti sportivi**

### Leggi e regolamenti per la prevenzione del consumo rischioso di alcol tra i giovani a livello nazionale e nel settore sportivo

- ✓ Nonostante la presenza di leggi e regolamenti per proteggere i giovani dai danni causati dall'alcol, il livello complessivo di conoscenza e applicazione è basso, sia a livello nazionale che in ambito sportivo.

Tenendo conto esclusivamente dell'opinione degli esperti che sono a conoscenza dell'esistenza di leggi e regolamenti, solo gli esperti finlandesi ritengono che le politiche sull'alcol volte a prevenire il consumo rischioso di alcol nei giovani a livello nazionale siano efficaci e effettivamente implementate. Per gli altri paesi partecipanti al progetto FYFA, un livello intermedio di accordo è stato raggiunto sia sull'efficacia che sull'implementazione delle leggi, dove l'accordo più basso è per gli esperti italiani intervistati.

### Pubblicità sugli alcolici e regolamenti di sponsorizzazione

Tra i vari regolamenti, il settore che necessita più di altri di una revisione, è quello del marketing e della sponsorizzazione dell'alcol. Tali leggi e regolamenti, laddove disponibili a livello nazionale, non sono sufficientemente noti negli ambienti sportivi. Divieti e restrizioni su pubblicità, sponsorizzazione e promozione dell'alcol sono misure efficaci e convenienti per prevenire e ridurre il danno alcol-correlato. Tuttavia, anche in presenza delle leggi, il livello di implementazione è basso.

In questo ambito, è emerso che diverse regioni dello stesso stato possono avere regolamenti diversi (ma simili), così come più regolamenti (statutari e non) presenti nello stesso paese. Inoltre, il divieto di pubblicità di alcolici in alcuni paesi è per tutte le bevande alcoliche, in altri solo per alcune.

Secondo il rapporto dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS "*Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries*" [14], con riferimento ai paesi partecipanti al progetto FYFA, non sono presenti divieti di sponsorizzazione di alcolici per eventi sportivi ed eventi giovanili in Belgio, Italia, Slovenia e Regno Unito, mentre in Finlandia e Polonia è vietata la sponsorizzazione unicamente dei superalcolici.

In Italia esistono almeno sei diverse regolamentazioni (statutarie e non statutarie), ma non nello specifico della sponsorizzazione di bevande alcoliche in ambito sportivo. Infatti, le associazioni / club sportivi possono decidere liberamente gli sponsor, ed è permessa un'autoregolamentazione in materia. La vendita di bevande alcoliche durante eventi sportivi, anche quando la bevanda alcolica è il principale sponsor, è valutata caso per caso, a seconda del livello di tensione tra tifosi e di disordini sociali presunti. È a discrezione dei sindaci prendere decisioni in merito a limitazioni di disponibilità e di accesso agli alcolici. La sponsorizzazione in ambito sportivo è comune in Italia. Uno studio condotto nel 2010 ha mostrato che all'interno di cinquanta siti web di club sportivi della Premier League (calcio, pallavolo, rugby, pallanuoto e basket), uno su due club era sponsorizzato da un produttore o un distributore di alcolici (ristoranti, vinerie, rivenditori di alcolici ecc.). Sono stati sponsorizzati non solo da grandi marchi multinazionali, ma anche da piccoli produttori regionali e persino locali. Alcuni club avevano più di uno sponsor di prodotti alcolici e due federazioni nazionali (calcio e rugby) erano sponsorizzate da un produttore e/o da un distributore di bevande alcoliche [23-24].

### Le norme di sicurezza in ambito sportivo

Le norme sulla sicurezza nello sport prese in considerazione dal progetto FYFA e sottoposte all'opinione degli esperti intervistati, derivano in parte dal regolamento internazionale FIFA. Il documento di riferimento "*Fédération Internationale de Football Association-FIFA Stadium Safety and Security Regulations*" è disponibile online [25].

Agli esperti è stato chiesto di esprimersi sul rispetto o meno di una serie di regole nel proprio paese:

- "Gli steward negano l'accesso o rimuovono qualsiasi persona che non possa dimostrare il proprio diritto a trovarsi nello stadio / nell'arena / nel terreno";
- "I controlli di sicurezza sono effettuati a livello nazionale su persone e veicoli nei punti di ingresso dei perimetri esterni e interni per controllare il possesso di eventuali bevande alcoliche non autorizzate o sostanze o droghe inebrianti (incluso l'alcol)".

A questo riguardo, secondo l'opinione degli esperti intervistati, il livello di implementazione per ordine decrescente è stato quasi totale in Finlandia; implementato nel Regno Unito e in Slovenia (in Slovenia in misura inferiore per i controlli di sicurezza); intermedio in Italia.; non implementato in Belgio e Polonia.

#### Normative sul consumo di alcol durante eventi sportivi

La FIFA riconosce che è fondamentale la regolamentazione del consumo di alcol durante gli eventi sportivi. Se durante una partita è consentito il possesso, la vendita, la distribuzione o il consumo di alcolici, l'organizzatore dell'evento deve prendere tutte le misure necessarie per garantire che il consumo di alcolici non interferisca con il divertimento in sicurezza degli spettatori.

Con riferimento al rispetto del limite di età minima legale per l'acquisto di alcolici a livello nazionale e in ambito sportivo, secondo l'opinione degli esperti FIFA ciò è totalmente implementato a livello nazionale e in ambito sportivo in Finlandia e Regno Unito; implementato in Belgio e Slovenia, ma con meno consenso tra gli esperti ed infine non implementato regolarmente sia a livello nazionale che in ambito sportivo in Italia e in Polonia (in Polonia è implementato in alcuni contesti e in alcune occasioni ma non di norma).

In Italia l'opinione è stata la stessa tra gli esperti della prevenzione e quelli dello sport, mentre in Polonia gli esperti del settore sportivo considerano il limite di età legale per l'acquisto di alcol maggiormente implementato rispetto all'opinione degli esperti del settore della prevenzione. In Belgio secondo gli esperti il limite di età è più rispettato a livello nazionale che in ambito sportivo.

Salvo diversa disposizione di legge dello stato in cui si svolge l'evento internazionale FIFA, alcune misure sul consumo di alcol durante gli eventi sportivi che sono applicate sono le seguenti:

- "limitare la vendita e la distribuzione di alcolici a quella del personale autorizzato"
- "vietare il possesso e la distribuzione di alcolici nello stadio / arena / campo da gioco (perimetro di sicurezza esterno) o nello stadio stesso da parte di soggetti non autorizzati"
- "vietare l'ammissione di qualsiasi individuo in stato di ebbrezza"
- "vietare il possesso e la distribuzione di vetro, lattine o eventuali contenitori portatili chiusi che potrebbero essere lanciati e causare lesioni".

Esiste un accordo generale (ma con diversi gradi di consenso tra gli esperti) che le normative internazionali FIFA siano applicate a livello nazionale nei paesi partecipanti al progetto FIFA. Le eccezioni riguardano il Belgio, la Polonia e la Slovenia, dove è stato raggiunto un livello intermedio di accordo rispetto all'implementazione dei regolamenti.

## **Strategie di intervento (esempi di buone pratiche) efficaci nel ridurre il consumo di alcol a rischio e il danno correlato all'alcol nei giovani nelle strutture sportive**

Secondo l'opinione degli esperti (fatta eccezione per la Finlandia), i principali ostacoli per un'efficace implementazione delle politiche sull'alcol sono la mancanza di:

1. Regolamenti in materia di pubblicità e sponsorizzazione di alcolici legati ai giovani e allo sport negli enti sportivi
2. Formazione del personale addetto alla somministrazione di bevande alcoliche
3. Politiche sul consumo di alcol per i giovani sportivi
4. Conoscenza dei danni causati dall'alcol, delle leggi e dei regolamenti nei giovani da parte dei professionisti dello sport
5. Monitoraggio degli organismi sportivi da parte del governo rispetto all'applicazione delle leggi/normative.

Inoltre, la maggior parte dei partecipanti non considera come ostacoli la mancanza di leggi e regolamenti nazionali e di incentivi finanziari (a eccezione di Regno Unito e in parte del Belgio).

In Finlandia, con riferimento alle principali barriere per l'attuazione delle leggi e dei regolamenti, gli intervistati ritengono che esistano leggi e regolamenti e che questi siano effettivamente messi in pratica. Gli esperti non sono riusciti a indicare barriere, non perché la situazione sia ideale ma perché è difficile capire i punti deboli, essendoci molte iniziative per contrastare il problema dell'alcol nei giovani atleti, sia a livello nazionale (leggi e regolamenti) che nelle associazioni sportive. Alcuni intervistati hanno ritenuto che ci fossero anche troppe leggi in Finlandia e c'è anche chi ha espresso apprezzamento per una politica più "liberale" sull'alcol (estendendo ad esempio le licenze per l'alcol agli stand negli stadi). Un esperto ha sottolineato che il personale temporaneo nei bar negli stadi, spesso proveniente da paesi stranieri, non è a conoscenza delle leggi e dei regolamenti finlandesi.

Nel Regno Unito, secondo il parere degli esperti intervistati, le barriere sono 3: la mancanza di incentivi finanziari, di una regolamentazione sulla pubblicità diretta o indiretta dell'alcol in ambito sportivo rivolta ai giovani, e di regolamenti sulla sponsorizzazione dell'alcol legati ai giovani e allo sport nei contesti sportivi.

Solo pochi partecipanti hanno fornito esempi di buone pratiche a sostegno delle leggi e dei regolamenti nazionali in materia di alcol e giovani nello sport.

Nella maggior parte dei casi, gli intervistati non hanno fornito esempi concreti di buone pratiche, ma hanno fatto riferimento alla legislazione nazionale esistente, anche se non pienamente attuata.

Su questo argomento, l'opinione dei partecipanti si è concentrata principalmente su:

- ✓ L'implementazione / supporto / applicazione delle strategie di comunicazione e informazione sull'impatto dell'alcol sulla salute e sociale negli ambienti sportivi.
- ✓ Attuare / supportare / applicare iniziative di prevenzione dell'alcol e programmi di formazione sui danni alcol-correlati per destinatari diversi in contesti sportivi.

- ✓ Incoraggiare e sostenere il dialogo tra contesti sportivi e di prevenzione.
- ✓ Supportare l'adattamento e la disponibilità di materiali di formazione sull'alcol e sui danni alcol-correlati per le strutture sportive e per gruppi di persone diversi all'interno di queste (materiale mirato), volte a garantire la prevenzione dei danni alcol-correlati e favorire lo scambio di competenze tra le società sportive.

## DISCUSSIONE

L'uso dannoso di alcol nei giovani è una questione estremamente seria e le strutture sportive, pur essendo alternative potenzialmente valide per il tempo libero dei giovani, sono anche contesti rischiosi in termini di esposizione all'alcol. In questo lavoro, basato sui risultati delle attività nazionali, WP5, del progetto europeo FYFA, viene descritto lo scenario relativo all'alcol, ai giovani e allo sport nei sei paesi partecipanti e ha permesso di trarre alcune considerazioni importanti.

Dalle interviste emerge un accordo comune sul fatto che le strutture sportive potrebbero essere luoghi appropriati per promuovere stili di vita salutari (quindi anche affrontare il consumo di alcol nei giovani) per tutti i paesi FYFA. Giocatori, allenatori e personale di formazione, spettatori e fan, personale del bar sono in ordine di importanza i più adatti per indirizzare le iniziative di prevenzione dei danni alcol-correlati. Pertanto, le stesse strutture sportive dovrebbero essere considerate e sfruttate come risorse preziose per la prevenzione del danno da alcol.

Sebbene vi siano prove dell'impatto negativo sui giovani della pubblicità e delle sponsorizzazioni degli alcolici [25], esiste un forte legame economico tra sport e alcol [20]. Secondo l'OMS, emanare e applicare divieti o restrizioni globali alla pubblicità di alcolici è uno dei "migliori acquisti *best buys*" tra gli interventi raccomandati per ridurre il consumo dannoso di alcol<sup>26</sup>. D'altro canto, il FYFA ha sottolineato che uno dei principali ostacoli all'attuazione efficace delle leggi e dei regolamenti sull'alcol per i giovani negli ambienti sportivi, è la mancanza di regolamenti sulla pubblicità e la sponsorizzazione dell'alcol. Vi è quindi l'urgente necessità di una revisione generale della normativa sulla pubblicità degli alcolici e della loro effettiva implementazione. A supporto di queste conclusioni il recente progetto dell'OMS "*The SAFER initiative*"<sup>27</sup> riporta che "le strategie di salute pubblica che cercano di regolare la disponibilità commerciale o pubblica dell'alcol attraverso leggi, politiche e programmi, sono azioni importanti per ridurre il livello generale di consumo dannoso di alcol. Tali strategie forniscono misure essenziali per impedire un facile accesso all'alcol da parte di gruppi vulnerabili e ad alto rischio".

Un altro ostacolo messo in evidenza dai paesi del progetto FYFA è la necessità di una formazione del personale dei pubblici esercizi addetti alla somministrazione di bevande alcoliche, in quanto potrebbero non essere informati sulle leggi e i regolamenti né sui danni alcol-correlati. È quindi necessaria la formazione attraverso l'intervento specifico di una rete multidisciplinare di esperti.

Un altro aspetto chiave dei risultati del progetto europeo FYFA WP5 è il livello di conoscenza da parte dei professionisti dello sport dei danni alcol-correlati, delle leggi e dei regolamenti su alcol e

giovani. Spesso i professionisti non sono a conoscenza dei regolamenti e, se lo sono, credono per lo più che siano applicati male. È necessario supportare e facilitare la conoscenza delle patologie alcol-correlate da parte di professionisti dello sport. È necessaria una cooperazione tra diversi contesti, incluso lo sport, per la messa in pratica delle politiche sull'alcol per i giovani, e sono necessari sforzi e risorse maggiori per superare i principali ostacoli all'attuazione delle relative politiche. Infine, sono necessari controlli per il monitoraggio degli ambienti sportivi da parte dei governi.

## CONCLUSIONI

Dalle informazioni ottenute, i suggerimenti e le necessità di ricerca futura emerse dalle attività suddette sono le seguenti:

- ✓ La messa in pratica di strategie di comunicazione e di informazione sull'impatto sociale e sulla salute dell'alcol in contesti sportivi
- ✓ L'attuazione di iniziative di prevenzione dell'alcol e programmi di formazione sui danni alcol-correlati per diversi destinatari degli ambienti sportivi,
- ✓ Incoraggiare un dialogo tra contesti sportivi e di prevenzione.
- ✓ La necessità di supporto all'adattamento e alla disponibilità di materiali di formazione sull'alcol e sui danni alcol-correlati a livello nazionale per le strutture sportive e per diversi soggetti all'interno delle strutture sportive, al fine di garantire la prevenzione dei danni alcol-correlati e lo scambio di competenze.

### Per Corrispondenza:

**Claudia Gandin**, MD - **Emanuele Scafato**, MD. MSc. Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma, E-mail: [alcol@iss.it](mailto:alcol@iss.it)

## ALLEGATO 1

### FYFA WORK PACKAGE 5 WORKING TEAM

- YHO (international Youth Health Organization), Slovenia  
Urša Šetina, Lukas Galkus, Špela Jenko, Jan Peloza, Andrej Martin Vujkovic
- EHYT (Ehkäisevä päihdetyö), Finlandia  
Leena Sipinen
- Eurocare (European Alcohol Policy Alliance), Belgio  
Mariann Skar, Aleksandra Kaczmarek, Sandra Tricas-Sauras
- ISS (Istituto Superiore di Sanità), Italia  
Emanuele Scafato, Claudia Gandin
- PARPA - Polish State Agency for Prevention of Alcohol-related Problems (PARPA)  
Polonia  
Krzysztof Brzózka, Katarzyna Okulicz, Jolanta Terlikowska, Mariusz Morawski
- Romtens (Fundatia Romtens), Romania  
Theodor Haratau
- SHAAP (Scottish Health Action on Alcohol Problems) - Royal College of Physicians  
of Edinburgo, Regno Unito  
Eric Carlin, Briega Nugent
- VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw), Belgio  
Johan Jongbloet, Astrid De Schutter

## **Ringraziamenti**

Gli autori desiderano ringraziare gli esperti nazionali che hanno contribuito attivamente a fornire le informazioni e che hanno accettato di essere citati:

- ✓ **Gabriele Bardazzi**, SIA (Società Italiana di Alcolologia), USL Toscana
- ✓ **Fabio Caputo**, SIA, USL Ferrara
- ✓ **Cosimo Bianchi**, FIDAL (Federazione Italiana di Atletica Leggera)
- ✓ **Valentino Patussi, Tiziana Fanucchi**, SIA, Centro Alcologico Regionale, Toscana
- ✓ **Aldo Violato**, FIGC (Federazione Italiana Gioco del Calcio)
- ✓ **Maria Francesca Amendola**, SIA, UOS Cosenza
- ✓ **Stefano Bellotti**, FIPAV (Federazione Italiana Pallavolo)
- ✓ **Strategie e responsabilità sociale**, CONI (Comitato Nazionale Olimpico)
- ✓ **Lavinia Saracco**, CONI, Asti
- ✓ **Claudio Damini**
- ✓ **Gianni Testino, Patrizia Balbinot**, SIA, ASL3 Liguria

## Bibliografia

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. (Poznyak V, Rekke D, eds.). WHO, Geneva; 2018. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/gsr\\_2018/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/).
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Adolescent Alcohol-Related Behaviours: Trends and Inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. WHO, Copenhagen; 2018. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf?ua=1).
3. Boden JM, Fergusson DM. The short and long-term consequences of adolescent alcohol use. In: J Saunders and JM Rey, ed. Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment. Chichester: Wiley-Blackwell. Blackwell Publishing Ltd; 2011:32-46. <https://static1.squarespace.com/static/594dd21e72af653baaa3c3da/t/596adbd3e00beb869aa3572/1500175323458/otago019043.pdf>.
4. Health Behaviour in School-aged Children. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC): Terms of Reference. St Andrews; 2014. <http://www.hbsc.org/about/HBSCToR.pdf>.
5. J Mulder J de G. Eyes on Ages. A Research on Alcohol Age Limit Policies in European Member States. Legislation, Enforcement and Research. Utrecht; 2013. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/eyes\\_on\\_ages\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/eyes_on_ages_report_en.pdf).
6. Windle M. Drinking over the lifespan: Focus on early adolescents and youth. Alcohol Res Curr Rev. 2016;38(1):95-101.
7. Jernigan DH, Team WHOM of SD. Global status report : alcohol and young people. 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66795>.
8. World Health Organization. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva; 2010. [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf).
9. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>
10. World Health Organization Regional Office for Europe. Policy in Action - A Tool for Measuring Alcohol Policy Implementation. Copenhagen; 2017. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/339837/WHO\\_Policy-in-Action\\_indh\\_VII-2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/339837/WHO_Policy-in-Action_indh_VII-2.pdf?ua=1).
11. Scafato E, Gandin C, Ghirini S (Ed.). Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol. Traduzione e adattamento del volume del WHO Regional Office for Europe 2017 dal titolo "Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation". Roma: WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNDD; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2019/policy%20in%20action%20ita%20grigioblu.pdf>
12. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol : 2012-2020.; 2012. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf).
13. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo:

- <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>.
14. World Health Organization RO for E. Alcohol Consumption, Harm and Policy Response Fact Sheets for 30 European Countries.; 2018. <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
  15. European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking). Brussels; 2014. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh342/135-143.htm>.
  16. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. Piano d’Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (Binge Drinking) (2014-2016). Traduzione e adattamento di Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). Istituto Superiore di Sanità, Roma; 2015. All'indirizzo:  
[http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf)
  17. Montonen M, Mäkelä P, Scafato E, et al. Good Practice Principles for Low Risk Drinking Guidelines. Helsinki; 2016. [http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5\\_Good\\_practice\\_low\\_risk\\_guidelines.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5_Good_practice_low_risk_guidelines.pdf).
  18. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R SE on behalf of JARWP 5 working group (Ed. . Principi Di Buone Pratiche per Le Linee Guida Sul Consumo Di Alcol a Basso Rischio: Le Attività Della Joint Action Europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm). Roma; 2017. [http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5\\_Good\\_practice\\_low\\_risk\\_guidelines.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5_Good_practice_low_risk_guidelines.pdf).
  19. Steffens R & Sarrazin D on behalf of the Joint Action RARHA Work Package 5 consortium. Guidance to Reduce Alcohol-Related Harm for Young People. Münster
  20. Krnel SR, Budde A, Van Dalen W, et al. Public Awareness, Schoolbased and Early Interventions to Reduce Alcohol Related Harm. A Tool Kit for Evidence-Based Good Practice. (Joint Action RARHA, ed.); 2016.  
<http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Pages/details.aspx?itemId=10&lista=Work>
  21. Scottish Health Action on Alcohol Problems and Eurocare on behalf of the FYFA Work Package 4. International Review: Final Report Work Package 4 Deliverable 4.3 D14.; 2018. <https://www.fyfaproject.eu/media/I2W4J3K7P8/docs/wp4final061218.pdf>.
  22. Gandin C and Scafato E on behalf of the FYFA Work Package WP5 working team. Overview of National Policies and Practice in 6 Member States Related to Alcohol, Young People, Marketing and Sport. Deliverable D5.1 - Report Summarizing Findings from a Review of Laws and Regulations and an Ad Hoc Survey WP5. Istituto Superiore di Sanità, Roma; 2019.  
<https://www.fyfaproject.eu/media/H8S2H6U3P9/docs/deliverablewp5fyfafinal2852020.pdf>
  23. Kingsland M, Wiggers JH, Vashum KP, Hodder RK, Wolfenden L. Interventions in sports settings to reduce risky alcohol consumption and alcohol-related harm: A systematic review. *Syst Rev.* 2016;5(1):1-14. doi:10.1186/s13643-016-0183-y
  24. Codenotti T, Faletti L, Italia AE. AMMIE Project. Alcohol Marketing Monitoring In Europe. Report on Sport Sponsorship in Italy. Eurocare Italia; Utrecht; 2011.  
[http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/italy\\_sports-report.pdf](http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/italy_sports-report.pdf).
  25. Fédération Internationale de Football Association. FIFA Stadium Safety and Security Regulations.; 1998.  
<https://resources.fifa.com/mm/document/tournament/competition/51/53/98/safetyregula>

tions\_e.pdf.

26. World Health Organization. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases updated (2017) appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.; 2017. <http://www.who.int/ncds/governance/appendix3-update-discussion-paper/en/>.
27. World Health Organization. The SAFER initiative. [https://www.who.int/substance\\_abuse/safer/en/](https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/). Published 2018.

**Carolina L. Haass-Koffler**, PHARMD, Center for Alcohol and Addiction Studies, Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University, Providence, RI. Center for Alcohol and Addiction Studies, Department of Behavioral and Social Sciences, School of Public Health, Brown University, Providence, RI. Clinical Psychoneuroendocrinology and Neuropsychopharmacology Section, National Institute on Drug Abuse Intramural Research Program and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Division of Intramural Clinical and Biological Research, National Institutes of Health, Bethesda, MD

**Roberta Perciballi**, MD, Center for Alcohol and Addiction Studies, Department of Behavioral and Social Sciences, School of Public Health, Brown University, Providence, RI. Sapienza Università, Rome, Italy

**Zoe E. Brown**, BS, Center for Alcohol and Addiction Studies, Department of Behavioral and Social Sciences, School of Public Health, Brown University, Providence, RI;

**Robert M. Swift**, MD, PhD, Center for Alcohol and Addiction Studies, Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University, Providence, RI. Veterans Affairs Medical Center, Providence, RI;

**Lorenzo Leggio**, MD, PhD, MSc, Center for Alcohol and Addiction Studies, Department of Behavioral and Social Sciences, School of Public Health, Brown University, Providence, RI. Clinical Psychoneuroendocrinology and Neuropsychopharmacology Section, National Institute on Drug Abuse Intramural Research Program and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Division of Intramural Clinical and Biological Research, National Institutes of Health, Bethesda, MD. Development Program, National Institute on Drug Abuse Intramural Research Program, National Institutes of Health, Baltimore, MD.

## WHEN CLINICAL PRACTICE PRECEDES HUMAN RESEARCH: A CASE STUDY OF INTEGRATION OF PERSONALIZED ADDICTION MEDICINE

### Abstract

**Background:** Doxazosin, a non-selective  $\alpha_1$  antagonist approved to treat hypertension and benign prostatic hyperplasia (BPH), has recently been under investigation as a treatment for Alcohol Use Disorder (AUD). In a preliminary double-blind placebo-controlled study, doxazosin was effective in reducing alcohol consumption in treatment-seeking AUD patients who had high blood pressure (BP) and a high family history of alcoholism (FHA). Currently, doxazosin is being evaluated in a larger randomized clinical trial (RCT), to test it as a personalized pharmacotherapy approach for AUD.

**Case:** We present a case of a 66-year-old African American male suffering from severe AUD who was taking doxazosin to treat hypertension and interested in participating in our ongoing RCT referenced above. At the screening visit, the participant reported that in the last six months, while taking doxazosin 6 mg daily, he was also able to reduce his drinking. Indeed, he was deemed not eligible for the study because he was already taking an  $\alpha_1$  receptor antagonist and had low baseline drinking levels.

**Conclusions:** Notwithstanding the limitations of a single case report, this observation further supports the potential for doxazosin to reduce alcohol consumption in AUD patients with hypertension and provides an example of integrating primary care and addiction medicine.

**Keywords:** Alcohol Use Disorder, stress system,  $\alpha$ 1 receptor antagonist, doxazosin.

## DISCLOSURE AND FUNDING

Dr. Haass-Koffler is supported by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (K01AA023867; R01AA027760; R01AA026589; R21AA027614) and in part by the National Institute of General Medical Sciences (NIGMS), Center of Biomedical Research Excellence (COBRE, P20GM130414). Dr. Leggio is jointly funded by the intramural programs of the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and of NIAAA (ZIA-AA000218). The content of this manuscript does not necessarily represent the official views of the funders. The authors have no conflict of interest related to this work. The product doxazosin is not labeled for the use under discussion.

While a role of stress in the development and maintenance of alcohol use disorder (AUD) is well established [1], none of the currently approved medications for AUD target directly stress-related pathways. Consistent with the role of the noradrenergic system in both stress and excessive alcohol consumption, the  $\alpha$ 1 receptor has been indicated as a promising pharmacological target to treat AUD [2-4]. Initial preclinical and human work has tested  $\alpha$ 1 receptor blockers such as prazosin and doxazosin in AUD, for extensive review see [5]. Doxazosin, a non-selective antagonist on all three  $\alpha$ 1 receptor-subtypes (1A, -1B, -1D) [6], is currently under investigation for its potential role in treating AUD [7-9]. Compared to prazosin, doxazosin is less likely to produce hypotension because of its longer half-life ( $t_{1/2}$ ~22 hours). Furthermore, once-daily administration, at any time during the day, and safe titration of up to 16 mg (or maximum tolerated dose) also facilitate patient medication adherence [10].

It has recently been suggested that baseline blood pressure (BP) may serve as a moderator of doxazosin's effect on alcohol drinking in individuals seeking treatment for AUD [8]. These results were drawn from a secondary analysis from a pilot RCT whose primary results showed that doxazosin was more effective than placebo in reducing drinking and craving in AUD patients with a high family history of alcoholism (FHA) [9].

## CASE PRESENTATION

A 66-year-old African American male with a heavy drinking history came to our human laboratory at the Center of Alcohol and Addiction Studies (CAAS), Brown University. The participant

expressed interest in enrolling in a RCT using doxazosin ( $\alpha$ 1 receptor antagonist) as a medication to reduce alcohol craving and consumption ([NCT04135846](#)) in treatment-seeking individuals with AUD. The study evaluates the role of several moderators (BP, FHA, genetics and stress) of doxazosin's efficacy on reducing alcohol-related behaviors in individuals seeking treatment for AUD. This study is approved by the Brown University Institutional Review Board (IRB). Written consent to utilize research data collected during the study was obtained from the participant during the screening procedures, as detailed in the Brown University approved clinical protocol.

At the screening session, after verifying that his breath alcohol content (BrAC) was 0.00 gr/dL and signing the informed consent form, the participant underwent a full physical exam that included a 12-lead electrocardiogram, medical history, blood draw and psychiatric evaluation. The medical history of the participant was based on his self-reported diagnoses which included hypertension, chronic kidney failure, hypercholesterolemia, benign prostate hyperplasia (BPH) and diabetes mellitus. Regarding his past psychiatric medical history, the participant reported ingesting his first alcoholic beverage at age eight, but he started to drink more extensively at the age of 13. He struggled with substance use most of his life and reported abusing multiple substances including prescription medications (benzodiazepines), illicit drugs (amphetamines, heroin, cocaine), marijuana and glue. He reported heavy alcohol use during his entire life and, roughly one year prior to the screening study session in the clinical laboratory at our Center, he was admitted to an in-patient rehabilitation program for AUD. After two weeks, the participant was released from treatment; however, he shortly relapsed and went back to heavy drinking. He reported also that he was diagnosed with schizophrenia, anxiety and depression disorders.

A series of blood analyses, physical and psychiatric assessments were conducted in our clinical laboratory. The participant's hypertension was confirmed by BP reading (143/87 mmHg). Kidney failure was confirmed by laboratory tests (Blood Urea Nitrogen (BUN): 25 mg/dL; Creatinine: 3.01 mg/dL; BUN/CREAT Ratio: 8.3; eGFR: 21). Liver tests were within normal limits or not clinically significant (total bilirubin: 0.2 mg/dL; AST: 20 U/L; ALT: 48 U/L).

The participant's diagnosis of AUD was confirmed by the Structured Clinical Interview (SCID-5) for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) [11]. The participant's current alcohol and other substance use was assessed using Timeline Follow-Back [12] up to 90 days prior to the screening session, and possible alcohol withdrawal syndrome was ruled out using the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revised (CIWA-Ar) [13]. During the screening assessments, the participant disclosed a desire to abstain completely from alcohol and revealed that in the last six months he was able to consistently reduce his drinking. At the time of the screening, he reported drinking two-three beers on Fridays and Saturdays and a glass of wine on Sundays, as assessed via the TLFB. He also disclosed that he was not using other substances, which was further confirmed by a urine toxicology test negative for benzodiazepines, opioids,

cocaine and marijuana. Finally, the SCID-5 confirmed the participant's past and current Generalized Anxiety Disorder (GAD) and schizophrenia.

At the medication utilization review process, the participant revealed that he had been prescribed doxazosin by his primary care physician as a treatment for his hypertension for the past 7 months. The initial daily 4 mg of doxazosin was titrated up to 6 mg daily in the last month, with no reported side effects. The participant was not taking any medication for treating GAD or schizophrenia. See

**Table 1** for the complete list of pharmacotherapies.

**Table 1. Medical history and associated pharmacological treatment**

Condition	Treatment
Diabetes Mellitus	Insulin lispro before meals 100 U/ml, daily Insulin glargine, long acting 100IU/ml, daily
Hypercholesterolemia	Atorvastatin 1 tablet daily (unknown dose)
Diabetic- and alcohol- associated neuropathy	Vitamin B-complex 325 mg, twice daily
Hypertension	Doxazosin 6 mg, daily
Overacting bladder	Oxybutynin 5 mg, daily

Prescription of an  $\alpha$ 1 receptor antagonist, concomitant psychiatric illnesses and low current alcohol drinking levels (baseline) were exclusionary criteria; therefore, the participant was deemed not eligible for the research study.

Consistent with our previous double-blind placebo-controlled study [9], this case report suggests that doxazosin, an  $\alpha$ 1 receptor antagonist, may reduce alcohol consumption in AUD patients with hypertension [8]. This case study also highlights the importance of integrating primary care and addiction medicine. Obviously, like any case report, this case study remains a mere clinical observation.

Doxazosin has an improved pharmacological profile compared to other  $\alpha$ 1 receptor antagonists [9,14] that can reduce adverse events and improve adherence [15]. In this case, the patient had been taking doxazosin for six months without reported adverse events, providing additional support that doxazosin can be successfully administered in patients with severe AUD. This patient did not have high FHA; however, it was previously shown that BP and FHA were independent moderators

of doxazosin's effect on alcohol consumption [8]. Noradrenergic blockade may be an effective personalized pharmacotherapy approach for a sub-group of AUD patients with high BP and underlying anxiety-related disorders [15,16].

This case provides support for the hypothesis that doxazosin may be a potential, valuable medication to treat AUD. Importantly, blood pressure measurement is easily obtained in any clinical setting and, if confirmed by future controlled studies, blood pressure may represent an objective biomarker predictive of doxazosin's response in the treatment of AUD [17].

#### Correspondence:

**Carolina L Haass-Koffler, Pharmd**, Assistant Professor Center for Alcohol and Addiction Studies  
Department of Psychiatry and Human Behavior  
Department of Behavioral and Social Sciences  
Brown University 121 South Main Street, Providence, RI 02903, USA  
TEL: 401-863-6624 | CELL: 415-519-1385 | FAX: 401-863-6697  
E-mail [carolina\\_haass-koffler@brown.edu](mailto:carolina_haass-koffler@brown.edu)

#### **REFERENCES**

1. Brady KT, Sonne SC. The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*. 1999;23(4):263.
2. Simpson TL, Malte CA, Dietel B, et al. A pilot trial of prazosin, an alpha-1 adrenergic antagonist, for comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(5):808-817.
3. Simpson TL, Saxon AJ, Meredith CW, et al. A pilot trial of the alpha-1 adrenergic antagonist, prazosin, for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(2):255-263.
4. Fox HC, Anderson GM, Tuit K, et al. Prazosin effects on stress- and cue-induced craving and stress response in alcohol-dependent individuals: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(2):351-360.
5. Haass-Koffler CL, Swift RM, Leggio L. Noradrenergic targets for the treatment of alcohol use disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018;235(6):1625-1634.
6. Gross G, Hanft G, Mehdorn HM. Demonstration of alpha 1A- and alpha 1B-adrenoceptor binding sites in human brain tissue. *Eur J Pharmacol*. 1989;169(2-3):325-328.
7. Back SE, Flanagan JC, Jones JL, et al. Doxazosin for the treatment of co-occurring PTSD and alcohol use disorder: Design and methodology of a randomized controlled trial in military veterans. *Contemp Clin Trials*. 2018;73:8-15.
8. Haass-Koffler CL, Goodyear K, Zywiak WH, et al. Higher pretreatment blood pressure is associated with greater alcohol drinking reduction in alcohol-dependent individuals treated with doxazosin. *Drug Alcohol Depend*. 2017;177:23-28.

9. Kenna GA, Haass-Koffler CL, Zywiak WH, et al. Role of the alpha1 blocker doxazosin in alcoholism: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Addict Biol.* 2016;21(4):904-914.
10. Kirby RS, Chapple CR, Sethia K, Flannigan M, Milroy EJ, Abrams P. Morning vs evening dosing with doxazosin in benign prostatic hyperplasia: efficacy and safety. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 1998;1(3):163-171.
11. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology.* 2014:1-6.
12. Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow-back. In: *Measuring alcohol consumption.* Springer; 1992:41-72.
13. Sullivan J, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo C, Sellers E. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar),[www]. *Canadian Medical Association Journal* Verfügbar unter: <http://www.cma.ca/cmaj>. 1989;160.
14. Akduman B, Crawford ED. Terazosin, doxazosin, and prazosin: current clinical experience. *Urology.* 2001;58(6 Suppl 1):49-54.
15. Swift R, Oslin DW, Alexander M, Forman R. Adherence monitoring in naltrexone pharmacotherapy trials: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs.* 2011;72(6):1012-1018.
16. Litten RZ, Bradley AM, Moss HB. Alcohol biomarkers in applied settings: recent advances and future research opportunities. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(6):955-967.
17. Wilcox C. Might Diastolic Blood Pressure Indicate a Subtype of Alcohol Use Disorder? *NEJM Watch.* [http://www.jwatch.org/na44488/2017/07/07/might-diastolic-blood-pressure-indicate-subtype-alcohol?query=etoc\\_jwpsych&jwd=000020108236&jspc=P](http://www.jwatch.org/na44488/2017/07/07/might-diastolic-blood-pressure-indicate-subtype-alcohol?query=etoc_jwpsych&jwd=000020108236&jspc=P). Published 2017. Accessed.

## NIH Publishing Agreement & Manuscript Cover Sheet

By signing this Cover Sheet, the Author, on behalf of NIH, agrees to the provisions set out below, which **modify and supersede**, solely with respect to NIH, any conflicting provisions that are in the Publisher's standard copyright agreement (the "Publisher's Agreement"). If a Publisher's Agreement is attached, execution of this Cover Sheet constitutes an execution of the Publisher's Agreement, subject to the provisions and conditions of this Cover Sheet.

1. **Indemnification.** No Indemnification or "hold harmless" obligation is provided by either party.
2. **Governing Law.** This agreement will be governed by the law of the court in which a claim is brought.
3. **Copyright.** Author's contribution to the Work was done as part of the Author's official duties as a NIH employee and is a Work of the United States Government. Therefore, copyright may not be established in the United States. 17 U.S.C. § 105. If Publisher intends to disseminate the Work outside of the U.S., Publisher may secure copyright to the extent authorized under the domestic laws of the relevant country, subject to a paid-up, nonexclusive, irrevocable worldwide license to the United States in such copyrighted work to reproduce, prepare derivative works, distribute copies to the public and perform publicly and display publicly the work, and to permit others to do so.
4. **No Compensation.** No royalty income or other compensation may be accepted for work done as part of official duties. The author may accept for the agency a limited number of reprints or copies of the publication.
5. **NIH Representations.** NIH represents to the Publisher that the Author is the sole author of the Author's contribution to the Work and that NIH is the owner of the rights that are the subject of this agreement; that the Work is an original work and has not previously been published in any form anywhere in the world; that to the best of NIH's knowledge the Work is not a violation of any existing copyright, moral right, database right, or of any right of privacy or other intellectual property, personal, proprietary or statutory right; that where the Author is responsible for obtaining permissions or assisting the Publishers in obtaining permissions for the use of third party material, all relevant permissions and information have been secured; and that the Work contains nothing misleading, obscene, libelous or defamatory or otherwise unlawful. NIH agrees to reasonable instructions or requirements regarding submission procedures or author communications, and reasonable ethics or conflict of interest disclosure requirements unless they conflict with the provisions of this Cover Sheet.
6. **Disclaimer.** NIH and the Author expressly disclaim any obligation in Publisher's Agreement that is not consistent with the Author's official duties or the NIH mission, described at <http://www.nih.gov/about/>. NIH and the Author do not disclaim obligations to comply with a Publisher's conflict of interest policy so long as, and to the extent that, such policy is consistent with NIH's own conflict of interest policies.
7. **For Peer-Reviewed Papers to be Submitted to PubMed Central.** The Author is a US government employee who must comply with the NIH Public Access Policy, and the Author or NIH will deposit, or have deposited, in NIH's PubMed Central archive, an electronic version of the final, peer-reviewed manuscript upon acceptance for publication, to be made publicly available no later than 12 months after the official date of publication. The Author and NIH agree (notwithstanding Paragraph 3 above) to follow the manuscript deposition procedures (including the relevant embargo period, if any) of the publisher so long as they are consistent with the NIH Public Access Policy.
8. **Modifications.** PubMed Central may tag or modify the work consistent with its customary practices and with the meaning and integrity of the underlying work.

The NIH Deputy Director for Intramural Research, Michael Gottesman, M.D., approves this publishing agreement and maintains a single, signed copy of this text for all works published by NIH employees, and contractors and trainees who are working at the NIH. No additional signature from Dr. Gottesman is needed.

Author's name: Lorenzo Leggio

Author's Institute or Center: NIDA Check if Publisher's Agreement is attached

Name of manuscript/work: When clinical practice precedes human research: A case study of integration of f

Name of publication: Alcologia

Lorenzo  
Leggio -S

Author's signature

Digitally signed by Lorenzo Leggio -S  
DN: c=US, o=U.S. Government, ou=HHS,  
ou=NIH, ou=People, cn=Lorenzo Leggio -S,  
0.9.2342.19200300.100.1.1-2001040732  
Date: 2016.03.18 12:25:09 -0400

July 22/2020

Date

NIH OGC August 2008

**Alessandra Lugo**, Laboratorio di Epidemiologia degli Stili di Vita, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

**Silvano Gallus**, Laboratorio di Epidemiologia degli Stili di Vita, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

### IL RUOLO DEL FUMO SU COVID-19

Nella letteratura scientifica, ormai diversi studi si sono occupati di approfondire la relazione tra fumo di tabacco e incidenza di Covid-19 o gravità della malattia da Covid-19 (complicanze, ricovero, terapia intensiva, o mortalità).

Attualmente, le conoscenze più complete che si hanno sull'argomento provengono da una revisione sistematica "vivente" (cioè che viene aggiornata periodicamente con tutti i nuovi studi pubblicati), condotta da David Simons e altri colleghi inglesi [1]. Questa revisione ha raccolto le informazioni dagli studi osservazionali e sperimentali pubblicati finora, includendo un totale di 148 studi, ed evidenziando una sostanziale incertezza sull'associazione tra fumo e Covid-19.

In 12 studi di buona qualità (cioè, con una bassa percentuale di dati mancanti sullo stato di fumo e con una distinzione tra fumatori, ex-fumatori e non fumatori), nessuna differenza in termini di positività al test per Covid-19 è stata osservata tra ex-fumatori e non fumatori. I fumatori, invece, avevano un minor rischio di risultare positivi rispetto ai non fumatori (rischio relativo, RR: 0,70; intervallo di confidenza, IC, al 95%: 0,55-0,88). Una possibile spiegazione che è stata data è che i fumatori siano stati più frequentemente sottoposti al test perché più frequentemente riportavano sintomi come gusto o olfatto alterati o tosse. Questo ha portato ad una maggior proporzione di test negativi tra i fumatori.

La revisione sistematica e meta-analisi di Simons e colleghi non mostrava differenze significative tra fumatori e non fumatori per quanto riguarda il rischio di ricovero in ospedale. Rispetto ai non fumatori, il RR di ospedalizzazione per Covid-19, basato su 7 studi di buona qualità, era di 1,06 (IC al 95%: 0,79-1,44). Nessuna differenza veniva anche osservata tra ex-fumatori e non fumatori.

Per quanto riguarda la gravità della malattia, diversi studi importanti hanno mostrato come il fumo sia associato ad un decorso peggiore di Covid-19. In particolare, almeno 6 studi di alta qualità mostravano un maggior rischio di gravità di malattia per gli ex-fumatori (RR: 1,58; IC al 95%: 1,07-2,32) rispetto ai non fumatori. Per i fumatori è stata osservata una associazione al limite della significatività statistica (RR: 1,22; IC al 95%: 0,98-1,53).

Più importante, c'è evidenza, basata su 5 studi di alta qualità, che sia i fumatori (RR: 1,70; IC al 95%: 1,14-2,55) che gli ex-fumatori (RR: 2,00; IC al 95%: 1,57-2,55) hanno un eccesso di rischio significativo di morire per Covid-19 rispetto ai non fumatori.

In conclusione, la maggior parte degli studi clinico-epidemiologici che sono stati condotti finora per quantificare il ruolo del fumo di tabacco su incidenza, ospedalizzazione, gravità e mortalità per

Covid-19 hanno maggiori limitazioni metodologiche. Sono necessarie ricerche di alta qualità - e specifiche per il fumo - per poter fornire evidenze consistenti su questa associazione. L'attuale letteratura scientifica permette di concludere che il fumo è associato ad un aumento della gravità della malattia e della morte nei pazienti ospedalizzati per Covid-19, e che la cessazione rimane una priorità di salute pubblica anche per questa nuova malattia. Questa è anche la conclusione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

#### Per Contatti

**Silvano Gallus** Istituto di ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS

E mail: [silvano.gallus@marionegri.it](mailto:silvano.gallus@marionegri.it)

#### **Bibliografia**

1. Simons, D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalisation and mortality from COVID-19: A living rapid evidence review (version 5). Qeios; doi.org/10.32388/UJR2AW.6].  
Disponibile online presso: <https://www.qeios.com/read/UJR2AW.6>

Giovanni Battista Modonutti, Gruppo di Ricerca sull'educazione alla Salute (GRES), Trieste  
Fulvio Costantinides, Gruppo di Ricerca sull'educazione alla Salute (GRES), Trieste

## IL VIVERE QUOTIDIANO DEGLI ADOLESCENTI CON LA E-CIG IN FRIULI-VENEZIA GIULIA

### Riassunto

La presenza e la fruibilità dei prodotti alternativi "al fumo di tabacco tradizionale", fra questi la e-cig, suscita un'allerta generalizzato, in particolare nei confronti dei giovani, in quanto sono ritenuti un possibile facilitatore l'approccio, l'uso precoce del fumo di tabacco e la dipendenza da nicotina. Così come si sono presentati i 447 adolescenti scolarizzati coinvolti - un terzo femmine - rivelano una precoce - in media a 14,8aa, 9 su 10 prima dei 18aa - e diffusa sperimentazione - 4 studenti su 10 - della e-cig, un quarto dei quali diventa svappatore. Al momento, uno studente su dieci fa uso della e-cig, ha in media 16,1aa, 8 su dieci sono minorenni, svappano mediamente 1,3 volte al giorno, un terzo degli svappatori lo fa con frequenza quotidiana ed altrettanti mensilmente. In questo contesto le femmine si rivelano più precoci ed indulgenti dei maschi nell'uso della e-cig. Benché le opinioni espresse dagli adolescenti rispondenti - quattro su dieci - nei confronti della e-cig siano prevalentemente negative - una su due -, nel background culturale di quattro rispondenti su dieci, le ragazze - tre su dieci - meno tolleranti dei coetanei - uno su due -, manifestano un'opinione "inopinatamente positiva", poco responsabile e inconsapevole dei rischi associati alla sperimentazione ed all'uso precoce della e-cig.

**Parole chiave:** e-cig, adolescenti scolarizzati, sperimentazione, modalità d'uso, opinioni

### Abstract

The presence and usability of alternative products "to traditional tobacco smoke", including the electronic cigarette, a generalized alert, in particular towards young people, as the approach and early use are considered a possible facilitator tobacco smoke and nicotine addiction. 447 involved school-aged teenagers - one third of girls - reveal an early - on average at 14.8aa, 9 out of 10 before 18aa - and widespread experimentation - 4 out of 10 students - of the e-cig, a quarter of whom become svappatore. At the moment, one in ten students use e-cig, they have an average of 16.1aa, 8 out of ten are minors, they sweat on average 1.3 times a day, a third of the swimmers do so with daily frequency and as many monthly. In this context, females are more precocious and indulgent than males in the use of e-cig. Although the opinions expressed by the respondent adolescents - four out of ten - towards the e-cig are mainly negative - one out of two -, in the cultural back ground of four out of ten respondents, the girls - three out of ten - less tolerant than their peers - one out of two -, express an "unexpectedly positive" opinion, not very responsible and unaware of the risks associated with the experimentation and early use of the e-cig.

**Key words:** e-cig, school children, experimentation, method of use, opinions

## **INTRODUZIONE**

La e-cig è uno dei dispositivi “alternativi ai prodotti tradizionali del fumo di tabacco” che fin dalla sua comparsa ha suscitato interesse e stimolato la discussione sia sul suo possibile impiego nella “riduzione del danno da fumo” [1-7], sia riguardo al sospetto che la e-cig, proposta come “alternativa a minor rischio del fumo tradizionale”, possa costituire un presidio distraente e un subdolo “passe-partout” a favore della iniziazione al fumo di tabacco tradizionale, alla dipendenza da nicotina [1-4,8-12] e ad influenzare negativamente la qualità della vita [8-12].

A questo proposito una particolare attenzione viene rivolta alle fasce più giovani della popolazione in quanto appare consolidato che “più precoce è l’approccio e l’uso dei prodotti del tabacco maggiore è il rischio di problemi psico medico sociali tabacco correlati” [2-3,6-15].

In quest’ottica, la volontà di conoscere il vivere quotidiano degli adolescenti, far emergere le eventuali criticità alle quali risultano esposti, verificare l’adeguatezza e l’efficacia delle “buone pratiche” proposte da un partner privilegiato qual è la Scuola [16], ci ha spinto a dar seguito ed estendere - a partire dall’esperienza pregressa con le Istituzioni scolastiche [17-21] - uno studio osservazionale sullo stile di vita degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado (SS2).

### **Scopo della ricerca**

Lo studio si propone di far luce e monitorare le abitudini, gli atteggiamenti, i comportamenti, le conoscenze e la percezione dei rischi associati all’uso delle sostanze voluttuarie - bevande alcoliche, fumo di tabacco, nervini... - ai quali fare riferimento nella programmazione, attuazione e valutazione della efficacia degli eventuali interventi di informazione, sensibilizzazione, prevenzione e promozione della salute proposti dalla Scuola nell’ambito del progetto “Benessere” [22].

### **Materiali e Metodi**

Pertanto, in collaborazione con le componenti scolastiche<sup>1</sup>, nel periodo febbraio-marzo 2019, è stato chiesto agli studenti delle SS2 di rispondere - nel rispetto della privacy<sup>2</sup>, durante l’orario delle attività didattiche curricolari<sup>3</sup> - alle domande proposte da una scheda questionario (SQ) - anonima, autosomministrata, semi strutturata - appositamente predisposta [23] per raccogliere elementi che consentano di stimare, nell’ambito dei comportamenti tabagici, l’età e la prevalenza degli/le sperimentatori/trici della e-cig, l’età e la prevalenza e degli/le svappatori/trici [24-26], stabilire la quantità e la frequenza d’uso della e-cig e dar voce al pensiero degli/le adolescenti in proposito.

Le risposte fornite dagli/le studenti/esse sono state opportunamente codificate, computerizzate in

---

<sup>1</sup> Docenti, Famiglie, Studenti, Personale ATA.

<sup>2</sup> D.Lgs. 196/2003 e Regolamento europeo GPDR 679/2016

<sup>3</sup>In compresenza con un insegnante e avvalendosi dell’assistenza di un componente del Gruppo di Ricerca sull’educazione alla Salute di Trieste (GRES) per risolvere eventuali incomprensioni o problemi lessicali presentati dal testo delle domande.

una matrice Excel, sottoposte a revisione critica ed elaborate utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) [27-29]. Per la descrizione dei risultati sono state utilizzate, di volta in volta, le frequenze assolute (n) e/o relative (%), la media aritmetica campionaria (x) e l'intervallo di confidenza corrispondente (IC95%).

La significatività degli eventi è stata valutata utilizzando il t-Test di Student, per il confronto fra le medie aritmetiche campionarie, ed il test del Chi-quadrato ( $\chi^2$ ) per il confronto fra le frequenze, utilizzando talvolta la correzione di Yates talaltra il metodo esatto di Fisher [30-32].

La ricerca ha coinvolto 447 studenti, 293 maschi (65,5%) e 154 femmine (35,5%), scelti a random<sup>4</sup> fra gli iscritti a cinque sezioni di Istituti Tecnici e Professionali della provincia di Gorizia<sup>5</sup>. La popolazione scolastica ha dichiarato un "età compresa fra i 13 ed i 21 anni (M: 13-21aa; F: 14-21aa;), un' età media di 16,4 anni (IC95%:16,2-16,5aa) - uguale fra maschi (x: 16,4aa;IC95%: 16,2- 16,5aa) e femmine (x:16,4; IC95%: 16,1-16,6aa) - nella quale i/le minorenni che ammontano al 72,9% (M: 73,0%; F: 72,7%) prevalgono nettamente (<18aa vs  $\geq$ 18aa: p<0,0005) sui/le compagni/e di scuola maggiorenni che costituiscono il 27,1% della comunità scolastica (M: 27,0%; F: 27,3%).

## RISULTATI

### L'iniziazione alla e-cig

La sperimentazione della e-cig è una esperienza che afferma di aver già fatto il 43,6% degli studenti/esse interpellati/e, eventualità che ha coinvolto il 44,7% dei maschi ed il 41,6% delle compagne di scuola (Tab.1).

Sperimentazione della e-cig	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
NR	27,6	26,0	27,1
No	27,6*	32,5°	29,3^
Si	44,7*	41,6°	43,6^

Tab. 1 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) che hanno già provato a svappare.  
\*.\*^ p<0,0005

<sup>4</sup> Campionamento a grappolo delle classi scolastiche presenti in ciascun Istituto scolastico

<sup>5</sup> G. Brignoli di Gradisca d'Isonzo (GO), L. Einaudi e G. Marconi di Staranzano (GO), RM Cossar-L. da Vinci di Gorizia di seguito indicati come "BREIMACODA".

## L'età dalla sperimentazione

La popolazione studentesca (Tab. 2) riferisce di aver provato a svappare per la prima volta fra i 7 ed i 19 aa (M: 7-18aa; F: 10-19aa), mediamente a 14,8 anni (IC95%: 14,6-15,1aa), i ragazzi a 14,7aa (IC95%: 14,1-15,1aa) le ragazze a 15,0aa (IC95%: 14,6- 15,4aa).

Parametri	Maschi (anni)	Femmine (anni)	MF (anni)
RANGE	7-18	10-19	7-19
x	14,7	15,0	14,8
SD	2,01	1,58	1,87
ES	0,18	0,20	0,13
IC95%	14,1-15,1	14,6-15,4	14,6-15,1

Tab. 2 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/le per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) affermano di aver provato a svappare per la prima volta.

In particolare, l'1,5% degli sperimentatori/trici (Tab. 3) ha provato a svappare per la prima volta fra i 6 ed i 10 anni (M: 1,5%; F: 1,6%), età in cui solitamente si frequenta la Scuola Primaria (SP). Prevalgono decisamente su questi ultimi (SS1 vs SP=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) il 37,4% degli sperimentatori (M: 38,2%; F: 35,9%) che datano la loro prima esperienza con la e-cig fra gli 11 ed i 14 anni (M: 38,2%; F: 35,9%), età in cui si studia alla Scuola Secondaria di 1° grado (SS1). In assoluto i più rappresentati (SS2 vs SP=> M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) risultano il 53,8% degli/le adolescenti che hanno già sperimentato la e-cig (M: 51,1%; F: 59,4%) e riconducono l'evento dopo i 14 anni, vale a dire durante gli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado (SS2).

Età (anni)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
NR	9,2	3,1	7,2
6-10aa	1,5 <sup>w,j</sup>	1,6 <sup>x,k</sup>	1,5 <sup>y,l</sup>
11-14aa	38,2 <sup>a,w</sup>	35,9 <sup>b,x</sup>	37,4 <sup>c,y</sup>
≥15aa	51,1 <sup>a,j</sup>	59,4 <sup>b,k</sup>	53,8 <sup>c,l</sup>
<18aa	84,7*	92,2°	87,2^
≥18aa	6,1*	4,7°	5,6^

Tab. 3 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) che hanno già provato a svappare in funzione dell'età in cui lo hanno fatto per la prima volta. a) p<0,05; b) p<0,01; c) p<0,005; j,k,l,w,x,y,\*,°,^ p<0,0005

Gli/le sperimentatori/trici che hanno provato a svappare mentre frequentavano la SS2 prevalgono di gran lunga (SS2 vs SS1=> M: p<0,05; F: p<0,01; MF: p<0,005) su quelli che lo hanno fatto nel corso degli studi alla SS1. A ben guardare, l'87,2% degli studenti che hanno già provato a svappare (M: 84,7%; F: 92,2%) lo ha fatto prima dei 18aa, mentre il 5,6% dei compagni di studi (M: 6,1%; F: 4,7%) - una netta minoranza (<18aa vs ≥18aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) - riferisce di aver sperimentato la e-cig dopo aver raggiunto la maggiore età (M: 6,1%;

F: 4,7%).

### La prevalenza degli/le svappatori/trici

Al momento (Fig. 4), l'88,6% della popolazione studentesca (M: 87,0%; F: 91,6%), la maggioranza (SVN vs SVS=> M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ), afferma di non fare alcun uso della e-cig (SVN), mentre l'11,4% degli/le adolescenti ingaggiati/e dalla ricerca (M: 13,0%; F: 8,4%) dichiara di svappare (SVS).

Uso della e-cig	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
No (SVN)	87,0*	91,6°	88,6^
Si (SVS)	13,0*	8,4°	11,4^

Tab. 4 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) in funzione dell'attuale utilizzo della e-cig. \*°^ p<0,0005

Dal confronto puntuale fra gli/le studenti/esse che hanno ammesso di aver già avuto una prima esperienza con la e-cig e quelli che attualmente svappano (Tab. 5) emerge che il 26,2% degli/le sperimentatori/trici (SPS) - solo una significativa minoranza (SPS vs SPN=> M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ) - hanno deciso di continuare a fare un qualche uso della e-cig (M: 29,0%; F: 20,3%) [18].

Uso della e-cig	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
NR	3,8	0,0	2,6
No (SPN)	67,2*	79,7°	71,3^
Si (SPS)	29,0*	20,3°	26,2^

Tab. 5 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) che hanno già provato a svappare in funzione dell'attuale utilizzo della e-cig. \*°^ p<0,0005

Gli/Le attuali svappatori/trici (Tab. 6) hanno fra i 14 ed i 20 anni (M: 14-20aa; F: 14 -18aa), un'età media di 16,1aa (IC95%:15,7-16,5aa) e le svappatrici risultano mediamente (x: 15,5aa; IC95%:14,8-16,2aa) più giovani (F vs M:  $p<0,08$ ) degli svappatori (X: 16,3aa; IC95%: 15,8-16,8aa).

Parametri età	Maschi (anni)	Femmine (anni)	MF (anni)
RANGE	14-20	14-18	14-20
x	16,3 <sup>a</sup>	15,5 <sup>a</sup>	16,1
SD	1,54	1,27	1,51
ES	0,25	0,35	0,21
IC95%	15,8-16,8	14,8-16,2	15,7-16,5

Tab. 6 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della età media (IC95%), specifici/le per genere, dell'età degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che affermano di svappare. <sup>a</sup>) p<0,08.

Sia nella popolazione scolastica in toto che in quella di entrambi i generi (Tab. 7) i/le svappatori/trici minorenni (M: 73,7%; F: 92,3%; MF: 78,4%) prevalgono decisamente (<18aa vs ≥18aa=> M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) sui/le compagni/e di studi maggiorenni (M: 26,3%; F: 7,7%; MF: 21,6%).

Età (anni)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
<18aa	73,7 <sup>*</sup>	92,3 <sup>°</sup>	78,4 <sup>^</sup>
≥18aa	26,3 <sup>*</sup>	7,7 <sup>°</sup>	21,6 <sup>^</sup>

Tab. 7 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse svappatori censiti/e nelle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) in funzione dell'età. <sup>\*</sup>,<sup>°</sup>,<sup>^</sup>) p<0,0005

### Modalità d'uso della e-cig

Ammettono di fare un qualche uso quotidiano (Gi) della e-cig il 35,3% (M: 31,6%; F: 46,2%) degli svappatori/trici (Tab. 8).

Frequenza dell'uso della e-cig	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Giorno (Gi)	31,6 <sup>g</sup>	46,2 <sup>b,h</sup>	35,3 <sup>c,i</sup>
Settimana (Se)	21,1	7,7 <sup>b,m</sup>	17,6 <sup>c,n</sup>
Mese (Me)	34,2 <sup>r</sup>	46,2 <sup>m,s</sup>	37,3 <sup>n,t</sup>
Anno (An)	13,2 <sup>*,g,r</sup>	0,0 <sup>*,h,s</sup>	9,8 <sup>i,t</sup>

Tab. 8 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) che utilizzano la e-cig in funzione della frequenza d'uso. <sup>g</sup>) p<0,06; <sup>b,c,m,n,r</sup>) p<0,05; <sup>h,s</sup>) 0,01; <sup>i,t</sup>) p<0,005; <sup>\*</sup>) p<0,0005

Di gran lunga più ridotta (Gi vs Se=> F: p<0,05; MF: p<0,05) e pari al 17,6% risulta la percentuale di quelli/e che utilizzano la e-cig con frequenza settimanale (Se) (M: 21,1%; F: 7,7%) ed ancor di più il 9,8% degli/le adolescenti che svappano con frequenza annuale (An) (Gi vs An=> M: p<0,06; F: p<0,01; MF: p<0,005) e fra questi ultimi i maschi (M: 13,2%) si rivelano più rappresentati (M vs F: p<0,0005) delle femmine (0,0%).

Gli/Le adolescenti che utilizzano l'e-cig con frequenza mensile sono in assoluto i/le più numerosi/e, costituiscono il 37,3% degli svappatori/trici (M: 34,2%; F: 46,2%), e risultano prevalere sui/le coetanei/e che fanno uso della e-cig con frequenza settimanale (Me vs Se=> F: p<0,05; MF: p<0,05) ed in misura ancor più accentuata sui/le colleghi/e che la utilizzano annualmente (Me vs An=>M: p<0,05, p<0,01; MF: p<0,005).

A sentir loro gli/le svappatori/trici (Tab. 9) usano l'e-cig con una frequenza variabile fra 0,003 e 20.0 volte al giorno (svp/die) (M: 0,003-20,0 svp/die; F: 0,033-10,0 svp/die), in media 1,3 svp/die (IC95%: 0,4-2,2 svp/die), uso che in qualche misura si rivela più accentuato fra le ragazze (x: 2,0 svp/die; IC95%: 0,3-3,6 svp/die) rispetto ai compagni di scuola (x: 1,1 svp/die; IC95%:0,0- 2,1 svp/die).

Parametri	Maschi (svp/die)	Femmine (svp/die)	MF (svp/die)
RANGE	0,003-20,0	0,033-10,0	0,003-20,0
x	1,1	2,0	1,3
SD	3,258	2,964	3,196
ES	0,53	0,82	0,45
IC95%	0,0-2,1	0,3-3,6	0,4-2,2

Tab. 9 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/le per genere, del "consumo/utilizzo" della e-cig da parte degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA"(GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19).

### Le opinioni nei confronti della e-cig

Il pensiero degli/le adolescenti nei confronti della e-cig, frutto delle esperienze acquisite e del contesto socio-culturale di appartenenza, è in grado di "orientare nel bene e nel male" il loro vivere quotidiano e rappresenta un patrimonio di conoscenze al quale fare riferimento nella promozione della salute.

Per disporre di queste informazioni, essenziali per la programmazione scolastica, è stato chiesto agli/le studenti/esse coinvolti/e: "indica con tre parole cosa pensi della e-cig".

Hanno espresso il loro pensiero sulla e-cig il 40,5% degli/le adolescenti (Tab. 10) ed i maschi (43,3%) si sono dimostrati in qualche misura (p<0,09) più collaborativi delle coetanee (35,1%).

Quale che sia la popolazione considerata gli/le studenti/esse non rispondenti (Nri) prevalgono

sempre (Nri vs Sri => M:  $p < 0,001$ ; F:  $p < 0,0005$ ; MF:  $p < 0,0005$ ) sui/le compagni/e di scuola che hanno fornito la loro opinione sulla e-cig (Sri).

Opinioni	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
No (Nri)	56,7*	64,9°	59,5^
Si (Sri)	43,3 <sup>a,*</sup>	35,1 <sup>a,°</sup>	40,5^

Tab. 10 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S.2018/19) che hanno fornito la loro opinione sulla e-cig. <sup>a</sup>)  $p < 0,09$ ; \*)  $p < 0,001$ ; °,^)  $p < 0,0005$

Una prima lettura delle risposte (Tab. 11) evidenzia che il 52,4% delle opinioni espresse nei confronti della e-cig dalla popolazione studentesca rispondente (PSR) ha una connotazione "negativa" (Rin).

Opinioni	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non classificabile.	4,6	2,8	4,0
Positive (Rip)	49,4°	30,6 <sup>°,€</sup>	43,6 <sup>°</sup>
Negative (Rin)	46,1^	66,7 <sup>^,€</sup>	52,4 <sup>°</sup>

Tab. 11 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, dell'orientamento delle opinioni espresse nei confronti della e-cig dagli/le studenti/esse rispondenti delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolte nella ricerca (A.S.2018/19). <sup>°</sup>)  $p < 0,025$ ; °)  $p < 0,005$ ; ^,€)  $p < 0,0005$

Per contro, chiaramente meno numerose (Rin vs Rip:  $p < 0,025$ ) e pari al 43,6% si rivelano le risposte dei/le colleghi/e rispondenti riconducibili ad una opinione "positiva" (Rip), mentre per il 4,0% dei pensieri sulla e-cig non è stato possibile stabilire un preciso orientamento (M: 4,6%; F: 2,8%).

Se si guarda al genere, si ha riscontro che le risposte con una connotazione positiva espresse dalla popolazione maschile nei confronti della e-cig risultano più copiose di quelle fornite da quella femminile (M: 49,4%; F: 30,6%;  $p < 0,005$ ). Viceversa, sono le opinioni negative espresse dalle studentesse nei confronti della e-cig a prevalere decisamente su quelle espresse dai coetanei M: 66,7%; F: 46,1%;  $p < 0,0005$ ). Limitatamente al genere femminile, i pensieri connotati negativamente nei confronti della e-cig risultano prevalere significativamente su quelli positivi (Neg vs Pos =>  $p < 0,0005$ ).

## Le opinioni positive

Approfondendo l'analisi riguardante il pensiero positivo espresso dagli/le adolescenti emerge che il 19,9% della PSR (M: 21,6%; F: 16,7%) ritiene la e-cig "utile"<sup>6</sup>.

Non esita a definirla "buona, piacevole" il 13,8% dei rispondenti (M: 14,2%; F: 13,0%), il 2,8% pensa che sia "gustosa, saporita" (M: 2,4%; F: 3,7%), il 2,2% "comoda" (M: 3,1%; F: 0,0%), un altro 1,7% la ritiene "profumata" (M: 2,4%; F: 0,0%) e lo 0,6% la definisce "leggera" (M: 0,0%; F: 1,9%).

Dedica espressioni positive all'uso della e-cig il 7,7% della PSR che afferma è "bello, uno sbalzo, figo" (M: 7,1%; F: 9,3%), oppure il 5,0% che lo reputa "divertente, distraente, un giocattolo" (M: 6,3%; F: 1,9%) ed il 2,8% che lo definisce "rilassante e disinibente" (M: 3,1%; F: 1,9%).

La e-cig "va di moda, è super, moderna" è il pensiero che accomuna il 2,8% della PSR (M: 2,4%; F: 3,7%) ed il 2,2% dei rispondenti che la considerano "una novità, ingegnosa, valida, ecologia" (M: 3,2%; F: 0%).

Dall'inevitabile confronto con il fumo di tabacco tradizionale emerge che l'8,8% della PSR afferma "la e-cig è meglio, più sicura della sigaretta e del fumo di tabacco" (M: 11,0%; F: 3,7%). "Aiuta a smettere di fumare, è un'alternativa, un sostituto della sigaretta" è quanto dichiara il 6,1% dei/le rispondenti a proposito della e-cig (M: 6,3%; F: 5,6%), mentre per il 3,3% la e-cig "fa bene, è salutare, un salvavita" (M: 4,7%; F: 0,0%) e lo 0,6% reputa che sia "innocua" (M: 0,8%; F: 0,0%). Infine, sono pari al 2,8% dei rispondenti, solo maschi (M: 3,9%; F: 0,0%), gli studenti convinti che l'uso della e-cig sia "conveniente e faccia risparmiare".

## Le opinioni negative

Esplorando le opinioni negative si scopre che "l'inutilità ed il non senso (Inu)" della e-cig viene riconosciuto dal 38,1% della PSR con una marcata prevalenza delle ragazze sui compagni di scuola (M: 33,9%; F: 48,1%;  $p < 0,06$ ).

Meno numerosi/e di questi/e ultimi/e (Inu vs Sal => M:  $p < 0,05$ ; MF:  $p < 0,09$ ) e pari al 29,3% si rivelano gli/le adolescenti rispondenti, le ragazze decisamente più rappresentate dei coetanei (M: 22,0; F: 46,3%;  $p < 0,005$ ), che ritengono l'uso della e-cig "un rischio per la salute" (Sal). Nel dettaglio, manifesta la propria preoccupazione definendo "dannoso, nocivo, tossico" l'uso della e-cig il 10,5% della PSR (M: 7,1%; F: 18,6%), mentre il 6,1% lo reputa "pericoloso" (M: 4,7%; F: 9,3%) ed un altro 5,5% lo ritiene "causa di malattia" (M: 4,7%; F: 7,4%).

A seguire, ammontano al 2,2% i/le rispondenti che ritengono l'uso della e-cig in grado di creare "dipendenza" (M: 1,6%; F: 3,7%), l'1,7% ne sottolinea la "insalubrità" (M: 1,6%; F: 1,9%), per l'1,1% "fa venire voglia di fumare" (M: 0,8%; F: 1,9%), mentre lo 0,6% è del parere che "non aiuta a

---

<sup>6</sup> Gli studenti rispondenti (PSR) sono il denominatore utilizzato per il calcolo delle percentuali. La somma delle percentuali può essere superiore al 100% in quanto gli studenti avevano la possibilità di fornire tre risposte alla domanda.

smettere” (M: 0,0%; F: 1,9%) oppure che è “tossica” (M: 0,0%; F: 1,9%) o “cattiva” (M: 0,0%; F: 1,9%).

Si soffermano sull’aspetto economico il 16,1% dei/le rispondenti (M: 14,2%; F: 20,4%), in particolare il 14,4% definendo l’uso della e-cig “costoso, dispendioso” (M: 13,4%; F: 16,7%), un altro 1,2% ritenendolo “un business” (M: 0,79%; F: 1,9%) e lo 0,6% uno “spreco di soldi” (M: 0,0%; F: 1,9%).

Sono riconducibili ad una sensazione di “disgusto” le opinioni negative espresse dal 2,8% della PSR nei confronti della e-cig (M: 3,1%; F: 1,9%), l’1,7% la percepisce come una “molestia” (M: 0,8%; F: 3,7%), altrettanti la identificano con il “fastidio prodotto dal fumo” (M: 1,6%; F: 1,9%) e lo 0,6% con la “puzza” che ne deriva (M: 0,0%; F: 1,9%).

L’idea che l’uso della e-cig sia una cosa “stupida” viene fatta propria dal 5,5% dei/le studenti/esse rispondenti (M: 5,5%; F: 5,6%) e lo 0,6% pensa che utilizzare l’e-cig sia sinonimo di “fragilità” (M: 0,8%; F: 0,0%) o di “infantilismo” (M: 0,8%; F: 0,0. %).

Ancora, l’1,1% dei/le rispondenti definisce la e-cig “una cosa strana” (M: 1,6%; F:0,0 %), lo 0,6% non esita, di volta in volta, a ritenerla “imbarazzante” (M: 0,8%; F: 0,0%), “dolorosa” (M: 0,8%; F: 0,0%), “una rovina” (M: 0,8%; F: 0,0%) oppure afferma “non mi piace” (M: 0,0%; F: 1,9%).

## **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

La descrizione che gli studenti del BREIMACODA hanno fornito sui loro rapporti nei confronti e-cig consente di:

- datare con accuratezza l’età della sperimentazione e quindi di acquisire consapevolezza di “quando/a che età” ed in che ambito mettere in atto programmi di dissuasione all’approccio e all’uso della e-cig;
- mettere in luce la precocità e la diffusione della iniziazione alla e-cig da parte degli adolescenti che costituisce motivo di costante attenzione e preoccupazione [1-2,33-36];
- stabilire la percentuale degli adolescenti che dopo la sperimentazione della e-cig “hanno scelto” di continuare a farne un qualche uso;
- stimare la prevalenza degli svappatori/trici che, “comunque intollerabile”, risulta in questo contesto scolastico più elevata di quella che il Sistema di Sorveglianza PASSI 2015-18 attribuisce alla popolazione italiana di età 18-69 anni (2018: 2,1%) [37-39], e inferiore, ma dello stesso ordine di grandezza, di quella rilevata dalla più recente indagine sui giovani GYTS 2018 (2018:18%) [40-42];
- far emergere la giovane età degli svappatori/trici, per la maggior parte minorenni, e la frequenza d’uso della e-cig che testimoniano come sia già “un fatto” l’esposizione degli adolescenti a maggior rischio di problemi psico medico sociali tabacco correlati;
- evidenziare nel bagaglio culturale della popolazione scolastica coinvolta il radicamento di

pensieri positivi nei confronti della e-cig che, frutto di un adeguamento a stereotipi dominanti, di conoscenze superficiali, il più delle volte scorrette e decisamente tolleranti, sono in grado di influenzare, minimizzandola, la percezione dei rischi ai quali la salute viene esposta, favorire e incentivare l'approccio e l'utilizzo della e-cig [43-44].

Quanto detto deve sollecitare le agenzie educative più vicine e coinvolte nella promozione della salute delle giovani generazioni – famiglia, scuola, società sportive, associazionismo ... - a riflettere, interrogarsi, farsi carico e, se possibile, dare risposta, a proposito di “cosa e chi” ha favorito e favorisce la sperimentazione ed il ricorso a questa “modalità d'uso del fumo di tabacco” da parte degli adolescenti, da un lato rendendo disponibile il prodotto e-cig, disattendendo la legge italiana che regola la sua commercializzazione [45-46], dall'altro ignorando e/o sottovalutando colpevolmente i rischi per la salute a causa della precoce sperimentazione e dell'uso della e-cig. Il vissuto” dei giovani con la e-cig, così come emerge da questo studio, ci induce a condividere il pessimismo da più parti manifestato a proposito della scarsa efficacia delle politiche nei confronti dei prodotti del tabacco [47] ed a riconsiderare - con maggior attenzione, criticità e responsabilità - la programmazione e la valutazione della efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute in ambiente scolastico [7,16,48-49].

Per Corrispondenza:

**Giovanni Battista Modonoditti**, Gruppo di Ricerca sull'educazione alla Salute (GRES), Trieste

E-mail [modonuttigb@gmail.com](mailto:modonuttigb@gmail.com)

## Bibliografia

1. Amram D, Zaga V. Nicotina come Gateway drug. *Tabaccologia* 2015; 1:12-17.
2. Tinghino B. Nuovi prodotti del tabacco e riduzione del danno. *Tabaccologia* 2018; 2:9-16.
3. Lugoboni F, Sacconi A. Dati sull'utilizzo della e-cig in un "ampia coorte di adolescenti: un anticipatore di uso di sostanze illecite? *Tabaccologia* 2018; 2:20-25.
4. Gallus S, Lugo A, Garattini S. Indipendenza delle Società e altre Istituzioni Scientifiche italiane dall'industria del tabacco. *Tabaccologia* 2018; 3:10-13.
5. Zagà V, Gorini G, Cattaruzza MS, Silvano Gallus S. Nuove "sigarette", vecchi pericoli, soliti inganni. *Tabaccologia* 2018; 4:5-10
6. Veronesi C, Borgini A, Ruprecht A, De Marco C Boffi R. Sigarette HTPS ed e-cig: un confronto tra le sostanze dannose generate. *Tabaccologia* 2019; 4:28.
7. Liu X. Conseguenze del consumo di sigaretta elettronica sullo stato di fumo in Italia nel 2019. *Tabaccologia* 2019; 4:30.
8. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med* 2004;27:258-60.
9. Barrington-Trimis JL, Urman R, Berhane K, Unger JB, Cruz TB, Pentz MA, et al. E-Cigarettes and Future Cigarette Use. *Pediatrics*. 2016 Jul;138(1):e20160379 doi: 10.1542/peds.2016-0379.
10. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills AT, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarettes Smoking Among Adolescents and Young Adults: A systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017 Aug 1; 171(8):788-797. doi: 0.1001/jamapediatrics. 2017.1488.
11. Cruz TB, McConnell R, Low BW, Unger JB, Pentz MA, Berhane K, et al. Tobacco Marketing and Subsequent Use of Cigarettes, E-Cigarettes, and Hookah in Adolescents. *Nicotine Tob Res* 2019 Jun 21;21(7):926-932 doi: 10.1093/ntr/nty107.
12. Croghan IT, Schroeder S, Warsame R, Sloan J. Qualità di vita fumo. *Tabaccologia* 2019; 4:8-13.
13. Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality of life of never-smokers, ex-smokers and light, moderate and heavy smokers. *Prev Med* 1999;29:139-44.
14. Bass PF, 3rd, Wilson JF, Griffith CH. The association of health-related quality of life and age of initiation of smoking. *J Ky Med Assoc* 2004;102:96-101.
15. Strandberg AY, Strandberg TE, Pitkala K, Salomaa VV, Tilvis RS, Miettinen TA. The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age: a 26-year prospective study. *Arch Intern Med* 2008;168:1968-74.
16. Coppo A. La prevenzione dell'uso di sostanze basata sulle prove di efficacia. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:77-91.

ISBN:978-88-8874-569-5

17. Modonutti GB, Costantinides F. La sperimentazione tabagica di un gruppo di adolescenti scolarizzati del Friuli-Venezia Giulia (2017/2018) in funzione del comportamento tabagico dei conviventi. *Tabaccologia* 2019; 4:45.
18. Modonutti GB, Costantinides F. Le abitudini tabagiche e la percezione del rischio tabacco correlato espresse da un gruppo di studenti scolarizzati del Friuli-Venezia Giulia (2017/2018) in funzione del comportamento tabagico dei famigliari conviventi. *Tabaccologia* 2019; 4:46.
19. Fragiaco M, Modonutti G.B. Da un'idea alla nascita ed alla realizzazione di un progetto. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:1-10. ISBN:978-88- 8874-569-5.
20. Modonutti G.B. Conoscere per prevenire: realtà, criticità, priorità emerse sul fumo di tabacco in ambiente scolastico. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute* A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:295-331. ISBN:978-88-8874-569-5.
21. Modonutti G.B. Conoscere per prevenire: realtà, criticità, priorità emerse sulle bevande alcoliche in ambiente scolastico. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:333-372. ISBN:978-88-8874-569-5.
22. [http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa//2007/prot1958\\_07.shtml](http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa//2007/prot1958_07.shtml) Ultima visita 15 giugno 2020
23. Signorelli C. *I questionari in epidemiologia*. Società Editrice Universo, Roma, 1998.
24. Brandon TH, Goniewicz ML, Hanna NH, Hatsukami DK, Herbst RS, Hobin JA, et al. Electronic Nicotine Delivery Systems: A Policy Statement From the American Association for Cancer Research and the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2014.59.4465>. Ultima visita 15 giugno 2020
25. Crowley R.A. Electronic Nicotine Delivery Systems: Executive Summary of a Policy. Position Paper From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2015;162:583-584. Doi :10.7326/M14-248.
26. Pinali A, Tomelleri P, Cordioli E, Zamboni L, Biasin C, Zerman M, et al. Uso di e-cigarette in 3 popolazioni di fumatori: utenti dei centri anti-fumo, tossicodipendenti di un SerD e studenti delle superiori. *Tabaccologia* 2016; 4:24-32.
27. Salin M. *Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01*, Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1992
28. Pedone R. *Elementi di analisi dei dati con Excel e SPSS Per la ricerca psicologica ed*

- educativa. Carocci Ed., Napoli, 2010.
29. Giuliani D, Dickson M.M. Analisi statistica con Excel, Apogeo Education - Maggioli Editore, Milano, 2015.
  30. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed. McGraw-Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
  31. Faggiano F, Donato F, Barbone F. Applicazioni di Epidemiologia per la sanità Pub-blica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
  32. Biggeri A., P-value "Il re è morto, viva il re!" Epidemiol Prev 2019; 43 (2-3): 120-121. Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045
  33. Amram D.L. Tabagismo, un problema anche di cuore Tabaccologia 2018, 3:21-28.
  34. Mangiaracina G. Sostanze voluttuarie e comportamenti a rischio, fra promozione e prevenzione: come parlare ai giovani. In: Prevenzione giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2019:93-121.
  35. Zagà V., Amram D. Il fumo di tabacco: le dimensioni di un fenomeno che mette a rischio la salute dei giovani. In: Prevenzione giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2019:183-198.
  36. Antinozzi M, Cattaruzza M.S. Proteggere i ragazzi dagli inganni di *Big Tobacco* e prevenire l'utilizzo di tabacco e di nicotina Tabaccologia 2020;1:17-20.
  37. <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp> Ultima visita 15 giugno 2020
  38. European Parliament Event La Posizione degli Esperti per l'avanzamento delle politiche di contrasto al tabagismo in Italia. 4 December 2018 – European Parliament Brussels Italian Declaration on Tobacco Control. Tabaccologia 2018; 4:11-14.
  39. Pacifici R, Palmi I, Mastrobattista L. Indagine ISS-DOXA 2018 Il fumo di tabacco in Italia. Tabaccologia 2018; 4:14-16.
  40. GYTS: <https://www.epicentro.iss.it/gyts/Indagine2018> Ultima visita 15 giugno 2020
  41. PASSI: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp> Ultima visita 15 giugno 2020
  42. Ministero della Salute Prevenzione e controllo del tabagismo C\_17\_publicazioni\_2918\_allegato.pdf
  43. Kong G, Morean ME, Cavallo DA, Camenga DR, Krishnan-Sarin S. Reasons for electronic cigarette experimentation and discontinuation among adolescents and young adults. Nicotine Tob Res 2015;17:847-54.
  44. Kinnunen JM, Ollila H, El-Amin Sel-T, Pere LA, Lindfors PL, Rimpelä AH. Awareness and determinants of electronic cigarette use among Finnish adolescents in 2013: a population-based study. Tob Control 2015;24:e264-70.
  45. Relazione ISS 20 dicembre 2012 Prot. 34955/CSC6 – Richiesta aggiornamento scientifico

in merito alla pericolosità delle sigarette elettroniche contenenti nicotina. Decreto Ministeriale, Salute 02/04/2013, G.U. 30/04/2013. Pacifici R, Palmi I, Mastrobattista L. Il fumo di tabacco in Italia. Tabaccologia 2018; 4:14-16. La Posizione degli Esperti per l'avanzamento delle politiche di contrasto al tabagismo in Italia. 4 December 2018 – European Parliament Brussels Italian Declaration on Tobacco Control Tabaccologia 2018; 4:11-14.

46. Amram DL. Scenari in movimento Tabaccologia 2018; 4:15-22.

**Adriana Iozzi**, Psichiatra, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Firenze 5.

**Laura Angelica Berni**, Tossicologa, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 2.

**Paola Trotta**, Psichiatra, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 1.

### LE GIOCATRICI

#### DALLE GRANDI DONNE DELLA STORIA ALLE MODERNE GAMBLERS DEI TEMPI ATTUALI. IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELL'OTTICA DELLA DIFFERENZA DI GENERE.

##### Riassunto

La storia del gioco d'azzardo femminile è complicata così come complessi possono rivelarsi, nei Servizi per le Dipendenze, l'aggancio e la cura delle giocatrici patologiche. È un fenomeno nel quale molti fili tendono ad intrecciarsi e spesso ci si perde. Quando oggi definiamo il disturbo da gioco d'azzardo intendiamo una patologia che, a livello del DSM-5, è stata spostata dai Disturbi del Controllo degli Impulsi ai Disturbi Correlati a Sostanze: nei nostri Servizi ora si ragiona anche di soldi e di debiti oltre che di sostanze d'abuso e controlli urinari; già questo cambia le cose, rivoluziona per molti operatori il modo accogliere e valutare le persone che accedono ai Ser.D. e impone di rivolgere un differente sguardo alla Dipendenza. Quando si tratta di donne e gioco d'Azzardo Patologico l'intreccio si complica ancora di più, i confini si allargano, poiché si parla anche di storia, di società, di condizione femminile, di famiglie e di idee. Quello che proveremo ad esplorare è una differenza di genere che dobbiamo tenere a mente e che ci deve guidare nelle risposte che siamo chiamati a dare alle giocatrici che a noi si rivolgeranno in numero sempre maggiore

##### Parole Chiave

Donne e Gioco d'Azzardo Patologico, Differenza di Genere, Servizi per le Dipendenze Patologiche - Ser.D.

##### Abstract

The history of female gambling is complicated as complex as the engagement and treatment of the women with gambling disorder should appear in the Addiction Services. It is a phenomenon in which many threads intertwine and we often get lost. When we define Gambling Disorder Class today, we mean a disease that has been transferred from Impulse Control Disorders not Classified Elsewhere to Substance-Related and Addictive Disorders in the DSM-5: we also worry about money and debts as well as drugs and urine tests in our Services now; this changes things, it upsets the way to welcome and evaluate people accessing to the Ser.D for many health workers and it requires to have a different look at Addiction disorders. The interplay becomes more complicated when we deal with women and Gambling, horizons widen, because we also handle the history, society, female condition, families and ideas. What we will try to explore is a gender-related difference that we should keep in mind and it should guide us through the answers that we are called to give to the female gamblers who will turn to us in increasing numbers.

##### Key Works

Women and Gambling Disorder, Gender-related Difference, Addiction Services – Ser.D.

## INTRODUZIONE

*La mia portiera quando ho partorito ha detto "Ha sgravato la signora?!" Noi godiamo del nostro corpo, gonfio quanto un pallone, a rinunciare al talento, alla libertà! Noi vogliamo essere legate a qualcuno anche se ci strozza! Vogliamo essere di qualcun altro! E non c'è fine, non c'è rimedio! A chi toccava dare le carte?*

(Dal film: Due partite, di Enzo Monteleone, 2008) [1]

## Il Gioco d'Azzardo e il Gioco d'Azzardo Patologico

Il gioco d'azzardo è caratterizzato dalla presenza di tre elementi fondamentali: il fine di lucro, un investimento di denaro irrevocabile e la natura interamente, o quasi interamente, aleatoria dell'esito della giocata [2, 3].

Tale imprevedibilità consente di evadere temporaneamente dai vincoli e dalle tensioni della vita quotidiana, costruendo uno spazio immaginario ove ogni esito è possibile. Diventa origine di difficoltà quando il coinvolgimento è tale che l'individuo perde il contatto con la realtà precipitando in un vortice di complicazioni, economiche, personali, lavorative, familiari e, talvolta, legali, sempre più profondamente [3].

La definizione del Gioco d'Azzardo Patologico secondo il DSM-III, DSM-III-R e DSM IV e il suo successivo trasferimento dai Disturbi del Controllo degli Impulsi ai Disturbi correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction nel DSM-5 (APA, 2013) [4], ha definitivamente validato un cambiamento di approccio mentale alle Dipendenze. Tra i clinici infatti vi è sempre stata una forte resistenza al pensiero che una condizione di Dipendenza potesse instaurarsi in assenza di una sostanza chimica [5].

Le caratteristiche biologiche notate nei dipendenti da sostanze sono riscontrabili anche negli individui che presentano una new addiction. L'attivazione dei circuiti della gratificazione è, infatti, simile in entrambe le patologie. Goodman (2008) ipotizza che le dipendenze comportamentali siano sottese ad un comune processo additivo derivante dall'azione di 3 sistemi funzionali: quello della motivazione gratificante, che, alterato nel malato, produce sensazioni piacevoli per cui le condotte che lo attivano risultano marcatamente rinforzanti, la regolazione degli affetti, che comporta l'evitamento di emozioni dolorose e, infine, i meccanismi dell'inibizione comportamentale per cui il soggetto ha urgenza di mettere in atto il comportamento gratificante o di evitare un'emozione dolorosa, senza tener conto delle conseguenze a lungo termine, derivanti dal comportamento [6].

Le dipendenze potrebbero servire a rimuoversi dai veri sentimenti e fornire una sorta di fuga per evitare le ansietà della vita e disinnestarsi dalla realtà [6]. Jacob (1988) suggerì che i dipendenti utilizzassero la dipendenza come una forma di auto-trattamento per sfuggire da sentimenti di infelicità o di stress cronico e che i dipendenti provassero una serie di esperienze simil-dissociative

che li differenziava dai non-dipendenti e sottopose la sua teoria a verifica. I risultati positivi che ottenne vennero confermati in diverse ricerche successive (Kaley & Jacobs 1988; Brown 1996) [6].

## **METODI**

Siamo arrivate a decidere fermarci per una riflessione sul Gioco d'Azzardo Patologico al femminile per due motivi: uno perché sempre più spesso siamo invitate a trattare tale argomento in incontri di educazione alla salute e informativi sul territorio, alla cittadinanza o anche a colleghi di varie specialità, due perché le evidenze incontrate nella presa in carico delle giocatrici che nel tempo si sono rivolte ai nostri Servizi per le Dipendenze ci hanno portato a prendere atto di quanto più attento debba essere l'approccio con tale parte di utenza. Le donne sono costrette ad infrangere molti tabù e superare forti resistenze per recarsi nei Servizi per le Dipendenze, Servizi che già di per sé non sono facili da avvicinare per nessuno. Parallelamente l'offerta di una varietà crescente di giochi, i modi sempre più accattivanti di presentarli al pubblico, in particolare al pubblico femminile, o la facilità con cui è possibile giocare in più luoghi o in più siti internet, superando così molti ostacoli legati alla paura del giudizio e al senso di colpa, rendono il Gioco d'Azzardo Patologico da un lato un disturbo particolarmente insidioso in generale, dall'altro un disturbo a cui è opportuno avvicinarsi, in qualità di terapeuti dei Ser.D., tenendo presenti alcune peculiarità di genere. Ci siamo quindi proposte di fare una ricerca in questo ambito consultando documenti storici, cogliendo spunti provenienti dal mondo del cinema, e leggendo scritti e riflessioni di antropologi, autori e autrici che si sono avvicinati prima di noi al tema del Gioco d'Azzardo Patologico al femminile.

### **Giocatrici nella storia**

Rari sono i documenti in cui vi sia riferimento specifico a problematiche di gioco d'azzardo al femminile. Come documenta Gherardo Ortalli nel suo libro *Barattieri* [7], nel 1295 leciti ovunque erano scacchi e giochi di tavoliere, ma a determinate condizioni lo erano pure i dadi (a pagina 180) [7]. Senza denari in ballo era permesso giocare anche con donne, scommettendo soltanto cialde, frutta, biscotti, dolci fino alla non alta somma di 2 lire, limite che non era previsto se si puntava sul vino, a patto che (in linea con precauzioni del tutto correnti) fosse effettivamente bevuto.

Le carte da gioco, giunte dall'Oriente nel XIV secolo, si diffusero rapidamente in Europa in quanto consentivano una serie di giochi straordinariamente ampia, legata sia alla fortuna che all'ingegno. I libri di conti della duchessa Giovanna di Brabante e del consorte Venceslao di Lussemburgo, fin dal 1379, registrano sia l'acquisto di mazzi che le somme perdute al gioco.

Durante il XV secolo un nuovo modo di puntare denaro fu rappresentato dalle lotterie. Il loro diffondersi non avrebbe assunto il carattere di invasione registrato con le carte da gioco, ma col tempo, portò a ricadute non meno importanti sul piano del loro sfruttamento finanziario da parte

delle amministrazioni pubbliche (a pagg 198-199) [7] Per gradi le lotterie erano divenute una prassi utile per risolvere il bisogno di denari da parte di città, corporazioni, enti ecclesiastici e privati, col controllo delle pubbliche autorità. Si ricorda come in un'estrazione di Bruges, nelle Fiandre, la vincitrice del premio principale sia stata una certa Parette, moglie di un veneziano [7].

In Gran Bretagna, nel tardo XIX secolo, i bookmaker andavano di porta in porta a sollecitare le donne a scommettere sulle corse dei cavalli e come conseguenza di questa sollecitazione costante le donne cominciarono a sviluppare problemi di gioco, fino ad arrivare ad impegnare degli oggetti o vendere i pattini dei bambini per ottenere denaro da giocare (a pagina 35) [8].

Nel 1972, Giocatori Anonimi, negli USA, hanno stimato un rapporto di 5 donne – 1 uomo presenti alle riunioni, ai giorni nostri le donne costituiscono il 5% dei gruppi e non rappresentano il numero di coloro che soffrono di tale patologia [8].

### **Maria Antonietta: una regina e il suo faraone.**

Il *Faraone* è un gioco di carte che si può giocare con un numero indefinito di giocatori contro il banco. Per giocare serve un mazzo di 40 carte regionali. Ha regole abbastanza articolate [9].

Era il gioco d'azzardo preferito di Maria Antonietta.

L'arciduchessa Maria Antonia, detta Antonietta, amava essere osservata ed ammirata. Adorava i balli e le feste, agghindarsi, sentire l'orchestra che suonava e danzare. Il 1° aprile 1770 furono celebrate le sue nozze con il Delfino Luigi, erede al trono di Francia [10]. La Francia a quel tempo era una nazione in cui predominava il malcontento; i sudditi vivevano in povertà e pativano la fame: tutto era dovuto ad un colossale buco di bilancio da imputare a spese folli, tasse che raddoppiavano quasi ogni anno e ad una diffusa corruzione. L'indebitamento ingente dello stato vide Luigi XVI, incoronato re, tentare ogni sorta di strategia per il risanamento delle finanze, purtroppo senza successo. Fu così che, alla fine, la terribile situazione lo indusse a convocare gli Stati Generali, senza sapere che di lì a 4 anni avrebbero tagliato la testa a lui e alla sua moglie austriaca, "colpevole" di spese abnormi e ingenti perdite al gioco.

Da un lato a Luigi era venuta l'ossessione di risparmiare denaro: si aggirava per le stanze del palazzo urlando "Economia, economia!", dall'altro lato i balli organizzati da Maria Antonietta potevano arrivare a costare perfino 100.000 fiorini d'argento, anche se la regina non ne aveva alcuna percezione.

L'azzardo era diffuso nella mentalità della corte, sia tra i nobili che tra la servitù. I domestici, ad esempio, organizzarono una lotteria, benché Luigi lo avesse vietato, per scommettere sulla data di nascita della primogenita reale e ne fu organizzata un'altra sulla data del decesso del primo figlio maschio, che morì molto giovane [10].

La rigida etichetta della corte francese e il matrimonio non felice con Luigi portarono Maria Antonietta, un po' alla volta, a compensare le frustrazioni della vita matrimoniale con delle spese sempre più allucinanti senza preoccuparsi dell'ostilità di gran parte della corte.

In un clima di insofferenza generale e continue rivolte popolari, Maria Antonietta divenne particolarmente invisa. I suoi gargantueschi sperperi per vestiti e gioielli, per il gioco d'azzardo o per l'acquisto di case e castelli furono addirittura ritenuti responsabili della disastrosa situazione finanziaria del paese. Maria Antonietta divenne l'ideale capro espiatorio per tutti i guai della Francia [10]. Si potrebbe pensare, sotto certi aspetti, dal punto di vista relazionale, che nonostante il suo comportamento da "cattiva regina", non riuscì a salvare dalla morte il coniuge, a cui era devota, e a cui restò accanto fino all'ultimo, e il figlio, il Delfino di Francia che per un breve tempo della sua giovane vita è stato re Luigi XVII.

### **Il film "Due partite" di Enzo Monteleone e i nostri ricordi:**

*In due epoche differenti, il film racconta l'universo femminile, visto attraverso gli occhi di quattro donne (Sofia, Beatrice, Claudia e Gabriella) che negli anni '60 si incontrano ogni giovedì pomeriggio per giocare a carte e raccontarsi i loro problemi e le loro paure. Trent'anni dopo le loro figlie (Rossana, Sara, Giulia, Cecilia) si riuniscono dopo la morte di Beatrice che si suicida perché affermava di essere sola. Nonostante la modernità e l'emancipazione, le paure e le angosce dell'essere donna non sono differenti rispetto a trent'anni prima [11].*

Non è facile, come si vede, reperire documenti che parlino di donne e gioco d'azzardo nella storia, non perché, secondo noi, non ci siano casi anche interessanti per comprendere l'evoluzione del fenomeno, sia storicamente che antropologicamente parlando, ma perché si tratta, semmai, del fatto che di donne nella storia si parla generalmente poco. Possediamo giusto brevi e ambivalenti accenni. Bisogna andare ad indagare la vita di una regina come Maria Antonietta, donna considerevole nella storia per altri versi.

Diverso è, non solo per noi, ma anche per gli storici, quando si può usare la nostra memoria.

Un ricordo che forse è comune ad alcune di noi è quello delle nostre nonne. Si tratta di donne nate ad inizio del secolo scorso che avevano vissuto in pieno una guerra mondiale, forse ne riuscivano a ricordare perfino due, che avevano visto riconosciuto il loro diritto al voto nel 1946 e la promulgazione di una legge che garantisce la conservazione del posto di lavoro alle lavoratrici madri nel 1950.

Le nostre nonne giocavano al Totocalcio e al Lotto, alcune, preferendo la compagnia, a carte e alla Tombola. Qualcuna forse ci ha invitato a farlo con lei, nei pomeriggi lunghi dell'inverno, nella cucina ben pulita al chiarore di una lampada al neon, o nel salotto buono. Ci sarà capitato di riempire una schedina del Totocalcio insieme, accompagnarla dal tabaccaio per giocare i numeri al Lotto, o scegliere per lei un biglietto della Lotteria Italia. "Mai girare le spalle alla fortuna!" esclamavano, come se farlo fosse un insulto alla Dea. Abbiamo visto il gioco, entro le mura domestiche o in ristrette cerchie, permettere alle donne di affermarsi e brillare per pochi attimi.

### **La donna come familiare di un giocatore**

Le donne si confrontano con il gioco d'azzardo patologico anche quando questo disturbo non le vede colpite in prima persona; una riflessione a parte meritano le donne familiari di giocatori, soprattutto le mogli. Le famiglie si trovano di fronte ad una dipendenza del congiunto che, come osservato, è intesa diversamente rispetto a quella da sostanze nel pensiero collettivo. Durante i colloqui familiari, anche qui come in altre dipendenze, si mostrano spesso disponibili ad aiutare, e, in questo caso, a esercitare un ruolo di amministratrici del denaro e di controllo in tema finanziario. Tuttavia, parlano di sentimenti di forte angoscia e disperazione, di notti insonni trascorse a pensare di poter perdere la casa e la posizione economica conquistata in anni di sacrifici; ma soprattutto a pensare che il coniuge non è il forte combattente e il dispensatore di felicità a cui avevano tanto ambito.

Guerreschi [8] cita dal libro del 2004 di Anke Tillmann, "Una felicità persa al gioco": *"ancora meglio riuscivo a condividere i sentimenti e la disperazione dei familiari dei giocatori, di quelle mogli che con tante parole piene di dolore e amarezza raccontavano di come i loro mariti le ingannassero. Sì, tutto questo lo conoscevo fin troppo bene. Mi consolava un po' sapere che anche le altre donne c'erano passate e che non ero l'unica ad aver resistito troppo a lungo al fianco di un giocatore. C'erano altre donne che avevano creduto che con l'amore si potesse alla fine superare ogni difficoltà. Non ero l'unica che a causa della propria ingenuità aveva finito quasi per distruggersi"*.

## **Statistiche**

I giocatori patologici in Italia sono stati stimati tra i 300.000 e 1.300.000 circa; le stime di un fenomeno sommerso e non indagato a sufficienza espongono a rischi di errore non irrilevanti, ciò nonostante va detto che nell'ambiente clinico e di ricerca è abbastanza condivisa l'opinione che i giocatori patologici, in Italia, siano circa 800.000 [5].

Secondo il lavoro di Odoardi e Alvasi varie ricerche che si sono occupate di indagare la distribuzione di genere dei giocatori patologici hanno rilevato percentuali di donne comprese tra il 18% e il 32%; tuttavia alcuni autori ipotizzano che tali percentuali non siano rappresentative dell'estensione del fenomeno tra le donne, dato che queste ultime potrebbero incontrare difficoltà rispetto agli uomini a richiedere un trattamento per la propria dipendenza a causa del timore del giudizio sociale.

Sensi di colpa e di vergogna per aver fallito nel doppio ruolo di mogli e madri a causa del problema di gioco si riscontrano frequentemente nelle ricerche scientifiche sulle giocatrici problematiche e patologiche, segno della persistenza di una vena discriminatoria implicitamente condivisa, per la

quale la situazione di una donna con un problema di gioco d'azzardo è meno accettabile di quella di un uomo che presenti lo stesso problema [3].

Prever osserva che l'ingresso delle donne nel mondo del gioco (come ora lo osserviamo) è avvenuto a seguito della sua massiccia e capillare distribuzione avvenuta in Italia dal 2003; è ormai noto che la prevalenza del disturbo è influenzata dalla crescente disponibilità dei giochi unitamente ad una pubblicità invasiva e mirata, in questo caso, al femminile [12]. La maggiore diffusione e la progressiva legittimizzazione e legalizzazione da parte dello Stato rendono l'offerta dell'azzardo diffusa e fruibile praticamente ovunque, benché la riservatezza e la discrezione rimangano le costanti maggiormente apprezzate dai giocatori, in quanto caratteristiche preferenziali dei luoghi di gioco [13]. Al fine di manipolare il giocatore e influenzare il discorso morale sull'azzardo, l'impresa del gioco, attraverso un lavoro di marketing e restyling terminologico, ha adottato, per il proprio settore commerciale, l'etichetta *gaming*, abbandonando quella di *gambling*. In questo senso non è un caso che la più importante fiera commerciale dedicata ai produttori e agli espositori dell'industria dell'azzardo in Italia si presenti oggi facendo ricorso a parole come *gaming* e *intrattenimento*. In queste ed altre occasioni di promozione commerciale, emerge, in maniera evidente, la strategia dell'industria dell'azzardo finalizzata ad intrecciarsi e confondersi sempre di più con gli elementi costitutivi del panorama dell'*amusement* [13]. Ciò contribuisce ad infrangere un numero maggiore di tabù.

In più, grazie alle possibilità aperte dai percorsi di emancipazione, ricorda Guerreschi nel suo libro "L'azzardo si veste di rosa", si assiste ad un maggior impulso del coinvolgimento femminile nel gioco d'azzardo, un'attività che si rivela sempre crescente e che sembra direzionarsi principalmente verso i giochi "a portata di mano come slot machine, gratta e vinci, bingo e lotterie varie" [8,13]. Tuttavia, le richieste di aiuto ai Servizi sono, ad oggi, ancora poco numerose, anche se in costante aumento, e non danno indicazioni sufficienti a dimostrare una crescita effettiva del fenomeno: solo l'osservazione diretta dei locali pubblici e dei luoghi preposti al gioco d'azzardo, evidenzia che le donne sono quasi la metà della popolazione interessata. Le donne che incontriamo nei Servizi hanno un'età media molto alta e il numero relativamente esiguo non ha permesso, ad oggi, di avere ricerche significative su questo target. Prever conferma che la prevalenza è stimata del 33% sulla popolazione totale dei giocatori, in linea con le stime internazionali [12]. La fascia di età più coinvolta è quella compresa tra i 40 e i 60 anni ed è sempre più elevata rispetto a quella degli uomini [3]. Per quanto riguarda lo stato civile si riscontra una sostanziale parità tra donne sole (single, separate, divorziate o vedove) e coniugate. Ciò conduce ad ipotizzare che problematiche relazionali trascorse o in atto possano rendere le donne particolarmente vulnerabili allo sviluppo di un comportamento patologico connesso al gioco. Le donne sembrano coinvolte più intensamente in giochi interamente dominati dal caso quali Lotterie, Bingo e Slot Machine, ciò si rifletterebbe nella preferenza femminile per giochi in cui la vincita non determina conseguenze negative per gli altri [3], ovvero giochi dove non predominino la sfida, il confronto, la vittoria di uno sull'altro. Si comprende quindi come sia diverso, ad esempio,

l'interesse verso le scommesse sportive che arriva al 9% negli uomini contro lo 0,5% delle donne. Il coinvolgimento delle donne nel gioco appare più rapido che negli uomini anche se in genere iniziano a giocare più tardi.

Tale aspetto è stato rilevato anche a proposito di altre dipendenze, come quella da alcol, ed è stato denominato "effetto telescopico"; spesso è stato spiegato in termini di una maggiore vulnerabilità biologica delle donne di fronte ad uno stimolo che genera dipendenza o in termini di una più alta probabilità di inserimento in contesti in cui persone (di solito il coniuge) hanno analoghi problemi di dipendenza da gioco, il che rende più difficile evitare situazioni di esposizione a tali stimoli [3].

Le motivazioni al gioco, osserva Prever, sono solo in minima parte radicate in una vulnerabilità pregressa (comorbidità): per lo più hanno radici nel bisogno di sfuggire sentimenti negativi (ansia, depressione), di combattere la solitudine, di compensare l'isolamento sociale, di acquisire appartenenza, di colmare un vuoto affettivo (nido vuoto), di darsi un risarcimento in relazione ad una perdita (affettiva, economica, di autonomia fisica) e soprattutto nel bisogno di dover affrontare in modo più "leggero" la pressione quotidiana in relazione al ruolo di cura e alle preoccupazioni connesse [12].

Le problematiche psicologiche che si presentano in concomitanza con la dipendenza del gioco d'azzardo sono, in maggiore frequenza, sintomatologie di tipo ansioso-depressivo e pregressi disturbi dell'umore, ma difficoltà psicologiche co-occorrenti sono rappresentate anche da altre problematiche di dipendenza; nella popolazione femminile sembrano prevalere situazioni di multiple dipendenze comportamentali [3]. La tecnologia di oggi, con computer, tablet e smartphone, consente, da questo punto di vista, una via più facile all'accesso, per esempio, allo shopping.

Il gioco viene percepito come una possibilità di fuga, di disconnessione temporanea dalla realtà esterna, da un mondo interno connotato da stati emotivi e cognitivi difficili da tollerare e da elaborare. L'attivazione fisiologica determinata dall'attività del gioco è paragonabile a quella provocata dall'uso di sostanze stupefacenti ed è quindi in grado di innescare un'eccitazione tale da far dimenticare temporaneamente tutte le preoccupazioni [3].

Gli stati interni che le donne tenderebbero ad evitare sarebbero riconducibili a sentimenti negativi associati a relazioni disfunzionali, ad abbandoni e violenze, abusi e problemi di dipendenza, così come difficile pare tollerare i pensieri negativi dovuti alla percezione di non essere in grado di conciliare ruoli e aspettative sociali differenti. La difficoltà a gestire i "cambiamenti di registro", anche solo nell'arco di una singola giornata, alimenterebbe in alcune donne, un senso di fallimento e la costruzione di un'immagine negativa di sé, oltre alla percezione di non vivere autenticamente la propria vita [3].

Quando si parla di gioco d'azzardo si parla di soldi e vorremmo fare dunque un breve accenno al tema della violenza economica, intendendo con essa tutte le misure contro le donne che impediscono loro di accedere ad un'autonomia finanziaria o di mantenerla [14].

La condizione di indigenza si accompagna all'esclusione sociale. Questo aspetto drammatico colpisce le donne con intensa gravità perché le priva di quella dimensione per loro fondamentale: la dimensione relazionale. I danni provocati da questo circolo vizioso povertà-marginalità-esclusione non sempre sono sanabili. Un percorso di recupero va in ogni caso tentato, partendo dalla ricerca, caso per caso, di una motivazione interiore che spinga la donna ad uscire dall'esclusione, che le dia la forza di alzarsi, di farsi aiutare. Un intervento di recupero non può prescindere dall'inserimento lavorativo, dove l'escluso trova riconoscimento del proprio essere, recupera autonomia e dignità [8].

La sempre maggior partecipazione delle donne alla sfera pubblica, in particolare attraverso il lavoro, ha degli effetti sulla loro vita privata: tende a realizzare delle trasformazioni notevoli a livello dell'identità. Il lavoro è la condizione indispensabile per sfuggire alla reclusione domestica e alla dipendenza che crea. La scoperta delle proprie competenze attraverso l'esperienza professionale e il riconoscimento da parte degli altri di queste competenze possono avere una influenza diretta sulle relazioni coniugali. Statistiche regolarmente aggiornate mostrano invariabilmente che sono le donne ad assumere la maggior parte del lavoro domestico e dell'educazione dei figli, che siano casalinghe o lavoratrici. È il "privato", ossia la famiglia, il luogo dove si compie gratuitamente tutto il lavoro di cura e di attenzione alle persone, il "care" degli anglosassoni è il luogo nascosto dello sfruttamento collettivo, quello che ogni donna subisce in casa. L'oppressione e la dominazione delle donne non hanno niente a che vedere con la biologia, sono invece espressione di una pratica politica e sociale che organizza e mantiene dei rapporti sociali di sesso del tipo dominatori/dominati, quindi che stabilisce una gerarchia tra i sessi. Il sessismo, che riguarda metà dell'umanità, è una dimensione trasversale alla razza, alla religione, al territorio, alla classe sociale, ecc. [14]. Assumere il lavoro professionale e il lavoro domestico e familiare, non solo genera una grande fatica fisica e psichica, ma riduce anche considerevolmente il tempo libero [14]: il tempo per la lettura, per imparare nuove cose, per interessi sociali, culturali, politici.

Quando il sacrificio diventa sistema di rapporto fra gli esseri umani ed è ritenuto addirittura la forma migliore dell'amore, osserva Magli, allora, come la storia dimostra, si diventa tutti vittime e carnefici l'uno dell'altro [15].

Il tema della violenza spesso è connesso con l'azzardo e rappresenta una presenza anamnestica significativa nelle giocatrici [12]. Il gioco è, per dirla in modo sistemico e paradossale, la prima occasione di chiedere prepotentemente aiuto [16].

Vi è una stretta connessione tra valenza culturale e gioco per ogni singolo paese, tra gioco e precipua situazione socio-ambientale e familiare delle donne [12]. È importante quindi puntare l'attenzione sulle dinamiche familiari e il loro impatto sulla richiesta di trattamento, sulla ritenzione e sull'outcome. Fondata è l'ipotesi che le donne, se non aiutate ad affrontare le proprie relazioni affettive compromesse, non lasceranno facilmente il sintomo del gioco che permette loro di vivere in modo meno doloroso con esse [12]. Alcuni autori considerano un comportamento di gioco eccessivo come una vera e propria strategia di coping centrata sulle emozioni, anziché più

concretamente orientata alla risoluzione di un problema. La dipendenza da gioco rappresenterebbe l'esito patologico di una tendenza a non affrontare le emozioni connesse a situazioni spiacevoli, ma ad evitarle, cercando distrazioni per allontanare il pensiero da esse. Effettivamente tra le donne è stata rilevata una relazione funzionale, più forte che tra gli uomini, tra il comportamento problematico di gioco e il bisogno di gestire stati ansiosi o depressivi [3].

Il femminile nella sua complessità ha bisogno di uno spazio proprio di confronto e di ascolto, la presa in carico deve essere profonda e articolata; deve essere presa in carico anche la dipendenza affettiva [16].

Robin Norwood nel suo libro *Donne che amano troppo*, ci fa notare come, non più concepito come lo stato naturale e normale delle cose, l'amare troppo è ora largamente riconosciuto come una condizione pericolosa e debilitante. Tuttavia, questa presa d'atto non è stata sufficiente a impedire il manifestarsi di sentimenti e di comportamenti caratteristici di tale ossessione [17]. La personalità ferita che sta alla radice dell'amare troppo non ha la forza necessaria per curarsi da sola più di quanto ciascuno di noi possa sollevarsi senza una base d'appoggio, afferma l'autrice. È il disamore di sé, la sfiducia nel proprio valore, nelle proprie capacità, a creare nella donna la paura di non essere amata. Le donne, per ragioni storiche sono più portate a pensar male di sé. È stato loro insegnato che sono deboli, dipendenti per natura, paurose, fragili, bisognose di protezione e di guida. Alcuni di questi insegnamenti, per quanto superati, sono entrati a far parte dell'inconscio femminile [17].

Il numero di utenti, a livello dei Servizi, è in costante aumento, per adesso i numeri sembrano essere ancora contenuti, ma le richieste di presa in carico sono accompagnate da situazioni di grande disagio, sia familiare, che personale/sociale/lavorativo, che debitorio. Questo mostra quanto i giocatori giungano all'attenzione dei professionisti quando sono disperati e si sentono con l'acqua alla gola. Ciò vale ancor di più per l'utenza femminile dove i sentimenti di vergogna, timore del giudizio altrui e senso di colpa scoraggiano le donne a chiedere aiuto.

### **Un caso clinico - Carla.**

Carla è giunta al Ser.D. per la prima volta circa 2 anni fa, in forte imbarazzo. Venire al Ser.D. le era costato molto. Ha riportato di essere in cura alla psichiatria da 10 anni per un grave disturbo di personalità, nonché diabetica, cardiopatica, obesa e di essere stata inviata al Ser.D. dal suo psichiatra al quale, durante gli ultimi colloqui, aveva confidato le problematiche riferite al gioco che fino ad allora aveva tenuto per sé. Carla ha accettato di seguire un programma anche se non ha da subito riconosciuto la gravità del suo giocare. Aveva iniziato con le slot machine da circa due anni. Vi aveva speso ogni suo avere, perfino 13.000 di 15.000 euro di un risarcimento ottenuto ad inizio 2016 per un grave incidente stradale. Non aveva attività che la impegnassero durante la giornata e anzi le restava molto tempo libero, il che la portava a pensare sempre e solo alle slot per poi ritrovarsi a giocare. Al SOGS somministrato ha ottenuto un punteggio di 7 [18, 19].

Carla si è descritta come una persona molto sola. Un fratello, uno zio con cui va a fare la spesa e due amiche sono le uniche persone con le quali dichiara di avere un rapporto; quello con la madre è, così si è espressa, in fase di recupero.

Carla in due anni, ha saltato numerosi appuntamenti, la compliance è stata veramente altalenante; se non la avessimo veduta la avremmo cercata al cellulare e solo dopo diverse telefonate, durante le quali riferiva di essere influenzata o altro, accettava di riprendere il programma. È sempre tornata al Ser.D. perché si rendeva conto che anche quando stava male per la febbre o il dolore alla caviglia, esito dell'incidente occorso, non riusciva a stare lontana dalle slot machine: le slot, un "pensiero fisso" che fa paura, ha più volte detto. Una volta le abbiamo chiesto come stesse, ha risposto "peggio sarebbe difficile".

Con il tempo è riuscita a parlare del suo problema di gioco con una delle sue amiche dalla quale non si sente giudicata e che sa di poter chiamare nei momenti difficili e ad attivare strategie per affrontare il craving, anche se ha sempre rifiutato un Gruppo. Non ha contratto debiti, tuttavia, la situazione di solitudine e di perdita totale del controllo delle spese nel gioco ha indotto i due Servizi a decidere per la nomina di un Amministratore di Sostegno. Tra alti e bassi, ricoveri in SPDC per i suoi momenti di disperazione, abbandoni del programma e periodi di relativo benessere, Carla piano piano ha preso atto della sua dipendenza e di recente ha richiesto, durante un ricovero in psichiatria, la Comunità. Ha riportato che il gioco non le dà più gioia e gratificazione a fronte delle perdite economiche che comporta, oltre al pesante senso di colpa lacerante da esso evocato. Sono venuti meno, in un certo senso, quegli elementi funzionali del processo additivo descritti da Goodman, citati da Guerreschi [6]. Dal lato dei Servizi, quello che, secondo noi, ha permesso al Ser.D. prima di agganciare e poi di non perdere questa utente, così compromessa dal punto di vista generale, è stata la capacità di attendere che arrivasse non solo alla consapevolezza del problema, ma anche alla percezione di poter affrontare la soluzione, nonché la buona collaborazione tra Ser.D. e Servizio di Salute Mentale.

## CONCLUSIONI

È importante riflettere sul miglior modo di accogliere e curare le donne che si rivolgono ai Ser.D. per le loro problematiche di gioco d'azzardo in quanto, come abbiamo capito, è un complicato intreccio dei fili al quale dobbiamo dare un senso. Il gioco d'azzardo al femminile non può essere più un'entità invisibile. La cecità di genere non solo non porterà a buoni risultati, ma non è più giustificabile. Ogni tentativo di capire di più, di informarsi e migliorarsi nel senso dell'accoglienza e la cura delle donne giocatrici, nella loro articolata dipendenza, è apprezzabile e da incoraggiare.

Per Corrispondenza:

**Iozzi Adriana**, Via Lorenzo Il Magnifico 102, Firenze, fax 055.6934445

E-mail: [adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it](mailto:adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it)





["https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6\\_uLt4-G5lnWQU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false"](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6_uLt4-G5lnWQU&redir_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false) HYPERLINK  
["https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6\\_uLt4-G5lnWQU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false"](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6_uLt4-G5lnWQU&redir_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false) HYPERLINK  
["https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6\\_uLt4-G5lnWQU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false"](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6_uLt4-G5lnWQU&redir_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false) HYPERLINK  
["https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6\\_uLt4-G5lnWQU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false"](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=s3RsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=norwood+donne+che+amano+troppo&ots=fTCRqDCOiq&sig=YsfoFNrBHZKmc6_uLt4-G5lnWQU&redir_esc=y#v=onepage&q=norwood+donne+che+amano+troppo&f=false) HYPERLINK  
Ultima consultazione 22.4.2020.

18. Bellio G., Fiorin A. I Servizi per le dipendenze e i giocatori problematici. Organizzazione, valutazione e presa in carico. Gambling. MDD 21. Pagg 58-63. Marzo 2016.

19. Delibera Regione Toscana n° 882. Linee di indirizzo su "Interventi di Informazione, prevenzione, formazione e definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA-GAP). 6 Settembre 2016.

**Andrea Ghiselli**, Centro CREA – Alimenti di Ricerca nutrizione

**Stefania Sette**, Centro CREA – Alimenti di Ricerca nutrizione

**Laura Rossi**, Centro CREA – Alimenti di Ricerca nutrizione

**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, Centro Alcolologico Regionale Ligure; ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova

**Valentino Patussi**, Centro Alcolologico Toscano, Ospedale Policlinico Careggi, Firenze

**Fabio Caputo**, Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale di Cento, Università di Ferrara

**Emanuele Scafato**, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## **ETANOLO E NUOVE RACCOMANDAZIONI LARN E LINEE GUIDA: QUALI CAMBIAMENTI?**

### **Riassunto**

L'etanolo è una sostanza non nutriente, ma di interesse nutrizionale che non ha finalità funzionali e/o metaboliche specifiche. Non esiste più un consumo ritenuto privo di rischio, ma solo un consumo il cui rischio è tanto più basso quanto più bassa è la quantità di alcol consumata.

Nel corso degli anni la comune considerazione dell'alcol come sostanza nutriente, alla stessa stregua e nobiltà degli altri macronutrienti, prevalente negli anni '70 anche in documenti internazionali OMS si è evoluta alla luce delle crescenti evidenze scientifiche, verso la considerazione dell'alcol come sostanza tossica e potenzialmente dannosa.

### **Parole Chiave**

Etanolo, Nutrizione

### **Abstract**

Ethanol is a non-nourishing substance, but of nutritional interest that does not have specific functional and / or metabolic purposes. There is no longer a consumption deemed risk-free, but only a consumption whose risk is the lower the lower the amount of alcohol consumed.

Over the years the common consideration of alcohol as a nutrient, in the same way and nobility as the other macronutrients, prevalent in the 70s also in WHO international documents has evolved in the light of growing scientific evidence, towards the consideration of alcohol as a toxic and potentially dangerous substance.

### **Key Words**

Ethanol, Nutrition

L'alcol rappresenta un'importante fonte energetica, anche se non accompagnata da nutrienti e pertanto, insieme a zucchero e grasso, è in grado di spostare altre fonti energetiche di migliore qualità nutrizionale perché l'appetito è finalizzato al mantenimento del bilancio energetico[1]. Il consumo di alcol nella popolazione italiana adulta è intorno al 4% dell'energia per gli uomini e a meno del 2% per le donne, con una distribuzione molto asimmetrica, per cui ad esempio gli adulti nel 95° percentile hanno un consumo superiore al 13% dell'energia e quelli del 5° percentile hanno un consumo prossimo allo zero[2]. Per questo motivo l'obiettivo delle raccomandazioni è quello di diminuire ridurre le quantità di consumo nei bevitori di quantità basse ed eliminare l'abuso o il consumo di alte quantità. Nel nostro Paese inoltre, il consumo di bevande alcoliche (quasi esclusivamente vino fino a qualche decennio fa) è sempre stato parte integrante della cultura e quindi della dieta degli italiani, per i quali, fino agli inizi del secolo scorso, è servito come contributo al raggiungimento di un fabbisogno energetico alto.

Quindi, questa benevolenza nei confronti dell'alcol viene chiaramente espresso nei primi LARN del 1977 e nelle "indicazioni nutrizionali per la popolazione italiana"[3] che li seguono nel 1979, con un documento dell'allora Istituto Nazionale della Nutrizione, in collaborazione con il Ministero della Sanità. Questi documenti riportano una razione giornaliera raccomandabile di vino variabile nelle diverse età, che arriva a 500 ml al giorno i per l'uomo e 300 per la donna. La diversa sensibilità moderna, modulata dalle conoscenze e delle indicazioni attuali, fa immediatamente trarre alcune considerazioni: innanzi tutto l'uso del termine "razione". In altre parole, dare una razione giornaliera di vino, alla stessa stregua e nella stessa tabella del latte e del pane, fa capire quanta considerazione "energetica" fosse riposta sul vino. La seconda considerazione scaturisce dalla presenza di una razione di vino per la gestante e la nutrice, razione di 300 ml al giorno che manifesta la mancata conoscenza dei danni che l'alcol, anche in piccola quantità può arrecare al feto. Già dieci anni dopo, infatti, nella seconda revisione (1987) del documento nazionale per la definizione delle assunzioni raccomandate di nutrienti ed energia (LARN)[4], si poneva l'attenzione sul pericolo del consumo di qualsiasi quantità di bevande alcoliche per la donna durante la gravidanza e per i giovani al di sotto dei 18 anni di età. Quindi da questo punto di vista in 10 anni la sensibilità stava cambiando e cominciavano ad accumularsi evidenze sempre maggiori. Tuttavia, l'alcol era ancora considerato un **nutriente** e, trattandosi di un nutriente ad alto valore energetico, il documento riportava espressamente: "la soluzione più ragionevole per identificare la quantità accettabile di alcol per ciascun individuo è quella di collegarla all'entità del fabbisogno energetico".

Per tale motivo, i LARN 1987 definivano l'accettabilità del consumo di alcol entro il limite del 10% del fabbisogno energetico dell'individuo e i valori venivano espressi come mostrato in tabella 1. Tali limiti non erano quindi stabiliti sulla base delle differenze metaboliche e di composizione corporea tra i due generi e nell'anziano, ma semplicemente sulla base dei differenti fabbisogni energetici tra i due sessi e nelle diverse età. I valori proposti corrispondono, dopo trasformazione in Unità Alcoliche (UA) a 3.6 U.A. per l'uomo, 2,5 nella donna e circa 2 nell'anziano.

Considerare l'accettabilità del consumo di alcol sul fabbisogno energetico porta con sé l'errore che fabbisogni energetici superiori consentirebbero un consumo di alcol superiore, benché sia difficile sopporre fabbisogni superiori alle 3000 kcal al giorno, pur considerando il più intenso lavoro manuale, e quindi dispendio energetico, dell'uomo di 50 anni fa.

Oggi non consideriamo tuttavia l'alcol un nutriente - e ciò è stato riportato nel "Glossario di alimentazione e nutrizione umana" edito della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (2010) [5].- perché apporta sì calorie, ma non *"ha un ruolo definito nei processi fisiologici e nel metabolismo dell'organismo umano. Sono nutrienti: acqua, proteine - peptidi - aminoacidi, carboidrati, grassi, minerali e vitamine"*. Fibra alimentare ed alcol sono sostanze non nutrienti di interesse nutrizionale

Le prime raccomandazioni per una sana popolazione italiana portano la data 1986[6] e sono state le seconde linee guida alimentari pubblicate nel mondo, dopo quelle degli Stati Uniti, la cui prima edizione è stata stampata nel 1980. La quantità accettabile di alcol è qui definita come 1 grammo per ogni peso di chilo corporeo al giorno (Tabella 1) quindi circa 450-600 ml di vino per l'uomo e 250-350 ml per la femmina, a seconda dell'età e del peso.

La seconda edizione, a distanza di 11 anni dalla prima (1997)[7], non cambia sostanzialmente le raccomandazioni, ma abbassa un pochino la quantità di vino per l'uomo posizionandosi sul limite più basso (450 ml), mentre per la donna il limite di 350 ml rimane invariato rispetto all'edizione precedente. Comincia ad apparire il fatto che le differenze tra i due sessi rendono ragione non già di differenze nei fabbisogni energetici bensì di differenze di peso e composizione corporea, oltre che nelle capacità metaboliche. Si tratta di valori che recepiscono l'appena pubblicata nuova edizione dei LARN, stampata l'anno precedente[8] che indicavano in 40 grammi per l'uomo e 30 per la donna, la quantità ammissibile di alcol, indicando ancora che tali quantità sono un valore limite che comunque deve rimanere all'interno del 10% del

fabbisogno energetico complessivo. L'accento fatto nei LARN 1987 alla curva a J della mortalità e al fatto che i bevitori moderati avessero migliore salute degli astemi, viene ribadito nei LARN 1996 e nelle Linee Guida 1997 si accenna al vino come bevanda alcolica da preferire per le sue proprietà "benefiche". Non viene detto apertamente ma lasciato intuire con una frase secondo la quale oltre ad una certa quantità di consumo "*gli effetti negativi dell'alcol cominciano a prevalere sui possibili effetti benefici del vino*".

Comincia infatti a delinearsi l'idea, suffragata dalla letteratura scientifica di quei tempi, della scoperta degli antiossidanti e dei polifenoli, dell'effetto protettivo di queste molecole che sono contenute in varia misura nel vino e ciò in un certo senso non solo "soporta" il consumo di moderate quantità di vino, ma in un certo senso lo incoraggia, benché il titolo rimanga prudente: **bevande alcoliche: se si con moderazione.**

Anche nella versione successiva, del 2003[9], benché sia finalmente un'edizione più moderna, con diverse modifiche sostanziali rispetto al tema della pericolosità delle bevande alcoliche, permane l'impressione generale di una certa benevolenza per il vino rispetto alle altre bevande alcoliche.

Indubbiamente però le novità e i cambiamenti rispetto al passato sono significative e tra tutte è in questa edizione che viene introdotto il concetto di Unità Alcolica, che è stata definita come quella quantità di alcol che è contenuto in un bicchiere di vino di media gradazione, o in una lattina di birra di media gradazione o in un bicchierino di superalcolico, vale a dire 12 grammi di alcol. È stata inoltre introdotta l'avvertenza del pericolo di consumo di bevande alcoliche in associazione con i farmaci e della riduzione del consumo di alcol per l'anziano in virtù della diminuzione del contenuto corporeo di acqua e dei sistemi metabolici. Il percorso della graduale tendenza all'abbassamento delle quantità di alcol accettabili continua, avvicinando le raccomandazioni italiane alla maggior parte delle raccomandazioni dei documenti internazionali di quegli anni, che stabilivano in 2 unità alcoliche per l'uomo e 1 per la donna[10] le quantità accettabili di alcol. Pur avvicinandosi, le raccomandazioni italiane rimanevano superiori di una unità sia per l'uomo che per la donna (vedi tabella 1)

A ribadire questa tendenza al ribasso e a costituire un vero cambio di mentalità sarà la IV edizione dei LARN, pubblicata nel 2014 e che costituisce il riferimento per le prossime Linee Guida per una sana alimentazione edizione 2018. Non si parla più di consumo moderato o sociale, ma di consumo a basso rischio,

definendolo all'interno delle 2 unità alcoliche per l'uomo e 1 per la donna (vedi capitolo successivo).

Il 2014 segna infatti un anno di grande cambiamento anche nel resto dei LARN, a cominciare dal titolo, nel quale l'aggettivo "raccomandati" viene sostituito da "di riferimento". Per la prima volta nei LARN l'etanolo viene descritto come una sostanza tossica, cancerogena e psicoattiva, per la quale non è possibile individuare quantità "raccomandabili" e nemmeno "ammissibili" o sicure per la salute, motivo per il quale le modalità di consumo non possono che essere classificate a seconda del rischio e del danno.

- consumo a basso rischio: è quello inferiore a 10 g/die – circa una unità alcolica (alcohol unit, UA) – per le donne adulte e a 20 g/die per gli uomini adulti;
- consumo a rischio (hazardous): è quel livello di consumo o modalità di bere che supera le quantità a basso rischio (20-40 g/die per le donne e 40-60 g/die per i maschi) e che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini;
- consumo dannoso (harmful): modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale (oltre i 40 g/die per le donne e 60 g/die per i maschi). A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto;
- alcol-dipendenza: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Ovviamente questo cambia completamente lo scenario epidemiologico perché non esiste più un consumo ritenuto privo di rischio, ma solo un consumo il cui rischio è tanto più basso quanto più bassa è la quantità di alcol consumata.

Nel corso degli anni la comune considerazione dell'alcol come sostanza nutriente, alla stessa stregua e nobiltà degli altri macronutrienti, prevalente negli anni '70 anche in documenti internazionali OMS[11] si è evoluta alla luce delle crescenti evidenze scientifiche, verso la considerazione dell'alcol come sostanza tossica e potenzialmente pericolosa.

Questa nuova classificazione e il relativo ulteriore abbassamento dei limiti rispetto alle precedenti edizioni dei LARN, comporta ovviamente un innalzamento della

percentuale di bevitori a basso rischio rilevata dall'indagine nazionale sui consumi alimentari della popolazione italiana.

Dal rilevamento[12] emerge una situazione allarmante poiché il 40% degli adulti maschi e il 43% delle femmine di età compresa tra i 18 e i 59 anni consumano alcol in una modalità oltre la soglia del consumo a basso rischio (vedi Tabella 2), con una media di consumo di alcol pari rispettivamente a 36 grammi al giorno per i maschi, che corrisponde a 3 U.A. e 17 grammi al giorno per le femmine, pari a 1,4 U.A. Per gli anziani il comportamento è addirittura peggiore poiché più dell'80% dei maschi oltre i 60 anni di età consuma oltre i 10 g di etanolo, con una media giornaliera di 29 grammi al giorno (2,4 U.A.) e il 62% delle donne oltre i 60 anni consuma 21 g al giorno di alcol, pari a 1,74 U.A.

Considerando tutti i livelli di consumo nella popolazione bevitrice, quindi mettendo insieme il basso rischio con il gruppo a rischio, la media dei consumi è abbastanza alta soprattutto per gli anziani, con una media generale di 25 grammi al giorno per i maschi e 15 grammi nelle femmine, mentre per la popolazione adulta la media generale è esattamente uguale alle raccomandazioni (20 grammi per i maschi adulti e 11 grammi per le femmine adulte).

**Tabella 1. Evoluzione delle raccomandazioni sul consumo di alcol**

	Indic Nut. 1979[3]	LARN 1986[4]	Linee Guida 1986[6]	LARN 1996[8]	Linee Guida 1997[7]	Linee Guida 2003[9]	LARN 2014[13]
	Vino (ml)	Alcol (g)	Vino (ml)	Alcol (g)	Vino (ml)	Alcol (U.A.)	Alcol (U.A.)
Maschi	220-500*	43.5- 41.4g	646-437	40 g	450 ml	2-3	2
Femmine	180-300*	30,7 g	371-270	30 g	350 ml	1-2	1
Anziani	220	28,5 g	311	30 g		1	-
Anziane	180	24,2 g	194	25 g		1	-
Gestanti	300	0	-	0		0	0
Nutrici	300	-	-			0	0

\* In funzione dell'età: 500 e 300 sono rispettivamente i valori della razione giornaliera di uomini e donne dai 20 ai 39 anni. Il quantitativo scende poi a 400 e 300 rispettivamente per la fascia tra i 40 e i 49 anni. Poi 350 e 220 per la fascia 50-59 anni e infine 220-180 per i più anziani.

**Tabella 2. Percentuale di bevitori maschi e femmine che consuma oltre le quantità a basso rischio**

Classe di età (anni)	SESSO	cutoff di consumo a basso rischio (g)	Media	DS	5P	95P	% > cutoff sulla popolazione	% > cutoff sui consumatori
			<b>g/day</b>	<b>g/day</b>	<b>g/day</b>	<b>g/day</b>		
18- 59	F	<10	5,2	2,6	1,5	9,3	18,3	43,2
18- 59	F	>=10	19,2	8,3	10,7	35,7		
18- 59	M	<20	9,6	5,3	1,9	18,5	26,8	40,4
18- 59	M	>=20	35,9	16,1	21,4	69,7		
>=60	F	<10	5,4	2,6	1,4	8,6	26,4	61,7
>=60	F	>=10	21,0	9,2	11,2	39,6		
>=60	M	<10	5,3	2,6	1,5	9,7	60,2	81,9
>=60	M	>=10	29,2	14,4	12,0	60,8		

Per Corrispondenza:

**Andrea Ghiselli:** Centro CREA – Alimenti di Ricerca nutrizione  
E-mail [ghiselli@inran.it](mailto:ghiselli@inran.it)

## Bibliografia

1. WHO, Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: report of a WHO study group, in Technical Series Report 797. 1990: Schuler SA (Switzerland).
2. Sette, S., et al., The third Italian National Food Consumption Survey, INRAN-SCAI 2005-06--part 1: nutrient intakes in Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2011. 21(12): p. 922-32.
3. Indicazioni nutrizionali per la popolazione italiana. 1979, Edizione a cura dell'Istituto Nazionale della Nutrizione con il contributo del Ministero della Salute: Roma. p. 45.
4. LARN, Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana. 1986: SINU.
5. Alimentazione e nutrizione in parole. Glossario di alimentazione e nutrizione umana. 2010: FeSIN - Federazione delle Società italiane di Nutrizione.
6. Linee Guida per una sana popolazione italiana. 1986: Istituto Nazionale della Nutrizione.
7. Linee Guida per una sana popolazione italiana. 1997: Istituto Nazionale della Nutrizione.
8. LARN, Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana. 1996: SINU.
9. Linee Guida per una sana popolazione italiana. 2003: Istituto Nazionale della Nutrizione.
10. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. 1997, World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer.
11. FAO/WHO, Energy and Protein Requirements. Report of a joint FAO/WHO Ad Hoc Expert Committee. 1973, FAO & WHO: Geneva.
12. Leclercq, C., et al., The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06: main results in terms of food consumption. *Public Health Nutr*, 2009. 12(12): p. 2504-32.
13. LARN, Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana. 2014: SINU.

**Francesco Sofi**, Professore di Scienze dell'Alimentazione, Università degli Studi di Firenze;  
Direttore SOD Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze  
**Monica Dinu**, Ricercatrice in Scienze dell'Alimentazione, Università degli Studi di Firenze

### ALIMENTAZIONE E SALUTE: IL CASO DEI CIBI ULTRA-PROCESSATI

#### Riassunto

Secondo recenti indagini, una quota sempre maggiore delle calorie assunte giornalmente dalla popolazione proviene da alimenti ultra-processati - preparazioni industriali in cui la materia prima viene destrutturata e ricombinata con ingredienti e sostanze non utilizzate abitualmente in cucina. Alla luce di questa situazione, che riguarda tutti i paesi del mondo indipendentemente dal livello economico, la comunità scientifica si è attivata per analizzare gli aspetti nutrizionali legati al consumo di alimenti ultra-processati e il loro impatto sulla salute. Nonostante il forte interesse per la tematica, le evidenze disponibili sono ancora limitate e presentano limiti metodologici che richiedono ulteriori indagini, con studi disegnati ad hoc. In attesa di studi futuri, il consiglio per i consumatori rimane sempre lo stesso: equilibrio e moderazione.

**Parole Chiave:** alimentazione; salute; cibi ultra-processati; NOVA; revisione

#### Abstract

According to recent surveys, an increasing proportion of the calories consumed daily by the population comes from ultra-processed foods - industrial preparations in which the raw material is destructured and recombined with ingredients and substances not normally used in cooking. In light of this situation, which affects all countries in the world, regardless of economic level, the scientific community has taken action to analyze the nutritional aspects related to the consumption of ultra-processed foods and their impact on health. Despite the strong interest in the topic, the available evidence is still limited and has methodological limitations that require further investigation, with studies designed ad hoc. Pending future studies, the advice for consumers remains the same: balance and moderation.

**Keywords:** nutrition; health; ultra-processed foods; NOVA; review

#### INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, il sistema alimentare globale ha subito un profondo cambiamento in termini di tecnologia e trasformazione dei prodotti alimentari. Questo fenomeno ha coinciso con un cambiamento delle abitudini alimentari dei consumatori in favore di alimenti industriali, per motivi di praticità, gusto e convenienza economica. L'esistenza di alimenti industriali non è di per sé negativa; al contrario, i processi industriali raggiungono standard di sicurezza molto elevati, permettono di prolungare la conservazione dei cibi rendendoli più sicuri e palatabili, e permettono la creazione di prodotti facilmente accessibili e pronti al consumo. Il problema sorge quando questi

prodotti vengono consumati abitualmente, in sostituzione dei cibi freschi, perdendo di vista il modello di alimentazione tradizionale.

In Europa, secondo una recente indagine (1), il 26% delle calorie giornaliere proviene da alimenti ultra-processati - preparazioni industriali in cui la materia prima viene destrutturata e ricombinata con ingredienti e sostanze non utilizzate abitualmente in cucina. A causa dei loro ingredienti, questi prodotti sono generalmente sbilanciati da punto di vista nutrizionale e tendono ad essere consumati in modo eccessivo.

L'aumento della disponibilità e del consumo di alimenti ultra-processati ha coinciso con un aumento della prevalenza di malattie non trasmissibili in molti paesi (2), suggerendo una possibile associazione con lo stato di salute. Per questo motivo, un numero crescente di studi ha indagato la relazione tra consumo di alimenti ultra-processati, peso e patologie correlate, giungendo a risultati contrastanti e aprendo il dibattito sulla definizione di cibi ultra-processati e sui metodi di indagine per valutare il loro impatto sulla salute.

### **Classificazione NOVA e definizione di cibi ultra-processati**

Il termine alimenti ultra-processati - dall'espressione inglese ultra-processed foods - è stato coniato da Monteiro e colleghi che, nel 2010, hanno introdotto un nuovo sistema di classificazione degli alimenti basato sui processi produttivi (3). Questo sistema, denominato NOVA, parte dal presupposto che a determinare l'impatto sulla salute sia soprattutto il grado di trasformazione che l'alimento ha subito, e prescinde da altri aspetti come il profilo nutrizionale, l'apporto di energia e nutrienti, o il contributo in termini di componenti minori biologicamente attivi.

I gruppi alimentari identificati nella classificazione NOVA sono 4 e sono riportati in Tabella 1.

**Tabella 1.** La classificazione NOVA secondo la definizione di Monteiro e colleghi

<b>Gruppo 1</b> Alimenti non processati o minimamente processati	Fanno parte di questa categoria gli alimenti freschi o conservati in assenza di trattamenti o ingredienti che ne possano alterare la composizione. Alcuni esempi sono frutta, verdura, cereali, legumi, carne, pesce, uova e latte, freschi, secchi o surgelati.
<b>Gruppo 2</b> Ingredienti culinari processati	Si tratta di alimenti ottenuti dal primo gruppo attraverso alcune trasformazioni come taglio, pressione o raffinazione, utilizzati per cucinare e preparare i pasti. Alcuni esempi sono gli oli vegetali, i grassi vegetali e animali, il sale, lo zucchero, le farine.
<b>Gruppo 3</b> Alimenti processati	Si tratta di alimenti ottenuti utilizzando ingredienti del primo e del secondo gruppo, lavorati per migliorarne la conservazione e la palatabilità. Alcuni esempi sono il pane fresco, il pesce in scatola, insaccati, formaggi e tutta la frutta, la verdura e i legumi conservati sott'olio, sott'aceto, in salamoia, sciroppati o tostati/saltati.
<b>Gruppo 4</b> Alimenti ultra-processati	Sono tutte le preparazioni industriali con ingredienti e sostanze che non vengono utilizzate abitualmente in cucina (aromi artificiali, coloranti, emulsionanti, grassi idrogenati, ecc.) e che prevedono l'utilizzo di almeno 5 ingredienti. Fanno parte di questo gruppo le bibite, i prodotti da forno preconfezionati, i piatti pronti, i prodotti a base di carne ricostituita, i dolci confezionati e gli snack salati, ma anche i cibi per la prima infanzia.

La classificazione NOVA non è l'unica a fornire una definizione di alimenti ultra-processati, ma al momento è la più utilizzata in letteratura scientifica.

### **Consumo di cibi ultra-processati**

Le indagini nazionali sull'acquisto di alimenti da parte delle famiglie e quelle dietetiche sui consumi alimentari rivelano che la disponibilità e il consumo di alimenti ultra-processati sono aumentati significativamente in tutto il mondo, indipendentemente dal livello economico. L'analisi di 80 paesi ha evidenziato che, tra il 2000 e il 2013, le vendite di alimenti ultra-processati sono aumentate mediamente del 44%, con trend particolarmente preoccupanti in America Latina, Europa e Asia (4). Al contrario, negli Stati Uniti, dove il consumo risulta essere il più elevato, si è verificato un lieve decremento.

In Europa, gli alimenti ultra-processati rappresentano una percentuale variabile della spesa domestica, con percentuali maggiori nei paesi del nord (1). Come illustrato in **Figura 1**, rispetto alla Germania o al Regno Unito, dove i valori si attestano intorno al 50%, paesi come l'Italia o il Portogallo riportano valori poco superiori al 10%. Il consumo di questi prodotti è favorito non solo dal cambiamento delle abitudini alimentari in favore di modelli dietetici "occidentali", ma anche dalle disuguaglianze socioeconomiche. Le fasce di popolazione con un reddito più basso spesso

non possono permettersi di acquistare i prodotti con una migliore qualità nutrizionale, come frutta e verdura fresca, perché sono più costosi. In questo modo le disuguaglianze di tipo economico tendono a trasformarsi anche in disparità nutrizionali.

### **Caratteristiche dei cibi ultra-processati**

Caratteristiche comuni dei cibi ultra-processati sono l'essere molto appetibili, avere un packaging attraente per il consumatore e avere costi di produzione molto bassi. Inoltre, sono tipicamente progettati per essere consumati come snack piuttosto che come pasti regolari e sono supportati da campagne pubblicitarie aggressive indirizzate anche a bambini e adolescenti.

Dal punto di vista nutrizionale, questi alimenti sono cibi ad alto impatto calorico, apportano elevate quantità di zuccheri, sale e grassi saturi, e sono poveri di vitamine, fibre e altri micronutrienti essenziali. La conseguenza logica è che un elevato consumo di alimenti ultra-processati diventa predittivo di un peggioramento della qualità della dieta (5).

Oltre alla composizione nutrizionale, i processi industriali a cui sono sottoposti questi prodotti possono portare alla formazione di neocomposti che hanno effetti nocivi sulla salute. Ad esempio, sia l'acrilammide - un contaminante presente nei prodotti alimentari trasformati trattati termicamente - sia l'acroleina - un composto che si forma durante il riscaldamento dei grassi - sono stati associati ad un aumento del rischio di malattie cardiovascolari (6). Inoltre, il bisfenolo A - un prodotto chimico industriale utilizzato in alcuni imballaggi di plastica - è risultato essere associato a un aumento del rischio di disturbi cardio-metabolici (7). Sebbene il bisfenolo A sia vietato per l'uso negli imballaggi alimentari in molti paesi, al suo posto viene spesso utilizzato il bisfenolo S, che sembra essere assorbito maggiormente a livello orale e che ha riportato effetti negativi sul sistema endocrino (8). Studi recenti hanno confermato che il consumo di alimenti ultra-processati è associato ad una maggiore esposizione a sostanze chimiche che alterano il sistema endocrino e agli ftalati utilizzati negli imballaggi industriali di plastica (8).

Infine, i cibi ultra-processati interferiscono con i segnali di sazietà e la loro natura appagante può causare una vera e propria dipendenza, con conseguente aumento dell'assunzione complessiva di cibo. In un recente studio clinico randomizzato controllato condotto da Hall e colleghi, 20 adulti con peso stabile sono stati randomizzati a ricevere diete ad libitum con prodotti ultra-processati o non processati per 2 settimane (9). Alla fine dello studio, solamente i soggetti assegnati alla dieta ricca di cibi ultra-processati hanno riportato un aumento significativo dell'assunzione di energia e del peso corporeo.

## **Relazione tra cibi ultra-processati e salute**

Seguendo la classificazione NOVA, negli ultimi 10 anni diversi studi hanno evidenziato una possibile associazione tra il consumo di alimenti ultra-processati e lo stato di salute, in particolare per quanto riguarda il peso, la salute cardiovascolare e la mortalità. Nella maggior parte dei casi si tratta di studi ecologici o di tipo cross-sectional, mentre più recentemente sono stati pubblicati i risultati di alcune coorti come quella spagnola (SUN), quella francese (NutriNet-Santè) e quella statunitense (NHANES III). In ogni caso, il numero di studi è ancora limitato e la definizione del gruppo esposto e di quello di controllo, in termini di consumo di alimenti ultra-processati, è piuttosto eterogenea.

**Sovrappeso e obesità** - Studi ecologici condotti in varie parti del mondo hanno mostrato associazioni positive tra la disponibilità di alimenti ultra-processati e il rischio di sovrappeso e obesità. Nello studio di Monteiro et al., che ha analizzato la disponibilità di alimenti ultra-processati nelle famiglie di 19 paesi europei, ad ogni punto percentuale di aumento della disponibilità di alimenti ultra-processati corrispondeva un aumento di 0,25 punti percentuali della prevalenza dell'obesità, anche dopo aggiustamento per possibili fattori confondenti come reddito nazionale, prevalenza dell'inattività fisica e fumo (1). Una differenza di 40 punti percentuali, come quella esistente tra il Portogallo e il Regno Unito (**Figura 1**), determinerebbe quindi una differenza di 10 punti percentuali nella prevalenza dell'obesità, dati che sono in linea con quelli reali (15,2% e 24,5% per Portogallo e Regno Unito, rispettivamente). Per quanto riguarda gli studi cross-sectional e di coorte, molti hanno evidenziato come un consumo maggiore di alimenti ultra-processati sia associato ad un aumento del rischio di sviluppare sovrappeso e obesità (10,11), mentre alcuni non hanno trovato associazioni (12,13).

**Salute cardiovascolare** - Una recente revisione sistematica ha evidenziato come il consumo di alimenti ultra-processati sia positivamente associato a ipertensione e dislipidemia, mentre i dati sul profilo glicemico sono contrastanti (14). In termini di malattie cardiovascolari, nella coorte francese NutriNet-Santè è stato osservato un incremento del 12% del rischio di malattie cardiovascolari ogni incremento del 10% delle calorie provenienti da cibi ultra-processati (15). Al contrario, la coorte statunitense NHANES III non ha rilevato alcuna associazione tra numero di porzioni di alimenti ultra-processati consumate al giorno e rischio cardiovascolare (16).

**Mortalità** - Per quanto riguarda la mortalità per tutte le cause, la coorte spagnola SUN ha evidenziato che il consumo di oltre 4 porzioni al giorno di alimenti ultra-processati si associa a un aumento del rischio di mortalità del 62% (17), mentre l'indagine statunitense ha riportato un

aumento del 30% nei soggetti che consumavano almeno 5 porzioni al giorno (16). Un altro studio condotto in Spagna - coorte ENRICA, ha riportato un aumento del 44% del rischio di mortalità in coloro che assumevano una quantità di alimenti ultra-processati pari o superiore al 42% delle calorie giornaliere.

**Altri outcomes** - Ad oggi sono disponibili evidenze limitate anche su altri outcomes come il cancro e i sintomi depressivi. Il rischio di cancro è stato analizzato nella coorte francese dove un aumento del 10% di alimenti ultra-processati nella dieta è stato associato a un incremento di circa il 10% del rischio di sviluppare un cancro, in particolar modo quello al seno (12). Nello studio, gli alimenti ultra-processati più consumati erano dolci, biscotti e pasticcini, seguiti dalle bevande zuccherate. Per quanto riguarda i sintomi depressivi, i risultati della coorte francese e di quella spagnola hanno evidenziato un lieve aumento del rischio associato a consumi elevati di alimenti ultra-processati.

### **Limiti della letteratura**

Il dibattito sulla relazione tra alimenti ultra-processati e salute nasce da alcune limitazioni metodologiche della letteratura scientifica:

- In primo luogo, i dati sui consumi alimentari analizzati nei vari studi sono stati ricavati riesaminando i risultati ottenuti con strumenti come questionari di frequenza alimentare, diari alimentari e recall delle 24 ore. Questi strumenti di indagine non sono stati ideati per valutare il consumo di alimenti ultra-processati e non permettono di fare una distinzione dei cibi in base alla lavorazione industriale, al tipo e al numero degli ingredienti utilizzati; mancano quindi i presupposti per inquadrare in modo attendibile le associazioni rilevate.
- Molti dei lavori disponibili pongono l'accento più sulle caratteristiche nutrizionali dei prodotti che sul grado di trasformazione, su cui in realtà di base la classificazione NOVA. Anche l'identificazione del gruppo di appartenenza di alcuni alimenti varia da studio a studio, per cui può succedere che in alcuni studi il pane sia classificato come alimento ultra-processato, mentre in altri come alimento processato. Questo determina una eterogeneità nell'esposizione che riduce l'accuratezza e la generalizzabilità dei risultati.
- Nei vari studi, i gruppi con un elevato consumo di alimenti ultra-processati differiscono da quelli con un basso consumo per tutta una serie di fattori come età, condizione sociale o fattori di rischio. Non si può quindi escludere che tali comportamenti alimentari siano dei marcatori (ad esempio dello stile di vita), più che la causa delle differenze riscontrate tra i gruppi.

- La quasi totalità delle evidenze proviene da studi osservazionali, che per loro natura non permettono di qualificare e quantificare l'esistenza di un rapporto causa-effetto tra consumo di determinati alimenti e rischio di malattia o mortalità. Per chiarire meglio la relazione tra consumo di alimenti ultra-processati e salute sono quindi necessari ulteriori studi, disegnati ad hoc per valutare questo aspetto.

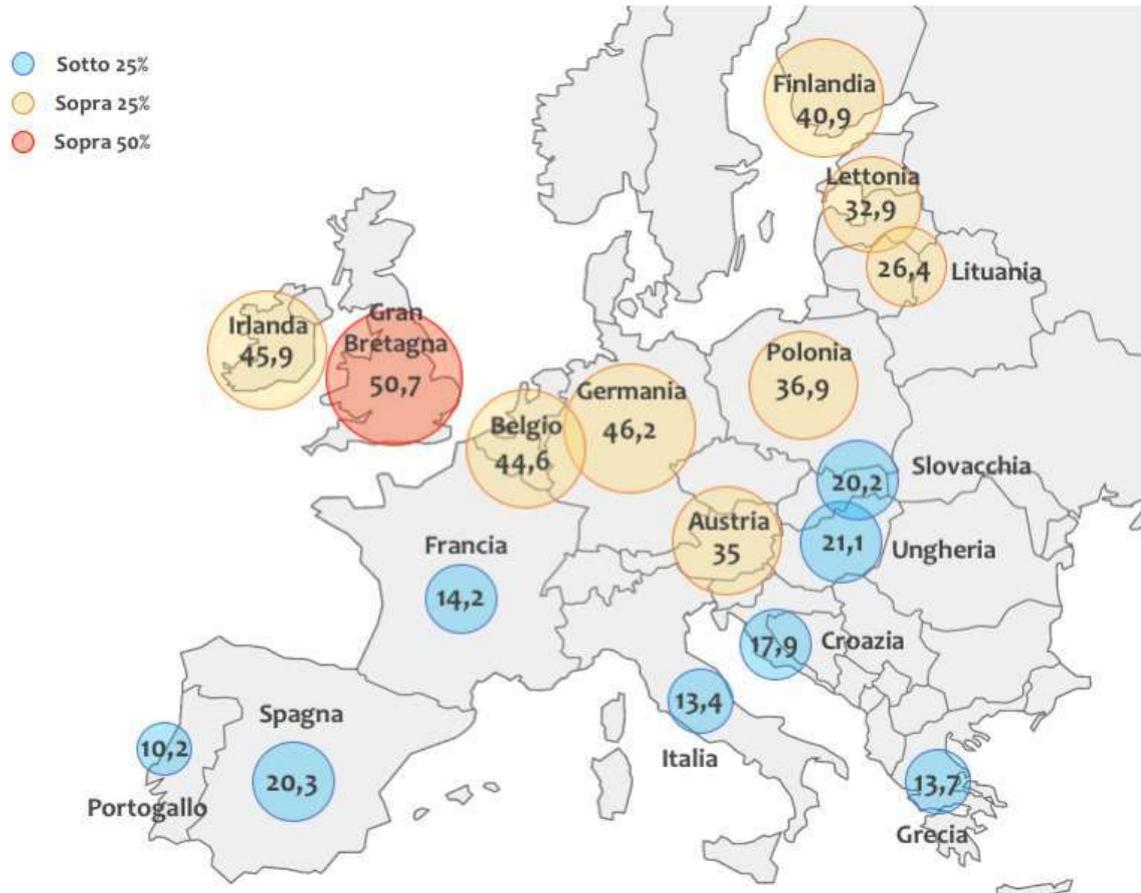
## CONCLUSIONI

Nello scenario alimentare attuale, la disponibilità di cibi altamente processati è aumentata significativamente. Alla luce di questa situazione, che riguarda la maggior parte delle nazioni, la comunità scientifica si è attivata per analizzare gli aspetti legati al loro consumo e agli effetti che esercitano su salute, ambiente e società. Dal punto di vista nutrizionale, le principali problematiche dei cibi ultra-processati sono l'elevato apporto di zuccheri, sale, grassi saturi e additivi, il basso apporto di nutrienti e fibra, e il basso potere saziante che si associa ad un incremento dell'assunzione calorica giornaliera. Dal punto di vista salutistico, un elevato consumo di questi prodotti è stato dimostrato essere predittivo di una bassa qualità della dieta e di un maggior rischio di sovrappeso, obesità e patologie correlate.

Alla luce di queste evidenze, sia i ricercatori che hanno effettuato la classificazione NOVA che i paesi che la usano consigliano di evitare i cibi ultra-processati. Questo viene affermato anche nel recente rapporto FAO "Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system" e nelle linee guida ufficiali di alcuni paesi come il Brasile. Sebbene più che giustificato, questo consiglio fa scaturire un problema: come sostituire questi cibi, che attualmente costituiscono una larga percentuale della dieta di molti paesi? E come rispondere a quelle persone che li utilizzano per mancanza di tempo, a causa di orari e carichi di lavoro che lasciano poco spazio alla preparazione dei pasti? Ancora nessuno è arrivato a dare una vera e propria risposta. Una possibile alternativa alla riduzione dei consumi dei cibi ultra-processati potrebbe essere la riformulazione di questi alimenti, in modo da renderli più sani. La semplice demonizzazione degli alimenti ultra-processati, infatti, non può rappresentare l'unica soluzione ad un problema così complesso.

In attesa di studi futuri, il consiglio per i consumatori rimane sempre lo stesso: variare le scelte alimentari, evitare gli eccessi e adeguare i consumi alimentari in base ai fabbisogni nutrizionali individuali.

**Figura 1.** Alimenti ultra-processati in percentuale sugli acquisti domestici



Per corrispondenza:

**Monica Dinu**, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze;

E-mail: [monica.dinu@unifi.it](mailto:monica.dinu@unifi.it)

## Bibliografia

1. MONTEIRO CA, MOUBARAC JC, LEVY RB, CANELLA DS, LOUZADA MLDC, CANNON G. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. *Public Health Nutr.* 2018;21:18-26.
2. LAWRENCE MA, BAKER PI. Ultra-processed food and adverse health outcomes. *BMJ.* 2019; 29; 365: l2289
3. MONTEIRO CA, LEVY RB, CLARO RM, CASTRO IR, CANNON G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica.* 2010;26:2039-49.
4. Euromonitor International. Passport Global Market Information Database [Internet]. London: Euromonitor; c2015. Available from: <http://go.euromonitor.com/Passport-Home>
5. POTI JM, MENDEZ MA, NG SW, POPKIN BM. Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households? *Am J Clin Nutr.* 2015;101:1251-1262.
6. ZHANG Y, HUANG M, ZHUANG P, JIAO J, CHEN X, WANG J, WU Y. Exposure to acrylamide and the risk of cardiovascular diseases in the National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2006. *Environ Int.* 2018; 117: 154-63
7. RANCIÈRE F, LYONS JG, LOH VH, BOTTON J, GALLOWAY T, WANG T, SHAW JE, MAGLIANO DJ. Bisphenol A and the risk of cardiometabolic disorders: a systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence. *Environ Health.* 2015; 14: 46
8. BUCKLEY JP, KIM H, WONG E, REBHOLZ CM. Ultra-processed food consumption and exposure to phthalates and bisphenols in the US National Health and Nutrition Examination Survey, 2013-2014. *Environ Int.* 2019; 131: 105057
9. HALL KD, AYUKETAH A, BRYCHTA R, CAI H, CASSIMATIS T, CHEN KY, et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metab.* 2019 Jul 2;30(1):67-77.e3. doi: 10.1016/j.cmet.2019.05.008. Epub 2019 May 16. Erratum in: *Cell Metab.* 2019;30:226.
10. SILVA FM, GIATTI L, DE FIGUEIREDO RC, MOLINA MDCB, DE OLIVEIRA CARDOSO L, DUNCAN BB, BARRETO SM. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008-2010). *Public Health Nutr.* 2018; 21: 2271-79
11. MENDONÇA RD, PIMENTA AM, GEA A, DE LA FUENTE-ARRILLAGA C, MARTINEZ-GONZALEZ MA, LOPES AC, BES-RASTROLLO M. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2016; 104: 1433-40
12. FIOLET T, SROUR B, SELLEM L, KESSE-GUYOT E, ALLÈS B, MÉJEAN C, ET AL. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ.* 2018;360:k322. doi: 10.1136/bmj.k322.
13. ADAMS J, WHITE M. Characterisation of UK diets according to degree of food processing and associations with socio-demographics and obesity: cross-sectional analysis of UK National Diet and Nutrition Survey (2008-12). *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:160.
14. SILVA MENEGUELLI T, VIANA HINKELMANN J, HERMSDORFF HHM, ZULET MÁ, MARTÍNEZ JA, BRESSAN J. Food consumption by degree of processing and cardiometabolic risk: a systematic review. *Int J Food Sci Nutr.* 2020 Feb 13: 1-15
15. SROUR B, FEZEU LK, KESSE-GUYOT E, ALLÈS B, MÉJEAN C, ANDRIANASOLO RM, et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). *BMJ.* 2019; 365: l1451
16. KIM H, HU EA, REBHOLZ CM. Ultra-processed food intake and mortality in the USA: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1988-1994). *Public Health Nutr.* 2019; 22: 1777-85

17. RICO-CAMPÀ A, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA, ALVAREZ-ALVAREZ I, MENDONÇA RD, DE LA FUENTE-ARRILLAGA C, GÓMEZ-DONOSO C, BES-RASTROLLO M. Association between consumption of ultra-processed foods and all-cause mortality: SUN prospective cohort study. *BMJ*. 2019; 365: 11949

**ALCOL: più sai, meno rischi!** Consumare alcol **NON PROTEGGE** da Covid-19

**L'ALCOL DISINFETTA IL CAVO ORALE? FALSO**

Consumare bevande alcoliche o nebulizzarle in gola **NON** disinfetta e **NON** igienizza il cavo orale. L'alcol danneggia la mucosa della bocca e la rende più vulnerabile alle infezioni. Un effetto igienizzante si ha con altissimi livelli di gradazione alcolica che, tuttavia, espongono la mucosa a un danno diretto, fino a causare tumori al cavo orale, alla faringe e all'esofago.

**L'ALCOL È UN IMMUNOSOPPRESSORE? VERO**

Il consumo di bevande alcoliche **pregiudica il sistema immunitario, riduce gli anticorpi e rende più vulnerabili alle infezioni virali**, comprese quella da Covid-19.

**L'ALCOL AUMENTA LA LUCIDITÀ E I RIFLESSI? FALSO**

L'assunzione di alcol, anche in piccole quantità, **riduce i riflessi e la lucidità mentale**. L'iniziale disinibizione dovuta al suo consumo, può portare a sottovalutare e trasgredire le norme di distanziamento sociale necessarie per l'epidemia da Covid-19.

**L'ALCOL È ANTIDEPRESSIVO E AIUTA A SOPPORTARE LE ATTUALI LIMITAZIONI? FALSO**

L'alcol **aggrava i sintomi della depressione e aumenta l'irritabilità e l'ansia**, anche se inizialmente i suoi effetti possono essere percepiti come benefici e illuderci di vivere meglio le limitazioni imposte dal Covid-19, in realtà l'alcol va a deprimere il sistema nervoso e l'attività cerebrale con un effetto sedativo che può portare a isolarci più del necessario peggiorando i rapporti sociali.

**ALCOL E FUMO: MAI INSIEME!**

Consumare bevande alcoliche **facilita l'assorbimento delle sostanze cancerogene** contenute nel fumo di tabacco, aumenta il rischio di tumore alla bocca, all'esofago e al tratto respiratorio superiore. **In caso di malattia Covid-19, chi usa alcol e fuma rischia un decorso più grave.**



[alcologia@aou-careggi.toscana.it](mailto:alcologia@aou-careggi.toscana.it)

[www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it)

Scansionato con CamScanner



**nuovo coronavirus**

*Attenzione (anche) al...  
fumo di sigaretta*

Fumare nuoce gravemente la salute.  
Ma nuoce di più nei tempi del COVID-19.

Studi recenti condotti in Cina indicano un aumento significativo del rischio (di almeno 3 volte) di sviluppare polmonite severa da COVID-19 in pazienti con storia di uso di tabacco rispetto a non fumatori.

Sfrutta il maggior tempo libero e la necessità di cambiamento delle abitudini giornaliere per abbandonare il consumo dei prodotti del tabacco e di nicotina.

Chiama il Numero Verde ISS contro il Fumo  
**800 554088** per informazioni e sostegno nel cambiamento.

A cura del Gruppo ISS "Comunicazione Nuovo Coronavirus"

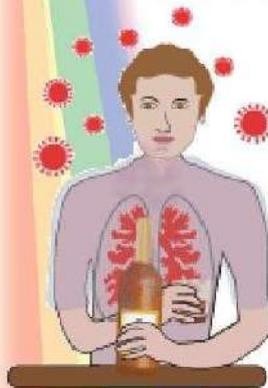
Fonte ISS • 11 marzo 2020



## Assunzione di bevande alcoliche e COVID-19

### Le cose da sapere, le *fake news* da sfatare

La situazione emergenziale che stiamo vivendo, così diversa dai contesti di vita convenzionali che la maggior parte delle persone ha condotto sino ai primi di marzo, rende necessario, e urgente, porre maggiore attenzione agli effetti negativi e pregiudizievoli per la salute delle bevande alcoliche. È inoltre fondamentale smentire con l'evidenza scientifica le *fake news* che circolano riguardo presunte proprietà benefiche dell'alcol nei confronti del virus SARS-CoV-2.



### L'alcol è un immunosoppressore e favorisce le infezioni virali e polmonari

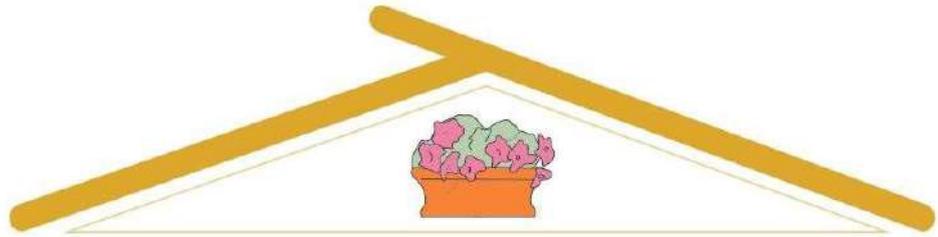
È evidenza da tempo consolidata dalla revisione sistematica della letteratura scientifica che il consumo di bevande alcoliche pregiudica il sistema immunitario e la risposta anticorpale, esponendo i consumatori a una maggiore vulnerabilità alle infezioni virali, soprattutto da virus respiratori e polmonari, categoria a cui appartiene il virus SARS-CoV-2, responsabile della COVID-19.



### L'alcol non disinfetta né igienizza

Come di recente ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non esiste alcuna evidenza scientifica che un consumo moderato di vino o la nebulizzazione di superalcolici possa contribuire a una migliore igienizzazione del cavo orale e della faringe. Infatti, affinché l'alcol abbia un effetto disinfettante dovrebbe avere una gradazione di almeno 63° esponendo tuttavia la mucosa a un potenziale danno diretto, come testimoniato dal noto e diffuso effetto cancerogeno alcolcorrelato.





## Il corpo femminile è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol



L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò spiega il perché bevono, in media, meno dell'uomo. Considerando inoltre che le donne hanno una mortalità inferiore da COVID-19, è evidente quanto sia importante che mantengano al minimo il consumo di alcol. In questo modo si esporrebbero al minor rischio possibile e potrebbero anche influire positivamente sul consumo alcolico e i livelli di rischio del partner e dei conviventi. Bere meno o nulla è sicuramente meglio.



## L'alcol toglie lucidità

L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale che stiamo vivendo. Inoltre, in caso di intossicazione, si renderebbe necessario un intervento medico in Pronto Soccorso che, nella attuale situazione, è da evitare.

**Autori:** Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini e Alice Matone - Centro OMS Promozione della Salute e Ricerca sull'Alcol, Centro nazionale dipendenze e doping (ISS)



**Passo  
dopo  
passo  
verso**

# stili di vita sostenibili



**Vivi ecologicaMENTE...**

**Piccole scelte quotidiane che fanno la differenza per noi e per il nostro pianeta**



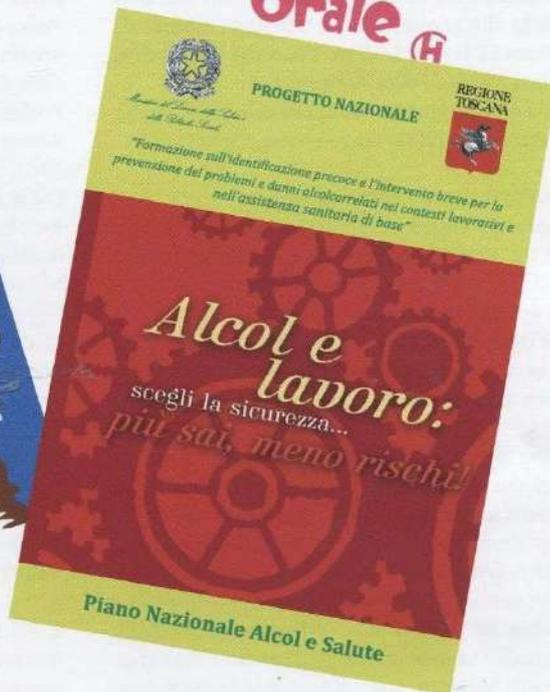
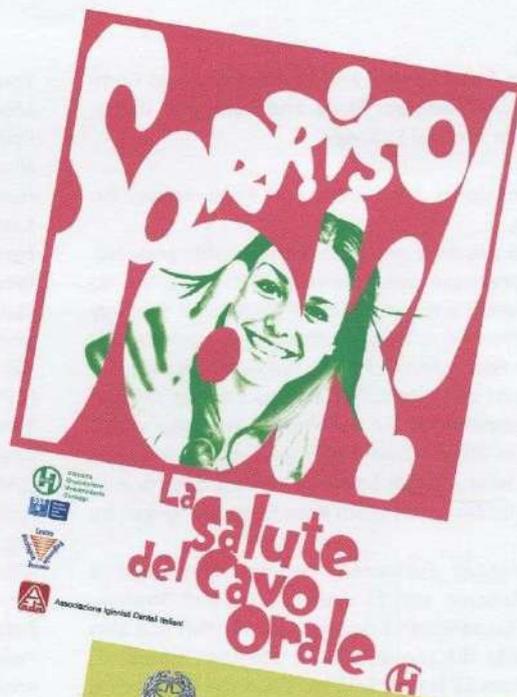
**Azienda  
Ospedaliero  
Universitaria  
Careggi**



i/WHP/01-B marzo 2019



**Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana**



Alcune delle pubblicazioni realizzate e/o aggiornate negli ultimi anni dal Centro Alcolologico Regionale Toscano



# DLGS ANTIFUMO

#SMOKEFREE

## NIENTE FUMO CON MINORI

Vietato fumare in auto se sono presenti minori e donne in gravidanza; nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli Irccs pediatrici e nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia.

1



Ridurre il fumo passivo

## NO AROMI

Divieto di utilizzare aromi all'interno di sigarette e tabacco sfuso, perché potrebbero dare l'impressione che fumare sia meno dannoso e attirare giovani a sperimentare.

2



Rendere meno allettante fumare

## MAGGIORI AVVERTENZE

Le avvertenze combinate (immagini e testo) relative alla salute dovranno coprire il 65% della superficie esterna del fronte e retro della confezione di sigarette o di tabacco da arrotolare.

3



Scoraggiare la vendita

## STOP AI PACCHETTI DA 10

Stop ai pacchetti da 10 e alle mini confezioni di tabacco per rendere meno facile l'acquisto ai giovani.

4



Scoraggiare l'acquisto

## NO MOZZICONI A TERRA

Vietato gettare mozziconi ed altri piccoli rifiuti a terra.

5



Proteggere l'ambiente e il pianeta



## CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFORMALCOL

Il centro di documentazione Informalcol è un'interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori delle équipes alcoliche in Toscana.

Il centro ha una collezione di documenti specializzata sui temi connessi ai problemi alcolcorrelati e alla complessità della vita.

Il centro è attivo dal 2001 e supporta le funzioni attribuite al Centro Alcológico Regionale Toscano (CART) come il miglioramento delle conoscenze, la ricerca epidemiologica, clinica e biologica, la prevenzione e la formazione.

Il primo nucleo documentario che ha dato vita ad Informalcol è stata la collezione personale di Andrea Devoto, psicologo e psichiatra fiorentino, scomparso nel 1994.

La documentazione privilegiava i temi dei gruppi di auto-mutuo aiuto (formati da persone che condividono lo stesso problema o perseguono identici obiettivi e si sostengono reciprocamente) e di quello che all'epoca veniva definito *alcolismo*, ma negli ultimi anni ha assunto una visione più ampia, verso la promozione della salute, gli stili di vita (fumo, alimentazione, il gioco d'azzardo, ecc.) e gli stili di relazione.

INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano  
Via Ippocrate, Padiglione 13B, - Clinica Medica- Careggi, Largo Brambilla, 3  
50134 Firenze FI  
Tel. 055 794 9650

<https://www.facebook.com/CentroAlcológicoRegionale/>