

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE “A. AVOGADRO”
Dipartimento di Medicina Traslationale
in collaborazione con
Università Cattolica del Sacro Cuore e Università di Milano Bicocca



MASTER IN SCIENZE DELLA PREVENZIONE MSP-ASPP
ADVANCED SCHOOL OF PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

La prevenzione dell'abuso di alcol negli adolescenti

Francesco Sparano

Anno accademico 2012-2013

ABSTRACT	2
1. EPIDEMIOLOGIA.....	4
1.1 I CONSUMI ALCOLICI DEI GIOVANI.....	5
1.2 GLI EFFETTI PROVOCATI DALL'ABUSO DI ALCOL	8
1.3 GLI INCIDENTI STRADALI	9
2. FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE.....	11
3. IMPATTO ECONOMICO	15
4. ASPETTI NORMATIVI.....	16
5. OBIETTIVI	17
6. MATERIALI E METODI	17
7. INTERVENTI DI PREVENZIONE	18
7.1. EVIDENZE DI EFFICACIA	19
8. DISCUSSIONE.....	20
8.1. UNPLUGGED	21
8.2. STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM FOR PARENTS AND YOUTH 10 – 14 (SFP 10-14).....	22
8.3. PROPOSTA D'INTERVENTO	23
9. CONCLUSIONI.....	23
10. BIBLIOGRAFIA	25

Abstract

Epidemiologia

L'alcol è responsabile del 3.8% delle morti in tutto il mondo, un terzo delle quali causate da incidenti. In Italia il 4.4% dei decessi negli uomini e il 2.5% nelle donne è correlato al consumo di alcol; i giovani sono i più esposti a tale rischio, dato che l'alcol è la prima causa di morte fino ai 24 anni. In Italia, dagli anni '70 ad oggi, si è registrata una forte diminuzione dei consumi di alcol pro-capite, dovuto soprattutto alla diminuzione del consumo di vino. Di conseguenza, diminuisce la quota di consumatori giornalieri, mentre aumenta il consumo occasionale e fuori pasto. La stessa tendenza si riscontra tra gli adolescenti ma, nonostante siano aumentate queste modalità di consumo, non è del tutto corretto paragonare il nuovo stile del bere italiano a quello dei paesi nordici. I giovani italiani, infatti, rispetto ai loro coetanei europei, registrano un minor numero di episodi di ubriachezza e percentuali maggiori di consumo regolare, caratteristiche tipiche della cultura mediterranea.

Fattori di rischio e fattori di protezione

I fattori di rischio e di protezione legati all'abuso di alcol da parte dei giovani sono molteplici e spesso nella letteratura ci si trova di fronte a studi con risultati contrastanti tra loro. Molti autori considerano l'età di iniziazione precoce all'alcol come un fattore di rischio, che aumenta la probabilità di abuso, bere problematico e dipendenza alcolica futura. Per altri, invece, nei paesi caratterizzati da una cultura "bagnata", come in Italia, a influenzare il modo di bere non sarebbe l'età in cui avviene il primo assaggio delle bevande alcoliche bensì il modo e il contesto in cui tale approccio si verifica. E' necessario quindi considerare la "socializzazione all'alcol", cioè la familiarizzazione con questa sostanza, l'apprendimento delle modalità, dei valori e delle norme legate al bere. Gli studi effettuati su questo aspetto confermano che la maggior parte dei bevitori moderati ha iniziato a bere in famiglia, mentre i consumatori non moderati hanno prevalentemente cominciato in un ambiente con meno regole, come il gruppo dei pari, a dimostrazione del fatto che bere per la prima volta in un contesto familiare, anche se si è in giovane età, sotto il controllo dei genitori, può rappresentare un fattore di protezione. Un altro fattore di rischio nel rapporto tra adolescenti e alcol è il marketing delle bevande alcoliche. Le pubblicità di alcolici sono presenti in moltissimi ambiti, dalla televisione a internet, dal cinema a eventi sportivi e musicali. Emerge, dunque, l'importanza di interventi che prendano in considerazione vari aspetti, dal ruolo educativo della famiglia e della scuola, passando dal gruppo dei pari, con l'obiettivo di aiutare gli adolescenti ad accrescere e rafforzare le proprie capacità per affrontare e resistere alle pressioni e alle sfide della vita quotidiana. Gli strumenti di prevenzione devono contrastare l'aumento di comportamenti pericolosi come l'abuso di alcol e il consumo fuori pasto, educando gli adolescenti ad un consumo moderato, tipico della nostra cultura "bagnata".

Obiettivi

L'obiettivo di questo lavoro è di identificare, attraverso una revisione della letteratura scientifica, gli interventi di prevenzione dell'abuso di alcol tra gli adolescenti. Dopo aver individuato gli strumenti che abbiano ottenuto evidenza di efficacia, applicabili al contesto italiano, l'obiettivo finale è di avanzare una proposta di piano di contrasto del problema analizzato.

Risultati

Sulla base delle evidenze, gli interventi di prevenzione considerati più efficaci si basano sul modello dell'influenza sociale, il quale si caratterizza per due approcci: quello delle norme sociali e quello basato sulle life skills. Il primo si pone l'obiettivo di correggere le percezioni sbagliate che

gli adolescenti hanno nei confronti delle sostanze. Il secondo ha l'obiettivo di aiutare gli adolescenti a sviluppare tutte quelle capacità che gli permettano di affrontare in maniera efficace le esigenze e le sfide della vita quotidiana. La scuola è considerata l'ambito migliore per attuare interventi di prevenzione universale, in quanto permette di entrare a contatto con un maggior numero di adolescenti. È preferibile che tali interventi si dirigano ad alunni del 2° e 3° anno della scuola secondaria di I livello e al biennio delle scuole secondarie di II livello. È importante coinvolgere gli adulti significativi, in particolare genitori ed insegnanti. È stato dimostrato che quest'ultimi devono essere formati adeguatamente da parte di esperti nel campo della prevenzione e promozione della salute. La maggior parte degli interventi efficaci effettuati nelle scuole integra le attività previste dall'intervento all'interno dell'offerta didattica, utilizzando dunque un approccio curricolare. È necessario effettuare un'analisi dei bisogni prima di avviare un intervento, così come è fondamentale programmare un'adeguata valutazione. Per queste caratteristiche, i programmi di prevenzione scolastica che hanno ottenuto i migliori risultati di efficacia sono Unplugged e il Life Skills Training. Per quanto riguarda gli interventi familiari, lo Strengthening Families Program (SFP) è considerato uno dei programmi più efficaci, anche a lungo termine. Inoltre, associato a programmi scolastici, aumenta l'efficacia di quest'ultimi.

Proposta di intervento

Sulla base dei risultati ottenuti dalla revisione, la proposta di intervento consiste nell'integrare al programma Unplugged lo SFP 10-14. È stato dimostrato che quest'ultimo è in grado di aumentare l'efficacia di interventi scolastici basati sulle life skills. L'obiettivo di tale proposta è quello di migliorare l'efficacia di uno strumento, Unplugged, che ha già ottenuto risultati positivi nelle scuole in cui è stato applicato ma che non è riuscito a coinvolgere in maniera ottimale i genitori.

Conclusioni

Il rapporto degli adolescenti italiani con l'alcol è cambiato, così com'è cambiato il rapporto tra alcol e società italiana in generale. Ciò nonostante permangono quei tratti di consumo che hanno caratterizzato l'Italia come un paese a cultura "bagnata". Gli eccessi giovanili hanno sempre fatto parte di una fase di transizione, dove alla sperimentazione si sostituisce pian piano un modello di consumo moderato trasmesso dalla famiglia. Mettere in dubbio tale modello può portare al rischio di un progressivo abbandono di un modello educativo che ha agito come fattore di protezione nel rapporto tra gli italiani e l'alcol durante questi decenni. Per questo motivo è utile implementare interventi di prevenzione di provata efficacia dove, a programmi di intervento scolastico che hanno evidenziato risultati positivi, si affianchino interventi familiari che siano in grado di rafforzare il rapporto genitori-figli, creando le basi per una trasmissione di quei valori e comportamenti che hanno caratterizzato, e continuano a caratterizzare, la cultura del bere nel nostro paese.

1. Epidemiologia

L'alcol è responsabile del 3.8% delle morti in tutto il mondo, un terzo delle quali causate da incidenti (WHO 2011). Il DALY associato all'alcol corrisponde al 4.5% tra tutte le cause (7.4% per gli uomini e 1.4% per le donne) e circa il 40% dei DALY attribuiti all'alcol sono dovuti a malattie neuropsichiatriche (*Ibid.*).

L'Unione Europea è la regione con il più alto consumo pro-capite di alcol puro (Anderson, Moller, e Galea 2012). L'11.8% delle morti tra le persone di 15-64 anni è dovuto all'alcol, a cui è attribuito il 15% di DALY per gli uomini e 4% per le donne. All'interno della stessa regione, però, si trovano molte differenze: per quanto riguarda il consumo pro-capite, l'Europa dell'est è la sotto-regione con il più alto consumo, mentre i paesi del nord, seguiti da quelli mediterranei hanno i dati più bassi. Per quanto riguarda, invece, il consumo rischioso, il tasso più alto è presente nell'Europa dell'est e nei paesi nordici, mentre il più basso tra i paesi mediterranei (*Ibid.*). Queste differenze si riscontrano anche nei dati su morti e DALY alcol-attribuibili. In entrambi i casi, le regioni del centro ed est Europa presentano i dati più alti, mentre i più bassi riguardano la regione mediterranea, la quale, invece, risulta avere la proporzione più alta di morte e DALY causati dall'alcol ai danni di terze persone (dove gli incidenti stradali rappresentano la principale causa).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, in Italia il 4.4% dei decessi negli uomini e il 2.5% nelle donne è correlato al consumo di alcol, stimando complessivamente intorno ai 30.000 i decessi alcol-attribuibili (Scafato et al. 2012). I giovani sono i più esposti a tale rischio, dato che l'alcol è la prima causa di morte fino ai 24 anni: in Europa si registra, tra i 15-29enni, una mortalità, dovuta a consumo rischioso di alcol, del 25% tra i ragazzi e del 10% tra le ragazze.

Nel 2008, le frazioni alcol-attribuibili (AAF%) sul totale dei morti in Italia sono state del 3.8% per i maschi e del 2.1% tra le femmine. Tali frazioni diminuiscono all'aumentare dell'età, a dimostrazione dell'impatto negativo maggiore dell'alcol sui giovani, la cui causa principale di patologie alcol-correlate appartiene alla categoria *Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti* (*Ibid.*).

Per quanto riguarda i consumi del nostro paese, dagli anni '70 ad oggi si è registrata una forte diminuzione nei consumi di alcol puro pro-capite (circa il 59% in meno), durante i quali l'Italia è passata dall'essere il secondo paese con consumo più alto (19.7 litri) a quello con consumo minore (8 litri) subito dopo la Norvegia (Scafato et al. 2012).

Questa tendenza è dovuta soprattutto alla forte diminuzione del consumo di vino, sceso dai 113.7 litri a 39.1, mentre la birra ha registrato un aumento dagli 11.3 litri ai 28 attuali (Beccaria 2013).

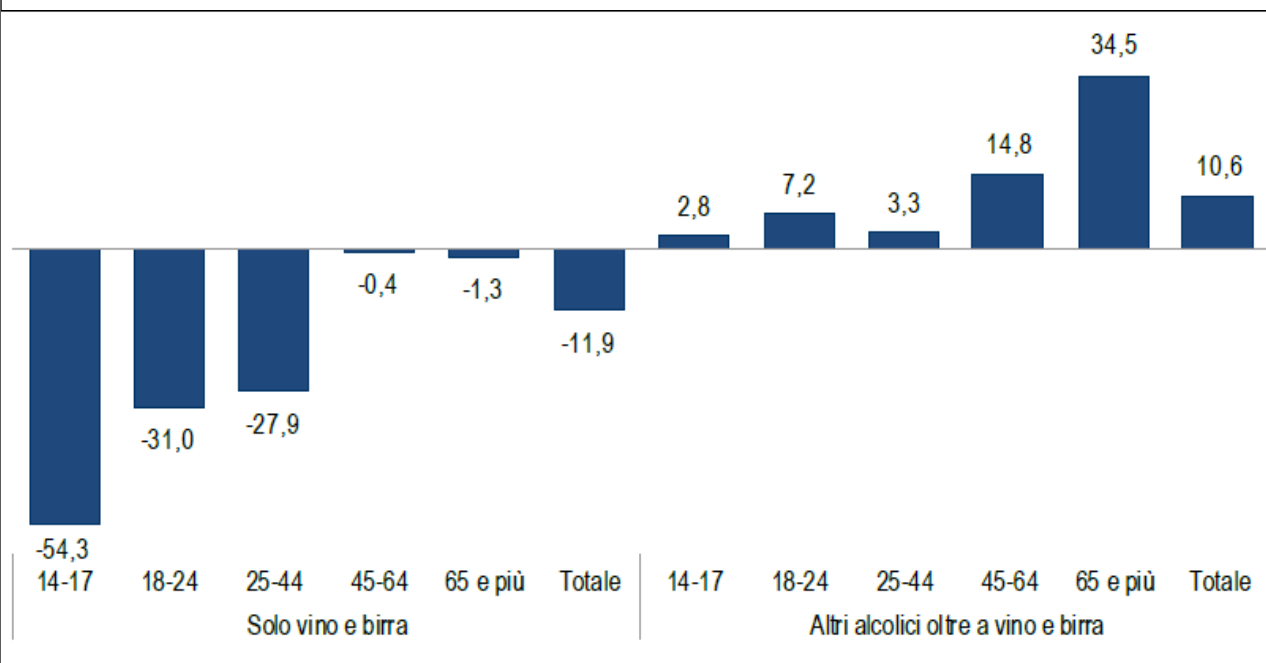
Analizzando più dettagliatamente i dati degli ultimi anni sul consumo degli italiani, in linea con quanto affermato prima, si nota una diminuzione dei consumatori giornalieri. Dal 2002 al 2012 la quota di chi consuma quotidianamente è passata dal 34.5% al 24.4% (ISTAT 2013), registrando un calo del 2.3% rispetto all'anno precedente (ISTAT 2012). Diminuisce anche la quota di chi beve almeno una volta l'anno rispetto a dieci anni fa, passando dal 70.2% al 66.6%, percentuale stabile rispetto all'anno passato (ISTAT 2012). Allo stesso tempo, l'Italia risulta essere tra i paesi più astemi d'Europa, collocandosi al secondo posto (39% di astemi) mentre all'ultimo troviamo i danesi con il 7% (Beccaria 2013).

Secondo l'ISTAT, aumenta invece la tendenza al consumo fuori pasto, che passa dal 23.1% al 26.9% dal 2002 al 2012 (ISTAT 2012) e al consumo occasionale, dal 35.8% al 42.2%. Per quanto riguarda i consumatori a rischio, continua il trend discendente, in particolare negli uomini, registrando un diminuzione, rispetto al 2011, dei consumatori giornalieri non moderati (dal 8.4% al 7.5%) e dei consumatori binge abituali (dal 7.5% al 6.9%).

I cambiamenti riguardano anche i tipi di bevande consumate: negli ultimi dieci anni, infatti,

diminuiscono i consumatori di solo vino e birra mentre aumenta chi consuma anche aperitivi alcolici, amari e superalcolici (Figura 1). Nonostante ciò, il vino continua a rimanere la bevanda privilegiata dai consumatori italiani.

FIGURA 1. Persone di 14 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, vino, birra e altri alcolici, per combinazioni di consumo e classi d'età. Anni 2002 e 2012, variazione percentuale dei valori assoluti



Fonte: ISTAT (2013) Uso e abuso di alcol in Italia

Secondo i dati PASSI raccolti dal 2009 al 2012, la popolazione italiana è caratterizzata da un 44% di persone astemie, da un 37% di consumatori moderati e da un 18% di consumatori “a rischio” per quantità e modalità di consumo. Questo tipo di consumo è presente maggiormente tra gli uomini e i giovani, tra chi ha meno difficoltà economiche e un titolo di studio alto. Considerati separatamente uomini e donne, si nota che tra i primi la proporzione di consumatori a rischio è maggiore tra i più anziani mentre nel secondo caso è maggiore tra le giovani (PASSI 2013)

In generale, negli ultimi anni si sta assistendo in Italia ad un cambiamento nei consumi di bevande alcoliche, caratterizzato da un forte calo del consumo pro-capite, dovuto principalmente alla diminuzione del consumo di vino. Il calo di questa bevanda, associata soprattutto ad un consumo giornaliero durante i pasti, ha portato ad una diminuzione del consumo quotidiano, aumentando di conseguenza quello fuori pasto, in particolare tra le donne, per le quali il trend ha osservato numeri maggiori rispetto agli uomini.

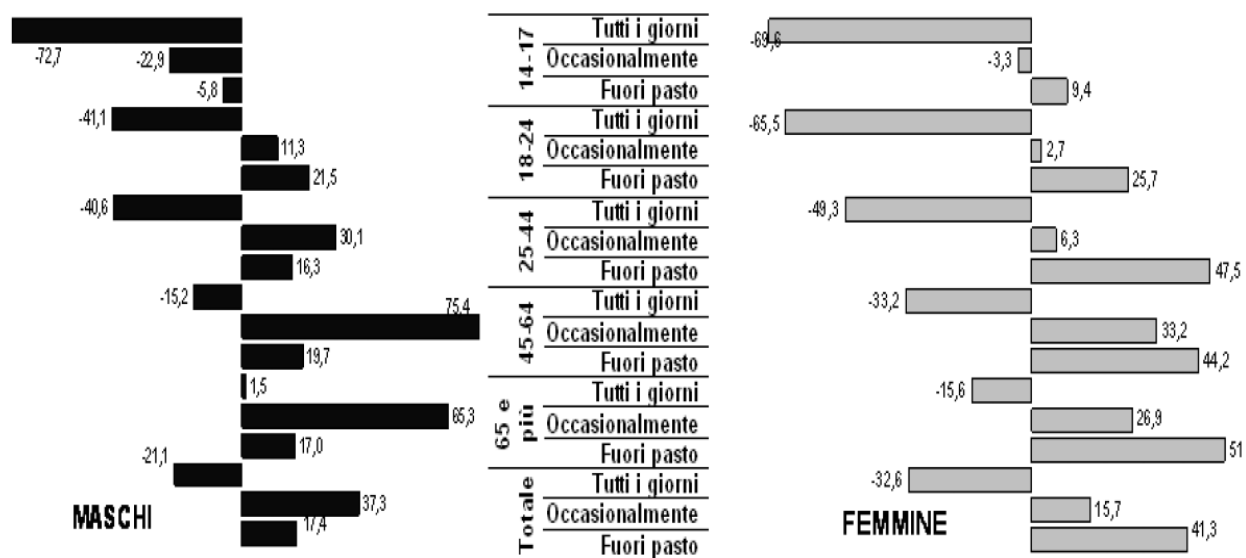
1.1 I consumi alcolici dei giovani

In Italia, il monitoraggio dei consumi alcolici nei giovani è affidato a due indagini campionarie nazionali (ISTAT e Doxa – Osservatorio Permanente sui Giovani e l’Alcol) e altre due europee (HBSC e ESPAD), queste ultime molto utili per confrontare l’andamento dei giovani italiani con i

coetanei europei. Nonostante alcune differenze di metodologie, che possono rendere più complicato il confronto dei dati tra le varie indagini (Charrier e Cavallo 2010), in generale non ci sono discordanze rispetto agli andamenti del consumo nei giovani italiani.

Secondo le ultime indagini dell'ISTAT (2012 e 2013) è in diminuzione tra i giovani la percentuale di chi ha almeno un comportamento a rischio, ad eccezione del consumo fuori pasto che, come nel resto della popolazione italiana, continua ad aumentare, in concomitanza con la diminuzione del consumo giornaliero. Dal 2002 al 2012, ad eccezione dei maschi 14-17enni, si ha avuto un incremento del consumo fuori pasto del 9.4% tra le femmine della stessa fascia d'età; tra i 18-24enni, invece, l'incremento è stato del 21.5% tra i maschi e del 25.7% tra le femmine (Figura 2). Diminuisce sensibilmente il consumo giornaliero, sia tra i 14-17enni (-72.7% tra i maschi e -69.6% tra le femmine) sia tra i 18-24enni (-41.1% tra i maschi e -65.5% tra le femmine).

FIGURA 2. Persone di 14 anni e più che consuma bevande tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per sesso e classe d'età. Anni 2002 e 2012, variazione percentuale dei valori assoluti



Fonte: ISTAT (2013) Uso e abuso di alcol in Italia

Per quanto riguarda le tipologie di alcolici, continua ad aumentare il consumo di birra tra i giovani dai 15 ai 24 anni (Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol 2012), a discapito del vino, tipicamente associato ad un consumo regolare, in diminuzione per questa fascia d'età. Secondo l'ISTAT (2013), negli ultimi 10 anni i consumatori di solo vino e birra sono diminuiti del 54.3% nella fascia d'età 14-17 anni, e del 31% nella fascia 18-24. Di conseguenza, aumenta il consumo di altri alcolici del 2.8% tra i 14-17enni e del 7.2% tra i 18-24enni.

Per ciò che riguarda l'ubriachezza, i dati Doxa (Contel e Tempesta 2012) dicono che dal 2005 al 2010 rimane stabile la quota di giovani tra i 13 e i 24 anni che dichiara di aver avuto almeno un episodio di ubriachezza nella vita (28.7% contro 28.9%).

Nel confronto con gli altri paesi europei, mentre i giovani italiani risultano tra i maggiori consumatori di bevande alcoliche almeno una volta a settimana, quindi regolarmente, i dati relativi all'incidenza dell'ubriachezza colloca gli italiani, e in generale l'area mediterranea, nei gradini più bassi. Secondo l'ultima indagine HBSC (Currie et al. 2012), il 14% delle ragazze e il 19% dei

ragazzi affermano di essersi ubriacati due o più volte nel corso della propria vita, rispetto al 29% delle ragazze e il 34% dei ragazzi della media europea (56% e 55% tra i danesi). Rispetto agli stessi dati relativi all'anno 2001/2002 (Figura 3) la tendenza è in diminuzione (si registrava, infatti, una percentuale del 16.8% per le femmine e del 22.8% per i maschi).

I dati relativi al binge drinking sono di più difficile interpretazione, soprattutto per le diverse definizioni di questa modalità di consumo. Secondo le ultime indagini ISTAT, i giovani consumatori *binge* sono in diminuzione. Nell'ultima rilevazione (ISTAT 2013), non si registrano sostanziali cambiamenti rispetto all'anno precedente: +0.4 tra gli 11-17enni e -0.3% tra i 18-24enni.

Importante è considerare il dato relativo all'influenza dei genitori: tra gli 11-17enni, il 17.4% di coloro che vivono in famiglie dove almeno un genitore assume un comportamento a rischio ha un consumo non moderato di alcol, percentuale che scende al 9.2% tra coloro che hanno genitori astemi o che consumano moderatamente (*Ibid.*).

Anche i luoghi di aggregazione giovanile influiscono nei consumi: tra i 18-24enni che frequentano assiduamente la discoteca è più alta la percentuale di consumo a rischio rispetto a chi non la frequenta mai (30.5% contro l'8%); stesso discorso per i frequentatori di spettacoli musicali ed eventi sportivi (*Ibid.*).

In generale, emerge un quadro nel quale tra i giovani italiani diminuisce un consumo regolare di vino, legato ai pasti, aumentando quello di birra e fuori dai pasti. Quest'ultimo aspetto è da tenere sotto controllo, in quanto consumare bevande alcoliche fuori pasto rappresenta un rischio per la salute. A parità di quantità consumata, infatti, si ha livelli maggiori di alcolemia a cui si associa una maggiore mortalità nonché un maggior rischio di malattie croniche (Bellentani et al. 1997; Rehm, Sempos, e Trevisan 2003; Stranges et al. 2004; Trevisan et al. 2001).

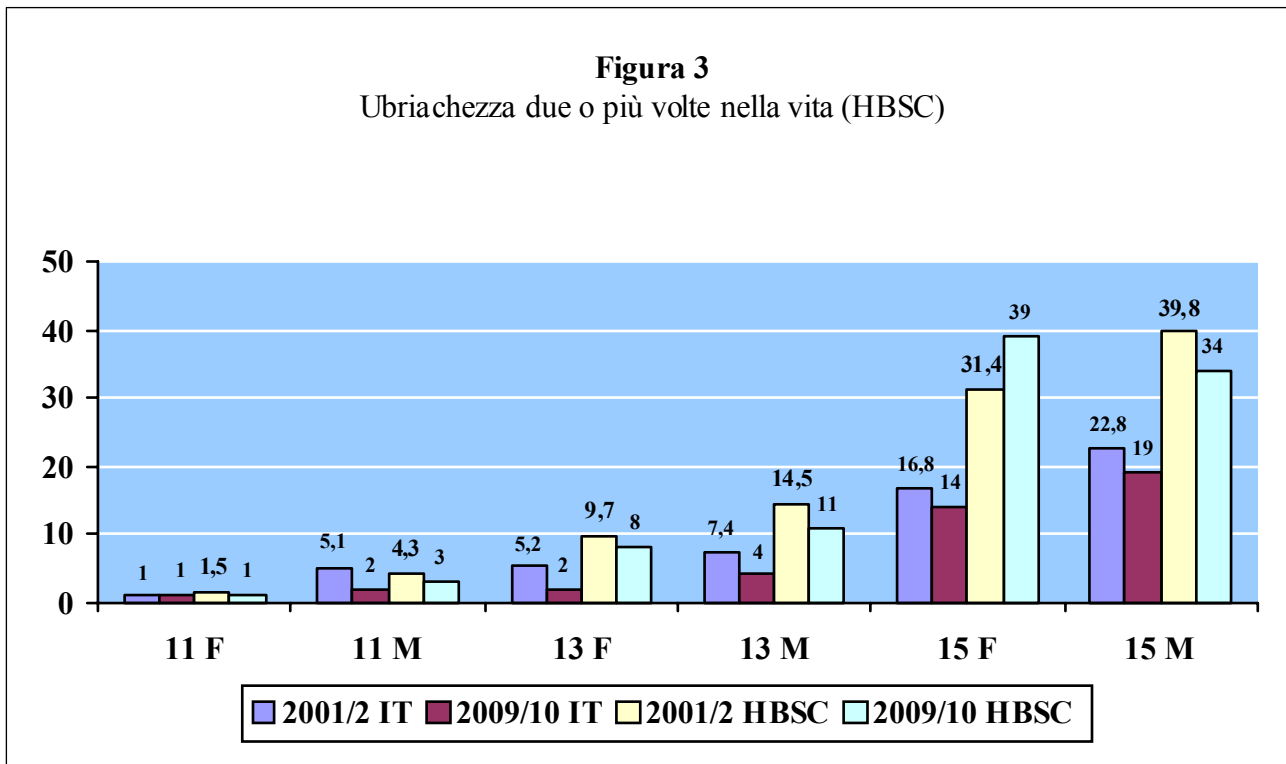
Tutto ciò, però, non necessariamente va interpretato come uno spostamento da una cultura “bagnata” ad una “asciutta”, perché il fenomeno si colloca all'interno di un cambiamento generale del consumo degli italiani, che dagli anni '70 ad oggi ha visto una forte diminuzione del consumo pro capite di alcol puro, così come un aumento del consumo fuori pasto.

Confrontando infatti i dati europei, nonostante alcuni cambiamenti possano far pensare che ci si stia avviando verso una “globalizzazione del bere”, si può continuare a parlare di un consumo giovanile legato alla cultura “bagnata” tipica del mediterraneo, in quanto le percentuali di ubriacature risultano nettamente inferiori rispetto ai paesi nordici e alla media europea (Figura 3), così come tra le maggiori per quanto riguarda un consumo più regolare.

E' necessario inoltre tener conto delle ricerche qualitative, in cui si analizza retrospettivamente il consumo delle vecchie generazioni, per le quali non si dispone di dati quantitativi, attraverso le quali si viene a conoscenza del fatto che molti degli stili di consumo a rischio non riguardano esclusivamente le nuove generazioni, come spesso si sente dire dai media. Beccaria (2013), infatti, prendendo in considerazione alcuni di questi studi riporta la presenza di rituali di consumo alcolico abbastanza comuni tra vecchie e nuove generazioni, che rappresentano dei riti di passaggio tipici dell'età adolescenziale, volti alla ricerca e costruzione della propria identità. Le differenze tra ieri e oggi possono riscontrarsi nel carattere sempre più individuale di tale passaggio e di un significato meno trasgressivo e più sperimentale, non più legato quindi ad un rottura nei confronti delle regole imposte dai più grandi, come avveniva in passato, ma come presa di distanza dalle tensioni quotidiane.

Sempre dalla stessa autrice viene riportato come i fenomeni del bere giovanile considerati oggi come nuovi, in riferimento all'aumento delle ubriacature e del consumo di birra così come del bere per affrontare specifiche situazioni, negli anni Ottanta venivano considerati come “nuove tendenze culturali nell'uso di alcol”.

Figura 3
 Ubriachezza due o più volte nella vita (HBSC)



Fonte: Franca Beccaria, *Alcol e giovani: riflettere prima dell'uso* (2013)

Quindi, ciò che è considerata una novità del comportamento giovanile, in realtà è un fenomeno che esiste già da tempo e che, in base ai dati statistici appena descritti, non necessariamente deve condurre ad un eccessivo allarmismo, dato che in generale si può affermare che il consumo giovanile si colloca ancora all'interno della cultura mediterranea, dove il ruolo della famiglia alla socializzazione alcolica è ancora forte.

Nello stesso momento, è altrettanto importante capire i significati che stanno dietro all'abuso e al consumo rischioso di alcol, in particolare quello fuori pasto e, coinvolgendo gli adolescenti, le scuole, i pari e le famiglie, costruire azioni di prevenzione per evitare o ritardare l'adozione di tali comportamenti.

1.2 Gli effetti provocati dall'abuso di alcol

I danni per la salute associati ad un consumo alcolico non moderato sono numerosi. È possibile distinguere cinque tipi di effetti, per quanto riguarda le conseguenze dell'alcol sulla salute¹: la dipendenza alcolica, circa trenta malattie per cui l'alcol è la principale causa, circa 200 malattie e incidenti per cui l'alcol è una componente del processo causale, effetti benefici dovuti ad un consumo moderato ed effetti su altre persone.

Bisogna distinguere anche tra assunzione acuta e cronica di sostanze alcoliche, alle quali sono associate conseguenze differenti. Per quanto riguarda la prima modalità, i rischi correlati riguardano malattie come cirrosi, carcinoma alla bocca, esofago, seno, laringe, fegato, colon, danni al sistema nervoso, diabete, impotenza così come disturbi di personalità e tentati suicidi. Per quanto riguarda l'assunzione acuta, tra le varie conseguenze troviamo epatiti, aritmie cardiache, pancreatite, reazione con farmaci, depressione e riduzione delle capacità creative (Progetto PRISMA 2005).

¹ <http://www.epicentro.iss.it/passi/lancetalcol.asp>

Oltre agli effetti causati direttamente al consumatore, l'alcol ha un ruolo importante per ciò che riguarda i cosiddetti danni sociali.

L'abuso di sostanze alcoliche può causare violenza e adozione di comportamenti aggressivi, sia all'interno dell'ambito familiare, sia in ambito pubblico.

In ambito lavorativo, data la sua capacità di ridurre la percezione del rischio, la concentrazione e i riflessi, l'alcol può essere causa di incidenti, soprattutto nelle attività monotone e ripetitive. Anche gli ambienti di lavoro stressanti o le attività che prevedono momenti di intrattenimento frequenti possono causare un consumo di sostanze alcoliche durante la giornata lavorativa, il quale, se prolungato nel tempo, può portare a conflitti con colleghi, calo del rendimento o assenze.

Tra i danni causati a terze persone, si possono includere quelli provocati dal consumo di sostanze alcoliche durante la gravidanza, comportamento che aumenta il rischio di FAS, la sindrome alcolico-fetale. Con tale denominazione ci si riferisce ad una serie di sintomi presentati dai bambini come deficit di attenzione, difficoltà nell'apprendimento e malformazioni organiche.

Altre conseguenze sociali causate dall'alcol possono essere incidenti stradali e domestici, problemi giudiziari, problemi finanziari e gioco d'azzardo.

Per quanto riguarda i giovani, l'abuso di alcol può portare all'adozione di comportamenti pericolosi come il policonsumo, rapporti sessuali non protetti, i quali possono causare malattie e gravidanze non desiderate, e guida in stato d'ebbrezza.

Quest'ultimo comportamento è di particolare importanza, in quanto aumenta il rischio di incidenti stradali, i quali rappresentano la principale causa di morte e disabilità nella fascia giovanile.

1.3 Gli incidenti stradali

Secondo il rapporto ISTAT-ACI, nel 2011 in Italia si sono verificati 205.638 incidenti stradali con lesioni a persone, registrando 3.860 morti e 292.019 numero di feriti. Il trend, ormai da più di 10 anni, è in continua diminuzione. Rispetto al 2010, infatti, si ha avuto una diminuzione del 2.7% di incidenti, di 3.5% di feriti e del 5.6% di morti (ISTAT-ACI 2011). In totale, rispetto al 2001, la diminuzione è stata del 45.6% di incidenti stradali, obiettivo non centrato ma quasi vicino a quel -50% che richiedeva l'Unione Europea entro il 2010. Solo Lettonia, Estonia, Lituania, Svezia, Spagna, Lussemburgo, Francia e Slovenia hanno raggiunto questo obiettivo, ma in ogni caso l'Italia si attesta al di sopra della media EU del -43% (Scafato et al. 2012).

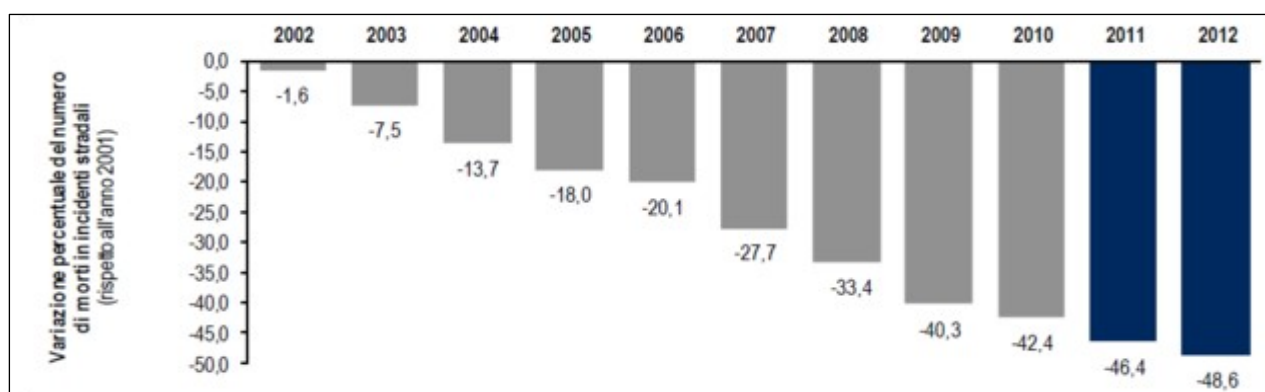
Secondo una stima preliminare effettuata dall'ISTAT e dall'ACI, nel 2012 la mortalità causata da incidenti è diminuita del 48.6% rispetto al 2001 (Figura 4), dato in miglioramento rispetto al -46.4% del 2011 (ISTAT-ACI 2012).

Sempre secondo il rapporto ISTAT-ACI (2011), l'indice di mortalità è più elevato nelle strade extraurbane, di domenica e nella fascia oraria che va dalle 21 alle 7 di mattina, con il picco più elevato alle 5. Per quanto riguarda la fascia notturna, il livello più elevato di mortalità si registra la domenica notte (3.8 morti ogni 100 incidenti), seguita dal venerdì (3.6) e il sabato (3.5); questo dato dimostra che non è del tutto corretto parlare di “stragi del sabato sera”, così come enfatizzato dai media.

Per quanto riguarda l'età, la mortalità maggiore si registra nella fascia dei 20-39 anni, in particolare tra i giovani dai 20-24 anni e gli adulti dai 35-39 anni.

Le maggiori cause di incidenti sono dovute a disattenzioni, eccesso di velocità, mancato uso delle cinture di sicurezza e guida in stato di ebbrezza. L'Istituto Superiore di Sanità stima che circa il 30-40% di incidenti sia correlato all'uso di alcol (Beccaria 2013) ma non si tratta di dati certi.

FIGURA 4. Variazione percentuale del numero di morti Anni 2002-2012 (rispetto all'anno 2001)



Fonte: ISTAT-ACI (2012)

Secondo i dati PASSI, tra il 2008 e il 2011 il 10.3% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto di alcol negli ultimi 30 giorni e il 7% di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto di alcol (PASSI 2012). La situazione comunque sembra migliorare, dato che la guida sotto effetto di alcol è diminuita dal 12% al 9% durante questi quattro anni. Questo comportamento risulta più frequente nella fascia d'età 25-34 e negli uomini. Per quanto riguarda i giovani dai 18-25 anni, l'11.5% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, valore non molto distante dalla media ma che rappresenta un rischio maggiore per questa età. Tra questi ultimi, il 9.5% dei 18-21 adotta tale comportamento, nonostante per questa fascia d'età il limite di alcolemia sia pari a 0.

Considerando i controlli delle forze dell'ordine, il 35% degli intervistati dichiara di essere stato fermato per un controllo e l'11.1% di essere stato sottoposto all'alcoltest. Gli uomini e le fasce d'età più giovani risultano essere stati sottoposti a controlli più frequentemente.

Per quanto riguarda la percezione del rischio alla guida sotto effetto di alcol, sicuramente il grande risalto che ha avuto questo tema nei media ha contribuito ad aumentare la consapevolezza del problema. Nell'XVIII Rapporto ACI-CENSIS è risultato che la guida sotto l'effetto di alcol rappresenta il problema principale di sicurezza stradale, percepito come tale dal 65% degli automobilisti. Questa percezione ha contribuito all'aumento delle persone che limitano il proprio consumo alla guida e risultano proprio i giovani tra i 18-29 anni coloro che adottano maggiormente questo comportamento (44.5%) anche se, nello stesso momento, sono anche coloro che ottengono la percentuale più alta tra chi non limita per niente il proprio consumo di alcol (4.2% contro l'1.8% di media totale) (ACI-CENSIS 2010).

Negli ultimi anni, l'attenzione posta dai mezzi di informazione, unita a politiche di prevenzione e al controllo delle forze dell'ordine ha contribuito sicuramente alla diminuzione degli incidenti stradali e dei comportamenti pericolosi alla guida come il bere. Nonostante ciò, è necessario rafforzare gli strumenti di provata efficacia come l'alcol test, ancora poco diffuso se si pensa che questo tipo di controllo rappresenta il 4% delle patenti e che nel 2008 sono stati 1.4 milioni a differenza degli 11 milioni in Francia (Beccaria 2013). Allo stesso tempo, è necessario integrare tali interventi all'interno di politiche di prevenzione più ampie, attuando interventi strutturali e ambientali, come la riduzione di auto e moto a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (PASSI 2012b).

2. Fattori di rischio e fattori di protezione

I fattori di rischio e di protezione legati all'abuso di alcol da parte dei giovani sono molteplici e spesso nella letteratura ci si trova di fronte a studi con risultati contrastanti tra loro, a testimonianza del fatto che si tratti di un fenomeno complesso, di non semplice comprensione.

In generale, si possono dividere tali fattori in quattro categorie: caratteristiche individuali, famiglia, scuola e contesto sociale. Quest'ultimo è molto importante da tenere in considerazione in quanto fattori che in un determinato contesto possono rappresentare un rischio, in altri invece possono essere protettivi, come il ruolo dell'educazione familiare, oggetto di dibattito tra i vari studiosi del fenomeno.

A questo proposito, nella letteratura sono presenti vari filoni di indagine che attribuiscono l'età d'iniziazione all'alcol e il contesto in cui avviene tale approccio come fattori che influiscono nel modo di bere futuro.

Molti studi (Fergusson et al. 1994; Hawkins et al. 1997; York et al. 2004; Grant e Dawson 1997; Pitkänen, Lyyra, e Pulkkinen 2005; Warner e White 2003; DeWit et al. 2000; Poikolainen et al. 2001) considerano l'età di iniziazione precoce all'alcol come un fattore di rischio, che aumenta la probabilità di abuso, bere problematico e dipendenza alcolica futura. Secondo Kuntsche et al. (2011) invece, sarebbe l'età della prima ubriacatura ad essere correlata ad un consumo problematico futuro e non l'età del primo assaggio. E' importante sottolineare il fatto che tali studi sono stati effettuati in paesi caratterizzati da una "cultura asciutta", contrapposta alla "cultura bagnata" tipica dei paesi Mediterranei come l'Italia. Le differenze tra tali culture riguardano la presenza, nei primi paesi, di un utilizzo prevalentemente intossicante dell'alcol, mentre nei secondi assume un significato socializzante e alimentare. Nelle culture "bagnate", i giovani sarebbero meno a rischio di consumo problematico di alcol, come il binge drinking rispetto ai giovani delle culture "asciutte" (Engels e Knibbe 2000). Partendo da questo presupposto, quindi, vari autori (Beccaria e Rolando 2010; Beccaria et al. 2012) affermano che nei paesi caratterizzati da una "cultura bagnata" sia necessario tenere in considerazione il contesto in cui avviene il primo approccio all'alcol e non l'età di iniziazione. E' necessario quindi considerare la "socializzazione all'alcol", cioè la familiarizzazione con questa sostanza, l'apprendimento delle modalità, dei valori e delle norme legate al bere. In paesi come l'Italia, i soggetti che hanno il compito di trasmettere tali valori, educare ed avvicinare i giovani all'alcol sono i familiari. Tale socializzazione può avvenire in maniera indiretta, cioè osservando gli adulti consumare bevande, e in maniera diretta, cioè quando gli adulti consentono ai più piccoli i primi assaggi, che avvengono molto spesso in età precoce (Beccaria 2012).

In tali culture, quindi, a influenzare il modo di bere non sarebbe l'età in cui avviene il primo assaggio delle bevande alcoliche bensì il modo e il contesto in cui tale approccio si verifica.

I pochi studi effettuati in Italia che prendono in considerazione il fattore della socializzazione all'alcol (Strunin et al. 2010; Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol 2012; Bonino et al. 2003) confermano quanto detto finora.

Nello studio di Bonino et al. (2003), la maggior parte dei bevitori moderati ha iniziato a bere in famiglia, mentre i consumatori non moderati hanno prevalentemente cominciato all'interno dei gruppi dei pari. Stessi risultati a cui arrivano gli altri due studi, a dimostrazione del fatto che bere per la prima volta in famiglia, anche se si è in giovane età, sotto il controllo dei genitori, può rappresentare un fattore di protezione.

Come già sottolineato in altre ricerche (Beccaria 2013), anche nello studio condotto dall'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol (2012) su un campione di adolescenti sui 13-14

anni, in Italia, nonostante molti parlino di un abbandono della “cultura bagnata”, il primo approccio continua ad essere in famiglia. Il 73% degli intervistati risulta aver avuto la prima esperienza insieme a genitori e parenti, mentre solo il 18.3% l'ha avuta all'interno del gruppo dei pari. Da aggiungere il fatto che, mentre nel primo caso la situazione di consumo è legata all'alimentazione, nel secondo caso avviene fuori dai pasti. Infine, tra i non bevitori e i bevitori occasionali la maggior parte ha cominciato a bere in famiglia e durante i pasti mentre la percentuale più alta dei bevitori abituali ha cominciato all'interno del gruppo dei pari, durante feste o comunque in situazioni fuori dai pasti. Stesse conclusioni a cui arriva lo studio di Strunin et al. (2010), secondo i cui risultati, a differenza dei bevitori moderati, coloro che non hanno avuto un primo approccio alle bevande alcoliche in famiglia risultano essere per la maggior parte forti bevitori.

L'aspetto della socializzazione all'alcol, quindi, rappresenta un tema che necessita sicuramente uno studio più approfondito, sul quale ancora non esistono pareri unanimi. Infatti, l'esposizione al bere dei genitori, per molta parte della letteratura, rappresenterebbe un fattore negativo, in quanto i figli emulerebbero il comportamento dei genitori, aumentando il rischio di consumo precoce (Ary et al. 1993; Barnes, Farrell, e Dintcheff 1997; Fleming et al. 1997; J Yu e Perrine 1997; Jiang Yu 2003; Poelen et al. 2007; Welte et al. 1999; Wood et al. 2004). Anche la permissività viene considerata un fattore di rischio (Hyatt e Collins 2000; van den Eijnden et al. 2011), mentre un'aperta disapprovazione rappresenterebbe una protezione (Ryan, Jorm, e Lubman 2010; Spijkerman, van den Eijnden, e Huiberts 2008). Al contrario, altrettanti studi affermano che l'esposizione al bere familiare, quando si tratta di bere moderato, e l'introduzione all'alcol da parte della famiglia sono un fattore protettivo (Bellis et al. 2007; Forsyth e Barnard 2000; Harrison, Fulkerson, e Park 2000; Warner e White 2003; Foley et al. 2004).

Si tratta di uno stile permissivo-protettivo (Beccaria e Rolando 2010), in cui i genitori permettono ai figli di assaggiare le bevande alcoliche ma allo stesso tempo assumono un ruolo protettivo in quanto educano gli stessi ad un consumo moderato. In questo senso, il monitoraggio, le regole e il controllo da parte dei genitori rappresentano una protezione (Bellis et al. 2007; Jackson, Henriksen, e Dickinson 1999; Ledoux et al. 2002; Reifman et al. 1998; Van Der Vorst et al. 2006; Wood et al. 2004; Jiang Yu 2003) così come un dialogo aperto coi figli, in grado di educarli ad un consumo moderato di alcol (Cox et al. 2006).

Di conseguenza, un'introduzione al bere in un contesto al di fuori di quello familiare come quello dei pari, senza regole, controllo e monitoraggio da parte di adulti che assumano una funzione educativa, può rappresentare un rischio (Laghi et al. 2012; Strunin et al. 2010; Digrande et al. 2000; Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol 2012). L'influenza del gruppo di amici nel comportamento, come si sa, è un fattore importante e in molti studi si registra come l'appartenenza a gruppi caratterizzati da forti bevitori aumenti la probabilità di abuso (Laghi et al. 2012; Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol 2012; Reifman et al. 1998).

L'eccessivo allarmismo con cui si sta dando risalto alla questione dei giovani e dell'alcol, sta portando molte famiglie ad abbandonare il loro ruolo nell'introduzione dei giovani all'alcol (Beccaria 2012), adottando spesso posizione più proibizioniste, che possono portare al pericolo di un avvicinamento alle sostanze alcoliche in un contesto senza regole e con significati che vanno verso la direzione della trasgressività. I consumi in Italia sono cambiati, sia per le nuove generazioni ma anche per le vecchie, ma persiste tuttavia quel significato conviviale e alimentare del bere (Allamani et al. 2006) e una trasmissione di valori intergenerazionale che può costituire un importante fattore di prevenzione all'abuso di alcol da parte dei giovani. È importante, quindi, continuare ad investire affinché permanga quel ruolo educativo esercitato dalla famiglia, il quale può costituire un importante fattore di protezione nei confronti dell'abuso di alcol.

Un altro fattore determinante nel rapporto tra giovani e alcol è il marketing delle bevande alcoliche. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento delle strategie comunicative attuate dalle industrie interessate ad attrarre il target dei giovani e “fidelizzarli” ai prodotti da loro sponsorizzati. Uno degli esempi sono i cosiddetti *alcolpops*, cioè bevande di gradazione alcolica intorno al 5%Vol di gusto molto dolce, alla frutta, in grado di nascondere il sapore di alcol in modo tale da renderlo gradevole a chi, come i giovani adolescenti, non è abituato a bere bevande alcoliche. Altre strategie sono quelle messe in atto dai locali i quali, attraverso offerte come il 3x2 o l'*happy hour*, spingono la gente a consumare di più, attratta dall'offerta conveniente.

Le pubblicità di alcolici sono presenti in moltissimi ambiti, dalla televisione a internet, così come in vari eventi sportivi e musicali. Analizzando l'andamento degli investimenti pubblicitari (Beccaria 2013), si nota come dal 2007 al 2010 in Italia la spesa sia rimasta sostanzialmente invariata. Ciò che cambia, invece, risultano i canali verso i quali si dirigono tali investimenti: mentre la televisione rimane quello a cui si riversa la maggior parte degli investimenti (78%), diminuisce la presenza nei periodici e quotidiani e aumenta nei cinema e su internet, canale, quest'ultimo, che risulta essere il più utilizzato dagli adolescenti.

In un recente studio (Hanewinkel et al. 2012), è risultata positiva l'associazione tra esposizione a scene di film nelle quali è presente un comportamento di consumo alcolico e consumo binge da parte degli adolescenti. Tale associazione, inoltre, risulta non essere influenzata dal contesto culturale, dato che si è registrata in 5 dei 6 paesi partecipanti allo studio.

In due revisioni sistematiche sul ruolo del marketing nel consumo degli adolescenti (Anderson et al. 2009; Smith e Foxcroft 2009), emerge il ruolo della pubblicità nell'influenzare l'inizio dei consumi così come l'abuso per chi ha già cominciato. In due indagini condotte in Italia (Beccaria 2013) è risultato che gli adolescenti coinvolti, dai 12 ai 17 anni, ricordino le pubblicità alcoliche, oltre che apprezzare gli slogan, la musica e i marchi che associano il consumo al successo sociale e sessuale. Quest'ultimo aspetto, cioè l'associare il consumo di alcol a significati positivi come il successo, sarebbe vietato alla pubblicità, divieto che non è rispettato nel nostro paese (Costamagna e Beccaria 2008).

Come si è visto, sono molteplici gli aspetti che possono contribuire ad influenzare atteggiamenti di abuso di alcol da parte degli adolescenti, molti dei quali ancora non sono del tutto chiari e rappresentano oggetto di dibattito tra i vari esperti. Nella Tabella 1 è riportato uno schema riassuntivo di Beccaria (2013) sui principali fattori di rischio e protezione che ben fotografa la situazione. Da ciò emerge l'importanza di interventi di prevenzione che prendano in considerazione vari di questi aspetti, dal ruolo educativo della famiglia e della scuola, passando dal gruppo dei pari, con l' di aiutare gli adolescenti ad accrescere e rafforzare le proprio capacità per affrontare e resistere alle pressioni e alle sfide della vita quotidiana.

Tabella 1. Fattori di rischio e fattori di protezione

Fattori di rischio	Fattori di protezione
<p><i>Caratteristiche individuali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Percezione negativa di sé ⤴ Scarsa fiducia nelle proprie capacità scolastiche ⤴ Aspettative per il futuro pessimistiche 	<p><i>Caratteristiche individuali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Buona consapevolezza di sé ⤴ Aspettative e progetti per il futuro ⤴ Coinvolgimento in attività extra curriculari (volontariato, sport..)

<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Distacco dai genitori e maggiore orientamento verso il gruppo dei pari ⤴ Tempo libero scarsamente organizzato e orientato esclusivamente allo svago (bar, discoteca ecc) ⤴ Difficoltà relazionali 	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Consumo moderato di bevande alcoliche (?)
<p>Famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Assenza di regole e scarso controllo ⤴ Mancanza di affetto e cure ⤴ Presenza di conflitti e di una scarsa stabilità familiare ⤴ Scarsa stabilità economica ⤴ Genitori che abusano di alcol 	<p>Famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Stile educativo autorevole da parte dei genitori ⤴ Buona comunicazione e relazione affettiva ⤴ Regole chiare sui consumi alcolici ⤴ Monitoraggio e controllo del bere da parte dei genitori ⤴ Situazione economica stabile ⤴ Inizio di consumo in contesto familiare (?) ⤴ Consumo moderato in famiglia (?) ⤴ Progetti di promozione della salute che coinvolgono i ragazzi e la famiglia
<p>Scuola/educazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Basse prestazioni scolastiche ⤴ Mancanza di impegno e di interesse ⤴ Scarse aspettative ⤴ Assenze e drop out ⤴ Scarso supporto da parte degli insegnanti 	<p>Scuola/educazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Buona relazione con gli insegnanti ⤴ Interesse e motivazioni ⤴ Supporto consistente da parte degli insegnanti ⤴ Progetti di promozione della salute basati su un approccio educativo-promozionale (life skill) o sulla peer education
<p>Contesto</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Inizio di consumi fuori dal contesto familiare ⤴ Gruppo di amici caratterizzato da forti consumatori ⤴ Marketing e pubblicità ⤴ Facilità di accesso alle bevande ⤴ Promozione di aspirazioni che enfatizzano il perseguimento del successo personale a qualsiasi costo 	<p>Contesto</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Disponibilità di luoghi di incontro e spazi di partecipazione ⤴ Occasioni per apprendere gli effetti dell'alcol sull'individuo ⤴ Interventi di comunità per e con gli adolescenti ⤴ Iniziative di controllo (guida, somministrazione, vendita)
<p>Fonte: Franca Beccaria, Alcol e giovani: riflettere prima dell'uso (2013)</p>	

3. Impatto economico

Stimare l'impatto dell'alcol nelle economie dei vari paesi non è compito facile, soprattutto per quanto riguarda la stima dei costi sociali causati da un utilizzo rischioso delle bevande alcoliche.

L'Europa è il maggior produttore di alcol, essendo la fonte di $\frac{1}{4}$ della produzione mondiale e di più della metà di vino prodotto (Anderson e Baumberg 2006). Gli stessi autori stimano intorno ai 750.000 i lavoratori impegnati nell'industria produttiva di alcol, in particolare di vino, senza tener conto di coloro occupati nel settore dell'offerta come in bar, ristoranti o negozi. In ogni caso, sembra che le dimensioni dell'industria non siano un buon indicatore dell'impatto economico delle politiche alcolologiche, dato che non vi è una correlazione tra tendenze di consumo e tendenze dei posti di lavoro. Prendendo in considerazione gli studi esistenti, si valuta, per il 2003, un totale di 125 miliardi (con stime che vanno dai 79 ai 220) di costi tangibili causati dall'alcol (assistenza sanitaria, incidenti, mortalità, prevenzione, criminalità), pari all'1.3% del PIL. I costi non tangibili invece (sofferenza e dolore causati dai danni provocati dall'alcol), si stimano essere intorno ai 270 miliardi (con stime che vanno dai 150 ai 750).

Negli USA si stima che, per l'anno 2006, il costo causato dal bere eccessivo sia stato di 223.5 miliardi di \$, il 72% di tale costo dovuto alla perdita di produttività e l'11% ai costi di assistenza sanitaria. Il contributo maggiore a tale costo è dovuto al *binge drinking*, pari a 170 miliardi di \$ (76.4%), mentre il consumo da parte dei minorenni è causa di un costo pari a 27 miliardi di \$ (Bouchery et al. 2011).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute², nel 1996 i costi sociali causati dall'alcol in Italia ammontavano a 11.573,5 milioni di \$, di cui la metà (5.725,9 milioni di \$) causati dai costi indiretti. Nello stesso anno la percentuale delle entrate dello Stato dovuta all'alcol è stata pari allo 0.6% delle entrate totali, mentre nel 2008 le entrate provenienti dalle accise sull'alcol corrispondevano a 1.558,56 milioni di \$.

La stima dei costi sociali e dei benefici economici prodotti dall'alcol può variare a seconda del soggetto interessato e dell'utilizzo a cui sono destinati tali dati. Attenzioni diverse, quindi, si avranno a seconda che si privilegi il punto di vista della società in generale, dell'operatore pubblico, gruppi di cittadini associati, operatori sanitari e gruppi di auto aiuto, imprenditori delle bevande alcoliche (Rossi 2010). Secondo l'autore, l'alcol in Italia ha prodotto nel 2004 un totale di risorse disponibili a prezzo di mercato pari a 11.7 miliardi di euro e un prodotto interno lordo di 10.3 miliardi, pari all'1.02 del PIL. I costi sociali, invece, variano da 5.9 e 6.7 miliardi di euro (0.6-0.7% di PIL), di cui il 43% corrisponde ai costi primari indiretti (assenza dal lavoro a causa di incidenti, malattie, invalidità e mortalità degli alcolisti) e il 30% ai costi secondari diretti (ad es. incidenti provocati dagli alcolisti, trattamento sanitario per le vittime, distruzione di proprietà pubbliche e private). Per quanto riguarda i giovani, la fascia d'età compresa tra i 13-24 anni dovrebbe incidere di un 12.4% in termini di benefici economici (1.453 milioni di euro) e di un 10.2% in termini di costi sociali (690 milioni di euro). A conclusione, l'autore parla di una generale sopravvalutazione da parte dell'opinione pubblica del sistema alcol in Italia, sia dal punto di vista delle economie che delle diseconomie.

Stimare l'impatto economico dell'alcol comporta numerosi problemi, sia nell'impostazione metodologica sia per il punto di vista da privilegiare nella quantificazione di tali dati. In particolare, le difficoltà più grandi emergono nella misurazione dei costi sociali causati dal consumo delle

2 WHO: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1118?lang=en&showonly=GISAH>

bevande alcoliche, mentre per i benefici economici il compito sembra più semplice. Sicuramente sono necessari ulteriori studi in grado di migliorare queste stime e di offrire strumenti metodologici efficaci per misurare i costi sociali, la cui quantificazione risulta determinante per la costruzione di politiche di prevenzione.

4. Aspetti normativi

L'alcol da sempre è stato oggetto di dibattito in cui si sono contrapposti portatori di idee e interessi diversi. Tale sostanza, infatti, come descrive Prina (2010), può essere vista come parte integrante della nostra tradizione alimentare, prodotto da tutelare, causa primaria degli incidenti stradali, causa di comportamenti negativi per l'ordine e la sicurezza pubblica, sostanza che ha effetti negativi ma anche positivi (se si tratta di vino e di dosi moderate) sulla salute individuale.

L'attenzione rispetto a determinate questioni, ritenute necessarie da sottoporre a regolamentazione giuridica, è il risultato di una dialettica tra attori portatori di interessi diversi, che in tema di alcol possono essere: soggetti portatori di interessi economici (i produttori e i gestori di locali ad es.), i media, gli esperti, i politici, i movimenti di cittadini (come le associazioni vittime della strada o gli Alcolisti Anonimi) e gli "imprenditori morali" (termine coniato da Becker per indicare coloro in grado di rappresentare un problema come rilevante per una società, al fine di collocarlo come priorità nell'agenda politica, magari con l'intento di rafforzare il proprio ruolo. Nel caso di alcol e giovani possiamo collocare l'eccessivo allarmismo, creato dalla considerazione di qualsiasi livello di consumo come a rischio, da parte dei sostenitori dell'esigenza di misure di controllo restrittive).

In questo quadro, quindi, ci troviamo di fronte allo scontro tra i difensori di un approccio educativo e quelli a favore di regole più repressive, scontro che spesso può creare confusione e adozione di interventi non sempre efficaci.

Per quanto riguarda la regolamentazione in materia di alcol e giovani, i due ambiti principali riguardano la guida in stato di ebbrezza e la somministrazione di bevande alcoliche. Nel primo caso, gli interventi adottati si stanno rivelando efficaci, dovuto a vari fattori quali la paura della sanzione, l'aumento dei controlli, l'interesse dei media e politiche di prevenzione che hanno aumentato l'attenzione e la conoscenza verso questa tema. Nel secondo caso, invece, non si stanno avendo gli stessi effetti, dovuto alla mancanza di adesione da parte dei gestori dei locali, in conflitto economico con tali norme, ma anche dall'applicazione di queste in maniera sporadica. Molto spesso infatti, si è trattato di Ordinanze di sindaci che hanno avuto un forte effetto mediatico, per poi indebolirsi col tempo, riportando la situazione dei controlli a quella di partenza. L'eccessivo allarmismo, infatti, rischia di portare a soluzioni frettolose e controproducenti.

Per quanto riguarda la guida in stato di ebbrezza, l'art. 186 del Codice della Strada regola tale comportamento. Dal 2010 è vietato guidare dopo aver bevuto alcolici per chi è minore di 21 anni o per chi ha la patente da meno di 3 anni e per i conducenti professionisti. Per tutti gli altri conducenti è consentito un limite pari a 0.5 g/l, sceso dal 2008, quando era previsto un tasso limite di 0.8 g/l.

A seconda del livello di alcolemia, la guida in stato di ebbrezza prevede una serie di sanzioni, tra cui la sospensione della patente e la perdita dei punti.

La normativa che regola, invece, la vendita e somministrazione di bevande alcoliche, è stata recentemente modificata dal decreto Balduzzi, il quale ha esteso il divieto ai minori di 18 anni. In un primo momento tale norma aveva creato dubbi interpretativi riguardo i termini utilizzati nel decreto, il quale parla solamente di divieto di vendita. Essendo che l'art. 689 c.p. punisce i titolari di locali che somministrano alcol ai minori di 16 anni, molti hanno interpretato la nuova modifica come un divieto di sola vendita ai minori di 18 anni, mentre la somministrazione per il consumo sul

posto ai giovani dai 16 ai 18 anni sarebbe stata permessa. Successivamente, due circolari e risoluzioni del Ministero dell'Interno e del Ministero dello Sviluppo Economico hanno chiarito l'equivoco interpretativo, affermando che il divieto si intende anche per la somministrazione.

Resta il fatto che, a tale norma, deve essere affiancata una seria politica di controllo dell'applicazione della stessa, cosa che in Italia è mancata fin'ora. Da questo aspetto nascono alcuni dei dubbi mossi nei confronti dell'efficacia di tale legge, secondo i quali la soluzione del problema non si risolve aumentando l'età di divieto bensì controllando che la legge sia rispettata, il che permetterebbe di valutare l'efficacia di tale intervento. Il rischio che si corre è che tale norma, dopo un iniziale periodo di osservanza, venga pian piano ignorata, riportando il problema al punto di partenza.

5. Obiettivi

L'obiettivo di questo lavoro è di identificare, attraverso una revisione della letteratura scientifica, gli interventi efficaci di prevenzione dell'abuso di alcol tra gli adolescenti. Si terranno in considerazione i programmi scolastici, familiari e multi-componente.

Sulla base dell'analisi dei bisogni iniziale e dopo aver individuato gli strumenti applicabili al contesto italiano che abbiano ottenuto, dopo un'adeguata valutazione, evidenza di efficacia, l'obiettivo finale è di avanzare una proposta di piano di contrasto del problema analizzato, da poter sviluppare durante il secondo anno della Scuola ASPP.

6. Materiali e metodi

Per raggiungere gli obiettivi precedentemente descritti, si è effettuata una revisione della letteratura attraverso la consultazione di due banche dati: la Cochrane Library e Medline.

Per quanto riguarda il primo database, si è provveduto alla ricerca delle revisioni sistematiche selezionando quelle appartenenti alle categorie: *Tobacco, drugs & alcohol dependence – Alcohol – Preventive interventions*.

La revisione su Medline è stata effettuata utilizzando i seguenti termini Mesh e facendo ricorso anche agli articoli correlati suggeriti dal database: *alcohol drinking, drinking behaviour, adolescent, child, program evaluation, primary prevention, prevention & control, family health, school health services*.

Per quanto riguarda i criteri di inclusione degli interventi, sono stati presi in considerazione sia quelli rivolti specificatamente all'abuso di alcol, sia quelli disegnati per contrastare l'uso e l'abuso di varie sostanze, purché tra i vari comportamenti vi fosse incluso anche il consumo di sostanze alcoliche. La popolazione a cui gli studi dovevano fare riferimento sono gli adolescenti delle scuole secondarie di I livello e del biennio delle scuole secondarie di II livello.

Al termine della ricerca sono state selezionate cinque revisioni sistematiche, considerate le più attinenti agli obiettivi dello studio. La prima (Foxcroft et al. 2003) si riferisce ad interventi di prevenzione primaria dell'abuso di alcol negli adolescenti e alla loro efficacia a lungo termine. La seconda (Moreira et al. 2009) riguarda interventi di prevenzione basati sulle norme sociali, mentre le ultime tre, e più recenti, (Foxcroft e Tsertsvadze 2011, 2011b, 2011c) si riferiscono a programmi di prevenzione universale scolastici, familiari e multi-componente.

Dopo aver analizzato le varie revisioni, si è proceduto con la consultazione di linee guida, per ottenere informazioni sulle azioni specifiche da intraprendere e gli elementi da considerare nella progettazione di interventi di prevenzione di comportamenti a rischio in adolescenza. In un primo

momento è stata consultata la base dati di linee guida NICE, dove si sono individuate due linee guida, una relativa agli interventi scolastici e un'altra alla prevenzione del consumo dannoso di alcol. Successivamente, si è deciso di prendere in considerazione la linea guida pubblicata da Guadagnare Salute in adolescenza, in quanto rivolta specificatamente alla programmazione di interventi in ambito italiano e quindi più attinente all'obiettivo finale di questo studio. Quest'ultimo documento, insieme al libro di Beccaria (2013), nel quale è presente un'ampia parte dedicata alla prevenzione, si è rivelato estremamente utile per individuare gli strumenti ed elaborare la proposta di intervento finale, grazie alle linee di indirizzo e le raccomandazioni presenti.

7. Interventi di prevenzione

Gli obiettivi della prevenzione in ambito di abuso di alcol negli adolescenti consistono principalmente nel ritardare l'età di inizio di consumo regolare di bevande alcoliche, ritardare o evitare episodi di ubriachezza ed evitare la guida sotto l'effetto dell'alcol.

Generalmente i programmi di prevenzione si basano su tre modelli: il knowledge model, il modello affettivo e il modello dell'influenza sociale.

Il primo si basa sul presupposto che la trasmissione di informazioni riguardo i rischi connessi all'abuso di certe sostanze possa prevenire l'adozione di tale comportamento. Come è noto, però, la semplice informazione, benché sia importante, non è sufficiente e spesso può essere controproducente.

Il secondo modello, l'affettivo, si pone l'obiettivo di aumentare l'autostima, la capacità di prendere decisioni e la consapevolezza di sé. Anche tale modello non risulta efficace, in quanto non prende in considerazione l'elemento informativo riguardo l'adozione di comportamenti a rischio.

Il terzo modello, considerato il più efficace, è il modello dell'influenza sociale, caratterizzato da due approcci: quello delle norme sociali e quello basato sulle life skills. Il primo approccio si basa sul fatto che molti adolescenti sovrastimano la frequenza di utilizzo delle sostanze tra i pari. Molto spesso i pari, a causa di percezioni errate, esercitano un'influenza negativa sul singolo, portandolo a considerare un comportamento a rischio come "normale", perché nel contesto in cui è inserito, tale comportamento è accettato. L'approccio delle norme sociali, quindi, si pone l'obiettivo di correggere le percezioni sbagliate che gli adolescenti hanno nei confronti delle sostanze. Il secondo approccio è quello delle life skills, definite dall'OMS³ come le capacità di adattamento e di comportamento positivo che permettono agli individui di affrontare in maniera efficace le esigenze e le sfide della vita quotidiana. Gli interventi basati su tale approccio, quindi, cercano di aiutare gli adolescenti nello sviluppo di tali capacità, dato che non sono innate. Tali capacità secondo l'OMS sono: decision making, problem solving, pensiero critico, creatività, comunicazione efficace, empatia, autoconsapevolezza, autoefficacia, capacità di relazioni interpersonali, gestione delle emozioni e gestione dello stress.

L'approccio dell'influenza sociale risulta essere efficace nel rinforzare o cambiare le norme sociali, così come i programmi di prevenzione basati sul potenziamento delle life skills nel ridurre l'utilizzo di alcol e sostanze, soprattutto in ambito scolastico (Guadagnare Salute negli Adolescenti 2010).

In una revisione Cochrane sull'efficacia di interventi di prevenzione dell'abuso di alcol negli adolescenti, basati sulle norme sociali, è risultato che gli interventi con maggiore efficacia a breve e

3 WHO (1994). Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction to life skills for psychosocial competence. Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programs. http://whqlibdoc.who.int/hq/14/WHO_MNH_PSF_3.7A_Rev.2.pdf
http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf

lungo termine siano quelli che utilizzino le nuove forme di comunicazione online, cioè le più utilizzate dagli adolescenti, mentre non sono efficaci interventi che si basano solo sull'invio di mail (Moreira et al. 2009).

La scuola è considerata l'ambito migliore per attuare interventi di prevenzione universale, in quanto permette di entrare a contatto con un maggior numero di adolescenti. Per quanto riguarda l'età, è preferibile che tali interventi si dirigano ad alunni del 2° e 3° anno della scuola secondaria di I livello e al biennio delle scuole secondarie di II livello.

È importante che tali interventi coinvolgano gli insegnanti e che si basino su un approccio multidisciplinare e su metodologie partecipative e attive (Beccaria 2013).

È necessario formare i cosiddetti “adulti significativi”, insegnanti e genitori, cioè coloro che hanno un ruolo educativo determinante e che costituiscono un modello di riferimento per gli adolescenti. Allo stesso tempo è importante coinvolgere tutti coloro che sono in contatto con gli adolescenti (operatori socio-sanitari, gestori dei locali, istruttori sportivi, etc.), ossia i “moltiplicatori dell'azione preventiva”, figure che possono contribuire, per il ruolo che ricoprono, alla crescita della comunità, cooperando per raggiungere obiettivi comuni.

Per questo la scuola non può essere l'unico ambito in cui far convergere i vari interventi di prevenzione. È innanzitutto necessario coinvolgere i genitori, aiutandoli a sviluppare determinate capacità educative per creare un ambiente monitorato, con regole precise e allo stesso tempo con una comunicazione aperta tra genitori e figli. Inoltre, bisogna sviluppare interventi nei luoghi di aggregazione informale dei giovani, dove trascorrono il loro tempo libero, in un ambiente dove è probabile che gli adolescenti si sentano più liberi di affrontare certe tematiche, rispetto ad un contesto formale come la scuola.

7.1. Evidenze di efficacia

Recentemente, sono state pubblicate tre revisioni Cochrane di programmi di prevenzione universale per l'abuso di alcol negli adolescenti (Foxcroft e Tsertsvadze 2011, 2011b, 2011c).

Nella revisione di programmi effettuati nell'ambito scolastico, gli autori affermano che i programmi basati su approcci psicosociali e mirati allo sviluppo risultano i più efficaci. Tra questi si trovano tre programmi in particolare: il Life Skills Training Program (Botvin et al. 2001) effettuato negli USA, il programma Unplugged (Faggiano et al. 2010) in Europa e il Good Behaviour Game Program (Kellam et al. 2008) in Europa e USA.

Per quanto riguarda i programmi familiari, gli autori affermano che i risultati della revisione mostrano che le prove relative all'efficacia di questi interventi di prevenzione sono poche ma consistenti ed inoltre persistono a medio e a lungo termine. Su 12 studi selezionati (11 dei quali effettuati negli USA e 1 in Europa), 9 hanno dimostrato una qualche efficacia. Tra questi è risultato efficace l'applicazione dello “Strengthening Families Program” (Spath et al. 1999), tra l'altro già incluso in una recente revisione (Foxcroft et al. 2003), dove risulta essere uno dei programmi più promettenti a lungo periodo in termini di efficacia. In un altro studio (Koning et al. 2009), vi è efficacia quando vengono affiancati l'intervento familiare e quello scolastico, mentre non si ottengono risultati significativi quando tali interventi vengono effettuati singolarmente.

Nella revisione dei programmi di prevenzione multi-componente, gli autori affermano che tali interventi possono essere considerati una buona opzione per la pratica, anche se non ci sono prove sufficienti per dimostrare se tali programmi siano più efficaci di quelli effettuati in singoli contesti.

Nel report di Guadagnare Salute (Guadagnare Salute negli Adolescenti 2010), sono raccolte le evidenze di efficacia di interventi di prevenzione all'uso e abuso di alcol e sostanze stupefacenti

negli adolescenti. Come già affermato in precedenza, la scuola è considerata l'ambito principale dove intervenire, con programmi in grado di coinvolgere attivamente gli alunni e di creare una buona relazione con gli insegnanti. Tuttavia non deve essere l'unico. Nei soggetti ad alto rischio sono efficaci quegli interventi che potenziano le life skills i quali, se integrati con programmi familiari (Life Skills Training più Strengthening Families Program), risultano ancora più efficaci (Spath et al. 2002). Anche secondo Petrie et al. (2007) i programmi in cui sono presenti i genitori risultano efficaci, in particolare quelli che prevedono una partecipazione attiva e basata sullo sviluppo di competenze sociali. Emerge, quindi, l'importanza del coinvolgimento degli adulti significativi, in particolare genitori ed insegnanti. È stato dimostrato che quest'ultimi devono essere formati adeguatamente da parte di esperti nel campo della prevenzione e promozione della salute (Faggiano et al. 2007a). Inoltre, la maggior parte degli interventi efficaci effettuati nelle scuole integra le attività previste dall'intervento all'interno dell'offerta didattica, utilizzando dunque un approccio curricolare.

Non vi sono, invece, evidenze di efficacia per quanto riguarda il coinvolgimento dei pari, mentre gli interventi che prevedono la partecipazione attiva della comunità, favorendo la responsabilità e il coinvolgimento di vari attori presenti nel territorio risultano aumentare gli effetti positivi (Spath et al. 2007; Cuijpers 2002).

Per concludere, il report ricorda l'importanza di effettuare un'analisi dei bisogni prima di avviare un intervento, così come è fondamentale programmare un'adeguata valutazione, azione poco intrapresa in Italia, ad eccezione del programma Unplugged (Faggiano et al. 2007a) per il quale è stato progettato uno studio di valutazione, l'Eu-Dap.

8. Discussione

Sulla base delle prove di efficacia incontrate in letteratura, gli interventi che si basano sul modello dell'influenza sociale e delle life skills ed attuati all'interno delle scuole, prevedendo un coinvolgimento attivo degli insegnanti e degli alunni, risultano i più efficaci. Tra questi troviamo il Life Skills Training e il programma Unplugged.

Quest'ultimo rappresenta il primo programma di prevenzione europeo di provata efficacia, implementato in 7 paesi, tra cui l'Italia. Date le sue caratteristiche e i risultati positivi ottenuti nel contesto italiano, Unplugged rappresenta un ottimo strumento di prevenzione dell'abuso di alcol da parte degli adolescenti.

Tuttavia, in Europa, i programmi di prevenzione, tra cui Unplugged, trovano difficoltà nel coinvolgere i genitori (Guadagnare Salute negli Adolescenti 2010). Come già detto in precedenza, in un paese come l'Italia, il ruolo dei genitori nella socializzazione all'alcol è determinante, in quanto gli adolescenti vengono educati al consumo moderato e responsabile di tale sostanza. Essere introdotti all'alcol in un contesto familiare, legato all'alimentazione, toglie all'alcol quel significato trasgressivo che può assumere in un contesto più proibizionista, dove alla famiglia si sostituiscono i pari, portando ad una sperimentazione senza regole e controllo, con più rischio di abuso e problemi. È importante, dunque, che i genitori assumano un comportamento educativo basato su regole precise e monitoraggio, attraverso uno stile autoritario ma allo stesso tempo aperto e comunicativo, in modo tale da divenire modelli di riferimento per i propri figli. Il coinvolgimento delle famiglie nei programmi di prevenzione può essere di aiuto nello sviluppare tale capacità educative e nel favorire la comunicazione genitori-figli, ed è ciò che si prefigge uno dei programmi familiari ritenuti più efficaci: lo Strengthening Families Program (SFP).

Sulla base delle revisioni analizzate in precedenza, è stato dimostrato che gli interventi basati sulle

life skills, se integrati con programmi familiari come lo SFP 10-14, aumentano la loro efficacia (Spoth et al. 2002, 2007).

Per le sue caratteristiche, lo SFP cerca di incoraggiare la partecipazione dei genitori offrendo orari e località flessibili, oltre a servizi di babysitting, trasporto e pasti.

Dato che la componente familiare del programma Unplugged non ha ottenuto risultati positivi, a causa della scarsa aderenza dei genitori alle attività previste, affiancare a quest'ultimo un programma familiare potrebbe aumentarne l'efficacia, migliorando i benefici già apportati da questo strumento di prevenzione.

8.1. Unplugged

Unplugged è un programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze, valutato attraverso EU-Dap (European Drug Addiction Prevention trial), uno studio sperimentale randomizzato e controllato, effettuato in 7 paesi europei. Si tratta del primo programma europeo di provata efficacia.

Unplugged si basa sul modello dell'influenza sociale (comprehensive social influence approach), che unisce l'approccio basato sulle life skills e quello dell'educazione normativa. L'obiettivo del programma è quello di ritardare o prevenire l'uso di tabacco, droghe e l'uso problematico di alcol cercando di sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali e le competenze interpersonali (pensiero critico, pensiero creativo, capacità decisionali, problem solving, comunicazione efficace, capacità di relazione interpersonale, empatia, autoconsapevolezza, gestione delle emozioni e dello stress), correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulle sostanze e migliorare le conoscenze relative ai rischi dovuti all'uso di alcol, tabacco e droghe.

È indicato per gli alunni del secondo e terzo anno della scuola secondaria di I grado e per le classi prime della scuola secondaria di II grado.

Viene utilizzato un approccio curricolare, basato su 12 unità di 1 ora, integrate all'interno dell'offerta didattica e condotte da insegnanti precedentemente formati. Il corso di formazione rivolto ai docenti ha l'obiettivo di far conoscere la struttura e le attività del programma, il modello dell'influenza sociale e delle life skills e il loro ruolo nella prevenzione all'uso di sostanze e, infine, la metodologia da utilizzare in classe.

L'uso di un metodo interattivo permette di coinvolgere attivamente alunni ed insegnanti e di migliorare il clima di classe, attraverso tecniche quali il brainstorming e il role play.

Il programma è stato condotto tra novembre 2004 e gennaio 2005, dove sono stati arruolati 7079 studenti delle varie scuole partecipanti (Faggiano et al. 2007).

La valutazione successiva è avvenuta in due fasi: la prima a maggio del 2005, tre mesi dopo la fine del programma (Faggiano et al. 2008), la seconda un anno successivo, a maggio del 2006, a 18 mesi dall'inizio del programma (Faggiano et al. 2010). Hanno partecipato al primo follow-up 6604 studenti, mentre al secondo 5812.

La valutazione ha dimostrato che Unplugged è efficace nel ridurre l'uso di tabacco, alcol e cannabis, soprattutto per quanto riguarda le ultime due sostanze.

La riduzione dell'uso di tabacco, infatti, diminuisce nel secondo follow-up, in particolare per quanto riguarda i fumatori quotidiani i quali, a tre mesi dall'intervento erano diminuiti del 30%, mentre un anno dopo si attenua l'effetto, registrando una riduzione dell'8%.

Ottimi risultati, invece, si sono ottenuti per quanto riguarda la diminuzione dell'uso di cannabis e alcol, effetto mantenuto e addirittura aumentato durante il secondo follow-up. L'essersi ubriacato almeno una volta negli ultimi 30 giorni segna una riduzione del 20% nel secondo follow-up. Aver

avuto più di tre episodi di ubriachezza negli ultimi 30 giorni registra una diminuzione del 38% a 15 mesi dal termine dell'intervento, maggiore rispetto alla riduzione del 31% ottenuta dopo tre mesi.

Stesso effetto si registra per quanto riguarda l'aver fumato cannabis almeno tre volte negli ultimi 30 giorni, dove la riduzione passa dal 24% al 26%.

Tuttavia, come avvenuto in altri programmi di prevenzione universale in Europa, vi è stata una scarsa partecipazione dei genitori alle attività in cui si era previsto un loro coinvolgimento, il che non ha permesso di ottenere benefici effettivi per ciò che riguarda la componente familiare del programma.

Per concludere, si può affermare che un programma come Unplugged, che utilizza un approccio curricolare basato sul modello dell'influenza sociale globale, rappresenta un ottimo strumento per la riduzione dell'uso di sostanze, da poter applicare all'interno dell'ambito scolastico europeo, Italia compresa. L'impatto di questo programma, infatti, misurato in termini di NNT (number needed to treat) è tale da poter prevenire un caso di abuso di alcol e uno di uso di cannabis, se implementato in una classe su due (Faggiano et al. 2010).

8.2. Strengthening Families Program for Parents and Youth 10 – 14 (SFP 10-14)

Il programma sviluppato da Karol Kumpfer negli anni '80 si pone l'obiettivo di ridurre l'abuso di alcol e sostanze e i comportamenti devianti negli adolescenti, rafforzando il legame genitori-figli. Si tratta di un programma che può essere utilizzato in un'ottica di prevenzione sia universale che selettiva. L'intervento è rivolto sia agli adolescenti (dai 10 ai 14 anni nel caso della versione SFP 10-14) sia ai genitori e si pone l'obiettivo di migliorare le abilità sociali e personali dei primi e le capacità di gestire i figli nei secondi.

È composto da 7 sessioni (più 4 di rinforzo facoltative) a cadenza settimanale e di due ore ciascuna. Nella prima ora genitori e figli partecipano a sessioni separate, mentre la seconda parte è dedicata ad attività in comune. Le varie sessioni hanno lo scopo di migliorare, nei figli, le capacità di rispettare le regole, di gestire le emozioni, di riconoscere e contrastare le pressioni negative dei pari. Nei genitori, invece, si cerca di migliorare le capacità di porre regole chiare, le abilità comunicative e di gestione del rapporto coi propri figli.

Come già detto in precedenza, si tratta di uno dei programmi rivolto alle famiglie con più efficacia, la quale tende ad aumentare col tempo piuttosto che diminuire. È stato dimostrato che al programma corrisponde un NNT pari a 9 per quanto riguarda l'iniziazione al consumo di alcol, consumo senza il permesso dei genitori e prima ubriacatura (Foxcroft et al. 2003).

Inoltre, associato al programma Life Skills Training, secondo gli studi condotti da Spoth et al. (2002, 2005) lo SFP migliora l'efficacia rispetto al solo utilizzo del primo strumento. I ricercatori hanno assegnato le scuole in modo randomizzato al solo programma LST, all'intervento multi-componente LST+SFP 10-14 e al gruppo di controllo. Anche se il solo programma LST è risultato più efficace rispetto al gruppo di controllo, le scuole a cui è stato assegnato l'intervento multi-componente hanno ottenuto risultati migliori per molti dei parametri analizzati. Ad esempio, in Spoth et al. (2002), l'iniziazione all'alcol diminuisce di un 30% tra coloro a cui è stato assegnato il programma multi-componente, a differenza di una riduzione del 4.1% ottenuta dal solo LST. In Spoth et al. (2005), l'intervento LST+SFP 10-14 porta ad un minore incremento di episodi di ubriachezza settimanale rispetto al solo LST.

In Italia è stata adattata e sperimentata una versione del programma SFP 10-14 (Ortega et al. 2012).

8.3.Proposta d'intervento

Sulla base delle considerazioni precedenti, la proposta di intervento che sarà avanzata riguarda l'integrazione del SFP 10-14 al programma Unplugged. L'obiettivo di tale proposta è quello di aumentare l'efficacia di uno strumento che ha già ottenuto risultati positivi nelle scuole in cui è stato applicato ma che non è riuscito a coinvolgere in maniera ottimale i genitori.

È necessario che gli adulti assumano un ruolo educativo preciso nei confronti dei figli per quanto riguarda il loro approccio alle sostanze alcoliche e, per questo obiettivo, lo SFP 10-14 ha ottenuto importanti risultati.

Così come è stato sperimentato negli studi di Spoth et al. (2002, 2005, 2006, 2007), anche per questo intervento saranno assegnati in modo randomizzato, alle varie scuole partecipanti, i due strumenti di prevenzione considerati.

In una prima fase sarà necessario individuare i centri scolastici disponibili a partecipare alla sperimentazione. Dopodiché, le scuole partecipanti saranno assegnate in maniera randomizzata in tre gruppi: il primo con intervento Unplugged, il secondo con intervento Unplugged + SFP 10-14 e il terzo come controllo.

Una volta assegnati gli interventi, si procederà con la formazione degli insegnanti, così come previsto da Unplugged, e il reclutamento delle famiglie, che potrà avvenire, oltre che nelle scuole, anche attraverso i servizi per le famiglie, i centri di aggregazione comunitaria o le parrocchie.

Terminata questa fase, verrà effettuato un pre-test a tutti gli alunni partecipanti, prima di avviare gli interventi veri e propri.

Al termine degli interventi si procederà con la valutazione degli stessi: si potranno, ad esempio, effettuare due follow-up, uno a pochi mesi dall'intervento e un altro a distanza di un anno dal primo, per verificare gli effetti a lungo termine, così come è stato effettuato nello studio EU-Dap.

Si confronteranno i due interventi (Unplugged e Unplugged + SFP 10-14) con il gruppo controllo tramite l'analisi dei dati raccolti, dalla quale emergerà se l'integrazione dell'intervento familiare è uno strumento in grado di migliorare l'efficacia dell'intervento scolastico considerato.

9. Conclusioni

Il tema del rapporto tra alcol e giovani è complesso e di non facile comprensione. Molti sono gli interrogativi a cui è difficile dar risposta e che spesso possono condurre a prese di posizione caratterizzate da un eccessivo allarmismo. Le preoccupazioni per gli eccessi giovanili sono sempre state presenti, così come non rappresentano una novità, a differenza di come spesso si vuol far credere, determinati comportamenti messi in atto dai giovani.

Il rapporto degli adolescenti italiani con l'alcol è cambiato, così com'è cambiato il rapporto tra alcol e società italiana in generale. Ciò nonostante permangono quei tratti di consumo che hanno caratterizzato l'Italia come un paese a cultura "bagnata". Gli eccessi giovanili han sempre fatto parte di una fase di transizione, dove alla sperimentazione si sostituisce pian piano un modello di consumo moderato trasmesso dalla famiglia. Mettere in dubbio tale modello, così come ridurre il consumo giovanile ad una nuova cultura intossicante, mettendo allo stesso livello gli adolescenti italiani con quelli nordeuropei, oltre ad essere un'errata analisi della situazione, può rappresentare anche un pericolo. Vi è infatti il rischio che un tale allarmismo possa condurre ad un progressivo abbandono di un modello educativo, che ha agito come fattore di protezione nel rapporto tra gli italiani e l'alcol durante questi decenni. Per questo motivo è utile implementare interventi di

prevenzione di provata efficacia dove, a programmi di intervento scolastico che hanno evidenziato risultati positivi, si affianchino interventi familiari che siano in grado di rafforzare il rapporto genitori-figli, creando le basi per una trasmissione di quei valori e comportamenti che hanno caratterizzato, e continuano a caratterizzare, la cultura del bere nel nostro paese.

10. Bibliografia

- ACI-CENSIS. 2010. «Guidare meno, guidare sempre. XVIII Rapporto».
- Allamani, A, F Cipriani, e F Prina. 2006. *I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia*. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. Roma: Casa Editrice Litos.
- Anderson Peter e Ben Baumberg. 2006. «The economic impact of alcohol». In *Alcohol in Europe. A public Health Perspective*. European Commission.
- Anderson, Peter, Avalon de Bruijn, Kathryn Angus, Ross Gordon, e Gerard Hastings. 2009. «Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies». *Alcohol and Alcoholism* 44 (3) (gennaio 5): 229–243. doi:10.1093/alcalc/agn115.
- Ary, D V, E Tildesley, H Hops, e J Andrews. 1993. «The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol». *The International journal of the addictions* 28 (9) (luglio): 853–880.
- Barnes, Grace M., Michael P. Farrell, e Barbara A. Dintcheff. 1997. «Family socialization effects on alcohol abuse and related problem behaviors among female and male adolescents.»
- Beccaria, F. 2013. *Alcol e giovani. Riflettere prima dell'uso*. Giunti Editore.
- Beccaria, F, E Petrilli, e S Rolando. 2012. «La socializzazione all'alcol in Italia». *Medicina delle Dipendenze - Italian Journal of the Addictions* (5).
- Beccaria, F, e S Rolando. 2010. «I processi di socializzazione alcolica». In *Alcol e generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia*. Roma: Carocci.
- Bellentani, S, G Saccoccio, G Costa, C Tiribelli, F Manenti, M Sodde, L Croce', et al. 1997. «Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage». *Gut* 41 (6) (dicembre): 845–850.
- Bellis, Mark A, Karen Hughes, Michela Morleo, Karen Tocque, Sara Hughes, Tony Allen, Dominic Harrison, e Eduardo Fe-Rodriguez. 2007. «Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm». *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2 (maggio 10): 15. doi:10.1186/1747-597X-2-15.
- Bonino, Silvia, Elena Cattelino, e Silvia Ciairano. 2003. *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Giunti Editore.
- Botvin, G J, K W Griffin, T Diaz, e M Ifill-Williams. 2001. «Preventing Binge Drinking During Early Adolescence: One- and Two-year Follow-up of a School-based Preventive Intervention». *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 15 (4) (dicembre): 360–365.
- Bouchery, Ellen E, Henrick J Harwood, Jeffrey J Sacks, Carol J Simon, e Robert D Brewer. 2011. «Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006». *American Journal of Preventive Medicine* 41 (5) (novembre): 516–524. doi:10.1016/j.amepre.2011.06.045.
- Charrier, Lorena, e Franco Cavallo. 2010. «I dati quantitativi su consumi e abuso di alcol tra i giovani: una rassegna critica». *SALUTE E SOCIETA' IX* (3) (ottobre 15): 47–61. doi:10.3280/SES2010-SU3004-ita.
- Contel, M., e E. Tempesta. 2012. *Alcol e giovani. Cosa è cambiato in vent'anni?* Carocci.
- Costamagna, Federica, e Franca Beccaria. 2008. «Pubblicità regresso. L'impatto della pubblicità di bevande alcoliche sui giovani». *Educazione sanitaria e promozione della salute* 31 (2): 90–106.
- Cox, L, N Sherriff, L Coleman, e D Roker. 2006. «Parent-young people communication about alcohol». *AERC*.
- Cuijpers, Pim. 2002. «Effective Ingredients of School-based Drug Prevention Programs. A Systematic Review». *Addictive Behaviors* 27 (6) (dicembre): 1009–1023.
- Currie, C., C. Zanotti, A Morgan, D Currie, M. de Looze, C. Roberts, O Samdal, O.R.F. Smith, e V Barnekow. 2012. «Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey». WHO/Europe, 2012. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health->

topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study.

- DeWit, David J., Edward M. Adlaf, David R. Offord, e Alan C. Ogborne. 2000. «Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders». *American Journal of Psychiatry* 157 (5) (maggio 1): 745–750. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.745.
- Digrande, L, M P Perrier, M G Lauro, e P Contu. 2000. «Alcohol use and correlates of binge drinking among university students on the Island of Sardinia, Italy». *Substance use & misuse* 35 (10) (agosto): 1471–1483.
- Engels, R C, e R A Knibbe. 2000. «Young people's alcohol consumption from a European perspective: risks and benefits». *European journal of clinical nutrition* 54 Suppl 1 (marzo): S52–55.
- Faggiano, Fabrizio, Maria Rosaria Galanti, Karl Bohrn, Gregor Burkhardt, Federica Vigna-Taglianti, Luca Cuomo, Leila Fabiani, et al. 2008. «The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial». *Preventive Medicine* 47 (5) (novembre): 537–543. doi:10.1016/j.ypmed.2008.06.018.
- Faggiano, Fabrizio, Clive Richardson, Karl Bohrn, M Rosaria Galanti, e EU-Dap Study Group. 2007. «A Cluster Randomized Controlled Trial of School-based Prevention of Tobacco, Alcohol and Drug Use: The EU-Dap Design and Study Population». *Preventive Medicine* 44 (2) (febbraio): 170–173. doi:10.1016/j.ypmed.2006.09.010.
- Faggiano, Fabrizio, Federica Vigna-Taglianti, Gregor Burkhardt, Karl Bohrn, Luca Cuomo, Dario Gregori, Massimiliano Panella, et al. 2010. «The Effectiveness of a School-based Substance Abuse Prevention Program: 18-month Follow-up of the EU-Dap Cluster Randomized Controlled Trial». *Drug and Alcohol Dependence* 108 (1-2) (aprile 1): 56–64. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018.
- Fergusson, D M, M T Lynskey, e L J Horwood. 1994. «Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns». *Addiction (Abingdon, England)* 89 (8) (agosto): 1007–1016.
- Fleming, Charles B., Devon D. Brewer, Randy R. Gainey, Kevin P. Haggerty, e Richard F. Catalano. 1997. «Parent Drug Use and Bonding to Parents as Predictors of Substance Use in Children of Substance Abusers.» *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 6 (4): 75–86.
- Foley, Kristie Long, David Altman, Robert H Durant, e Mark Wolfson. 2004. «Adults' approval and adolescents' alcohol use». *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 35 (4) (ottobre): 345.e17–26.
- Forsyth, Alasdair, e Marina Barnard. 2000. «Preferred drinking locations of Scottish adolescents». *Health & Place* 6 (2) (giugno 1): 105–115. doi:10.1016/S1353-8292(00)00002-2.
- Foxcroft, David R, e Alexander Tsertsvadze. 2011a. «Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people». *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (9): CD009308. doi:10.1002/14651858.CD009308.
- . 2011b. «Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people». *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (9): CD009307. doi:10.1002/14651858.CD009307.
- . 2011c. «Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people». *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (5): CD009113. doi:10.1002/14651858.CD009113.
- Foxcroft, D R, D Ireland, D J Lister-Sharp, G Lowe, e R Breen. 2003. «Longer-term Primary Prevention for Alcohol Misuse in Young People: a Systematic Review». *Addiction (Abingdon, England)* 98 (4) (aprile): 397–411.
- Grant, Bridget F., e Deborah A. Dawson. 1997. «Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey». *Journal of Substance Abuse* 9: 103–110. doi:10.1016/S0899-3289(97)90009-2.
- Guadagnare Salute negli Adolescenti. 2010. «Linee di indirizzo per la prevenzione».

- http://www.inadolescenza.it/pdf/pubblicazioni/GUADAGNARE_SALUTE_report_def.pdf.
- Hanewinkel, Reiner, James D. Sargent, Evelien A. P. Poelen, Ron Scholte, Ewa Florek, Helen Sweeting, Kate Hunt, et al. 2012. «Alcohol Consumption in Movies and Adolescent Binge Drinking in 6 European Countries». *Pediatrics* 129 (4) (gennaio 4): 709–720. doi:10.1542/peds.2011-2809.
- Harrison, Patricia A., Jayne A. Fulkerson, e Eunhyung Park. 2000. «The Relative Importance of Social Versus Commercial Sources in Youth Access to Tobacco, Alcohol, and Other Drugs». *Preventive Medicine* 31 (1) (luglio): 39–48. doi:10.1006/pmed.2000.0691.
- Hawkins, J. David, John W. Graham, Eugene Maguin, Robert Abbott, Karl G. Hill, E Richard F. Catalano. 1997. «Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychosocial Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse». *Journal of studies on alcohol* 58 (3) (maggio): 280–290.
- Hyatt, S. L., e L. M. Collins. 2000. «Using latent transition analysis to examine the relationship between parental permissiveness and the onset of substance use». In *Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions*, 259–288. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ISTAT. 2012. «Uso e abuso di alcol in Italia. Anno 2011.» <http://www.istat.it/it/archivio/59033>.
- . 2013. «Uso e abuso di alcol in Italia. Anno 2012.»
- ISTAT-ACI. 2011. «Incidenti stradali».
- . 2012. «Incidenti stradali. Stima preliminare. Anno 2012».
- Jackson, C, L Henriksen, e D Dickinson. 1999. «Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children». *Journal of studies on alcohol* 60 (3) (maggio): 362–367.
- Kellam, Sheppard G, C Hendricks Brown, Jeanne M Poduska, Nicholas S Ialongo, Wei Wang, Peter Toyinbo, Hanno Petras, Carla Ford, Amy Windham, e Holly C Wilcox. 2008. «Effects of a Universal Classroom Behavior Management Program in First and Second Grades on Young Adult Behavioral, Psychiatric, and Social Outcomes». *Drug and Alcohol Dependence* 95 Suppl 1 (giugno 1): S5–S28. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004.
- Koning, Ina M, Wilma A M Vollebergh, Filip Smit, Jacqueline E E Verdurmen, Regina J J M Van Den Eijnden, Tom F M Ter Bogt, Håkan Stattin, e Rutger C M E Engels. 2009. «Preventing Heavy Alcohol Use in Adolescents (PAS): Cluster Randomized Trial of a Parent and Student Intervention Offered Separately and Simultaneously». *Addiction (Abingdon, England)* 104 (10) (ottobre): 1669–1678. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02677.x.
- Laghi, Fiorenzo, Roberto Baiocco, Antonia Lonigro, Giulietta Capacchione, e Emma Baumgartner. 2012. «Family Functioning and Binge Drinking Among Italian Adolescents». *Journal of Health Psychology* 17 (8) (novembre 1): 1132–1141. doi:10.1177/1359105311430005.
- Ledoux, Sylvie, Patrick Miller, Marie Choquet, e Martin Plant. 2002. «Family Structure, Parent–Child Relationships, and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom». *Alcohol and Alcoholism* 37 (1) (gennaio 1): 52–60. doi:10.1093/alcalc/37.1.52.
- Moreira, Maria Teresa, Lesley A Smith, e David Foxcroft. 2009. «Social Norms Interventions to Reduce Alcohol Misuse in University or College Students». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* (3): CD006748. doi:10.1002/14651858.CD006748.pub2.
- Ortega, Enrique, Fabrizia Giannotta, Delia Latina, e Silvia Ciairano. 2012. «Cultural Adaptation of the Strengthening Families Program 10–14 to Italian Families». *Child & Youth Care Forum* 41 (2) (febbraio 5): 197–212. doi:10.1007/s10566-011-9170-6.
- Osservatorio Permanente sui Giovani e l’Alcol. 2012. «Adolescenti e Alcol. Indagine nazionale».
- PASSI. 2012a. «Il consumo di alcol in Italia: i dati 2011 del sistema di sorveglianza Passi».
- . 2012b. «Rapporto nazionale Passi 2011:alcol e guida». <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/AlcolGuida.asp>. <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/AlcolGuida.asp>.
- . 2013. «Rapporto nazionale Passi 2012: Consumo di alcol». <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2012/Alcol.asp>.

<http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2012/Alcol.asp>.

- Petrie, Jane, Frances Bunn, e Geraldine Byrne. 2007. «Parenting Programmes for Preventing Tobacco, Alcohol or Drugs Misuse in Children <18: a Systematic Review». *Health Education Research* 22 (2) (aprile): 177–191. doi:10.1093/her/cyl061.
- Pitkänen, Tuuli, Anna-Liisa Lyyra, e Lea Pulkkinen. 2005. «Age of Onset of Drinking and the Use of Alcohol in Adulthood: a Follow-up Study from Age 8–42 for Females and Males». *Addiction* 100 (5): 652–661. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01053.x.
- Poelen, Evelien A. P., Ron H. J. Scholte, Gonneke Willemsen, Dorret I. Boomsma, e Rutger C. M. E. Engels. 2007. «Drinking by Parents, Siblings, and Friends as Predictors of Regular Alcohol Use in Adolescents and Young Adults: a Longitudinal Twin-family Study». *Alcohol and Alcoholism* 42 (4) (gennaio 7): 362–369. doi:10.1093/alcalc/agm042.
- Poikolainen, Kari, Annamari Tuulio-Henriksson, Terhi Aalto-Setälä, Mauri Marttunen, e Jouko Lönnqvist. 2001. «Predictors of Alcohol Intake and Heavy Drinking in Early Adulthood: a 5-year Follow-up of 15–19-year-old Finnish Adolescents». *Alcohol and Alcoholism* 36 (1) (gennaio 1): 85–88. doi:10.1093/alcalc/36.1.85.
- Prina, F. 2010. «Le norme sulle bevande alcoliche e la loro applicazione: un bilancio nella prospettiva socio-giuridica». *SALUTE E SOCIETA'*.
- Progetto PRISMA. 2005. «Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!»
- Rehm, J, C T Sempos, e M Trevisan. 2003. «Alcohol and cardiovascular disease--more than one paradox to consider. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease--a review». *Journal of cardiovascular risk* 10 (1) (febbraio): 15–20. doi:10.1097/01.hjr.0000051961.68260.30.
- Reifman, A, G M Barnes, B A Dintcheff, M P Farrell, e L Uhteg. 1998. «Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents». *Journal of studies on alcohol* 59 (3) (maggio): 311–317.
- Rossi, Daniele. 2010. «Economie dell'alcol e contesto giovanile». *SALUTE E SOCIETA'*.
- Ryan, Siobhan M, Anthony F Jorm, e Dan I Lubman. 2010. «Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies». *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 44 (9) (settembre): 774–783. doi:10.1080/00048674.2010.501759.
- Scafato, E, C Gandin, L Galluzzo, A Rossi, e S Conti. 2012. «Epidemiologia e monitoraggio alcool-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcool-CNESPS sull'impatto del consumo di alcool ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcool e Salute. Rapporto 2012. (Rapporti ISTISAN 12/3)». Istituto Superiore di Sanità.
- Smith, Lesley A, e David R Foxcroft. 2009. «The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies». *BMC Public Health* 9 (febbraio 6): 51. doi:10.1186/1471-2458-9-51.
- Spijkerman, Renske, Regina J J M van den Eijnden, e Annemarie Huiberts. 2008. «Socioeconomic differences in alcohol-specific parenting practices and adolescents' drinking patterns». *European addiction research* 14 (1): 26–37. doi:10.1159/000110408.
- Spoth, Richard L., G. Kevin Randall, Linda Trudeau, Chungyeol Shin, e Cleve Redmond. 2008. «Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions». *Drug and alcohol dependence* 96 (1-2) (luglio 1): 57–68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.023.
- Spoth, Richard L, Cleve Redmond, Linda Trudeau, e Chungyeol Shin. 2002. «Longitudinal Substance Initiation Outcomes for a Universal Preventive Intervention Combining Family and School Programs». *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 16 (2) (giugno): 129–134.
- Spoth, Richard, G. Kevin Randall, Chungyeol Shin, e Cleve Redmond. 2005. «Randomized Study of Combined Universal Family and School Preventive Interventions: Patterns of Long-Term Effects on Initiation, Regular Use, and Weekly Drunkenness». *Psychology of addictive behaviors* □: *journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 19 (4)

- (dicembre): 372–381. doi:10.1037/0893-164X.19.4.372.
- Spoth, Richard, Cleve Redmond, Chungyeol Shin, Mark Greenberg, Scott Clair, e Mark Feinberg. 2007. «Substance-use Outcomes at 18 Months Past Baseline: The PROSPER Community-University Partnership Trial». *American Journal of Preventive Medicine* 32 (5) (maggio): 395–402. doi:10.1016/j.amepre.2007.01.014.
- Spoth, R, M Lopez Reyes, C Redmond, e C Shin. 1999. «Assessing a Public Health Approach to Delay Onset and Progression of Adolescent Substance Use: Latent Transition and Log-linear Analyses of Longitudinal Family Preventive Intervention Outcomes». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (5) (ottobre): 619–630.
- Stranges, Saverio, Tiejian Wu, Joan M. Dorn, Jo L. Freudenheim, Paola Muti, Eduardo Farinaro, Marcia Russell, Thomas H. Nochajski, e Maurizio Trevisan. 2004. «Relationship of Alcohol Drinking Pattern to Risk of Hypertension A Population-Based Study». *Hypertension* 44 (6) (gennaio 12): 813–819. doi:10.1161/01.HYP.0000146537.03103.f2.
- Strunin, Lee, Kirstin Lindeman, Enrico Tempesta, Pierluigi Ascani, Simona Anav, e Luca Parisi. 2010. «Familial drinking in Italy: Harmful or protective factors». *Addiction Research and Theory* 18 (3): 344–358. doi:10.3109/16066350902867890.
- Trevisan, M, E Schisterman, A Mennotti, G Farchi, e S Conti. 2001. «Drinking pattern and mortality: the Italian Risk Factor and Life Expectancy pooling project». *Annals of epidemiology* 11 (5) (luglio): 312–319.
- Van den Eijnden, Regina, Dike van de Mheen, Raymond Vet, e Ad Vermulst. 2011. «Alcohol-specific parenting and adolescents' alcohol-related problems: the interacting role of alcohol availability at home and parental rules». *Journal of studies on alcohol and drugs* 72 (3) (maggio): 408–417.
- Van Der Vorst, Haske, Rutger C.M.E. Engels, Wim Meeus, e Maja Deković. 2006. «The Impact of Alcohol-specific Rules, Parental Norms About Early Drinking and Parental Alcohol Use on Adolescents' Drinking Behavior». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (12): 1299–1306. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01680.x.
- Warner, Lynn A, e Helene R White. 2003. «Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking». *Substance use & misuse* 38 (14) (dicembre): 1983–2016.
- Welte, J W, G M Barnes, J H Hoffman, e B A Dintcheff. 1999. «Trends in adolescent alcohol and other substance use: relationships to trends in peer, parent, and school influences». *Substance use & misuse* 34 (10) (agosto): 1427–1449.
- WHO. 2011. «Global status report on alcohol and health».
- Wood, Mark D, Jennifer P Read, Roger E Mitchell, e Nancy H Brand. 2004. «Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates». *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 18 (1) (marzo): 19–30. doi:10.1037/0893-164X.18.1.19.
- York, James L., John Welte, Judith Hirsch, Joseph H. Hoffman, e Grace Barnes. 2004. «Association of Age at First Drink With Current Alcohol Drinking Variables in a National General Population Sample». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28 (9): 1379–1387. doi:10.1097/01.ALC.0000139812.98173.A4.
- Yu, JIANG. 2003. «The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking». *Drug and alcohol dependence* 69 (3) (aprile 1): 253–262.
- Yu, J, e M W Perrine. 1997. «The transmission of parent/adult-child drinking patterns: testing a gender-specific structural model». *The American journal of drug and alcohol abuse* 23 (1) (febbraio): 143–165.