

## Documenti

### **L'alcolologia sociale sulle soglie di rischio e l'età legale al bere** *Documento del Laboratorio Scientifico dell'Osservatorio Permanente Giovani e Alcool*

#### **0. Introduzione**

- 0.1. A fronte della recente intensificazione, da parte dei media, della comunicazione sui rischi per la salute derivanti dall'uso di bevande alcoliche, l'OPGA nel suo insieme ed i membri del Laboratorio Scientifico ritengono di proporre all'attenzione generale alcune riflessioni critiche.
- 0.2. Questa intensificazione della comunicazione, focalizzata sull'enfasi dei fattori di rischio, si concretizza in un irrigidimento delle raccomandazioni sanitarie riguardo a questioni come: la soglia di età minima legale per il consumo di bevande alcoliche, la soglia di consumi quotidiani compatibili con un rischio di salute da parte di persone sane, l'uso di bevande alcoliche in età giovanile, le restrizioni all'accesso delle bevande, la restrizione alla comunicazione commerciale e l'adozione di politiche fiscali volte a condizionare le scelte del consumatore.
- 0.3. Le evidenze scientifiche, soprattutto in materia di fattori di rischio, dato per scontato che l'obiettivo di ridurre i rischi associati all'abuso di bevande alcoliche è pienamente condiviso - spesso non hanno come riferimento l'uomo nella sua interezza. Si configura dunque una situazione paradossale: in nome del rigore scientifico, non vengono prese in considerazione quelle variabili che - come l'ormai ampia letteratura socio-antropologica ha dimostrato - maggiormente condizionano i nostri comportamenti, come ad esempio variabili psicologiche, economiche e sociali e fattori che interessano la più ampia sfera dell'abuso, da un lato, e del comportamento di consumo alimentare, dall'altro. Riteniamo che formulare una soluzione unica valida per tutti, stante la complessità del problema, mancherebbe il bersaglio.
- 0.4. Nell'analisi del rapporto tra alcol e salute, porre l'enfasi sulla sostanza può condurre a identificare la promozione della salute con modelli solo prescrittivi di regolazione dei comportamenti, a discapito di azioni di prevenzione realizzate in base alle risorse ed alle competenze delle persone e dei gruppi sociali<sup>1</sup>.

---

1. Seligman, MEP, (1998), *Learned Optimism*, Simon and Schuster: New York.

## 1. L'alcol in Italia: fra dato e significato

- 1.1. In Italia, è ampio il consenso sul livello dei consumi di bevande alcoliche<sup>2</sup>. I dati di prevalenza, sia pure di varia fonte, sono indiscutibilmente convergenti<sup>3</sup>: una tendenza consolidata alla riduzione dei consumi a partire dagli anni Settanta. Anche gli abusi sono in riduzione, sebbene tale dato vada modulato con attenzione ai diversi periodi e ai diversi profili della popolazione.
- 1.2. Il danno alcol-correlato è un problema reale e conosciuto da tempo. Tutte le società prevedono un codice sanitario atto a contrastare e ridurre gli effetti negativi del bere. I progressi della medicina negli ultimi 150 anni hanno prodotto un grande avanzamento nella conoscenza dei danni da alcol e nella cura e/o riduzione dei gravi effetti fisici e psichici derivanti dall'abuso, da dipendenza e da uso improprio in date circostanze. Tuttavia non si può trascurare una conoscenza non meno importante: i comportamenti del bere sono espressione di complessi assetti socioculturali maturati nel corso dei secoli. In Italia e nei Paesi del Sud Europa, in modo assai più marcato di quanto si evidenzi in altri paesi, la cultura ha prodotto uno stile del bere contraddistinto da competenze auto-regolative di tipo collettivo. Queste si riflettono in abitudini consolidate e diffuse del bere in contesti sociali e familiari, che appaiono avere una parte rilevante nella riduzione dei consumi alcolici e dei danni alcol correlati<sup>4</sup>.
- 1.3. Pertanto le politiche di regolazione e controllo derivanti da evidenze scientifiche prodotte prevalentemente nei paesi scandinavi e anglo-sassoni non possono essere tout court applicate a tutti gli altri Paesi ed in particolare all'Italia ed ai Paesi del Sud Europa. Infatti l'Italia è un caso significativamente diverso di equilibrio nella gestione del rapporto tra alcol e salute. Esistono molte ragioni di natura sociale e culturale che contribuiscono a spiegare l'anomalia italiana rispetto al profilo di altri Paesi, in quanto fortemente caratterizzata da consumi e da costi sociali decrescenti nel tempo<sup>5</sup>. È necessario studiare e comprendere questa singolarità e continuare a diffondere con convinzione le ragioni che stanno alla base della spiegazione del fenomeno.

## 2. I temi critici del dibattito: l'innalzamento dell'età legale, la dose soglia di consumo, il rischio accettabile, l'efficacia delle politiche restrittive

- 2.1. La prima questione sulla quale si sta concentrando una parte dell'alcolologia medica riguarda l'indicazione,

---

2. Vd. la *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento, sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.03.2001 N. 125* "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati", presentata il 22 marzo 2016.

3. Si veda, tra l'altro, Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool- Istituto di Fisiologia Clinica, CNR (2015) *Consumo di Bevande alcoliche dei giovani in Italia dal 2000 ad oggi. Una revisione sistematica*. Disponibile in rete: <http://www.alcol.net/it/primo-piano-home-page/consumo-di-bevande-alcoliche-dei-giovani-in-italia-dal-2000-ad-oggi-una-revisione-sistematica>.

4. Allamani, A, Anderson P. and Einstein S. (eds.). 2014. Drinking Patterns in 12 European countries: Unplanned Contextual Factors and Planned Alcohol Control Policy Measures, *Substance Use and Misuse*, 49, 12: 1505-1750.

5. Rehm, J, Shield, Kd, Rehm, MX, Gmel, G Frick, U (2012) "Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence", Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.

proposta da alcuni alcologi, concernente l'**innalzamento dell'età legale del bere dai 18 ai 25 anni**<sup>6</sup>. Si afferma che esistono fondati motivi nella ricerca scientifica più avanzata che raccomandano il ritardo nel contatto con le bevande alcoliche fino al compimento del 25 anno di età. Il fondamento scientifico di questa raccomandazione risiederebbe nella disposizione dell'etanolo ad alterare/modificare la plasticità cerebrale dell'individuo. Tale interferenza andrebbe a toccare in profondità vari meccanismi con il rischio di produrre danni neurologici rilevabili.

- 2.2. Al centro è il fenomeno del pruning, un processo di rimodellamento sinaptico cerebrale che agisce nella direzione della formazione di sinapsi inibitorie prefrontali tra i 15-20anni e di sviluppo delle aree sotto-corticali che contribuiscono a dar forma al comportamento caratteristico dell'adolescenza: cioè il passaggio da un substrato essenzialmente emotivo ad uno più razionale e controllato. L'alcol interverrebbe quindi come fattore di alterazione dell'orientamento dello sviluppo fisiologico cerebrale<sup>7</sup>.
- 2.3. Viene dunque ipotizzata l'idea di un bere comunque non sicuro sino all'età di 25 anni. Tuttavia si tratterebbe di quantificare il peso nei vari periodi della vita di tale evoluzione, che è molto rapida sino ai cinque anni, e presumibilmente modesta in seguito, tanto da rendere problematica l'apposizione di un cut off. Inoltre, se i meccanismi del cosiddetto rewarding sono comuni a molte altre azioni sia di tipo chimico sia comportamentale, risulterebbe necessario inibire un contatto precoce con molte altre sostanze e comportamenti associati.
- 2.4. Il limite di età può essere discusso nell'ambito di un discorso globale rivolto ai giovani circa il loro stile di vita. Sappiamo quanto vi possa essere di subdolo ed ingannevole nell'uso di alcol da parte dei giovani- che, attraverso la disforia e/o l'euforia alcol-indotte possono trasformare tale sostanza in droga di iniziazione, di accompagnamento e/o di passaggio. La ridotta percezione degli stimoli negativi, in presenza di una più alta sensibilità all'effetto gratificante potrebbe contribuire alla propensione degli adolescenti ad associare più benefici e meno costi all'uso di alcol e di droghe, come anche ad altri comportamenti a rischio. Proprio in questo senso è interesse pubblico proporre ai giovani un modello di vita che non porti a considerare l'alcol una droga o un surrogato di essa.
- 2.5. La questione non riguarda l'esistenza o meno di un limite di età. Un limite di età deve essere posto purché sia chiaro che tale limite ha una valenza essenzialmente legale e convenzionale, ma non esaurisce il compito di attribuzione di senso entro il quadro dei significati sociali e culturali che anche le Istituzioni hanno il compito di promuovere. Si dovrebbe perciò soprattutto ridurre la vulnerabilità individuale "di stato" conseguente a traumi, stress, disturbi e così via. Piuttosto che vietare l'alcol sino al 25 anno, lo Stato dovrebbe

6. Vd, CNAPA Committe on National Alcohol Policy and Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking), 2014-2016 Sept.. 2014

7. Il campo di ricerca è ovviamente assai vasto; l'evoluzione delle tecniche sperimentali, rapida. Una proposta succinta di riscontro bibliografico di primo approccio può includere: Dennis, EL and Thompson, PM (2013) "Mapping Connectivity in the Developing Brain", *International Journal of Developmental Neuroscience*, 31 (7): 1-40. Baker, STE, Lubman, DI, Yücel, M, Allen, NB, Whittle, S, Fulcher, BD, Zalesky, A, Fornito, A (2015) "Developmental Changes in Brain Network Hub Connectivity in Late Adolescence", *The Journal of Neuroscience*, 35 (24) : 9078-9087. Guerri, C and Pascual, M, (2010) "Mechanisms involved in neurotoxic, cognitive and neurobehavioural effects of alcohol consumption during adolescence", *Alcohol*, 44: 15-26. Paus T, (2005) "Mapping Brain Maturation and cognitive development during adolescence", *Trends in Cognitive Science*, 9 (2): 60-68.

porre le condizioni che favoriscano contesti educativi dove sia possibile esercitare meglio le funzioni esecutive, imparare a controllare emozioni, pulsioni e appetiti, sviluppando autonomia e responsabilità, anche tramite appositi training. Proprio perché, in virtù della neuroplasticità, il cervello diventa “quello che gli fai fare”<sup>8</sup>. L'attuale soglia dei 18 anni ha un valore legale e convenzionale sensato, perché definisce nella maggior parte dei paesi europei l'ingresso nella maggiore età e nelle relative responsabilità e diritti. A 18 anni si può votare e guidare un autoveicolo, si entra nella piena responsabilità giuridica e si possono esercitare la patria potestà e i diritti civili.

- 2.6. Difendere una versione giuridica e convenzionale del requisito dell'età minima legale significa anche tenere conto di alcune implicazioni socio-culturali del tema alcol. L'inizio del bere è essenzialmente un'esperienza regolata sullo sfondo di un contesto culturale condiviso. Le figure familiari, i gruppi dei pari, e gli stili con cui si apprende a bere definiscono in profondità il significato e la memoria delle bevande alcoliche nelle comunità umane. La trasmissione intergenerazionale di questi significati, pur in circostanze ormai distanti rispetto alle società tradizionali, costituisce ancora in Italia una ritualità di cui le giovani generazioni beneficiano in senso protettivo.
- 2.7. Un secondo tema al centro del dibattito riguarda la definizione, **nelle raccomandazioni dei comportamenti di salute, di una dose soglia di consumo di bevande alcoliche compatibile con un rischio basso o comunque accettabile**, in base alla quale si individuano le popolazioni a rischio e si standardizzano gli strumenti epidemiologici.
- 2.8. Nell'ambito delle raccomandazioni contenute in documenti controllati da gran parte della comunità scientifica, si afferma che in base a recenti acquisizioni la soglia entro cui è possibile bere con rischio minimo si attesta in due unità alcoliche al giorno per i maschi ed una per le femmine (LARN, 2014). E' bene ricordare che tale soglia è da ritenersi associata al massimo beneficio secondo la distribuzione a “J”, almeno per quanto riguarda il beneficio cardiovascolare e l'effetto sulla mortalità alcol correlata.
- 2.9. La discussione sulle soglie implica una ricaduta immediata sulla nozione di comportamento a rischio e sulla nozione di consumo a rischio (hazardous alcohol consumption), in quanto questi range sono parametrati e, in concreto, applicati a partire dalla definizione di una soglia.
- 2.10. Da parte di alcuni si dichiara senza remore l'inesistenza di soglie a rischio zero, ribadendo che: “non esistono evidenze scientifiche sul livello di consumo di alcol da ritenersi non rischioso perché ogni livello di consumo di alcol comporta un rischio” (Scafato et al. 2008).
- 2.11. Ci sono almeno tre interrogativi riguardo al rischio, che andrebbero ampiamente discussi:
- il rischio può essere mitigato ma non del tutto eliminato?
  - la nozione di rischio è sempre relativa?
  - in rapporto ai comportamenti di cui ci stiamo occupando la nozione di rischio deve tenere conto del cosiddetto “rischio deliberativo”, categoria che copre quegli aspetti del rischio che dipendono dalla libertà delle persone e dal bilanciamento individuale dei costi e benefici di una situazione data (come avviene anche per il rischio ambientale, alimentare, automobilistico, etc.)?

---

8. Su questi aspetti è interessante: Bessant, J (2008). “Hard wired for risk: neurological science, the ‘adolescent brain’ and developmental theory”, *Journal of Youth Studies*, 12 (3): 347-360.

2.12. Orientare le scelte di salute pubblica verso un obiettivo di eliminazione completa del rischio o di totale assenza di malattia senza considerare la dimensione sociale della salute, significa perciò affrontare solo parzialmente il problema e rinunciare ad una considerazione dell'uomo come animale sociale ma solo "come somma grossolana dei suoi organi".

2.13. Un terzo punto riguarda **la grandezza accettabile del rischio del bere rispetto ad altri rischi.**

2.14. Si fa strada l'assunto che la potenzialità tossica di una sostanza condizioni in modo drastico il ruolo che essa esercita sull'equilibrio Habitat-Soma-Psiche. J. Rehm sostiene che nel mondo occidentale la società abbia una concezione severa del rischio per esposizioni non cercate (aria, acqua, ambiente) e abbia una concezione molto più indulgente per il rischio derivante da esposizioni "volontarie" quali il bere.

2.15. È noto che ogni persona ha una sua individualità biologica che porta a gestire in modo strettamente personale la predisposizione a metabolizzare l'etanolo: le concentrazioni alcolemiche di ogni individuo a fronte della stessa quantità di alcol non sono mai le stesse. Peraltro, come è noto, l'alcol non segue una relazione lineare tra dose e risposta.

2.16. Gli studi epidemiologici circa uso/abuso di alcol e malattia e/o mortalità globale, riportano una finestra di consumo che può far parte di uno stile di vita sano. Infatti, di fronte ai cosiddetti effetti tossici<sup>9</sup>, derivanti dall'abuso quali:

- la maggiore esposizione all'insorgenza di alcuni tumori (in particolare: esofago, faringe, laringe e mammella);
- i danni gastro-intestinali ed epatici e quelli a carico di altri apparati quali cuore, polmone e rene;
- la labilità emotiva,
- vari impairment neurocognitivi legati alla progressiva atrofia cerebrale;
- e, non meno grave lo sviluppo della dipendenza alcolica

non si possono non menzionare, in un'ottica di bilanciamento, i ben noti effetti cosiddetti "benefici" sulla salute<sup>10</sup>, derivanti dall'uso delle bevande alcoliche in quantità moderate fra i quali:

9. Andréasson, S.; Allebeck, P. (2005). "Alcohol as medication is no good. More risks than benefits according to a survey of current knowledge". *Lakartidningen* 102: 632–7. PMID 15804034.

10. Di Castelnuovo, A.; Costanzo, S.; Bagnardi, V.; Donati, MB.; Iacoviello, L.; de Gaetano, G. (2006). "Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies". *Arch Intern Med* 166 (22): 2437–45.

Wakabayashi I. (2016). "A U-shaped relationship between alcohol consumption and cardiometabolic index in middle-aged men", in: *Lipids Health Dis.*;15(1):50. doi: 10.1186/s12944-016-0217. Dal Maso L, Torelli N, Biancotto E, Di Maso M, Gini A, Franchin G, Levi F, La Vecchia C, Serraino D, Polesel J. (2015), "Combined effect of tobacco smoking and alcohol drinking in the risk of head and neck cancers: a re-analysis of case-control studies using bi-dimensional spline models", *Eur J Epidemiol.* [Epub ahead of print]. Giacosa A, Barale R, Bavaresco L, Faliva MA, Gerbi V, La Vecchia C, Negri E, Opizzi A, Perna S, Pezzotti M, Rondanelli M. (2016). "Mediterranean Way of Drinking and Longevity", in: *Crit Rev Food Sci Nutr.* 56(4):635-40. doi: 10.1080/10408398.2012.747484. Poli A, Marangoni F, Avogaro A, Barba G, Bellentani S, Bucci M, Cambieri R, Catapano AL, Costanzo S, Cricelli C, de Gaetano G, Di Castelnuovo A, Faggiano P, Fattorioli F, Fontana

- miglioramento di quelli che sono i fattori di rischio metabolici correlati a CVD (Cardiovascular diseases) inclusa la riduzione del rischio di morbilità e mortalità per CHD (Coronary heart disease);
- miglioramento del profilo lipidico (incrementa in maniera dose-dipendente i livelli di HDL-c e Apo-AI ma senza alterare il livelli di LDL-c);
- sensibilità all'insulina e riduzione del rischio di diabete mellito di tipo II;
- riduzione del rischio di ictus ed eventi ischemici e riduzione del rischio di PAD (peripheral artery disease);
- riduzione del rischio di demenza e miglioramento delle funzioni cognitive rispetto ai non bevitori.

Il problema da porsi è sapere quando e quanto bere, e poter scegliere, nella consapevolezza di tutte le conseguenze derivanti dall'uso e dall'abuso di bevande alcoliche.

2.17. Alcuni studi recenti hanno mostrato che i cambiamenti dei consumi di bevande alcoliche sono quasi sempre dipendenti in misura prevalente da fattori socio-economici, demografici e culturali e, in misura variabile, - ma minore rispetto agli altri fattori di contesto - dall'introduzione di politiche restrittive, specie quelle che limitano luogo e tempo di accesso ai consumi, l'età legale di acquisto delle bevande alcoliche, il bere alla guida. Più spesso di quanto non ci si attenda, la riduzione dei consumi è comparsa in assenza di politiche di prevenzione<sup>11</sup>.

2.18. In relazione a quanto disponibile in letteratura alcuni studiosi hanno ipotizzato che in Italia possa operare un fenomeno di autoregolazione immaginabile come un insieme di codici sociali e di percorsi di adattamento individuale e collettivo che influiscono sui cambiamenti dei consumi e degli abusi<sup>12</sup>. Il termine di

---

L, Forlani G, Frattini S, Giacco R, La Vecchia C, Lazzaretto L, Loffredo L, Lucchin L, Marelli G, Marrocco W, Minisola S, Musicco M, Novo S, Nozzoli C, Pelucchi C, Perri L, Pieralli F, Rizzoni D, Sterzi R, Vettor R, Violi F, Visioli F. (2013), "Moderate alcohol use and health: a consensus document", in: *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 23(6):487-504. doi: 10.1016/j.numecd.2013.02.007. Chiva-Blanch G, Arranz S, Lamuela-Raventos RM, Estruch R. (2013). "Effects of wine, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease risk factors: evidences from human studies" in: *Alcohol Alcohol.* 2013 May-Jun;48(3):270-7. doi: 10.1093/alcal/agt007. Abramson JL, Williams SA, Krumholz HM, Vaccarino V. (2001). "Moderate alcohol consumption and risk of heart failure among older persons", in: *JAMA*, 18;285(15):1971-7. Chen JY, Zhu HC, Guo Q, Shu Z, Bao XH, Sun F, Qin Q, Yang X, Zhang C, Cheng HY, Sun XC. (2016). "Dose-Dependent Associations between Wine Drinking and Breast Cancer Risk - Meta-Analysis Findings" in: *Asian Pac J Cancer Prev.* 17(3):1221-33. Wang YT, Gou YW, Jin WW, Xiao M, Fang HY. (2016). "Association between alcohol intake and the risk of pancreatic cancer: a dose-response meta-analysis of cohort studies", in: *BMC Cancer*, ;16(1):212. doi: 10.1186/s12885-016-2241-1.

11. Bernstein, KT, Galea, S, Ahern, J, Tracy, M and Vlahov, D, (2007) "The built environment and alcohol consumption in urban neighborhoods", *Drug and Alcohol Dependence*, 91 (2-3):244-252, Ward, BW, (2011); "Identifying Environmental Effects on Alcohol Use and Social Norms. The Socio-environmental Context Model", *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(5):505-520.; Nelson, JP and McNall, A, (2005), "What happens to drinking and Harms when Alcohol Policy changes? A Systematic Review of five Natural Experiments for Alcohol Taxes, Prices and Availability", disponibile a: *Social Science Research Network*, <http://ssrn.com/abstract=2612580>; Allamani, A, Voller, F, Baccini, M, Massini, G and Pepe, P "Europe. An Analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction between consumption, relate harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies", *Substance Use and Misuse*, 49(12): 1692-1715.

12. Cipriani, F, Prina, F (2006) I risultati della ricerca. Sintesi finale in: Allamani, A, Cipriani, Prina, F, (a cura di) :

“autoregolazione” introdotto da De Rita<sup>13</sup> significa che una comunità modifica la propria condotta del bere attraverso gli eventi storici, politici, culturali e religiosi che modellano le condotte informali degli individui. Sono necessari ulteriori studi per approfondire questa ipotesi anche in diacronico.

- 2.19. Per l'Italia quindi ha ancora senso parlare di pratiche di autoregolazione, che possano favorire una riduzione dei consumi e degli abusi di bevande alcoliche. Gli italiani sembrano aver sviluppato le competenze del bere responsabile che si accompagnano a una visione equilibrata del gusto, della qualità della vita, della convivialità e del saper stare insieme agli altri. A questo riguardo, la nota distinzione tra culture asciutte e culture bagnate, storicizzata ed attenuata, mantiene una sua indubbia evidenza.
- 2.20. Riteniamo importante sottolineare ancora una volta la distinzione tra uso e abuso delle bevande alcoliche in una cultura mediterranea. Il primo contraddistingue un comportamento associato a regole alimentari e mediato dalla capacità, culturalmente acquisita e socialmente coltivata, di adottare misure di protezione per la propria salute (al limite rinunciando al consumo). Il secondo contraddistingue un rapporto patologico continuato con le bevande alcoliche dove viene meno la capacità di controllo, di moderazione e di autolimitazione spesso dovuta a una vulnerabilità di tratto e/o di stato individuale.
- 2.21. Ne deriva che anche le pratiche di autoregolazione non sono assolute, ma storiche e relative. Come non esiste una sola cultura dell'alcol non esiste nemmeno una sola cultura di autoregolazione. Le autorità pubbliche e sanitarie devono assumere questa complessità nel giudizio degli interventi pertinenti nei diversi contesti e sui diversi destinatari, senza rinunciare a mettere in atto quelle misure necessarie alla correzione di comportamenti che sono a rischio per la collettività e che possono aiutare l'individuo a mantenersi all'interno di un consumo responsabile.

### **3. L'Osservatorio ed i Firmatari del presente documento continuano a ritenere valido un modello di controllo dell'eccesso di bevande alcoliche che faccia appello alle risorse razionali, emotive, relazionali e sociali degli individui, e che temperi le scelte e gli esiti sociali dei comportamenti individuali e collettivi.**

Sottoscritto da:

*Dr. Allaman Allamani – già Centro Alcológico Azienda Sanitaria di Firenze*

*Dr. Giovanni Aresi - assegnista di ricerca e professore a contratto, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*

*Dr. Alberto Arnaudo – Ser.T Cuneo*

*Dr. Pierluigi Ascani – Format Research Roma*

*Dr. Andrea Balbi – Dipartimento di Salute Mentale ASL RMD Roma*

*Prof. Tito Baldini - Associazione Romana di Psicoterapia dell'Adolescenza e del Giovane Adulto (ARPAAd)*

*Prof. Carlo Buzzzi - Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Trento*

*Prof. Stefano Canali – Scuola Internazionale di Studi Superiori Avanzati (SISSA) Trieste*

*Dr.ssa Luciana Castelli - Dipartimento di Formazione e Apprendimento della Scuola Universitaria Professionale della Sviz-*

---

*I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000, Osservatorio Permanente sui Giovani e L'Alcool, Quaderno 17, Litos: Roma: 275-290.*

13. Vd., Prefazione di Giuseppe de Rita a: Rossi, D. (1992). *Alcool: Consumi e politiche in Europa*, ed. Otet: Roma

*Società Italiana Locarno*

*Prof.ssa Angela Cattaneo – Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale, Università La Sapienza Roma*

*Prof. Fortunato Ciardiello – Presidente ESMO (European Society for Medical Oncology)*

*Dr. Mauro Cibirin – Sert di Dolo – USL 13 Mirano (VE)*

*Prof. Costantino Cipolla - Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna*

*Prof. Massimo Clerici – Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università Milano Bicocca*

*Dr. Maurizio Coletti – Società Itaca Italia Roma*

*Dr.ssa Carla Collicelli – Fondazione CENSIS Roma*

*Dr. Michele Contel – Segretario Generale Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol Roma*

*Dr. Augusto Consoli - Azienda Sanitaria Locale Torino 2*

*Prof. Amedeo Cottino – già Professore Sociologia del Diritto, Università di Torino*

*Prof. Giovanni De Gaetano - Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione IRCCS -Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzuoli*

*Prof. Fausto D'Egidio – Presidente Federserd Milano*

*Prof.ssa Valeria del Balzo – Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza Roma*

*Dr. Marco Faccini – Azienda Ospedaliera Alta Specialità in Alcolologia – AOUI Verona*

*Prof. Maurizio Fea – Federserd Milano*

*Prof.ssa Maria Pia Garavaglia – Già Ministro della Salute*

*Prof. Piernicola Garofalo – Presidente Società Italiana Medicina dell'Adolescenza*

*Dr.ssa Francesca Guarino - Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna*

*Dr.ssa Ina Hinmenthal – Asl 1 Imperia*

*Prof. Luigi Janiri – Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma*

*Prof.ssa Michaela Liuccio – Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale, Università La Sapienza Roma*

*Prof.ssa Carmelina Loguercio - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università di Napoli*

*Prof. Alfio Lucchini – Già Presidente Federserd Milano*

*Dr.ssa Sabrina Molinaro – Istituto di Fisiologia Clinica CNR di Pisa*

*Dr. Antonio Mosti – Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – Direttore UOC SERT città di Piacenza*

*Dr. Andrea Poli – Presidente Nutrition Foundation of Italy Milano*

*Dr. Daniele Rossi – Confagricoltura - Coordinatore Europeo delle Piattaforme Tecnologiche Nazionali Food For Life Roma*

*Prof. Vincenzo Savarino – Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova*

*Dr.ssa Valeria Siciliano – Istituto di Fisiologia Clinica CNR Pisa*

*Prof. Bruno Silvestrini – Società Noopolis Roma*

*Prof. Francesco Sofi – Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università Ospedale di Careggi Firenze*

*Prof. Enrico Tempesta – Presidente Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol Roma*

*Dr. Paolo Ugolini – Scuola Medicina e Chirurgia, Policlinico S. Orsola- Malpighi Bologna*

*Prof. Fulvio Ursini- Dipartimento di Medicina Molecolare, Università di Padova*

*Dr. Massimo Valsecchi – Direttore Dipartimento Prevenzione ULSS 20 Verona*

*Prof. Piergiorgio Zuccaro – Già dirigente ricercatore Istituto Superiore della Sanità -Roma*