

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni**

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute
Rapporto 2018**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini,
Claudia Gandin, Monica Vichi, Riccardo Scipione
e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)
Centro Nazionale Dipendenze e Doping

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN
18/2**

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Monica Vichi, Riccardo Scipione e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2018, vii, 51 p. Rapporti ISTISAN 18/2

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) è dal 1998 il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'ONA elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "SISTema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dalla recente attivazione in ISS dell'azione centrale SISTIMAL per la valutazione dell'implementazione delle politiche nazionale e regionali sull'alcol che il Ministero della Salute provvede a trasmettere alla *World Health Organization* (WHO). L'ONA, sede del *WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol*, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2018.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Monica Vichi, Riccardo Scipione and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2018, vii, 51 p. Rapporti ISTISAN 18/2 (in Italian)

The alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as a third risk factor for disease and premature death after smoking and arterial hypertension. Since 1998 the National Observatory on Alcohol (ONA) is the formal and official national, European and international reference of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention and training in the field of alcohol and alcohol-related problems. The ONA evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system – SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and by the recent start-up at ISS of the "central action" SISTIMAL aimed at the evaluation of implementation of national and regional alcohol that the Ministry of Health is committed in providing to World Health Organization (WHO). The ONA, as WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problem, is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the WHO.

Key words: Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

Per informazioni su questo documento scrivere a: silvia.ghirini@iss.it e claudia.gandin@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Il rapporto è stato realizzato dal Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) in collaborazione con:

WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related health Problems
Società Italiana di Alcologia (SIA)
Centro Alcologico Regionale della Toscana, Regione Toscana
Centro Alcologico Regionale della Liguria, Regione Liguria
Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (CAT)
Eurocare Italia

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)
Antonella BACOSI
Pierfrancesco BARBARIOL
Marina CIANTI
Tiziana CODENOTTI
Simonetta DI CARLO
Tiziana FANUCCHI
Claudia GANDIN
Silvia GHIRINI
Laura MARTUCCI
Valentino PATUSSI
Rosaria RUSSO
Riccardo SCIPIONE
Gianni TESTINO
Monica VICHI

Un contributo originale di elaborazione e analisi dei dati riportati nel rapporto è stato fornito e acquisito nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001 (legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati).

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio previsto dalle azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto SISTIMAL "Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto alcol-correlato finalizzati alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione nazionale e regionale a supporto del Piano Nazionale di Prevenzione e alle Azioni Centrali del Ministero della Salute"

INDICE

Prefazione	v
Politiche sull'alcol in Europa	1
Monitoraggio dell'attuazione delle politiche per ridurre i danni da alcol: gli indicatori WHO	1
Opinioni e atteggiamenti della popolazione sull'alcol: i risultati dell'indagine RARHA.....	7
Consumi nella popolazione italiana generale	10
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi	10
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici	13
Comportamenti a rischio	14
Consumatori abituali eccedentari.....	14
Consumatori fuori pasto.....	16
Consumatori <i>binge drinking</i>	17
Consumatori a rischio (criterio ISS)	18
Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	21
Italia nord-occidentale	21
Piemonte.....	21
Valle d'Aosta.....	24
Lombardia	24
Liguria	24
Italia nord-orientale	24
Provincia Autonoma di Bolzano	25
Provincia Autonoma di Trento	25
Veneto	25
Friuli-Venezia Giulia.....	26
Emilia Romagna.....	26
Italia centrale	26
Toscana	26
Umbria.....	27
Marche.....	27
Lazio.....	27
Italia meridionale	27
Abruzzo	28
Molise.....	28
Campania.....	28
Puglia.....	29
Basilicata	29
Calabria	29
Italia insulare	30
Sicilia.....	30
Sardegna.....	30
Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili	31
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere	31
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza.....	34

Consumo di alcol tra i giovani	35
Consumatori di 11-17 anni	36
Consumatori di 18-20 anni	37
Consumatori di 21-25 anni	38
Consumo di alcol tra gli anziani	39
Consumatori giovani anziani (65-74 anni).....	41
Consumatori anziani (75-84 anni)	42
Consumatori grandi anziani (≥ 85 anni)	42
Conclusioni	43
Bibliografia	49

PREFAZIONE

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. In particolare, la classificazione statistica internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases 10th revision, ICD-10*) indica oltre 200 condizioni per le quali il consumo di bevande alcoliche è un fattore di rischio evitabile inclusi numerosi disturbi neuropsichiatrici, le malattie croniche, i tumori, gli infortuni e le situazioni che provocano ogni anno numerosi morti e feriti che sopravvivono con disabilità permanenti.

L'Europa è la regione leader mondiale in termini di consumo alcol *pro-capite* con 11,5 litri di alcol puro per adulto consumati ogni anno al 2014, e il primo produttore al mondo di bevande alcoliche.

Anche se negli ultimi 25 anni il consumo di alcol all'interno della Regione europea della *World Health Organization* (WHO) è nel complesso diminuito (di circa l'11%), la Regione Europea continua ad essere la Regione della WHO con il più alto consumo di alcol *pro-capite* sebbene esista una grande variabilità sia tra i diversi Paesi, sia all'interno dei singoli Paesi e nel corso degli anni. Nel complesso, tra il 1990 e il 2014 si è registrato in questa Regione una lieve diminuzione del livello di consumo medio *pro-capite* di alcol sebbene l'assunzione di bevande alcoliche continua a rappresentare uno dei principali rischi di mortalità. A livello europeo si è osservato infatti un leggero aumento (4%) dell'impatto globale della mortalità alcol-attribuibile, a cui contribuiscono principalmente i Paesi dell'Europa orientale (che registrano *trend* in significativa crescita).

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro-capite* più elevato, è stata tra i primi Paesi a ridurre significativamente i consumi, tanto che nel 2010 era il Paese con il valore più basso tra tutti i 28 Stati Membri dell'Unione Europea (UE) con 7,0 litri. Tuttavia, a partire dal 2010, il consumo di alcol in Italia è tornato a salire ed è nel 2014 pari a 7,6 litri.

Tali informazioni sono rese disponibili grazie ai sistemi di rilevazione, analisi e disseminazione dei risultati che si sono resi sempre più importanti per garantire dati epidemiologici e di monitoraggio alcol-correlato indispensabili e insostituibili per la pianificazione di strategie di prevenzione, per la programmazione sociosanitaria e per azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente, attraverso il progetto finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato) caratterizzato da indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) (sede del *WHO Collaborative Centre - WHO CC Research on Alcohol*) e attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, di andare oltre la mera registrazione del consumo medio *pro-capite* di alcol definito dalla WHO producendo flussi informativi di dettaglio nazionale e regionale che consentono di stimare entità e tendenza del consumo "rischioso" in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia.

Il sistema di monitoraggio alcol-correlato è tra le attività acquisite come *best practice* a livello europeo e internazionale e di interesse specifico della *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm* (*Joint Action RARHA*, finanziata nell'ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria in materia di Salute della Commissione Europea, promossa su iniziativa dei rappresentanti degli Stati Membri coinvolti nel *Committee on National Alcohol Policy and Action*, CNAPA, l'organismo formale istituito in Commissione Europea per supportare l'implementazione della Strategia Europea sull'alcol), conclusa lo scorso dicembre 2016 per la

quale l'ONA-ISS, su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute, ha rappresentato l'Italia.

Il secondo filone di attività fortemente supportato dagli Stati Membri della *Joint Action RARHA*, ha trovato immediata e ampia disseminazione e implementazione attraverso le linee guida del consumo di alcol a basso rischio come misura di salute pubblica, attività coordinate dall'ONA-ISS con la partecipazione attiva di 26 organizzazioni di 20 Paesi europei, numerose attività rivolte all'identificazione di principi di buona pratica per la formulazione e la comunicazione di linee guida sul consumo a basso rischio. Tra i Paesi europei esistono variazioni considerevoli nelle linee guida per quanto riguarda la quantità di alcol consumato considerato a basso rischio. Dal momento che le informazioni sui livelli di rischio rispetto al consumo di alcol sono sempre più accessibili oltre i confini nazionali e linguistici, le discrepanze a tale riguardo possono portare a messaggi equivoci dei risultati delle ricerche e delle avvertenze di salute.

Un rapporto dell'OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) del 2015 sugli aspetti economici dei danni alcol-correlati e sulle politiche di contrasto "Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy" ha evidenziato che per effettuare scelte razionali ed efficienti i consumatori devono essere informati sulle caratteristiche di ciò che consumano, sui benefici reali e sui rischi e costi a cui sono esposti come conseguenza del consumo. Il rapporto indica che, oltre alla generica percezione che consumare grandi quantità di alcol è dannoso, i consumatori hanno conoscenze vaghe del perché l'alcol è dannoso per la salute. Il rapporto considera questo aspetto un *market failure*, "fallimento del mercato"; la quasi totale assenza di informazioni riguardanti la salute sulle etichette delle bevande alcoliche è un esempio calzante. Alla base di tali iniziative di promozione di salute c'è la considerazione che le persone hanno il diritto di essere informate sui rischi legati al consumo di alcol, e che sia un compito dei Governi e della comunità di salute pubblica affrontare le lacune di conoscenza per contribuire ad evitare scelte sbagliate e concentrarsi sui rischi evitabili.

Le misure per migliorare il potenziale delle linee guida sul consumo, oltre ad informare e sensibilizzare i consumatori rispetto all'alcol e alle problematiche alcol-correlate per una scelta consapevole rispetto al consumo stesso, secondo la maggioranza degli esperti consultati nell'ambito della *Joint Action RARHA*, sono le seguenti:

- applicare e far rispettare il limite di 18 anni di età per la vendita e la somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica;
- supportare in particolare i servizi sanitari di base, nell'identificazione dei consumatori a rischio e offrire loro interventi finalizzati alla riduzione del consumo a rischio come parte della pratica clinica;
- fornire la formazione professionale specifica richiesta;
- fornire informazioni utili per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, in particolare il loro contenuto calorico, i grammi di alcol puro contenuti in una bottiglia o altra confezione;
- richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità di alcolici contengano informazioni sui rischi per la salute associati al consumo di alcol.

Ovviamente sarebbe opportuno che le misure identificate come prioritarie possano vedere realizzazione e attivazione anche avvantaggiandosi dei risultati derivabili dalle attività concluse di recente nella *Joint Action RARHA* mirate allo sviluppo di un *tool-kit*, un pacchetto di buone pratiche basate sulle evidenze per prevenire i danni causati dall'alcol focalizzando l'attenzione su priorità quali l'identificazione precoce e l'intervento breve, gli interventi nelle scuole e le attività di sensibilizzazione della popolazione. Le buone pratiche incluse nel *tool-kit* sono esempi di iniziative di successo in Europa selezionati sulla base di una serie di criteri di rispondenza in termini di valutazione della qualità degli interventi. A questo riguardo, con nostro orgoglio due principali attività svolte da decenni in Italia dall'ISS sono state identificate come buone pratiche

e in particolare l'*Alcohol Prevention Day* per le attività di sensibilizzazione della popolazione e, per gli interventi brevi, i corsi dell'ONA-ISS di formazione per formatori degli operatori sanitari sull'Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) sul consumo rischioso e dannoso di alcol.

La sfida dei prossimi anni è di riuscire a garantire le risorse per il mantenimento e la messa a regime dell'esperienza acquisita a livello nazionale che, ancora oggi, necessita di una formalizzazione più incisiva e finanziamenti adeguati e costanti volti a consentire l'aggiornamento periodico degli indicatori e la loro integrazione con quelli relativi alla valutazione d'implementazione delle politiche che possano con le loro azioni, guidate dalle analisi dei dati forniti dall'ONA, contribuire da una lato a valutare l'impatto dell'alcol e dei modelli del bere sui circa 8 milioni di individui con consumo rischioso e dannoso di alcol rendendo possibile l'individuazione della platea di esposti al rischio suscettibile di programmi di identificazione precoce e intervento breve e dall'altro di cogliere l'obiettivo di "catturare", a partire da tale ampio bacino di individui a rischio, la significativa quota di alcolodipendenti che oggi non è intercettata dai servizi specializzati o comunque non si rivolge alle professionalità mediche; quest'ultimo aspetto sembrerebbe anche in funzione di una modificata disponibilità economica che è dimostrato limitare l'accesso o comunque incidere sulla disponibilità ed erogazione di trattamenti medici, farmacologici, psicoterapeutici di cui è necessaria adeguata programmazione rispetto alle erogazioni regionali. Oltre il 90% degli alcolodipendenti stimati in Italia, non fruisce di un trattamento che non è richiesto né dalla persona, né attraverso l'invio da parte di un professionista della salute che dovrebbe identificare, come necessario, l'individuo a rischio. Un divario da colmare che è reso noto dall'analisi che i dati riportati annualmente dall'ONA consentono di poter segnalare come urgenza nella loro rilevanza di salute pubblica e che vengono sottoposti all'attenzione dei decisori politici e di quanti programmano e gestiscono gli interventi di prevenzione e di tutela della salute affinché possano contribuire a garantire accessibilità ed equità nelle cure attraverso l'approccio di sostenibilità sanitaria e solidarietà sociale per i quali l'Italia deve poter continuare a connotarsi nel panorama europeo e internazionale come contesto di pratica di eccellenza clinica e sociale.

Prof. Emanuele SCAFATO

Direttore del WHO Collaborative Centre Research on Alcohol

Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol

Vice Presidente della Federazione Europea

delle Società Scientifiche sulle Dipendenze

Past President SIA, Società Italiana di Alcologia

POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

In Europa l'alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa (1); il consumo di alcol è associato a numerose malattie croniche quali le malattie cardiovascolari, le malattie del fegato, i tumori, i danni acuti causati da avvelenamento da alcol e incidenti stradali e ad un aumentato rischio di varie malattie infettive (2). Sono infatti oltre 200 le patologie per le quali il consumo di bevande alcoliche è un fattore di rischio evitabile tra cui numerosi disturbi neuropsichiatrici, le malattie croniche, i tumori, gli incidenti, situazioni che provocano ogni anno numerosi morti e feriti (1-5). L'alcol è infine uno dei principali fattori di rischio per gli infortuni sul lavoro, contribuisce alla criminalità, alle infrazioni stradali e alla violenza domestica con maltrattamenti familiari verso il partner e verso i minori (con un impatto sul lavoro degli operatori sociali e degli ufficiali giudiziari), e comporta costi sociali per i sistemi sanitari e di giustizia penale e perdita di produttività.

Nel 2012 si stima che nel mondo sono attribuibili al consumo di alcol circa 3,3 milioni di morti, pari al 5,9% di tutti i decessi a livello globale con delle differenze significative di genere (M=7,6%; F=4,0%), e che sono attribuibili al consumo di alcol 139 milioni di anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (*Disability-Adjusted Life Year, DALY*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattie e lesioni (1). Il 74% degli europei di età ≥ 15 anni beve alcolici, il 15% di essi (58 milioni di persone) sono consumatori a rischio e 23 milioni sono i cittadini europei alcolodipendenti (M=5%, F=1%). Per affrontare queste problematiche l'Ufficio Regionale Europeo della WHO ha stilato il Piano di Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (EAAP), piano che è stato approvato da 53 Stati Membri della Regione Europea nel settembre 2011 (6-7). L'EAAP è perfettamente allineato con la Strategia Globale della WHO (8-9) e contiene una serie di politiche mirate a limitare la fornitura di alcol e a ridurre la domanda. Queste includono le restrizioni sulla pubblicità, la tassazione, l'età minima per l'acquisto, gli interventi brevi nell'assistenza primaria e sui luoghi di lavoro. Tutti gli interventi previsti dalla Strategia Globale della WHO sono stati raggruppati in 10 aree di azione di politiche per ciascuna delle quali sono indicati gli interventi da attuare (Tabella 1).

Monitoraggio dell'attuazione delle politiche per ridurre i danni da alcol: gli indicatori WHO

Nel 2017 la WHO ha pubblicato un documento concernente la valutazione dell'attuazione delle 10 aree di intervento degli Stati Membri nella Regione Europea, effettuata attraverso 10 indicatori compositi, che misurano non solo la presenza di politiche sull'alcol, ma anche quanto esse vengono applicate e il grado con cui favoriscono l'implementazione delle strategie d'intervento (10). Il numero di Paesi che ha partecipato, i punteggi medi per la Regione Europea e i punteggi minimi e massimi osservati per ogni area sono presentati in Tabella 2. Il punteggio minimo osservato è stato zero per tutte le aree di azione ad eccezione di due: la risposta dei servizi sanitari e le politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza. Nessuno dei Paesi ha ottenuto il punteggio massimo per la risposta dei servizi sanitari, la disponibilità dell'alcol o le politiche dei prezzi. L'analisi dei dati, presentati nel corso dell'*Alcohol Prevention Day* a Roma nel 2017 dall'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO, ha evidenziato che l'Italia ha ottenuto dei punteggi superiori a 90 su 100 all'indicatore relativo alle politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza (92) e a quello sul monitoraggio e sorveglianza (90).

Tabella 1. Strategia globale della WHO per ridurre il consumo dannoso di alcol: aree di azione e interventi da attuare

Aree d'azione di politiche	Interventi da attuare
Leadership, consapevolezza e impegno	Esprimere l'impegno politico attraverso politiche nazionali intersettoriali, adeguatamente finanziate che siano basate sull'evidenza e adattate alle circostanze locali
Risposta dei servizi sanitari	Fornire servizi preventivi e trattamento a individui e famiglie a rischio o affetti da disturbi causati dall'alcol e patologie correlate
Azione nella comunità e sul posto di lavoro	Sfruttare le conoscenze e le competenze locali delle comunità per cambiare il comportamento collettivo
Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	Introdurre misure per dissuadere le persone dalla guida in stato di ebbrezza; supportare condizioni di guida più sicure per ridurre al minimo la probabilità e la gravità degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol
Disponibilità dell'alcol	Impedire il facile accesso all'alcol per i gruppi vulnerabili e ad alto rischio; ridurre la disponibilità sociale dell'alcol così da cambiare le norme sociali e culturali che promuovono il consumo dannoso di alcol
Commercializzazione di bevande alcoliche	Proteggere i giovani regolamentando sia il contenuto del messaggio del marketing sull'alcol che la quantità di esposizione a tale marketing
Politiche di prezzo	Aumentare i prezzi delle bevande alcoliche per ridurre il consumo tra i minorenni e impedire la progressione verso il consumo di grandi quantità di alcol e /o gli episodi di consumo eccessivo episodico, e influenzare le preferenze dei consumatori
Riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione da alcol	Ridurre il danno causato dall'intossicazione da alcol attraverso la gestione degli ambiente in cui si beve e informando i consumatori
Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale e informale	Ridurre le conseguenze negative dell'alcol prodotto in modo illegale o informale attraverso una buona conoscenza del mercato, un appropriato quadro legislativo e rinforzando i controlli dell'applicazione delle misure
Monitoraggio e sorveglianza	Sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare l'entità e il trend dei danni da alcol, rafforzare la sensibilizzazione, formulare politiche e valutare l'impatto degli interventi

Fonte: World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (8, 9)

Tabella 2. Indicatori compositi del Piano di Azione Europeo (EAAP) per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (media, minimo e massimo osservato)

Aree d'azione di politiche	Paesi partecipanti	Media	Minimo	Massimo
Leadership, consapevolezza e impegno	47	65	0	100
Risposta dei servizi sanitari	34	51	12	94
Azione nella comunità e sul posto di lavoro	47	47	0	100
Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	53	78	12	100
Disponibilità dell'alcol	53	60	0	94
Commercializzazione di bevande alcoliche	53	52	0	100
Politiche di prezzo	45	23	0	66
Riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione da alcol	52	29	0	100
Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale e informale	53	60	0	100
Monitoraggio e sorveglianza	52	52	0	100

Fonte: World Health Organization. *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation* (10)

Punteggi molto elevati e superiori alla media dei Paesi partecipanti sono stati ottenuti per l'indicatore sulla *leadership*, consapevolezza e impegno (83 vs 65), per l'indicatore sulla disponibilità dell'alcol nel nostro Paese (80 vs 60) e per quello relativo alla riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale e informale (70 vs 60). Sono stati infine rilevati punteggi inferiori al dato medio per gli indicatori relativi alle politiche sul prezzo (11 vs 23) e alla risposta ai servizi sanitari (48 vs 51). Ulteriori informazioni sono reperibili dalla presentazione di L. Moller all'*Alcohol Prevention Day 2017* (http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2017/1_Lars_Moller_2017.pdf) (Figura 1).

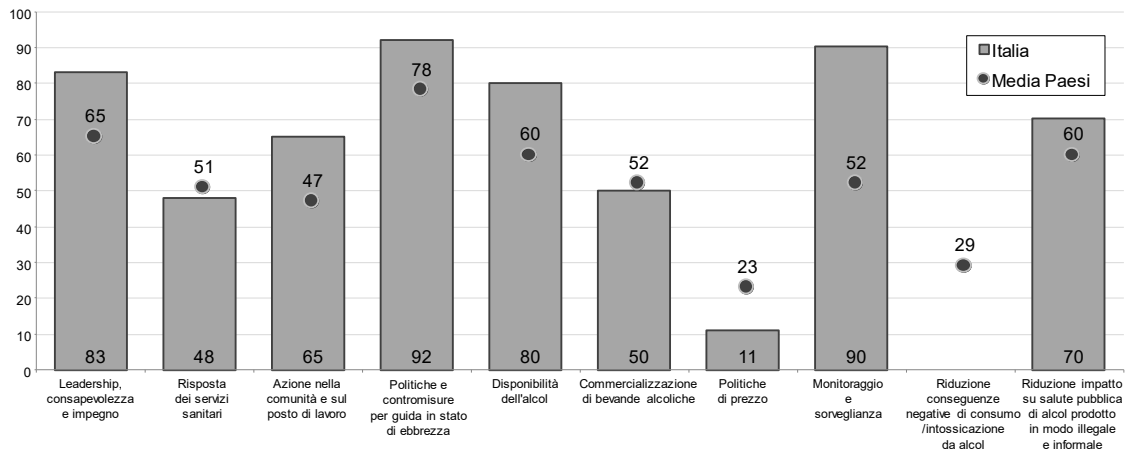


Figura 1. Punteggi ottenuti dall'Italia sull'implementazione delle politiche alcoliche

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

Le distribuzioni dei punteggi ottenuti nella Regione Europea e la collocazione della nostra nazione sono illustrati nelle Figure 2-11. In generale, gli Stati Membri hanno mostrato di agire relativamente bene per quanto riguarda le politiche e le contromisure per la guida in stato di ebbrezza. Molti Paesi, tra cui l'Italia, hanno avuto punteggi bassi nelle aree concernenti le politiche di prezzo e la riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol.

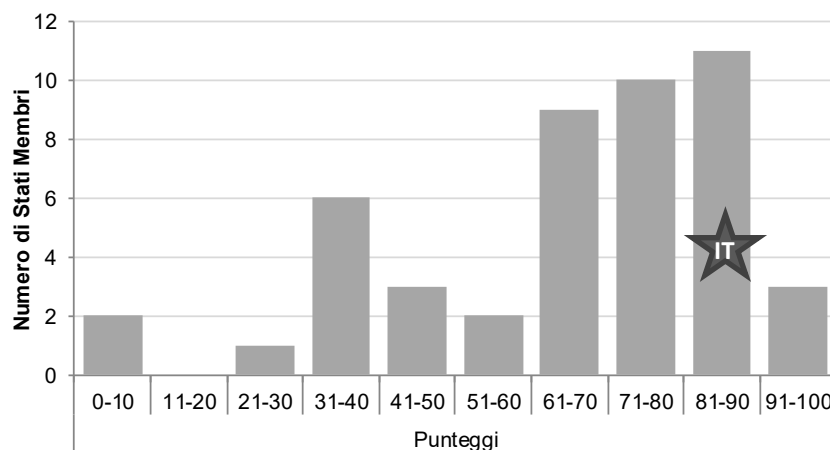


Figura 2. Leadership, consapevolezza e impegno (n. 47)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

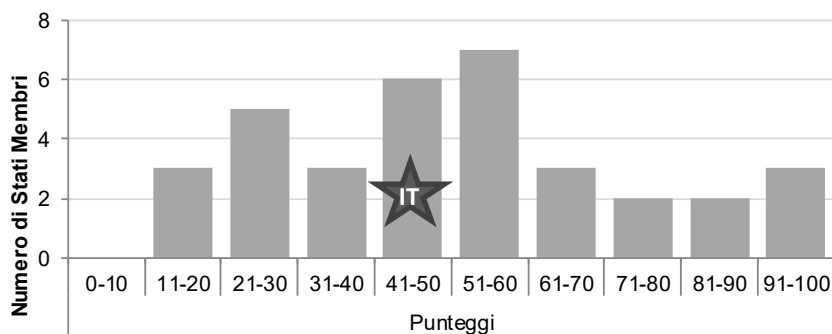


Figura 3. Risposta dei servizi sanitari (n. 34)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

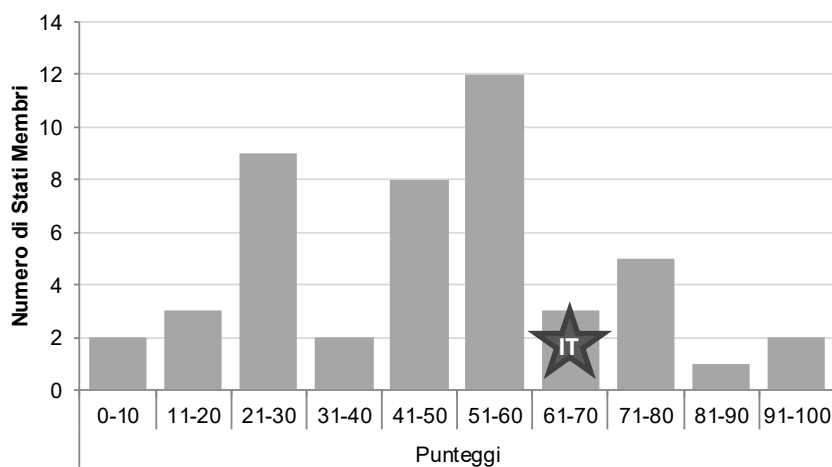


Figura 4. Azioni nella comunità e nei posti di lavoro (n. 47)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

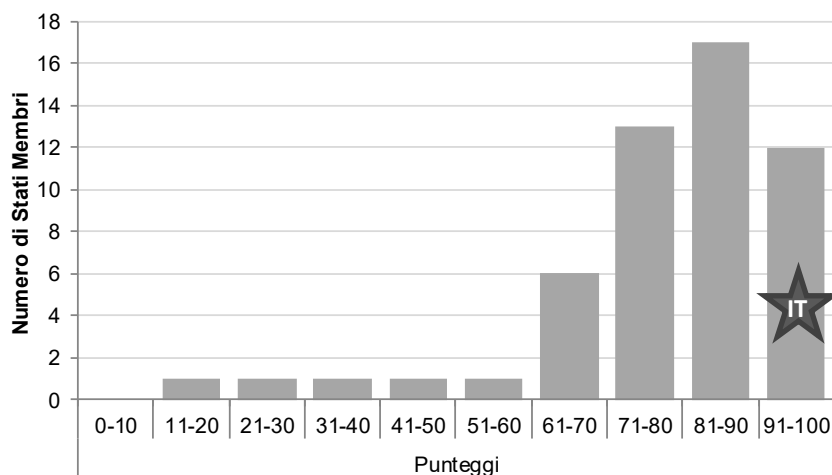


Figura 5. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza (n. 53)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

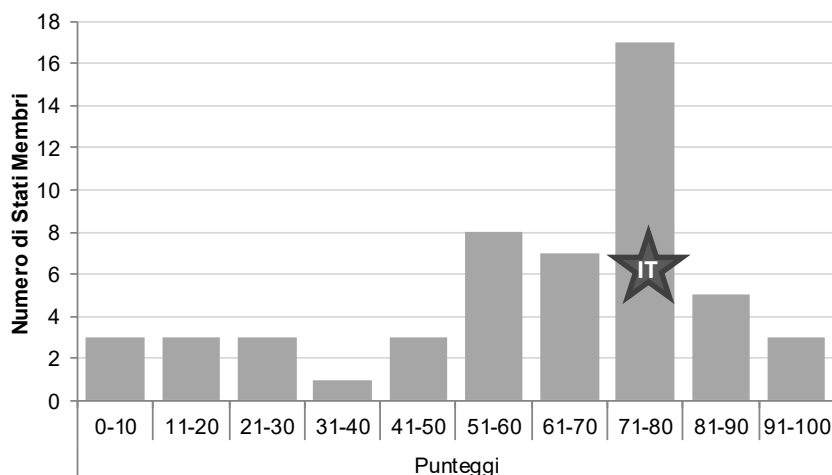


Figura 6. Disponibilità dell'alcol (n. 53)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

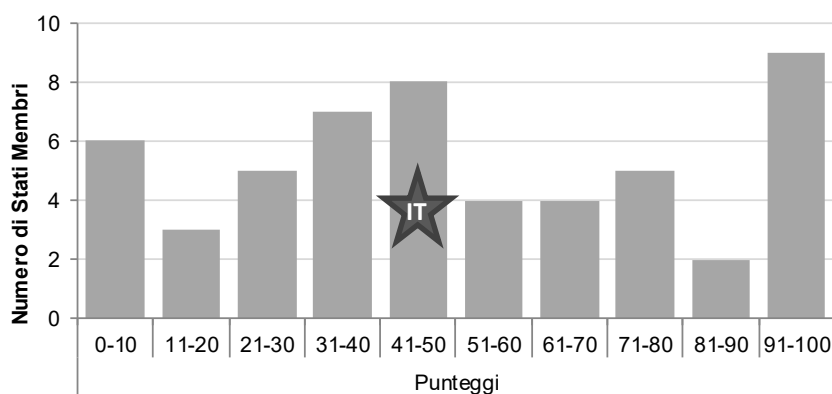


Figura 7. Commercializzazione di bevande alcoliche (n. 53)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

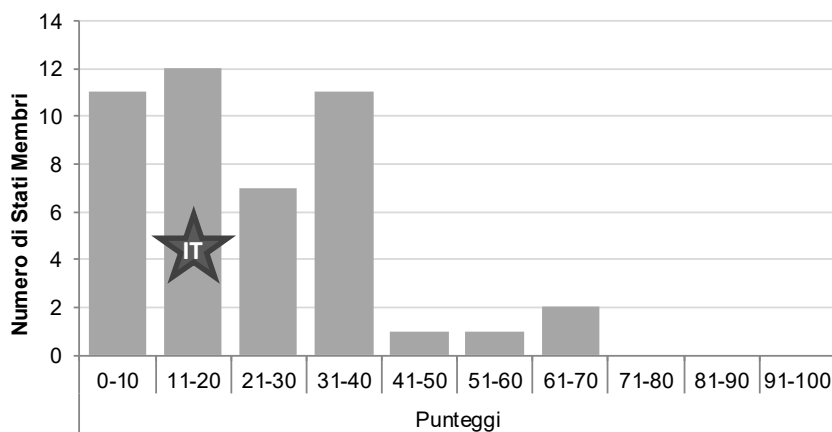


Figura 8. Politiche dei prezzi (n. 45)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

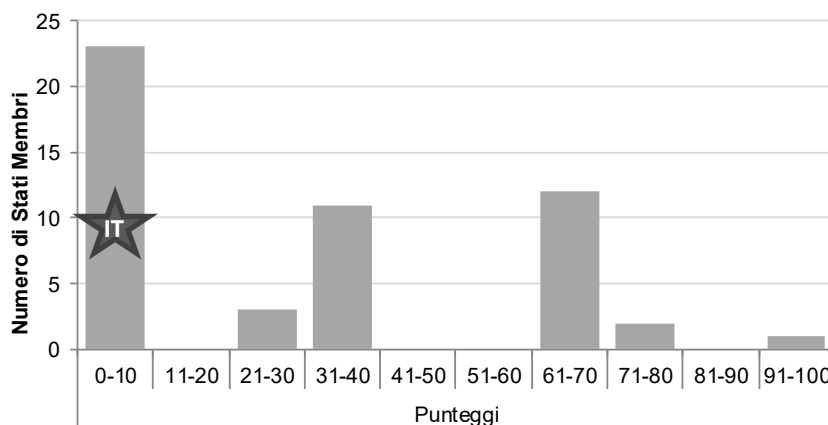


Figura 9. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e della intossicazione da alcol (n. 52)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

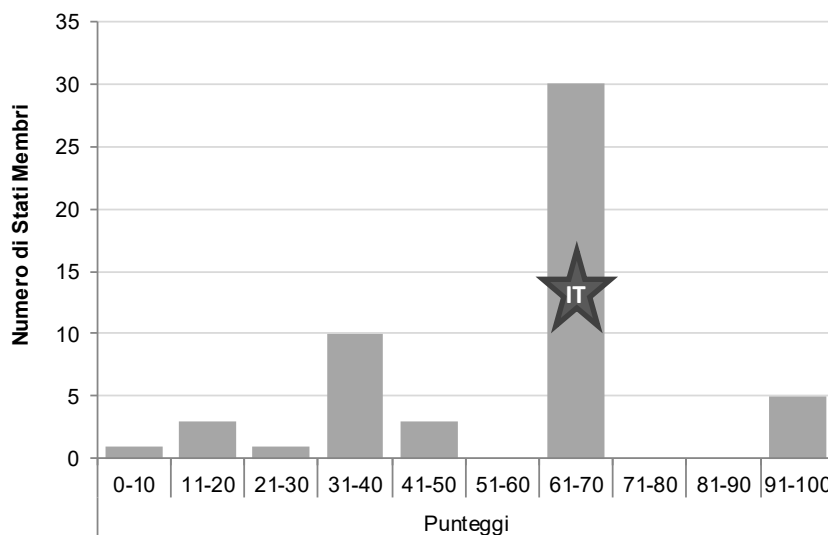


Figura 10. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in maniera informale e illegale (n.53)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

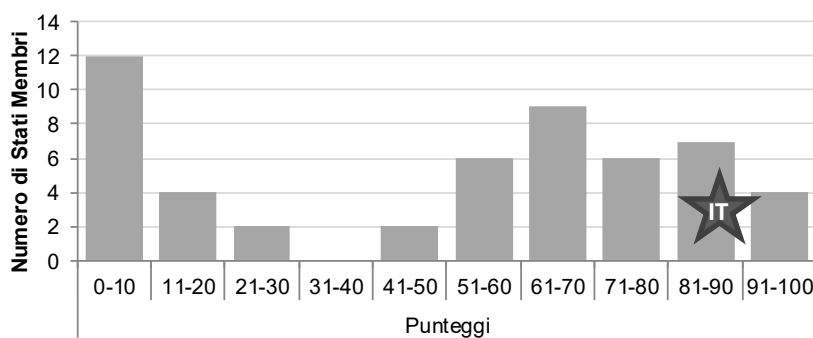


Figura 11. Monitoraggio e sorveglianza (n. 52)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10)

Opinioni e atteggiamenti della popolazione sull'alcol: i risultati dell'indagine RARHA

La JA-RARHA, finanziata nell'ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria in materia di Salute, nasce in risposta all'esigenza di mobilitare gli Stati Membri e favorire la cooperazione per lo sviluppo e la condivisione di un approccio comune in linea con la Strategia Europea sull'alcol. La JA RAHRA, della durata di 3 anni (2014-2016), ha coinvolto 30 nazioni europee. Uno dei gruppi di lavoro della JA (*Work Package 4*) ha sviluppato un'indagine, RARHA SEAS (*Standardized European Alcohol Survey*), sui modelli di consumo e i danni alcol-correlati a confronto tra i diversi Stati Membri (11). In questo paragrafo sono presentati i risultati dell'indagine che si riferiscono alle opinioni e atteggiamenti dei cittadini nei confronti delle politiche adottate sul consumo di bevande alcoliche.

Solo un terzo dei partecipanti a livello europeo concorda con l'affermazione che l'alcol è un prodotto come gli altri e non richiede alcuna restrizione speciale. Ciò significa anche che circa i due terzi degli intervistati dei Paesi partecipanti sono in disaccordo con quest'affermazione e in Italia il valore è ancora più basso (20,1%). In altre parole, la necessità di restrizioni speciali legate all'alcol è ben accettata dalla maggioranza degli intervistati sia in Europa che in Italia.

A livello europeo, oltre il 60% dei cittadini sono dell'opinione che le persone adulte siano sufficientemente responsabili e in grado di proteggersi dai danni causati dal consumo di alcol; in Italia tuttavia, si registra il valore più basso di tutti i Paesi partecipanti (36,5%) a indicare una percezione di scarsa capacità degli italiani a proteggersi da soli. A conferma di questa percezione si osserva che circa il 60,0% degli europei partecipanti all'indagine affermano che le autorità pubbliche hanno la responsabilità di proteggere le persone dai danni causati dall'alcol, e in Italia questa percentuale è ancora più marcata (79,5%) (Figura 12), così come in Francia, Catalogna, Portogallo e Grecia. Le politiche di riduzione dell'offerta di alcol nei luoghi dove vengono servite bevande alcoliche hanno il sostegno di circa la metà degli intervistati a livello europeo; in Italia la percentuale è tra le più alte (69,1%), inferiore solo a quella rilevata in Romania; percentuali basse, al di sotto del 40%, si registrano invece in Danimarca, Islanda e Finlandia.

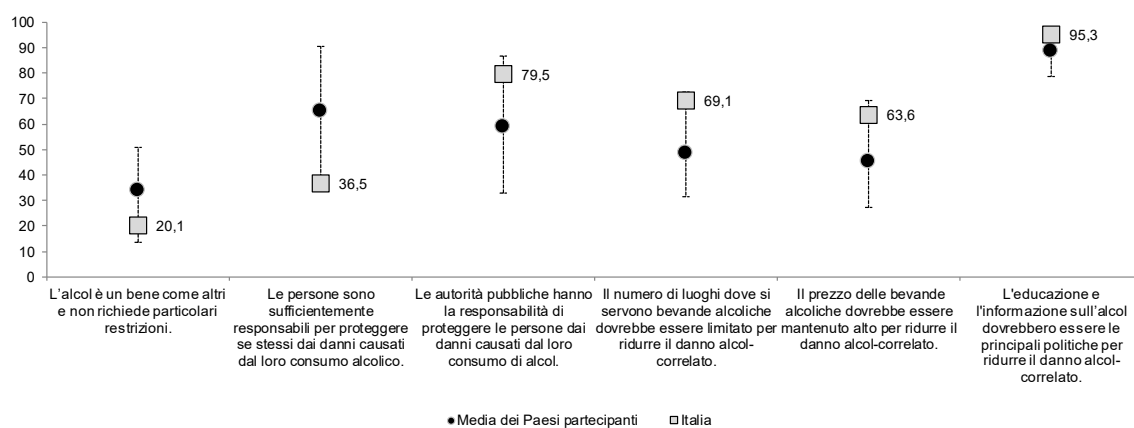


Figura 12. Percentuale di persone che hanno risposto "molto d'accordo" o "abbastanza d'accordo" alle domande AP1-AP6 del questionario RARHA SEAS

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine RARHA SEAS (11)

La politica dell'aumento dei prezzi delle bevande alcoliche è sostenuto a livello europeo da meno della metà degli intervistati, è invece approvata dal 63,6% degli Italiani che insieme ai cittadini della Romania fanno registrare le percentuali più elevate tra i Paesi intervistati; al contrario, il valore più basso si registra in Islanda.

Il consenso più elevato tra i Paesi (quasi il 90% dei cittadini) si registra per l'affermazione che l'educazione e l'informazione sull'alcol dovrebbero essere le misure più importanti per ridurre i danni alcol-correlati e l'Italia (95,3%) è, insieme a Francia e Grecia, il Paese dove si registrano le percentuali più elevate (vedi Figura 12).

Quasi il 60% dei cittadini degli Stati Membri partecipanti tra cui l'Italia (63,6%) è a favore del divieto di pubblicizzare bevande alcoliche mentre sono minori del 50% le percentuali rilevate in Finlandia, Austria e Grecia (Figura 13). Un livello molto elevato di consenso tra i Paesi partecipanti è stato riscontrato sulla possibilità di autorizzare la polizia a controllare casualmente se un guidatore è sobrio anche senza alcuna indicazione di guida in stato di ebbrezza; la media dei Paesi che hanno partecipato all'indagine è stata di oltre l'80% (in Italia 86,0%) con valori pari alla quasi totalità dei partecipanti in Finlandia, Norvegia e Grecia. Le avvertenze stampate sulle etichette delle bevande alcoliche sui danni alcol-correlati è una misura apprezzata in alcuni Paesi tra cui l'Italia, Grecia, Romania, Spagna-Catalogna, Regno Unito, Polonia, Portogallo, Francia e Bulgaria) mentre in altri Paesi la medesima misura è supportata da meno di due terzi degli intervistati (Finlandia, Danimarca, Ungheria, Islanda) e solo in Austria il livello di sostegno è inferiore al 50%. Maggiore variabilità di opinioni si registra in relazione alla regolamentazione della vendita di bevande alcoliche in tarda serata. In media oltre il 50% dei partecipanti dei vari Paesi è d'accordo con la regolamentazione da applicare negli orari serali con valori superiori al 70% in Estonia e in Italia; viceversa, in Austria la percentuale dei partecipanti d'accordo con l'affermazione è appena superiore al 20%, mentre in Danimarca, Polonia e Ungheria si aggira intorno al 30-40%. La percentuale di coloro che hanno dichiarato di essere d'accordo con l'affermazione "i genitori, e non le autorità legali, dovrebbero decidere a che età il loro bambino è autorizzato a bere bevande alcoliche" è molto variabile tra i Paesi e varia tra il 15% in Islanda e l'80% in Bulgaria. In Italia circa un intervistato su due è d'accordo che i genitori debbano decidere quando il proprio figlio può iniziare a bere.

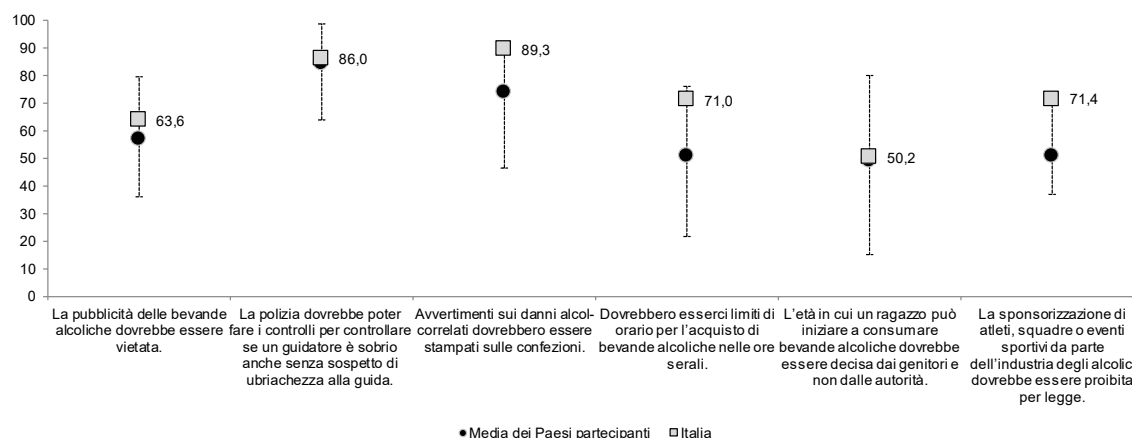


Figura 13. Percentuale di persone che hanno risposto “molto d'accordo” o “abbastanza d'accordo” alle domande AP7-AP12 del questionario RARHA SEAS

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine RARHA SEAS (11)

L'ultima domanda va a indagare quanti intervistati concordavano con il fatto che la sponsorizzazione di atleti, delle squadre sportive o degli eventi sportivi da parte dell'industria dell'alcol dovrebbe essere legalmente vietata; La percentuale di individui in accordo con questa affermazione varia tra il 37% in Austria e il 71,4% in Italia e valori comunque superiori al 60% si registrano in Norvegia, Portogallo, Spagna e Croazia (*vedi* Figura 13).

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS ha analizzato i dati relativi all'anno 2016 dell'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) come previsto dal Programma Statistico Nazionale 2017-2019, aggiornamento 2017 (12), e dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA previste dal DPCM del 3 marzo 2017 (13). L'ONA avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate a livello europeo e internazionale fornisce annualmente un quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

Le analisi condotte dall'ONA integrano le elaborazioni annuali fornite dalla statistica in breve pubblicata dall'ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2016" (14) nel 2017 al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini. I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale.

Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

Il sistema informativo sviluppato dalla WHO "Global Information System on Alcohol and Health" (15) ha inserito la prevalenza di non consumatori di bevande alcoliche presenti nella popolazione nel sistema di monitoraggio (16). In Italia ogni anno è possibile stimare sia gli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita, sia gli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima.

La prevalenza degli astemi rispetto al 2007 è aumentata per entrambi i generi ma, rispetto alla precedente rilevazione, non si registrano variazioni significative; nel 2016 la prevalenza è stata 18,0% tra gli uomini e 40,4% tra le donne. L'analisi per classi di età mostra per entrambi i sessi, un andamento pressoché simile a quello relativo alla popolazione di età superiore a 11 anni e i valori più elevati si registrano tra i giovani (M=69,2%; F= 74,6%) seguiti dagli anziani (M=15,0%; F=46,7%). In tutte le classi di età la prevalenza delle donne è superiore a quella degli uomini (Figura 14). La prevalenza degli astinenti rispetto al 2007 è aumentata per entrambi i generi ma, rispetto alla precedente rilevazione, non si registrano variazioni significative; nel 2016 la prevalenza è stata 3,7% tra gli uomini e 5,7% tra le donne. L'analisi per classi di età mostra che nel 2016 la prevalenza è stata più elevata tra le donne sia nella classe di età adulta che in quella delle anziane, mentre tra i giovani non si rilevano variazioni di genere statisticamente significative. Complessivamente nel 2016 le persone che non hanno consumato bevande alcoliche sono state il 21,7% degli uomini e il 46,2% delle donne pari a circa 18.500.000 persone. Nel corso del 2016 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 64,7% degli italiani di 11 anni e più, pari a oltre 35 milioni di persone, con prevalenza maggiore tra gli uomini (77,3%) rispetto alle donne (52,9%) e la quota dei consumatori di età superiore a 11 anni nel 2016 è rimasta pressoché stabile rispetto all'anno precedente (17).

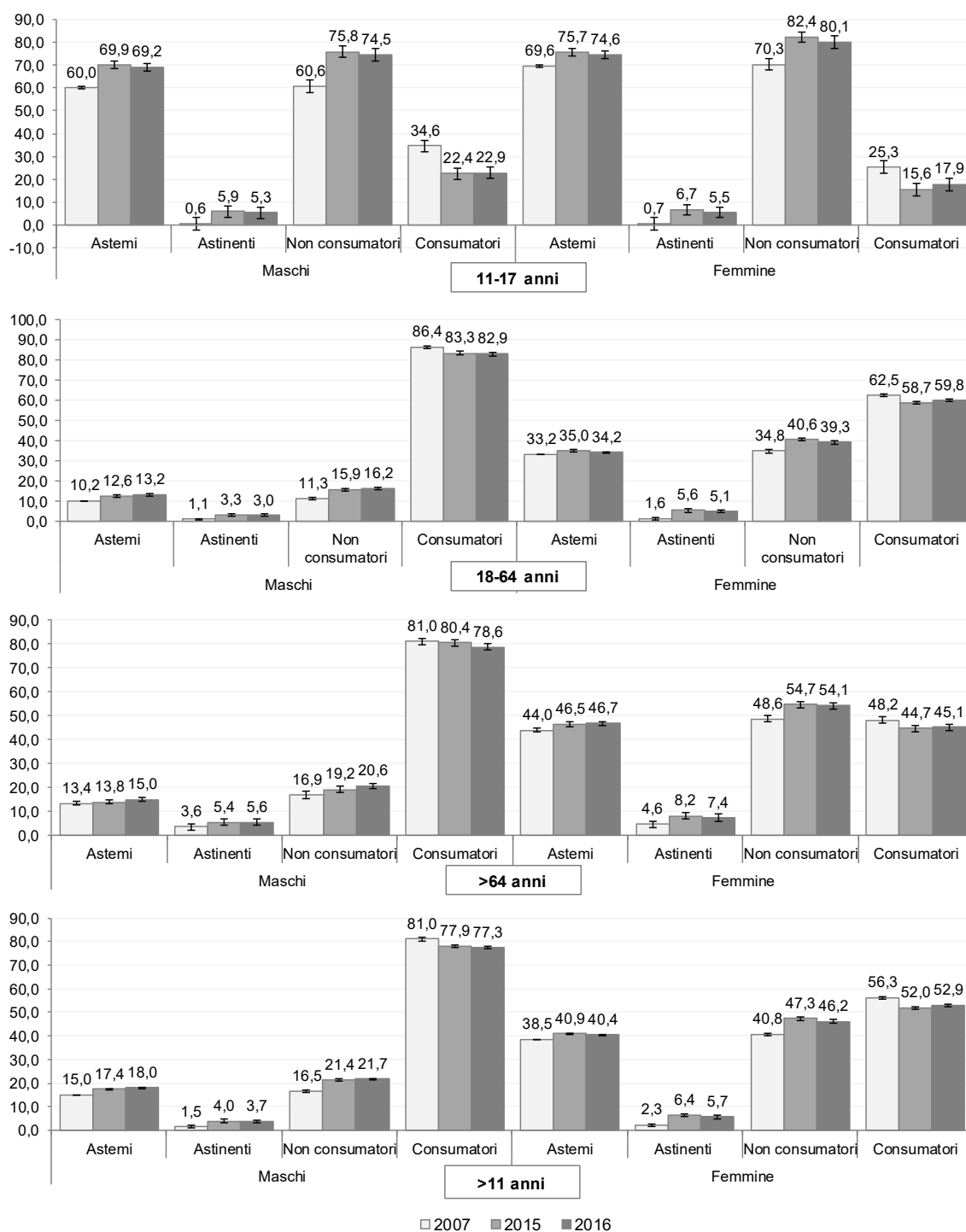


Figura 14. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (2003, 2015, 2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che nel 2016 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata più elevata tra gli uomini in ogni classe di età; la percentuale più elevata si registra per entrambe i generi nella classe di età 18-64 anni mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni (M=22,9%; F=17,9%) (Figura 14). L'analisi per classi di età (Figura 15) non evidenzia variazioni significative rispetto all'anno 2015 sia tra gli uomini che tra le donne.

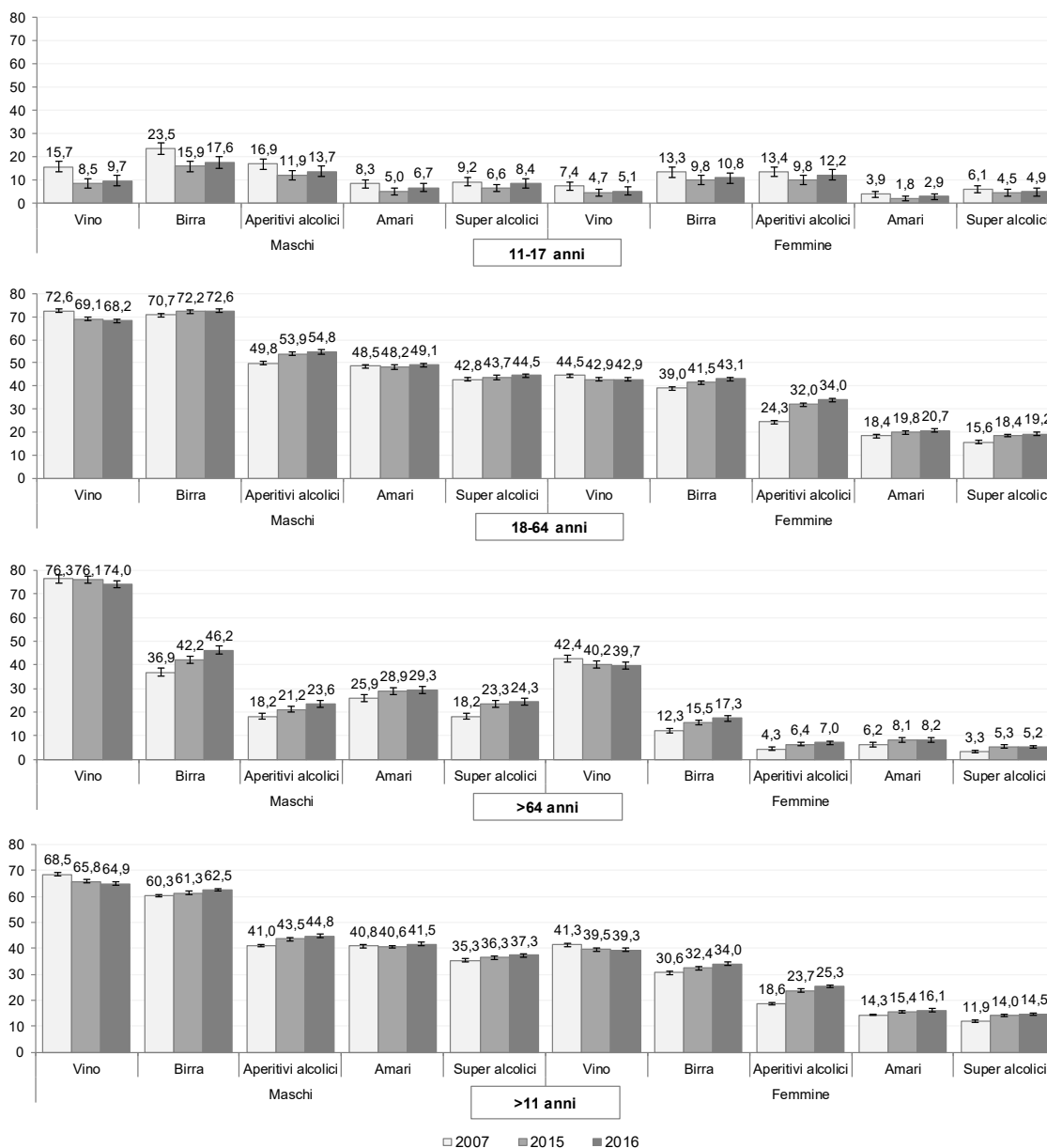


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2007, 2015-2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici

Nel 2016 si stima che oltre ventottomila persone hanno consumato vino almeno una volta nel corso dell'anno e la prevalenza dei consumatori di questa bevanda, sebbene sia inferiore a quella rilevata nel 2007, è rimasta pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno. Per tutte le classi di età considerate, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore a quella delle consumatrici e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2015 (*vedi* Figura 15).

Quasi ventisei milioni di persone di età superiore a undici anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2016 con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile, molto superiore rispetto a quella femminile (62,5% e 34,0% rispettivamente); si registra inoltre un incremento significativo rispetto al 2015 dei consumatori di birra pari a +1,2 p.p. tra gli uomini e 1,6 p.p. tra le donne. L'analisi per classe di età evidenzia nella classe di età 18-64 anni un aumento statisticamente significativo delle consumatrici di birra di 1,6 p.p. e nella classe di età anziana (>64 anni) invece, un incremento di 4,0 p.p. dei consumatori di questa bevanda alcolica (Figura 15).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2016, da quasi diciannove milioni di persone di età superiore a 11 anni; la prevalenza tra gli uomini (44,8%) è superiore a quella tra le donne (25,3%). Come per la birra si registra un incremento statisticamente significativo dei consumatori pari a 1,3 p.p. e delle consumatrici pari a 1,6 p.p. (*vedi* Figura 15). L'analisi per classi di età evidenzia valori di prevalenza pressoché stabili tra gli adolescenti, mentre si registrano incrementi statisticamente significativi tra i consumatori 18-64enni di questa bevanda sia rispetto all'anno 2007 che, per le sole donne, rispetto alla precedente rilevazione (+2,0 p.p.); nella classe di età anziana la prevalenza è superiore al valore registrato nel 2007 per entrambi i generi ma non si rilevano incrementi significativi rispetto all'ultimo anno (*vedi* Figura 15).

Gli amari sono stati consumati, nel 2016, dai circa quindici milioni di persone di età superiore a 11 anni e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 41,5%; F: 16,1%) e non si rilevano variazioni significative per entrambi i generi rispetto al 2015 (*vedi* Figura 15). L'analisi per classi di età evidenzia valori di prevalenza pressoché stabili tra gli adolescenti mentre si registrano incrementi statisticamente significativi rispetto all'anno 2007 tra i consumatori di entrambi i generi di età superiore a 18 anni (*vedi* Figura 15).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2016 da oltre tredici milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni, pari al 37,3% degli uomini e al 14,5% delle donne e non si rilevano variazioni significative per entrambi i generi rispetto al 2015 (*vedi* Figura 15).

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza nel corso degli ultimi anni è rimasta pressoché stabile tra gli adolescenti, mentre si registrano incrementi statisticamente significativi rispetto al 2007 tra i consumatori di entrambi i generi di età superiore a 18 anni (*vedi* Figura 15).

COMPORAMENTI A RISCHIO

L'alcol è il quinto principale fattore di rischio di malattia e mortalità nel mondo (il 5,1% del numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura - DALY e il 5,9% dei decessi sono causati dal consumo dannoso di alcol), il quarto nell'Europa centrale e orientale (1). Oltre ad essere fattore di rischio per le malattie non trasmissibili, l'alcol aumenta anche il rischio di varie malattie infettive, di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, di malattie del fegato e il cancro; l'alcol aumenta il rischio di morte e disabilità a causa di incidenti, lesioni, aggressioni, violenza, omicidi e suicidi e infine l'esposizione del feto all'alcol durante la gravidanza aumenta il rischio di difetti alla nascita e di deficit cognitivi (1, 5, 18-20). I costi legati ai danni causati dall'alcol, tuttavia, vanno oltre la cattiva salute e la mortalità; il consumo dannoso di alcol e la dipendenza hanno forti ripercussioni sulla società sul piano sanitario, sociale ed economico e contribuiscono alla perdita di produttività.

Le linee guida per una sana alimentazione rappresentano in tutti i Paesi, un importante strumento alla base di strategie nazionali ed Europee, sanitarie e alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. A livello internazionale sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* sviluppato nell'ambito del *Work Package 5* della *Joint Action RARHA* (21-24), le informazioni raccolte dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2014 da Paesi che avevano già adottato linee guida o raccomandazioni sul consumo di alcol a minor rischio. L'Italia è uno dei 21 Paesi inclusi nell'indagine in cui sono risultate già utilizzate le linee guida differenziate per sesso.

Le linee guida, che in Italia rispecchiano quanto riportato nei LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia) (25), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (l'assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche-UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

I limiti di consumo di bevande alcoliche da non superare in maniera abituale, riportati nel 2014 nei nuovi LARN e già acquisiti dal Ministero della Salute e dall'ISTAT, stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). Sotto i diciotto anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerarsi a rischio poiché la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2016, il 14,8% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.600.000 persone. La percentuale più elevata, per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=49,3%; F=40,0%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa, viceversa, si registra nella fascia di età 18-24 anni (Figura 16).

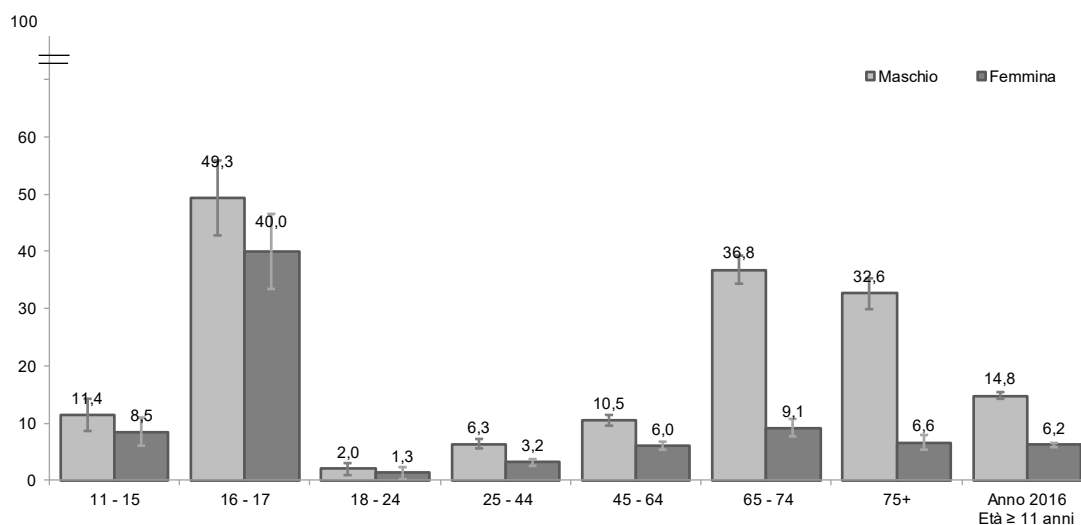


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2016)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari, condotta separatamente per uomini e donne di età superiore a undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2016 complessivamente di 5,7 punti percentuali (p.p.) in maniera più consistente tra gli uomini, ma a decorrere dal 2012 i valori sono rimasti pressoché stabili per entrambi i generi (Figura 17).

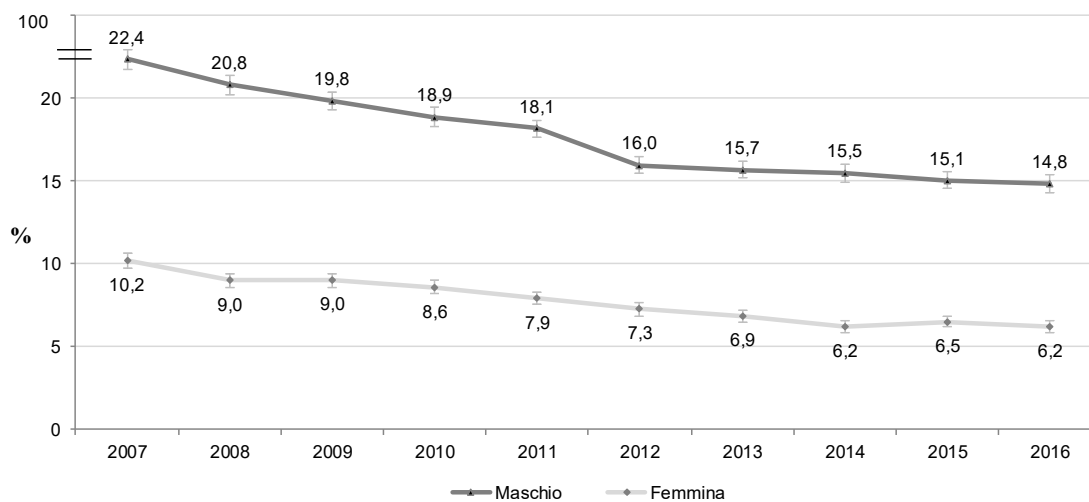


Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2016)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2016 il 40,5% degli uomini e il 18,7% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura 18). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24 anni: M=54,4%; F=41,0% e 25-44 anni: M=53,9%; F=30,5%); per entrambi i sessi, oltre tali età, le percentuali diminuiscono nuovamente. L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori, sia rispetto all'anno 2007 (M=+2,9 p.p.; F=4,2 p.p.) che rispetto alla precedente rilevazione (M=+1,6 p.p.; F=+0,9 p.p.) (Figura 19).

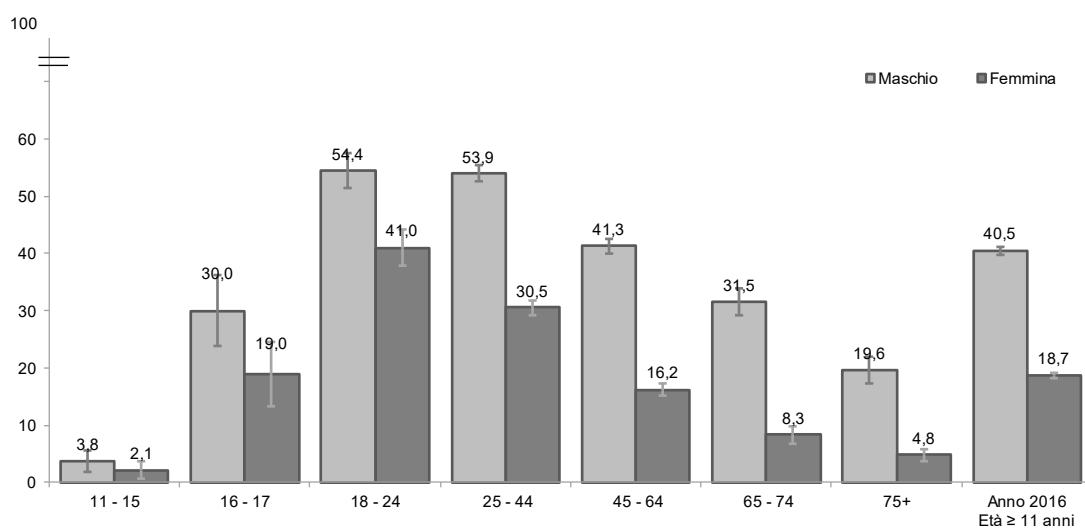


Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2016)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

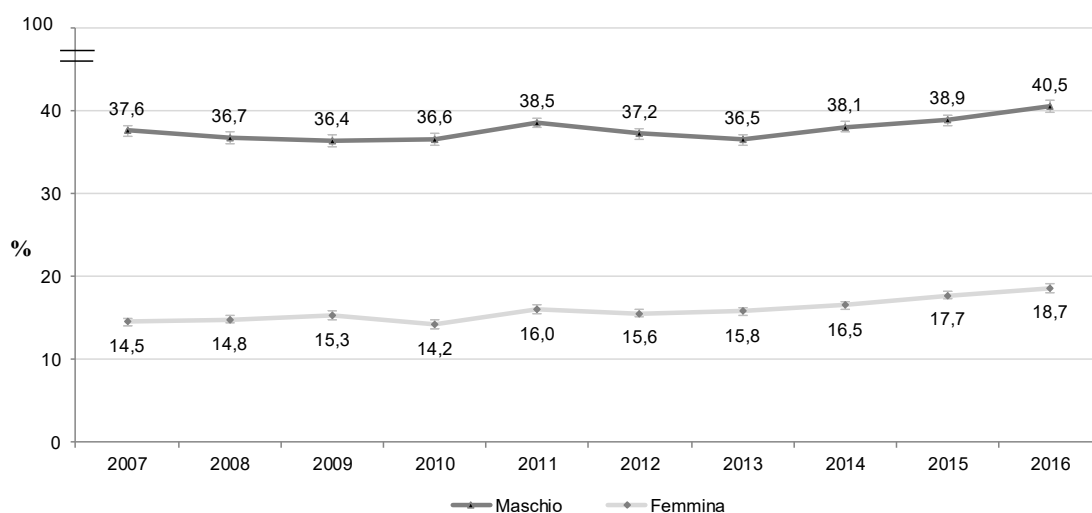


Figura 19. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2016)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa e particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile. Con il termine *binge drinking* si vuole normalmente identificare una modalità di “consumo eccessivo episodico” concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo; in Italia il *binge drinking* è da molti anni rilevato dall’ISTAT attraverso l’indagine Multiscopo sulle famiglie come un consumo di oltre sei bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un’unica occasione di consumo.

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi Europei dell’area mediterranea, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking)* (2014-2016) conclusasi lo scorso anno, che ha identificato sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo dannoso di bevande alcoliche tra i giovani. Le priorità emerse per ridurre gli episodi di *binge drinking*, riguardano in particolare la riduzione dell’accessibilità e della disponibilità di bevande alcoliche, la riduzione all’esposizione alle pubblicità e al marketing legato all’alcol, la necessità di ridurre i danni causati dall’assunzione di bevande alcoliche in gravidanza e di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, a cui si aggiunge la raccomandazione di migliorare le attività di ricerca e di monitoraggio sul tema.

Dal 2003 l’ISTAT in accordo con l’ISS rileva nel questionario dell’indagine Multiscopo sulle famiglie il consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione, al fine di monitorare ogni anno l’andamento della prevalenza dei consumatori *binge drinker* nella popolazione.

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi nella popolazione nel 2016 è stata pari a 11,2% tra gli uomini e 3,7% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni di *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 20).

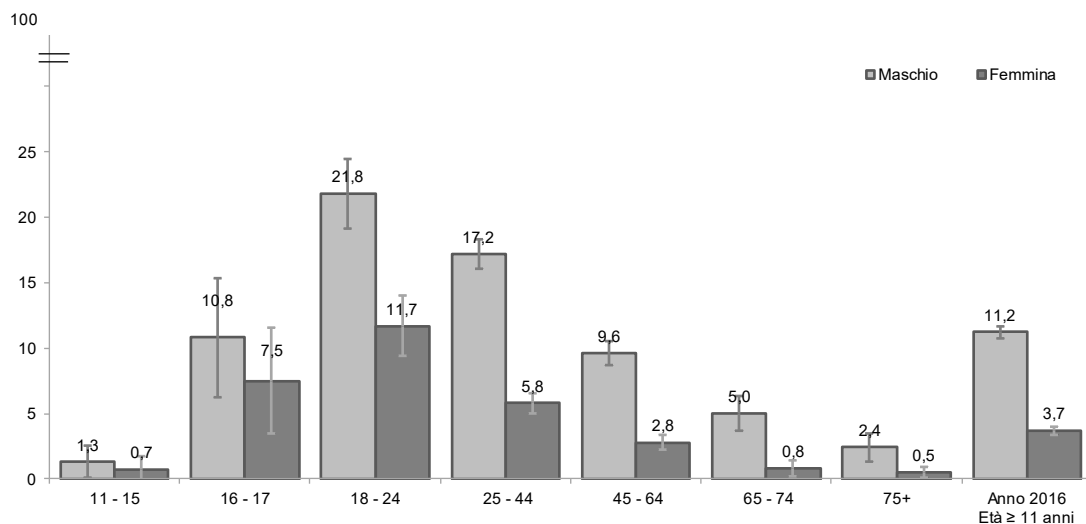


Figura 20. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell’Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,8%; F=11,7%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta separatamente per uomini e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che tra il 2007 e il 2016, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* ha subito delle oscillazioni tra gli uomini ed è aumentata tra le donne. Nel corso degli ultimi tre anni inoltre si rileva una costante crescita dei consumatori *binge drinking* di entrambi i generi, significativa in particolare tra le donne (+0,6 p.p. rispetto al 2015) (Figura 21).

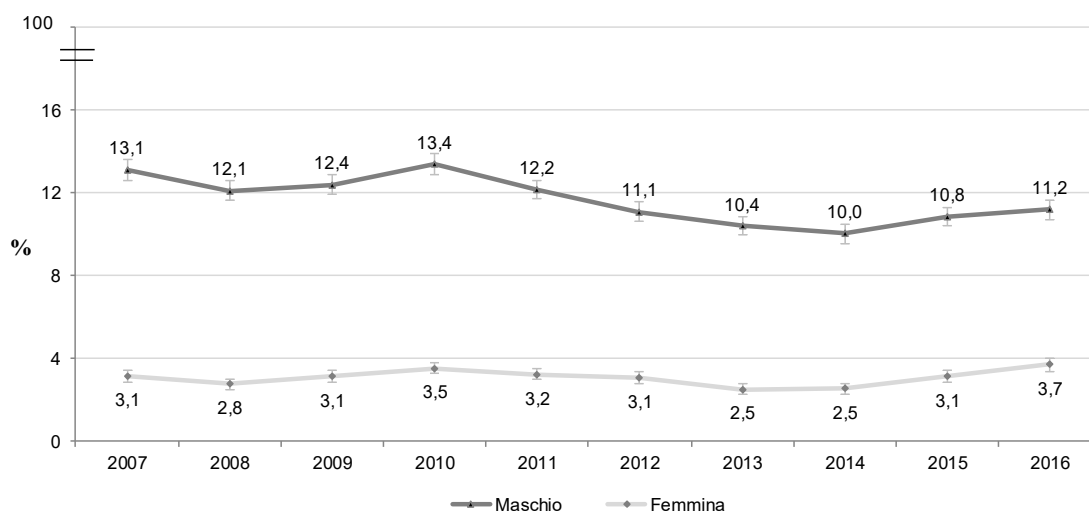


Figura 21. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2007-2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori a rischio (criterio ISS)

In una prospettiva di salute pubblica non esistono soglie, livelli raccomandabili o "sicuri" di consumo di bevande alcoliche poiché non è possibile, sulla base delle attuali conoscenze, identificare quantità di consumo non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini; ciò è quanto ribadito in tutte le strategie comunitarie e i piani d'azione della WHO. Le variabili da tenere in considerazione per una corretta valutazione della salute legate al consumo di alcol sono molteplici: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

L'ONA dell'ISS tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi LARN, ha costruito un indicatore di sintesi per il monitoraggio del consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e

quello occasionale noto come *binge drinking*. Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e la congruenza del nuovo indicatore. Le recenti evidenze scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi; di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2016 del 23,2% per uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di circa 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2016 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura 22).

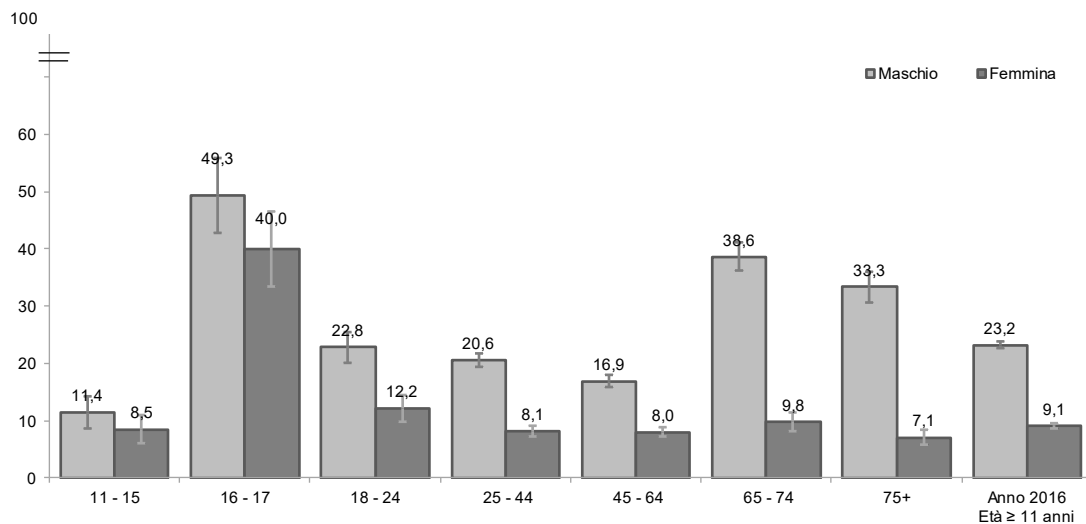


Figura 22. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2016)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=49,3%, F=40,0%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-75 anni). Pertanto, verosimilmente a causa di una scarsa conoscenza o di consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che avrebbero bisogno di essere identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (vedi Figura 22).

L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto agli anni 2007-2011, dal 2012 la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne (Figura 23).

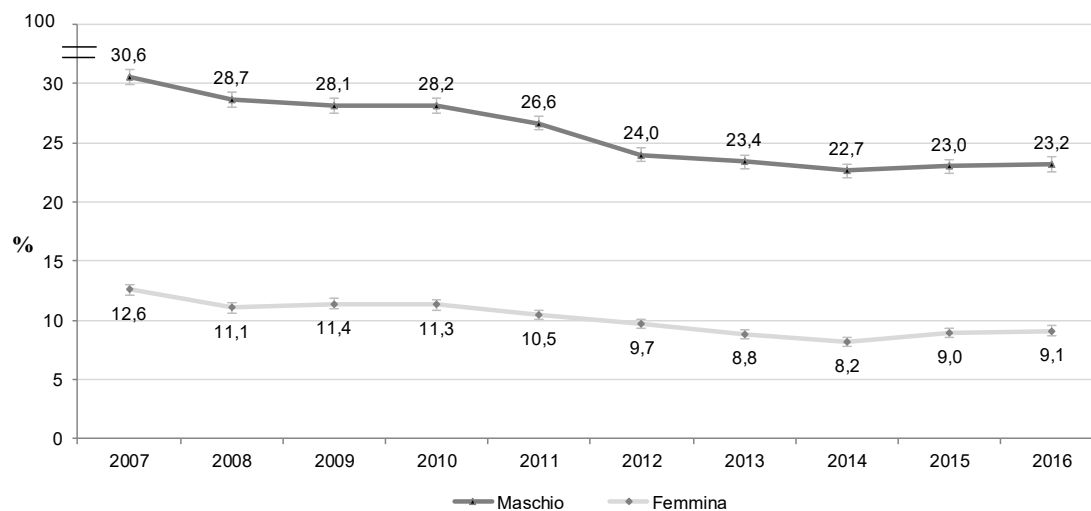


Figura 23. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

Tra le attività previste dalla legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. 125/2001, dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e dal Piano Statistico Nazionale è previsto il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. Ogni regione ha quindi il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di monitoraggio su alcol e salute per analizzare l’andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell’implementazione del PNAS.

In supporto alle Regioni il Ministero della Salute nell’ambito delle attività del Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha approvato un progetto denominato “Sistema di indicatori per il monitoraggio dell’impatto alcol-correlato – SISTIMAL”, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, disponibili sul sito www.epicentro.iss.it/alcol, hanno permesso un’analisi dell’andamento temporale degli indicatori di monitoraggio in tutte le Regioni e le Provincie autonome e sono di seguito riportati per macroarea.

Italia nord-occidentale

Nell’anno 2016 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 76,7% tra gli uomini e al 55,4% tra le donne. Nel corso degli ultimi anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini sia per le donne ma, rispetto al 2015, la diminuzione è significativa solo per gli uomini. Tra il 2015 e il 2016 l’analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per entrambi i generi dei consumatori di vino, birra e aperitivi alcolici mentre è aumentata per il secondo anno consecutivo, la prevalenza dei consumatori di super alcolici di sesso maschile (+2,7 p.p.). L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest’area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e di consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile, delle consumatrici in modalità *binge drinking*. Non si rilevano tuttavia variazioni significative rispetto al 2015 (Tabella 3-4).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata del 54,1% tra le donne e del 78,9% tra gli uomini e non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. L’analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che la percentuale di consumatrici di vino è superiore al valore medio nazionale e per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2015.

L’analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori in media con il dato nazionale ad eccezione della prevalenza dei *binge drinker* tra gli uomini che, rispetto al 2015, è diminuita di +3,9 p.p. (Tabella 3-4).

Tabella 3. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2016)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	65,8	42,4	60,9	33,7	45,0	27,7	38,7	15,9	39,1 ↗	15,7
Piemonte	66,7	42,4	60,7	32,9	45,6	25,7	38,8	15,8	34,9	14,3
Valle d'Aosta	68,2	50,1	66,3	38,7	45,9	32,3	34,7	15,7	40,8	24,1 ↗
Lombardia	65,3	42,0	60,8	33,6	44,7	28,7	39,3	16,7	41,4 ↗	16,4
Liguria	66,7	44,5	61,9	36,0	44,9	26,8	34,4	11,6	36,3	14,9
Italia nord-orientale	67,2	46,7	64,3	36,9	46,8	30,3	37,5	15,0	37,7 ↘	16,7
PA Bolzano	65,3	47,3	69,4	38,8	51,5	45,7 ↗	42,1	27,1	44,9	22,4
PA Trento	65,3 ↗	35,7	67,8	37,0	48,3	32,8	32,9	13,7	36,8	16,3
Veneto	64,8	44,8	62,2	36,1	48,7	30,1	35,5	13,6	35,4 ↘	14,8
Friuli-Venezia Giulia	71,2	49,6 ↗	69,9	41,8	48,5	33,5 ↗	40,6	18,5	43,6	19,6
Emilia Romagna	69,2	49,1	64,2	36,2	43,4	27,7	38,9	14,4	38,0 ↘	17,4
Italia centrale	67,0	42,8	62,2	35,6	45,4	27,0 ↗	40,9	16,1 ↗	39,7	15,9
Toscana	70,0	44,3	62,8	34,8	44,2	26,7	37,3	12,0	38,0	13,3
Umbria	67,2	43,0	58,9	33,1	45,7	26,0	43,2	15,0	40,6	15,3
Marche	68,5	47,6	64,7	35,9	45,4	26,3	40,5	14,6	40,2	16,7
Lazio	64,6	40,5	61,6	36,4 ↗	46,0	27,5 ↗	43,0	19,4 ↗	40,6	17,5 ↗
Italia meridionale	63,5	32,6	63,8	31,8 ↗	44,5 ↗	19,2	48,2	18,2 ↗	35,0 ↗	11,7 ↗
Abruzzo	67,1	37,8 ↘	67,7	35,1	50,5	22,6	45,5	16,3	38,1 ↗	10,9
Molise	67,4	31,0	66,9	27,8	45,4	20,4	44,2	12,3	32,7	10,7
Campania	61,6	29,5	59,7	29,9 ↗	43,5	19,1	46,1	17,8	34,1	12,6
Puglia	64,7	37,1 ↗	68,0 ↗	34,4	44,0 ↗	18,1	51,6	20,2	35,8	12,3 ↗
Basilicata	64,3	31,4	61,0	33,3 ↗	44,8 ↗	19,7	46,0 ↗	15,6	36,1 ↗	10,7
Calabria	63,4	29,3	65,2	30,2	44,3	19,0	50,6	18,1	33,8	8,9
Italia insulare	57,9	27,4	61,2	31,0	40,7	20,8	41,8	14,3	32,6	10,7
Sicilia	56,9	26,4	59,7	30,9	40,1	20,4	43,5	13,8	32,2	9,1
Sardegna	60,9 ↘	30,5	65,7	31,4	42,7	22,0	36,8	16,0	34,0	15,5
Italia	64,9	39,3	62,5 ↗	34,0 ↗	44,8 ↗	25,3 ↗	41,5	16,1	37,3	14,5

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2015

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2015

Inferiore
alla media
nazionale

Superiore
alla media
nazionale

MASSIMO
NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tabella 4. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2016)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	76,7 ↘	55,4	16,5	7,2	45,2	22,6	12,4	4,9	25,2	11,1
Piemonte	78,9	54,1	16,8	6,5	42,4	20,1	11,0	4,2	24,4	9,9
Valle d'Aosta	82,1	62,8	18,0	7,8	54,8	33,2	22,9	8,8	34,3	15,6
Lombardia	75,3	55,7	16,4	7,2	46,4	23,5	13,1	5,3	25,4	11,4
Liguria	78,6	56,5	16,8	9,1	45,2	23,0	11,4	4,0	25,2	12,3
Italia nord-orientale	79,4	59,4	16,5	8,8	49,7	25,9	13,8	4,5	27,2	12,1
PA Bolzano	80,1	66,7	15,4	7,4	66,4	40,8	28,8	11,0	38,6	16,6
PA Trento	78,9	53,7	16,0	6,0	58,8	28,8	21,2	5,8	31,4	10,9
Veneto	78,4	58,4	15,7	7,2	48,8	25,1	12,6	3,7	25,7	10,0
Friuli-Venezia Giulia	81,6	61,6	16,5	7,5	61,4	31,3	19,3	7,2	32,8	13,2
Emilia Romagna	79,9	59,8	17,7	11,2	44,5	23,3	11,1	3,7	25,5	13,7
Italia centrale	77,6	54,1	14,9	5,6 ↘	36,4	18,3 ↗	10,2	3,7	22,8	8,5
Toscana	79,5	55,9	18,5	7,8	35,8	18,7	10,3	3,1	26,3	10,5
Umbria	77,6	53,4	13,5	5,3	35,8	19,2	9,4	2,9	21,4	7,5
Marche	80,1	57,6	15,8	5,0	40,2	19,3	10,5	3,3	24,6	8,2
Lazio	75,7	52,2	12,6	4,4	35,8	17,7	10,1	4,2	20,2	7,4
Italia meridionale	77,5	47,2 ↗	13,9	4,9	33,4	11,1	8,6	2,3 ↗	20,1	6,7
Abruzzo	78,7	50,3	15,4	5,3	44,1	16,5	14,3	3,7	26,1	8,4
Molise	81,0	44,3	21,0	5,7	42,3	15,1	13,9	2,1	29,3	6,9
Campania	74,9	44,3	12,2	5,2	28,2	9,2	6,5	1,8	17,1	6,6
Puglia	80,6	53,6	14,8	5,0	34,5	12,1	7,8	3,1	20,5	7,4
Basilicata	77,2	45,0	15,4	4,8	40,3	12,7	15,4	2,1	26,0	6,5
Calabria	77,3	41,8	14,2	3,5	36,0	9,8	9,4	1,4	20,8	4,7
Italia insulare	74,2	45,1	9,7	3,2	35,7	13,3	10,9	2,6	18,5	5,3
Sicilia	73,3	44,7	8,2	3,1	31,1	12,0	6,7	1,7	13,9	4,5
Sardegna	76,8	46,3	14,0	3,5	49,4	17,1	23,4	5,1	32,0	7,7
Italia	77,3	52,9	14,8	6,2	40,5 ↗	18,7 ↗	11,2	3,7 ↗	23,2	9,1

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2015

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2015

Inferiore
alla media
nazionale

Superiore
alla media
nazionale

MASSIMO
NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata dell'82,1% tra gli uomini e 62,8% tra le donne, per entrambi con un valore superiore alla media nazionale. Per le donne si rilevano valori superiori alla media nazionale di tutte le bevande considerate ad eccezione degli amari e rispetto al 2015 la prevalenza delle consumatrici di super alcolici è aumentata di 6,2 p.p.

Analizzando le modalità di consumo delle bevande alcoliche si evince che sono al di sopra della media nazionale, per entrambi i generi, i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e di quelli a rischio (vedi Tabella 3-4).

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata del 75,3% tra gli uomini e 55,7% tra le donne, valore per queste ultime superiore alla media nazionale. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media nazionale e rispetto al 2015 si registra un incremento di 5,4 p.p.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra, al di sopra della media nazionale, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontani dal pasto per entrambi i generi, delle consumatrici in modalità *binge drinker* e delle consumatrici a rischio (vedi Tabella 3-4).

Liguria

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 sono stati il 78,6% degli uomini e il 56,5% delle donne senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per entrambi i generi, l'analisi delle diverse tipologie di bevande non evidenzia variazioni statisticamente significative rispetto al 2015. I valori di prevalenza sono pressoché simili a quelli rilevati a livello nazionale ad eccezione, per entrambi i generi, di quelli relativi agli amari che risultano invece più bassi del livello nazionale e di quelli relativi ai consumatori di vino, per il sesso maschile più alto della media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra una prevalenza superiore alla media nazionale, per entrambi i generi, dei consumatori fuori pasto; per gli uomini si rileva anche, per questa modalità di consumo, un incremento di 9,2 p.p. rispetto al 2015 (vedi Tabella 3-4).

Italia nord-orientale

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale continuano ad essere, anche nel 2016, quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,4% tra le donne e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2015. Le prevalenze di consumatori di vino e aperitivi alcolici per entrambi i generi sono superiori al dato medio nazionale così come la prevalenza delle donne che consumano birra e super alcolici. Tra gli uomini si rileva una prevalenza di consumatori di amari inferiore al dato medio nazionale mentre il dato relativo ai super alcolici tra gli uomini è diminuito rispetto al 2015 di 3,4 p.p.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che le prevalenze di consumatori con modalità di consumo dannoso risultano tutte superiori al dato

medio nazionale ad eccezione del *binge drinker* tra le sole donne; per tutti gli indicatori di rischio considerati, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 3-4).

Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata pari a 80,1% tra gli uomini e 66,7% tra le donne. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e superalcolici è superiore alla media nazionale; le prevalenze di consumatrici di amari (27,1%) e aperitivi alcolici (45,7%) sono le più elevate di tutte le regioni italiane considerate; il dato relativo alle consumatrici di aperitivi alcolici è inoltre aumentato rispetto al 2015 di 6,8 p.p.

I dati sulle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano, per entrambi i generi, come già rilevato lo scorso anno, valori più elevati, rispetto alla media nazionali, della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M=66,4%; F=40,8%) e dei consumatori in modalità *binge drinking* (28,8%) di sesso maschile; sono inoltre superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi e delle consumatrici in modalità *binge drinking*. Rispetto all'anno 2015 si registra infine un incremento statisticamente significativo delle consumatrici in modalità *binge drinking* (+4,3 p.p.) e delle consumatrici a rischio (+4,7 p.p.) (vedi Tabella 3-4).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 78,9% tra gli uomini e 53,7% tra le donne e per entrambe i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici è superiore alla media italiana così come per la prevalenza di consumatori di birra; si registrano infine valori di prevalenza inferiori alla media nazionale delle consumatrici di vino e dei consumatori di amari.

L'analisi delle modalità di consumo evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* sono superiori alla media italiana sia tra gli uomini sia tra le donne, e per gli uomini, anche la prevalenza dei consumatori a rischio (vedi Tabella 3-4).

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata del 78,4% tra gli uomini e del 58,4% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello medio nazionale (52,9%). Sono superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi (M=48,7%; F=30,1%) e di consumatrici di vino (F=44,8%) mentre è inferiore alla media italiana la prevalenza di consumatori di amari di sesso maschile. Si registra infine rispetto alla precedente rilevazione una diminuzione di 5,0 p.p. della prevalenza di consumatori di super alcolici di sesso maschile.

Per entrambi i generi, nel 2016, i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto sono superiori alla media nazionale, mentre i consumatori *binge drinker* e i consumatori a rischio sono pressoché simili a quelli rilevati a livello nazionale (vedi Tabella 3-4).

Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 in Friuli Venezia Giulia è pari all'81,6% degli uomini, 61,6% delle donne e in entrambi i casi, il dato si mantiene superiore alla media nazionale. Sono superiori al dato medio italiano, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra e di super alcolici, e per le donne la prevalenza degli aperitivi alcolici. Per le donne si registra un incremento rispetto alla precedente rilevazione delle consumatrici di vino (+5,6 p.p.) e di aperitivi alcolici (+7,0 p.p.).

Nel 2016, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e dei consumatori a rischio, sono superiori alla media nazionale e per le sole donne si registra un incremento statisticamente significativo delle consumatrici fuori pasto rispetto all'anno precedente (+5,9 p.p.) (vedi Tabella 3-4).

Emilia Romagna

Nel 2016 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata superiore alla media nazionale per entrambi i generi, pari al 79,9% tra gli uomini e al 59,8% tra le donne. La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i generi è superiore al dato medio nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di superalcolici. Per gli uomini il dato riguardante i superalcolici è invece diminuito di 4,7 p.p. rispetto alla rilevazione precedente ed è ora approssimabile al dato medio nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentarie e per il solo genere femminile, delle consumatrici a rischio. Non si rilevano variazioni significative delle prevalenze dei comportamenti a rischio rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 3-4).

Italia centrale

Nel 2016 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 77,6% tra gli uomini e al 54,1% tra le donne e rispetto all'anno 2015 non si rilevano variazioni statisticamente significative. Tra le donne la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e amari è aumentata rispetto al 2015 rispettivamente di +3,4 p.p. e +2,4 p.p. Per tutte le tipologie di bevande considerate, la prevalenza è in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa vino, per entrambi i generi, e ai superalcolici, per i soli uomini, che risultano più elevati.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per entrambi i generi, gli indicatori sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione del consumo fuori pasto tra i soli uomini per cui si registra un valore più basso. Tra le donne rispetto al 2015 si rileva una diminuzione di 1,8 p.p. delle consumatrici abituali eccedentari e un incremento di 2,2 p.p. delle consumatrici fuori pasto (vedi Tabella 3-4).

Toscana

Nel 2016 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata di 79,6% tra gli uomini e 55,9% tra le donne; per queste ultime il valore risulta superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle tipologie di bevande alcoliche consumate mostra che per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore mentre la prevalenza dei consumatori di amari è

inferiore alla media italiana; rispetto alla precedente rilevazione non si rilevano variazioni statisticamente significative delle prevalenze delle bevande alcoliche considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana tra gli uomini sono superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio, mentre è inferiore al dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori fuori pasto (vedi Tabella 3-4).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 77,6% tra gli uomini e a 53,4% tra le donne. Le prevalenze dei consumatori di tutte le bevande alcoliche considerate sono in linea con il dato nazionale e non si rilevano variazioni rispetto al 2015.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio, sono in linea con il dato medio nazionale; per gli uomini i dati di prevalenza del consumo lontano dai pasti è inoltre più basso della media nazionale (vedi Tabella 3-4).

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari all'80,1% tra gli uomini e al 57,6% tra le donne, per entrambi con valori superiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori e consumatrici di tutte le bevande considerate sono in linea con la media nazionale ad eccezione del vino per entrambi i generi; non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale e pressoché stabili rispetto al 2015 (vedi Tabella 3-4).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2016 rispetto alla precedente rilevazione, ed è stata pari al 75,7% tra gli uomini e al 52,2% tra le donne. Tra gli uomini i valori di prevalenza delle diverse bevande considerate sono tutti in linea con la media nazionale ad eccezione dei super alcolici che sono più elevati; tra le donne si rileva un incremento delle consumatrici di birra (+4,9 p.p.), aperitivi alcolici (+5,3 p.p.), amari (+4,3 p.p.) e super alcolici (+4,5 p.p.) e nel caso delle ultime due bevande, i valori sono superiori rispetto a quelli medi nazionali.

La prevalenza di consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio per gli uomini e delle consumatrici abituali eccedentarie risultano inferiori alla media nazionale; per entrambi i generi si registra un incremento dei *binge drinker* (M=+3,6 p.p.; F=+2,0 p.p.) e per le sole donne anche delle consumatrici fuori pasto (+3,9 p.p.) (vedi Tabella 3-4).

Italia meridionale

Nel 2016 nell'Italia meridionale, la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è pari al 77,5% e in linea con il dato medio nazionale; tra le donne la prevalenza è pari a 47,2% e, pur mantenendosi inferiore alla media italiana, il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione del 2015 di 2,4 p.p. Per i maschi i valori di prevalenza dei consumatori di

aperitivi alcolici e super alcolici sono aumentati rispetto al 2015 rispettivamente di 4,1 p.p. e di 2,9 p.p.; tra le donne invece sono aumentate le prevalenze delle consumatrici di amari (+1,9 p.p.), di birra (+2,7 p.p.) e di super alcolici (+1,8 p.p.) sebbene per queste ultime due bevande i valori siano ancora inferiori alla media nazionale; la prevalenza dei consumatori di amari risulta infine superiore alla media nazionale per entrambi i generi.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori sono inferiori al dato medio nazionale ad eccezione del *binge drinking* per gli uomini che risultano in linea con la media nazionale. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra un incremento delle consumatrici con modalità *binge drinking* pari a 0,7 p.p. (vedi Tabella 3-4).

Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è 78,7% per gli uomini e 50,3% per le donne; non si rilevano variazioni rispetto al precedente anno. Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, di aperitivi alcolici e di amari; la prevalenza dei consumatori di superalcolici di sesso maschile, sebbene in linea con la media italiana, è aumentata di 6,2 p.p.; per le donne risulta inferiore alla media la prevalenza di consumatrici di super alcolici e si rileva una diminuzione di 5,7 p.p. delle consumatrici di vino.

Tutti gli indicatori che si riferiscono ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione; tra gli uomini si registrano valori superiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei consumatori in modalità *binge drinking* (vedi Tabella 3-4).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è superiore alla media nazionale per gli uomini (81,0%) e inferiore alla media per le donne (44,3 %). Analizzando le singole bevande si evince che per le donne le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche considerate sono inferiori alla media italiana; per gli uomini è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, inferiore alla media quella dei consumatori di superalcolici.

Tra gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio sono superiori alla media nazionale; tra le donne sono inferiori alla media nazionale i valori delle prevalenze delle consumatrici fuori pasto e con modalità *binge drinking*. Per nessun indicatore si evidenziano variazioni rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 3-4).

Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, è inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (74,9%) che per le donne (44,3%). L'analisi delle bevande alcoliche evidenzia che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino sono inferiori alla media nazionale, così come, per le sole donne, le prevalenze delle consumatrici di birra e aperitivi alcolici e, per i soli uomini, la prevalenza di consumatori di super alcolici; unico valore al di sopra della media nazionale è come lo scorso anno per i consumatori di amari di sesso maschile (46,1%). Rispetto al 2015 l'unico incremento registrato è quello della prevalenza delle consumatrici di birra (+4,3 p.p.).

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale (ad eccezione della prevalenza delle consumatrici abituali

eccedentarie approssimabile a quello medio italiano) e non si rilevano variazioni significative rispetto alla rilevazione del 2015 (vedi Tabella 3-4).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 80,6% tra gli uomini e 53,6% tra le donne; per queste ultime si rileva un incremento di 7,2 p.p. rispetto al 2015. Per entrambe i generi sono superiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori di amari e per i soli uomini la prevalenza dei consumatori di birra. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra in incremento statisticamente significativo dei consumatori di birra (+6,0 p.p.) e di aperitivi alcolici (+8,6 p.p.) di sesso maschile e delle consumatrici donne di vino (+6,6 p.p.) e di super alcolici (+3,1 p.p.).

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale così come, per i soli uomini, la prevalenza dei consumatori *binge drinker* e a rischio. Rispetto alla precedente rilevazione del 2015 si rileva un incremento statisticamente significativo della prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (+6,0 p.p.) e della prevalenza delle consumatrici *binge drinking* (+1,6 p.p.) (vedi Tabella 3-4).

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 77,2% tra gli uomini e 45,0% tra le donne; in quest'ultimo caso il valore è inferiore alla media nazionale. La prevalenza delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore al dato medio italiano. Tra gli uomini sono aumentate rispetto al 2015 le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici (+8,0 p.p.), amari (+8,4 p.p.) e superalcolici (+8,1 p.p.) mentre tra le donne è aumentata la prevalenza delle consumatrici di birra (+6,5 p.p.).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di consumatrici fuori pasto e di *binge drinker e a rischio*; tra gli uomini è invece superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori con modalità *binge drinking*. Si rileva infine un incremento statisticamente significativo rispetto al 2015 della prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile pari a 7,1 p.p. (vedi Tabella 3-4).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è pari a 77,3% tra gli uomini e 41,8% tra le donne; per queste ultime il valore risulta inferiore alla media nazionale. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre per le donne sono inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati, e per gli uomini della prevalenza dei consumatori fuori pasto. Si osserva infine tra gli uomini una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori in modalità *binge drinking* (vedi Tabella 3-4).

Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2016 pari al 74,2% tra gli uomini e al 45,1% tra le donne. Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di birra.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che nel 2016, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari, dei fuori pasto e dei consumatori a rischio sono state inferiori alla media italiana, oltre alla prevalenza delle consumatrici con modalità *binge drinking*.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2015 e il 2016 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 3-4).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata pari al 73,3% tra gli uomini, 44,7% tra le donne, inferiori alla media nazionale per entrambi i generi. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, oltre a quelli delle sole consumatrici di birra e di amari.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso e non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2015 e il 2016 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 3-4).

Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano tra gli uomini (76,8%) e inferiore alla media nazionale tra le donne (46,3%) senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è inferiore a quella nazionale, così come quella dei consumatori di aperitivi alcolici tra le sole donne e di amari tra i soli uomini. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori di vino di sesso maschile pari a 6 p.p.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2016 per i soli uomini si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e dei consumatori a rischio; mentre per le donne i dati sono in linea con la media nazionale (la prevalenza delle consumatrici eccedentari è più bassa della media italiana). Per tutti gli indicatori considerati non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 3-4).

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” (17) quei decessi che, in accordo con la ICD-10 (26), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: Sindromi psicotiche indotte da alcol (ICD10: F10), Polineuropatia alcolica (ICD10: G62.1), Cardiomiopatia alcolica (ICD10: I42.6), Gastrite alcolica (ICD10: K29.2), Epatopatie alcoliche (ICD10: K70), Effetti tossici dell'alcol (ICD10: T51.0, T51.1), Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol (ICD10: G31.2), Pancreatite cronica indotta da alcol (ICD10: K86.0). Nella lista delle patologie totalmente alcol-attribuibili sono incluse anche “Miopatia alcolica (ICD10: G72.1)” e “Eccessivo livello ematico di alcol (ICD10: R78)”, ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall'ONA-ISS e dal Servizio tecnico scientifico di Statistica dell'ISS (27). Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2014; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (28). Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011 (28). Poiché la mortalità totalmente alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2014 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.174, di cui 965 (82,2%) uomini e 209 donne (17,8%) (Tabella 5); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (K70) e sindromi psicotiche indotte da alcol (F10) che, nel complesso, causano il 94,3% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,8% tra le donne.

Nel 2014, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 3,89 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,73 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per il genere maschile e una riduzione per il genere femminile (Tabella 5, Figura 24).

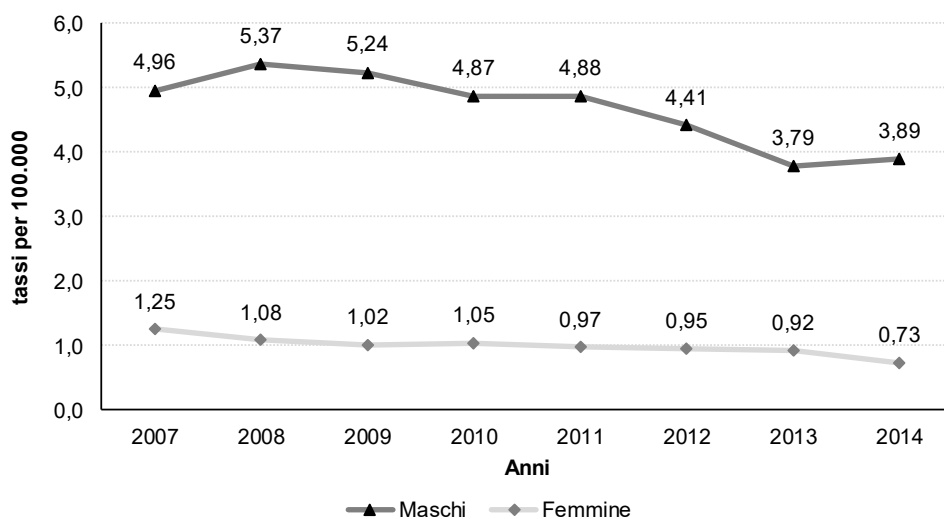
La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,30 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,34 per 100.000 tra le donne (Tabella 6).

L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2013, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi (Tabella 6, Figura 24) ma nell'ultimo anno di disponibilità del dato, per il solo genere maschile, si è registrato un incremento del tasso di mortalità (Figura 24). Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato nel 2014 tra gli uomini riguarda tutte le fasce di età (Figura 25). Tra le donne il tasso di mortalità mostra un trend in decremento su tutto il periodo e in tutte le fasce di età; in particolare, nell'ultimo anno di rilevazione si registra una riduzione marcata soprattutto nelle classi di età adulta e anziana (Figura 26).

Tabella 5. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2014

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	174	18,0	38	18,2	212	18,1
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	28	2,9	3	1,4	31	2,6
G62.1	Polineuropatia alcolica	10	1,0	0	0,0	10	0,9
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	7	0,7	5	2,4	12	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	0	0,0	1	0,5	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	736	76,3	160	76,6	896	76,3
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	2	0,2	0	0,0	2	0,2
T51	Effetti tossici dell'alcol	8	0,8	2	1,0	10	0,9
Totale decessi		965	100,0	209	100,0	1,174	100,0

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

**Figura 24. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2014**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

Tabella 6. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2014.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34	11	0,17	2	0,03	13	0,10
35-54	269	2,83	55	0,57	324	1,68
55+	685	7,30	152	1,34	837	4,04
15+	965	3,89	209	0,73	1174	2,20

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

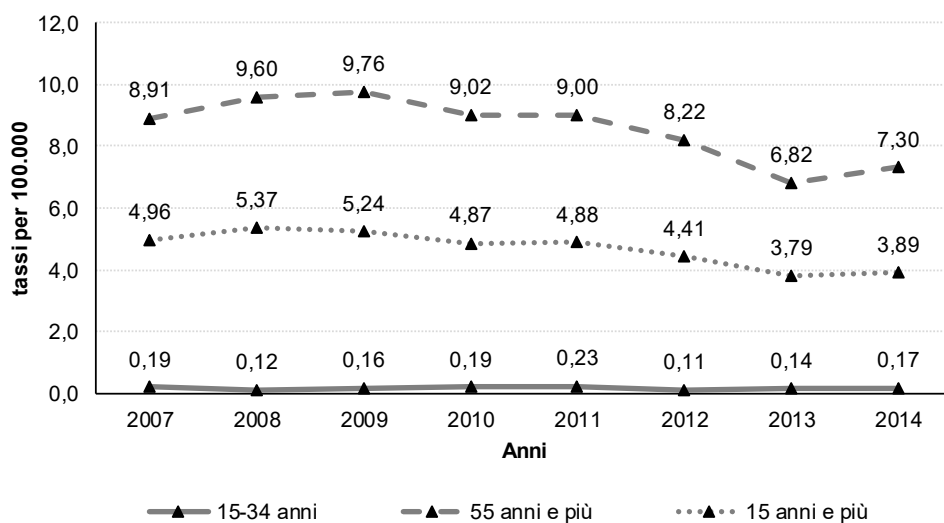


Figura 25. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Maschi. Italia, anni 2007-2013

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

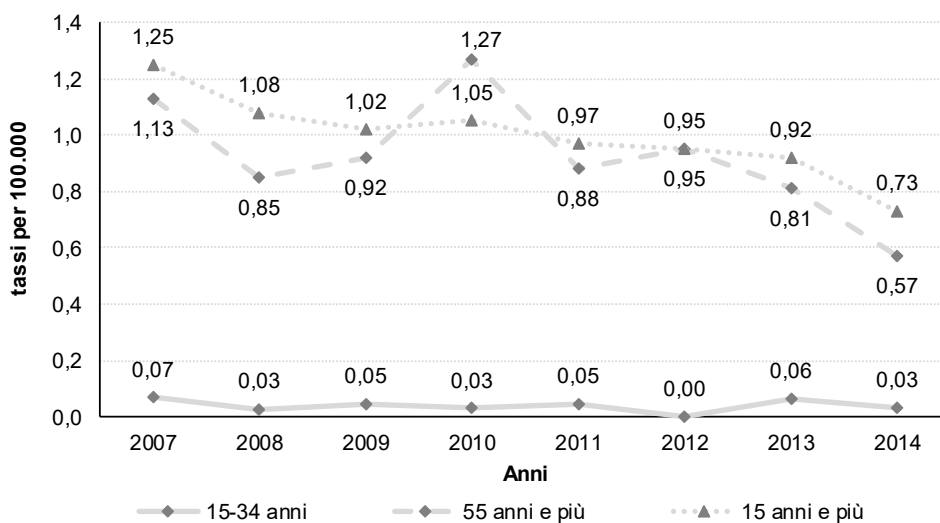


Figura 26. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Femmine. Italia, anni 2007-2013

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità piuttosto elevata. Le regioni che nel 2014 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) e con valori statisticamente superiori al dato medio nazionale (2,20 per 100.000 abitanti) sono state la Provincia Autonoma di Bolzano (7,67 per 100.000 abitanti), il Friuli-Venezia Giulia (3,79 per 100.000 abitanti), il Piemonte (2,71 per 100.000 abitanti), la Calabria (3,01 per 100.000 abitanti) la Sardegna (3,26 per 100.000 abitanti); un tasso estremamente elevato (seppur non statisticamente significativo) è stato registrato anche nella Provincia Autonoma di Trento (3,31 per 100.000 abitanti). Le regioni con i livelli del tasso standardizzato significativamente inferiori al valore medio nazionale sono invece il Lazio (1,75 per 100.000 abitanti) e la Toscana (1,32 per 100.000 abitanti); valori piuttosto bassi (anche se non statisticamente significativi) del tasso si registrano anche in Sicilia (1,90 per 100.000 abitanti), Marche (1,49 decessi ogni 100.000 abitanti) e Campania (1,92 decessi ogni 100.000 abitanti) (Figura 27).

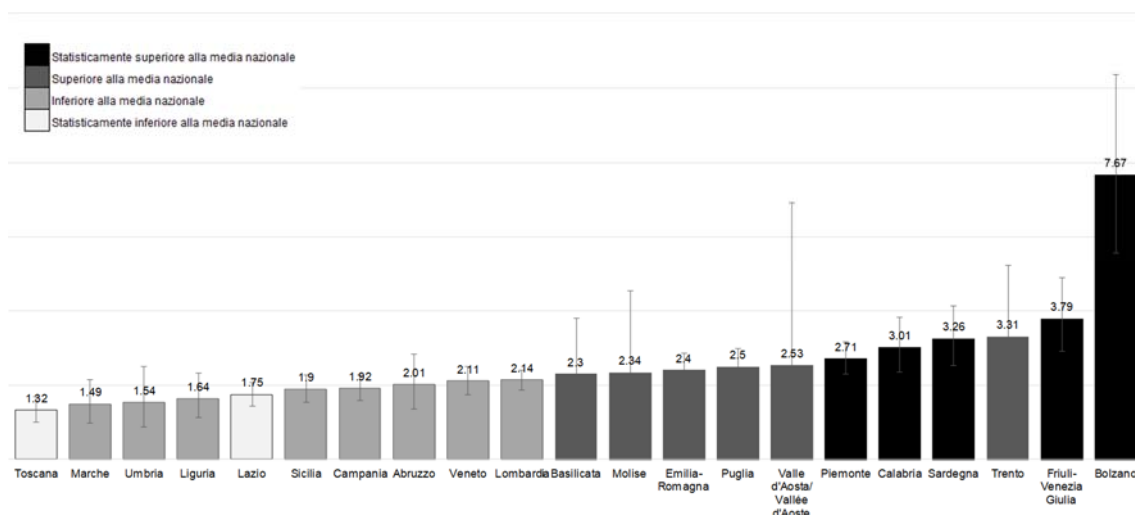


Figura 27. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione > a 15 anni. Italia, anno 2014

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2016, il 53,8% dei ragazzi e il 43,4% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; nonostante la diminuzione rispetto al 2007, rispetto alla precedente rilevazione si rileva un incremento dei consumatori di bevande alcoliche di 2,7 p.p. (Maschi + Femmine) (Figura 28).

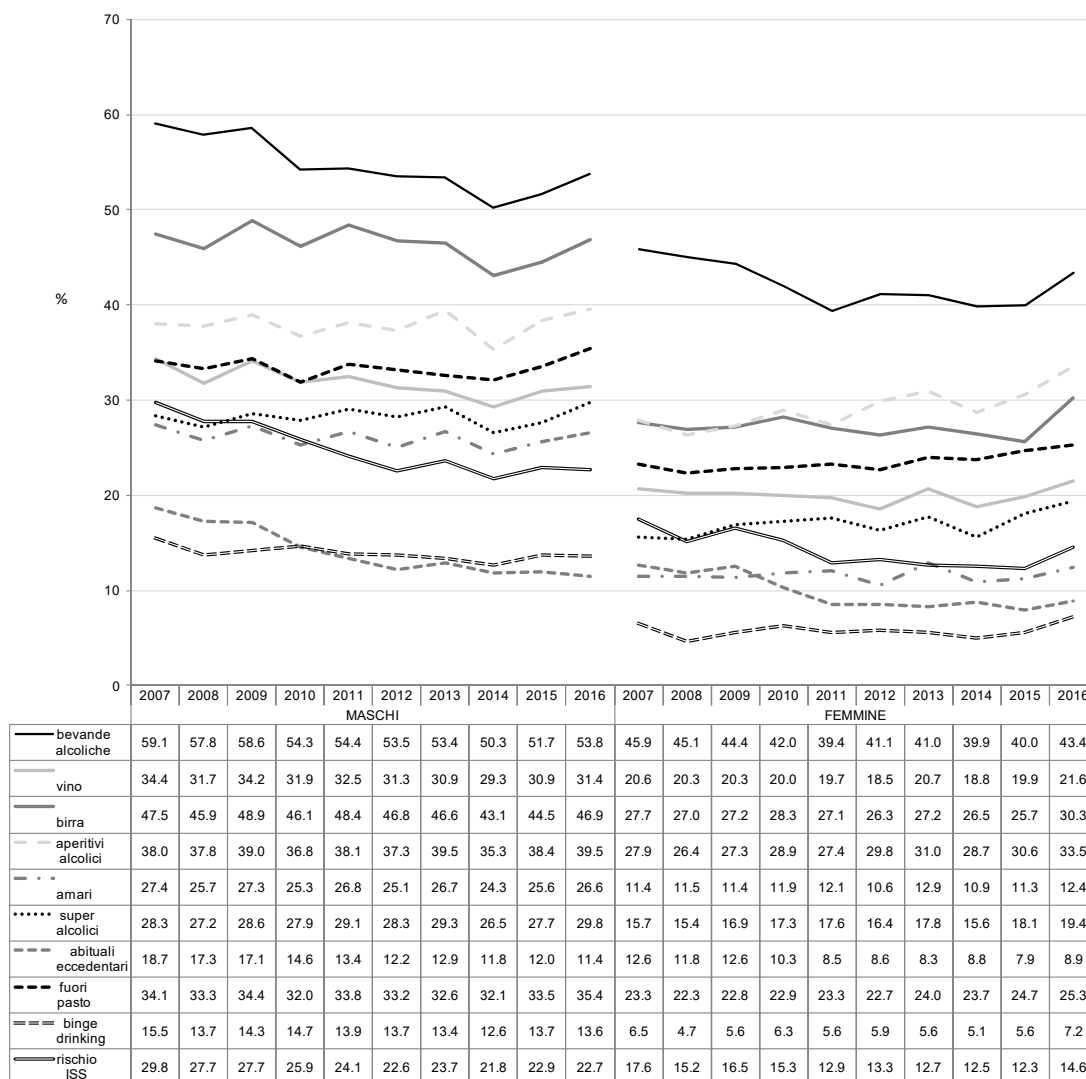


Figura 28. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2007-2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le prevalenze più elevate si registrano tra gli uomini per i consumatori di birra seguiti dai consumatori di aperitivi alcolici (46,9% e 39,5% rispettivamente), mentre per le donne le prevalenze di consumatrici più elevate si rilevano per gli aperitivi alcolici seguiti dalla birra

(33,5% e 30,3% rispettivamente); rispetto alla rilevazione del 2015 si registra un incremento delle consumatrici di birra pari a 4,6 p.p. (Figura 28 e Tabella 5).

Tabella 5. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2016)

Tipologia di consumo	11-17 ¹		18-20 ²		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	22,9*	17,9*	73,6	63,9	82,2	66,7	53,8	43,4
Consumatori di vino	9,7	5,1	41,6	28,7	53,6	39,9	31,4	21,6
Consumatori di birra	17,6	10,8	64,3	42,7	74,7	49,8	46,9	30,3
Consumatori di aperitivi alcolici	13,7*	12,2*	55,4*	49,5*	63,8	53,6	39,5	33,5
Consumatori di amari	6,7	2,9	35,2	13,5	47,3	24,6	26,6	12,4
Consumatori di super alcolici	8,4	4,9	44,9	31,9	48,6	32,1	29,8	19,4
Consumatori abituali eccedentari	22,9	17,9	1,5 [#]	0,7 [#]	2,3*	1,4*	11,4	8,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	11,7	7,1	48,1*	39,1*	58,6	42,2	35,4	25,3
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,2	2,7	19,8*	13,0*	22,3	10,2	13,6	7,2
Consumatori a rischio-criterio ISS	22,9*	17,9*	20,6*	13,0*	23,6	11,1	22,7	14,6

¹ Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

² Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

* La differenza di genere non è statisticamente significativa (IC 95%).

Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio che presenta il valore di prevalenza più alto sia tra i ragazzi che tra le ragazze di età 11-25 anni è il consumo bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 35,4%; F: 25,3%) e i valori registrati tra il 2007 e il 2016 sono rimasti pressoché stabili per entrambi i generi. Il 13,6% dei giovani di sesso maschile e il 7,2% delle coetanee hanno praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno e per le ragazze nel corso degli ultimi due anni, si rileva una tendenza all'incremento (+2,2 p.p. rispetto al 2014).

Consumare bevande alcoliche in maniera abituale eccedentaria infine, è un comportamento dichiarato nel 2016 dall'11,4% dei ragazzi e dall'8,9% delle ragazze e nonostante una diminuzione rilevata rispetto all'anno 2007, nel corso degli ultimi sei anni non si registrano variazioni statisticamente significative (vedi Figura 28 e Tabella 5).

Complessivamente sono stati identificati come consumatori a rischio nel 2016 il 22,7% dei giovani 11-25enni e il 14,6% delle loro coetanee per un totale di circa 1.660.000 ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 28 e Tabella 5).

Consumatori di 11-17 anni

Non consumare bevande alcoliche al di sotto dei 18 anni è la raccomandazione della WHO; in Italia dal 2012 (Legge 189/2012) vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni; da queste due indicazioni si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno praticano un comportamento a rischio per la loro salute. Pertanto, nella fascia di età 11-17 anni l'indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono e nel 2015 è stato di 22,9% tra i ragazzi e di 17,9% tra le ragazze (vedi Tabella 5).

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra chi beve birra (M: 17,6%; F: 10,8%) e aperitivi alcolici (M: 13,7%; F: 12,2%); valori più bassi invece si registrano tra chi beve superalcolici e amari. Le prevalenze di consumatori di vino, birra, amari e superalcolici sono statisticamente superiori tra gli uomini rispetto alle donne (*vedi* Tabella 5).

Il 9,8% dei ragazzi e il 6,8% delle ragazze ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti e una quota minore ha dichiarato di aver praticato il *binge drinking* (M: 3,5%; F: 1,7%) e anche per questi indicatori non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto allo scorso anno.

Nonostante la prevalenza dei consumatori a rischio sia diminuita rispetto al 2007, nel corso degli ultimi 5 anni non si registrano variazioni significative dell'indicatore né tra gli uomini né tra le donne di questa fascia d'età.

In totale si stima che gli adolescenti minorenni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2015 circa 800.000, con una marcata differenza di genere.

Consumatori di 18-20 anni

I danni legati al consumo di alcol nei giovani, come ad esempio gli incidenti stradali sono influenzati dal bere; una revisione di 132 studi ha mostrato che il cambiare l'età minima legale per la vendita di bevande alcoliche può avere effetti sostanziali su questi comportamenti (68) e in Italia l'età minima legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche da qualche anno sono stati innalzati a 18 anni.

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alle concentrazioni di alcol nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età e per questo motivo è necessario valutare attentamente gli effetti negativi dell'alcol mentre si guida. La normativa italiana stabilisce come valore limite legale un tasso di alcolemia di 0,5 g/L ma la Legge n. 120 del 29 luglio 2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale", entrata in vigore il 13 agosto 2010, ha introdotto la tolleranza zero; la nuova legge infatti prevede che i patentati con meno di 21 anni, così come i neopatentati (coloro che hanno preso la patente da meno di 3 anni), non possono bere neanche un piccolo quantitativo di alcol quando si mettono al volante. Le sanzioni per neopatentati trovati con tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/L consistono in una multa da 155 a 624 euro e decurtazione di cinque punti dalla patente; le sanzioni raddoppiano nel caso in cui il conducente provochi un incidente. La tolleranza zero vale anche per i minorenni alla guida dei ciclomotori; se il ciclomotorista viene fermato con un tasso di alcol nel sangue compreso tra 0,1 e 0,5 g/L non potrà prendere la patente B fino ai 19 anni, mentre se il livello di alcol supera 0,5 g/L la patente non potrà essere conseguita prima dei 21 anni.

Nella classe di età 18-20 anni, il 73,6% dei ragazzi e il 63,9% delle ragazze dichiarano di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2016, né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative ne rispetto al 2007 ne rispetto alla precedente rilevazione.

Tra i ragazzi la prevalenza più elevata si registra tra chi beve birra (M: 64,3; F: 42,7%) e aperitivi alcolici (M: 55,4; F: 49,5%)

Le prevalenze dei ragazzi che consumano vino, birra aperitivi alcolici e super alcolici sono superiori a quelle rilevate per le loro coetanee, mentre la differenza di genere non è statisticamente significativa tra chi consuma aperitivi alcolici (*vedi* Tabella 5).

Il 48,1% dei ragazzi e il 39,1% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2016 sono stati il

19,8% e il 13,0% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti (*vedi* Tabella 5).

In totale si stima che nel 2016 sono stati circa 290.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 190.000 uomini e 100.000 donne pari al 20,6% e 13,0% rispettivamente dei 18-20enni (*vedi* Tabella 5).

Consumatori di 21-25 anni

Oltre i ventuno anni, un giovane viene considerato adulto, e le quantità di alcol da non superare giornalmente per non incorrere in rischi per la salute coincidono con quelle della popolazione adulta (2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne).

L'82,2% dei ragazzi e il 66,7% delle ragazze di 21-25 anni, hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2016 e complessivamente si registra in questa fascia di età un incremento statisticamente significativo pari a 4,7 p.p.

In questa fascia d'età, la prevalenza di consumatori è più elevata per la birra (74,7%); tra le donne la prevalenza è più elevata tra le consumatrici di aperitivi alcolici (49,4%) e di birra (49,8%), seguita dalla prevalenza delle consumatrici di vino (39,9%) e super alcolici (32,1%). Gli amari sono la bevanda meno consumata in questa fascia di età sia dagli uomini sia dalle donne. Per tutte le bevande considerate, i valori sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne e nel corso degli anni non si sono registrate variazioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate ad eccezione della birra per le donne che è aumentata rispetto al 2015 di 10 p.p.

Il 58,6% dei ragazzi e il 42,2% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2015 sono stati il 22,3% e il 10,2% rispettivamente. Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti.

Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche, così come quelle relative ai diversi comportamenti a rischio, risultano superiori a quelle rilevate per le coetanee della stessa classe di età.

In totale si stima che nel 2016 sono stati circa 540.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (oltre 370.000 uomini e quasi 170.000 donne pari al 23,6% e 11,1% rispettivamente dei 21-25enni (*vedi* Tabella 5).

CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena per l'uomo e i target più sensibili della popolazione, oltre ai giovani e le donne, sono gli anziani; la motivazione è da ricercarsi nella maggiore vulnerabilità agli effetti delle bevande alcoliche rispetto al resto della popolazione, dovuta a una ridotta capacità dell'organismo di metabolizzare l'alcol in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo con il passare degli anni (Figura 29).

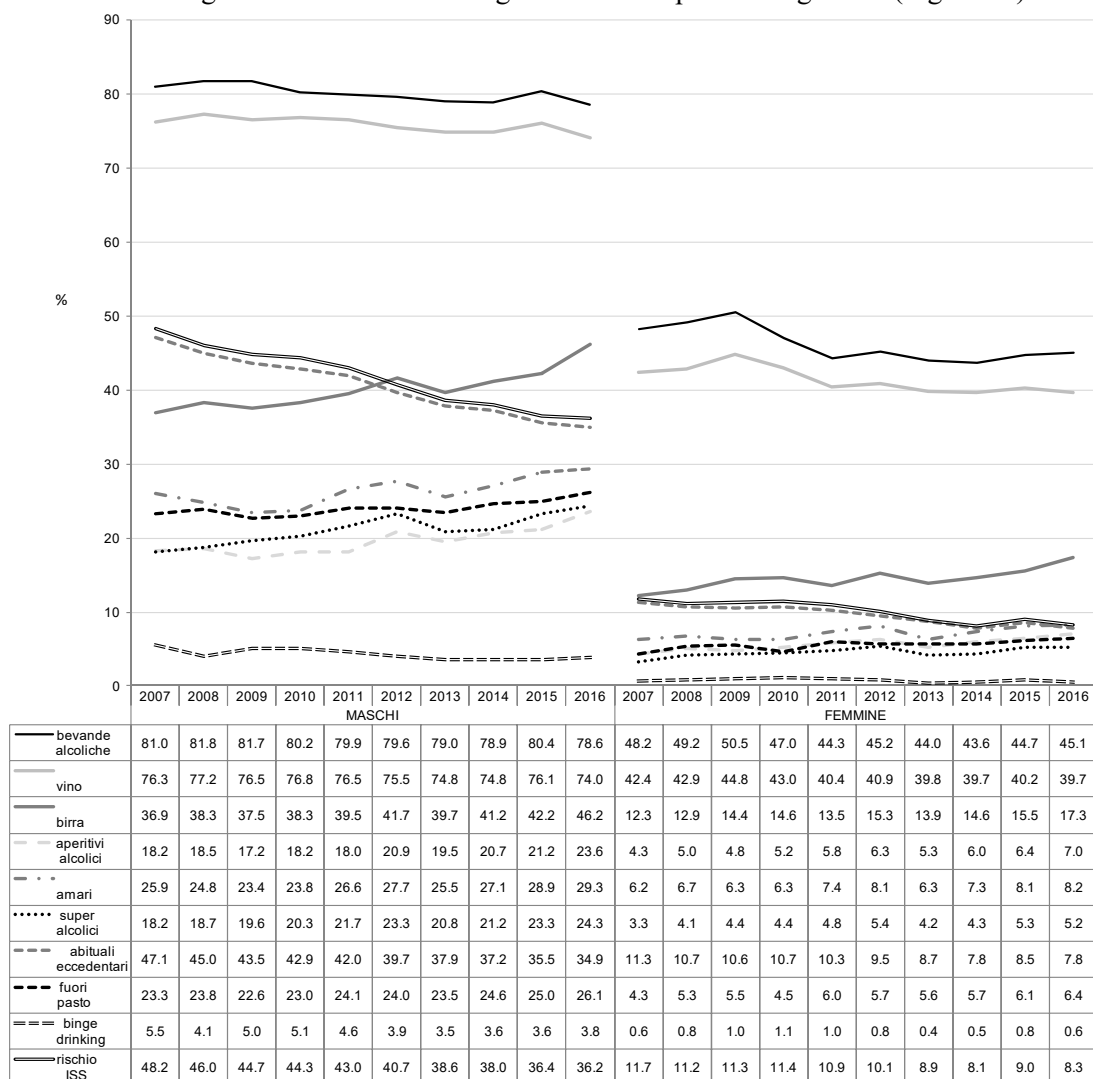


Figura 29. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2007-2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La quantità d'acqua presente nell'organismo e il funzionamento di alcuni organi, come il fegato e i reni, si riduce infatti con l'avanzare dell'età e di conseguenza diventa più difficile la completa eliminazione dell'alcol dall'organismo; si indebolisce la muscolatura e si riduce la

mobilità, facilitando le cadute e le fratture; inoltre in questa fascia d'età si assumono molto spesso farmaci quotidianamente che interagiscono con l'alcol e quest'ultimo ne modifica gli effetti.

Le linee guida (29) dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) consigliavano, già nel 2003, di ridurre il consumo di alcol in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute, di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 UA (330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

In Italia nel 2016 il 59,6% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 78,6%; F: 45,1%) (Figura 29 e Tabella 6).

Nel corso degli anni, non si registrano variazioni statisticamente significative tra gli uomini che consumano bevande alcoliche mentre tra le donne si rilevata una diminuzione statisticamente significativa tra il 2007 e il 2011 e una stabilità del dato nel corso degli ultimi quattro anni.

Tabella 6. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2016)

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	81,8	51,5	75,9	40,9	71,1	36,2	78,6	45,1
Consumatori di vino	76,5	43,8	72,1	36,9	67,7	34,3	74,0	39,7
Consumatori di birra	56,5	24,4	37,5	13,3	22,4	6,2	46,2	17,3
Consumatori di aperitivi alcolici	29,7	10,4	18,7	5,0	9,1	1,9	23,6	7,0
Consumatori di amari	35,6	12,3	24,7	5,8	13,1	2,3	29,3	8,2
Consumatori di super alcolici	30,1	7,6	19,8	4,1	10,0	1,2 [#]	24,3	5,2
Consumatori abituali eccedentari	36,8	9,1	33,7	7,1	29,2	5,3	34,9	7,8
Consumatori di alcolici fuori pasto	31,5	8,3	21,7	5,8	12,7	2,6	26,1	6,4
Consumatori <i>binge drinking</i>	5,0	0,8	2,7	0,7	1,2 [#]	0,1 [#]	3,8	0,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	38,6	9,8	34,3	7,8	29,8	5,4	36,2	8,3

Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana.

La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevata in questa fascia di età è, sia per gli uomini sia per le donne, il vino (M: 74,0%; F: 39,9%) seguita dalla birra (M: 46,2%; F: 17,3%). Nel corso degli anni, non si registrano variazioni statisticamente significative tra i consumatori di vino per entrambi i generi.

I consumatori di birra, sono stati, nel 2016, il 46,2% degli uomini e il 17,3% delle donne; per i soli uomini si rileva un trend in aumento dei consumatori di birra che nel corso dell'ultimo anno sono aumentati di 4,0 p.p.

Valori di prevalenza molto più bassi sono stati rilevati anche nel 2016 per i consumatori di amari (M: 29,3%; F: 8,2%), di aperitivi alcolici (M: 23,6%; F: 7,0%) e i superalcolici (M: 24,3%; F: 5,2%) (vedi Tabella 6).

Nel corso degli anni si registra una tendenza all'aumento dei consumatori delle diverse bevande alcoliche (ad eccezione dei consumatori di vino che sono rimasti pressoché stabili nel corso degli ultimi 6 anni) e si sottolinea, in particolare, che la prevalenza dei consumatori di amari tra gli ultra 65enni è aumentata rispetto al 2007 di 3,4 p.p. tra gli uomini e di 1,9 p.p. tra le donne, così come la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (+5,4 p.p. e +2,7 p.p. rispettivamente) e quella dei consumatori di super alcolici (+6,1 p.p. e +2,7 p.p. rispettivamente).

L'analisi dei comportamenti a rischio in questo target sensibile di popolazione evidenzia come, a fronte di un'errata comunicazione nel corso degli anni dei rischi per la salute legati al così detto stile di consumo "mediterraneo" di bevande alcoliche (che prevedeva l'assunzione di una quantità

moderata di vino durante i pasti), ancora oggi il consumo abituale eccedentario risulta essere il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute.

La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2016 è stata del 34,9% tra gli uomini e dell'7,8% tra le donne e, anche quest'anno, si rileva una tendenza pressoché lineare alla diminuzione di questi consumatori, in particolar modo tra gli uomini, a conferma della maggiore attenzione nel comunicare i rischi per la salute legati al consumo di bevande alcoliche.

Circa un anziano su quattro e un'anziana su dieci hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel corso dell'anno 2016 (M: 26,1%; F: 6,4%), mentre la quota di *binge drinker* in questa fascia di età è più bassa rispetto al resto della popolazione ed è pari al 3,8% tra gli uomini e allo 0,8% tra le donne.

In totale si stima che nell'anno 2016 sono stati quasi 2.700.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.070.000 uomini e 630.000 donne, pari al 36,2% e 8,3% rispettivamente (*vedi* Tabella 6).

A seguito dell'aumento della speranza di vita alla nascita e di numerose mutamenti sociali complessi, è emersa la necessità di introdurre nuove caratterizzazioni degli anziani ultra sessantacinquenni per meglio identificare le abitudini di consumo delle fasce diverse di popolazione; sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-75), agli 'anziani' veri e propri (76-84) e ai 'grandi anziani' (85 e oltre).

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

I giovani anziani che nel 2016 hanno bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno sono stati l'81,8% degli uomini e il 51,5% delle donne.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che hanno bevuto vino (M: 76,5%; F: 43,8%), seguita da chi ha bevuto birra (M: 56,5%; F: 24,4%) per entrambi i sessi; risultano invece valori molto più basse le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici (M: 29,7%; F: 10,4), amari (M: 35,6%; F: 12,3%), e i superalcolici (M: 30,1%; F: 7,6%). Per tutte le bevande considerate, le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (*vedi* Tabella 6).

Dal 2007, si rileva una tendenza all'aumento delle prevalenze dei consumatori di birra aperitivi alcolici, amari e super alcolici per entrambi i generi; in particolare si registra un incremento statisticamente significativo pari a +2,4 p.p. rispetto alla precedente rilevazione della prevalenza dei consumatori di birra (Maschi + Femmine); la prevalenza dei consumatori di vino invece nel corso degli ultimi anni è rimasta pressoché stabile per entrambi i generi.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza di consumatori abituali eccedentari nel 2016 è stata pari al 36,84% tra gli uomini e 9,1% tra le donne, quelli che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 31,5% e l'8,3%, quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno il 5,0% e 0,8%. Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si rilevano variazioni significative rispetto al 2015.

Nell'anno 2016, si stima quindi che sono circa 1.540.000 i "anziani giovani" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 38,6% degli uomini e al 9,8% delle donne. In questa classe di età si rileva una riduzione rispetto ai valori registrati nel 2007 della prevalenza dei consumatori a rischio, nonostante il valore sia rimasto pressoché invariato rispetto allo scorso anno (*vedi* Tabella 6).

Consumatori anziani (75-84 anni)

Nel 2016, nella classe degli anziani 75-84enni, il 55,5% degli intervistati (M: 75,9%; F: 40,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e non si registrano variazioni significative ne rispetto al 2007 che rispetto all'ultima rilevazione del 2015. La bevanda più consumata, come per i "giovani anziani", è il vino e le persone che hanno dichiarato di averne consumato sono state il 72,1% degli uomini e il 36,9% delle donne; dichiarano inoltre di aver consumato birra il 37,5% degli uomini e il 13,3% delle donne, aperitivi alcolici il 18,7% e 5,0% rispettivamente, amari il 24,7% e 5,8% e infine superalcolici il 19,8% degli anziani e il 4,1% delle loro coetanee.

Le prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate sono tutte minori per le donne rispetto agli uomini (*vedi* Tabella 6) e i valori si mantengono pressoché stabili rispetto alla precedente rilevazione, ad eccezione dei consumatori di vino che complessivamente sono diminuiti di 3,7 p.p.

L'analisi delle abitudini di consumo in questa classe d'età mostra che il dato di prevalenza del consumo abituale eccedentario è il più elevato di tutti i comportamenti analizzati (M: 33,7%; F: 7,1%) e pressoché sovrapponibile a quello dei consumatori a rischio. È invece ridotta la quota degli anziani che hanno praticato il *binge drinking* (M: 2,7%; F: 0,7%) sebbene l'abitudine a consumare bevande alcoliche lontane dai pasti sia un comportamento seguito dal 21,7 degli anziani e il 5,8% delle loro coetanee.

In totale si stima che nell'anno 2016 sono stati circa 900.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 34,3% degli uomini e il 7,8% delle donne 75-84enni (*vedi* Tabella 6).

Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

La prevalenza dei "grandi anziani" ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2016 è stata del 71,1% per gli uomini e del 36,2% per le donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni; verosimilmente a causa di un peggioramento dello stato di salute di questi soggetti con l'avanzare dell'età per entrambi i sessi il valore di prevalenza di coloro che hanno consumato almeno una bevanda alcolica è il più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani analizzati.

L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che il più alto valore di prevalenza si registra, come per le altre classi di età, per il vino sia per gli uomini (67,7%) che per le donne (34,3%), seguito dalla birra (M: 22,4%; F: 6,2%), e da aperitivi alcolici (M: 9,1%; F: 1,9%), amari (M: 13,1%; F: 2,3%) e superalcolici (M: 10,0%; F: 1,2%). Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alle precedenti rilevazioni (*vedi* Tabella 6).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra per i consumatori abituali eccedentari (M: 29,2%; F: 5,3%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 12,7%; F: 2,6%).

In totale si stima che nell'anno 2016 sono stati circa 260.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) pari al 29,8% degli uomini e il 5,4% delle donne (*vedi* Tabella 6).

CONCLUSIONI

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa in Italia milioni di individui di tutte le fasce d'età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine. Il mondo dei *social network*, le tecnologie alla portata di mano di tutti, contribuiscono sempre più alla diffusione rapida di culture del bere, favorite da disapplicazioni normative, scarso rigore, contraddizioni e convenienze alle quali è spesso difficile rispondere con tempestività attraverso adeguate risposte istituzionali ed efficaci politiche sull'alcol spesso contrastate dalle logiche del mercato a scapito di quelle di tutela della salute. I dati e le tendenze sono utili e indispensabili per il monitoraggio di un fenomeno che necessita tuttavia di un'interpretazione che non può esaurirsi nel dettaglio statistico ma soffermarsi sulle realtà di fatto attraverso le considerazioni proprie della comprensione culturale della società e dei modelli che seguono dinamiche estremamente rapide, che non consentono spesso di poter assicurare con pari velocità la risposta di salute pubblica e di prevenzione adeguate ai tempi e a costumi che sono lo specchio di una società globalizzata che muta valori e aumenta quotidianamente le sue complessità.

Ogni anno sono migliaia le intossicazioni alcoliche che giungono al Pronto Soccorso e sempre più crescente il numero dei minori e dei giovani che salgono al triste e grottesco onore delle cronache come vittime della loro stessa pessima interpretazione della «libertà» di bere. Intossicazione alcolica, coma etilico, pronto soccorso, incidente sono le parole ricorrenti delle notizie che troppo spesso associano adolescenti, minori, giovani nel tristemente noto bollettino del fine settimana. Bollettino verso il quale pare che sia le persone che molte istituzioni assistono come ad eventi di routine che gli adulti, le agenzie educative, scuola e famiglia per prime, dovrebbero invece affrontare come eventi per i quali attivare con determinazione interventi mirati. Tali interventi dovrebbero svalorizzare una cultura del bere supportata dal mercato e ispirata a pseudo-valori che rispondono a bisogni veri o presunti di generazioni che usano l'alcol più che berlo secondo modelli di socializzazione di stampo mediterraneo. Questi ultimi, i modelli di stampo mediterraneo, sono attualmente ampiamente disattesi anche da un numero crescente di adulti che non riesce a trasmettere, di conseguenza, il modello della moderazione e del consumo ai pasti, eccezione più che regola come accadeva sino a venti anni fa.

L'ampia disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche, la normalizzazione di attività che legano alcol a cultura, eventi sportivi o musicali rendono sempre più difficile intervenire nelle scuole dove non è raro verificare l'estrema diffusione e circolazione di sostanze di qualunque tipo, come la cannabis spesso causa o conseguenza del bere, tra le quali l'alcol è veramente quello più semplice (e legale) da reperire e consumare. Si stigmatizza, almeno teoricamente, gli adulti che pongono nelle disponibilità dei minori bevande alcoliche, ma ci si impegna poco o nulla a garantire il rafforzamento del controllo formale e informale della società, dell'esercizio di vigilanza e di accompagnamento familiare e sociale nello sviluppo di abitudini salutari tese a ritardare l'abilitazione al consumo di bevande alcoliche, obiettivo delle strategie globali di prevenzione, e a svalorizzare fenomeni di mercato tesi a promuovere modelli intossicanti del bere «felice» come promettono *happy hours* o *open bar*, secondo una strategia tesa a proporre l'intossicazione certa a basso costo.

Dal 1999, dalla Conferenza Ministeriale Europea sui Giovani e l'Alcol, si parla di *binge drinking*, ovvero del bere per ubriacarsi, come della modalità paradigmatica del danno, oggi riconosciuto come permanente, allo sviluppo cognitivo del minore e come fenomeno culturale che non trova adeguato contrasto nella società per pure e semplici logiche di convenienza, che vanno a incidere sulla salute e la sicurezza dei più giovani. È questa una delle ragioni per le quali in Italia l'alcol continua a rappresentare la prima causa di morte tra i giovani sino ai 24 anni. Il

problema era chiaro nel 2000 e lo è ancora oggi: a dimostrazione del fatto che, nonostante la prevenzione e la sensibilizzazione, i giovani restano ancora un obiettivo negletto della prevenzione vera e multidimensionale, quella sostanziale dell'alcol nelle altre politiche che potrebbe anche solo limitarsi a privilegiare iniziative di settore, sanitarie, d'identificazione precoce, di informazione, sensibilizzazione, comunicazione che risultano tuttavia carenti e ben lontane dal ricevere un livello adeguato di investimenti capaci di contrastare la prima causa di morte e disabilità tra i giovani in Italia.

I giovani sono attratti dalla sperimentazione ma anche affascinati dal *marketing* che propone cosa, come, dove, quando bere prevalentemente nella prospettiva della ricerca della o delle sensazioni attraverso cui si gioca e si rischia nell'ignoranza della chimica delle sostanze. E' nota la dinamica seguita dalla "generazione chimica" che usa le sostanze in attesa delle sensazioni che può determinare: alcol per euforizzarsi, *energy drink* in commistione per contrastare l'effetto intossicante dell'alcol e per bere anche di più, grazie al finto stato di maggiore vigilanza provocato da caffeina, taurina, glucuronolattone, in pieno assoggettamento di abbassamento di una adeguata percezione del rischio che espone all'uso contestuale di sostanze illegali come la marijuana o la cocaina, ampiamente reperibili, o le *smart drugs* e le droghe sintetiche.

Il controllo formale e informale della società in tutto ciò è praticamente inesistente, il principale anticorpo sociale è inattivato nella dimensione liquida dell'alcol nelle sue infinite forme proposte attraverso dinamiche di comunicazione commerciale e investimenti milionari che fanno seguire la velocità del cambiamento delle culture giovanili, sicuramente più velocemente di quelle di prevenzione che non riescono a competere con la costanza attraverso cui viene sostenuto e fatto crescere il valore dell'alcol. Venticinque miliardi di euro questa è la stima dei costi che la WHO riferisce all'Italia per la gestione dei danni sociali e sanitari dell'alcol. Quale tutela è possibile in una cornice culturale in cui anche gli adulti tendono sempre più a consumare fuori pasto e ad eccedere le linee guida a minor rischio? Quali strumenti possono incidere per proteggere i più vulnerabili agli effetti dell'alcol? Quali le misure che possano contrastare la cultura della mancata osservanza della legalità che è la principale causa del bere a rischio tra i giovani? Quali interventi da mettere in atto dalle autorità competenti per garantire adeguati livelli di garanzia di controllo, di rigore e di certezza della sanzione per l'esposizione al rischio dei minori? Come riuscire a proporre e integrare nella cultura giovanile alternative salutari e sicure?

I giovani trascorrono gran parte del tempo in famiglia e nei contesti scolastici. Si parla tanto di interventi negli istituti scolastici, ma non si interviene mai in maniera organica attraverso l'inserimento nell'ordinamento didattico dell'educazione alla salute. Ore in cui si dovrebbero incrementare le conoscenze e la consapevolezza, ore di *empowerment* che dovrebbe essere anche educazione al rispetto del proprio corpo ma anche di quello dell'altro. Ore che dovrebbero fornire gli elementi di base per garantire strumenti e facilitare adeguati livelli di autostima e di buona salute mentale, nel senso più ampio del termine, mirati a contrastare le tante, troppe dipendenze, anche comportamentali, che stanno esplodendo. Non c'è soltanto l'alcol, ma anche la cannabis, le *smart drugs* e il ricorso agli psicofarmaci da parte di milioni di giovani di cui ancora non ci si prende cura in maniera organica. La cultura del "doping", dell'adozione di un comportamento capace di produrre livelli di "piacere" che trovano terreno fertile per la reiterazione in funzione dell'esigenza di *rewarding*, di gratificazione spesso negata nelle sfere relazionali, scolastiche, affettive, familiari spianano la strada nei più vulnerabili a "intossicazioni" che non sono più solo alcoliche, ma plurime e sistemiche.

La comunità scientifica, in particolare attraverso la *Joint Action* europea RARHA, ha focalizzato l'attenzione sull'importanza di fornire evidenze e linee guida per ridurre i rischi e i danni causati dal consumo di alcol, dai modelli di consumo, dalle tendenze che influenzano i comportamenti individuali, dalle modalità di relazione e di aggregazione che caratterizzano la società moderna.

Nel 2016 nell'ottica di mobilitare e favorire la cooperazione per lo sviluppo e la condivisione di un approccio comune in linea con la strategia europea sull'alcol, un ampio consenso di opinione di centinaia di esperti, condiviso da 30 nazioni europee rispetto alle linee guida sull'alcol, in aggiunta alla raccolta e aggiornamento delle basi scientifiche, è stato raggiunto rispetto ai punti seguenti:

- le linee guida sul consumo a basso rischio devono essere diffuse alla popolazione in generale dal momento che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al consumo di alcol per una scelta consapevole;
- la responsabilità della fornitura delle informazioni alla popolazione sui rischi e sui modi per ridurli spetta ai governi e alle proprie strutture di salute pubblica;
- il disporre di linee guida sul consumo di alcol a basso, sul consumo ad alto rischio e sul consumo episodico eccessivo può contribuire, con il tempo, a favorire i cambiamenti delle modalità e attitudini di consumo nella popolazione: possono incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il consumo, attrarre l'attenzione dei consumatori a rischio sulle abitudini del loro consumo e, per il consumo episodico eccessivo, ridurre il rischio di danni sanitari e sociali da stato di ubriachezza al bevitore stesso e a terzi;
- le linee guida del consumo di alcol a basso rischio devono includere informazioni/raccomandazioni per ridurre i rischi e i danni sia nell'immediato che a lungo termine;
- le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite separatamente per uomini e donne;
- il messaggio deve essere concentrato sui rischi e non su potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute nella comunicazione del consumo a basso rischio;
- il “consumo a basso rischio” non significa “assenza di rischio”;
- le linee guida sul consumo a basso rischio non devono essere utilizzate per situazioni e gruppi di popolazione ad alto rischio per le quali l'opzione più sicura da comunicare è quella di non bere affatto (i minori, le donne in gravidanza, soggetti che assumono farmaci, con storia familiare di alcol-dipendenza, con problematiche relative alla salute mentale e al consumo di sostanze, quando si è alla guida di veicoli, nell'ambiente di lavoro e per tutte le attività che richiedono concentrazione);
- l'alcol aumenta il rischio di cancro;
- l'alcol ha effetti negativi per la famiglia;
- le linee guida sul consumo a basso rischio sono necessarie anche per gli anziani, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità e agli incidenti alcol-correlati;
- il fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio ai minori di anni 18 è ritenuto controproducente;
- nella comunicazione del rischio nel consumo episodico eccessivo è opportuno sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro; dovrà inoltre essere specificato l'arco temporale e il fatto che il consumo episodico eccessivo è dannoso così come lo è il consumo eccedentario giornaliero;
- le bevande alcoliche devono includere etichette con informazioni sul contenuto delle bevande in particolare il contenuto di calorie delle bevande, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti;

- è necessario sostenere politiche a favore delle etichette con informazioni sui rischi per la salute (*warning message*) sui contenitori delle bevande alcoliche.

Irrinunciabile e indispensabile per catalizzare l'attenzione e il dibattito istituzionale è un sistema di monitoraggio istituzionale sempre più evoluto, capace di sostanziare e orientare le considerazioni e le indicazioni delle azioni dotate di provata efficacia che emergono come rilevante risorsa per la tutela della salute.

Ogni anno lo scenario epidemiologico tracciato dall'analisi dei dati prodotta dall'ONA-ISS, per la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001, e dall'ISTAT, contribuisce a delineare le tendenze e le pratiche che guidano il decisore politico nell'opportuna scelta di interventi oggi maggiormente disponibili rispetto al passato, il cui rapporto costo-benefici e la cui valenza è oggi ampiamente sollecitata dalle evidenze prodotte dalla vasta e consolidata rete europea di ricerca scientifica e di *advocacy*. L'ONA-ISS, tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della SIA, e dei nuovi LARN ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale quotidiano eccedentario e quello episodico eccessivo (*binge drinking*). La prevalenza dei consumatori a rischio in Italia è nel 2016 del 23,2% per uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni, invariata rispetto all'anno precedente, per un totale di quasi 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che non hanno ritenuto di conformare il modello individuale del bere alle indicazioni di salute pubblica: sono più a rischio, indipendentemente dal genere, la classe di età 16-17enni (M=49,3%, F=40,0%), in aumento rispetto all'anno precedente, tutti individui che non dovrebbero affatto consumare bevande alcoliche. Sono anche più a rischio gli individui della classe dei 65-74enni. Come conseguenza, verosimilmente a causa di una scarsa conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che avrebbero bisogno di essere identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica, persone che, se non identificate precocemente e sensibilizzate sulle abitudini di consumo, possono consolidare i modelli non salutari di consumo e sviluppare patologie e problematiche alcol-correlate delle quali l'alcol-dipendenza appare solo una delle oltre 200 condizioni patologiche che includono una decina di tipi di cancro, primo tra tutti quello del seno nella donna.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (*vedi* Figura 22). L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto agli anni 2007-2011, dal 2012 la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne (*vedi* Figura 23) a testimonianza dell'esigenza urgente di rinnovati sforzi di iniziative di prevenzione, comunicazione, informazione rivolte all'intera popolazione. La stessa mortalità totalmente alcol-attribuibile mostra incrementi evitabili a fronte di adeguate iniziative di prevenzione e di capacità d'intercettazione dei consumatori dannosi e degli alcolodipendenti che hanno notoriamente un rischio di mortalità più elevata. Le dimensioni del consumo rischioso e dannoso di alcol interessano in Italia milioni di individui di tutte le fasce di età, e sono associate a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine in funzione dei tempi di esposizione al consumo, alle modalità di assunzione, ai modelli del bere, non più tradizionali ma sempre più impostati da logiche di mercato e spinti dalla pubblicità verso il consumo fuori pasto e secondo modalità intossicanti nei luoghi di aggregazione giovanili sottratti ad adeguati e rigorosi livelli di controllo e sanzione.

I giovani rappresentano un *target* di popolazione estremamente vulnerabile a tutte le bevande alcoliche il cui consumo risulta essere la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità; causa evitabile se venissero facilitati adeguati livelli di consapevolezza derivanti dall'informazione e dall'educazione alla salute e venisse contemporaneamente garantito e supportato il rispetto delle norme di tutela della salute e di sicurezza (rese ampiamente disponibili da anni in tutti contesti ma altrettanto ampiamente disapplicate a livello locale). Un'attenzione particolare è pertanto indispensabile relativamente ai problemi della legalità per il mancato rispetto delle leggi (che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni), ma anche quello delle disuguaglianze in salute causate dall'alcol e non adeguatamente contrastate da politiche, piani, strategie e azioni nazionali e regionali.

Lo stato dell'arte e i *trend* supportano l'adozione di politiche, interventi, piani di azione e strategie di cui oggi più che mai si sollecita l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura, iniziative di screening e interventi nel sociale. Quest'ultimo aspetto in considerazione del fatto che, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esposizione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita e ai comportamenti.

Molti italiani bevono ben oltre i limiti che il nostro organismo possa tollerare; c'è chi lo fa in maniera quotidiana e chi assume alcol occasionalmente, ma tutti in maniera dannosa per se stessi e spesso per gli altri. Ci sono molte azioni, iniziative, strategie e programmi da realizzare e che, sicuramente, non possono essere completamente compatibili con le finalità spesso prevalenti di tutela e promozione dei prodotti alcolici e del *marketing* fatto salvo un sempre possibile esercizio virtuoso teso a controbilanciare le esigenze di tutela e promozione della salute in omaggio all'approccio supportato dal concetto europeo di "salute nelle altre politiche" e di pieno rispetto delle leggi nazionali di tutela dei minori, obiettivo non negoziabile e di diritto.

Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio, e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un continuum di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni, appare centrale e urgente garantire e integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (attraverso il test *AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test*) nei contesti di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani (*setting* pediatrici e di assistenza primaria erogata dai medici di famiglia), favorendo l'erogazione di tecniche di counselling motivazionale, tra le quali l'intervento breve che garantisce i più elevati livelli di efficacia e i più vantaggiosi profili di costo e di beneficio.

Nel 2017, si attuerà la verifica dell'*Action Plan 2014-2016 on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)* in merito alle azioni e strategie adottate dai Governi attivi nel CNAPA. Il comitato, riunito a Lussemburgo per dirimere le questioni specifiche, ha impegnato gli Stati Membri a considerare sei aree di azioni prioritarie:

- ridurre il *binge drinking* (inteso come consumo episodico eccessivo);
- ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani;
- ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al marketing delle bevande alcoliche;
- ridurre il danno da alcol in gravidanza;
- assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani;
- supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.

Il Piano di azione 2014-2016 sul consumo di alcol nei giovani e sul *binge drinking* non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull'evidenza: esso sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l'alcol è nocivo per lo

sviluppo cerebrale sino ai 25 anni (aggiornate le evidenze che ponevano questa “soglia” ai 21-24 anni). In tale ottica l’età minima legale dovrebbe di conseguenza subire variazioni sostanziali per sottrarre i giovani, gli adulti del futuro, a una compromissione evitabile delle capacità cognitive e all’interferenza e al danno cerebrale esitante in un mancato completo sviluppo in senso razionale della cognitività.

Questo è il motivo per cui il Piano di azione si focalizza su diversi *target* di giovani a partire dai bambini, passando attraverso gli adolescenti, i maggiorenni (secondo le differenti età legali correnti nelle diverse Nazioni della Unione Europea) e, non ultimi, i giovani adulti. In questa fascia ampia di età l’alcol fa registrare in tutta Europa il più elevato impatto negativo per mortalità prematura, morbilità e disabilità. Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario; interventi incisivi sono da attivarsi relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolte a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di *marketing* con istituzione di modalità di prelievo fiscale, analogamente a quanto avviene per le sigarette, attraverso tasse di scopo. Con esse è possibile finanziare la ricerca, il monitoraggio epidemiologico e la prevenzione finalizzata al contenimento e al contrasto degli effetti del consumo dannoso e rischioso di alcol nella popolazione, tutelando la promozione di interventi di sensibilizzazione nelle scuole rivolte ai minori da parte delle Istituzioni e Autorità sanitarie competenti, escludendo esplicitamente qualunque intervento da interlocutori portatori di interessi commerciali, come richiesto e richiamato dalla WHO. La finalità condivisa da tutte le strategie e i Piani di azione, in cui l’Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale, è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutarì i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate capaci di guidare verso stili e modelli del bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza, basati su informazioni valide e oggettive.

Ai consumi medi pro-capite in ripresa da qualche anno non poteva non esserci il riscontro di un incremento della popolazione di consumatori a rischio e di *binge drinker*, indicatori della necessità di risposte di salute pubblica e dei servizi sanitari, di interventi sul *marketing* e sulla disponibilità delle bevande alcoliche più incisive e anche i sistemi di monitoraggio relativi all’implementazione delle politiche in Italia mostrano essere tra le aree da rafforzare. La cultura del bere in Italia può e deve ritrovare dimensioni più adeguate al mantenimento di livelli di salute e sicurezza nella popolazione che possano contribuire ad abbattere i costi sociali e sanitari dell’impatto dell’alcol riequilibrando lo sbilanciamento tra tutela del diritto ad una salute informata e quello della promozione di un prodotto non ordinario ma da conoscere per non rischiare. La finalità ultima è di garantire a tutti il più elevato livello di benessere a cui l’individuo possa aspirare attraverso l’adozione di comportamenti salutarì e sicuri per sé stessi e per la collettività.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 19/1/2017.
2. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
3. Baan R, *et al.* Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
4. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
5. Stewart BW, Wild CP (Ed.). *World cancer report 2014*. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2014.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf; ultima consultazione 02/02/2018.
7. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 02/02/2018.
8. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 02/02/2018.
9. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalestrategy.pdf; ultima consultazione 02/02/2018.
10. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/339837/WHO_Policy-in-Action_indh_VII-2.pdf?ua=1 ; ultima consultazione 02/02/2018.
11. Moskalewicz J, Room R, Thom B (Ed.). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA work package 4. Joint Action RARHA*; 2016 <http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%204/Attachments/7/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU.pdf>; ultima consultazione 02/02/2018.
12. Sistema statistico nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2017 del Programma statistico nazionale 2017-2019*. Roma: ISTAT; 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592> ultima consultazione 27/02/2018.
13. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale* - n. 109, 12 maggio 2017.

14. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Anno 2016. Statistica Report*. Roma: ISTAT; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/198903> ultima consultazione 27/02/2018.
15. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA_0000001409?lang=en ultima consultazione 27/02/2018.
16. World Health Organization. *Global Health Observatory, Indicator Metadata Registry*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=460> ultima consultazione 27/02/2018.
17. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Scipione R, Monica Vichi M, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/1).
18. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf; ultima consultazione 14/2/2017.
19. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
20. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
21. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 28/02/2018.
22. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 28/02/2018.
23. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Di Pasquale L, Martire S, Scipione R. *Le linee guida europee: il ruolo di leadership dell'Istituto Superiore di Sanità nella Joint Action Europea per la riduzione del danno alcol-correlato (RARHA)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/OK%20SCAFATO%20FACTSHEET%20RARHA%20APD%202014.pdf>; ultima consultazione 28/02/2018.
24. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 10/01/2017.
25. Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN) IV Revisione*. Milano: SICS editore; 2014.
26. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
27. Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. *La mortalità in Italia nell'anno 2006*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/26).

28. ISTAT. GeoDemo, *Demografia in cifre*. Roma: ISTAT. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
29. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN; 2003.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di febbraio 2018*

*Stampato da De Vittoria srl
Via degli Aurunci, 19 - 00185 Roma*

Roma, maggio 2018

