

RMPPORTI | STISMN 15|3

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

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2015

E. Scafato, C. Gandin, L. Di Pasquale, L. Galluzzo, S. Martire, S. Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2015

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucilla Di Pasquale, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

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

Rapporti ISTISAN 15/3 Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2015.

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucilla Di Pasquale, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2015, vii, 49 p. Rapporti ISTISAN 15/3

Nell'Unione Europea l'alcol è la seconda causa di malattia e mortalità prematura. Nel 2012, circa 3,3 milioni di morti, pari al 5,9% di tutti i decessi a livello mondiale, sono attribuibili al consumo dannoso di alcol e sono ormai più di 200 le malattie e le condizioni patologie, incluso il cancro, per le quali il consumo di bevande alcoliche risulta essere un fattori di rischio. L'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS) è da più di dieci anni 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-CNESPS elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a progettualità specifiche del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie. Dal 2012, le attività di monitoraggio del consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Piano Statistico Nazionale e svolte formalmente dall'ONA-CNESPS. L'ONA-CNESPS, sede del WHO Collaborating Center for Research on Alcohol, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità 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-CNESPS on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2015.

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucilla Di Pasquale, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Silvia Ghirini for the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2015, vii, 49 p. Rapporti ISTISAN 15/3

In the European Union, alcohol is the second leading cause of disease and premature mortality. In 2012, about 3.3 million deaths, or 5.9% of all global deaths, were attributable to harmful alcohol consumption and the consumption of alcoholic beverages is a risk factor for more than 200 illnesses and pathological conditions, including cancer. The National Observatory on Alcohol (*Osservatorio Nazionale Alcol*, ONA) of the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*, CNESPS) has been for more than ten years the formal and official national, European and international reference of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention and training on alcohol and alcohol-related problems. The ONA-CNESPS evaluates and analyzes every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and according to specific projects of the National Center for Prevention and Disease Control. Since 2012, the monitoring of hazardous and harmful alcohol consumption has been included in the National Statistical Program and formally carried out by the ONA-CNESPS. The ONA-CNESPS, as WHO Collaboratoring 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 World Health Organization.

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, Gandin C, Di Pasquale L, Galluzzo L, Martire S, 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-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2015.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/3).

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: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti* La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



Il rapporto è stato realizzato dal Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS in collaborazione con:

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

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (Coordinatore) Pierfrancesco BARBARIOL

Tiziana CODENOTTI

Lucilla DI PASQUALE

Tiziana FANUCCHI

Lucia GALLUZZO

Claudia GANDIN

Silvia GHIRINI

Ilaria LONDI

Gabriele MAGRI

Sonia MARTIRE

Nicola PARISI

Valentino PATUSSI

Rosaria RUSSO

Riccardo SCIPIONE

Gianni TESTINO

Simone TICCIATI

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).

Il rapporto è un contributo preliminare allo standard di monitoraggio previsto dalle azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto "SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato finalizzato all'analisi dell'impatto alcolcorrelato in Italia" (SISMA) e propedeutico alle attività del progetto CCM "ITA RARHA. Attività nazionali di supporto al Progetto Europeo RARHA Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm".

INDICE

Prefazione	V
Consumo di bevande alcoliche nel mondo e in Europa	1
Health for All, il database europeo della WHO	1
Global status report on Alcohol and Health 2014 della WHO	
Consumi nella popolazione italiana generale	8
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)	8
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici	
Comportamenti a rischio	12
Consumatori abituali eccedentari	12
Consumatori fuori pasto	
Consumatori binge drinking	
Consumatori a rischio (criterio ISS)	
Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	20
Italia nord-occidentale	
Piemonte	
Valle d'Aosta	23
Lombardia	23
Liguria	
Italia nord-orientale	
Provincia Autonoma di Bolzano	
Provincia Autonoma di Trento	
Veneto	
Friuli-Venezia Giulia	
Emilia Romagna	
Toscana	
Umbria	
Marche	
Lazio	
Abruzzo	
Molise	
Italia meridionale	
Campania	
Puglia	27
Basilicata	
Calabria	
Italia insulare	
Sicilia	
Sardegna	29

Consumo di alcol tra i giovani	30
Consumatori di 11-17 anni	31
Consumatori di 18-20 anni	32
Consumatori di 21-25 anni	33
Consumo di alcol tra gli anziani	34
Consumatori anziani "giovani" (65-74 anni)	35
Consumatori anziani "intermedi" (75-84 anni)	
Consumatori anziani ultra 85enni	37
Mortalità per patologie alcol-attribuibili	38
Decessi totalmente alcol-attribuibili	38
Analisi territoriale dei decessi totalmente alcol-attribuibile	
Conclusioni	41
Bibliografia	46
Bibliografia di approfondimento	48

PREFAZIONE

Nel 2012, l'uso dannoso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti. Il consumo di bevande alcoliche è complessivamente responsabile di mortalità prematura, disabilità e insorgenza di oltre 230 patologie che costano alla società almeno 17 milioni di anni di vita persi. Incidenti, malattie cardiovascolari e cancro sono le tre categorie che contribuiscono per oltre il 90 % alla mortalità attribuibile direttamente o indirettamente al consumo di alcol. L'alcol è responsabile di numerose problematiche sociali ed è il primo fattore di rischio emergente rispetto a tutte le sostanze illegali per episodi o atti di violenza, criminalità, maltrattamenti familiari verso il partner o verso i minori, per perdita di produttività e di lavoro, e, non ultimo recentemente indicato come fattore concorrente alla maggiore suscettibilità all'insorgenza di malattie infettive (come per esempio la tubercolosi, l'AIDS e la polmonite). Nel Global status report on alcohol and health 2014 la World Health Organization (WHO) ribadisce e conferma quanto da tempo sostiene la comunità scientifica richiamando i Governi a sostenere la prevenzione ai decessi e alle patologie alcol-correlate.

Per garantire un'adeguata analisi e conoscenza del fenomeno, per riuscire a diminuire l'impatto connesso al consumo di alcol e gli elevati costi che la società paga per un grave problema sociale e di salute, trasversale a tutte le generazioni, uno sforzo viene richiesto alle istituzioni che a livello nazionale sono competenti in merito alla tutela della salute per incrementare i livelli di consapevolezza sui rischi legati al bere.

Il mercato dei prodotti alcolici è riconosciuto come uno dei principali componenti da contrastare al fine di poter sottrarre milioni di individui alle pressioni al bere e al diffondersi di pericolose e dannose culture del bere basate su investimenti milionari in pubblicità, marketing, sponsorizzazioni e modalità commerciali in grado di avviare i consumi e di incrementarli in chi già consuma (secondo le valutazioni espresse dallo Science Group europeo attivato in Commissione Europea).

Fondamentale, al fine di garantire politiche e azioni incisive, la necessità di fornire un quadro complessivo sui modelli del bere più diffusi e sui rischi a cui oggi sono esposti impropriamente vasti strati di popolazione: in Italia i consumatori a rischio sono circa nove milioni con preoccupanti quote tra i minori e gli anziani, ma la quota più consistente è quella degli adulti di entrambi i sessi in piena fascia produttiva.

Il Global status report on alcohol and health 2014 della WHO, pubblicato il 12 maggio scorso, fornisce un quadro complessivo sul consumo di alcol nei 194 Paesi membri della WHO, analizzando le evidenze disponibili, i modelli del bere più diffusi, le conseguenze e le politiche di intervento a livello globale, regionale e nazionale. Strutturato in quattro capitoli (Alcol e sanità pubblica; Consumo di alcol; Conseguenze di salute; Politiche e interventi sull'alcol), il documento costituisce un'ottima traccia su cui orientare il monitoraggio epidemiologico nazionale, le cui modalità sono frutto delle competenze e dei ruoli che anche a livello internazionale sono riconosciuti all'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il sistema di monitoraggio nazionale dell'ONA-CNESPS – recentemente acquisito anche come azione centrale del Ministero della Salute attraverso il nuovo progetto SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol), oltre che come statistica ufficiale del Programma Statistico Nazionale in qualità di statistica formale derivata – consente di poter garantire costantemente i profili delle singole Regioni attraverso l'elaborazione, l'analisi e la valutazione di numerose basi di dati

formulando valutazioni che acquisiscono il carattere formale attraverso la confluenza nella Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001.

Dall'analisi dei dati internazionali emerge che alcuni Paesi stanno già affrontando le problematiche in essere rafforzando le misure per proteggere la popolazione dai rischi alcolcorrelati attraverso l'applicazione dei tre *best buys*, i "migliori affari", richiamati anche dal Comitato Economico e Sociale delle Nazioni Unite e ribadite dalla WHO aumentando, per esempio, le tasse sulle bevande alcoliche, limitando la disponibilità di alcol con l'aumento del limite d'età e regolando il *marketing* di questi prodotti.

È una grande responsabilità ma anche una grande opportunità quella fornita all'ONA-CNESPS di poter contribuire ogni anno a definire lo stato dell'arte e i trend che possono supportare e sostenere politiche e interventi, piani d'azione e strategie di cui oggi più che mai si rileva 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 e supportare iniziative di screening e di intervento breve.

I dati elaborati in questo rapporto consolidano l'indicazione posta da anni dall'ONA-CNESPS di garantire livelli adeguati di prevenzione e anche di accesso a cure e interventi orientati per sesso e per età e non più generalizzabili come avvenuto sinora. I dati sulla mortalità in Italia sottolineano che la percentuale dei decessi per cause alcol-correlate è più alta tra gli uomini rispetto alle donne (7,6% vs 4%) anche se l'evidenza mostra le donne come soggetti più vulnerabili ad alcune patologie legate al consumo alcolico. Le caratteristiche fisiologiche femminili (es. la diversa costituzione fisica, il diverso patrimonio e assetto enzimatico, la diversa capacità di diluizione e metabolizzazione) aumentano la suscettibilità della donna agli effetti negativi dell'alcol a tutte le età. La sensibilità e vulnerabilità all'alcol come cancerogeno è maggiore nel sesso femminile. Nella donna il danno organico è più grave e consegue a meno anni di esposizione al bere a rischio.

Il Global status report on alcohol and health 2014 fa risaltare anche il grave problema della diffusione del consumo eccessivo episodico: il cosiddetto binge drinking che coinvolge, nel mondo, circa il 16% dei bevitori. La situazione è analoga in Italia e, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più esposti alle conseguenze sociali del consumo di alcol introducendo, oltre al problema del rispetto della legalità per il mancato rispetto delle leggi (che vietano in Italia vendita e somministrazione ai minori di 18 anni), quello delle disuguaglianze in salute causate dall'alcol e non adeguatamente contrastate da politiche, piani, strategie e azioni nazionali e regionali.

Se da un lato l'Europa conferma il triste primato di Regione con il più alto consumo *pro capite*, con alcuni dei suoi Paesi che hanno consumi decisamente elevati, l'Italia ha una *performance* sicuramente ben orientata alla diminuzione del consumo ma con fenomeni di distribuzione del rischio che sono da monitorare costantemente e contrastare.

Secondo la WHO, nel nostro Paese, i consumi di alcol *pro capite* mostrano un trend in diminuzione passando da una media di 10,5 litri di alcol puro l'anno nel triennio 2003-2005 a 6,7 litri nel periodo 2008-2010, con 7,2 litri contro 11,9 litri di alcol puro *pro capite*. Molti italiani bevono ben oltre i limiti che il nostro organismo possa tollerare; c'è chi lo fa in maniera quotidiana, chi occasionale, tutti in maniera dannosa per se stessi e spesso per gli altri

Agire, a fronte dell'analisi dei dati che vengono riportati anche quest'anno in questo rapporto grazie all'impegno e alle professionalità di un gruppo multidisciplinare che associa ricerca, salute pubblica, clinica e terzo settore, è la logica conseguenza rispetto all'esigenza di contribuire a rendere più sicuri e salutari i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari

favorendo scelte informate che sappiano guidare verso stili e modelli del bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza e ad informazioni valide e oggettive.

Il "premio" è più salute per tutti.

Prof. Emanuele SCAFATO

Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti Direttore del WHO Collaborative Centre Research on Alcohol Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS Presidente della Società Italiana di Alcologia Vice Presidente della Federazione Europea delle Società Scientifiche sulle Dipendenze

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEL MONDO E IN EUROPA

L'alcol è una sostanza psicoattiva che crea dipendenza e che causa malattie e decessi nella maggior parte dei Paesi del mondo. Numerosi studi hanno ormai dimostrato che il consumo di alcol risulta essere tra i primi fattori di rischio per malattia, disabilità e morte in tutto il mondo (1-3). Sono ormai oltre 200 le malattie per le quali il consumo di bevande alcoliche risulta essere un fattore di rischio tra cui cirrosi epatica, tumori e incidenti (4-7); recentemente si è inoltre posta maggiore attenzione alla relazione esistente tra consumo di alcol e incidenza di malattie infettive come la tubercolosi e l'AIDS (8-10).

Nel 2012 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 sono attribuibili al consumo di alcol 139 milioni di anni persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (DALY: *Disability-Adjusted Life Year*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattie e lesioni.

Le proporzioni di decessi alcol-attribuibili e di DALY mostrano una variabilità regionale, con le frazioni più elevate rilevate nella Regione Europea della WHO.

Il consumo mondiale di alcol nel 2010 è stato pari a 6,2 litri di alcol *pro capite* tra le persone di 15 anni o più ed equivale a 13,5 grammi di alcol puro al giorno; un quarto di questo consumo (24,8%) è inoltre da imputare a prodotti fatti in casa, o venduti illegalmente (quindi non rilevati nella produzione nazionale) (1).

L'analisi condotta dalla *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) a livello europeo (11) evidenzia che Lituania, Estonia e Austria hanno il più alto consumo di alcol puro *pro capite* pari a circa12 litri o più per adulto, mentre all'estremo opposto troviamo i paesi del sud (Italia, Malta, Grecia, Cipro) che, insieme con i Paesi nordici (Norvegia, Islanda e Svezia) hanno livelli relativamente bassi di consumo, pari a circa 6-8 litri di alcol puro per adulto.

Nel Regno Unito, nella Repubblica Ceca e in Turchia il consumo medio *pro capite* di alcol puro è rimasto pressoché stabile dal 1980 mentre è aumentato in alcuni paesi nordici (ad esempio, la Svezia e la Finlandia), anche se resta ancora al di sotto della media UE. Il consumo medio di alcol puro è infine diminuito gradualmente in molti paesi europei e si è evidenziata una tendenza alla convergenza delle abitudini di consumo di molti paesi dell'UE (es. il consumo medio *pro capite* di vino è diminuito nei principali paesi produttori, come Francia e italia, mentre è aumentato in quelli tradizionalmente consumatori di birra).

Health for All, il database europeo della WHO

Il database europeo *Health For All* (HFA-DB) (12) è uno strumento di interrogazione facile e veloce della WHO utile al monitoraggio di una vasta gamma di fenomeni sanitari negli Stati membri della regione Europea. Lo strumento è stato sviluppato dalla metà degli anni 1980 per monitorare lo stato di salute in Europa e per confrontare gli andamenti dei diversi Paesi dell'Unione Europea (UE). I dati vengono forniti dagli Stati membri dell'UE e il database viene aggiornato due volte l'anno (gennaio e giugno). L'ultima consultazione dei dati di seguito presentati risale al 31 gennaio 2015.

L'indicatore utilizzato nel HFA-DB per monitorare le dimensioni, i modelli e le tendenze del consumo di alcol nella popolazione adulta è il consumo medio *pro capite* di alcol puro che è definito come la quantità registrata di alcol consumato per adulto (oltre 15 anni) nel corso di un anno solare in un paese, espresso in litri di alcol puro. L'indicatore prende in considerazione solo il consumo che è contabilizzato a livello nazionale (spesso attraverso i dati di produzione, importazione, esportazione, e vendita) e non tiene quindi conto del consumo di alcol prodotto a livello domestico o acquistato all'estero tramite canali di vendita non tassati o registrati (ad esempio i *duty free*) o acquistato in maniera illegale.

I litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne tra il 1980 e il 2010 sono diminuiti sia in Europa che in Italia. L'indicatore mostra valori più elevati in Italia rispetto alla media Europea nel periodo 1980-1985, mentre in seguito si rileva un andamento opposto, a indicare che la diminuzione è stata più marcata nel nostro Paese che nel resto della Regione Europea.

In particolare si rileva che, sebbene inizialmente l'Italia si trovasse nella fascia dei paesi con il consumo medio *pro capite* più elevato, nel 2010 e per il terzo anno consecutivo, il nostro paese è risultato essere quello con il valore più basso tra tutti i 28 Paesi considerati dell'UE (Figura 1).

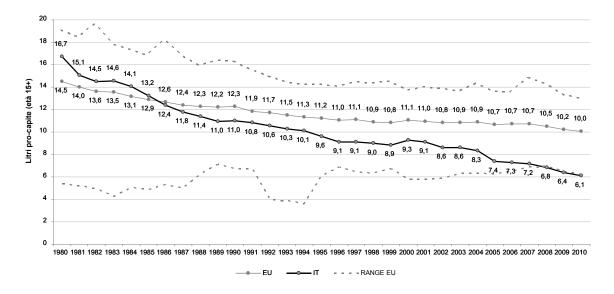


Figura 1. Trend di consumo di alcol (espresso in litri *pro capite* di alcol puro) tra gli adulti in Italia e in Europa

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (al 31 gennaio 2015)

Il consumo *pro capite* di alcol puro è calcolato come la somma del consumo di alcol puro contenuto nelle diverse bevande (birra, vino, liquori). L'analisi del consumo medio espresso in litri *pro capite* di alcol puro per tipologia di bevanda (Figura 2) mette in evidenza che il vino è la bevanda che maggiormente contribuisce al consumo di alcol in Italia. L'analisi dei trend mostra che la diminuzione rilevata nel corso degli anni di tale indicatore di sintesi è dovuta principalmente alla diminuzione del consumo di vino da 13,2 litri nel 1980 a 4,0 nel 2010. È leggermente aumentato, rispetto al 1980, il consumo medio di birra che tuttavia si è stabilizzato nel corso degli ultimi anni intorno a 1,4. Il consumo medio di liquori è infine diminuito rispetto al 1980, passando da 2,4 litri a 0,7, e nel corso degli ultimi anni è rimasto stabile (Figura 2).

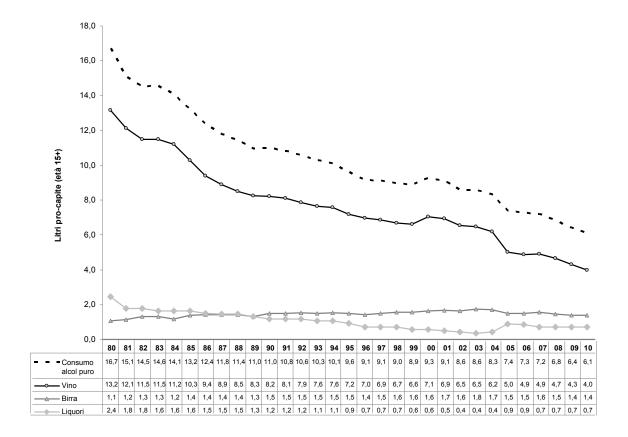


Figura 2. Trend di consumo di alcol (espresso in litri *pro capite* di alcol puro) per tipologia di bevanda tra gli adulti in Italia (1980-2010)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (al 31 gennaio 2015)

Global status report on Alcohol and Health 2014 della WHO

Il Global status report on alcohol and health 2014 (1) fornisce un profilo nazionale sul consumo di alcol in 194 Stati Membri della WHO, sull'impatto sulla salute pubblica, e suggerisce le scelte politiche che devono essere perseguite. Alcune misure sono state già introdotte in alcuni Paesi, come l'aumento delle tasse sugli alcolici, l'innalzamento del limite di età che disciplina la commercializzazione di bevande alcoliche per limitarne la disponibilità per la popolazione più giovani, e l'inasprimento delle sanzioni per l'alcol alla guida.

Il rapporto rileva anche il fatto che una percentuale consistente di morti, sia tra gli uomini sia tra le donne, siano correlate con il consumo di alcol e che, nonostante le donne siano più vulnerabili rispetto agli uomini, si è registrato un costante aumento dei consumatori di alcol proprio in questo target di popolazione.

A livello globale, l'Europa è la regione con il più alto consumo di alcol *pro capite*, e i paesi di questa regione hanno consumi molto elevati. L'analisi delle tendenze mostra che il livello di consumo è rimasto pressoché stabile nel corso degli ultimi 5 anni nella regione Europea, così

come in Africa e in America, anche se sono stati segnalati degli aumenti nel sud-est asiatico e nelle regioni occidentali del Pacifico.

Il capitolo 1 del rapporto fornisce una panoramica globale sul consumo di alcol e la sanità pubblica, il capitolo 2 informazioni sul consumo di alcol nella popolazione, il capitolo 3 indicazioni sulle conseguenze per la salute, e il capitolo 4 sulle politiche e gli interventi adottati:

- Consumo di alcol e sanità pubblica

L'alcol è una sostanza psicoattiva con che genera una dipendenza e che è stato inserito in molti modelli culturali da secoli. Il consumo dannoso di alcol è la causa di un carico di malattie e di oneri sociali ed economici per la società. I fattori ambientali come ad esempio lo sviluppo economico, la cultura, la disponibilità di alcolici, e le politiche sviluppate per la prevenzione del consumo di alcol, sono fattori rilevanti per spiegare differenze e tendenze storiche dei consumi e dei danni che questo provoca. I danni a loro volta sono causati dalla quantità di alcol consumato, dalle abitudini di consumo e in alcune occasioni dalla qualità della bevanda consumata. L'uso dannoso di alcol è la causa di oltre 200 malattie e condizioni patologiche tra cui, le più note, l'alcoldipendenza, la cirrosi epatica, i tumori e gli incidenti; recenti evidenze scientifiche sottolineano inoltre la connessione esistente tra il consumo dannoso di alcol e alcune malattie infettive quali la tubercolosi, l'HIV e l'AIDS. Una vasta gamma di politiche e azioni globali, regionali e nazionali sono state sviluppate per ridurre il consumo dannoso di alcol.

- Consumo di alcol nel mondo

Nel 2010 il consumo di alcol puro nel mondo è stato pari a 6,2 litri per ogni persona di età superiore o uguale a 15 anni, che equivale a 13,5 grammi di alcol puro al giorno. Esiste una forte variabilità regionale del consumo di alcol pro capite (APC) nelle diverse regioni della WHO e negli Stati Membri, e in particolare i più alti livelli si registrano nella Regione Europea e nelle Regioni dell'America, mentre quelli più bassi nelle Regioni dell'Africa e del Pacifico Occidentale. Un quarto del consumo di alcol puro (24,8%) è da attribuire al consumo di alcol non registrato, vale a dire prodotto o venduto illegalmente al di fuori dei normali controlli governativi. Differenze geografiche si rilevano riguardo alla tipologia di bevanda consumata. Complessivamente, nel mondo il 50,1% del totale di alcol puro prodotto è consumato sotto forma di liquori, che sono anche il tipo di bevanda più consumata nelle regioni del Sud-Est asiatico e del Pacifico occidentale della WHO. Il secondo tipo di bevanda consumata è la birra, pari al 34,8% del consumo di alcol puro nel mondo, e che è la bevanda più diffusa nella Regione WHO delle Americhe (55,3%). Solo l'8,0% del totale di alcol puro è consumato in forma di vino e rappresenta un quarto del consumo totale nella Regione europea della WHO (25,7%) e l'11,7% del consumo totale della regione che delle Americhe (in particolare a causa della quota elevata di consumo di vino in Argentina e Cile).

Il 61,7% della popolazione, e in particolare le donne sono astemie, e si rileva una grande variabilità nella prevalenza degli astinenti nelle diverse Regioni. Il 16% della popolazione della WHO ha praticato un consumo episodico eccessivo (binge drinking) che corrisponde ad un consumo di oltre 60 grammi di alcol puro (nella maggior parte dei Paesi equivale a 6+ Unità standard di Alcol, UA). In generale, maggiore è la ricchezza economica di un paese, più elevato è il consumo di alcol e minore il numero degli astemi. Come regola, si può dire che Paesi con un reddito elevato hanno il più alto valore di consumatori di alcol e la più alta prevalenza di forti bevitori occasionali; le differenze di genere sono infine generalmente meno consistenti tra coloro che hanno un reddito basso o medio-basso rispetto a quelli con un reddito medio-alto o alto (Figura 3).

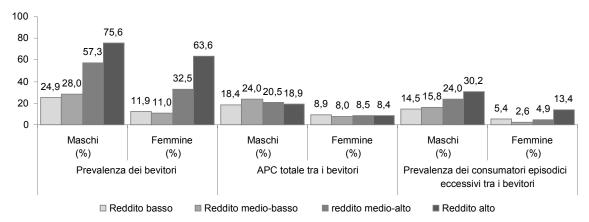


Figura 3. Prevalenza di consumatori di alcol nel mondo per tipologia, genere e livello di reddito (2010)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati

del Global status report on alcohol and health 2014

Conseguenze per la salute

Il consumo dannoso di alcol è uno dei fattori di rischio più importanti del mondo per morbilità, disabilità e mortalità essendo causa di più di 200 malattie e condizioni patologiche. Nel 2012, si stima che circa 3,3 milioni di morti nel 2012 siano state causate dall'alcol, pari al 5,9% di tutti i decessi a livello mondiale (7,6% per gli uomini, 4,0% per le donne) e che il 5,1% del carico globale di malattia e infortuni, misurata in DALY (la somma degli anni di vita persi a causa di mortalità prematura e anni di vita persi a causa di tempo vissuto non in salute), è attribuibile all'alcol. L'impatto del consumo di alcol produce diversi effetti su malattie e mortalità. Oltre ai disturbi causati dal consumo di alcol (Alcohol Use Disorders) e la sindrome feto alcolica, che sono definiti come totalmente attribuibili all'alcol (100%), le malattie del fegato che hanno una percentuale attribuibile all'alcol molto alta, per molte altre malattie e cause di morte, le percentuali attribuibili al consumo di alcol sono più basse. Questo fa si che le persone, molto spesso, non sono consapevoli dei rischi per la salute del consumo di alcol per malattie diverse da quelle totalmente attribuibili al consumo. Il carico di malattia a causa di tumori, ad esempio, ha una percentuale di attribuzione all'alcol che varia dal 4% al 25% circa, e il carico di malattia a causa della tubercolosi, dell'epilessia, dell'ictus emorragico e della cardiopatia ipertensiva nel mondo è pari a circa il 10%. (Figura 4).

Il maggior numero di morti (Figura 5, a) è causato da malattie cardiovascolari, seguite da infortuni (soprattutto lesioni non intenzionali), malattie gastrointestinali (soprattutto cirrosi epatica) e tumori. Le principali ragioni per la variazione della stima del numero di morti e della distribuzione dei decessi rispetto al rapporto pubblicato nel 2011 è legato alle recenti evidenze sul ruolo del consumo di alcol nella mortalità nella Federazione Russa (13-14) e all'inclusione delle malattie infettive in questa nuova valutazione (grazie ad una migliore conoscenza della relazione causale esistente tra il consumo di alcol ed l'incidenza di malattie infettive, come ad esempio la tubercolosi e la polmonite).

L'analisi territoriale mostra che in termini di mortalità esiste un'ampia variabilità geografica, con i valori più elevati nella Regione Europea della WHO; è tuttavia importante sottolineare che le percentuali più elevate delle frazioni alcol-attribuibili (*Alcohol-Attributable Fraction*, AAF) nella Regione Europea della WHO sono quasi interamente dei paesi dell'Europa orientale, dove si registrano sia i livelli più elevati di consumo che quelli relativi ai comportamenti più a rischio.

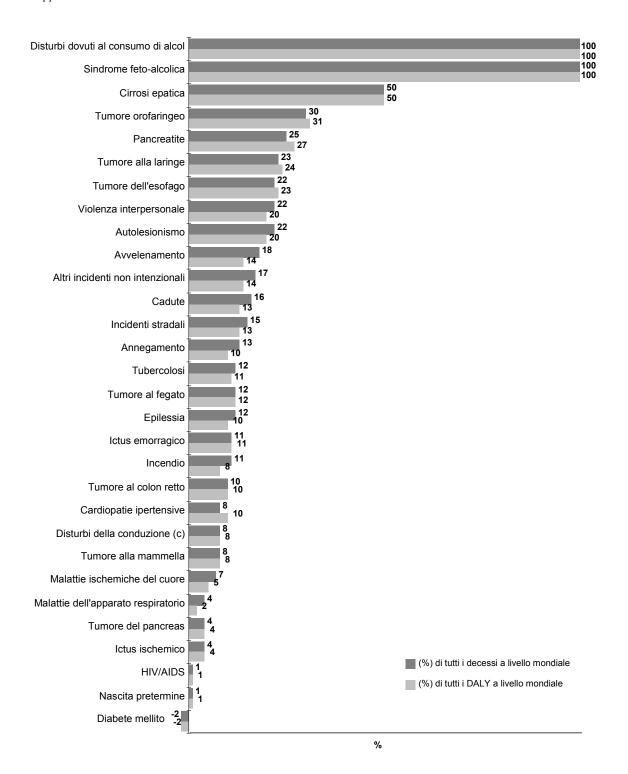
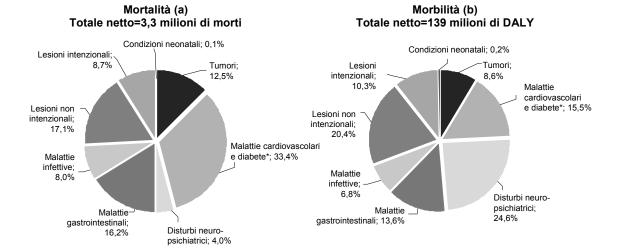


Figura 4. Frazioni alcol-attribuibili (AAF) for causa di morte, malattia e lesioni (2012)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati

del Global status report on alcohol and health 2014



^{*} Inclusi gli effetti benefici del consumo a basso rischio di alcune patologie

Figura 5. Distribuzione dei decessi (a) e dei DALY (b) alcol-attribuibili per principale gruppo di patologia (2012)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati del Global status report on alcohol and health 2014

La percentuale più elevata di DALY dovuta al consumo di alcol (*vedi* Figura 5, b) è da attribuire alle disturbi neuropsichiatrici e risulta molto più elevata di quella rilevata per i decessi (*vedi* Figura 5, a); circa un quarto di tutti i DALY alcol-attribuibili sono infatti causati da disturbi neuropsichiatrici rispetto al 4% dei decessi alcol-attribuibili, dovuti principalmente ai disturbi dovuti al consumo di alcol che causano un maggior carico di disabilità rispetto alla mortalità (15-16).

Politiche sull'alcol e interventi adottati

Le politiche sull'alcol sono state sviluppate a diversi livelli, globale, regionale, multinazionale, nazionale e subnazionale, con l'obiettivo di ridurre il consumo dannoso di alcol e promuovere la salute nella popolazione e nella società. Le principali politiche sviluppate e analizzate riguardano settori quali quelli della disponibilità, del *marketing*, del prezzo, del bere alla guida, e degli interventi di prevenzione e trattamento nel sistemi sanitari che focalizzato l'attenzione sulle dieci aree di intervento raccomandate dalla strategia globale della WHO per ridurre il consumo dannoso di alcol. Nel 2012, 66 Stati Membri della WHO hanno dichiarato di aver implementato piani di intervento scritti nei loro Paesi con una percentuale che varia dal 20% nei Paesi della regione Africana della WHO, al 64% di quelli della Regione Europa. In 138 Paesi sono state sviluppate attività di sensibilizzazione sull'alcol nel corso degli ultimi tre anni, e la più comune attività di sensibilizzazione ha riguardato l'alcol e la guida.

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-CNESPS dell'ISS ha analizzato per l'anno 2013 le basi di dati nazionali dell'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (17) in ottemperanza a quanto stabilito nel Programma Statistico Nazionale 2011-2013. Aggiornamento 2013 (18).

L'ONA-CNESPS avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate a livello europeo e internazionale fornisce infatti, ogni anno, un quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di salute pubblica. Le analisi condotte dall'ONA-CNESPS hanno l'obiettivo di integrare le elaborazioni annuali fornite dalla statistica in breve pubblicata dall'ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2013" (19) con la finalità condivisa di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, in grado di fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini.

I dati di seguito presentati 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 (di almeno una bevanda alcolica)

Nell'anno 2013, il 77,5% degli uomini e il 51,2% delle donne di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica per un totale di quasi 35 milioni di individui (Figura 6).

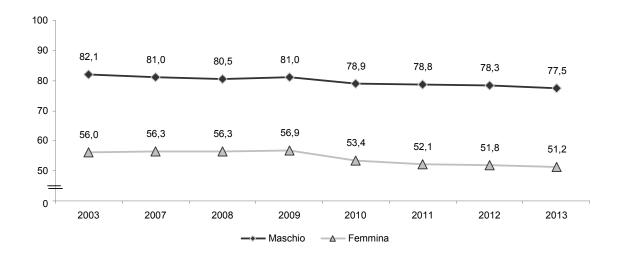


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere (2003, 2007-2013)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol

su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

A fronte di una tendenza alla diminuzione registrata dal 2003, nel corso degli ultimi 2 anni si registra una stabilità del valore di prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica.

L'analisi per classi di età (Figura 7) evidenzia, rispetto all'anno 2007, una diminuzione dei consumatori sia tra i giovani (M: -10,9 punti percentuali; F: -8,1) che tra gli adulti (M: -3,4; F: -5,2), mentre tra gli anziani la diminuzione rispetto al 2007 è significativa solo tra le donne (-4,2).

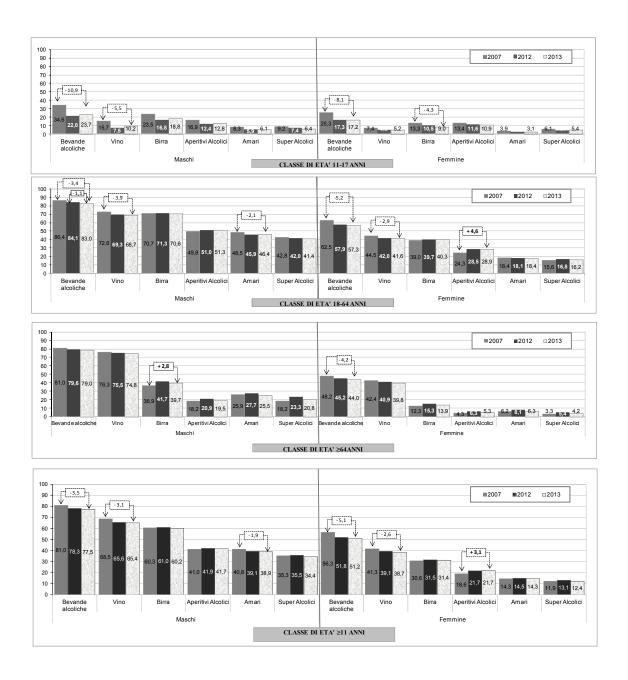


Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere e classe d'età (2007, 2012-2013)

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

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

I consumatori di vino nel 2013 sono stati il 51,6% della popolazione di età superiore a 11 anni con una marcata differenza di genere (M: 65,4%; F: 38,7%) (Figura 8).

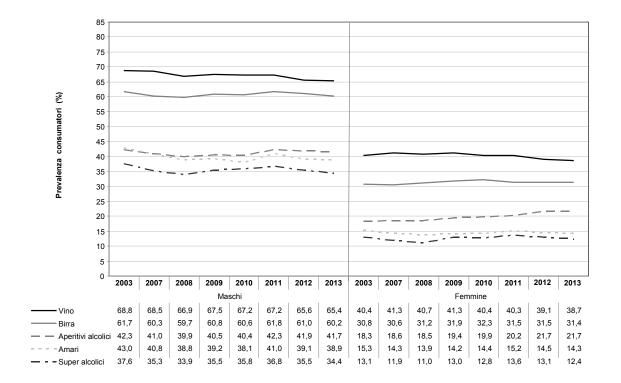


Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥11 anni) di bevande alcoliche per genere (2003, 2007-2013)

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

Analizzando l'andamento delle prevalenze, tra il 2003 e il 2011 si è registrata una diminuzione del valore di prevalenza, mentre nel corso dell'ultimo anno, per entrambi i sessi, non si sono rilevate variazioni significative. Rispetto all'anno 2007 si registrano diminuzioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori di vino nelle classe di età adulte (M: -3,9; F: -2,9) e per i soli uomini nella fascia di età giovanile (-5,5); l'analisi per le classi di età non evidenzia differenze statisticamente significative nel corso dell'ultimo anno (*vedi* Figura 7)

I consumatori di birra nel 2013 sono il 45,3% della popolazione di età superiore ad 11 anni con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile doppia rispetto a quella femminile (60,2% versus 31,4% rispettivamente) (*vedi* Figura 8). Tra gli uomini si registra, rispetto all'anno 2007, un incremento pari a 2,8 punti percentuali. mentre tra le donne si rileva una diminuzione significativa nella fascia di età 11-17 anni; per entrambe i sessi tuttavia, non si osservano variazioni significative rispetto all'ultimo anno (*vedi* Figura 7).

Gli aperitivi alcolici sono consumati, nel 2013, dal 31,4% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra gli uomini (41,7%) è circa il doppio rispetto a quella tra le donne (21,7%) (*vedi* Figura 8).

La percentuale di consumatori di sesso maschile di questo tipo di bevanda è rimasta stabile sia rispetto al 2007 che alla precedente rilevazione; tra le donne invece, come già evidenziato lo scorso anno, si registra tra il 2012 e il 2013 un incremento significativo delle consumatrici pari a 3,1 punti percentuali che risulta significativo anche nella classe di età 18-64 anni (+4,6 p.p.) (*vedi* Figura 7).

Gli amari risultano essere consumati, nel 2013, dal 26,2% della popolazione 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: 38,9%; F: 14,3%) (*vedi* Figura 8). Tra gli uomini si conferma la diminuzione rilevata rispetto al 2007 di 1,9 p.p. significativa anche nella classe di età 18-64 anni (-2,1 p.p.) tuttavia rispetto all'ultima rilevazione non si registrano cambiamenti significativi ne tra gli uomini ne tra le donne (*vedi* Figura 7).

I liquori e i superalcolici risultano essere consumati nel 2013 dal 23% della popolazione di età superiore a 11 anni, e anche per queste tipologie di bevande si osserva una marcata differenza di genere (M: 34,4%; F: 12,4%) (*vedi* Figura 8). Per entrambi i generi e per tutte le classi di età considerate non si rilevano variazioni statisticamente significative ne rispetto al 2007 che all'ultima rilevazione (*vedi* Figura 7).

COMPORTAMENTI A RISCHIO

L'alcol è causa di numerose disfunzioni e patologie che possono riguardare tutti gli organi e apparati del corpo umano. La WHO ha di recente confermato che l'impatto sanitario e di salute in termini mortalità, morbilità e disabilità sociale è elevato in tutto il mondo; in particolare l'Europa risulta essere la regione con i valori più elevati sia in termini di consumo medio *pro capite* che di disabilità e mortalità alcol-correlata (1) con conseguenti costi che, pur considerando possibili ma scarsi effetti benefici del consumo riportati in letteratura (20), fanno registrare sempre un saldo negativo da contrastare. L'alcol è causa di oltre 200 condizioni patologiche (5-9) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro, come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer* (IARC), che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (21).

Premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, da circa 2 anni le evidenze scientifiche hanno condotto a promuovere un aggiornamento delle linee guida nazionali, e a stabilire i nuovi limiti che sono stati considerati per le elaborazioni del presente rapporto. I nuovi limiti per il consumo abituale, già acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) (22) e pubblicati sul sito del Ministero della Salute, ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). L'impatto negativo dell'alcol, oltre che da disturbi e patologie croniche alcol-correlate è caratterizzato anche da incidenti e decessi avvenuti a causa di cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili per i quali non è necessaria una esposizione continua al fattore di rischio, ma è sufficiente anche un consumo eccessivo occasionale. È quindi necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche - UA (UA= 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

Le nuove evidenze scientifiche hanno permesso di aggiornare, nel corso dell'ultimo anno, i limiti da non eccedere abitualmente per non incorrere in problemi per la salute a causa del consumo abituale di bevande alcoliche. I nuovi limiti, basati sulle valutazioni pubblicate nel 2014 dai nuovi LARN, già acquisite dal Ministero della Salute, 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 18 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 2 UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata.

Dall'anno 2003 per la prima volta sono state introdotte nel questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana le domande specifiche sul numero di UA di vino e birra consumate giornalmente dalle persone e, dall'anno 2007 quelle sul numero di UA di liquori super alcolici consumati giornalmente. È stato quindi possibile calcolare, a decorrere dall'anno 2007, l'ammontare complessivo di UA consumate, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata e individuare la prevalenza di coloro che superavano i limiti di consumo raccomandati per non incorrere in rischi per la salute, sulla base del sesso e della

classe di età. È importante precisare che per la minore età, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio e infatti la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2013, il 15,7% degli uomini e il 6,9% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver consumato giornalmente bevande alcoliche in quantità superiori a quelli raccomandati per un totale di oltre 6.000.000 d'individui. La percentuale è più elevata per entrambi i sessi, tra gli adolescenti di 16-17 anni (M: 51,1%; F: 34,8%) e tra gli anziani. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (Figura 9).

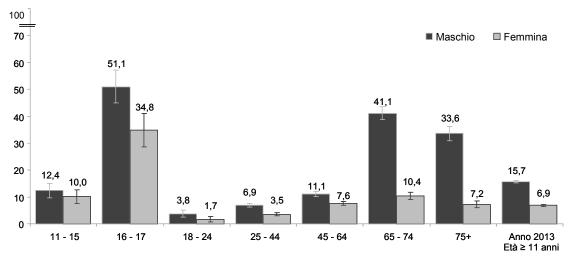


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per genere e classe di età (2013)

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

L'analisi del trend dei consumatori abituali eccedentari condotta separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a undici anni, ha mostrato che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2013, e che la diminuzione è stata più consistente per il genere maschile (M=-6,7 p.p.; F= -3,3 p.p.); non si registrano tuttavia nel corso dell'ultima rilevazione variazioni statisticamente significative ne tra gli uomini ne tra le donne (Figura 10).

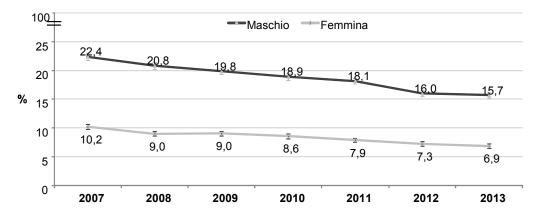


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) binge drinking per genere (2007-2013)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS 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 2013 il 36,5% degli uomini e il 15,8% delle donne, pari a quasi 14 milioni di persone di età superiore a 11 anni.

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 circa un uomo su due che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=50,5% e 25-44=48,4% rispettivamente); tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (37,1%); per entrambi i sessi, oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente. Le classi di età con percentuali più basse sono quelle al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi, a cui si aggiunge quella delle ultra 75enni per le donne. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quella degli 11-17enni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative (Figura 11).

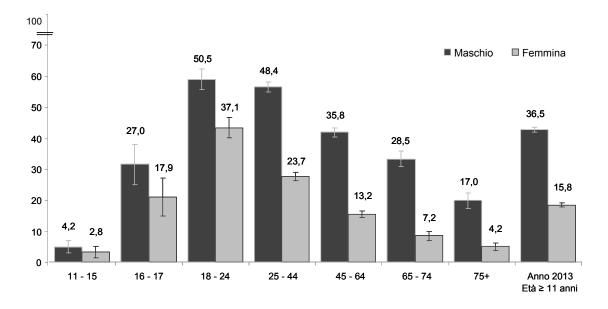


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (2013)

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

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto è stata condotta sulla popolazione di età superiore a 14 anni, dal momento che prima dell'anno 2003 il quesito sul consumo di alcol non veniva posto alla popolazione di età compresa tra 11 e 13 anni. Dall'anno 2000 la prevalenza dei consumatori fuori pasto di età maggiore o uguale a 14 anni è significativamente aumentata sia tra gli uomini (+2,6 punti percentuali) che tra le donne (+3,8 punti percentuali); a decorrere dal 2011 invece, tra gli uomini si è registrata una diminuzione dell'indicatore pari a 2,2 p.p. (Figura 12).

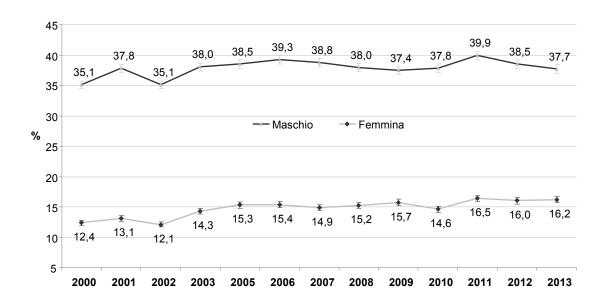


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥14 anni) di vino o alcolici fuori pasto (2000-2013)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS 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, soprattutto nelle fasce di popolazione giovanile, comunemente indicato come "consumo eccessivo episodico" concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo. In Italia si definisce consumo binge drinking il consumo di oltre 6 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, diffuso in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, compresa l'Italia, ha assunto dimensioni tali da richiedere, a livello comunitario, la pubblicazione del documento della Commissione europea "Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)" (23). Il documento identifica sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani; in particolare esso richiama l'attenzione alla necessità di ridurre gli episodi di *binge drinking*, l'accessibilità e la disponibilità di alcolici, l'esposizione alle pubblicità e al *marketing* legato all'alcol, di ridurre i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza, di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, e infine di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

Il consumo binge drinking è un comportamento che può esporre le persone sia a rischi immediati per la salute che a danni cronici. L'assunzione dell'alcol in quantità eccessive e concentrate, aumentando l'euforia e la disinibizione degli individui in particolare modo nella fascia di popolazione adolescenziale, espone a seri danni per la salute a causa di intossicazioni che causano, nel migliore dei casi, vuoti di memoria, cefalee, forti nausee fino al coma etilico nel peggiore dei casi. L'alcol provoca inoltre disturbi della sfera emotivo-relazionale interpersonale, lavorativa, familiare e affettiva, determinando spesso fenomeni di violenza, di

aggressività o incidenti stradali (fatali o meno) alla guida di un autoveicolo o di un motoveicolo specie nella fascia di popolazione più giovane.

A partire dall'anno 2003 per la prima volta è stata introdotta nel questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie una domanda specifica sul consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, e a decorrere da quell'anno è stato possibile monitorare la prevalenza dei consumatori *binge drinking* nella popolazione. Nel 2013, il 10,4% degli uomini e il 2,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi che corrispondono ad oltre 3.400.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,9%; F=8,1%); oltre questa fascia di età le 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 (Figura 13).

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, ha mostrato che tra le donne non si sono registrate differenze statisticamente significative nel corso degli ultimi 10 anni tra i valori osservati, mentre tra gli uomini, nonostante un andamento oscillatorio rilevato nel corso degli anni, si è registrata tra il 2003 e il 2013 una diminuzione statisticamente significativa pari a 1,4 p.p. (Figura 14).

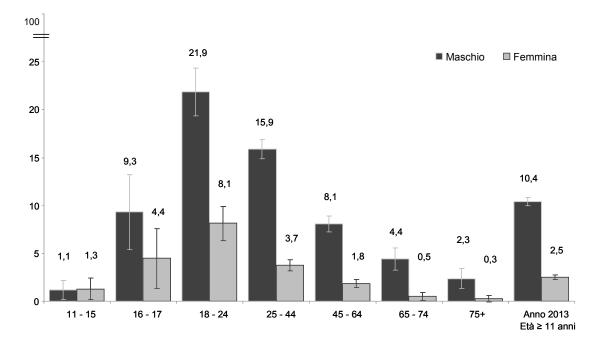


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2013)

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

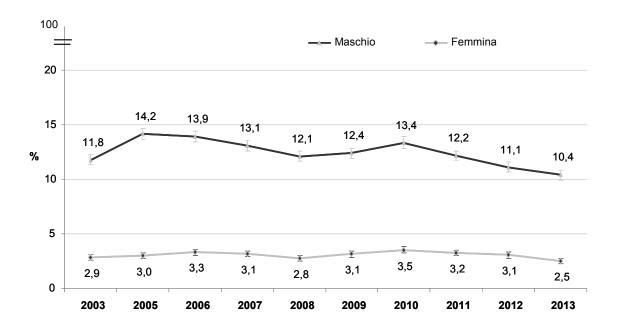


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003; 2005-2013)

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

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Come già indicato in precedenza, le quantità di alcol consentite per non incorrere in rischi per la salute sono continuamente diminuite nel corso degli ultimi quaranta anni. Tutte le strategie e i Piani di Azione della WHO ribadiscono che non si può parlare, in una prospettiva di salute pubblica, di soglie, di livelli raccomandabili o "sicuri", dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza in quanto molteplici sono i parametri da prendere in considerazione: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo di alcol con i 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.

Le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione sviluppate dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (24) del 2003 sono in corso di revisione decennale a cura del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CRA-NUT). La Commissione multidisciplinare di esperti ha già completato il dossier di riferimento che aggiornerà le linee guida integrando i nuovi limiti già pubblicati sul sito del Ministero della Salute e quelli pubblicati attraverso i nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) (22).

Sia i LARN sia le Nuove Linee Guida hanno tenuto conto delle nuove acquisizioni scientifiche in campo clinico, biologico, nutrizionale non trascurando l'analisi delle variazioni nelle situazioni e condizioni alimentari e nutrizionali della popolazione italiana, delle indicazioni della WHO, dell'ONA-CNESPS e della Società Italiana di Alcologia (SIA).

Alla luce di tali indicazioni scientifiche, l'ONA-CNESPS ha costruito un indicatore 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 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, clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore. Le nuove indicazioni scientifiche impongono 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. Tenute in debito conto le indicazioni delle linee guida, sono da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di 2 UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di 1UA standard e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

Nel 2013, la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso il nuovo indicatore di sintesi, è stata pari al 23,4% degli uomini e all'8,8% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che eccedono le linee guida e che non si attengono alle nuove indicazioni di salute pubblica (Figura 15).

L'analisi per genere e classi di età mostra che le fasce di popolazioni più a rischio sono quelle dei 16-17enni (M=51,1%, F=34,8%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e quelle dei "giovani anziani", cioè i 65-74enni (M=42,1%, F=10,6%). Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 500.000 adolescenti e 1.600.000 anziani sono consumatori a rischio di patologie e problematiche alcolcorrelate, persone per le quali è fondamentale sviluppare delle strategie di intervento parallele a politiche e iniziative di identificazione precoce e sensibilizzazione della popolazione generale al problema del consumo oltre i limiti raccomandati. Le percentuali più basse si registrano tra gli uomini nelle fasce dei ragazzi 11-15enni e degli adulti 45-64enni; tra le donne le percentuali più basse si rilevano nelle fasce di età giovanili e molto anziane (ultra 75enni). 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 degli 11-15enni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative (Figura 15).

È importante sottolineare che tale indicatore di sintesi non è comparabile a quello usato per le serie storiche relative agli anni precedenti; i confronti o la valutazione delle variazioni temporali sono quindi possibili solo attraverso l'analisi del trend dei consumatori a rischio è stata calcolata retrospettivamente utilizzando i valori del nuovo indicatore al fine di rendere confrontabili le analisi presentate nei rapporti epidemiologici degli anni precedenti. Le analisi sono state condotte, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a undici anni dall'anno 2007, anno in cui è stata introdotta per la prima volta nell'indagine Multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT, la domanda sulle quantità consumate giornalmente oltre che di vino e birra, anche delle altre bevande alcoliche.

La Figura 16 mostra che nel corso degli ultimi sette anni si è registrata una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi (M=-7,2 p.p.; F=-3,7 p.p.); in particolare nel 2013 si è registrato il valore più basso della prevalenza delle donne che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica rispetto a tutti gli anni considerati; tra gli uomini invece il valore di prevalenza rispetto alla precedente rilevazione è rimasto pressoché stabile.

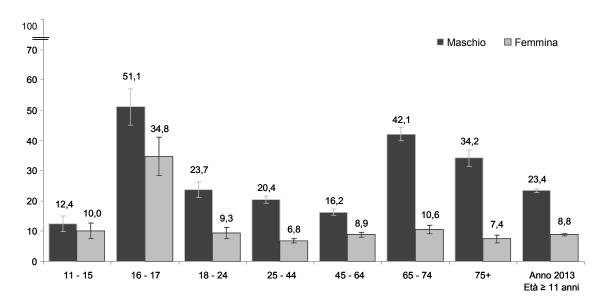


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2013)

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

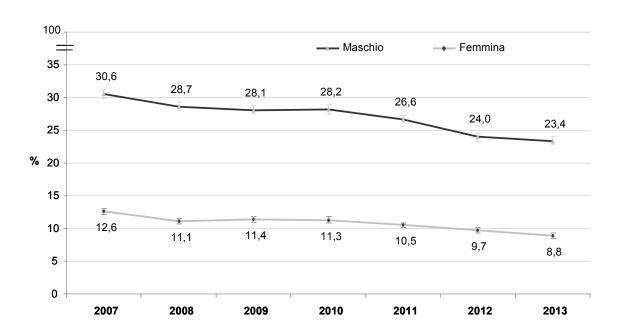


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori (≥11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2013)

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

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

L'analisi delle tipologie di bevande consumate e delle modalità di consumo delle stesse disaggregate a livello regionale sono state inizialmente sviluppate per rispondere alle esigenze della creazione di un sistema di monitoraggio in accordo con gli obiettivi previsti dal progetto CCM del Ministero della Salute "L'alcol in Italia e nelle Regioni"; successivamente l'inserimento della statistica derivata ISS-00034 (18) "Monitoraggio dell'impatto del consumo di alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)" inserita nel Piano Statistico Nazionale 2011-2013 e approvata anche per gli anni 2014-2016 ha reso necessario lo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione.

Italia nord-occidentale

Nel 2013 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 76,6% tra gli uomini e al 50,7% tra le donne. Tra il 2007 e il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche (M:-5,7 punti percentuali; F: -9 punti percentuali); la diminuzione risulta significativa anche rispetto alla precedente rilevazione (M: -2,3 p.p; F: -3,5 p.p); anche la prevalenza dei consumatori di vino è diminuita rispetto al 2007 e tra le donne si rileva una diminuzione di 3,4 p.p. anche rispetto all'ultimo anno.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest'area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e delle consumatrici abituali eccedentarie. Rispetto all'anno 2007 si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e di quelli a rischio per entrambi i sessi, oltre a quella dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* di sesso maschile (Tabella 1-2).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica così come quella dei consumatori di super alcolici nel 2013 risultano per entrambi i sessi in media con il dato medio nazionale mentre la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici risulta inferiore al dato nazionale; tra le donne valori al di sotto della media si registrano anche per vino e birra mentre tra gli uomini per gli amari. Rispetto alla rilevazione del 2012 si registra tra gli uomini una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori di aperitivi alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sopra della media nazionale tra gli uomini per i consumatori abituali eccedentari e quelli a rischio per il criterio ISS (*vedi* Tabella 1-2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2013)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
_	Vino Birra Aperitivi alcolici Ama					ari Super alcolici				
	М	F	М	F	М	F	М	F	М	F
Italia nord-occidentale	65,4	39,3 🔰	58,5	28,2	41,5	21,6	34,9	12,0	35,4	12,7
Piemonte	65,2	37,1	58,2	27,7	37,9 🛂	19,2	34,9	12,8	32,5	12,0
Valle d'Aosta	72,2	47,1	60,0	36,6	48,1	31,3	35,0	15,5	39,1	18,0
Lombardia	64,9	39,3 🛂	58,4	28,3	42,7	22,5	35,1	11,4 🔰	36,8	12,8
Liguria	68,6	44,5 站	60,0	28,6	43,7	21,8	33,7	13,0	34,9	13,3
Italia nord-orientale	68,5	47,5	61,1	35,3	44,1	26,5	34,3	13,9	37,2	15,5
PA Bolzano	66,9	51,7	64,3	35,3	45,5	40,0	35,5	27,6	43,2	27,0
PA Trento	65,7	41,4	68,0	38,6	48,8 🗷	31,0	36,5	13,8	41,5	14,9
Veneto	68,6	47,0	61,3	35,3	46,7	27,0	34,3	14,7	37,7	15,4
Friuli-Venezia Giulia	67,9	44,9	63,1	35,3	47,2	30,1	37,4	11,8	37,9	14,9
Emilia Romagna	69,1	49,0	59,1	34,9	39,5	22,9	33,2	12,0	35,2	15,5
Italia centrale	66,8	42,1	59,7	34,1	42,0	23,2	39,4	14,7	36,3	13,9
Toscana	70,3	45,2	60,9	36,4	41,1	23,3	36,2	12,7	36,2	13,8
Umbria	70,8	41,1	61,8	28,3	43,9	19,7	40,3	11,5	38,4	10,6
Marche	67,6	45,9	59,2	34,3	36,2	21,5	29,6	11,8	31,4	13,0
Lazio	63,5	39,2	58,7	33,5	43,9	24,2	44,1	17,3	37,2	14,6
Abruzzo	68,0	34,4	68,9	34,2	47,6	18,0	45,1	12,1	32,2	8,1
Molise	66,7	28,6	63,6	23,6	43,9	18,8	40,1	10,0 🔰	30,6	8,8
Italia meridionale	64,4	33,0	62,0	31,7 🗷	41,2	18,4 🗷	46,3	16,4	32,1	9,6
Campania	63,3	32,2	58,2	29,9	39,7	17,7	42,8	16,1	28,6	8,7
Puglia	63,7	33,6	62,9	32,1	38,7	19,3	50,2	17,1	34,6	10,7
Basilicata	63,0	29,1	59,4 🗷	24,2	38,1	13,2	39,2	10,3	30,4	7,5
Calabria	66,3	35,2	67,1	37,5	46,8 🗷	20,1 🗷	52,4	21,6 🗷	37,6 🗷	11,4 🗷
Italia insulare	59,5	27,7	59,8 🛚	27,4	38,8	17,8	40,2 🔰	15,3	28,7 🛂	9,7
Sicilia	57,5	26,8	58,7	27,2	38,2	17,5	40,4	15,3	26,3	8,1
Sardegna	65,4	30,6	63,3	27,8	40,7	18,7	39,7	15,4	36,0	14,5
Italia	65,4	38,7	60,2	31,4	41,7	21,7	38,9	14,3	34,4	12,4

ù il valore è diminuito rispetto all'anno 2012

オ il valore è aumentato rispetto all'anno 2012



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

Tabella 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2013)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	. 5		abit ecced		tuori nasto		binge drinking		a rischio (criterio ISS*)	
	М	F	М	F	М	F	М	F	М	F
Italia nord- occidentale	76,6 🛚	50,7	17,1	7,8	38,8	17,3	10,8	2,6	24,9	9,9
Piemonte	76,2	49,3	19,1	8,5	36,3	15,4	12,0	3,1	27,3	10,4
Valle d'Aosta	81,6	58,2	20,9	7,6	51,4	22,3	17,5	6,7	33,5	13,4
Lombardia	76,4	50,5	15,7	7,1 🛂	40,1	17,8	10,4	7,4	23,5	9,2
Liguria	78,9	55,3 뇌	20,5	10,2	37,3 🗷	19,2	8,6	2,2	25,8	11,8
Italia nord-orientale	78,9	59,1	16,7	7,2	45,4	22,6	14,4	3,8	27,9	10,4
PA Bolzano	80,7	68,8	17,1	7,6	62,5	39,6	27,8	8,3	38,6	14,4
PA Trento	79,9 🗷	58,3	15,5	5,7	54,0	25,8	17,8	6,3	30,1	11,4
Veneto	79,7	60,1	16,2	6,3	45,6	21,8	13,8	4,0	27,4	9,8
Friuli-Venezia Giulia	79,8	58,5	17,2	8,5	55,1	27,7	17,4	3,0	29,7	11,1
Emilia Romagna	77,4	57,2	17,1	7,8	39,4	19,7	12,1	2,9	26,5	10,2
Italia centrale	78,2	53,8	16,0	7,6	34,4	16,8	8,2	2,6	22,4	9,6
Toscana	80,5	58,2	19,9	10,5	35,6 🗷	18,7 🛪	8,6	3,1	26,1	12,0
Umbria	82,7	52,9	17,3	6,1	33,9	11,4	8,3	2,7	24,6	8,2
Marche	79,1	55,3	15,4	8,0	29,5	16,2	7,5	2,0	21,4	9,7
Lazio	75,7	50,7	13,4	6,2	35,1	16,5	8,1	2,4	19,9	8,2
Abruzzo	82,4	47,7	15,4	4,6	42,2	12,0	12,9	1,5	24,6	5,6
Molise	80,0	43,3	20,4	5,3	38,8	13,0	15,5	2,8	30,3	7,5
Italia meridionale	78,2	47,2	1qwfsc	6,1	30,0	10,0	8,4 🛚	1,6	20,5	7,3
Campania	76,3	45,7	15,3	6,9	26,6	10,2	6,8	1,9	19,8	8,0
Puglia	78,8	49,3	14,1	7,0	28,7	9,2	7,0	0,8 🛂	18,8 🛂	7,8
Basilicata	78,2 🗷	41,4	16,0	3,6	33,4	9,1	10,4	1,4	23,2	5,0
Calabria	79,0	49,2 🛪	13,4	3,7	32,8	9,5	11,0 🛚	2,4	21,3	5,8
Italia insulare	74,3	42,4	11,5	4,4	33,0	10,7 🛚	10,6	1,9 🛚	19,6	5,8
Sicilia	72,9	40,7	10,0	4,5	28,7	8,7 🛚	7,9 🛚	1,2 🛚	16,2	5,3
Sardegna	78,4	47,3 🛪	16,1	3,9	45,8	17,0	18,5	3,9	29,3	7,3
Italia	77,5	51,2	15,7	6,9	36,5	15,8	10,4	2,5	23,4	8,8 🔰

^{*}L'indicatore è stato aggiornato nel 2014 tenendo conto delle nuove indicazioni di sanità pubblica

[→] il valore aumentato rispetto all'anno 2012



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

[🔰] il valore è diminuito rispetto all'anno 2012

Valle d'Aosta

La percentuale di consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica nel 2013 è stata pari all'81,6% tra gli uomini e 58,2% tra le donne; per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2012 né delle prevalenze dei consumatori né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio. La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche, così come quella dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è superiore alla media nazionale sia tra gli uomini sia tra le donne e per queste ultime anche la prevalenza di consumatrici di birra.

Analizzando le modalità di consumo delle bevande alcoliche si evince che sono al di sopra della media nazionale i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e di quelli a rischio ISS per entrambi i generi (*vedi* Tabella 1-2).

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2013 è stata pari all'76,4% tra gli uomini e 50,4% tra le donne e per entrambi i generi si rileva una diminuzione statisticamente significativa rispetto alla rilevazione precedente. Tra gli uomini risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari; tra le donne sono invece diminuite rispetto al 2012 le prevalenze delle consumatrici di vino, di amari e di superalcolici e risultano inferiori alla media la prevalenza delle consumatori di amari e di birra. L'analisi sulle abitudini di consumo mostra una riduzione delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici a rischio secondo il criterio ISS e il valore della prevalenza delle consumatrici fuori pasto, pur rimanendo pressoché invariato rispetto alla precedente rilevazione, si mantiene superiore alla media nazionale. (vedi Tabella 1-2).

Liguria

I consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e delle diverse tipologie di bevande nel 2013 sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione e in linea con la media nazionale (ad eccezione degli amari che si mantengono inferiori al dato medio); tra le donne i valori relativi alla prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica e di vino sono superiori alla media nazionale nonostante nel corso dell'ultimo anno si sia osservata una diminuzione statisticamente significativa. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i sessi un valore di prevalenza superiore alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari e per le donne anche della prevalenza delle consumatrici fuori pasto. Tra gli uomini infine si rileva un incremento dei consumatori fuori pasto rispetto al 2012 pari a 5,1 p.p. (vedi Tabella 1-2).

Italia nord-orientale

Nel 2013 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia nord orientale è stata pari al 78,9% tra gli uomini e al 59,1% tra le donne. Tra il 2007 e il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche (M: -3,9 p.p.; F: -4,6 p.p.) ma nel corso dell'ultimo anno l'indicatore è rimasto pressoché stabile. La prevalenza dei consumatori di vino così come quella di amari tra gli uomini è diminuita rispetto al 2007 di 2,8 p.p. e 3,7 p.p. rispettivamente, mentre tra le donne, si registra

una incremento della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici pari a 4,4 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori a rischio è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, oltre alla prevalenza dei *binge drinker* per i soli maschi. (Tabella 1-2).

Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2013, analogamente a quanto già riscontrato lo scorso anno, la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risulta la più elevata di tutte le regioni italiane (68,8%) così come quella delle consumatrici di aperitivi alcolici (40,0%), e superalcolici (27,0%); sempre tra le donne risultano inoltre superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatrici di vino e birra e amari. Tra gli uomini la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica, così come quella dei consumatori di birra e superalcolici risulta più elevata della media nazionale. I dati relativi alle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano per entrambe i sessi i valori più elevati di tutte le altre realtà territoriali della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M: 62,5%; F:39,6%) e per i soli maschi, anche dei *binge drinker* (M: 27,8%); sono infine superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio ISS per entrambi i generi e dei *binge drinking* tra le donne. Non si registrano infine variazioni percentuali significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle diverse bevande alcoliche o delle abitudini di consumo (*vedi* Tabella 1-2).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica di sesso maschile è pari nel 2013 a 79,9% ed è aumentata rispetto alla precedente rilevazione di 5 p.p., nonostante il dato sia in linea con quello nazionale; sono superiori alla media italiana anche i valori di prevalenza dei consumatori di birra, super alcolici e aperitivi alcolici, questi ultimi aumentati rispetto al 2012 di 7,1 p.p. Le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, birra e aperitivi alcolici tra le donne sono superiori al dato medio. L'analisi della modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori *binge drinking* e dei consumatori a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media nazionale per entrambi i sessi (*vedi* Tabella 1-2).

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, di quelli di vino, di aperitivi alcolici e di superalcolici è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi a cui si aggiunge quella delle consumatrici di birra di sesso femminile; la prevalenza dei consumatori maschi di amari è invece inferiore alla media nazionale. Nel 2013 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto e *binge drinking* sono più elevati dei valori nazionali sia tra gli uomini che tra le donne (*vedi* Tabella 1-2).

Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza delle donne che consumano almeno una bevanda alcolica, così come quella delle donne che consumano vino, birra e aperitivi alcolici è superiore alla media nazionale e nel

caso dell'ultima bevanda, il dato è superiore alla media anche per gli uomini. Non si evidenziano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazioni. Il valore dell'indicatore relativo al consumo fuori pasto è superiore a quello nazionale per entrambi i sessi e per i soli uomini anche quello relativo alla prevalenza dei *binge drinking* e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (*vedi* Tabella 1-2).

Emilia Romagna

Per gli uomini, i valori relativi al consumo di bevande alcoliche risultano in media con il dato nazionale, nonostante questo il valore relativo alla prevalenza dei consumatori a rischio (criterio ISS) risulti superiore alla media italiana (26,5%). La prevalenza delle donne che hanno consumato almeno una bevanda alcolica, di quelle che hanno consumato vino e di quelle che hanno consumato birra è invece superiore al dato medio nazionale, così come l'indicatore relativo al consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti (19,7%). Gli amari risultano essere l'unica bevanda per la quale la prevalenza dei consumatori è inferiore al dato medio italiano per entrambi i generi.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione né delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche né di quelle delle diverse tipologie di comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 1-2).

Italia centrale

Nel 2013 nel centro Italia la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,2% tra gli uomini e al 53,8% tra le donne. Tra il 2007 e il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche (M:-3,7 p.p.; F: -4,8 p.p.). La prevalenza dei consumatori di vino tra gli uomini è diminuita rispetto al 2007 di 3,6 p.p., mentre tra le donne, si registra una incremento della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici pari a 4,6 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per gli uomini nel centro Italia la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei *binge drinker* è statisticamente inferiore alla media nazionale mentre tra le donne la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è superiore al dato medio nazionale. Rispetto all'anno 2007 infine si rilevano una diminuzione dei consumatori *binge drinking* pari a -3,1 p.p. e un incremento delle consumatrici fuori pasto pari a +2,7 p.p.. Complessivamente per entrambi i sessi si rileva rispetto all'anno 2007 una diminuzione significativa dei consumatori a rischio ma non si rilevano variazioni significative delle diverse abitudini di consumo alcolico Rispetto alla precedente rilevazione (Tabella 1-2).

Toscana

Le percentuali dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e dei consumatori di vino sono superiori alla media nazionale per entrambi i sessi oltre a quelle della birra per le sole donne. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana sia per gli uomini che per le donne la percentuale dei consumatori abituali eccedentari è più elevata di quella nazionale e che rispetto all'anno 2012 è anche aumentata la prevalenza di coloro che consumano bevande alcoliche lontano dai pasti (M: +4,9 p.p.; F: +4,2 p.p.), nel caso delle donne inoltre, il valore di quest'ultimo indicatore (18,7%) è significativamente più elevato di quello medio italiano (15,8%) (*vedi* Tabella 1-2).

Umbria

Le percentuali di consumatori di almeno una bevanda alcolica e dei consumatori di vino e superalcolici risultano superiori alla media nazionale per gli uomini mentre per le donne tutti gli indicatori di consumo sono pressoché simili ai valori italiani (ad eccezione di quello relativo agli amari che è inferiore). Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio considerati, sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza delle donne che consumano lontano dai pasti, che è più basso (*vedi* Tabella 1-2).

Marche

Le percentuali di consumatrici di almeno una bevanda alcolica e di consumatrici di vino sono superiori alla media nazionale; tra gli uomini si rilevano valori più bassi di quello registrato a livello nazionale degli indicatori relativi alla prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e di amari inoltre sempre per gli uomini, la prevalenza dei consumatori di superalcolici è diminuita rispetto al 2012 di 6 p.p. Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale, ad eccezione dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* tra gli uomini che sono inferiori alla media (*vedi* Tabella 1-2).

Lazio

Le prevalenze dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e delle diverse bevande considerate sia per gli uomini che per le donne sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa agli amari per entrambi i sessi e quella relativa ai super alcolici per le sole donne che risultano invece più elevate. La prevalenza di *binge drinker* e quella dei consumatori a rischio ISS di sesso maschile sono inferiori alla media nazionale. Non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione ne relativamente alle prevalenze delle bevande alcoliche consumate ne ai comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 1-2).

Abruzzo

Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e amari, viceversa tra le donne risultano al di sotto del valore medio nazionale le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica oltre a quelle delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e superalcolici; rispetto all'anno 2012 si rileva infine una diminuzione del valore di prevalenza dei consumatori di superalcolici pari a 8,2 p.p.

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio mostrano un valore superiore alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (42,2%) e valori inferiori al dato medio nazionale della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie, di quelle fuori pasto e di quelle a rischio (criterio ISS) (*vedi* Tabella 1-2).

Molise

La prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche considerate risulta in media con il dato nazionale per gli uomini ad eccezione della prevalenza dei consumatori dei superalcolici che risulta inferiore. Per le donne invece, ad eccezione degli aperitivi alcolici, i valori di prevalenza delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche risultano tutti inferiori alla media

nazionale; la prevalenza delle consumatrici di amari risulta inoltre diminuita di 6,2 p.p. rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini tutti e tre gli indicatori relativi alle modalità di consumo a rischio sono superiori alla media nazionale ad eccezione di quello relativo al consumo lontano dai pasti, per il quale non si riscontra una differenza statisticamente significativa (*vedi* Tabella 1-2).

Italia meridionale

Nel 2013 nell'Italia meridionale la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,2% tra gli uomini e al 47,2% tra le donne. Tra il 2007 e il 2013 si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche pari a 3,8 p.p. La prevalenza dei consumatori di vino tra gli uomini è diminuita, sempre rispetto al 2007 di 3,4 p.p. e non si rilevano variazioni significative della prevalenza dei consumatori delle altre bevande. Tra le donne, si registra invece un incremento della prevalenza delle consumatrici di birra (+2,3 p.p. rispetto al 2007 e +3,1 p.p. rispetto al 2012) e di aperitivi alcolici (+2,3 p.p. rispetto al 2007 e +2,5 p.p. rispetto al 2012).

La prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e nel caso degli uomini risulta anche essere la più elevata rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che nel meridione la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è statisticamente inferiore alla media nazionale per entrambi i sessi così come la prevalenza dei *binge drinker* per i soli maschi, che risulta anche diminuita rispetto al 2012 di 1,6 p.p. (Tabella 1-2).

Campania

La prevalenza degli uomini consumatori di superalcolici risulta inferiore alla media nazionale mentre risulta superiore al valore medio nazionale quella dei consumatori di amari (42,8%). Sempre tra gli uomini, risultano inferiori alla media nazionale le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e di quelli a rischio (criterio ISS). Tra le donne risultano inferiori al dato medio le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, di vino, di aperitivi alcolici, di super alcolici oltre a quella delle consumatrici fuori pasto mentre per tutti gli altri indicatori i valori sono pressoché simili a quelli nazionali (*vedi* Tabella 1-2).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, così come quella delle consumatrici di birra, aperitivi alcolici e superalcolici nel 2013 è per entrambe i sessi inferiore alla media nazionale, l'unico indicatore che presenta un valore significativamente superiore alla media italiana è quello relativo alla prevalenza dei consumatori di amari (M:50,2%; F:17,1%). Per entrambi i sessi anche la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti e dei consumatori binge drinker è inferiore alla media nazionale (relativamente a quest'ultimo indicatore, per le donne, si registra anche una diminuzione rispetto all'anno 2012 pari a 1,4 p.p.) (vedi Tabella 1-2).

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di birra sono aumentate tra il 2012 e il 2013 rispettivamente di 5,2 p.p. e 6.6 p.p.; non si evidenziano tuttavia variazioni statisticamente significative tra i dati rilevati in Basilicata e i dati medi nazionali in relazione agli indicatori di monitoraggio considerati, ad eccezione della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e superalcolici che risultano essere inferiori alla media. Tra le donne invece, i valori degli indicatori sono tutti statisticamente inferiori alla media nazionale ad eccezione di quello riguardante le consumatrici di super alcolici, per il quale la differenza non è significativa (*vedi* Tabella 1-2).

Calabria

Tra il 2012 e il 2013 per entrambi i sessi è aumentata la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M:+5,3 p.p.; F:+4,7 p.p.) e di superalcolici (M:+5,2 p.p.; F:+4,3 p.p.); sono inoltre aumentate la prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (+5,5 p.p) e di amari (+6,3 p.p.) tra le donne. L'analisi dei consumatori delle bevande alcoliche mostra che per gli uomini sono superiori al dato medio nazionale le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici, amari e superalcolici e per le donne quelle relative alla birra e agli amari. Si registra infine per i soli uomini una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori *binge drinking* (-5 p.p.). L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sotto della media nazionale della prevalenza dei consumatori fuori pasto per entrambi i generi oltre a quelli della prevalenza dei abituali eccedentari e a rischio (criterio ISS) per le sole donne (*vedi* Tabella 1-2).

Italia insulare

Nel 2013 nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 74,3% tra gli uomini e al 42,4% tra le donne. Tra il 2007 e il 2013 si registra un incremento statisticamente significativo della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici (+3,2 p.p.), di amari (+2,8 p.p.) e di super alcolici (+2,5 p.p.). Rispetto alla precedente rilevazione invece si registrano tra gli uomini delle diminuzioni dei valori di prevalenza dei consumatori di birra (-3,7 p.p.), di amari (-4,5 p.p.) e di super alcolici (-5,8 p.p.).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che nelle isole rispetto al 2007 è diminuita tra gli uomini la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari mentre rispetto allo scorso anno sono diminuite per entrambi i generi la prevalenze dei consumatori *binge drinking* e per le sole donne la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (-2,9 p.p.) (Tabella 1-2).

Sicilia

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso ad eccezione di quello relativo alla prevalenza dei consumatori di amari e per i soli uomini di quello relativo ai consumatori di birra. Per gli uomini il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di vino e dei consumatori abituali eccedentari risulta essere il più basso di tutte le Regioni. Rispetto all'anno 2012 si registra per entrambi i sessi una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (M: -3,6 p.p.; F: -2,7 p.p.), della

prevalenza degli uomini che hanno consumato superalcolici (-6,8 p.p.) e delle donne che hanno consumato bevande alcoliche fuori pasto (-4,7 p.p.) (*vedi* Tabella 1-2).

Sardegna

La prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche tra gli uomini è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione e non si sono registrate differenze significative rispetto alla media nazionale. Un'attenta analisi dei comportamenti a rischio evidenzia tuttavia che risultano invece superiori alla media italiana le prevalenze dei consumi fuori pasto, dei consumi in modalità *binge drinking* e di quelli a rischio ISS. Tra le donne invece la situazione in Sardegna appare molto diversa rispetto a quella degli uomini: sono inferiori ai valori medi italiani le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica e in particolare delle consumatrici di vino, birra e aperitivi alcolici. Non si rilevano variazioni significative tra i valori degli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sebbene la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica sia aumentata rispetto al 2012 di 5,6 p.p. (*vedi* Tabella 1-2).

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2013, il 53,4% dei ragazzi e il 41,0% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambe i generi si rileva una diminuzione della prevalenza rispetto all'anno 2007 ma nel corso dell'ultimo anno i valori sono rimasti pressoché stabili (Figura 17).

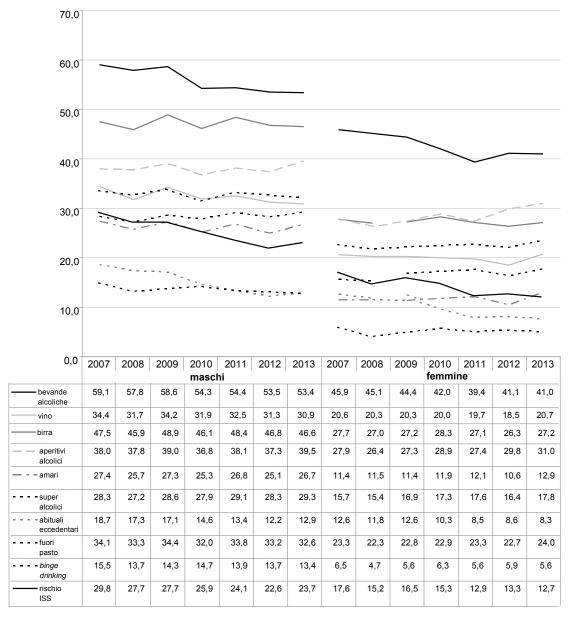


Figura 17. Prevalenze (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio per genere (età 11-25 anni) (2007-2013)

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

Il comportamento a rischio più diffuso tra i giovani è il consumo di bevande alcoliche fuori pasto che nel 2013 ha riguardato il 32,6 dei ragazzi e il 24% delle ragazze e che nel corso degli anni non si è mantenuto costante. Le percentuali di coloro che hanno dichiarato di aver praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno sono risultate pari al 13,4% per i ragazzi e al 5,6% per le ragazze; i giovani che hanno dichiarato di aver consumato alcol in quantità abituali eccedentarie sono stati il 12,9% e l'8,3% dei consumatori, maschi e femmine rispettivamente (*vedi* Figura 17).

Complessivamente il 23,7% dei ragazzi e il 12,7 % delle ragazze nel 2013 sono identificati secondo il criterio ISS come soggetti a rischio per la loro salute, per un totale di circa 1.620.000 giovani che non rispettano e non si attengono alle raccomandazioni di sanità pubblica (*vedi* Figura 17, Tabella 3).

Tabella 3. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumo e genere (2013)

Tipologia di consumo	11-17 ¹		18-20 ²		21-25		Totale	
	М	F	М	F	М	F	М	F
Consumatori di bevande alcoliche	23,7	17,2	71,7	54,0	82,1	61,7	53,4	41,0
Consumatori di vino	10,2	5,2	41,9	24,2	52,0	36,7	30,9	20,7
Consumatori di birra	18,8	9,0	64,6	35,6	72,7	43,6	46,6	27,2
Consumatori di aperitivi alcolici	12,8*	10,9*	54,3	43,0	66,2	47,8	39,5	31,0
Consumatori di amari	6,1	3,1	36,1	14,5	48,6	23,4	26,7	12,9
Consumatori di super alcolici	6,4*	5,4*	43,2	24,7	51,5	28,4	29,3	17,8
Consumatori abituali eccedentari	23,7	17,2	3,1	0,6	4,5*	2,1*	12,9	8,3
Consumatori di alcolici fuori pasto	10,8*	7,1*	47,4	35,4	52,8	37,3	32,6	24,0
Consumatori binge drinking	3,5*	2,2*	21,8	7,5	21,5	8,5	13,4	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	23,7	17,2	23,3	7,8	23,9	10,0	23,7	12,7

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

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

Consumatori di 11-17 anni

L'indicatore per il monitoraggio dei consumatori abituali eccedentari di bevande alcoliche quale indicatore di consumatore a rischio (criterio ISS) per la classe di età 11-17, è anche un indicatore diretto del rispetto delle norme adottate in Italia che vietano vendita e somministrazione di bevande alcoliche nei bar, pub, ristoranti, locali da ballo ed esercizi commerciali ai minori di anni 18. Anche alla luce di questa ulteriore importante modifica normativa, omogenea e rafforzativa rispetto alle indicazioni delle linee guida che indicano consumo zero al di sotto dei 18 anni, l'ONA-CNESPS dell'ISS ha effettuato il monitoraggio della popolazione considerando come a rischio tutti i giovani della fascia d'età 11-17 anni, che in qualsiasi modalità avessero consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno, assimilando, di conseguenza, i consumatori di almeno una bevanda alcolica con i consumatori a rischio (ISS). Fin dagli anni '90 la strategia *Health for all* della WHO si è proposta di portare a zero il consumo nei giovani al di sotto dei 15 anni, età che nel corso degli anni, e con il crescere del numero delle evidenze scientifiche sull'impatto dell'alcol sulla vulnerabilità cerebrale, è stata

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

^{*} Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere (IC 95%).

progressivamente innalzata ai 18, 21 e recentemente ai 25 anni, età per la quale si registra la massima vulnerabilità del cervello all'uso di sostanze e di alcol.

Il valore "zero consumo" auspicabile nella fascia di età 11-17 anni, sulla base delle indicazioni di sanità pubblica è pertanto cautelativa e probabilmente da riconsiderare per il futuro. Al di sotto dell'età minima legale che prevede il divieto di vendita e somministrazione di bevande alcoliche, il 23,7% dei ragazzi e il 17,2% delle ragazze dichiara di aver consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno (vedi Tabella 3). Evidenze prodotte per gli anni precedenti sia dallo Studio ESPAD che dall'indagine Multiscopo ISTAT evidenziano l'estrema facilità con la quale i giovani italiani, rispetto ai giovani di altre Nazioni europee, dichiarano di poter acquistare le bevande alcoliche che vengono prevalentemente consumate in discoteca, nei pub, nei luoghi di aggregazione giovanile a testimonianza di una dimensione di mancato rispetto della legalità da parte di chi pone gli alcolici nelle disponibilità dei minori. Tra i ragazzi di entrambi i sessi, a fronte di una riduzione dei consumatori registratasi tra gli anni 2007-2009, nel corso dell'ultimo quadriennio i valori di prevalenza non hanno fatto registrare ulteriori variazioni statisticamente significative. Tra i ragazzi, il 10,2% dichiara di aver bevuto vino, il 18,8% birra, il 12,8% aperitivi alcolici, il 6,1% amari e il 6,4% superalcolici; tra le ragazze, le prevalenze sono più elevate per le consumatrici di aperitivi alcolici (10,9%) e di birra (9%) e dichiarano di aver bevuto vino il 5,2%, amari il 3,1% e superalcolici il 5,4% delle minorenni. In questa fascia di età si rilevano variazioni di genere statisticamente significative solo tra i consumatori di vino, di birra e tra i consumatori fuori pasto. La prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile risulta essere la più elevata tra tutte le bevande alcoliche considerate. I giovani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 9,1% (M: 10,8%; F: 7,1%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono il 2,9% (M: 3,5%; F: 2,2%). In totale si stima che gli adolescenti al di sotto dei 18 anni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2013 circa 810.000, con una marcata differenza di genere e che corrispondono a quasi un ragazzo su quattro (23,7%) e circa una ragazza su sei (17,2%) (vedi Figura 17, Tabella 3).

Consumatori di 18-20 anni

Le norme italiane in merito alla guida in stato di ebbrezza sono state rafforzate nel corso degli ultimi anni, soprattutto per i più giovani. Il reato è punito con diverse sanzioni a seconda del tasso alcolemico del conducente riscontrato al momento del fermo e dell'età. La Legge n.120/2010 (25) stabilisce attualmente il limite di 0,5 grammi/litro di alcol nel sangue ed ha introdotto la tolleranza zero (ossia il divieto ad assumere un qualsiasi quantitativo di alcol) per i conducenti con meno di 21 anni, per i neopatentati che hanno la patente da meno di 3 anni e per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D, E. A seguito dell'introduzione di questa modifica, le abitudini alcoliche dei giovani per i quali il consumo dovrebbe essere pari a zero alla guida (minori di 21 anni) acquistano un valore aggiunto in funzione della possibilità di stimare il target dei potenziali destinatari di politiche e interventi di prevenzione focalizzati sulla sicurezza stradale.

Nella classe di età giovanile al di sotto dei 21 anni, il 63,3% degli intervistati (M: 71,7%; F: 54,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2013 e né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi 6 anni.

Le prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche, così come quelle relative alle diverse tipologie di comportamenti a rischio risultano superiori a quelle rilevate per le coetanee della stessa classe di età. Tra i ragazzi la prevalenza più elevata si registra tra coloro che consumano birra (64,6%), seguiti da coloro che consumano aperitivi alcolici (54,3%) e da quelli di vino (41,9%) e superalcolici (43,2%) mentre gli amari sono stati consumati dal 36,1% dei giovani. Tra le ragazze i valori più elevati si registrano per gli aperitivi alcolici (43,0%) e di birra (35,6%), seguite da superalcolici (24,7%) e vino (24,2%), mentre il valore più basso si registra, per gli amari (14,5%).

Il 47,4% dei ragazzi e il 35,4% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2013 sono stati il 21,8% e il 7,5% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi 6 anni. In totale si stima che nel 2013 sono stati quasi 270.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 210.000 M e 60.000 F), pari al 23,3% e 7,8% rispettivamente dei 18-20enni (*vedi* Figura 17, Tabella 3).

Consumatori di 21-25 anni

Nella classe di età 21-25 anni, il 71,6% degli intervistati (M: 82,1%; F: 61,7%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2013 e non si registrano variazioni statisticamente significative né rispetto al 2012 né rispetto agli anni precedenti. Tra i ragazzi, come già rilevato nel 2012, la prevalenza dei consumatori di birra (72,7%) risulta la più elevata rispetto a tutte le altre bevande, seguita dagli aperitivi alcolici (66,2%), e infine da vino (52%), da amari (48,6%) e superalcolici (51,5%); tra le loro coetanee, i valori più elevati si registrano per le prevalenze delle consumatrici di aperitivi alcolici (47,8%) di birra (43,6%). Le prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche di sesso maschile, così come quelle relative alle diverse tipologie di comportamenti a rischio, risultano superiori a quelle rilevate per le ragazze della stessa classe di età ad eccezione dei consumi eccedentari abituali in cui i valori non risultano statisticamente diversi.

I 21-25enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 44,8% con una grande differenza di genere (M: 52,8%; F: 37,3%) e senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni; quelli che invece si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno 2013 sono stati il 14,8% dei 21-25enni e come per il consumo fuori pasto la prevalenza è più elevata tra i ragazzi rispetto alle ragazze (M: 21,5%; F: 8,5%).

In totale nel 2013 hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute il 23,9% dei ragazzi e il 10% delle ragazze 21-25enni per un totale di circa 530.000 giovani che non rispettano le linee guida per non incorrere in problemi per la salute (*vedi* Tabella 3).

CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

Consumare bevande alcoliche è un'abitudine diffusa, tipicamente "mediterranea" e che da sempre è parte della tradizione italiana. Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell'organismo dopo i 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare l'alcol, si riduce la quantità di acqua nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerarne gli effetti, e si assumono molto spesso farmaci. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 65enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'ISS, la Società Italiana di Alcologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) in stato di buona salute, senza distinzioni di genere. Nel 2013 il 59% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 79%; F: 44%) (Figura 18, Tabella 4).

Per entrambi i generi, nonostante la diminuzione rilevata rispetto all'anno 2007, non si registrano nel corso degli ultimi 3 anni variazione statisticamente significative dei valori delle prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (Figura 18).

La prevalenza dei consumatori ultra 65enni nel 2013 è stata massima, come già rilevato in tutte le precedenti rilevazioni per il vino (M: 74,8%; F: 39,8%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 39,7%; F: 13,9%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2013 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 25,5%; F: 6,3%), di aperitivi alcolici (M: 19,5%; F: 5,3%) e i superalcolici (M: 20,8%; F: 4,2%) (Tabella 4).

Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato variazioni significative degli andamenti nel tempo; unica eccezione registrata rispetto alla rilevazione dello scorso anno è la prevalenza delle consumatrici di amari di sesso femminile che sono diminuite di 1,8 punti percentuali.

Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, 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 2013 è stata pari al 37,9% degli uomini e l'8,7% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 23,5% degli uomini e il 5,6% delle donne, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2013 sono stati il 3,5% e lo 0,4% rispettivamente.

Per tutti gli indicatori di rischio non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione sebbene una tendenza alla diminuzione, specie nel corso degli ultimi anni, è stata evidenziata in particolare tra gli uomini. Nel 2013 si registra infatti rispetto all'anno 2007 una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori abituali eccedentari (M:-9,2 p.p.; F:-2,6 p.p.), dei consumatori a rischio (criterio ISS) (M:-9,6 p.p.; F:-2,8 p.p.) e per gli uomini dei consumatori *binge drinking* (-2 p.p.) (Figura 18).

In totale si stima che nell'anno 2013 sono stati oltre 2.720.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.080.000 uomini e 640.000 donne, pari al 38,6% e 8,9% rispettivamente (Tabella 4).

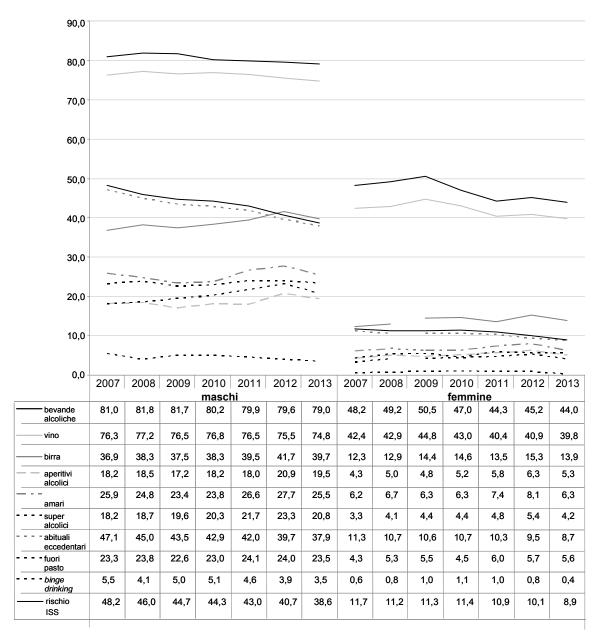


Figura 18. Prevalenze (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio per genere (età ≥65 anni) (2007-2013)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol

su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori anziani "giovani" (65-74 anni)

Nella classe di età 65-74 anni, il 66,1% degli intervistati (M: 83,3%; F: 48,5%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che bevono vino (M: 78,9%; F: 42,6%), seguita dai consumatori di birra (M: 48,5%; F: 19,1%) per entrambi i sessi; risultano inoltre meno frequenti

i consumatori di aperitivi alcolici (M: 25,2%; F: 7,1), e i superalcolici (M: 27,4%; F: 5,9%). Per tutte le bevande considerate, le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (Tabella 4).

Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2013)

Tipologia di consumo	11-17 ¹		18-20 ²		21-25		Totale	
	М	F	M	F	М	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,3	48,5	75,5	40,8	66,3	37,6	79,0	44,0
Consumatori di vino	78,9	42,6	71,5	37,8	62,2	36,0	74,8	39,8
Consumatori di birra	48,5	19,1	31,1	10,2	18,6	6,7	39,7	13,9
Consumatori di aperitivi alcolici	25,2	7,2	13,7	3,7	6,2	3,0	19,5	5,3
Consumatori di amari	31,3	8,3	19,8	4,7	12,0	3,9	25,5	6,3
Consumatori di super alcolici	27,4	5,9	13,9	2,8	6,7	2,6	20,8	4,2
Consumatori abituali eccedentari	41,1	10,4	34,9	7,1	29,0	7,5	37,9	8,7
Consumatori di alcolici fuori pasto	28,5	7,2	18,8	4,7	10,6	3,2	23,5	5,6
Consumatori binge drinking	4,4	0,5	2,9	0,3	0,5	0,2	3,5	0,4
Consumatori a rischio-criterio ISS	42,1	10,6	35,6	7,3	29,0	7,6	38,6	8,9

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2013

Tutti gli indicatori sono rimasti pressoché invariato rispetto agli ultimi cinque anni. La prevalenza di anziani consumatori abituali eccedentari di bevande alcoliche è stata pari al 41,1% tra gli uomini e 10,4% tra le donne, quelli che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 17,2% (M: 28,5%; F: 7,2%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati il 2,3% (M: 4,4%; F: 0,5%). Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si rilevano variazioni significative rispetto al 2012. Nell'anno 2013, si stima quindi che sono circa 1.640.000 gli "anziani giovani" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 42,1% degli uomini e l'10,6% delle donne (Tabella 4).

Consumatori anziani "intermedi" (75-84 anni)

Nella classe di età 75-84 anni nel 2013, il 54,9% degli intervistati (M: 75,5%; F: 40,8%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e non si registrano variazioni significative rispetto all'ultimo anno. Nel 2013 inoltre, il 71,5% degli uomini e il 37,8% delle donne hanno dichiarato di aver bevuto vino, il 31,1% e il 10,2% birra, il 13,7% e 3,7% aperitivi alcolici, il 19,8% e 4,7% amari e il 13,9% e 2,8% superalcolici. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevanda alcolica sono tutte minori tra le donne (Tabella 4) e i valori inoltre, per entrambe i sessi, si mantengono pressoché stabili sia rispetto alla precedente rilevazione sia rispetto agli ultimi 5 anni. Gli anziani 75-84enni che hanno consumato bevande in maniera abituale ed eccedentaria sono stati il 18,4% (M: 34,9%; F: 7,1%) e per entrambi i sessi si registra una diminuzione rispetto all'anno 2007 sebbene nel corso dell'ultimo anno il valore sia rimasto pressoché stabile. La prevalenza degli anziani che consumano bevande alcoliche lontano dai pasti è stata pari al 10,4% (M: 18,8%; F: 4,7%) senza differenze statisticamente significative rispetto alle precedenti rilevazioni, mentre la prevalenza di quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno è stata complessivamente pari al 1,3%. In totale si stima che nell'anno 2013 sono stati oltre 850.000 gli anziani che hanno

adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 35,6% degli uomini e il 7,3% delle donne appartenenti alla classe di età 75-84 anni (Tabella 4).

Consumatori anziani ultra 85enni

La prevalenza dei "grandi vecchi" ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2013 è stata del 66,3% per gli uomini (che corrisponde anche al valore più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani) e del 37,6% delle donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Analizzando le diverse bevande alcoliche, si osserva che la prevalenza dei consumatori nel 2013 è stata massima per il vino (M: 62,2%; F: 36,0%) per entrambi i sessi, seguito dalla birra (M: 18,6%; F:65,7%) e infine amari, superalcolici e aperitivi alcolici. Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra per i consumatori abituali eccedentari (M: 29,0%; F:7,5%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 10,6%; F: 3,2%). In totale si stima che nell'anno 2013 sono stati circa 230.000 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 29,0% degli uomini e il 7,6% delle donne (Tabella 4).

MORTALITÀ PER PATOLOGIE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Decessi totalmente alcol-attribuibili

Le malattie totalmente alcol-attribuibili sono quella categoria di malattie codificate secondo la codifica internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases* ed. 10 – ICD X) (26) la cui causa è totalmente causata dal consumo di alcol (es. gastrite alcolica).

L'ONA-CNESPS con la collaborazione dell'Ufficio di Statistica dell'ISS ha elaborato i dati dei decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili avvenuti in Italia negli anni 2007-2011.

Nell'anno 2011 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.543 (1.575 nel 2010), di cui 1.210 (78,4%) riferiti a maschi e 333 (21,6%) riferiti a femmine (Tabella 5).

Analizzando nel dettaglio alcune categorie si osserva che la prima causa di morte per patologie totalmente alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne sono dovute ad epatopatie alcoliche (K70); successivamente troviamo le sindromi psicotiche indotte da alcol (F10) per gli uomini e le gastriti alcoliche (K29) per le donne.

Per tutte le patologie considerate, il tasso standardizzato di mortalità (TSM) è più elevato per gli uomini rispetto alle donne ad eccezione delle gastriti alcoliche, dove invece i valori risultano pressoché simili (Tabella 5).

Tabella 5. Distribuzione dei decessi e tasso standardizzato di mortalità (TSM*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili e sesso (2011)

ICD10	Patologia	Maschi			Femmine			Totale	
		Morti	TSM	(% M)	Morti	TSM	(%F)	Morti	TSM
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	184	0,697	82,1	40	0,139	17,9	224	0,411
G62.1	Polineuropatia alcolica	8	0,030	80	2	0,007	20	10	0,018
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	14	0,054	82,4	3	0,011	17,6	17	0,032
K29	Gastrite alcolica	69	0,235	48,9	72	0,221	51,1	141	0,228
K70	Epatopatia alcolica	889	3,311	80,8	211	0,746	19,2	1.100	2,000
T51	Effetti tossici dell'alcol	8	0,032	88,9	1	0,003	11,1	9	0,017
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	32	0,117	88,9	4	0,013	11,1	36	0,064
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	6	0,022	100	0	0,000	0	6	0,011
Totale		1.210	4,499	78,4	333	1,141	21,6	1.543	2,781

L'analisi del TSM registrato per tutti i decessi totalmente alcol-attribuibili nel corso degli anni mostra che complessivamente il valore è leggermente diminuito rispetto al 2007 sebbene sia rimasto pressoché stabile rispetto al valore registrato nel 2010 (Figura 19).

L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i sessi, i tassi di mortalità sono più bassi tra i 15-35enni mentre i valori più elevati si registrano nella popolazione ultra 55enne (Figura 19).

Nella classe di età giovanile, a seguito di una diminuzione registrata tra il 2007 e il 2008, i tassi di mortalità sono leggermente aumentati e nel 2011 sono pari a 0,264 tra gli uomini e 0,043 tra le donne. Nella classe di età 36-54 anni invece l'andamento del tasso di mortalità è stato diverso a secondo del sesso della persona deceduta. Il tasso è aumentato tra le donne tra il 2008 e il 2010 ed è poi nuovamente diminuito nel 2011 mentre tra gli uomini si è rilevata una diminuzione del valore tra il 2008 e il 2010 e un incremento nel corso dell'ultimo anno (Figura 19)

Nella fascia adulta e anziana della popolazione (55 anni e più) il tasso di mortalità è diminuito sia tra le donne che tra gli uomini sebbene per questi ultimi il valore sia inizialmente aumentato tra il 2007 e il 2009 e poi diminuito nuovamente nel corso degli ultimi anni (Figura 19).

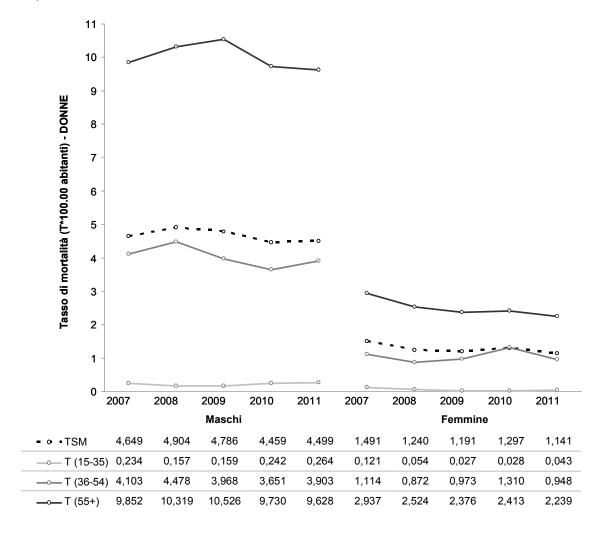


Figura 19. Tasso di mortalità per classi di età (*100.000 ab.) e tasso standardizzato di mortalità (TSM*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili e sesso (2007-2011)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol

su dati mortaità ISTAT 2007-2011

Analisi territoriale dei decessi totalmente alcol-attribuibile

Per l'anno 2010-2011 l'ONA-ISS ha calcolato i TSM per le patologie totalmente alcolcorrelate analizzando a livello regionale e di Provincie Autonome, le cause di morte dovute alle malattie totalmente alcol-attribuibili descritte nel paragrafo precedente, nella popolazione al di sopra dei 15 anni (*vedi* Tabella 5). Al fine di aumentare l'attendibilità dei dati e di permettere delle analisi a livello di Regione e di Provincie Autonome è stato, infatti, deciso di calcolare e analizzare i TSM medi relativi ai decessi avvenuti nel biennio 2010-2011 anziché quelli verificatisi solo nel corso dell'ultimo anno.

Dall'analisi effettuata a livello regionale dei TSM si evince una variabilità territoriale molto ampia. I valori più elevati si registrano sia per gli uomini sia per le donne in Valle d'Aosta (M=12,943; F=3,097), nella P.A. di Bolzano (M=11,461; F=2,907), nella P.A. di Trento (M=9,970; F=2,161), in Friuli Venezia Giulia (M=8,046; F=2,136), in Molise (M=8,721; F=1,949), in Basilicata (M=6,354; F=2,836) e in Calabria (M=5,771; F=1,451) oltre a Molise e Sardegna per i soli uomini e Abruzzo e Toscana per le sole donne. Viceversa i valori più bassi si registrano per entrambi i generi in Sicilia (M=3,365; F=0,671), in Umbria (M=3,753; F=0,610) e nelle Marche (M=3,786; F=0,957) oltre a Toscana e Campania per i soli uomini e Sardegna per le sole donne (Figura 20).

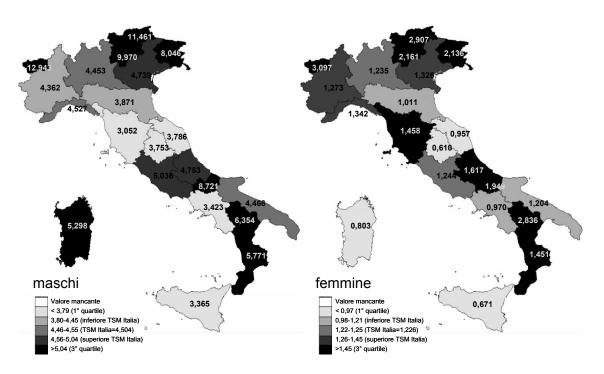


Figura 20. Tasso standardizzato di mortalità (TSM*100.000 ab.) per patologie totalmente alcol-attribuibili per sesso e regione di residenza (2010-2011)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol

su dati mortaità ISTAT 2011

CONCLUSIONI

Il panorama delineato dai dati e dalle tendenze registrate in relazione al consumo rischioso e dannoso di alcol in Italia è rappresentativo di un fenomeno la cui complessità appare in costante e rapida evoluzione.

La linea conduttrice del rischio alcol-correlato, trasversale alle generazioni, è sicuramente identificabile in una profonda e consolidata modificazione del rapporto che chi consuma ha con il bere. Modelli e culture di consumo nuove o importate fanno la differenza in termini d'interpretazione di un crescente fenomeno di massa, che considera il bere attraverso modalità estremamente variabili e alternative rispetto alle modalità classiche e tradizionali a cui l'Italia ispirava un comportamento normalizzato ma non per questo non pericoloso o dannoso.

Il bere a rischio, coinvolgendo vasti strati di popolazione, ha un impatto serio e costante sullo stato di salute della popolazione, sulla sicurezza, sul *welfare* e sul benessere nel senso più ampio del termine.

Nel corso degli anni i "limiti" considerati a minor rischio si sono progressivamente abbassati sino a identificare una quantità veramente minima di alcol (10 grammi di etanolo puro, meno di un bicchiere di vino al giorno) come quella capace di minimizzare i rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche, qualunque esse siano. I nuovi LARN, che nel 2014 hanno ridotto ulteriormente rispetto ai livelli precedenti i limiti da considerare per la prevenzione, sottolineano come indispensabile non superare mai nella vita quantità al giorno superiori a 2 UA (2 bicchieri, circa 24 grammi di alcol) per i maschi adulti e superiori a 1 UA per le donne e gli ultra65enni, ponendo a zero il consumo sotto i 18 anni. Alla luce di questi nuovi parametri, in ulteriore evoluzione attraverso le nuove Linee Guida per una sana alimentazione, che verranno presentate verso la fine di quest'anno, ottemperando all'esigenza di revisione decennale, la platea di consumatori a rischio si allarga a ricomprendere circa 9 milioni di italiani e italiane di cui circa 1 milione di minori e oltre 3milioni e mezzo di ultra65enni.

Agire in termini di prevenzione non è facile, e non appare plausibile un intervento generalizzato, che non sia necessariamente differenziato per sesso e per età, oltre che per circostanze e contesti a maggior rischio, primi tra tutti quelli di aggregazione giovanile.

Il mancato rispetto al divieto di vendita e somministrazione a giovani sotto l'età minima legale di 18 anni, pur attivo in Italia è stato già documentato in numerosi rapporti acquisiti dalla Commissione europea e oggetto di presentazione nelle sedi istituzionali comunitarie (27) e di comunicazione scientifica nei più rilevanti ambiti degli eventi europei di riferimento (28).

Uno dei documenti di riferimento in cui sono state ricomprese le evidenze raccolte sulla minaccia rappresentata dall'alcol per i giovani in tutta Europa *An overview of the market for alcoholic beverages of potentially particular appeal to minors* (29) ha ispirato la riflessione partita tra i Governi europei oltre un anno fa nel corso di un *High Level Committee* a Bruxelles che ha ribadito la necessità di estrema attenzione al fenomeno alcol e minori ricomprendendo tutti giovani in un'adeguata cornice d'azione da attivare.

La situazione descritta per l'Italia non è ovviamente isolata ed è proprio in virtù di numerose evidenze scientifiche prevalentemente derivanti dai lavori di ricerca dei progetti europei che la Commissione europea e gli Stati membri hanno concordato e adottato un Piano di azione sul bere dei giovani e sul bere episodico eccessivo *binge drinking*. Le evidenze e le azioni richiamate nel Piano sono state individuate e proposte per l'Italia dall'Istituto Superiore di Sanità che, attraverso le competenze dell'ONA-CNESPS, ha contribuito a condividere i dati epidemiologici elaborati, e che il Ministro della salute trasmette nella Relazione annuale prevista dalla Legge 125/2001. Attività che richiedono, come richiamato nel Piano d'azione,

sostegno in termini di risorse che oggi in Italia, a differenza di altre Nazioni, non risultano assicurate e a forte rischio se non adeguatamente formalizzate e finanziate, ad esempio attraverso il Piano Nazionale per la Prevenzione, e i conseguenti Piani regionali.

Per concordare evidenze, azioni e strategie sul bere dei giovani i rappresentanti dei Governo attivi nel CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*), il comitato formale che si riunisce in Lussemburgo per dirimere le questioni specifiche, ha impegnato oltre un anno per produrre un documento, un piano di azione, che richiama tutti i Governi a considerare sei aree di azioni prioritarie:

- ridurre il consumo eccessivo episodico binge drinking
- 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 d'azione sul bere dei 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) e questo è il motivo per cui il Piano d'azione si focalizza sui diversi target dei 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 contributo in termini di mortalità prematura, morbilità per causa e disabilità causate dal consumo di bevande alcoliche tra i giovani. Ci sono molte azioni, iniziative, strategie, programmi da realizzare, tutti già richiamati nel documento ufficiale e richiamano all'impegno tutte le competenze idonee a sostenere e sollecitare dalle istituzioni risposte efficaci ed efficienti.

Anche per questo gli Stati Membri EU hanno chiesto alla Commissione Europea una nuova Strategia Comunitaria sull'alcol ribadendo la necessità e l'urgenza di un'azione comune conformata ad esigenze evidenti di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione, e di abbattimento dell'impatto i cui costi dovrebbero essere oggetto di richiesti studi di settore di valutazione e di costo-beneficio che stabiliscano oggettivamente quale sia il valore aggiunto delle attuali politiche apparentemente condizionate e sbilanciate da logiche di mercato, economiche e che potrebbero non essere vantaggiose, come affermato, alla luce della stima dei costi tangibili e intangibili dell'alcol che oggi assorbono l'1,3 % del PIL comunitario.

Pur avendo la Commissione adottato in passato una strategia per sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni alcol correlati, il contesto, oggi cambiato in relazione al consumo nocivo di alcol richiede interventi in numerose aree di azione che includono:

- le norme UE sui meccanismi atti a influenzare i prezzi (inclusa la tassazione degli alcolici):
- le definizioni comunitarie di bevande alcoliche comunitarie che inibiscano la riduzione del grado alcolico;
- il marketing e pubblicità degli alcolici in particolare quando siano rivolte ai giovani, compresa la pubblicità transfrontaliera e la vendita online;
- la fornitura di informazioni relative alla salute attraverso l'etichettatura delle bevande alcoliche;
- le vendite transfrontaliere di bevande alcoliche, comprese le vendite online;
- le politiche del commercio estero in materia di alcol, incluso il supporto per le campagne di promozione;
- la ricerca, la raccolta e il monitoraggio dei dati.

In occasione dei due *High Level meeting* del *Committee on National Alcohol Policy and Action*, (CNAPA), nel mese di ottobre 2011 e ottobre 2012, tutti i rappresentanti degli Stati membri hanno espresso la loro forte richiesta e il sostegno della Commissione al fine di proporre una nuova strategia dell'UE per ridurre il consumo nocivo di alcol e i danni alcolcorrelati. Gli Stati membri hanno chiesto alla Commissione di focalizzare su una nuova e ambiziosa strategia con l'obiettivo principale di lavorare su problemi transfrontalieri a livello UE e per sostenere gli Stati membri nella prevenzione e riduzione del consumo nocivo di alcol e dei danni alcol-correlati in tutta l'Unione europea. Questo obiettivo richiede un approccio basato sui seguenti principi:

- completezza nell'affrontare tutti i tipi di consumo di alcol e i danni alcol-correlati in tutti i gruppi di popolazione;
- approccio coerente sistematico, focalizzato sia sulla prevenzione comportamentale che strutturale del consumo dannoso di alcol;
- approccio di "Salute in tutte le politiche", impegnando il potenziale positivo di tutti i settori delle politiche pertinenti per contribuire a ridurre i danni da alcol;
- costruire sulle misure e le politiche basate sull'evidenza;
- promuovere sinergie tra vari livelli: globale, europeo, nazionali nonché locali nel rispetto della sussidiarietà.

Articolare questi principi a livello nazionale sarà l'esercizio da attuare nel prossimo futuro. Avviare azioni sui target vulnerabili della popolazione, tra cui oltre ai giovani gli anziani (obiettivo negletto della prevenzione), è alla luce dei dati correnti indifferibile anche in funzione del carico di malattia legato anche al consumo moderato che non esclude l'insorgenza di patologie fortemente invalidanti, come le neoplasie maligne. 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 subiti, diventa 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 tramite l'utilizzo del test AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test (30) nei setting di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani e l'erogazione di tecniche di counseling e motivazionali tra le quali quella di Identificazione Precoce e intervento Breve (IPIB) che garantisce i più elevati livelli di efficacia e più vantaggiosi profili di costo e di beneficio. In tale ottica occorre rendere obbligatoria la formazione specifica dei medici di cui è stata dimostrata in Italia la carenza di conoscenza e abilità gestionale e con essa la conseguente mancanza di emersione precoce del problema.

Ma non tutte le scelte sono di carattere sanitario e la prevalenza d'interventi incisivi sono da attivare da competenze economiche e di mercato rivolte a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di *marketing* con istituzione di modalità di acquisizione di fondi, analogamente a quanto avviene per le sigarette, attraverso cui 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. Molto resta da avviare (perché nulla è stato fatto nel corso di decenni) per contrastare le modalità di marketing e di pubblicità che sono espressamente orientate ai giovani o che violano i codici di autoregolamentazione attraverso la proposizione di elementi culturali, grafici, comunicativi propri del *target* giovanile proponendo il prodotto alcolico come performante, componente irrinunciabile di tendenza, garanzia di successo sociale e sessuale, e, per quelli che ne dovessero avere necessità, come molecola terapeutica utile per la prevenzione di alcune malattie.

In Europa, la regione geografica in cui il consumo di alcol è doppio rispetto al mondo, i costi che l'alcol genera ammontano a circa 156 miliardi di euro l'anno, l'1,3% del PIL dell'intera

Unione Europea; costi legati per il 42% alla mortalità causata dal consumo (non abuso si badi bene) di alcol, per il 6,3% al trattamento delle condizioni patologiche alcol-correlate, per il 21,4% ai costi sanitari; per il restante 31% circa, i costi sono riferiti (o conseguenti) ai danni causati alle cose e alle persone in conseguenza di atti di violenza, di criminalità, di aggressione, d'incidentalità causati dal bere.

Per tutti i contesti è sicuramente da ravvisare l'irresponsabilità di chi consuma alcol sino a determinare i citati danni sanitari e sociali a se stesso e agli altri; pur tuttavia, nota non marginale, per la stragrande maggioranza dei fenomeni a cui queste "categorie" fanno riferimento, elemento fondamentale di mancato contrasto all'espressione della violenza individuale e collettiva, è il mancato rispetto del senso di legalità a cui si ispira il vivere civile e della costante effrazione delle norme sottese alla legalità. Pur non essendo possibile generalizzare o criminalizzare categorie professionali, occorre riflettere su alcuni fattori che caratterizzano la vita sociale così come "scorre" nel quotidiano di ognuno. Il confronto con il passato è d'obbligo. Uno dei fattori determinanti sulla possibilità che un fattore di rischio possa trovare o meno espressione nella società, è la capacità di controllo formale e informale esercitato dalla collettività. Sino a qualche decennio fa è noto che ai minori non era socialmente e legalmente accettabile che un adulto, in un esercizio pubblico, potesse servire o somministrare bevande alcoliche: il Codice Rocco ne vietava la facoltà e il Codice Penale, attraverso un articolo dedicato (oggi ampiamente disapplicato come tutte le norme sull'alcol in Italia), ne sanzionava e ne sanziona pesantemente l'infrazione. La disapprovazione sociale e il controllo formale agivano come elementi di contrasto al rischio nei giovani. Ovviamente si era ben lontani dagli interessi economici miliardari capaci di influenzare le norme, non c'era la logica delle convenienze che abilitasse happy hour e open bar, fonte sicura di intossicazione, ma vigeva prevalente una giusta ottica di tutela della vulnerabilità dei minori. Oltre al controllo formale, era attivo e valido quello informale, per cui era normale che un minore colto "in giro" a bere venisse redarguito da chiunque, eventualità quest'ultima che nella società moderna ha perso appeal, sostituita da una più diffusa indifferenza e disapplicazione della norma. I risultati della riduzione di questi rilevanti fattori sociali di protezione insieme alla prevalenza crescente di fattori "aggressivi" che tramite il marketing, la pubblicità e gli investimenti massicci di settore hanno creato un valore aggiunto sull'alcol e sul bere rappresentano le componenti principali nel determinare l'impatto che attualmente l'alcol ha sulla società, nella vita quotidiana, nei contesti lavorativi e nelle famiglie sia in relazione al consumo rischioso e dannoso di alcol, sia per quanto riguarda l'alcoldipendenza. Dei quasi 70mila alcoldipendenti in carico ai servizi per il trattamento dell'alcoldipendenza in Italia, 1'1% circa dei nuovi utenti (in costante aumento dal 1996) ha un'età inferiore a 20 anni e, complessivamente il 9 % ha meno di 29 anni, un gruppo compatto di popolazione che non accenna a diminuire nel tempo. In Italia è possibile stimare in almeno 620.000-720.000 gli individui di età superiore a 11 anni, tra cui molti giovani, che secondo la WHO non sono solo "a rischio" ma che, in funzione dei danni registrabili clinicamente, si pongono in stretta contiguità con un profilo suggestivo di dipendenza da alcol in atto e comunque di verosimile pertinenza dei servizi di alcologia idonei a valutare l'opportunità di inserimento in un percorso di verifica specialistica delle Patologie e Problematiche Alcol Correlate incidenti (PPAC) (note a livello internazionale come AUD, Alcohol Use Disorders) e di avvio in un possibile percorso terapeutico e di riabilitazione.

La prevenzione è indispensabile ma, alla luce dei fatti, non è sufficiente. Le tendenze registrate pongono in tutta evidenza la necessità e l'urgenza di garantire la rigorosa applicazione delle numerose norme esistenti che tutelino i minori, rafforzando e rendendo rigorosi i meccanismi sanzionatori e di controllo. Il controllo formale della società richiede fiducia nelle istituzioni e in quanti le amministrano a livello nazionale, regionale e locale e applicazioni immediate delle norme che devono agire da deterrente e scoraggiare comportamenti ispirati a

una mancanza del rispetto della legalità. È doveroso richiedere alle categorie che sono responsabili di garantire il rispetto delle norme di garantire la formazione del personale alla legalità e la produzione e applicazione di codici deontologici interni che possano garantire i cittadini nel loro diritto di non essere danneggiati o costretti a subire gli effetti negativi e le conseguenze dell'alcol per definizione evitabili. Per tutti è indispensabile garantire scelte informate, abbattendo sottocultura e disinformazione che non contribuiscono a controllare e migliorare lo stato di salute della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

- 1. WHO. *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 19/02/2015.
- WHO Regional Office for Europe. Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013. Copenhagen: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013; ultima consultazione 19/02/2015.
- 3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, *et al.* The burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet* 2012;380:2224-60.
- 4. WHO 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/globalstatusreportalcoholchapters/en/; ultima consultazione 19/02/2015.
- 5. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. The Lancet Oncology 2007;8(4):292-3.
- 6. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
- 7. Stewart BW, Wild CP (Ed.). World Cancer Report 2014. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2014.
- 8. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis a systematic review. *BMC Public Health* 2008,14(8):289.
- 9. Shield KD, Parry C, Rehm J. Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: Review and Meta-Analysis. *AIDS and Behavior* 2009;13(6):1021-36.
- 10. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health* 2010;55(3):159-66.
- 11. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance: Europe 2014*. Paris: OECD; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en; ultima consultazione 19/02/2015.
- 12. WHO Regional Office for Europe. *European health for all database*. Copenhagen: WHO. Disponibile all'indirizzo http://data.euro.who.int/hfadb/ ultima consultazione 19/02/2015.
- 13. Zaridze D, Brennan P, Boreham J, Boroda A, Karpov R, Lazarev A, Konobeevskaya I, Igitov V, Terechova T, Boffetta P, Peto R. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet* 2009;27(373):2201-14.
- 14. Zaridze D, Lewington S, Boroda A, Scélo G, Karpov R, Lazarev A, Konobeevskaya I, Igitov V, Terechova T, Boffetta P, Sherliker P, Kong X, Whitlock G, Boreham J, Brennan P, Peto R. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151,000 adults. *Lancet* 2014;26(383):1465-73.
- 15. Shield KD, Rehm J, Gmel G, Rehm MX, Allamani A. Alcohol consumption, alcohol dependence, and related mortality in Italy in 2004: effects of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013;8(21):1-10.
- 16. Rehm J, Samokhvalov AV, Shield KD. Global burden of alcoholic liver diseases. *J Hepatol* 2013;59(1):160-8.
- 17. ISTAT. *Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2014. Disponibile all'indirizzo http://www.istat.it/it/archivio/4630; ultima consultazione 19/02/2015.

- 18. SIstema STAtistico Nazionale-ISTAT. *Programma statistico nazionale 2011-2013 Aggiornamento 2012-2014*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.sistan.it/index.php?id=121 ultima consultazione 19/02/2015.
- 19. Bologna E, Perez M. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia Anni 2012-2013. Statistica Report.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2014/04/alcol_2013_DEF_rev.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol++-+09%2Fapr%2F2014+-+Testo+integrale.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- 20. WHO. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm; ultima consultazione 19/02/2015.
- 21. International Agency for Research and Cancer. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 96. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate.* Lyon: WHO, IARC; 2010. Disponibile all'indirizzo http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php; ultima consultazione 19/02/2015.
- 22. Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana IV Revisione*. Milano: SICS editore; 2014.
- 23. European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). Brussels: European Commission; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- 24. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.inran.it/files/download/linee guida/lineeguida intro.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- 25. Italia. Legge 29 luglio 2010, n. 120. Disposizioni in materia di sicurezza stradale. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, del 29 luglio 2010.
- 26. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* 10th Revision. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo http://www.who.int/classifications/icd/en/; ultima consultazione 19/02/2015.
- 27. Scafato E. *Alcohol age limits: the Italian experience*. Bruxelles: Eurocare; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20130522_co04_en.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- 28. Scafato E. Raising the age limits. In: *Eyes on Ages Conference Amsterdam, May 30th 2013*. Amsterdam: Dutch Institute for Alcohol Policy STAP; 2013; Disponibile all'indirizzo: http://www.stap.nl/content/bestanden/3.-scafato---age-limits-italy.pptx; ultima consultazione 19/02/2015.
- 29. Anderson P, Suhrcke M, Brookes C. *An overview of the market for alcohol beverages of potentially particular appeal to minors*. London: HAPI; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/alcohol_alcoholic_beverages_appeal_minors_en.pdf; ultima consultazione 06/03/2015
- 30. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. *Alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?ua=1; ultima consultazione 19/02/2015.

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

- Agabio R, Amendola MF, Baselice A, Ceccanti M, Cibin M, D'Angelo F, Dattola A, Di Furia L, Faggiano F, Giordani M, Maranzano P, Pala B, Patussi V, Pellegrini L, Peris A, Piani F, Salamina G, Scafato E, Tosi M. *Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS)*. Roma: Gruppo Tecnico Congiunto Ministero-Regioni; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area7/prg_7_Piano_naz_monitoraggio_Alcol_Salute.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, Newbury-Birch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Scafato EP, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol and alcoholism* 2014;49(5):531-9.
- Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC family practice* 2014;15(1):26.
- Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in psychiatry* 2014;5:161
- Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2. ed. 2013. p. 72-93.
- 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%20200%20italian %20translation.pdf; ultima consultazione 12/03/2015.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_ pubblicazioni 623 allegato.pdf; ultima consultazione 12/03/2015
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018* (PNP). Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultima consultazione 12/03/2015.
- Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Nazionale. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013* (RSSP). Roma: Ministero della Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/documenti/RSSP_2011.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2013.* Roma: Ministero delle Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011;106(Suppl. 1):4-10.

- Scafato E, Russo R, Gandin C, Galluzzo L, Parisi N, Ghirini S. L'epidemiologia dei consumi alcolici e il monitoraggio del rischio alcol-correlato in Italia. In: Annovi C, Biolcati RA, Di Rico R (Ed.). *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro*. Milano: Franco Angeli editore; 2006. p. 63-86.
- Scafato E (Ed.). Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.gencat.net:80/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8871.html; ultima consultazione 19/02/15
- Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010; Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/ linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Gandin C. Alcol e tumori. In: Belardelli F, Moretti F (Ed.). *Attività e impegno dell'Istituto Superiore di Sanità nella lotta contro il cancro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/37). p.249-56.
- Scafato E, Rossi A, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Ghirini S. Rischio alcol correlato e strategie di prevenzione basate sull'evidenza. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5). p. 60-6.
- Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Gandin C. Priorità per gli interventi sanitari attraverso il risk factor modeling del progetto SIVEAS. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5). p. 20-34.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2013*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2013.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L. Alcohol Prevention Day 2013: una good practice di sanità pubblica. *Not Ist Super Sanità* 2013;26(6):14-19.
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S, Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
- Testino G, Ancarani AO, Patussi V, Scafato E. Consumo rischioso-dannoso di alcol: è necessario rivedere lo screening oncologico? *Alcologia* 2013;17:11-8.
- Testino G, Ancarani AO, Sumberaz A, Patussi V, Scafato E. Alcol e prevenzione della cardiopatia ischemica [editoriale]. *Alcologia* 2013;16:10-2.
- Testino G, Leone S, Patussi V, Scafato E. Alcol, prevenzione cardiovascolare e cancro. *Recenti progressi in medicina* 2014;105(4):144-6.
- Testino G, Patussi V, Leone S, Scafato E, Borro P. Moderate alcohol use and health: a nonsense. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014;24(1):e4-5.

Serie Rapporti ISTISAN numero di marzo 2015

Stampato in proprio Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità

Roma, marzo 2015