



I consumi alcolici in Italia: analisi e proposte

E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo. Istituto Superiore di Sanità. Roma

Centro Collaboratore per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate

Sintesi del report pubblicato sul sito www.epicentro.iss.it, www.ossfad.iss.it, e www.iss.it/alcol

PREMESSA METODOLOGICA

Il Centro OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate ha elaborato, come ogni anno, la base di dati relativa alla rilevazione annuale (2003) dell'indagine nazionale Istat Multiscopo "Stili di vita e condizioni di salute"; le procedure e le modalità di elaborazione sono state sviluppate attraverso la collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione. L'elaborazione ha preso in considerazione la serie storica relativa agli anni 1998-2003. L'anno 1998 è stato preso come riferimento di base in quanto in tale anno partiva l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che per la prima volta prevedeva esplicitamente obiettivi di salute orientati alla riduzione del consumo a rischio di bevande alcoliche e di modalità di consumo alcolico sconsigliabili ai fini di un buono stato di salute; inoltre a decorrere dal 1998, sono stati rilevati nell'indagine nazionale, oltre ai consumi di vino birra e consumi fuori pasto, anche i consumi di aperitivi alcolici, amari e super alcolici.

L'indagine campionaria rileva ogni anno gli aspetti fondamentali della vita quotidiana e i relativi comportamenti della popolazione dell'anno in corso attraverso la compilazione di un questionario completato in media da circa 50-60.000 individui distribuiti in circa 20.000 famiglie di tutta Italia. Le informazioni vengono rilevate attraverso intervista diretta degli individui per una parte dei quesiti (nei casi in cui l'individuo non fosse disponibile all'intervista per particolari motivi, le informazioni sono fornite da un altro componente della famiglia) e per autocompilazione per un'altra parte dei quesiti.

Il consumo di bevande alcoliche viene rilevato in tutti gli individui presenti nelle famiglie, di età superiore a 14 anni nelle rilevazioni degli anni 1998-2002, e di età superiore a 11 anni dal 2003.

I dati rilevati dall'indagine nazionale sono stati raggruppati dall'Osservatorio per fasce di età opportunamente differenziate in funzione delle caratteristiche e dei modelli culturali del consumo, identificate come 1) adolescenti (14-17 anni); 2) giovani (18-24 anni); 3) giovani adulti (25-44 anni); 4) adulti (45-64 anni); giovani anziani (65-74 anni); anziani (+75 anni).

L'analisi ed il dettaglio regionale aggrega i dati relativi alle Regioni Piemonte e Val d'Aosta per specifica impostazione del file di base originale.

Le elaborazioni attuali dall'Istituto Superiore di Sanità sono mirate a integrare il livello informativo prodotto dalle statistiche nazionali, arricchendole del valore aggiunto riguardante sia le finalità di salute e sanità pubblica e, in parte, di contribuire a fornire le evidenze utili al conseguimento degli obiettivi previsti dalla legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati (30 marzo 2001 nr. 125).

Le informazioni prodotte dall'Istituto Superiore di Sanità sono state elaborate sulla base della necessità di poter disporre di informazioni prioritarie ai fini di salute pubblica e di programmazione sanitaria; il gruppo di lavoro ha elaborato il dato aggregato relativo alla prevalenza dei consumatori di alcol e degli astemi, informazione non disponibile attraverso altre fonti statistiche.

Inoltre fanno parte del core set di indicatori e di relative informazioni prodotte la distribuzione e le variazioni dei consumi delle bevande alcoliche in Italia nel medio e breve periodo.

Sono infine oggetto di elaborazione originale le stime (frequenze percentuali) relative alle età di 14, 15 e 16 anni, (ossia quelle dei giovani al di sotto dell'età legale per la somministrazione di bevande alcoliche nei locali pubblici) e le relative stime di numerosità calcolate sulla base della proiezione delle frequenze alla popolazione italiana di pari età, pesandole attraverso le frequenze utilizzate dall'Istituto Nazionale di Statistica per il campionamento originale del campione specifico

Un focus particolare è stato quest'anno dedicato all'analisi dei consumi e dell'esposizione ad un maggior rischio nell'ambito familiare.

In linea generale, da un punto di vista metodologico sono stati considerati come astemi tutti i soggetti che all'indagine ISTAT hanno dichiarato di non consumare nessuna delle bevande alcoliche inserite nel questionario di rilevazione (vino, birra, superalcolici, amari, aperitivi alcolici e consumi di vino o alcol fuori pasto); per converso, sono stati considerati consumatori tutti coloro che hanno dichiarato di consumare almeno una delle bevande alcoliche considerate o che hanno omesso la risposta ai quesiti. La scelta adottata dal gruppo di lavoro dell'ISS di considerare coloro che non hanno fornito una risposta ai quesiti come consumatori, è dettata dalla considerazione che per gli astemi non era equivocabile la modalità di risposta dell'intervistato essendo presente la possibilità di risposta "non consumo" per ogni tipologia di bevanda alcolica o "mai" nel caso di consumo di alcolici fuori pasto. E' stato quindi supposto che coloro che non hanno fornito delle risposte ai quesiti in questione, sebbene consumatori di bevande alcoliche, non ritenessero di appartenere a nessuna delle tipologie di consumo ipotizzate nello standard di rilevazione dell'indagine Multiscopo.

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche in Italia

La prevalenza di consumatori maschi di bevande alcoliche in Italia a partire dal 1998 è andata progressivamente aumentando raggiungendo un picco nel 2001 per poi mantenersi sostanzialmente stabile su tali più elevati livelli attestati nel 2003 a circa l'87,1 % della popolazione maschile di più di 14 anni di età (TAB.1) Stessa tendenza, ma con prevalenze leggermente inferiori, si è registrata per le femmine con una prevalenza del 2003, pari al 61 % della popolazione femminile, sostanzialmente simile ai livelli del 1998, anno di riferimento. Nel periodo 1998-2003 l'incremento medio del numero di consumatori è stato pari al 0,4 % (1,2 % per gli uomini, -0,7 % per le donne).

TAB.1

Prevalenza (%) dei consumatori di bevande alcoliche in ITALIA

Frequenze per sesso e anno e variazioni (%) osservate nel periodo 1998-2003

Sesso	Anno						variaz 98-03
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Maschi	86,1	86,7	87,2	87,7	86,6	87,1	1,2
Femmina	61,4	63,0	63,6	63,1	60,1	61,0	-0,7
Totale	73,3	74,4	75,0	75,0	72,9	73,6	0,4

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

In termini di salute pubblica è possibile affermare che un numero aggiuntivo di individui di individui (prevalentemente di sesso maschile) ha scelto di incominciare a bere nel 2003 ampliando la platea dei soggetti esposti nel 1998 al potenziale fattore di rischio alcol .

L'analisi della distribuzione dei consumatori di bevande alcoliche per sesso e classe di età (TAB. 2) mette in evidenza tra gli uomini un aumento del numero di consumatori di bevande alcoliche registrato per tutte le fasce di età con un particolare incremento registrato tra gli anziani (7%); tra le donne si registrano variazioni oltre che tra le adolescenti (5,2%) e le giovani (2,5%), anche tra quelle di età compresa tra i 65 e i 74 anni (2,9%). Gli unici decrementi si possono osservare tra le donne di età compresa tra 25-44 anni (-2,2%) e 75+ anni (-1,2%).

TAB.2

Prevalenza (%) dei consumatori di bevande alcoliche in ITALIA

Frequenze per sesso, classi di età e variazioni (%) osservate nel periodo 1998-2003

Sesso	Classi di età	ANNO						VAR(%) 1998-2003
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Maschi	14-17 adolescenti	50,8	55,9	56,8	54,8	53,1	51,1	0,6
	18-24 giovani	84,1	83,8	84,9	87,2	84,6	84,9	1,0
	25-44 giovani adulti	90,2	90,5	90,9	90,7	89,3	90,3	0,1
	45-64 adulti	90,0	90,3	91,0	90,9	90,8	91,2	1,3
	65-74 giovani anziani	86,2	86,3	86,2	88,4	87,6	87,2	1,2
	75+ anziani	78,6	77,2	78,2	81,6	80,2	84,1	7,0
Femmine	14-17 adolescenti	38,4	41,9	43,1	44,3	36,7	40,4	5,2
	18-24 giovani	60,2	64,5	64,1	62,5	59,7	61,7	2,5
	25-44 giovani adulti	67,2	68,0	69,3	67,9	64,5	65,7	-2,2
	45-64 adulti	65,1	67,5	67,6	67,9	65,2	64,5	-0,9
	65-74 giovani anziani	56,0	58,4	58,5	55,9	56,6	57,6	2,9
	75+ anziani	50,0	48,6	49,3	52,4	47,1	49,4	-1,2

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

La tendenza registrata a livello generale impone una maggiore attenzione tra i consumatori al di sotto dell'età legale ossia nella fascia di età 14-16 anni (TAB.3). Nonostante un lieve decremento complessivo registrato nella fascia di età che stiamo considerando, l'analisi dettagliata per anno di nascita evidenzia incrementi per entrambi i sessi, maggiormente consistenti per il sesso femminile, tra i ragazzi di 15 anni e tra i 16enni ed una contestuale riduzione del numero di consumatori di 14 anni di età.

Le variazioni più rilevanti si registrano per le ragazze di 16 anni e per le 15enni le cui prevalenze, con il trascorrere degli anni, stanno determinando una convergenza della forbice che normalmente caratterizza le differenze di genere nei confronti dell'abitudine al bere e che vede, nella popolazione adulta, frequenze notevolmente più elevate tra i maschi.

TAB.3
Prevalenza (%) dei consumatori di bevande alcoliche in ITALIA al di sotto dell'età legale
Frequenze per sesso, età (14-16 anni) e variazioni (%) osservate nel periodo 1998-2003

Sesso	ETA'	Anno					variaz 98-03	
		1998	1999	2000	2001	2002		2003
Maschi	14 ANNI	34,3	39,3	46,1	43,3	43,5	27,2	-20,7
	15 ANNI	42,3	51,8	50,7	52,1	42,6	44,7	5,7
	16 ANNI	61,0	58,8	61,2	59,1	56,7	62,5	2,5
	14-16 ANNI	46,2	49,7	52,8	51,6	47,6	45,8	-0,9
Femmine	14 ANNI	31,8	28,7	31,4	34,7	28,0	27,1	-14,8
	15 ANNI	33,3	37,9	42,8	40,7	22,2	35,4	6,3
	16 ANNI	41,3	45,0	42,3	49,6	42,0	44,9	8,7
	14-16 ANNI	35,7	37,3	38,9	41,6	31,2	35,4	-0,8

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

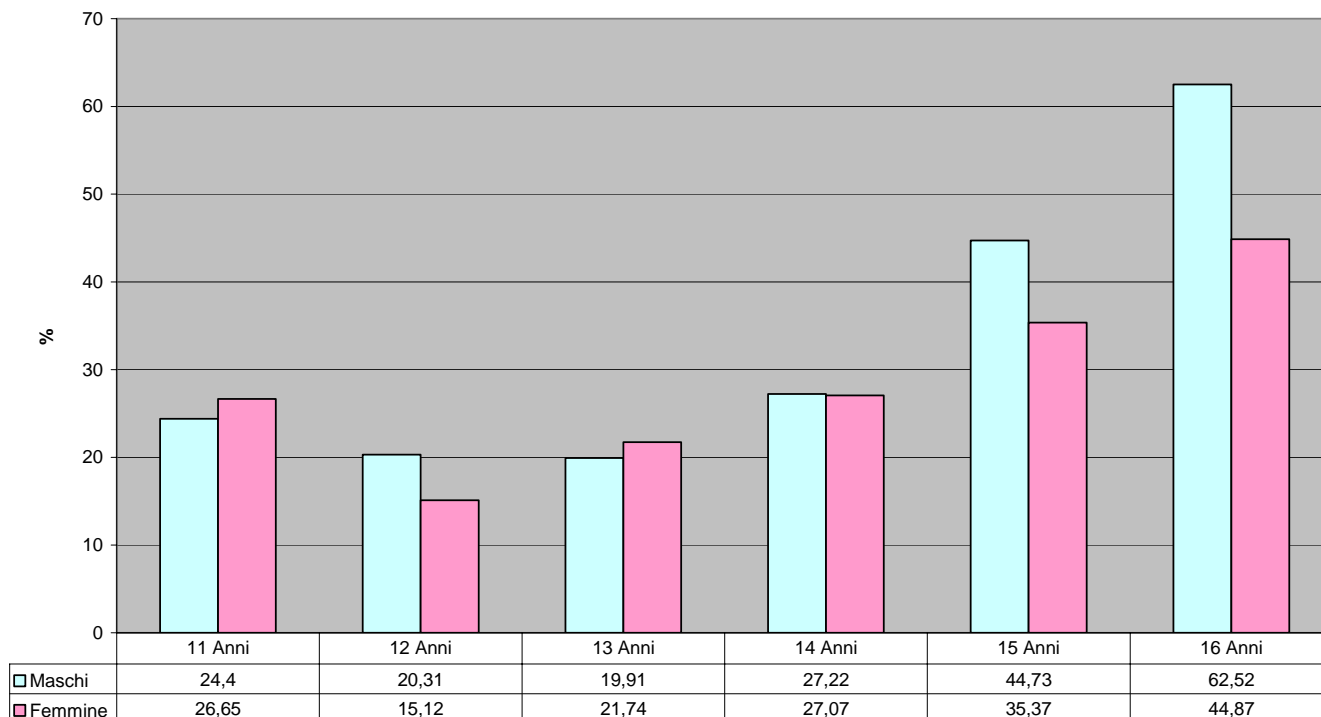
Le prevalenze rilevate consentono di stimare, attribuendo a ogni unità campionaria un peso che indica il numero di unità della popolazione rappresentate dall'unità medesima, che nell'anno 2003 il numero di consumatori di bevande alcoliche al di sotto dell'età legale di 16 anni si è incrementato rispetto allo scorso anno di circa 50.000 adolescenti raggiungendo la numerosità di circa 775.000 giovani per il 2003. Nella classe di età 15-16 anni si registra per entrambi i sessi un cospicuo aumento del numero dei giovani consumatori sia rispetto al 1998, sia rispetto allo scorso anno.

Riguardo agli astemi, tra i ragazzi di 14 anni invece, si assiste ad un forte incremento del numero di astemi sia di sesso maschile (+10,8% rispetto al 1998) sia di sesso femminile, sebbene in termini meno consistenti (+6,9% rispetto al 1998).

Sono state elaborate, solo per l'anno 2003, le prevalenze dei consumatori al di sotto dell'età legale tenendo conto della disponibilità fornita dal nuovo standard di rilevazione che ha abbassato a 11 anni l'età di rilevazione. E' stato pertanto possibile calcolare per la prima volta la prevalenza dei consumatori di 11, 12 e 13 anni di età che completa, quindi, il quadro delle prevalenze dei consumatori al disotto dell'età legale in Italia (GRAF 1).

GRAF.1
Prevalenza (%) dei consumatori di bevande alcoliche in ITALIA al di sotto dell'età legale
Frequenze per sesso, età (11-16 anni) osservate nell'anno 2003

Prevalenza dei consumatori di 11-16 anni - ANNO 2003



Sulla base di tale ulteriore elaborazione è possibile stimare in oltre 1 milione di individui i giovani al di sotto dell'età legale che dichiarano di consumare bevande alcoliche con prevalenze molto omogenee per i due sessi per gli 11enni, 13enni e 14enni e che si incrementano con l'età.

Relativamente alla ripartizione territoriale per macroaree (TAB. 6), l'incremento generalizzato del numero di consumatori appare più evidente nelle aree Settentrionali e in quelle Centrali in cui si registrano, peraltro, le prevalenze più elevate. Per il sesso maschile si osservano incrementi dei consumatori in tutte le aree con valori superiori a quelli registrati a livello nazionale nell'Italia Nord-Occidentale e Centrale (che tuttavia risultano inferiori ai valori registrati nel 2002).

Per il sesso femminile, gli incrementi nelle aree dell'Italia Settentrionale, risultano maggiori di quelli registrati per il sesso maschile mentre si registra un marcato decremento delle prevalenze nell'area dell'Italia meridionale (-6,9%) e dell'Italia Insulare (-1,5%).

TAB.6

Prevalenza (%) dei consumatori di bevande alcoliche in ITALIA

Frequenze per Ripartizione Geografica e variazione (%) osservata nel periodo 1998-2003

Ripartizione territoriale		Anno						VAR(%) 1998-2003
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Maschi	Italia Nord-Occidentale	86,6	88,1	88,4	88,8	86,8	88,2	1,8
	Italia Centrale	86,0	88,1	87,3	87,3	88,1	87,5	1,7
	TOTALE	86,1	86,7	87,2	87,7	86,6	87,1	1,2
	Italia Meridionale	85,4	85,1	86,4	87,1	86,5	86,3	1,1
	Italia Nord-Orientale	88,6	88,1	88,8	89,8	87,7	89,3	0,8
	Italia Insulare	82,3	81,7	82,8	83,4	81,7	82,4	0,1
Femmine	Italia Nord-Occidentale	61,3	65,6	65,6	64,0	61,0	62,7	2,3
	Italia Nord-Orientale	67,3	67,7	68,9	68,5	66,6	68,7	2,1
	Italia Centrale	63,8	66,2	65,9	65,2	63,6	64,0	0,3
	TOTALE	61,4	63,0	63,6	63,1	60,1	61,0	-0,7
	Italia Insulare	52,5	55,3	57,6	54,1	49,2	51,7	-1,5
	Italia Meridionale	59,2	57,5	58,1	60,5	56,4	55,1	-6,9

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

Analisi sintetica delle tendenze di consumo delle singole bevande alcoliche

Sulla base dei dati elaborati è possibile stimare la frequenza assoluta dei consumatori nella popolazione italiana, attribuendo a ciascuna unità campionaria un peso che indica le unità della popolazione rappresentate dall'unità medesima, ed è possibile calcolare le variazioni registrate nel corso del periodo 1998-2003 (TAB. 7).

TAB. 7

Variazioni (%) registrate nelle prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche nel periodo 1998-2001.

Analisi per bevanda, quantità consumate e modalità di consumo in accordo ad una selezione delle variabili ISTAT Multiscopo

Confronto tra gli anni 1998 e 2003

VARIAZIONE % PREVALENZA CONSUMATORI BEVANDE 1998 E 2003 OVER 14 ANNI

1998-2003	VINO	BIRRA	APERITIVI ALCOLICI	AMARI	SUPER ALCOLICI	CONSUMO FUORI PASTO	VINO OLTRE 1/2 LITRO AL GIORNO	BIRRA OLTRE 1/2 LITRO AL GIORNO	CONSUMATORI DI ALCOL
MASCHI (%)	1,3	2,6	17,1	4,4	6,6	-3,3	-16,5	-15,0	1,2
FEMMINE (%)	-6,3	-4,2	22,7	-4,3	8,9	14,4	-26,7	-33,3	-0,7
TOTALE (%)	-1,8	0,0	18,8	2,1	7,5	1,6	-18,2	-18,2	0,4

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

Riguardo agli individui di sesso maschile, si registra un incremento nelle prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici; il maggior incremento si registra per gli aperitivi alcolici che passano dal 37,4% al 43,8 % (in quattro anni +17,1 %) . Si confermano anche nell'anno 2003 i maggiori incrementi per le bevande alcoliche a più elevata gradazione quali amari e superalcolici (6,8 e 9,3 % rispettivamente). Si registra inoltre una discreta riduzione della prevalenza complessiva dei consumatori di oltre ½ litro di vino e di oltre ½ litro di birra al giorno (con un decremento del - 16,5% e del -15 % rispettivamente) che rappresentano, comunque, l' 8,1 e il 1,7 % circa della popolazione maschile.

Relativamente al consumo femminile, si registra un aumento delle consumatrici di aperitivi alcolici (18,8%) e di superalcolici (13,5%) per i quali si rileva rispetto al 1998, una variazione percentuale del +22,7% e del +8,9% rispettivamente. Una forte diminuzione si registra tra le consumatrici di vino e birra in quantità superiore a ½ litro al giorno che rappresentano l' 1,1 e lo 0,2 % rispettivamente della popolazione femminile.

Le modalità di consumo fuori pasto mostrano un lieve decremento rispetto al 1998 tra gli uomini (- 3,3 %) e un consistente aumento tra le donne (+ 14,4 %) , rappresentando un modello di consumo seguito nel 2003 da circa un quarto della popolazione (38,0 % per gli uomini e 14,3 % per le donne).

Le elaborazioni effettuate per l'intera popolazione sono state effettuate anche per la popolazione più vulnerabile quale quella dei giovani compresi tra i 14 e i 16 anni di età (Tabelle 9 e 10).

E' da rilevare che il consumo in questa fascia d'età dovrebbe essere teoricamente pari a zero sia in funzione del divieto di somministrazione di bevande alcoliche nei luoghi pubblici, sia per l'età che rappresenta una delle principali controindicazioni al consumo di bevande alcoliche. I dati elaborati mostrano riguardo agli adolescenti di sesso maschile, un forte aumento dei consumatori per tutte le bevande alcoliche a più alta gradazione con massimo incremento registrato per gli aperitivi alcolici (+ 43,5 %) e per i super alcolici (+ 28,7 %) nel corso dei quattro anni esaminati. Una discreta diminuzione si registra invece nel consumo di vino (-4,12%) e di birra (-9,6%), diminuzione che si osserva in maniera più marcata anche nei consumi oltre il ½ litro al giorno di queste due bevande. Il più elevato numero di consumatori registrato nel 2003 è relativo ai giovani consumatori di birra (314.802 individui); seguono i consumatori di aperitivi alcolici (212.764) che nel corso dei quattro anni hanno raggiunto e superato il numero di adolescenti consumatori di vino. Anche per gli amari è da rilevare un notevole aumento del numero di consumatori che nel 2003 risulta stimato di 97.778 individui.

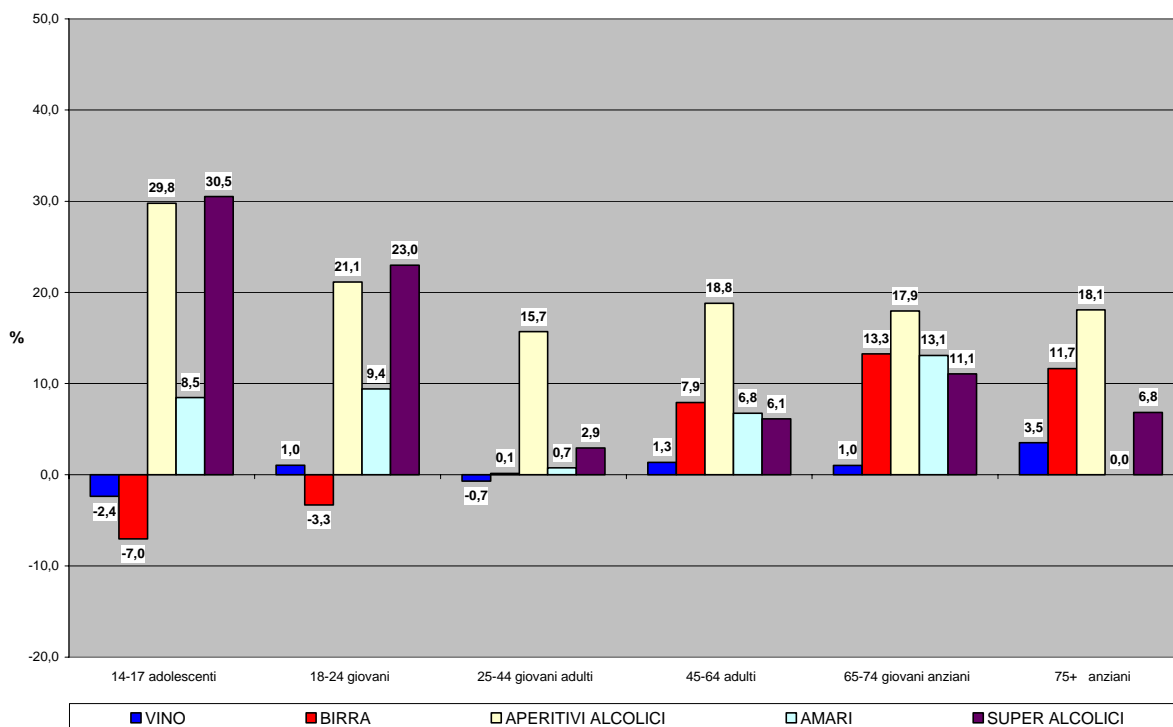
Riguardo alle teen-ager, come per i coetanei di sesso maschile, le prevalenze più elevate si registrano tra le adolescenti che consumano birra (19,1%) seguite da quelle che consumano aperitivi alcolici (+ 16,0 %). E' da notare tuttavia che, mentre rispetto al 1998 il consumo di birra è diminuito facendo registrare un decremento del 21,4%, il consumo di aperitivi alcolici continua a far registrare degli incrementi molto elevati (49,5%), incremento questo ultimo, che risulta maggiore di quello registrato tra i maschi della stessa età.

E' apprezzabile rilevare che, nel quadriennio in esame, risultano azzerate tra le ragazze e prossime allo zero tra i ragazzi le prevalenze delle consumatrici di oltre ½ litro di vino e di oltre ½ litro di birra al giorno.

Le modalità di consumo fuori pasto tra il 1998 e il 2003 mostrano forti incrementi per entrambi i sessi (+ 42,5 % per i maschi e + 59,8 % per le femmine) rappresentando una modalità di consumo seguito nel 2003 dal 16,2 % della popolazione adolescenziale (18,1 % per il sesso maschile, 13,9 % per le femmine).

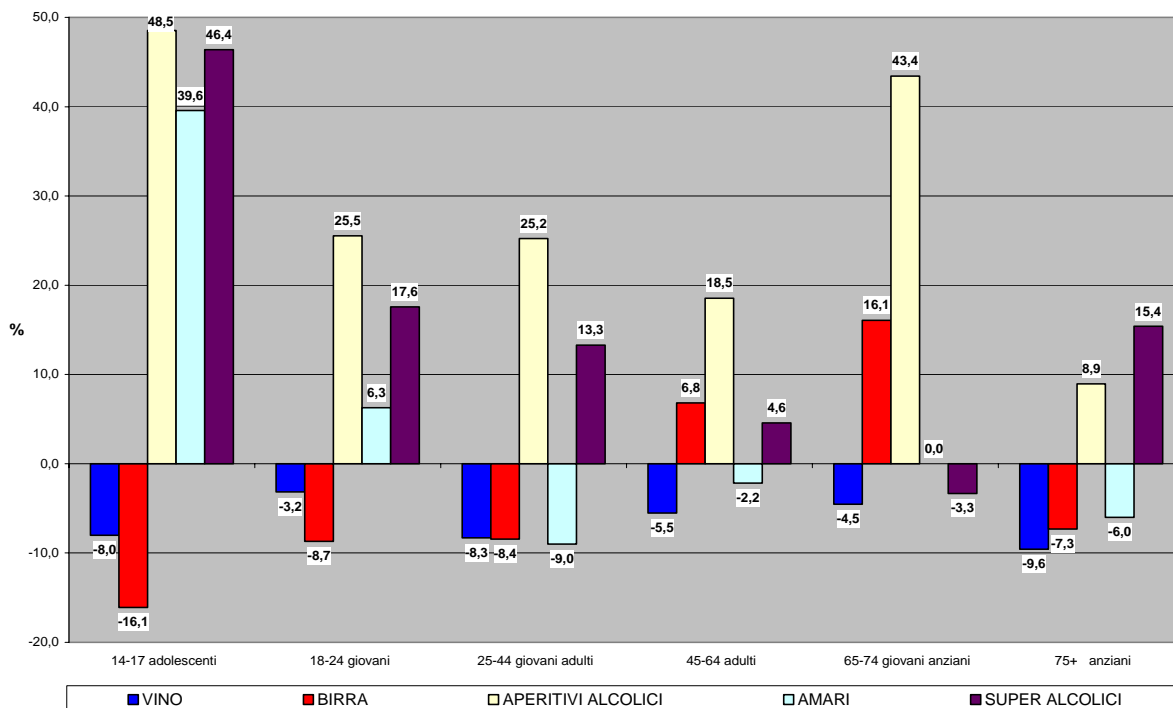
Una rappresentazione grafica di sintesi delle tendenze sinora esposte è riportata nelle figure che seguono e più agevolmente identificano le variazioni più importanti registrate.

GRAF. 2
Variazioni nelle prevalenze per classi di età e alcune bevande alcoliche.
Periodo 1998-2003. MASCHI



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

GRAF. 3
Variazioni nelle prevalenze per classi di età e alcune bevande alcoliche.
Periodo 1998-2003. FEMMINE



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

TAB. 9

Stima* della frequenza assoluta (numero) e relativa (%) dei giovani consumatori di bevande alcoliche (età 14-16 anni).

Analisi per bevanda e modalità di consumo

Confronto tra gli anni 1998 e 2003

2003		VINO	BIRRA	APERITIVI ALCOLICI	AMARI	SUPER ALCOLICI	CONSUMO FUORI PASTO	CONSUMATORI DI ALCOL
MASCHI	Stima*	188.166	314.802	212.764	97.788	121.669	183.243	462.463
	(%)	18,6	31,2	21,1	9,7	12,1	18,1	45,8
FEMMINE	Stima*	92.512	168.170	141.040	49.930	62.195	122.318	312.637
	(%)	10,5	19,1	16,0	5,7	7,1	13,9	35,4
TOTALE	Stima*	280.678	482.972	353.804	147.718	183.864	305.561	775.100
	(%)	14,8	25,5	18,7	7,8	9,7	16,2	41,0
1998		VINO	BIRRA	APERITIVI ALCOLICI	AMARI	SUPER ALCOLICI	CONSUMO FUORI PASTO	CONSUMATORI DI ALCOL
MASCHI	Stima*	194.058	345.204	146.718	92.758	93.660	127.276	461.646
	(%)	19,4	34,5	14,7	9,3	9,4	12,7	46,2
FEMMINE	Stima*	101.707	215.115	94.496	38.429	52.657	76.718	315.665
	(%)	11,5	24,3	10,7	4,3	6,0	8,7	35,7
TOTALE	Stima*	295.765	560.319	241.214	131.187	146.317	203.994	777.311
	(%)	15,7	29,7	12,8	7,0	7,8	10,8	41,3

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

TAB. 10

Variazioni (%) registrate nelle prevalenze dei giovani consumatori di bevande alcoliche dei giovani consumatori di bevande alcoliche (età 14-16 anni).

Analisi per bevanda e modalità di consumo

Confronto tra gli anni 1998 e 2003

1998-2003		VINO	BIRRA	APERITIVI ALCOLICI	AMARI	SUPER ALCOLICI	CONSUMO FUORI PASTO	CONSUMATORI DI ALCOL
MASCHI	(%)	-4,1	-9,6	43,5	4,3	28,7	42,5	-0,9
FEMMINE	(%)	-8,7	-21,4	49,5	32,6	18,3	59,8	-0,8
TOTALE	(%)	-5,7	-14,1	46,1	11,4	24,4	50,0	-0,7

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003



Discussione e proposte

Dopo venti anni circa di decremento costante e continuo, il consumo di alcol in Italia registra una stabilizzazione ben rappresentata dal plateau degli ultimi quattro anni e che nel 2003 ha fatto registrare una media pro-capite annuale di 7,4 litri di alcol assoluto (World Drink Trend).

Secondo l'Health for All Database dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la media di consumo pro-capite per la popolazione di età superiore a 15 anni è più elevata rispetto alla stime di produzione del World Drink Trend e pari ad un valore medio registrato di 10,5 litri pro-capite nel 2003, in calo nel lungo periodo ma in crescita rispetto al 2002 (9,2 litri) ed agli anni immediatamente precedenti. L'OMS ha posto da anni come target prioritario per la popolazione il raggiungimento entro il 2010 di un consumo pro-capite pari a 6 litri l'anno e a zero litri per la popolazione d'età inferiore ai 15 anni.

Secondo le stime riportate nel presente report, il Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca sull'Alcol e l'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS- OssFAD dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) stimano in circa 770.000 i giovani 14-16enni al di sotto dell'età legale che hanno dichiarato nell'anno 2003 di consumare bevande alcoliche (*Alcol Prevention Day 2006*).

La tendenza al consumo fuori pasto è in costante incremento e non interessa solo i giovani ma anche le fasce adulte della popolazione che appaiono maggiormente propense all'adozione di modelli di consumo alternativi (e meno salutari) rispetto al tradizionale stile mediterraneo.

Le elaborazioni relative alla distribuzione del consumo e all'identificazione della popolazione a maggior rischio hanno evidenziato quote significativamente elevate di eccedenza nei consumi nella popolazione con prevalenze massime tra gli anziani degli individui che non si attengono alle Linee Guida per una Sana Alimentazione (20 grammi di alcol al giorno per le donne, pari a 1-2 Unità Alcoliche di 12 grammi, 40 grammi al giorno per gli uomini, pari a 2-3 Unità Alcoliche di una qualsiasi bevanda alcolica) (Rapporto OsservaSalute 2004 e 2005, ISBN 88-343-5016-2 Vita e Pensiero ed.). Le prevalenze più elevate sono state registrate nelle classi di età 45-64 e 65-74 anni per entrambi i sessi. Il 10 % circa dei consumatori di bevande alcoliche ed il 2,0 % circa delle consumatrici sono considerabili "heavy drinkers", bevitori problematici, secondo le definizioni dell'OMS.

Dai dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS emerge una forte correlazione tra il modello di consumo adottato nell'ambito familiare dal capofamiglia e quello dei componenti il nucleo familiare (si veda il report specifico) ; le famiglie nelle quali il capofamiglia è astemio si registra la più bassa prevalenza di componenti del nucleo familiare a rischio mentre per converso la proporzione più elevata di componenti che abusano dell'alcol si riscontra nei nuclei familiari in cui il capofamiglia eccede.

L'influenza del modello del bere del capofamiglia risulta particolarmente evidente tra i figli rispetto al coniuge o convivente.

Sulla base delle elaborazioni sin qui effettuate e delle integrazioni informative riportate dalle fonti nazionali ed europee che contribuiscono a meglio definire l'impatto sociale e sanitario dell'alcol in Italia è possibile affermare che si consolida la necessità di interventi efficaci volti a ridurre il carico di malattia, di disabilità e di disagio sociale legato agli effetti negativi dell'alcol sulla salute.

L'affermazione e la rapida diffusione di abitudini poco salutari, come il consumo di alcolici al di fuori dei pasti, sottolinea il profondo cambiamento nel modello tradizionale del bere che le generazioni precedenti ispiravano ad un consumo moderato, ai pasti e tendenzialmente legato al vino. In estrema sintesi, la diminuzione del consumo medio di alcol nasconde problemi tuttora irrisolti legati alla distribuzione e alla concentrazione dei consumi alcolici che riguardano una quota non indifferente di italiani e che vanno affrontati tempestivamente.

Tra questi, quelli del bere giovanile, preoccupazione principale di tutti i governi occidentali e che vedono in Italia il dilagare di un trend che richiede interventi specifici ed incisivi volti a dissuadere i giovani da modelli spesso assorbiti passivamente e spesso rinforzati dalla cultura dell'accettazione sociale e dalle pressioni mediatiche.

Il riscontro di rapidi cambiamenti nelle tendenze di consumo che i giovani per primi acquisiscono attraverso la rete di comunicazione formale ed informale deve poter stimolare la rapida attuazione di interventi che comprendano la cultura giovanile e la stimolino verso obiettivi di salute ed interventi che allo stato attuale appaiono prioritari e urgenti.

Una serie di principi che richiede il rafforzamento di regolamentazioni e misure che possono contribuire a migliorare la capacità individuale e della società a fronteggiare il problema alcol.

L'Istituto Superiore di Sanità è da anni impegnato in attività di ricerca, di prevenzione e di promozione della salute sui principali determinanti della salute e sui fattori di rischio. Tra questi l'alcol è oggetto di studi condotti prevalentemente a livello di popolazione generale rivolti all'identificazione e al monitoraggio dei consumi alcolici e delle modalità di uso e abuso delle bevande alcoliche. Attività che l'Istituto Superiore di Sanità offre alla collettività e che forniscono i presupposti per l'attuazione delle iniziative di comunicazione svolte in collaborazione con il Ministero della Salute nell'ambito delle attività previste dalla Legge 125/2001.

Volendo tentare di individuare alcune strategie prioritarie da perseguire nel prossimo futuro mirate all'esigenza di ridurre l'impatto alcolcorrelato nella popolazione si può far riferimento alle principali **proposte** avanzate dalla **Consulta Nazionale Alcol** ai Ministri competenti. Nel corso delle attività svolte nel 2005 la Consulta ha segnalato un nucleo rappresentativo delle più rilevanti indicazioni per l'attuazione di strategie preventive finalizzate agli ambiti richiamati dall'art.1 della legge 125/2001.

A partire dalla strategia Health 21 e attraverso la seconda e terza fase del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (EAAP) l'OMS sollecita la riduzione dei consumi di alcol a livello di popolazione e sottolinea l'urgenza di ridurre a zero il consumo di alcol al di sotto dei 15 anni d'età. Le evidenze disponibili relative alle misure che presentano il più vantaggioso rapporto costo/beneficio sono state oggetto di continui aggiornamenti e inglobate nella Framework for Alcohol Policy (FAP) e recepiscono le indicazioni della Rete di Evidenza per la Salute WHO (HEN) del 2004 e di gran parte delle pubblicazioni scientifiche che hanno costituito la background documentation presentata e approvata nell'ambito del Comitato Regionale OMS del settembre 2005 ai 52 Ministri

della Salute rappresentanti gli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS. Ai fini della prevenzione dei problemi alcolcorrelati a livello di popolazione l'OMS suggerisce una politica basata su un mix di misure tra le quali:

- interventi su alcol e guida (check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato, abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida, misure differenziali per i guidatori principianti, programmi di intervento breve sui bevitori problematici)
- interventi sulla regolamentazione della pubblicità e sulle modalità di marketing
- interventi e campagne di educazione, informazione e sensibilizzazione, governativi, indipendenti, di lungo termine e combinati con strategie di continuità e coinvolgimento a livello familiare.
- aumento del prezzo delle bevande alcoliche attraverso aumento della tassazione
- limitazione di orario e giorni di apertura degli esercizi che vendono alcolici
- controllo (limitazione) del numero degli esercizi che vendono alcolici
- innalzamento dell'età minima legale di accesso all'alcol (vendita/acquisto e somministrazione)

L'European Health Report 2005, ma anche il World Health Report, indicano come relativamente privi di costo gran parte degli interventi indicati in particolare quelli relativi all'adozione di misure regolamentari. L'European Health Report 2005 sottolinea, tra tutti quelli possibili, i quattro capisaldi di intervento delle politiche di prevenzione sull'alcol: alcol e guida, il bere da parte dei minori, prezzi e disponibilità,

La FAP WHO 2005 dedica un intero paragrafo alle "*alcohol-free situations*", alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l'uso di alcol. Tra le situazioni elencate quelle relative alla sicurezza stradale, alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla gravidanza, all'età infantile ed adolescenziale, ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile sono quelli per cui esistono evidenze di necessità di intervento ai fini della sicurezza e della salute.

La FAP WHO 2005 sollecita la realizzazione da parte delle istituzioni competenti di una giornata nazionale di prevenzione (*focus day on preventing alcohol-related problems*) in combinazione con interventi di medio-lungo termine quale strumento integrativo e di supporto alla realizzazione di opzioni preventive collegate all'*alcohol policy* nazionale. Inoltre sottolinea la esigenza di disporre l'attivazione di gruppi di esperti sull'*alcohol policy* e di un intervento incisivo nei sistemi di sorveglianza e monitoraggio per indicatori armonizzati di dati sul consumo, sui rischi alcolici e sulle problematiche sociali correlate richiamando la necessità di adottare gli standard adottati a livello europeo (European Alcohol Information System) e, in ambito EU, a quelli più propriamente europei. Infine si sollecita il sostegno alla realizzazione di progetti o programmi di ricerca finanziata sulle abitudini ed i modelli di consumo e le conseguenze sociali e di salute dei consumi a maggior rischio; studi capaci di sostenere attraverso i risultati politiche sull'alcol basate sull'evidenza epidemiologica, sociale e culturale nazionali.

Le aree di intervento sollecitate dalla FAP WHO del 2005 sono le dieci aree di azione dell'EAAP 2002-2005 (terza fase) e già parzialmente ricomprese nel Piano Nazionale Alcol e Salute in discussione alla Conferenza Stato-Regioni.

Alla luce delle considerazioni esposte, le proposte operative della Consulta Nazionale Alcol sono così riassumibili.

Innanzitutto i giovani. Costituiscono insieme alle donne il gruppo più vulnerabile e più a rischio della popolazione. L'analisi epidemiologica e l'allarme sociale sollecitano un rafforzamento della tutela della salute dei giovani in genere ed in particolare di quelli al di sotto dei sedici anni; attualmente le norme non consentono ai minori di anni 16 la somministrazione di alcolici, ma non la vendita che risulta piuttosto frequente (circa 770.000 under-aged all'anno dichiarano di consumare bevande alcoliche secondo dati ISS/ISTAT).

Una prima proposta è quindi quella di integrare il divieto di vendita di alcolici a quello vigente di somministrazione ai giovani al di sotto dell'età legale.

Una seconda proposta, peraltro già considerata nell'ambito della proposta della futura Community Strategy on Alcohol a livello EU, e coerente con la tendenza europea di armonizzare ovunque a 18 anni l'età minima, riguarda l'innalzamento dell'età dagli attuali 16 anni ai 18 anni, accompagnando tali modifiche con un adeguato rafforzamento dei controlli e applicazione delle relative sanzioni a carico degli esercenti che violino tali norme.

Sempre nell'ottica della protezione dei giovani dalle pressioni al bere che ne determinano la precocità (e quindi l'incremento del rischio nell'età adulta) occorre rafforzare le misure relative alle modalità di marketing e di pubblicità che promuovono l'alcol, inclusa la sponsorizzazione di eventi che richiamano i giovani.

Al di là di ulteriori e possibili revisioni del codice di autoregolamentazione (e di cui si discute a livello europeo) sarebbe opportuno proporre la creazione di un fondo da destinare alla ricerca e alla prevenzione garantito da adeguate forme di prelievo (ad esempio sull'IVA o sugli investimenti pubblicitari destinati alla promozione delle bevande alcoliche). Un fondo di prevenzione specifico è stato creato negli anni trascorsi per il fumo attraverso una maggiore tassazione delle sigarette; tale opzione sarebbe comunque da tenere in stretta considerazione.

Una priorità costante e riemergente è quella relativa ad alcol e guida. Tra le proposte che è realistico avanzare ci sono quelle relative alle esperienze già in atto in altre nazioni europee e relative alla dotazione di check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato nei locali frequentati in particolare dai giovani, e l'abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e quindi più inesperti.

Sempre in tale prospettiva potrebbe essere modificata la norma relativa al divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne sostituendola con un divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche.

Per la sensibilizzazione, in particolare dei giovani, sugli effetti dell'alcol, si propone l'attuazione di programmi di promozione della salute riguardanti l'alcol e le problematiche alcolcorrelate nei contesti scolastici. I programmi, differenziati per fascia di età, dovrebbero favorire l'incremento delle abilità e di capacità critica dei giovani attraverso il sostegno degli insegnanti, dei gruppi di pari e, in continuità, dei genitori.

Programmi specifici di prevenzione, di identificazione precoce di abuso alcolico e di intervento breve andrebbero previsti per tutti i luoghi di lavoro e rafforzati i controlli per tutte le categorie a maggior rischio indicate dalle normative vigenti.

L'informazione e la sensibilizzazione su alcol e giovani, alcol e donna, alcol e gravidanza sono da considerarsi prioritari e da proporre in maniera sistematica attraverso iniziative costanti e di medio-lungo termine.

Dato il contributo insostituibile delle associazioni di volontariato basate sul mutuo-aiuto, è opportuno sollecitare la individuazione delle modalità atte a garantire sia a livello nazionale (per le associazioni di coordinamento) sia a livello regionale e locale, il necessario sostegno alla loro attività ordinaria.

Infine la ricerca e la formazione.

Complessivamente, il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), che recepisce le indicazioni emergenti dalla Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sullo stato di implementazione della 125/2001, considera solo parzialmente tali aree che dovrebbero pertanto esser riconsiderate nella loro integralità ricomprendendo, quindi, ad esempio, anche le aree relative alla ricerca (comma e) della 125/2001) e alla formazione e aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati.

A tale riguardo sarebbe opportuno proporre un programma di formazione e l'integrazione di attività specifiche riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo (PHEPA) nei setting di medicina generale ed in quelli socio-sanitari di prevenzione ed assistenza primaria.

Un discorso a parte merita l'esigenza di poter disporre di sistemi di rilevazione statistica ed epidemiologica maggiormente idonei a monitorare sia i consumi che l'impatto dell'alcol sulla popolazione.

A seguito dell'esame delle fonti normative e delle opportunità che sono oggi disponibili in termini di fonti di dati, di indicatori disponibili e sviluppabili attraverso opportune attività, peraltro già richiamate dal PNAS e tenuto conto della indispensabilità di un opportuno coordinamento tecnico-scientifico che possa garantire che il sistema informativo e di monitoraggio sorveglianza integri tutte le risorse e gli strumenti disponibili, favorisca un lavoro di rete e garantisca attraverso un' unica Agenzia indipendente che tutte le competenze ed esperienze in materia vengano valorizzate.

La Consulta Nazionale Alcol propone che un sistema specifico di monitoraggio sull'alcol venga attivato dal Ministero della Salute secondo modalità e criteri in parte già identificati, integrate da indicazioni tecniche specifiche che gli organismi e le istituzioni competenti in tema di monitoraggio vorranno apportare al fine di adeguare l'attuale livello informativo alle esigenze sanitarie e sociali sia regionali che nazionali, correlate alla prevenzione delle patologie e dei problemi alcol-correlati.

La Consulta Nazionale Alcol sollecita il coinvolgimento nelle attività di realizzazione del Sistema Informativo e di Monitoraggio sull'Alcol di tutte le istituzioni nazionali e regionali, le organizzazioni, le società scientifiche e il terzo settore che possano contribuire a rendere il sistema efficace ed adeguato a garantire nel tempo l'implementazione di un sistema orientato a soddisfare le esigenze di tutti gli utenti finali: gli alcolisti e le loro famiglie, i cittadini, i politici, gli operatori sanitari e sociali.

Le proposte avanzate in questo report non esauriscono le tante problematiche connesse all'impatto sociale e sanitario dell'alcol in Italia ma possono rappresentare un nucleo consistente di ipotesi su cui è necessario costruire e consolidare un consenso, sociale ancora prima che politico, sulle modalità che possono giovare ad un migliorato approccio preventivo individuale e collettivo nell'interesse della società.