



Rapporti ISTISAN

12/3



Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia

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



ISSN 1123-3117

Rapporto 2012



E. Scafato, C. Gandin, L. Galluzzo,
A. Rossi e S. Ghirini
per il gruppo di lavoro CSDA
(Centro Servizi Documentazione Alcol)



Istituto Superiore di Sanità
Presidente: Enrico Garaci

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel. +39-0649901
Fax +39-0649387118



a cura del Settore Attività Editoriali

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Rapporto 2012

Rapporti ISTISAN 12/3

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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

**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 2012**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo,
Alessandra Rossi e Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA
(Centro Servizi Documentazione Alcol)

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN
12/3**

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. 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 2012.

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Alessandra Rossi e Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2012, vi, 53 p. Rapporti ISTISAN 12/3

L'alcol è un importante fattore di rischio per la salute dell'uomo, una delle principali cause di cirrosi epatica e il secondo fattore di rischio per l'impatto di mortalità prematura e carico di malattia in Europa, oltre ad essere associato a 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute è da dieci anni il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione, e la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'ONA è stato investito sin dal 2005 dal Ministero della Salute della responsabilità di realizzazione e disseminazione d'iniziative di comunicazione e sensibilizzazione su tematiche alcol-correlate promosse ai sensi della Legge 125/2001 e, tramite vari accordi di collaborazione, ha ricevuto il mandato esclusivo di identificare e realizzare le campagne sull'alcol da attuare negli ambiti di aggregazione giovanile, nelle scuole, negli istituti di pena, nelle caserme e in tutti i luoghi richiamati dall'art. 3 della legge 125/2001. L'ONA è l'organismo indipendente di riferimento dei Ministeri, della Presidenza del Consiglio, della Commissione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Piano Nazionale

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy. Evaluation of the National Observatory on Alcohol-CNESPS on the impact of alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2012.

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Alessandra Rossi and Silvia Ghirini for the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2012, vi, 53 p. Rapporti ISTISAN 12/3 (in Italian)

Alcohol consumption is one of the main risk factors for health, one of the major causes of liver cirrhosis, and the second leading cause of premature death and disability in Europe, in addition to be linked to a list of approximately 60 illnesses and pathological conditions, including cancer. The National Observatory on Alcohol (ONA) of the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion is the formal national, European and international focal point of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention, and training on alcohol and alcohol-related problems. Since 2005, the ONA has been charged for the exploitation of the campaigns of the Ministry of Health promoted by mean the 125/2001 frame law on alcohol; by mean formal agreements the Observatory on Alcohol at the ISS devotes its activities to the setting and realization of the prevention activities in the settings delineated by the art. 3 of the Italian law no. 125/2001 specifically youth meeting places, schools, military barracks. The ONA 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; National Alcohol and Health Plan

Si ringraziano l'Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT) e Alcolisti Anonimi (AA), per la cortese disponibilità e collaborazione fornita attraverso la condivisione delle informazioni che sono state acquisite nel presente rapporto.

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, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. 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 2012*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/3).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani 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 Alcolologia
- Centro Alcolologico Regionale della Toscana, Regione Toscana
- Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali
- Eurocare Italia.

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (Coordinatore)

Pierfrancesco BARBARIOL
Silvia BRUNI
Tiziana CODENOTTI
Lucilla DI PASQUALE
Monica DI ROSA
Gino FARCHI
Lucia GALLUZZO
Claudia GANDIN
Silvia GHIRINI
Ilaria LONDI
Claudia MEDURI
Nicola PARISI
Valentino PATUSSI
Sonia MARTIRE
Lisa NADIR
Alessandra ROSSI
Rosaria RUSSO
Antonietta SCAFATO
Riccardo SCIPIONE
Elena VANNI

La presente pubblicazione è stata autonomamente realizzata dall'ISS utilizzando documenti, dati e risultati prodotti nell'ambito del progetto "Mia-PNAS - Monitoraggio dell'impatto dell'alcol sulla salute in Italia, in supporto alla implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute", finanziato dal Ministero della Salute tramite le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM).

L'Istituto Superiore di Sanità ha curato tutte le fasi di implementazione del progetto in qualità di ente attuatore tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS).

INDICE

Prefazione	v
Consumi di bevande alcoliche e modelli di consumo	1
Consumi di bevande alcoliche nei Paesi europei.....	1
Consumi nella popolazione italiana generale	4
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)	4
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici	5
Relazioni tra consumo di bevande alcoliche e alcuni parametri sanitari e socio-demografici su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo 2010	7
Comportamenti a rischio	11
Consumatori fuori pasto	11
Consumatori binge drinking	13
Consumatori a rischio (criterio ISS).....	14
Incidenti stradali	17
Rapporto ACI-ISTAT 2010.....	17
5th Road Safety PIN Report	20
Dati dello studio PASSI.....	22
Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	23
Italia nord-occidentale	24
Piemonte	24
Valle d'Aosta.....	24
Lombardia	24
Liguria	24
Italia nord-orientale	24
Provincia Autonoma di Bolzano.....	25
Provincia Autonoma di Trento	25
Veneto	25
Friuli-Venezia Giulia.....	25
Emilia Romagna	25
Italia centrale	25
Toscana.....	26
Umbria.....	26
Marche.....	26
Lazio	26
Abruzzo	26
Molise.....	26
Italia meridionale.....	27
Campania.....	27
Puglia.....	27
Basilicata	27
Calabria	27
Italia insulare	27
Sicilia.....	28
Sardegna	28

Consumo di alcol tra i giovani	29
Consumatori al di sotto dell'età legale (11-15 anni).....	30
Consumatori di 16-20 anni	30
Consumatori di 21-25 anni	31
 Consumo di alcol tra gli anziani	32
Consumatori anziani “giovani” (65-74 anni).....	33
Consumatori anziani “intermedi” (75-84 anni)	33
Consumatori ultra 85enni	34
 Mortalità alcol-attribuibile	35
Associazioni di volontariato	42
Associazione Italiana Club Alcolologici Territoriali	42
Alcolisti Anonimi	43
 Conclusioni	44
 Bibliografia	47
 Bibliografia nazionale di approfondimento	50

PREFAZIONE

Dal 12 al 15 settembre 2011, 53 Paesi della Regione Europea della *World Health Organization* (WHO) si sono riuniti nel corso del Comitato Regionale della WHO convocato a Baku (Azerbaijan), per approvare, insieme ad una serie di iniziative di tutela della salute, un rinnovato piano per ridurre l'uso nocivo di alcol. In Europa, l'alcol è il secondo fattore di rischio per l'impatto di mortalità e carico di malattia, subito dopo l'uso del tabacco.

“L'uso nocivo di alcol rappresenta una preoccupazione prioritaria di pubblico interesse. Le evidenze a sostegno del piano d'azione sono ampie, diversificate e convincenti”, ha affermato Zsuzsanna Jakab, direttore regionale della WHO per l'Europa. “I Paesi sono ben consapevoli dei danni costosi e devastanti che l'alcol provoca e il nostro Piano d'Azione ha lo scopo di fornire loro una guida tecnica e il supporto in merito a ciò che può e deve essere fatto per ridurre questo danno”. La Regione Europea della WHO è la regione con i consumi più elevati di alcol nel mondo, con una prevalenza di intossicazione episodica di oltre il 20% degli adulti. Il consumo di alcol riferito è diminuito durante il 1990 e poi aumentato, stabilizzandosi ad un livello più elevato tra il 2004 e il 2006. I consumi variano notevolmente tra Nazioni, con una media europea di 9,24 litri di alcol puro consumato per persona all'anno. Negli ultimi 15 anni il consumo è diminuito in Europa occidentale e aumentato in Europa orientale con rilevanti differenze tra i Paesi. Il Piano d'Azione Europeo per ridurre l'uso nocivo di alcol 2012-2020, attraverso una panoramica completa del problema, fornisce opzioni politiche per le quali è dimostrata la capacità di ridurre i danni causati dall'alcol. Politiche quali quelle orientate alla regolazione dei prezzi, al contesto alcol e guida e che limitano il marketing delle bevande alcoliche, sono riconosciute essere efficaci. Il settore sanitario ha un ruolo centrale nel riconoscere e rispondere ai problemi alcol-correlati, ma il problema travalica l'ambito specifico della salute. Ci sono prove convincenti sull'efficacia di numerosi misure tra cui:

- tassazione delle bevande alcoliche;
- restrizioni riguardanti la densità delle licenze, dei punti vendita, e limitazioni dei giorni e delle ore di vendita;
- limiti riguardanti l'età minima di acquisto;
- abbassamento dei livelli legali di alcol nel sangue alla guida e randomizzazione dei controlli alcolimetrici;
- programmi di *counselling* breve e di trattamento dei disturbi da consumo di alcol.

L'alcol danneggia altre persone oltre il bevitore, sia attraverso la violenza sociale, urbana o in famiglia, o semplicemente richiedendo un uso improprio, incongruo ed evitabile delle risorse messe in campo dai governi. Una quota non trascurabile del consumo medio pro capite di alcol è usata al fine di intossicarsi o in altre occasioni in cui si eccede, e il fenomeno del *binge drinking*, il bere per ubriacarsi, è solo la punta di un iceberg che nel tempo sta emergendo contribuendo a focalizzare l'attenzione, al di là dell'aspetto di rischio episodico, sul consumo quotidiano a rischio agito da milioni di individui in Europa. I livelli di consumo di alcol sono responsabili della differenza di oltre sei anni nell'aspettativa di vita tra Europa occidentale e orientale negli uomini di età compresa tra i 20 e i 64 anni nel 2002. È oramai evidente che la quantità di alcol consumato nel corso della vita aumenta il rischio di morire a causa di un problema o di patologie alcol-correlate, e tra quest'ultime almeno 14 tipi di cancro. Non esiste un livello sicuro di consumo di alcol, e in molte società non vi è alcuna differenza nel rischio registrabile per uomini e donne. L'assunzione regolare per tutta la vita di sei bevande al giorno, quantità spesso percepite come normali e abbastanza frequenti anche per le realtà mediterranee, determina in un adulto il 10% di probabilità di morire a causa dell'alcol. Il costo totale tangibile

dell'uso di alcol nell'Unione Europea (costi delle cure sanitarie, le perdite di produttività, di welfare, l'impatto di lesioni o incidenti ed episodi di violenza, costi per la ricerca e altri) è stato stimato nel 2003 pari a 125 miliardi di euro, l'1,3% dell'intero prodotto interno lordo. La spesa effettiva per problemi alcol-correlati è pari a 66 miliardi di euro, alla quale si aggiungono ulteriori 59 miliardi di euro per la perdita potenziale di produttività a causa di mortalità prematura, assenteismo e disoccupazione. Oltre a questi costi materiali (dei 125 miliardi, la spesa effettiva per problemi alcol-correlati è di 66 miliardi di euro e di 59 miliardi per la perdita di produttività potenziale) il consumo di alcol è causa di un costo intangibile compreso tra 152 e 764 miliardi di euro. L'Europa è stata la prima Regione della WHO ad approvare un Piano d'Azione sull'alcol nel 1992, periodicamente rinnovato e acquisito in ogni Paese europeo attraverso forme dedicate di prevenzione come ad esempio "il Piano Nazionale Alcol e Salute" o la strategia "Guadagnare salute" adottate dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in Italia. Indipendentemente da quanto ampio o rigoroso sia il piano d'azione adottato a livello nazionale, tutti i Paesi hanno rinnovato le attività di revisione delle azioni dedicate alla visione, la regolazione e il rafforzamento delle iniziative da attuare tenendo conto delle linee guida delineate dal "Piano d'Azione Europeo per ridurre l'uso nocivo di alcol 2012-2020". I cinque obiettivi principali del piano sono stati delineati da un comitato editoriale e di esperti. Il comitato si è avvalso, nella sua definizione, delle competenze e dell'esperienza del *WHO Collaborative Centre (WHO CC) Research on Alcohol*, Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità. Quest'ultimo, ha avviato e gestito il processo di revisione integrale delle evidenze proposte dal Piano d'Azione ed ha accolto il gruppo di esperti a Roma nel dicembre scorso. L'attuale Piano d'Azione si colloca in diretta continuità e integrazione con i precedenti Piani di Azione e si allinea con la strategia globale sull'alcol dell'OMS con la finalità di:

- incrementare la consapevolezza sull'impatto e la natura dei costi sanitari sociali e sul peso economico causato dall'alcol;
- rafforzare e diffondere la base delle conoscenze;
- rafforzare la capacità di gestire e trattare i disturbi alcol-correlati;
- aumentare la mobilitazione delle risorse per azioni concordate;
- migliorare la sorveglianza e la tutela.

Tradurre le indicazioni fornite dal Piano in azioni coerenti con l'esigenza di tutelare in particolare i più deboli dall'impatto alcol-correlato, è la sfida dei prossimi anni che richiede l'attivazione responsabile, reale e condivisa da parte di tutti gli attori in gioco.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti
Direttore del WHO CC 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*

CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E MODELLI DI CONSUMO

Consumi di bevande alcoliche nei Paesi europei

Il *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) della WHO è un sistema di monitoraggio globale, condiviso dalla Comunità Europea, che fornisce un accesso a un'ampia gamma di indicatori di salute alcol-correlata (1). Il GISAH è uno strumento utile per valutare e monitorare la situazione e i trend relativi al consumo di alcol, ai danni alcol-correlati, e alle politiche di risposta attuate nei Paesi. GISAH è supervisionato da uno *Steering Committee* costituito da rappresentanti della WHO, *Department of Mental Health and Substance Abuse* e dal *Centre for Addiction and Mental Health* (Canada).

Il consumo dannoso di alcol causa ogni anno 2,5 milioni di morti e sono 60 le patologie per cui l'alcol ha un ruolo determinante, senza considerare i danni oltre a quelli legati al bevitore. Nel 2005 nel mondo il 55% degli adulti a partire dai 15 anni ha consumato alcol, con un consumo pro capite pari a 6,13 litri di puro alcol l'anno. È da sottolineare che il consumo non registrato (il consumo non registrato si riferisce a quello non formalmente dichiarato) spiega quasi il 30% del consumo mondiale tra gli adulti. Sono state rilevate le informazioni relative al consumo pro capite in litri di alcol puro, superalcolici (*spirits*), vino e birra, e sono stati analizzati i trend (Figura 1) e le variazioni nel tempo (Figura 2 e Tabella 1) per alcuni paesi europei, quali: Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Slovacchia, Spagna e Regno Unito.

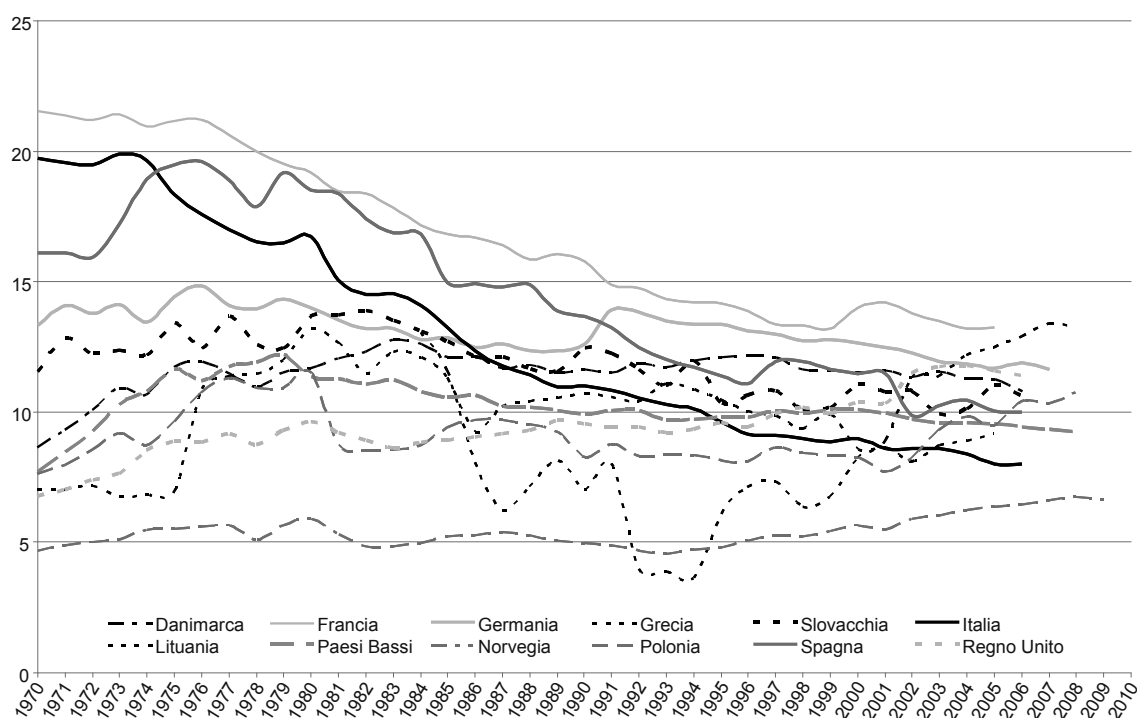


Figura 1. Trend di consumo di alcol puro, litri pro capite, 1970-2009, in soggetti di età 15+
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH

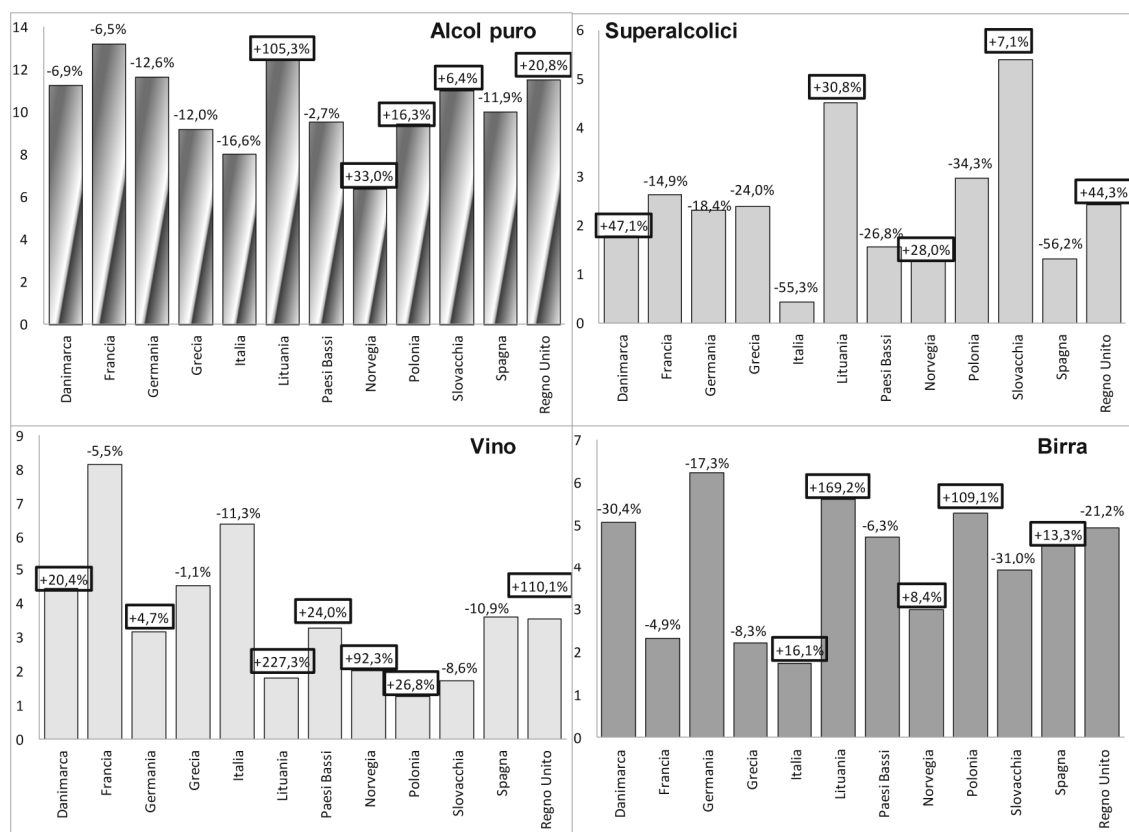


Figura 2. Consumo di alcol in litri pro capite rispetto a alcol puro, superalcolici, vino e birra nel 2005 e variazioni % rispetto al 1995, età 15+

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH

Tabella 1. Variazioni tra il 2001 e il 2005 nel consumo di alcol in litri pro capite rispetto a alcol puro, superalcolici, vino e birra, età 15+

Paese	Alcol puro	Superalcolici	Vino	Birra
Danimarca				
Francia*				
Germania				
Grecia				
Italia				
Lituania				
Paesi Bassi				
Norvegia				
Polonia				
Slovacchia				
Spagna				
Regno Unito				
Legenda	incremento	stazionarietà	non valutabile	

* Per la Francia sono stati stimati i valori al 2001 per superalcolici e birra con un'equazione di regressione lineare con valori dal 1996 al 2006.

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH.

Nel 1970, le Nazioni con consumo maggiore risultavano la Francia (21,6 litri pro capite) e l'Italia (19,7 litri), mentre quelle con un consumo minore la Norvegia (4,7 litri) e il Regno Unito (6,7 litri). Tra il 2005 e il 2009 la Francia si conferma come il Paese con il consumo pro capite maggiore (13,2 litri) insieme alla Lituania (13,3 litri), mentre la Norvegia è il paese con il consumo minore (6,7 litri) insieme all'Italia (8 litri).

Negli anni, registrano un incremento dei litri di alcol puro consumati pro capite la Danimarca (+24,9%), la Grecia (+30,6%), la Lituania (+2,2%), i Paesi Bassi (+20,1%), la Norvegia (+42,2%), la Polonia (+40,4%), e il Regno Unito (+69,2%). Un decremento è invece presentato da Italia (-59,3%), Francia (-38,6%), Spagna (-38,0%), Germania (-12,9%), e Slovacchia (-8,1%). In termini generali si può affermare che negli ultimi trenta anni si è realizzato un fenomeno di convergenza verso una media che si sta sempre più consolidando come lo zoccolo duro del consumo medio in Europa.

Analizzando le tre tipologie di alcolici si osserva che nel 2005 (anno in cui tutti i Paesi dispongono di dati):

- il consumo di superalcolici era massimo in Slovacchia e in Lituania rispettivamente con 5,4 e 4,5 litri pro capite. Tra il 1995 e il 2005 gli incrementi maggiori nel consumo si sono verificati in Danimarca (+47,1%) e Regno Unito (+44,3%); al contrario le riduzioni massime si sono registrate in Spagna (-56,2%) e in Italia (-55,3%);
- il vino veniva usato in quantità maggiore in Francia e in Italia rispettivamente con 8,14 e 6,38 litri pro capite. Nel decennio 1995-2005 si sono registrati incrementi massimi per la Lituania (+227,3%) e il Regno Unito (+110,1%) e riduzioni per l'Italia (-11,3%) e la Spagna (-10,9%);
- i Paesi che nel 2005 presentavano il maggior consumo pro capite di birra erano la Germania (6,2 litri), la Lituania (5,6 litri), la Polonia (5,3 litri) e il Regno Unito (4,9 litri). Nel periodo 1995-2005 il consumo ha registrato gli aumenti massimi in Lituania (+169,2%) e Polonia (+109,1%), e le riduzioni maggiori in Slovacchia (-31,0%) e Danimarca (-30,4%).

Quindi, sulla base dei dati GISAH-WHO, si registra che tra il 2001 e il 2005:

- tutti i paesi presentano una situazione di stazionarietà nel consumo di alcol puro, ad eccezione della Polonia che registra incrementi, e della Lituania, i cui valori non permettono di trarre conclusioni;
- la situazione è diversa per i superalcolici che presentano incrementi in Danimarca, Lituania, Norvegia, Polonia e Slovacchia, e stazionarietà nei restanti paesi, ad eccezione di Spagna e Regno Unito che non sono valutabili;
- il consumo di vino registra degli incrementi in Grecia, Paesi Bassi e Norvegia, una stazionarietà nei restanti paesi, ed eccezione di Lituania e Regno Unito che non permettono conclusioni;
- buona parte dei paesi ha un consumo stazionario di birra, ad eccezione della Polonia che registra degli incrementi, e di Francia, Lituania e Slovacchia che non sono valutabili.

Il consumo di alcol nelle regioni europee è il più elevato del mondo, e tra i paesi analizzati, il consumo pro capite è attualmente maggiore in:

- Francia soprattutto a causa delle grandi quantità di consumo di vino e birra;
- Lituania per il consumo di superalcolici e birra;
- Germania e Regno Unito per il consumo della birra;
- Slovacchia per il consumo di superalcolici e birra.

L'Italia, che insieme alla Norvegia ha un consumo pro capite di alcol puro inferiore ai paesi analizzati, presenta con la Francia un elevato consumo di vino; il minore consumo si registra per i superalcolici (0,4 litri pro capite), mentre il consumo di birra rimane inferiore alle restanti nazioni.

In Europa l'uso dannoso e rischioso di alcol è il secondo fattore di rischio di mortalità prematura, di disabilità e di numerose patologie tra cui i disordini neuropsichiatrici, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e il cancro. È associato con molte malattie infettive, come HIV/AIDS e tubercolosi, e contribuisce significativamente alle cause accidentali, in particolar modo agli incidenti stradali e al suicidio. Inoltre il consumo rischioso di alcol durante la gravidanza può causare problemi nel regolare sviluppo cognitivo e fisico del bambino che si manifestano attraverso una complessa condizione patologica nota come sindrome feto alcolica (2-3).

Alla luce di queste considerazioni, la WHO ha supportato l'approvazione della Strategia Globale sull'alcol rivolta a contrastare il consumo rischioso e dannoso di alcol, migliorare la salute pubblica attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle patologie, la ricerca, le attività di valutazione, sorveglianza e monitoraggio e la tassazione (4).

Consumi nella popolazione italiana generale

L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del CNESPS elabora e analizza ogni anno, su mandato del Ministero della Salute, e sulla base di una progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), le basi di dati nazionali. Dal 2012, le attività di monitoraggio della popolazione esposta ad un consumo rischioso e dannoso di alcol, rilevate attraverso l'*Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana*, svolte dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), sono state formalmente inserite nel Piano Statistico Nazionale e affidate all'ONA (5). Il valore aggiunto delle elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità è rappresentato dall'uso di procedure e metodologie originali sviluppate dal gruppo di ricerca dell'ONA in collaborazione con i principali gruppi attivi a livello europeo e internazionale al fine di provvedere alla definizione di flussi informativi e di stime armonizzate a livello europeo sviluppate in una prospettiva di salute pubblica. Tutte queste informazioni integrano le statistiche annuali fornite dal report "L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2010" con la finalità condivisa di partecipare ad un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato in grado di fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini (6). Di seguito sono analizzati i dati relativi alle abitudini di consumo alcolico degli italiani, i comportamenti considerati più dannosi per la salute, i target di popolazione più sensibili e le differenze territoriali.

Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)

Nell'anno 2010, il 78,9% degli uomini e il 53,4% delle donne di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica, come nei precedenti anni, con una marcata differenza di genere (Figura 3). Per entrambi i sessi, per la prima volta rispetto agli ultimi 7 anni, si registra una diminuzione della percentuale di consumatori; in particolare tra il 2009 e il 2010 la riduzione è stata pari a 2,1 e 0,6 punti percentuali rispettivamente per uomini e donne. Non si registrano tuttavia variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori delle singole bevande alcoliche tra il 2009 e il 2010.

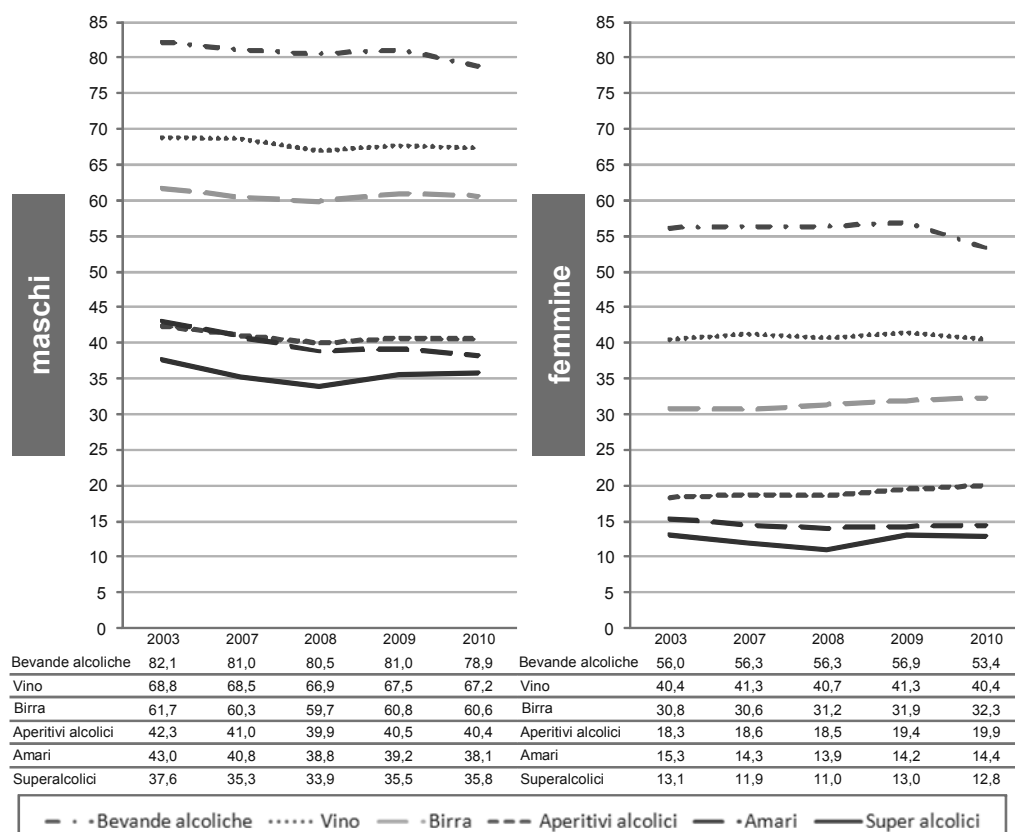


Figura 3. Prevalenza (%) di consumatori di alcolici per genere (anni 2003, 2007-2010)

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 2010 sono pari al 53,3% della popolazione di età superiore a 11 anni con una marcata differenza di genere (M: 67,2%; F: 40,4%). Non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali nel corso dell'ultimo anno sebbene, rispetto al 2003, si registra una diminuzione dei consumatori di vino di sesso maschile (-1,6 punti percentuali) significativa anche nella classe di età 19-64 anni (-2,2 punti percentuali).

I consumatori di birra nel 2010 sono il 45,9% della popolazione; gli uomini consumatori di birra risultano circa il doppio delle consumatrici di birra (60,6% vs 32,3%). Tra gli uomini non si registrano variazioni statisticamente significative dei consumatori sia rispetto alla precedente rilevazione, che rispetto all'anno 2003. Tra le donne, invece, non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione sebbene si registra, rispetto all'anno 2003, un incremento statisticamente significativo delle percentuali di consumatrici di birra pari a 1,5 punti (+2,1 e +2,2 punti percentuali rispettivamente nelle classi di età 19-64 anni e ≥ 65 anni).

Gli aperitivi alcolici risultano essere consumati nel 2010 dal 29,8% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 40,4%; F: 19,9%). Rispetto all'anno 2009 non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di aperitivi alcolici in nessuna classe di età considerata in entrambe i sessi. Rispetto alla rilevazione del 2003 invece, si registra un aumento delle consumatrici pari a 1,5 punti percentuali, significativo anche nella classe di età 19-64 anni (+2,5).

Gli amari risultano essere consumati nel 2010 dal 25,8% della popolazione di età superiore a 11 anni. Tra gli uomini la percentuale sale a 38,1% e non si registrano variazioni statisticamente significative di genere delle percentuali di consumatori di amari ne rispetto al 2009 ne rispetto al 2003; tra le donne invece le consumatrici risultano essere nel 2010 il 14,4% delle ultra 11enni e rispetto alla rilevazione del 2003 si registra una diminuzione delle consumatrici pari a 4,9 punti percentuali, significativa anche nelle classi di età 19-64 anni (-5 punti percentuali) e nella classe ≥ 65 anni (-5,7 punti percentuali).

I liquori e i superalcolici risultano essere consumati nel 2010 dal 23,9% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una marcata differenza di genere; tale percentuale è di 35,8% tra gli uomini e 12,8% tra le donne. I consumatori di questo tipo di bevanda sono rimasti stabili in ogni fascia di età considerata mentre, le consumatrici sono complessivamente diminuite rispetto al 2003 di 1,8 punti percentuali (Figura 4).

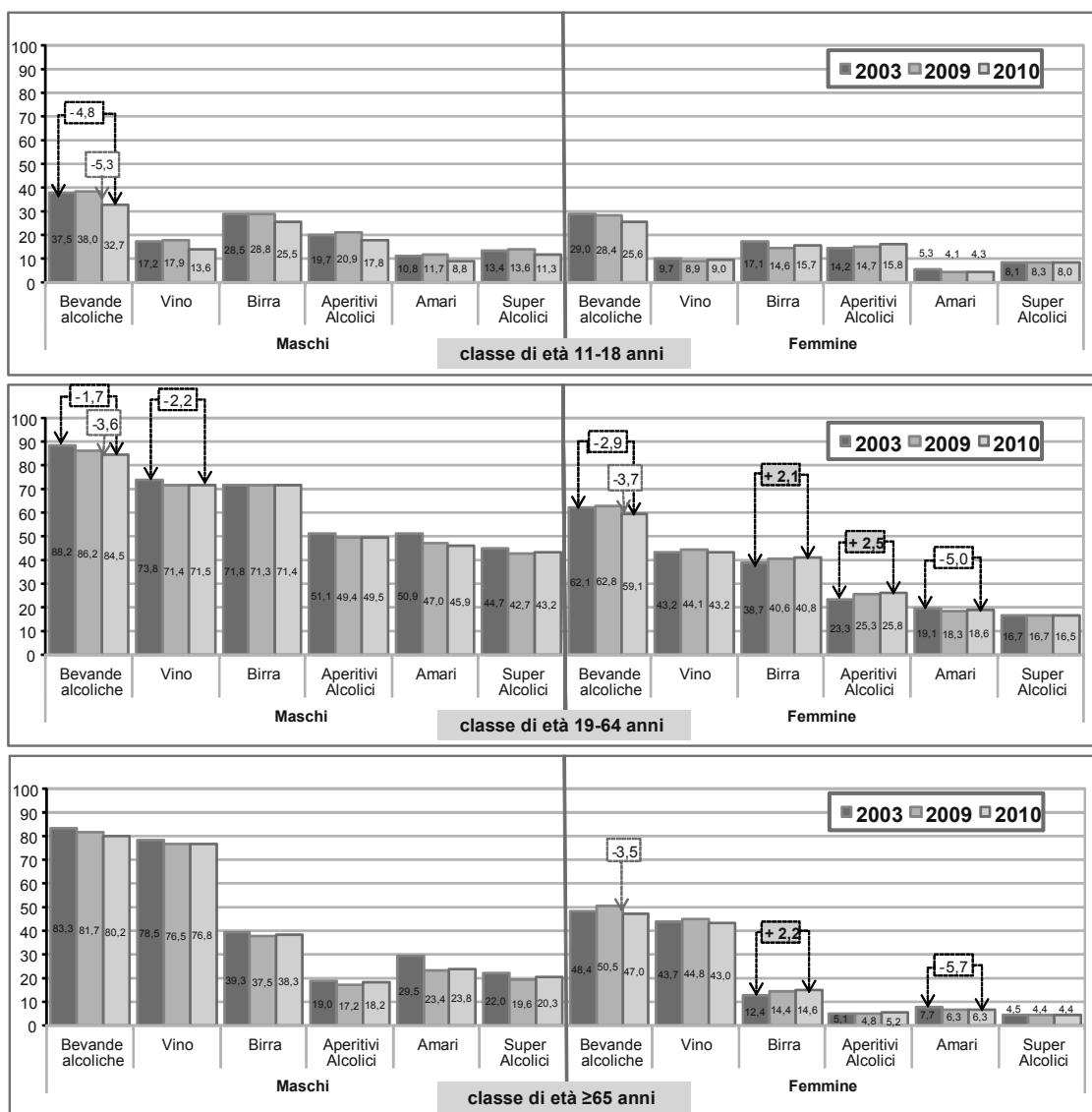


Figura 4. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere e classe di età

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

Relazioni tra consumo di bevande alcoliche e alcuni parametri sanitari e socio-demografici su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo 2010

L'Osservatorio Nazionale Alcol ha effettuato un'analisi sui dati dell'*Indagine Multiscopo ISTAT* pubblicata nell'anno 2011 (Tabella 2) riguardante le caratteristiche sanitarie e socio-demografiche che ha consentito di definire alcuni tratti dei consumatori di bevande alcoliche che vengono di seguito sintetizzati.

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è più bassa tra chi dichiara di sentirsi molto male (M: 0,4%; F: 0,5%) o male (M: 3,5%; F: 4,7%) mentre è più elevata tra chi dichiara di sentirsi bene (M: 55,5%; F: 53,4%) per entrambe i sessi; è inoltre più bassa la percentuale di consumatrici affette da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata rispetto alle non consumatrici (26,7% vs 31,1%). Tra i consumatori di bevande alcoliche si registra una percentuale di fumatori più elevata rispetto ai non consumatori, sia tra gli uomini (31,9% vs 16,2%) che tra le donne (21,1% vs 11,5%).

Tra le donne che consumano bevande alcoliche il 24,9% risulta essere in sovrappeso, l'8,2% obeso.

La percentuale di consumatori per entrambi i sessi risulta più elevata rispetto a quella dei non consumatori tra chi utilizza internet tutti i giorni con una differenza statisticamente significativa rispetto al genere dell'intervistato (M: 55,1%; F: 49,8%).

Una correlazione si registra tra il consumare bevande alcoliche e l'utilizzare l'automobile come conducente. Nel 2010 risulta infatti che per entrambe i generi, la percentuale di consumatori che hanno utilizzato l'automobile è superiore a quella dei non consumatori di bevande alcoliche (M: 69,5% vs 53,3%; F: 45% vs 33,3%). La percentuale più elevata di consumatori si osserva tra chi è solito utilizzare la macchina tutti i giorni (M: 69,5%; F: 45,0%) rispetto a chi invece non guida mai (M: 9,6%; F: 32,5%) o guida con una frequenza minore (M: 20,9%; F: 22,4%).

Tra gli intervistati oltre la metà dichiara di frequentare amici settimanalmente o mensilmente e le percentuali sono più elevate tra i consumatori rispetto ai non consumatori (M: 68% vs 52,9%; F: 73,4% vs 63,2%).

Oltre la metà degli uomini che dichiarano di consumare bevande alcoliche risulta occupato (56,7%) a fronte di un 39,9% di non consumatori; tra le donne la frequenza più elevata delle consumatrici si registra come per gli uomini tra le occupate (39,6%) mentre la percentuale più elevata di non consumatrici si registra tra le casalinghe (35,1%).

Il 41,5% dei consumatori di sesso maschile e il 33,6% di quelli di sesso femminile percepiscono un reddito da lavoro dipendente; tra i non consumatori, le percentuali maggiori si registrano tra chi risulta essere mantenuto dalla famiglia (M: 32,3% e F: 40,9%).

Un comportamento diversificato per genere si registra tra i consumatori di bevande alcoliche in relazione allo stato civile. Le percentuali più elevate di consumatori di bevande alcoliche si registrano tra i coniugati di entrambe i sessi (M: 58,3%; F: 52,8%). La percentuale più elevata di non consumatori si registra tra i celibi, quota che risulta superiore a quella dei consumatori; tra le nubili non si registrano differenze statisticamente significative in relazione alle abitudini di consumo alcolico, mentre tra le vedove la percentuale di non consumatrici (16,8%) è più elevata di quella delle consumatrici (11,3%).

La percentuale di consumatori risulta correlata con la zona territoriale di residenza e il genere degli intervistati. Tra gli uomini, la frequenza di consumatori è superiore a quella dei non consumatori nelle regioni dell'Italia nord-occidentale (27,4% vs 24,6%) mentre una situazione opposta si registra nelle regioni dell'Italia meridionale (23,1% vs 24,9%).

Tabella 2. Consumatori (%) di bevande alcoliche per caratteristiche sanitarie e socio-demografiche (anno 2010)

Variabili	Maschi			Femmine		
	p	C	NC	p	C	NC
Percezione dello stato di salute**						
(validi 98,3%)						
<i>molto bene</i>		17,0	28,3		13,1	16,2
<i>bene</i>		55,5	43,6		53,4	43,1
<i>discretamente</i>	*	23,5	18,7	*	28,3	29,8
<i>male</i>		3,5	7,1		4,7	9,0
<i>molto male</i>		0,4	2,3		0,5	1,9
Malattie croniche o problemi di salute di lunga durata**						
(validi 96,9%)						
<i>no</i>		76,1	75,3		73,3	68,9
<i>sì</i>		23,9	24,7	*	26,7	31,1
Abitudine al fumo**						
(validi 97,9%)						
<i>sì</i>		31,9	16,2		21,1	11,5
<i>no, fumavo in passato</i>	*	32,5	21,5	*	19,8	12,5
<i>no, mai fumato</i>		35,6	62,4		59,1	76,0
Ricorso al pronto soccorso**						
(validi 97,5%)						
<i>no</i>		94,1	93,0		94,6	93,4
<i>sì</i>		5,9	7,0	*	5,4	6,6
Ricorso alla guardia medica						
(validi 97,1%)						
<i>no</i>		97,4	96,7		96,9	96,0
<i>sì</i>		2,6	3,3	*	3,1	4,0
Ricorso ad assistenza domiciliare**						
(validi 97,0%)						
<i>no</i>	*	98,6	97,0	*	97,8	96,1
<i>sì</i>		1,4	3,0		2,2	3,9
Ricorso a ricovero ospedaliero						
(validi 97,7%)						
<i>no</i>	*	97,4	96,4	*	97,3	95,9
<i>sì</i>		2,6	3,6		2,7	4,1
Incidenti in ambiente domestico						
(validi 2,7%)						
<i>no</i>		49,5	65,4		49,5	50,3
<i>sì</i>		50,5	34,6		50,5	49,7
Indice di massa corporea (BMI)**						
(validi 90,9%)						
<i>sottopeso</i>		0,6	0,8		5,5	4,2
<i>normopeso</i>	*	44,1	47,6	*	61,4	56,9
<i>sovrappeso</i>		44,5	39,9		24,9	27,7
<i>obeso</i>		10,8	11,7		8,2	11,2
Uso di internet negli ultimi 12 mesi**						
(validi 97,2%)						
<i>tutti i giorni</i>		55,1	52,3		49,8	35,2
<i>settimanalmente/ mensilmente</i>	*	5,2	4,4	*	4,6	4,1
<i>qualche volta anno/mai</i>		39,7	43,3		45,6	60,6
Uso dell'auto come conducente **						
(validi 89,1%) (età > 18 anni)						
<i>tutti i giorni</i>		69,5	53,3		45,0	33,3
<i>saltuariamente</i>	*	20,9	21,4	*	22,4	17,6
<i>mai</i>		9,6	25,2		32,5	49,0
Frequenza con cui incontra amici**						
(validi 97,7%)						
<i>tutti i giorni</i>		21,8	34,0		13,6	18,2
<i>settimanalmente/mensilmente</i>		68,0	52,9		73,4	63,2
<i>annualmente</i>	*	6,3	5,7	*	7,6	8,6
<i>mai</i>		2,8	5,6		3,8	7,6
<i>non ho amici</i>		1,1	1,8		1,6	2,5

segue

continua

Variabili		Maschi			Femmine		
		p	C	NC	p	C	NC
Condizione professionale**							
(validi 94,3%)	occupato		56,7	39,9		39,6	25,7
(età >15 anni)	in cerca di occupazione/studente		16,0	28,2		15,3	16,4
	casalinga	*			*	26,9	35,1
	ritirato dal lavoro o inabile		25,9	30,3		16,9	20,2
	altra condizione		1,4	1,6		1,2	2,6
Principale fonte di reddito**							
(validi 93,0%)	da lavoro dipendente		41,5	28,0		33,6	21,5
(età >15 anni)	da lavoro autonomo		15,8	9,4		6,8	4,0
	pensione	*	26,2	27,5	*	24,0	30,7
	indennità provvidenze e patrimoniale		2,4	2,8		2,4	2,8
	mantenimento dalla famiglia		14,1	32,3		33,2	40,9
Stato civile**							
(validi 98,3%)	celibe/nubile		32,9	54,2		28,1	29,3
	coniugato/a	*	58,3	38,3	*	52,8	48,0
	separato/a o divorziato		6,0	4,4		7,8	5,9
	vedovo/a		2,8	3,2		11,3	16,8
Ripartizione territoriale**							
(validi 98,3%)	Italia nord-occidentale		27,4	24,6		28,7	23,7
	Italia nord-orientale		19,2	19,5		20,9	16,9
	Italia centrale	*	19,7	18,7	*	20,4	19,1
	Italia meridionale		23,1	24,9		20,5	27,3
	Italia insulare		10,6	12,4		9,5	13,1
Titolo di studio**							
(validi 98,3%)	dottorato/laurea di 2° livello		10,4	5,5		11,6	6,2
	laurea di 1° livello/diploma universitario		1,7	0,9		3,0	1,5
	diploma scuola media superiore	*	37,7	22,5	*	37,4	26,3
	licenza media/avviamento professionale		33,9	36,1		27,1	30,4
	licenza elementare		14,4	31,2		17,3	28,5
	nessun titolo		2,0	3,9		3,6	7,1
Numero di volte in cui ha ballato negli ultimi 12 mesi**							
(validi 97,1%)	mai		70,6	82,6		73,3	85,1
	da 1 a 12 volte	*	22,9	14,9	*	21,7	12,7
	più di 12 volte		6,5	2,5		5,0	2,2

C: Consumatore di bevande alcoliche; NC: Non consumatore di bevande alcoliche

** p value<0,05 esiste una differenza statisticamente significativa tra i consumatori di bevande alcoliche per genere

* p value<0,05 esiste una differenza statisticamente significativa tra i consumatori(consumatrici) di bevande alcoliche e i non consumatori

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie, anno 2010

Nelle regioni dell'Italia nord-orientale e centrale non si registrano differenze statisticamente significative tra consumatori e non. Tra le donne, le consumatrici sono più frequenti nelle regioni del Nord Italia e meno frequenti delle non consumatrici nelle regioni meridionali e insulari.

Per entrambe i sessi la percentuale più elevata di consumatori si registra tra chi possiede il diploma di scuola media superiore, mentre la percentuale più elevata di non consumatori si registra tra chi ha ottenuto la licenza media o un avviamento professionale; la percentuale dei consumatori è statisticamente superiore a quella dei non consumatori tra coloro che hanno quale titolo di studio un dottorato o una laurea di II livello.

Una differenza statisticamente significativa si registra per entrambi i sessi tra consumatori e i non consumatori in relazione alla frequentazione di locali da ballo negli ultimi 12 mesi; la percentuale dei non consumatori risulta infatti più elevata tra chi non ha mai frequentato i locali (M: 82,6%; F: 85,1%).

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Il consumo di un bicchiere di vino a tavola, contestualmente ai pasti, può essere considerato in Italia, come in molti Paesi occidentali, parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale. Nel corso degli anni, tuttavia, a fronte di una internazionalizzazione dei consumi e di una forte spinta commerciale, sostenuta da modalità pervasive, e di fortissimi investimenti relativi al marketing delle pubblicità di alcolici, al tradizionale consumo moderato si sono affiancati modelli di consumo quali il consumo eccessivo episodico e/o persistente di alcol. Questo nuovo modello di consumo, spesso caratterizzato da poli-consumo indiscriminato di vecchie e nuove bevande alcoliche e superalcoliche, ha modificato radicalmente le tradizioni mediterranee del bere sociale, creando notevoli problemi sociali e sanitari conseguenti ai danni acuti conseguenti allo stato di intossicazione etilica, quali quelli nelle sempre più frequenti condizioni di ubriachezza occasionale, oppure cronici, conseguenti ad un uso persistente e frequente di quantità non moderate di alcol con lo sviluppo di danni alcol-correlati per il soggetto stesso e a livello sociale. Ogni generazione ha la sua bevanda prevalente di riferimento di rischio alcol-correlato: il vino per gli anziani e gli adulti, la birra e gli aperitivi alcolici per i giovanissimi e i meno giovani. Tra le abitudini emergenti e consolidate, il consumo fuori pasto caratterizza una scelta e un modello del bere prevalente soprattutto tra le giovani generazioni; queste ultime sono spinte al consumo nei luoghi di aggregazione giovanile grazie ad una maggiore disponibilità e convenienza di acquisto delle bevande alcoliche garantite da fenomeni di promozione dei prodotti commercializzati, meccanismi ignoti sino a qualche anno fa, oggi ampiamente tollerati come forme prevalenti di mercato.

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2010 il 25,% della popolazione di età superiore a 11 anni con una marcata differenza di genere (M: 36,6%; F: 14,2%). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi in quella 18-24 e 25-44 anni negli uomini (48,5% e 46,9% rispettivamente) e 18-24 anni nelle donne (35%), per poi diminuire nuovamente fino a raggiungere i valori più bassi tra gli ultra 75enni (M: 17,9%; F: 3,3%).

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle delle consumatrici in tutte le classi di età considerate ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni) dove è minimo il *gap* tra maschi e femmine, e 16-17 anni, età in cui le differenze non raggiungono la significatività statistica (Figura 5).

Per quanto riguarda l'analisi del *trend* dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto, si segnala che tale indagine è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 14 anni, in quanto prima dell'anno 2003 il quesito sul consumo di alcol non veniva posto alla popolazione di età compresa tra 11 e 13 anni. Nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori fuori pasto è rimasta significativamente aumentata sia tra gli uomini (+2,7 punti percentuali) che tra le donne (+2,2 punti percentuali), anche se nel corso degli ultimi anni i valori sono rimasti pressoché stabili tra gli uomini, diminuiti di 1,1 punti percentuali tra le donne rispetto alla precedente rilevazione (Figura 6).

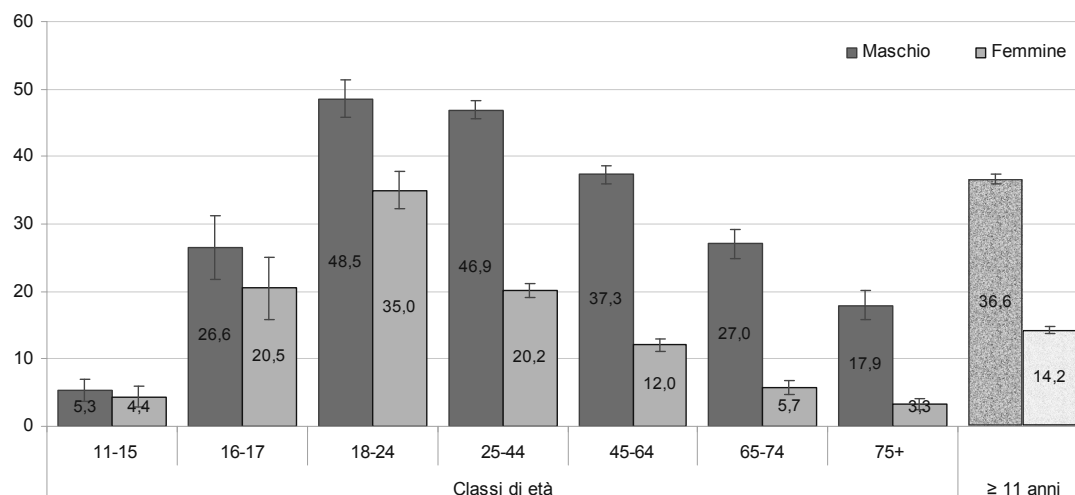


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (anno 2010)

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

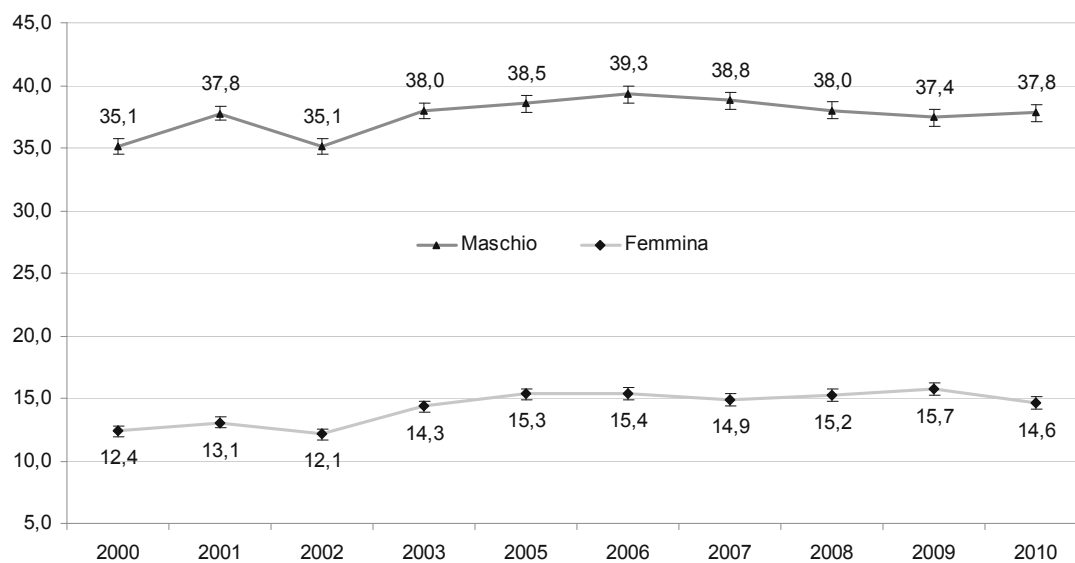


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto di età ≥ a 14 anni (anno 1998-2010)

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

Consumatori *binge drinking*

Il consumo anche episodico di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo e concentrato in un arco ristretto di tempo è una tipologia del bere sviluppatasi nei paesi del Nord Europa e conosciuta con il termine *binge drinking*, modalità trasversale all'intera popolazione e ormai consolidata anche in Italia, in particolare nella popolazione giovanile.

Il *binge drinking* è una problematica sociale e sanitaria emergente che si è affermata nel tempo, attraverso la diffusione di un comportamento (quasi sempre di gruppo) legato al bere fino ad ubriacarsi, alla volontà di usare la sostanza alcol in quantità tali da condurre, attraverso euforia e disinibizione, all'intossicazione alcolica e, soprattutto tra i giovanissimi, ai sempre più frequenti episodi di coma etilico.

Un consumo di tipo *binge drinking* espone a seri pericoli la salute dell'individuo nell'immediato minacciando oltre alla persona che beve, le sfere relazionali e interpersonali, lavorative, familiari, affettive, accompagnandosi a gravissimi rischi quali ad esempio quello di un incidente stradale (fatale o meno) alla guida di un autoveicolo o di un motoveicolo. Nel medio termine, tale tipologia di consumo conduce ad alterazioni delle capacità cognitive e di orientamento conseguenti a danni irreversibili di una zona specializzata del cervello, l'ippocampo.

Nel 2010 il 13,4% degli uomini e il 3,5% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione con percentuali che variano a seconda del genere e della classe di età della popolazione (Figura 7). Le percentuali di *binge drinker* di entrambe i sessi risultano minime al di sotto dell'età legale (M:1,6%; F:1,5%) e crescono rapidamente fino a raggiungere i valori massimi tra i giovani 18-24enni (M: 23,3%; F: 9,7%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente, pur rimanendo su valori ragguardevoli per raggiungere di nuovo i valori minimi negli ultra 75enni (M: 3,3%; F: 1,1%). La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale.

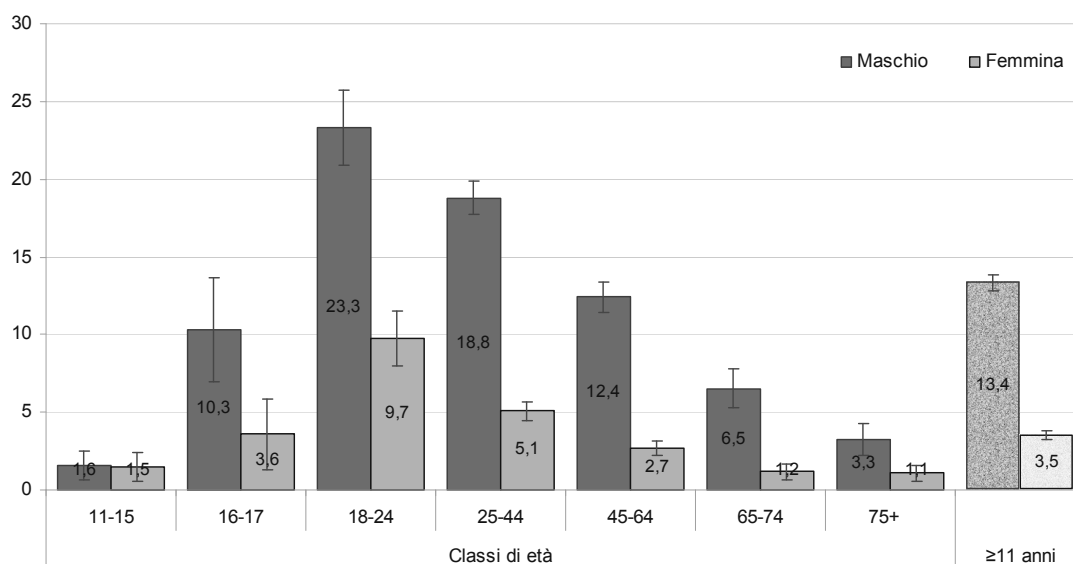


Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (anno 2010)

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

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinking* è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2003, anno in cui è stata introdotta per la prima volta la domanda specifica nell'indagine Multiscopo sulle famiglie. Rispetto all'anno 2003 la prevalenza dei *binge drinker* è significativamente aumentata sia tra gli uomini (+1,6 punti percentuali) che tra le donne (+0,7 punti percentuali). Tra gli uomini a partire dal 2005 si è registrata una diminuzione delle percentuali fino all'anno 2008, anno in cui la prevalenza è tornata ad aumentare con un incremento nel corso dell'ultimo anno pari ad 1 punto percentuale; tra le donne si è registrata una riduzione tra il 2005 e il 2008, un nuovo incremento negli ultimi due anni (Figura 8).

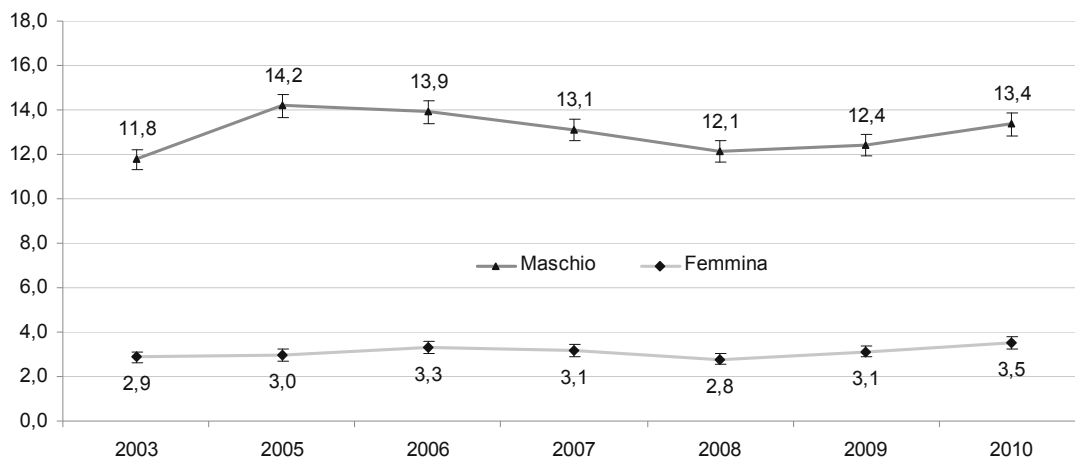


Figura 8. Prevalenza(%) di consumatori *binge drinking* per genere ed età ≥ 11 anni (anni 2003-2010)

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

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche deve tener conto di parametri quali le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo di alcol con i pasti, la capacità di smaltire l'alcol in relazione al sesso e all'età, la controindicazione dell'assunzione di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e altre situazioni, quali la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

L'ONA dell'ISS da anni utilizza per il monitoraggio dei consumatori un indicatore in grado di analizzare il fenomeno del consumo a rischio tenendo conto delle differenze legate al sesso e all'età dell'individuo. L'indicatore di sintesi recepisce le indicazioni delle linee guida nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (7), che tengono conto, a loro volta, delle indicazioni della WHO e della Società Italiana di Alcologia (SIA). Sulla base di tali considerazioni, sono consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 UA standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 UA standard). Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno peraltro aggiunte altre, e cioè gli anziani e i giovani 16-18enni, ai quali si raccomanda di non superare 1 UA al giorno, e gli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) ai quali si consiglia l'astensione da qualsiasi

tipo di consumo. Per tutti inoltre si raccomanda di evitare il consumo di grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*).

La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso questo indicatore nel 2010 è pari al 25,4% degli uomini e al 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Figura 9).

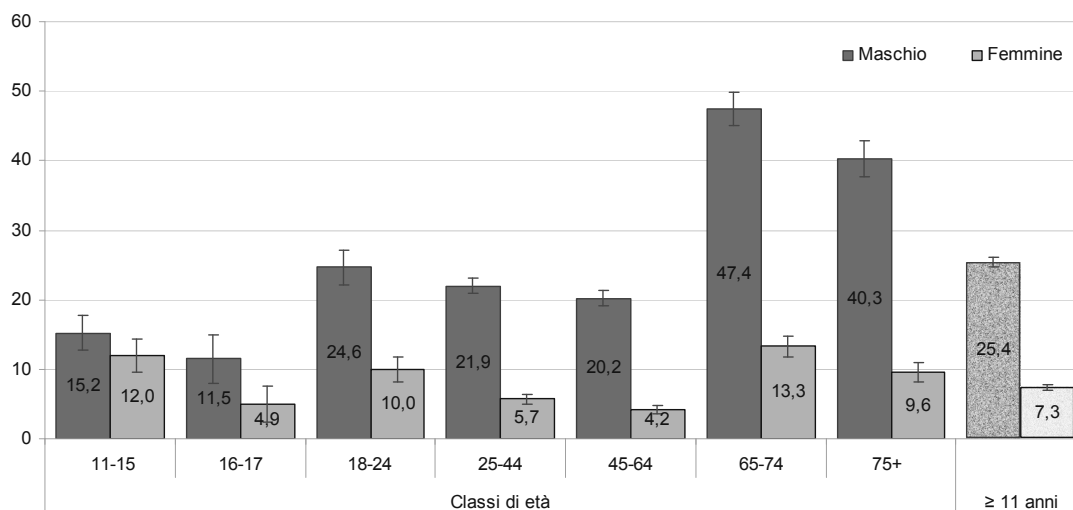


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (anno 2010)

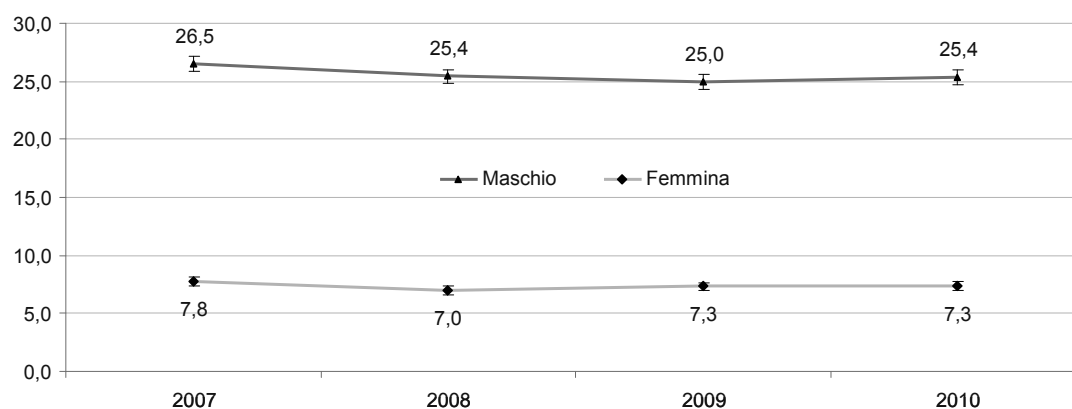
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per genere e classi di età mostra che sono a rischio il 15,2% dei ragazzi e il 12% delle ragazze di sotto dell'età legale (16 anni), valori che pertanto dovrebbero essere pari a zero, mentre invece identificano oltre 220.000 ragazzi e 170.000 ragazze di età inferiore a 16 anni a rischio alcol-correlato senza differenze di genere statisticamente significative.

Come nella precedente rilevazione, le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano, nelle classi di età anziane (65-74: 47,4%; 75+: 40,3%) per un totale di circa 2.200.000 di uomini anziani che necessiterebbero di un intervento di identificazione precoce e di sensibilizzazione al problema. Per questo indicatore di sintesi l'unica classe d'età in cui non si registrano differenze di genere statisticamente significative è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni).

L'analisi del trend dei consumatori a rischio è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire 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 di vino, birra e altre bevande alcoliche.

La Figura 10 mostra che nel corso di questi anni non si sono registrate variazioni statisticamente significative dei consumatori a rischio in entrambe i generi.



**Figura 10. Prevalenza(%) di consumatori a rischio (criterio ISS)
per genere ed età (≥11 anni) (anni 2007- 2010)**
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol*
su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

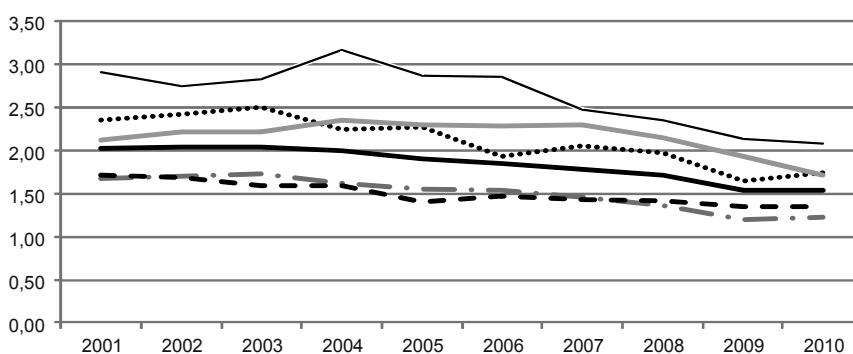
INCIDENTI STRADALI

Rapporto ACI-ISTAT 2010

Ogni anno vengono raccolte dall'ISTAT le informazioni relative all'incidentalità stradale mediante una rilevazione sull'intero territorio nazionale, a cadenza mensile, di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare che hanno causato lesioni alle persone (morti entro il 30° giorno dall'incidente e feriti).

I dati riportati nel rapporto *Incidenti stradali - Anno 2010* dell'Automobile Club d'Italia e dell'ISTAT (8) mostrano che in Italia, rispetto al 2009, sono diminuiti gli incidenti (-1,9%), con una conseguente riduzione sulle strade dei morti (-3,5%) e dei feriti (-1,5%). Nello stesso periodo si è registrata anche una costante riduzione dell'indice di mortalità (numero di morti ogni 100 incidenti), passato da 2,7 nel 2001 a 1,9 nel 2010. A partire dal 2002, si evidenzia una riduzione della percentuale annua del numero di morti sempre più consistente nel tempo. La riduzione dell'indice di mortalità tuttavia è più evidente nelle regioni del sud e delle isole rispetto alle regioni del centro e del nord per entrambe i sessi (Figura 11).

Maschi



Femmine

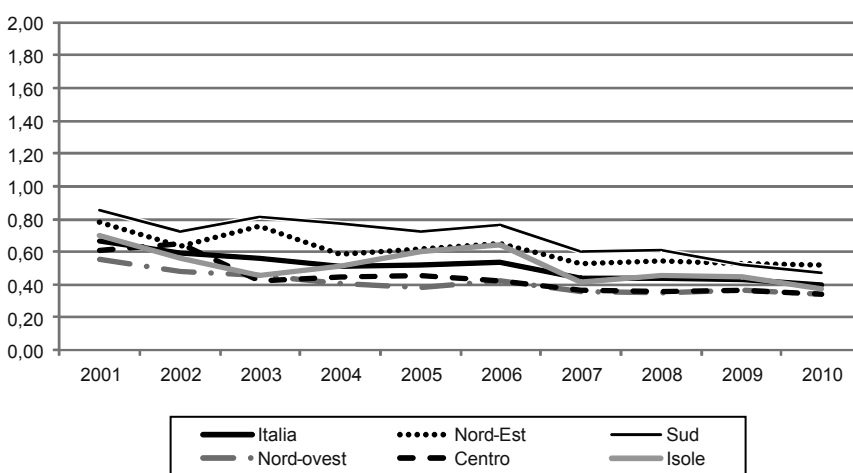


Figura 11. Indice di mortalità (%)= (Morti / Incidenti)*100 (anni 2001-2010)
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT

Nel 2010, l'indice di mortalità, per tutti i mesi analizzati, risulta più elevato nelle strade extraurbane (sono incluse tra le strade extraurbane le strade Statali, Provinciali, Comunali extraurbane e Regionali, le Autostrade e raccordi) rispetto a quelle urbane.

Il maggior numero di incidenti si è verificato nel mese di luglio (21.272), con la morte di 450 persone in termini assoluti. L'indice di mortalità tuttavia assume il valore massimo nel mese di agosto (2,3 morti ogni 100 incidenti), probabilmente a causa del maggiore utilizzo di veicoli nei periodi degli esodi estivi, e un valore minimo nel mese di Aprile (0,9 morti ogni 100 incidenti). Una situazione analoga si registra anche analizzando separatamente la tipologia di strada in cui si verificano gli incidenti, dove l'indice di mortalità risulta massimo nel mese di agosto sia sulle strade urbane (1,4 morti ogni 100 incidenti) che extraurbane (5,2 morti ogni 100 incidenti), seguito da quello di luglio; il più basso è nel mese di aprile nelle strade urbane (0,9 morti ogni 100 incidenti) e gennaio nelle strade extraurbane (3,8 morti ogni 100 incidenti) (Figura 12).

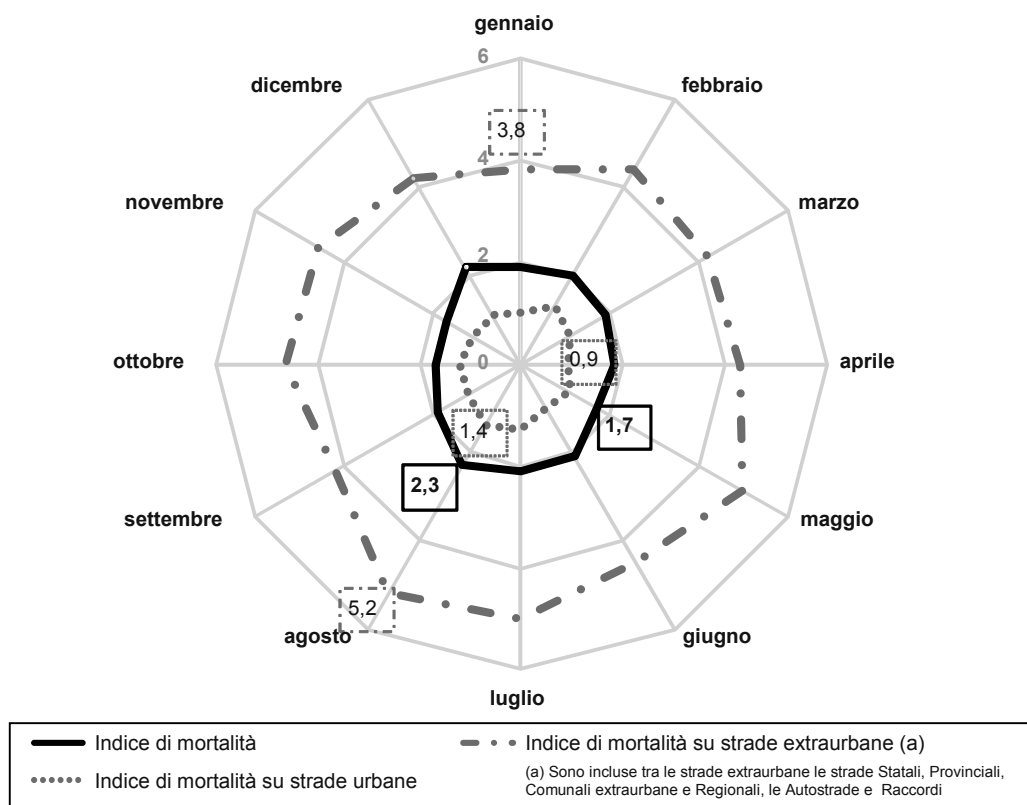


Figura 12. Indice di mortalità (%)= (Morti / Incidenti)*100 per tipologia di strada - Dati mensili, 2010
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT

Il maggior numero di incidenti stradali si verificano il giovedì e il venerdì (31.927 e 33.570 pari a 15,1% e 15,9% degli incidenti) che provocano il ferimento rispettivamente di 43.765 e 46.677 persone; rimane tuttavia il sabato il giorno in cui si registra la più elevata frequenza di decessi (702, pari al 17,2% del totale) e in particolare nell'arco di tempo che va dalle 20 alle 7 dove l'indice di mortalità si mantiene superiore alla media.

Gli indici di mortalità-lesività e di gravità degli incidenti stradali registrati indicano una variabilità regionale: nel 2010 i valori più elevati si registrano in Basilicata Molise e Calabria, i più bassi in molte regioni del Centro Italia (Figura 13).

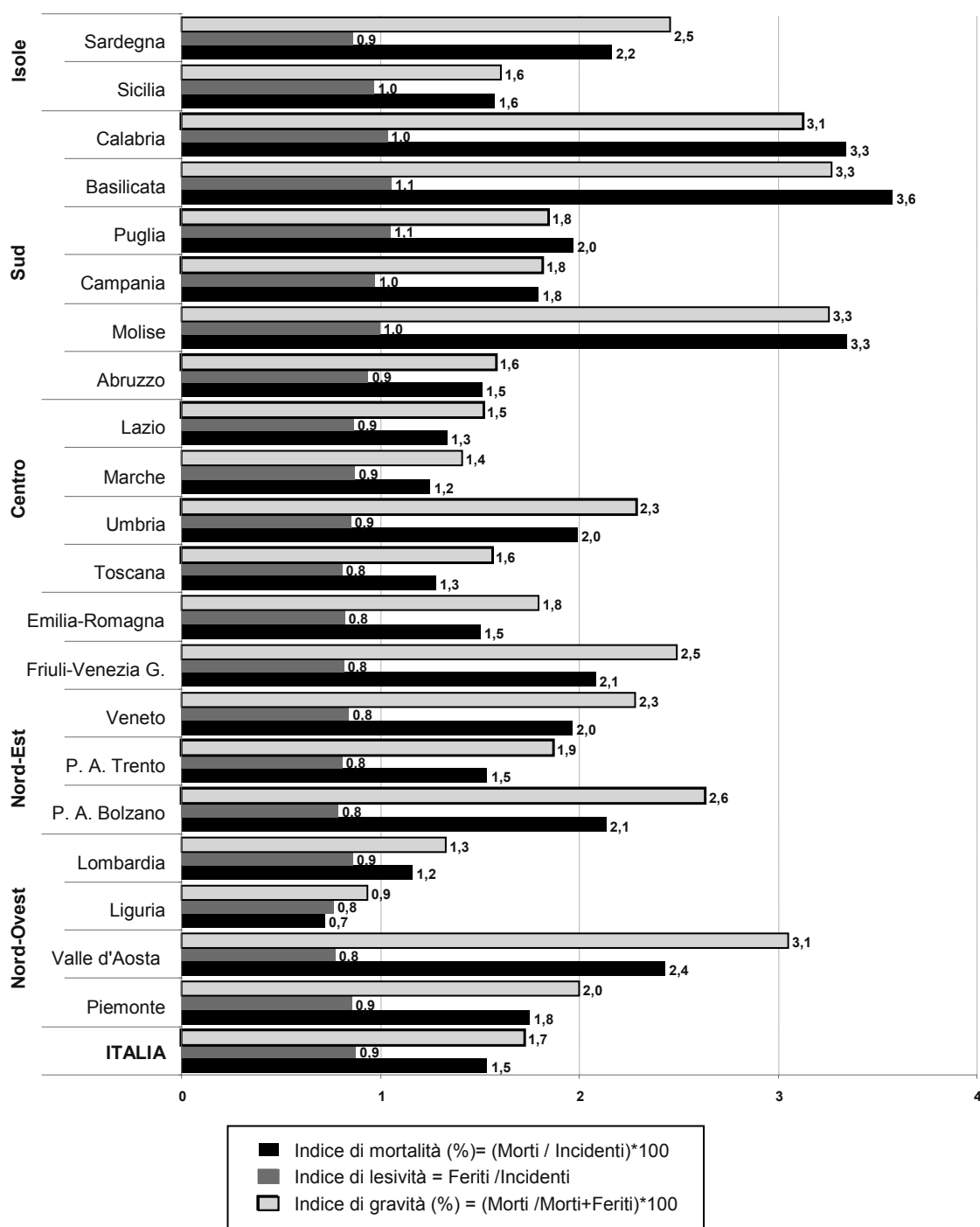


Figura 13. Indice di mortalità-lesività e gravità degli incidenti stradali per ripartizione territoriale e Regione (anno 2010)
 Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT

5th Road Safety PIN Report

Lo *European Transport Safety Council* (ETSC) ha recentemente prodotto un rapporto in cui sono state elaborate le graduatorie dei paesi in termini di sicurezza stradale effettuate durante il quinto anno del programma *Road Safety Performance Index* (PIN) svoltosi tra settembre 2010 e giugno 2011 (9). La relazione fornisce una panoramica sulla riduzione delle morti per incidenti stradali tra il 2001 e il 2010 nei 27 Stati membri dell'Unione Europea, insieme ad Israele, Norvegia e Svizzera e stabilisce quali paesi hanno raggiunto l'obiettivo del 2010 stabilito dall'Unione Europea, ossia la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010 e come altri paesi hanno progredito verso il raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Dal 2001, le vittime della strada sono diminuite del 43% nei 27 Stati membri dell'Unione Europea. Lettonia, Estonia, Lituania, Spagna, Lussemburgo, Francia, Slovenia e Svezia hanno raggiunto l'obiettivo del 2010, una diminuzione del 49,4% è stata registrata in Portogallo, riduzioni superiori alla media dell'UE sono state raggiunte in Irlanda, Germania, Regno Unito, Italia, Slovacchia e Belgio, mentre i restanti paesi hanno progredito in misura minore (Figura 14).

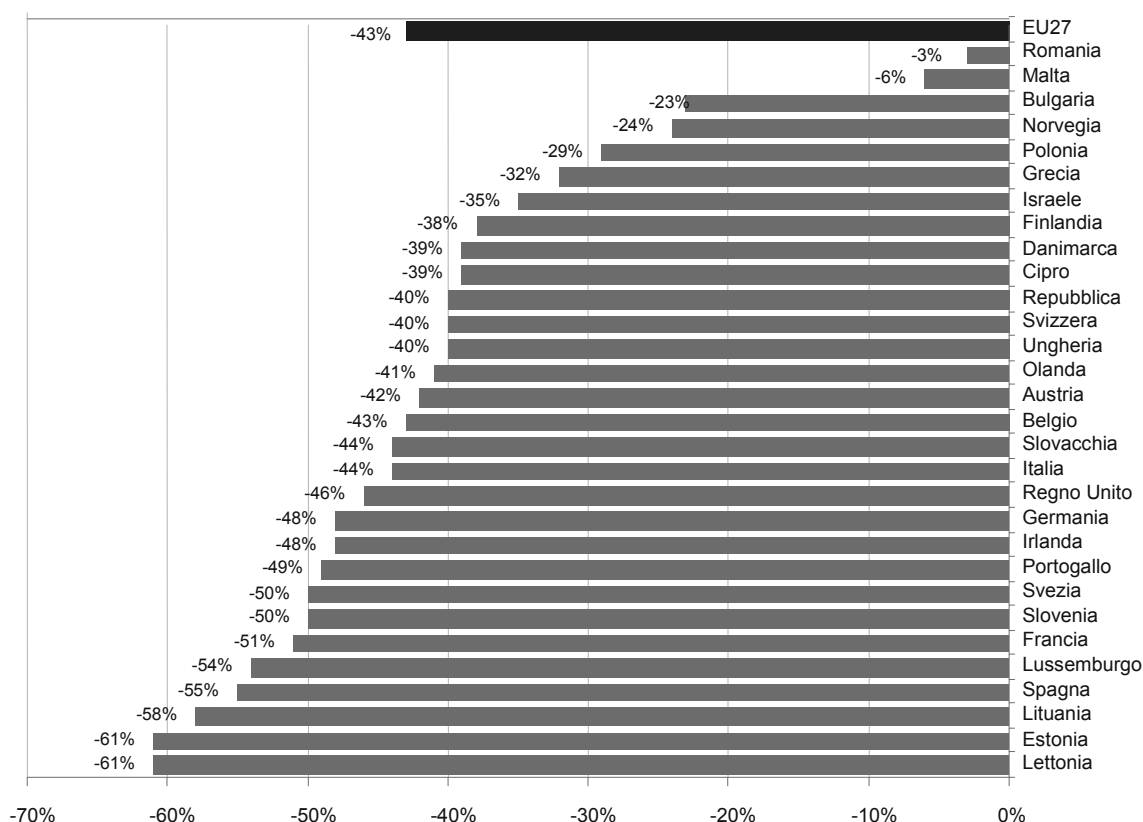


Figura 14. Riduzione (%) registrata tra il 2001 e il 2010 dei morti per incidente stradale nei 27 Stati membri dell'Unione Europea, Israele, Norvegia e Svizzera

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati 2010 del 5th Road Safety PIN Report

Con l'adozione del target UE 2001 ci sono stati oltre 102.000 morti in meno sulle strade europee. La sicurezza stradale offre quindi un grande potenziale di risparmio di sofferenza umana e risorse economiche. L'ETSC stima che il valore monetario per la società delle perdite umane evitate attraverso la prevenzione è pari a 1,70 milioni di euro a decesso (prezzi 2009). Sulla base di questa stima, il risparmio per la società per la riduzione delle morti per incidenti stradali nell'UE 27 nel corso degli anni 2002-2010, rispetto al 2001, è stimato pari a circa 175 miliardi di euro. Tuttavia, nel corso dell'anno 2010 quasi 31.000 persone hanno perso la vita in incidenti stradali: ciò ha portato l'UE ad adottare un nuovo obiettivo 2020, e cioè non più di 15.500 morti per incidenti stradali ogni anno entro il 2020. Quest'ultimo eventuale raggiungimento, nel periodo compreso tra il 2011 e il 2020, determinerebbe un ulteriore risparmio di 180 miliardi di euro (Figura 15).

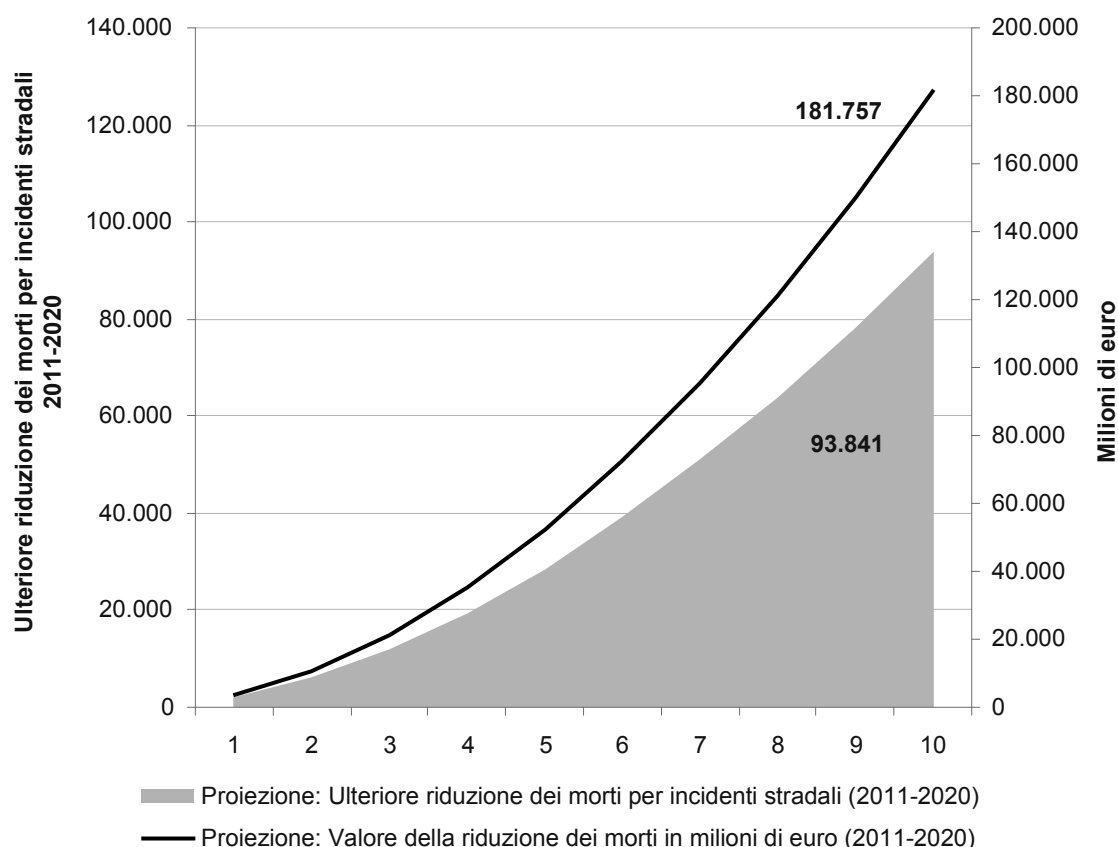


Figura 15. Ulteriore riduzione dei morti per incidenti stradali nell'UE-27 2011-2020 se si raggiungesse l'obiettivo per il 2020 e valutazione con prezzi 2009

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati 2010 del 5th Road Safety PIN Report

Se nel 2010 non si fossero registrati morti in incidenti stradali, i benefici per la società sarebbero stati pari a 53 miliardi di euro; se non si fossero registrati né morti né feriti gravi, i benefici per la società sarebbero stati pari a 105 miliardi di euro e infine, se non ci fossero stati incidenti i benefici sarebbero stati di circa 210 miliardi di euro. I guadagni derivanti dalla prevenzione degli incidenti stradali nel 2010 sarebbero quindi stati del 50% più elevati del budget dell'Unione Europea e pari all'1,8% del GDP dell'UE (9).

Dati dello studio PASSI

Il sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (<http://www.epicentro.iss.it/passi>), è un'iniziativa promossa nel 2006 dal Ministero della Salute e coordinata dal CNESPS dell'ISS allo scopo di tenere sotto osservazione l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute della popolazione Italiana. Tra i dati del sistema PASSI vi sono le informazioni raccolte dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) sul consumo di alcol e guida e sui controlli delle Forze dell'ordine.

Secondo i dati 2010 del sistema di sorveglianza PASSI relativi alle 21 Regioni partecipanti, tra coloro che hanno consumato alcolici nei 30 giorni precedenti all'intervista, un intervistato su dieci (10%) ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'aver bevuto almeno due unità alcoliche. L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente negli uomini (13% *vs* 3% nelle donne) e nei giovani della fascia di età 25-34 anni (12%). Livello di istruzione e reddito non sono associati a questo comportamento. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con frequenze di guida sotto l'effetto dell'alcol più alte nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud (range: Friuli-Venezia Giulia 13% - Basilicata 5%). Inoltre, il 7% degli intervistati riferisce di aver viaggiato, nel mese precedente, in un'auto con una persona in stato di ebbrezza alla guida.

Il 34% dei circa 33.600 intervistati che dichiarano di essere andati in auto o in moto negli ultimi 12 mesi, ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'ordine, in veste di guidatore o di passeggero. In media questo controllo è capitato più di due volte in un anno. Dal confronto tra Regioni emergono differenze statisticamente significative, con un *range* che varia dal 21% della Campania al 49% della Valle d'Aosta.

Solo l'11% degli intervistati fermati dalle Forze dell'ordine riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'*etilotest*. Tale percentuale diminuisce all'aumentare dell'età: dal 22% dei 18-24enni al 5% dei 50-69enni. La percentuale più bassa di controlli con etilotest si registra nel Lazio (7%) e nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano (7%), la più alta in Piemonte (16%).

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

L'analisi condotta per Regione di appartenenza dell'intervistato evidenzia le differenze comportamentali relative al consumo di bevande alcoliche. Tale analisi è utile al fine di stabilire i diversi tipi di intervento da sviluppare in relazione alle diverse realtà territoriali (Tabella 3).

Tabella 3. Tipologia di consumatori (%) per ripartizione territoriale, Regione e sesso (anno 2010)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)							
	tutte le bevande alcoliche		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	80,6	57,8	41,0	18,5	13,7	4,3	27,3	8,7
Piemonte	80,9▼*	57,4	39,0	17,7▲*	15,2	4,9	29,4	9,1
Valle d'Aosta	80,8▼*	63,6	51,2	25,4▲*	20,7	6,1	38,3	15,4▲*
Lombardia	80,6	58,4	42,0	19,4	13,4	4,1	26,3	8,4
Liguria	79,7	55,7	39,2	14,6	10,7	3,5	26,7	9,1
Italia nord-orientale	78,6	58,5	45,2	19,4	17,7	4,3	30,0	9,2
PA Bolzano	80,5	66,0	57,8	34,3	27,7	10,3	35,9	13,7
PA Trento	78,5	54,1	56,1	21,7	24,4	5,3	36,4	9,5
Veneto	78,9▼	59,4▼	48,6	21,0	20,1	4,9	31,7	9,6
Friuli-Venezia Giulia	80,1	59,5	55,8	24,5	17,8	5,8	31,2	11,2
Emilia Romagna	77,8▼	57,0▼	35,8	14,3	12,9	2,5	26,4	7,7
Italia centrale	79,4	54,9	33,3	13,5	11,3	3,6	24,1	7,6
Toscana	80,8	58,1▼	32,4	13,8	12,3	4,4	26,9	9,6
Umbria	78,2	52,7▼	33,5	11,6	10,0	2,2	22,2	5,7
Marche	78,7▼	51,8▼	31,9	11,6	11,3	2,0	26,2	6,8
Lazio	78,9	54,0	34,3	14,2▼	10,9	3,7	22,1	6,9
Abruzzo	83,5	50,5	41,4	11,1	22,0▲	3,8	34,0▲	6,7
Molise	83,8	45,7	45,6	9,0	29,1▲*	3,4	43,8▲*	7,7
Italia meridionale	78,1	46,5	29,1	8,0	11,5	2,4	23,1	5,3
Campania	74,7	43,0▼	23,1	6,4	8,8	2,1	19,1	4,9
Puglia	80,1	49,2	29,0	8,6	9,3	1,8	22,6	4,7
Basilicata	79,3	45,5	35,5	8,4	17,0	3,5	31,1	7,3
Calabria	78,8	48,9	33,5	8,7	12,5	2,6	22,5	5,4
Italia insulare	75,7	45,5	32,6	9,5	12,6	2,9	19,8	4,4
Sicilia	74,2	45,2	27,2	8,2	8,4	2,6	15,2	4,1
Sardegna	80,0	46,4	48,5	13,7	24,9	3,7	33,2	5,2
Italia	78,9▼	53,4▼	18,5	14,2▼	13,4	3,5	25,4	7,3

Valore minimo nazionale

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

Valore massimo nazionale

▼ Riduzione statisticamente significativa tra 2009 e 2010 (* riduzione tra 2008 e 2010)

▲ Incremento statisticamente significativo tra 2009 e 2010 (* incremento tra 2008 e 2010)

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

Italia nord-occidentale

Nel 2010 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è del 68,9%. Non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di bevande alcoliche nel corso degli ultimi 4 anni sebbene nel 2010, il valore riscontrato è al di sopra di quello medio nazionale (65,7%). Le percentuali di consumatori di vino e di birra sono pressoché stabili tra il 2007 e il 2009, aumentate nel corso dell'ultimo anno rispettivamente di 1,8 e 2,3 punti percentuali.

Piemonte

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è diminuita rispetto all'ultima rilevazione disponibile (anno 2008), la percentuale di consumatrici presenta invece un dato superiore a quello medio nazionale. La percentuale di donne che consumano bevande alcoliche fuori pasto è superiore al dato nazionale e si registra un incremento statisticamente significativo rispetto alla rilevazione del 2008, pari a 4,2 punti percentuali. Nel complesso si registra per entrambe i sessi un dato relativo al consumo a rischio (M: 29,4%; F: 9,1%) superiore alla media nazionale (M: 25,4%; F: 7,3%).

Valle d'Aosta

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è diminuita rispetto all'ultima rilevazione disponibile (anno 2008), la percentuale di consumatrici presentano invece un dato superiore a quello medio nazionale. Si registrano per tutti e tre gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio valori al di sopra del dato medio nazionale per entrambe i sessi. In particolare si osserva un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che consumano bevande alcoliche fuori pasto e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS rispetto alla rilevazione del 2008.

Lombardia

La percentuale di consumatrici di bevande alcoliche (58,4%) risulta superiore al dato medio nazionale (53,4%); per entrambi i sessi si registra un valore superiore alla media nazionale di individui che utilizzano bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 42%; F: 19,4%).

Liguria

Per entrambe i sessi i dati relativi agli indicatori presentati risultano in media con il dato medio nazionale. Un valore al di sotto della media nazionale di *binge drinker* (10,7%) si rileva tra gli uomini.

Italia nord-orientale

Nel 2010 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è superiore alla media nazionale. Sebbene tra il 2007 e il 2009 il valore risultò il più elevato di tutte le altre ripartizioni

territoriali, nel corso dell'ultimo anno esso è diminuito di 5,4 punti percentuali (M: -4,4 punti percentuali; F: -6,1 punti percentuali). Nel dettaglio, tra il 2009 e il 2010, risultano diminuite le percentuali di consumatori di vino (-2,8 punti percentuali) e di amari (-3 punti percentuali).

Provincia Autonoma di Bolzano

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi ad eccezione dell'indicatore sul consumo di bevande alcoliche relativo ai soli uomini, in linea con il dato regionale. Tra le donne, si rileva il dato più elevato rispetto a tutte le altre Regioni di consumatrici fuori pasto (34,3%) e di consumatrici *binge drinking* (10,3%).

Provincia Autonoma di Trento

Nonostante gli indicatori sul consumo di bevande alcoliche relativi ad entrambe i sessi sono in linea con la media regionale, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano statisticamente superiori al dato medio nazionale.

Veneto

Gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi. Tuttavia, per entrambe i sessi, rispetto al 2009, si registra una riduzione della quota dei consumatori di bevande alcoliche pari a 3,9 e 5,3 punti percentuali per uomini e donne rispettivamente.

Friuli-Venezia Giulia

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi, ad eccezione dell'indicatore sul consumo di bevande alcoliche relativo ai soli uomini, in linea con il dato regionale.

Emilia Romagna

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti in linea con i valori medi nazionali per entrambi i sessi ad eccezione, per le sole donne, dell'indicatore sul consumo di bevande alcoliche che risulta superiore alla media nazionale, e di quello sul *binge drinking* che invece risulta inferiore al dato medio nazionale. Per entrambe i sessi, si registra inoltre una riduzione statisticamente significativa della quota di individui che hanno dichiarato di aver consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno pari rispettivamente a 5,7 punti percentuali per i maschi e 8 punti percentuali per le femmine.

Italia centrale

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è rimasta pressoché stabile tra il 2007 e il 2009, mentre è diminuita di 3,9 punti percentuali nel corso dell'ultimo anno (M: -3,1 punti percentuali; F: -4,8 punti percentuali).

Toscana

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore a quella media nazionale per le sole donne, sebbene in questa fascia di popolazione si registra una riduzione pari a 5,6 punti percentuali rispetto al 2009. Tutti gli indicatori di rischio considerati risultano in linea con i valori medi nazionali per entrambi i sessi, ad eccezione dell'indicatore di sintesi per il criterio ISS relativo alle sole donne, che risulta superiore alla media italiana (9,6%).

Umbria

Gli indicatori relativi al *binge drinking* risultano inferiori al dato medio nazionale per entrambe i sessi, a cui si aggiunge quello relativo ai consumatori fuori pasto per le sole donne. Tutti gli altri indicatori risultano in media con il dato nazionale e si registra una diminuzione di 6,1 punti percentuali delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica.

Marche

Gli indicatori relativi al consumo fuori pasto risultano inferiori al dato medio nazionale per entrambe i sessi, a cui si aggiunge quello relativo ai consumatori *binge drinking* per le sole donne. Tutti gli altri indicatori risultano in media con il dato nazionale, e si registra una diminuzione dei consumatori di almeno una bevanda alcolica di 4,6 punti percentuali tra gli uomini e di 9,9 punti percentuali tra le donne.

Lazio

Tutti gli indicatori considerati risultano, per entrambi i sessi, in media con i dati medi nazionali ad eccezione per i soli maschi di quello relativo al *binge drinking* e all'indicatore di sintesi del consumo a rischio ISS, che risultano al di sotto della media nazionale. Si registra una riduzione delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto pari a 3,8 punti percentuali.

Abruzzo

Per gli uomini, tutti gli indicatori considerati risultano al di sopra del dato medio nazionale e in particolare si registra che, tra il 2009 e il 2010, i consumatori *binge drinking* sono passati da 14,4% a 22% e i consumatori a rischio (criterio ISS) da 27,7% a 34%; tra le donne, i valori di tutti gli indicatori risultano in media con il dato medio nazionale ed la quota di consumatrici fuori pasto è inferiore alla media nazionale.

Molise

Per gli uomini, tutti gli indicatori considerati risultano al di sopra del dato medio nazionale e in particolare si registra un trend crescente, a partire dal 2007, della quota dei consumatori *binge drinking*, che sono passati da 18,4% a 29,1%; analogo andamento si registra per l'indicatore di sintesi dei consumatori a rischio (criterio ISS) che è passato dal 33,2% del 2007 al 43,8% del 2010. Tra le donne, la percentuale di consumatrici di bevande alcoliche e quella di consumatrici fuori pasto risultano inferiori alla media nazionale.

Italia meridionale

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche, rimasta pressoché stabile tra il 2007 e il 2009, è diminuita di 3 punti percentuali nel corso dell'ultimo anno. La quota di consumatori di vino è diminuita nel corso degli ultimi 4 anni passando dal 50,5% del 2007 a 47,5% del 2010 con una riduzione nel corso dell'ultimo anno pari a 2,1 punti percentuali.

Campania

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2009 si registra tra le donne una diminuzione delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (-7,5 punti percentuali).

Puglia

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano, per entrambe i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali; l'indicatore relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta invece inferiore alla media nazionale tra le donne, in linea con il medio nazionale tra gli uomini.

Basilicata

Tra le donne, gli indicatori relativi al consumo fuori pasto e quello relativo alle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risultano al di sotto dei valori medi nazionali, mentre rimangono allineati con il dato medio gli altri indicatori di consumo a rischio; situazione diversa tra gli uomini dove si registrano valori superiori al dato medio nazionale tra i consumatori *binge drinker* (17%) e tra quelli a rischio (criterio ISS) (31,1%).

Calabria

Tra le donne, gli indicatori relativi al consumo lontano dai pasto, al consumo a rischio (criterio ISS) e quello relativo alle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risultano al di sotto dei valori medi nazionali; tra gli uomini, tutti gli indicatori considerati risultano in media con il dato nazionale.

Italia insulare

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche nel 2010 è pari al 60% della popolazione ed è rimasta stabile nel corso degli ultimi 4 anni con valori più bassi rispetto alle altre ripartizioni territoriali; un trend crescente si registra tuttavia tra i consumatori di amari e superalcolici nello stesso periodo.

Sicilia

Tra gli uomini, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio, e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica, risultano al di sotto dei valori medi nazionali. Si registra il valore più basso in assoluto rispetto ad altre regioni dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (15,2%). Tra le donne, si registrano valori al di sotto della media nazionale per tutti gli indicatori, ad eccezione del *binge drinking*, che tuttavia risulta in linea con la media nazionale.

Sardegna

La situazione relativa a questa regione risulta differenziata in base al sesso degli intervistati. Tra gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale i valori relativi ai comportamenti a rischio (consumo fuori pasto=48,5%; *binge drinking*=24,9%; consumo a rischio=33,2%); tra le donne, non si registrano differenze per tutti gli indicatori considerati rispetto alla media nazionale, ad eccezione di quello relativo alla percentuale di consumatrici di almeno una bevanda alcolica (46,4%) e delle consumatrici a rischio (5,2%) che risultano inferiori.

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Il 54,3% dei ragazzi e il 42% dei giovani di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2010; tra i ragazzi si registra una leggera flessione dei consumatori rispetto agli ultimi anni; i valori si mantengono pressoché stabili tra le ragazze. Non si registrano inoltre differenze delle percentuali di consumatori delle diverse bevande alcoliche in entrambe i sessi.

Tra i ragazzi, la percentuale più elevata di consumatori si registra per la birra (46,1%) seguita da aperitivi alcolici (36,8%) e vino (31,9%); tra le ragazze le percentuali più elevate di consumatrici si registrano, senza differenze statisticamente significative, per la birra e gli aperitivi alcolici (28,3%, 28,9% rispettivamente) seguite da vino (20,0%), superalcolici (17,3%) e amari (11,9%) (Figura 16).

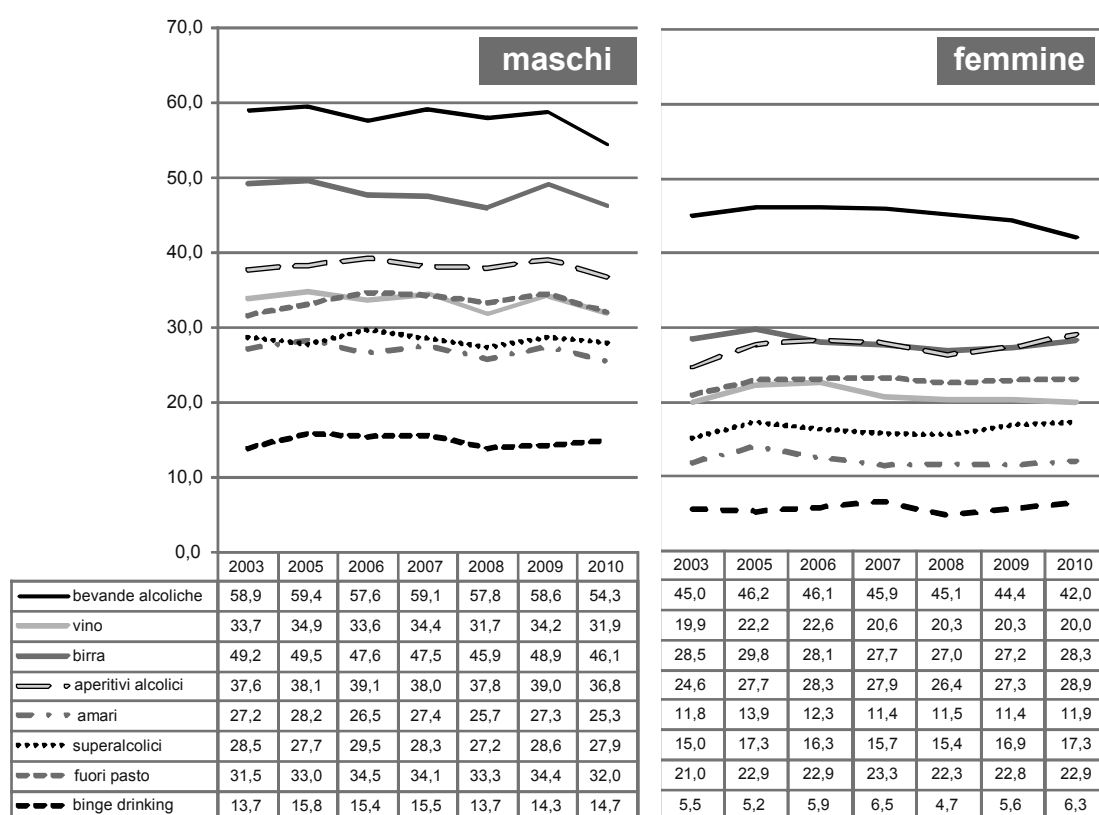


Figura 16. Prevalenze (%) consumatori di età 11-25 anni delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* per sesso (anni 2003, 2005-2010)
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

Consumatori al di sotto dell'età legale (11-15 anni)

Nella classe di età al di sotto dell'età legale (11-15 anni, classe in cui si dovrebbe registrare prevalenza e consumo pari a zero) il 13,6% degli intervistati (M: 15,2%; F: 12,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Tra i ragazzi, il 5,3% dichiara di aver bevuto vino, il 10,5% birra, il 6,8% aperitivi alcolici, il 2,1% amari e il 3,2% superalcolici. Le percentuali non risultano statisticamente diverse tra le coetanee di questa fascia di età per nessuna bevanda (vino=3,5%; birra=7,2%; aperitivi alcolici 6%; amari 1,1%; superalcolici=1,9%). I giovani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 4,8% (M: 5,3%; F: 4,4%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 1,5% (M: 1,6%; F: 1,5%). Considerando che agli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) gli organismi di sanità pubblica consigliano l'astensione da qualsiasi tipo di consumo, in totale si stima che nell'anno 2010 sono stati circa 392.000 i giovani (senza differenze di genere) che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS), pari al 15,2% dei maschi e al 12% delle femmine (Tabella 4).

Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumo e sesso, 2010

Tipologia di consumatore	11-15			16-20			21-25		Totale	
	M	F		M	F		M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	15,2	12,0	*	65,9	52,7		79,6	59,9	54,3	42,0
Consumatori di vino	5,3	3,5	*	34,1	21,6		55,0	33,6	31,9	20,0
Consumatori di birra	10,5	7,2	*	55,6	33,7		70,3	42,6	46,1	28,3
Consumatori di aperitivi alcolici	6,8	6,0	*	41,8	36,4	*	60,1	43,2	36,8	28,9
Consumatori di amari	2,1	1,1	*	27,1	12,8		45,4	20,9	25,3	11,9
Consumatori di superalcolici	3,2	1,9	*	30,7	22,2		48,3	27,0	27,9	22,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	5,3	4,4	*	37,1	30,6	*	52,0	33,0	32,0	27,5
Consumatori <i>binge drinking</i>	1,6	1,5	*	16,9	7,3		25,0	9,8	14,7	6,3
Consumatori a rischio-criterio ISS	15,2	12,0	*	18,1	8,0		26,5	10,2	20,0	10,1

* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere.

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

Consumatori di 16-20 anni

Nella classe di età adolescenziale (16-20 anni), il 59,7% degli intervistati (M: 65,9%; F: 52,7%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2010; non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alle precedenti rilevazioni. Nella classe di età considerata si evidenziano delle differenze di comportamento in relazione al tipo di bevanda consumata tra maschi e femmine. I ragazzi che consumano birra sono pari al 55,6%, seguiti da quelli che consumano aperitivi alcolici (41,8%), vino (34,1%), superalcolici (30,7%) o amari (27,1%); tra le ragazze le percentuali più elevate si registrano senza differenze statisticamente significative tra le consumatrici di aperitivi alcolici (36,4%) e di birra (33,7%) seguite da superalcolici (22,2%), vino (21,6%), e amari (12,8%). Le percentuali di ragazzi che bevono alcolici sono superiori a quelle delle coetanee per tutte le bevande considerate, ad eccezione degli aperitivi alcolici per i quali le differenze non risultano significative. I giovani che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel 2010 sono stati il 34,1% degli

intervistati senza differenze statisticamente significative di genere, e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono il 16,9% dei maschi e il 7,3% delle femmine. In totale si stima che nell'anno 2010 sono stati oltre 398.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (*vedi* Tabella 4).

Consumatori di 21-25 anni

Nella classe di età 21-25 anni, il 69,7% degli intervistati (M: 79,6%; F: 59,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Anche in questa classe di età si evidenziano differenze di comportamento in relazione al tipo di bevanda consumata tra maschi e femmine. La percentuale di ragazzi che consumano birra risulta essere superiore a quelli di tutte le altre bevande (70,3%), seguono quelli che consumano aperitivi alcolici (60,1%) vino (55,0%), superalcolici (48,3%), amari (45,4%); tra le ragazze, le percentuali più elevate si registrano, senza differenze statisticamente significative, tra le consumatrici di aperitivi alcolici (43,2%) e di birra (42,6%) seguite da vino (33,6%), superalcolici (27,0%) e amari (20,9%). I soggetti di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 42,4% con una grande differenza di genere (M: 52,0%; F: 33,0%), senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni; quelli che invece si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno 2010 sono stati il 17,3% (M: 25,0%; F: 9,8%). In totale nell'anno 2010 hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute il 26,5% dei ragazzi e il 10,2% delle ragazze per un totale di circa 500.000 giovani (*vedi* Tabella 4).

CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

Il 61,1% degli ultra 65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2010 con una marcata differenza di genere (M: 80,2%; F: 47,0%). Non si evidenziano, indipendentemente dal sesso, differenze statisticamente significative rispetto agli ultimi anni tra i consumatori delle singole bevande alcoliche. Nelle donne si registra una diminuzione statisticamente significativa delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, pari a 3,5 punti percentuali. Tra gli uomini, la percentuale più elevata di consumatori nel 2010 si registra per il vino (76,8%) seguito dalla birra (38,3%) e dagli amari (23,8%); tra le donne le percentuali più elevate di consumatrici si registrano per il vino (43,0%) seguito da birra (14,6%) e amari (6,3) (Figura 17).

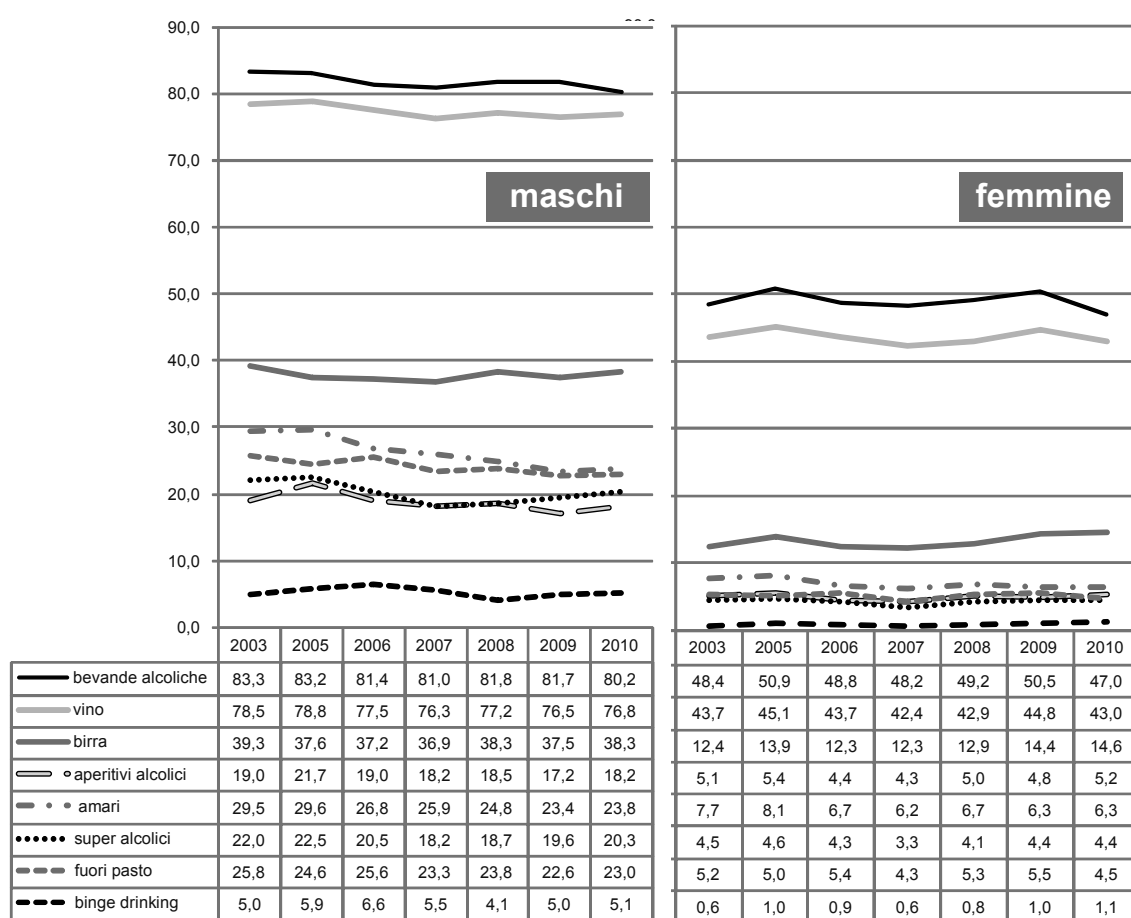


Figura 17. Prevalenze (%) consumatori di età ≥65 anni delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei binge drinker per sesso (anni 2003, 2005-2010)

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: 83,7%; F: 51,7%) 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 per entrambe i sessi (M: 79,5%; F: 46,5%); il 31,2% (M: 45,5%; F: 19,4%) birra, il 14,6% (M: 23,3%; F: 7,5%) aperitivi alcolici, il 17,2% (M: 28,4%; F: 8,0%) amari e il 15,2% (M: 25,8%; F: 6,5%) superalcolici. Per tutte le bevande considerate, le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne. Gli anziani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 15,4% (M: 27,0%; F: 5,7%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati il 3,6% (M: 6,5%; F: 1,2%). Questi anziani sono quelli che contribuiscono consistentemente, attraverso il consumo rischioso di vino, al totale degli anziani consumatori a rischio e a quelli in cui clinicamente si registra un'elevata prevalenza di patologie croniche alcol-correlate. Si stima, infatti, che nell'anno 2010 sono stati quasi 1.900.000 gli “anziani giovani” che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS pari al 47,4% degli uomini e il 13,3% delle donne (Tabella 5).

Tabella 5. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumatore e sesso (anno 2010)

Tipologia di consumatore	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,7	51,7	77,9	45,1	66,0	35,1	80,2	47,0
Consumatori di vino	79,5	46,5	75,6	42,0	64,1	32,5	76,8	43,0
Consumatori di birra	45,5	19,4	31,3	11,1	19,5	6,3	38,3	14,6
Consumatori di aperitivi alcolici	23,3	7,5	12,6	3,4	7,6	2,0	18,2	5,2
Consumatori di amari	28,4	8,0	19,2	5,2	12,7	3,5	23,8	6,3
Consumatori di superalcolici	25,8	6,5	14,3	2,4	8,9	2,3	20,3	10,8
Consumatori di alcolici fuori pasto	27,0	5,7	19,7	4,0	10,4	1,6	23,0	4,5
Consumatori <i>binge drinking</i>	6,5	1,2	3,7	1,2	ns	ns	5,1	1,1
Consumatori a rischio-criterio ISS	47,4	13,3	42,6	10,9	30,5	6,2	44,3	11,4

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2011

Consumatori anziani “intermedi” (75-84 anni)

Nella classe di età 75-84 anni, il 58,9% degli intervistati (M: 77,9%; F: 45,1%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 56,2% (M: 75,6%; F: 42,0%) delle persone dichiara di aver bevuto vino, il 19,6% (M: 31,3%; F: 11,1%) birra, il 7,3% (M: 12,6%; F: 3,4%) aperitivi alcolici, l'11,1% (M: 19,2%; F: 5,2%) amari e il 7,4% (M: 14,3%; F: 2,4%) superalcolici. Le percentuali di consumatori di una qualsiasi bevanda alcolica è, come per la precedente rilevazione, maggiore tra gli uomini. Non esiste una differenza statisticamente significativa tra la quota di consumatori di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di vino; valori molto più bassi si registrano per i consumatori di birra, amari aperitivi alcolici e superalcolici. Gli anziani 75-84enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 10,6% (M: 19,7%; F: 4,0%) senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso

dell'anno sono stati in percentuale molto meno (M: 3,7%; F: 1,2%). In totale si stima che nell'anno 2010 sono stati oltre 1.000.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS), nonostante in questa classe di età la possibile assunzione di farmaci che interagiscono con l'alcol sconsiglierebbero totalmente il bere (*vedi* Tabella 5).

Consumatori ultra 85enni

Sebbene rispetto agli altri gruppi di anziani considerati la percentuale di “anziani vecchi” (di età maggiore o uguale ad 85 anni) che hanno consumato almeno una bevanda risulta la più bassa, anche in questo gruppo di individui il 66,0% degli uomini e il 35,1% delle donne rappresenta questo gruppo. Dichiarano di aver consumato vino M: 64,1%; F: 32,5%, il 10,4% (M: 19,5%; F: 6,3%) birra, il 3,7% (M: 7,6%; F: 2,0%) aperitivi alcolici, il 6,3% (M: 12,7%; F: 3,5%) amari e il 4,4% (M: 8,9%; F: 2,3%) superalcolici. Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate. Come visto anche negli altri gruppi di anziani, la percentuale di consumatori di vino è molto più elevata di quella dei consumatori di altre bevande alcoliche per entrambe i sessi, seguita da quella relativa ai consumatori di birra. Gli “anziani vecchi” che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 4,3% (M: 10,4%; F: 1,6%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati una percentuale minima complessivamente inferiore all'1,0%. In totale si stima che nell'anno 2010 sono stati circa 188.000 gli “anziani vecchi” che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (*vedi* Tabella 5).

MORTALITÀ ALCOL-ATTRIBUIBILE

L'Unione Europea è nel mondo la regione con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con i più alti livelli di consumo. L'alcol è, in ordine di rilevanza, il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione, più rilevante dell'ipercolesterolemia e del sovrappeso. L'alcol è la causa di 1 su 14 casi di malattia e di morte prematura che colpiscono l'Unione Europea, e ha un evidente impatto su patologie importanti come il cancro, le patologie vascolari e quelle epatiche. Le ricadute nei giovani, invece, si fanno sentire soprattutto relativamente a incidenti stradali e uso della violenza.

La stima della mortalità alcol-correlata è una delle procedure che può aiutare a monitorare l'impatto dell'alcol nella popolazione; il tasso di mortalità per cirrosi epatica è un indicatore ritenuto universalmente consistente rispetto all'impatto del consumo medio pro-capite nella popolazione. Numerose sono le metodologie adottate o adottabili. In questo rapporto, per dare continuità alle stime prodotte negli anni precedenti, nel calcolo della mortalità è stato utilizzata la metodologia di calcolo adottata nello studio del *Burden of Disease* (10, 11) e delle più recenti metodologie pubblicate dalle riviste scientifiche di riferimento internazionale (12). L'esigenza di utilizzare un sistema di misura che consenta la comparazione in una serie storica è comunque pari a quella di aggiornare periodicamente la metodologia con le migliori risorse europee ed internazionali a disposizione e che, dal prossimo anno, potranno essere implementate anche a livello italiano sfruttando il miglioramento dello standard di rilevazione dell'indagine ISTAT, Multiscopo sulle famiglie, rendendo possibile un allineamento al modello di stima, che entrerà a regime a livello europeo nel corso del 2012.

Nel 2007 la stima della mortalità alcol-correlata per l'Italia, presentata durante il Convegno "Alcohol Prevention Day" (tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità nel 2011) (12), ha evidenziato che il 4,4% dei decessi tra gli uomini e il 2,5% tra le donne è correlato con il consumo di alcol, per un totale di 20.102 decessi parzialmente o totalmente evitabili a fronte di un corretto atteggiamento nel bere. A questi valori vanno aggiunti i decessi dei minori di anni 20, non inseriti nel modello di valutazione per motivi di comparabilità internazionale del Progetto della WHO "Avoidable Deaths", che condurrebbero a una stima complessiva di almeno 30.000 decessi alcol-correlati.

Un consumo rischioso o dannoso di alcolici, eccedente le linee guida per una sana alimentazione (7), è oggi riferibile al 25% della popolazione maschile e a circa il 7,3% di quella femminile di più di 11 anni di età, e determina rilevanti problematiche cliniche, familiari e sociali.

L'alcol è la prima causa di morte tra i giovani sino all'età di 24 anni, i cui decessi sono prevalentemente legati al consumo di alcol alla guida. In Europa, infatti, nella classe d'età 15-29 anni, il 25% dei decessi registrati tra i ragazzi e il 10% tra le ragazze è causato dal consumo rischioso di alcol.

Gli effetti dell'alcol sono riconducibili e assimilabili a quelli delle altre droghe: induzione della dipendenza fisica e psichica, assuefazione e disturbi comportamentali riscontrabili sul piano individuale (quali la compulsività e il *craving*), e a livello sociale.

È importante evidenziare che non esistono vantaggi derivanti dall'uso di alcol, essendo le stime relative all'azione dell'alcol sulla mortalità al netto dei "guadagni" derivanti dai possibili effetti protettivi associati a bassi consumi di alcol registrabili solo dopo i 70 anni (10 g, meno di un bicchiere al giorno).

Sono state analizzate le cause di morte relative all'anno 2008, utilizzando la base di dati della mortalità in Italia costruita a partire dai dati ufficiali dell'ISTAT su mortalità e

popolazione residente, ed elaborata presso l'Ufficio di Statistica dell'ISTAT dell'ISS. Le cause di morte sono state suddivise in tre categorie (10):

1. *Malattie totalmente alcol-attribuibili*
la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 (13) (*International Classification of Diseases* per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol (es. gastrite alcolica);
2. *Malattie parzialmente alcol-attribuibili*
la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol (es. tumore alla mammella e cirrosi epatica);
3. *Cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti attribuibili* (14)
la categoria contiene le cause di morte non legate a patologie croniche ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol (es. incidenti stradali, suicidio e omicidio).

Rispetto alla metodologia utilizzata per le stime del 2007 (15), sono state aggiunte nell'analisi due patologie (Effetti tossici dell'alcol (T51.9), Sindrome da pseudo Cushing indotta da alcol (E24.4), e sono stati calcolati i decessi alcol-attribuibili a partire dai 16 anni (e non dai 15). Questi cambiamenti sono stati apportati per motivi di comparabilità internazionale con una metodologia usata in alcuni studi europei quali l'*Optimizing Delivery of health care Interventions* (ODHIN) (16) e quelli anglosassoni (17).

Rispetto all'anno precedente, si è registrata una sostanziale riduzione di decessi alcol-attribuibili pari a 2.441, di cui 1.507 (13,4%) tra gli uomini e 934 (14,6%) tra le donne. Analizzando le percentuali in base alle tre categorie definite, si osserva che:

1. Le *malattie totalmente alcol-attribuibili* sono determinate, secondo definizione, per il 100% dal consumo alcolico.
2. Le *malattie parzialmente alcol-attribuibili* contribuiscono alla mortalità secondo le patologie considerate:
 - *Neoplasie maligne*: la percentuale di morti per tumore dovuta al consumo di alcol è di 4,7% e 2,7% dei decessi per tumore (nel 2007: M 4,7% e F 2,8%);
 - *Tumori benigni*: la mortalità alcol-correlata per tumore è pari a 8,8% e 4,7% dei decessi per tumore benigno, rispettivamente per maschi e femmine (nel 2007: M 9,3% e F 4,9%);
 - *Diabete mellito*: questa malattia trova giovamento dal consumo ridotto di alcol. Le percentuali sono pari a -6,5% per gli uomini e -5,0% per le donne rispetto al totale dei morti per diabete (nel 2007: M -7,2% e F -5,4%);
 - *Condizioni neuropsichiatriche*: la frazione di alcol-attribuità rispetto ai decessi per condizioni neuropsichiatriche è pari a 1,1% e 0,6% per maschi e femmine (nel 2007: M 1,3% e F 0,8%);
 - *Malattie del sistema circolatorio*: questo gruppo di patologie presenta percentuali di attribuità di 0,4% e 0,9% rispetto al totale dei decessi per malattie del sistema circolatorio per gli uomini e per le donne rispettivamente (nel 2007: M 0,1% e F 1,3%).
 - *Malattie dell'apparato digerente*: il consumo alcolico aumenta notevolmente il rischio di decesso per queste patologie, che rappresentano il secondo gruppo per impatto nocivo dell'alcol sulla salute. Le percentuali di mortalità alcol-correlata sono infatti pari a 20,6% e 13,1% per i due sessi rispetto al totale dei decessi dovuti a malattie dell'apparato digerente (nel 2007: M 21,3% e F 14,7%);
 - *Malattie della pelle e del sottocutaneo*: la percentuale di alcol-attribuità è pari a 1,2% e 0,4% per maschi e femmine rispetto i decessi per tali patologie (la situazione era migliore nel 2007: M 0,5% e F 0,2%).

3. Le *cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti* contribuiscono alla mortalità in base all'intenzionalità dell'evento causa del decesso:

- *Incidenti non intenzionali*: tali cause costituiscono il più importante gruppo per effetti dannosi sulla salute, in particolare tra i giovani, i cui decessi sono legati agli incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza. Si registrano, infatti, percentuali di mortalità alcol-attribuibili equivalenti a 31,8% e 21,9% rispetto al totale dei decessi per incidenti non intenzionali (nel 2007: M 31,5% e F 21,7%);
- *Incidenti intenzionali*: tali cause costituiscono il terzo più importante gruppo per impatto negativo sulla salute. Le frazioni attribuibili all'alcol sono pari a 17,3% e 13,8% rispetto al totale dei decessi per tali cause. Decessi attribuibili all'alcol elevati si registrano tra i giovani per suicidi e omicidi (nel 2007: M 17,2% e F 14,3%).

Nel 2008, il numero di decessi alcol-attribuibili è complessivamente pari a 17.661 (11.254 per i maschi e 6.407 per le femmine), con frazioni alcol-attribuibili (*Alcohol Attributable Fraction*, AAF%) rispetto al totale delle morti del 3,8% e 2,1% rispettivamente per i due sessi (Tabella 6).

Tabella 6. Decessi alcol-attribuibili e frazioni di mortalità alcol-correlata (AAF%) secondo le tre categorie di causa di morte ICD10 (2008)*

Causa di morte	Decessi alcol-attribuibili ≥16 anni			
	n.		AAF% ^a	
	M	F	M	F
Malattie totalmente alcol-attribuibili*	268	55	100	100
Malattie parzialmente alcol-attribuibili**				
Condizioni materne e perinatali	0	0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4383	1913	4,7	2,7
Tumori benigni	375	169	8,8	4,7
Diabete mellito	-547	-588	-6,5	-5,0
Condizioni neuropsichiatriche	148	126	1,1	0,6
Malattie del sistema circolatorio	390	1163	0,4	0,9
Malattie dell'apparato digerente	2365	1547	20,6	13,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	1,2	0,4
Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti**				
Incidenti non intenzionali	3310	1882	31,8	21,9
Incidenti intenzionali	559	136	17,3	13,8
Morti alcol-correlate	11254	6407	3,8^b	2,1^b

* Comprendono: Sindromi psicotiche indotte da alcol, Polineuropatia alcolica, Cardiomiopatia alcolica, Gastrite alcolica, Steatosi epatica alcolica, Eccessivo livello ematico di alcol, Avvelenamento da etanolo, Avvelenamento da metanolo, Effetto tossici dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol, Sindrome fetoalcolica, Auto-avvelenamento intenzionale per esposizione all'alcol, Miopatia alcolica, Sindrome da pseudo Cushing indotta da alcol, Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol.

** Includono i seguenti gruppi di cause: *Condizioni materne e perinatali* (Aborto spontaneo, Basso peso alla nascita), *Neoplasie maligne* (Tumore dell'orofaringe, Tumore dell'esofago, Tumore al colon retto, Tumore alla laringe, Tumore al fegato, Tumore alla mammella), *Tumori benigni*, *Diabete mellito*, *Condizioni neuropsichiatriche* (Epilessia), *Malattie del sistema circolatorio* (Ipertensione arteriosa, Malattie ischemiche del cuore, Aritmia cardiaca, Varici esofagee, Emorragia cerebrale, Ictus ischemico), *Malattie dell'apparato digerente* (Cirrosi epatica, Colelitiasi, Pancreatite acuta e cronica), *Malattie della pelle e del sottocutaneo* (Psoriasi).

*** Comprendono i seguenti gruppi di cause: *Incidenti non intenzionali* (Incidenti stradali, Cadute, Annegamento e sommersione accidentali, Esposizione a fumo, fuoco e fiamme, Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive, Altri incidenti non intenzionali), *Incidenti intenzionali* (Suicidio, Omicidio, Altri incidenti intenzionali).

^a la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili della categoria con i decessi complessivi della stessa categoria.

^b la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili totali con i decessi totali nella popolazione.

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo 2008 e cause di morte ISTAT 2008.

È possibile analizzare l'impatto del consumo alcolico secondo le tre categorie in termini di decessi e frazioni attribuibili, secondo le classi d'età 16-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+ (Figura 18).

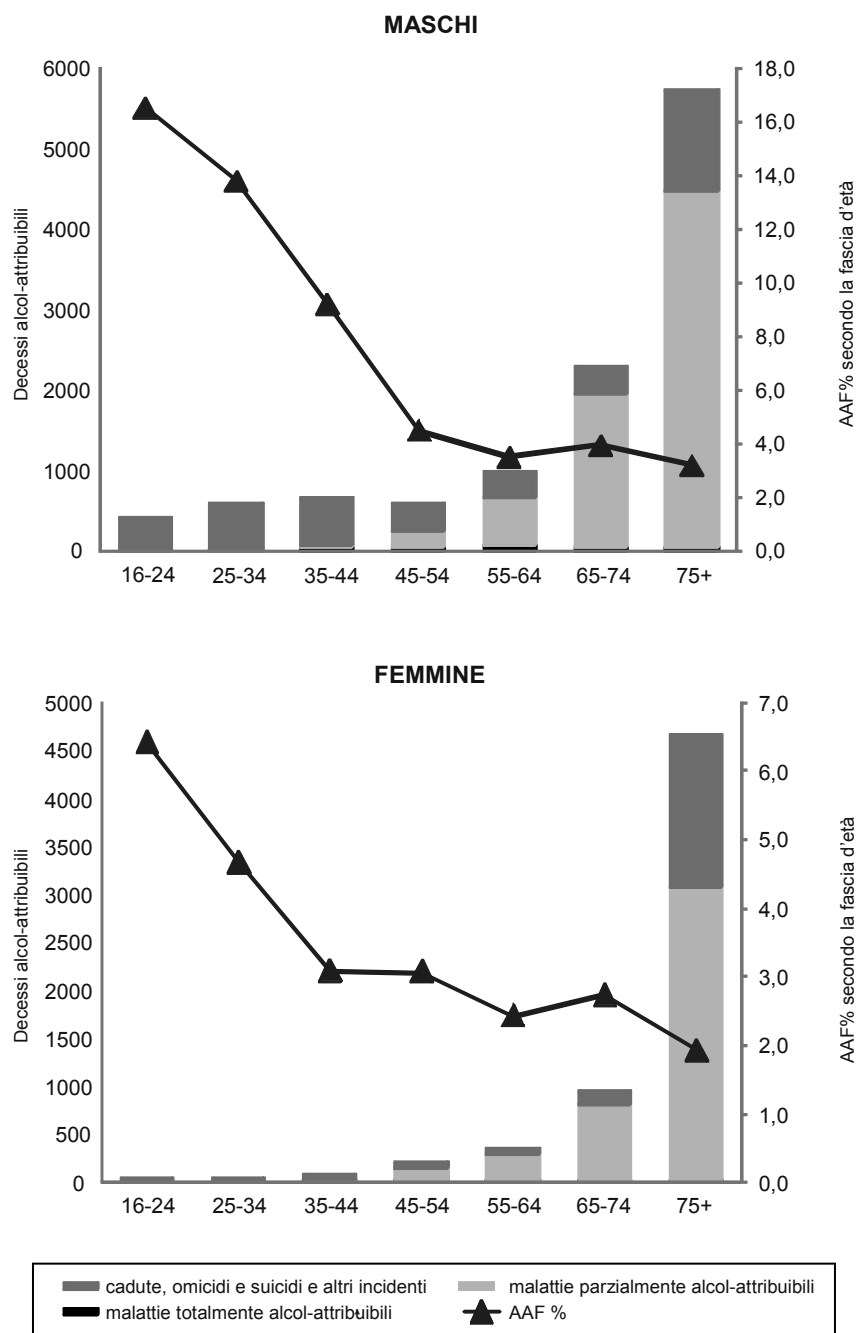


Figura 18. Decessi e frazioni di mortalità alcol-attribuibili (*Alcohol Attributable Fraction, AAF%*) secondo le tre categorie di causa di morte ICD10 (2008) per sesso e classi d'età

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo 2008 e cause di morte ISTAT 2008

Si può osservare che tra i giovani-adulti, le patologie alcol-correlate che hanno i maggiori effetti sulla salute, seppur con differenze di genere, appartengono alla categoria *Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti*, responsabile negli uomini di 1.938 decessi fino all'età 54 anni, nelle donne di 163 decessi fino all'età di 44 anni.

Nelle classi d'età successive (anni 55+ negli uomini, 45+ nelle donne), si verificano maggiormente le patologie croniche appartenenti alla categoria *Malattie parzialmente alcol-attribuibili* che determinano 6.899 decessi negli uomini e 4.299 nelle donne, con i massimi valori dopo i 65 anni, e in particolar modo nella classe d'età 75+. Le *Malattie totalmente alcol-attribuibili* fanno registrare decessi alcol-attribuibili pari a 268 negli uomini e 55 nelle donne.

Le AAF% diminuiscono all'aumentare dell'età (negli uomini da 16,6% nella classe d'età 16-24 a 3,2% a partire dai 75 anni, nelle donne da 6,4% a 1,9%), a dimostrazione del fatto che l'alcol ha un impatto negativo massimo tra i più giovani, i cui decessi sono dovuti alle cause accidentali, e in particolare agli incidenti stradali.

Dalle stime della mortalità alcol-attribuibile italiana per l'anno 2008 si registra che accanto all'impatto delle patologie totalmente alcol-attribuibili con frazioni di mortalità alcol-attribuibile pari al 100%, numerose cause parzialmente attribuibili sono responsabili di un rilevante carico di mortalità specifica (Tabella 7) (18), e tra queste risultano maggiormente determinanti:

- Cirrosi del fegato con AAF% pari a 59,3% per gli uomini e 48,7% per le donne (nel 2007: M 60,5% e F 51,5%);
- Varici esofagee con valori pari a 56,2% per gli uomini e 45,5% per le donne (nel 2007: M 57,7%, F 49,2%);
- Tumore della laringe con AAF% pari a 48,5% per gli uomini e 35,7% per le donne (nel 2007: M 49,2% e F 37,1%);
- Epilessia con un impatto del 46,9% per gli uomini e 39,9% per le donne (nel 2007: M 49,5% e F 43,3%);
- Tumore del fegato con percentuali pari a 36,2% per gli uomini e 24,9% per le donne (nel 2007: M 36,6% e F 26,1%);
- Incidenti stradali con valori equivalenti a 37,1% per uomini e 18,1% per le donne (nel 2007: M 38,1% e F 18,4%);
- Omicidio con frazioni di alcol-attribuibilità pari a 35,8% per entrambi i sessi (le frazioni sono rimaste invariate rispetto al 2007).

L'alcol è causa di circa 60 tipi diversi di condizioni patologiche e di danni alla salute, tra cui lesioni, disordine psichico e comportamentale, tumori, patologie gastrointestinali, malattie cardiovascolari, immunologiche, dell'apparato scheletrico, infertilità e problemi prenatali.

Studi epidemiologici hanno dimostrato che il consumo di alcolici aumenta significativamente il rischio di sviluppare tumori, in particolare a livello della cavità orale, faringe, laringe, esofago e fegato (19).

Il consumo di alcol aumenta il rischio di incorrere in tali problemi in misura proporzionale alla dose di alcol ingerita, senza alcun effetto soglia apparente.

Un consumo di piccole quantità di alcol (10 grammi/die) riduce il rischio di malattie cardiache, del diabete di tipo 2 e di poche altre condizioni, sebbene contemporaneamente le stesse quantità incrementano il rischio di numerose altre patologie inclusi i tumori. Si può affermare che il rischio di morte alcol-correlata è la risultante del bilancio tra l'aumento del rischio di malattie e infortuni e la modesta riduzione del rischio di patologie cardio-coronariche, in particolare per le donne e per l'età anziana; in buona sostanza l'impatto sulla mortalità al netto dei vantaggi determina un risultato comunque sfavorevole.

Tabella 7. Frazioni di mortalità alcol-correlata (Alcohol Attributable Fraction AAF%) secondo le due categorie e rispetto le singole patologie, ICD10- 2008*

Causa di morte	Codici ICD 10	AAF%	
		M	F
Malattie parzialmente alcol-attribuibili			
Aborto spontaneo	O03	-	-
Basso peso alla nascita	P05-P07	-	-
Tumore dell'orofaringe	C00-C14	36,4	20,9
Tumore dell'esofago	C15	43,8	28,8
Tumore del colon retto	C18-C21	1,5	-0,9
Tumore della laringe	C32	48,5	35,7
Tumore del fegato	C22	36,2	24,9
Tumore della mammella	C50	-	6,7
Tumori benigni	D00-D48	8,8	4,7
Diabete mellito	E10-E14	-6,5	-5,0
Epilessia	G40-G41	46,9	39,9
Ipertensione arteriosa	I10-I15	28,6	16,3
Malattie ischemiche del cuore	I20-I25	-10,0	-3,5
Aritmia cardiaca	I47-I49	30,1	19,8
Varici esofagee	I85	56,2	45,5
Emorragia cerebrale	I60-I62	23,5	-10,1
Ictus ischemico	I63	-0,6	-23,4
Cirrosi del fegato	K74	59,3	48,7
Colelitiasi	K80	-20,3	-11,1
Pancreatite acuta e cronica	K85, K86.1	24,8	13,2
Psoriasi	L40 excl. L40.5	31,4	18,5
Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti			
Incidenti stradali	V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99	37,1	18,1
Cadute	W00-W19	20,6	6,9
Annegamento e sommersione accidentali	W65-W74	36,4	33,5
Esposizione a fumo, fuoco e fiamme	X00-X09	0,0	0,0
Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive	X40-X49	23,3	17,7
Altri incidenti non intenzionali	V05, V07, V08, V81-V86, V88, V90-V98, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89	32,7	26,1
Suicidio	X60-X84, Y87.0	15,2	11,3
Omicidio	X85-Y09, Y87.1	35,8	35,8
Altri incidenti intenzionali	Y35	-	-

* Nella tabella sono riportati i codici ICD10 che fanno riferimento alle patologie maggiormente correlate all'alcol con l'esclusione di quelle totalmente alcol-attribuibili, che per definizione hanno AAF% pari a 100%.

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo 2008 e cause di morte ISTAT 2008.

Dall'analisi delle stime di mortalità alcol-attribuibile si evidenzia un sostanziale decremento del numero delle morti, a dimostrazione dell'utilità delle politiche di prevenzione alcologica, supportate dagli attuali piani strategici nazionali: Legge 30 Marzo 2011, n.125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (20), Piano Nazionale Alcol e Salute (21), Piano Nazionale Prevenzione (22).

Un messaggio sul consumo di alcol per la salute pubblica dovrebbe quindi mettere in evidenza che se un bicchiere di vino o di birra o di qualunque altra bevanda alcolica può giovare

alla riduzione del rischio per una specifica condizione patologica, allo stesso tempo lo stesso bicchiere incrementa significativamente il rischio per tutte le altre patologie, inclusi i tumori.

I dati riportati trovano una conferma nelle tendenze e nei risultati individuati dalle più recenti revisioni scientifiche in letteratura, che indicano nell'alcol una tra le principali cause di morte, malattia, disabilità evitabile in tutte le nazioni sviluppate e con mercato stabile. Una estrema cautela è pertanto da adottare nella comunicazione del rischio alla popolazione avendo cura di non generalizzare messaggi non idonei alla popolazione giovanile (che non traggono mai vantaggio dal consumo di alcol) e di sottolineare le importanti differenze di rischio attribuibile alle quantità di alcol consumate in funzione delle differenze di genere e di età e che non consentono di poter proporre il bere moderato come un vantaggio per la salute e la sicurezza della persona.

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Associazione Italiana Club Alcolologici Territoriali

L'Associazione Italiana Club Alcolologici Territoriali (AICAT) è un'associazione di volontariato senza scopo di lucro. Ha carattere apartitico, aconfessionale e interetnico. Ne fanno parte le famiglie e i servitori-insegnanti, membri riconosciuti dei Club Alcolologici Territoriali (CAT). Essa opera in ambito nazionale e internazionale nel campo dei problemi alcol-correlati.

Il progetto DATA CLUB nasce nel marzo 1999 come evoluzione naturale di esperienze realizzate sia in ambito nazionale, il progetto VALCAT (23), che regionale, finalizzate a valutare la qualità e l'efficacia del lavoro dei Club. Le rilevazioni annuali 2007 e 2008 (24) hanno permesso un'analisi delle principali caratteristiche dei membri appartenenti alla complessa Rete dei Club: servitori-insegnanti, persone con patologie alcol-correlate (PAC) e familiari.

Nel 2007 hanno partecipato alla rilevazione 1.235 club, nel 2008 sono stati invece 824 di cui la maggior parte afferenti alle regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e alla Provincia Autonoma di Trento con percentuali di risposta al questionario che variano da regione a regione. Nel complesso, nel 2007 hanno partecipato alla rilevazione annuale 12.667 membri del club (servitori-insegnanti, persone con PAC e familiari) e 8.737 nel 2008. I membri dei Club sono per il 54% di genere maschile, e hanno un'età media di 52 anni. In particolare non si registrano differenze di genere nella classe di età 40-59 anni, mentre si osservano tra i più giovani (il 17% delle donne ha meno di 40 anni vs 13% degli uomini).

I servitori-insegnanti che hanno partecipato alle rilevazioni sono stati 1.235 nel 2007 e 824 nel 2008, pari rispettivamente al 10 e 11% del campione; 1 su 4 è laureato, così come chi ha conseguito un diploma di scuola superiore, il 22-23% possiede la licenza di scuola media inferiore e circa il 7% la licenza elementare, la maggior parte è occupata ed è molto soddisfatta dell'attività che svolge nei Club. Nel corso dell'ultima rilevazione quasi tutte le persone dichiarano di aver frequentato almeno un corso di sensibilizzazione, e il 12-14% ha frequentato la Scuola di Perfezionamento in Alcologia, articolata in 300 ore. Il 53% nel 2007 e il 47% nel 2008 dei servitori-insegnanti hanno riferito di aver svolto il ruolo di "insegnante" nella Scuola di Alcologia Territoriale (SAT).

Le famiglie che, almeno una volta durante l'anno, hanno frequentato i Club sono state 10.364 nel 2007 e 6.662 nel 2008, con una media di 8 in ogni Club. Il numero medio più elevato si osserva nei Club delle regioni Calabria e Marche nel 2007 e Campania nel 2008.

Il 55-56% dei componenti familiari è di genere maschile, con valori più elevati in Campania, Calabria e Sicilia e più bassi nel Lazio e in Toscana. La maggior parte dei componenti familiari ha ricevuto le prime informazioni sui Club dagli "Operatori socio-sanitari dei servizi pubblici" (Operatori SerT, Servizi di Alcologia, di Salute Mentale, Servizi Sociale) e dai "Familiari e/o conoscenti" e in minor parte da strutture ospedaliere pubbliche e private e da medici di base. Nel 58% dei casi i componenti delle famiglie frequentano il Club a causa del proprio comportamento alcol-correlato (persone con PAC) mentre per il restante 42% lo frequentano per un familiare con PAC.

I familiari di una persona con PAC che frequentano il Club hanno un'età media di 51-52 anni, per il 73% sono di genere femminile e nell'11% circa dei casi frequentano il Club da soli senza alcun familiare PAC.

Il 54% delle persone con PAC frequenta abitualmente il Club con un solo familiare, il 9% circa lo fa con due e circa 1/3 partecipa da solo/a. Coloro che partecipano da soli sono

soprattutto donne (36% vs il 33% degli uomini). Tra coloro che invece partecipano con i familiari la maggior è accompagnata dal coniuge/convivente e meno di 1 su 5 lo fa con i figli.

Il tempo medio di permanenza nel Club (calcolato escludendo le nuove persone con PAC) è di circa 8 anni ed nell'analisi dei comportamenti delle persone in relazione alla permanenza nel Club, il campione è stato analizzato suddividendo i partecipanti in 4 categorie:

1. coloro che frequentano da non più di un anno (nuovi);
2. coloro che frequentano da 2 a 3 anni;
3. coloro che frequentano da 4 a 7 anni ;
4. coloro che frequentano da 8 anni o più.

Nella maggior parte delle abitazioni delle persone che frequentano i Club non sono presenti le bevande alcoliche e la percentuale aumenta all'aumentare del numero di anni di permanenza. Il 55% delle persone con PAC ha riferito di aver adottato comportamenti problematici “prima dell'ingresso”, e la percentuale scende al 44% se si considerano gli “ultimi 12 mesi” e al 42% negli “ultimi 30 giorni”. Le percentuali riferite a chi ha utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica, consumato altre droghe, giocato d'azzardo risultano superiori nel gruppo di persone con PAC che frequentano il Club da 2-3 anni.

Alcolisti Anonimi

Alcolisti Anonimi (AA) (www.alcolisti-anonimi.it) è un'associazione di uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza, forza e speranza al fine di risolvere il loro problema comune e di aiutare altri a recuperare dall'alcolismo. L'unico requisito per divenirne membri è desiderare di smettere di bere.

Nell'anno 2011 è stato pubblicato un documento a cura del Comitato per l'Esterno dei Servizi Generali AA Alcolisti Anonimi Italia dal titolo “Alcolisti Anonimi allo specchio – Riflessioni a margine dell'indagine interna ad AA 2009” (25). L'indagine, a cui hanno partecipato (in maniera spontanea e anonima, nel rispetto della privacy degli AA) 1410 membri di AA di tutta Italia (il 70% circa uomini e il 30% circa donne), è stata condotta al fine di ottenere informazioni sulla popolazione e sulla conformazione dei Gruppi AA in Italia e a far conoscere l'associazione.

Il 56,2% dei rispondenti ha meno di 60 anni, il 62,4% vive una condizione familiare di coppia, il 51% ha un'istruzione media, il 49% ha un lavoro e il 32,7% ha un reddito stabile, da lavoro o da pensione. Il 75% degli intervistati vive al Nord e Nord Est, meno del 20% vive nelle Regioni del Centro e solo il 6,5% vive nel Sud.

Nel 58,7% dei casi, le persone sono arrivate in un gruppo di AA dopo il 2000, ed ha stabilito forti relazioni con il gruppo (92,8%), assumendo uno *sponsor* che lo sostiene e lo aiuta nei momenti duri (57,7%).

Nel 70,0% dei casi l'indicazione dell'auto-aiuto nasce nella rete delle relazioni familiari, ad indicare il fatto che la motivazione sta nella forza delle relazioni e degli affetti.

Il 76,8% dei rispondenti ha dichiarato infine di essere riuscito ad evitare le ricadute o di averne subita una sola; solo il 20% ha subito più ricadute e tutti, in ogni caso, sono tornati nel gruppo di AA dopo le ricadute.

Il 63% circa dei partecipanti alla ricerca è sobria da meno di dieci anni, mentre poco più di un terzo ha superato quella soglia.

CONCLUSIONI

L'alcol è il terzo fattore di rischio per morti premature e disabilità nel mondo, il secondo in Europa (26), che continua a contraddistinguersi come l'area con i più rilevanti cambiamenti nei modelli di consumo alcolico rispetto agli stili e modelli tradizionali e il più elevato impatto registrato su scala mondiale in termini di disabilità, mortalità prematura e malattia.

La risoluzione dell'Assemblea Mondiale della WHO, adottata all'unanimità da 193 Stati Membri nel maggio 2011 ha lanciato la strategia globale sull'alcol e condivide la necessità e l'urgenza di un'azione e di una articolata strategia di prevenzione.

È sempre più evidente l'impatto dell'alcol su patologie importanti come il cancro, le patologie epatiche e gastrointestinali, sulla mortalità e disabilità accidentale, e si va ridimensionando, nel tempo, alla luce delle evidenze emergenti, l'effetto positivo su alcune patologie come, ad esempio, quelle cardiovascolari. Soprattutto, si va facendo sempre più strada un approccio di salute pubblica che conforma le considerazioni e le azioni all'evidenza che l'alcol produce, in media, più danni rispetto ai supposti benefici a parità di livello, pur moderato, di consumo. Le ricadute nei giovani si fanno notare soprattutto relativamente a incidenti stradali ma, sempre più spesso, si aggiungono emergenti fenomeni di violenza e criminalità agiti sotto l'influenza dell'alcol e nuovi fenomeni di co-morbilità e di co-dipendenza da gioco, da scommesse, da *social network*.

In maniera singolare, osservato attraverso la lente del danno sociale, l'alcol è la sostanza psicoattiva di maggiore impatto, inaspettatamente maggiore, di tutte le droghe illegali (27). È una valutazione non così scontata ma, verosimilmente, molto realistica tenuto conto dei bassi livelli collettivi di percezione e consapevolezza sugli effetti negativi esercitati dall'alcol come fattore determinante nelle separazioni, nelle problematiche lavorative con la perdita della sicurezza economica e del lavoro, nella violenza intrafamiliare, nel maltrattamento ai minori, negli atti di teppismo e vandalismo nei contesti di aggregazione.

Troppi stereotipi, spesso di pura convenienza, sono legati alle interpretazioni del bere fino all'intossicazione, il *binge-drinking*, o del bere estremo come, ad esempio, l'*eye-balling*, il *balconing*, la drunkorressia come effetti esclusivi del disagio; un'interpretazione diffusa, ma non supportata da alcuna evidenza oggettiva e che non può liquidare in una battuta un problema estremamente più complesso, più articolato e soprattutto, sconosciuto nella nostra nazione sino a dieci anni fa.

Molto è cambiato nell'ultimo decennio nei modelli del bere, e soprattutto è cambiato il valore dell'alcol (15), inteso come uso e non consumo da quattro milioni di *binge drinker*, di ubriachi in Italia ogni anno, assunto con modalità a rischio da circa nove milioni di persone che non desiderano ispirarsi a stili di vita, o a modelli di consumo sani o che non sono consapevoli del rischio collegato con le modifiche fisiologiche intercorrenti con le diverse fasi della vita, ad esempio gli anziani, obiettivo negletto della prevenzione alcol-correlata (28).

Una platea ampia di consumatori, quella italiana, che ha mostrato, nel suo complesso, di saper cambiare diminuendo, dimezzando il consumo medio pro capite di alcol raggiungendo livelli medi più bassi nei consumi di popolazione soprattutto grazie ad un ripensamento da parte dei moderati che sono diventati ancora più inclini alla sobrietà. Ma la distribuzione del consumo non è quella desiderabile in termini di salute pubblica. Lo zoccolo duro dei consumatori a rischio è, infatti, una costante da oltre dieci anni, una media di 8-10% di individui "normali", non disagiati, sia giovani che adulti in età produttiva, sia donne che anziani che non si sono mostrati sensibili alle campagne di sensibilizzazione o ai programmi di prevenzione, probabilmente poco convincenti o influenti nel determinare il cambiamento richiesto anche a

causa della massiccia contro-sensibilizzazione del marketing commerciale, che investe oltre 300 milioni di euro l'anno per la pubblicità degli alcolici, 65 milioni solo sul web (29).

L'alcol è socialmente positivo, performante, dà successo, è *trendy*, è tutto ciò che si potrebbe desiderare e se non lo si desidera allora si è “fuori”, non si è parte di quel gruppo che poi, crudelmente, sanziona con l'emarginazione, l'esclusione (se l'alcol non lo si sa reggere), o con la malattia, la disabilità, la mortalità (se non se ne percepisce la rischiosità insita nell'eccesso).

Oltre ventimila morti come stima minimale annuale dell'impatto estremo dell'alcol in Italia (30) è un dato comunque allarmante riportato in tutte le relazioni formali al Parlamento da anni che richiede un rafforzamento degli sforzi intrapresi a livello istituzionale privilegiando un approccio differenziato per sesso, per età, per target di popolazione e per contesti specifici con risultati da perseguire nel breve, medio e lungo termine. Le conseguenze negative, spesso sottovalute, dell'uso rischioso e nocivo di alcol impattano sui sistemi sociali e sanitari, nonostante l'evidenza che l'onere sostenuto sia in crescita, anche a causa del rilevante ricorso alle prestazioni specifiche (ospedalizzazione, ricorso ai servizi sanitari e al pronto soccorso, ricorso ai servizi per la riabilitazione dell'alcolodipendenza) (31) e della indispensabile attivazione delle contromisure rivolte a fronteggiare i costi indiretti come quelli conseguenti alla incidentalità stradale alcol-correlata, ancora prima causa di morte tra i giovani in Italia, e al fenomeno del traghettaggio, noto come fenomeno di *gateway drug*, verso il consumo di droghe illegali di cui l'alcol favorisce l'assunzione “ricreazionale” nei luoghi di aggregazione giovanile. Normalizzare l'alcol, in questa prospettiva di “sballo”, può pericolosamente giungere a normalizzare anche l'uso di cocaina o di *smart drug* come rilevato attraverso le esperienze correnti.

La nuova *addiction* di popolazione è l'alcol, non solo in Italia, ma in Europa e in gran parte del mondo. Non quella dei 69.000 alcolodipendenti in carico ai servizi per la disassuefazione o del milione e mezzo di alcolodipendenti che la SIA stima in Italia, bensì di quella parte sommersa ma ben visibile di individui che sente l'esigenza dell'intossicazione collettiva, il *butellon*, contrastato a fatica dalle autorità e dalle ordinanze comunali. I 9 milioni di persone che bevono oltre i limiti quotidianamente rappresentano il bacino naturale di una evoluzione nel tempo che ha già da oggi un costo per la collettività che paga in Italia ogni anno per gli effetti sulla salute e sulla sicurezza oltre 11.000 milioni di euro (3), costi riferibili anche ai 4 milioni di ubriachi, i *binge drinker*, a cui è indispensabile poter offrire adeguato supporto al cambiamento e alternative salutari nei contesti sociali e di aggregazione in cui l'unico valore e l'unica alternativa proposta è spesso solo l'alcol. Per tutti questi individui non c'è da attendere la cirrosi o l'incidente alcol-correlato; si sopravvive in una dimensione gravata dagli effetti immediati, spesso tangibili dell'alcol, a volte sociali, come la perdita del lavoro, della sicurezza sociale ed economica, della famiglia, degli affetti ma sempre più spesso da esiti sulla salute come la perdita del 10-20% di capacità mnemonica o di orientamento dopo qualche mese di intossicazione alcolica nel fine settimana (32).

Le implicazioni di salute pubblica che scaturiscono dalla lettura dei dati sono di parziale soddisfazione per l'avvio alla diminuzione dei *binge drinker* giovanissimi registrato nel corso degli ultimi anni e di necessario, rinnovato impegno nell'esigenza di garantire percorsi dedicati da mettere a disposizione di un minore o di un giovane intossicato che giunga in un Pronto Soccorso preparato a dispensare interventi capaci di intercettare e recuperare tempestivamente un bevitore problematico, evitando, anche attraverso una rete di protezione scolastica, familiare, sociale, istituzionale da creare, che un episodio noto di intossicazione venga a ripetersi.

L'identificazione precoce e l'intervento motivazionale nelle persone che sono a rischio ma possono essere ricondotti verso modelli ispirati a stili sani di vita e di consumo sono da considerarsi a tale riguardo prioritari (33). È inoltre indispensabile costruire un rinnovato controllo formale della società che ha esercitato per secoli un ruolo di educazione e protezione

formale sui giovani, accompagnandoli nel loro percorso di sperimentazione, di iniziazione e che oggi appare abbia abbandonato tale vocazione educativa.

È di fondamentale importanza assicurare e favorire scelte informate, contrastando le pressioni positive al bere, le pratiche e le comunicazioni ingannevoli, non solo commerciali, evitando di consentire forme di persuasione indirizzate ai contesti di aggregazione giovanile, agli eventi culturali, musicali, sportivi ad essi indirizzati. La speranza è che la sensibilità e la cultura della prevenzione del rischio e del danno possano, nell'interesse della collettività, assumere la valenza e il ruolo capaci di ridurre nel tempo l'esigenza di risorse irragionevolmente destinate alla cura tardiva della dipendenza secondo l'assunto che la prevenzione costi sempre meno della cura, ricordando che la prevenzione è un investimento per la società e non un costo e che non c'è prevenzione o sviluppo senza il contributo inestimabile della ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global information System on Alcohol and Health (GISAH)*. WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>; ultima consultazione 18/01/2012.
2. World Health Organization. *Alcohol use*. WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use>; ultima consultazione 18/01/2012.
3. World Health Organization. *European Status Report on Alcohol and Health 2010*. WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf; ultima consultazione 18/01/2012.
4. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf; ultima consultazione 18/01/2012.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine Multiscopo – Aspetti della vita Quotidiana*. Roma: ISTAT; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/3955>; ultima consultazione 31.01.2012.
6. Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2010. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. *Statistiche report 5* aprile 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/files/2011/04/testointegrale20110405.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol+-+05%2Fapr%2F2011+-+Testo+integrale.pdf>; ultima consultazione 18/01/2012.
7. 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 30/01/2012.
8. Automobile Club d'Italia; Istituto Nazionale di Statistica. *Incidenti stradali Anno 2010*. Roma: ISTAT; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2011/11/incidenti_stradali.pdf?title=Incidenti+stradali+-+09%2Fnov%2F2011+-+Testo+integrale.pdf; ultima consultazione 18/01/2012.
9. Jost G, Allsop R, Steriu M, Popolizio M. *2010 Road safety target outcome: 100.000 fewer deaths since 2001. 5th Road Safety PIN Report*. Brussels: European Transport Safety Council; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.etsc.eu/documents/ETSC_2011_PIN_Report.PDF; ultima consultazione 18.01.2012.
10. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Ed.). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risks factors*. Geneva: WHO; 2004. p. 995-1108.
11. World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009.
12. 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
13. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD)10*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/>; ultima consultazione 29/09/2011.
14. Rehm J, Colin M, Svetlana P, Montarat T, Yot T, Jayadeep P. Global Burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *The Lancet* 2009;373(9682):2223-33.

15. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA. *Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (Rapporti ISTISAN 11/4)
16. European Commission. Research & Innovation-Health. *ODHIN. Optimising delivery of healthcare interventions*. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/research/health/public-health/clinical-outcome-into-practice/projects/odhin_en.html; ultima consultazione 29/09/2011.
17. Jones L, Bellis M, Dedman D, *et al.* Alcohol-attributable fractions for England: alcoholattributable mortality and hospital admissions. Liverpool: North West Public Health Observatory, Centre for Public Health Research Directorate, Liverpool John Moores University; 2008
18. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Christopher JLM, Majid E. The preventable causes of death in the united states: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *Plos Medicine* 2009;6:1-23.
19. Scafato E, Gandin C, Patussi V ed 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 30/01/2012.
20. Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90, del 18 aprile 2001.
21. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM. *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 30/01/2012.
22. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Prevenzione-PNP 2010-2012*; Disponibile all'indirizzo: http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf; ultima consultazione 30/01/2012.
23. Morosini P, Mirabella F, Piani F, Rossi L, Corlito G. Studio di riproducibilità di un insieme di strumenti utilizzati nel progetto VALCAT di valutazione del trattamento del'alcolismo con il metodo CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento). *Alcologia* 2002, 14(2-3):89-96.
24. Sorini E, Baselice A, Potente R, Scalese M, Trivellini G, Molinaro S. *Dataclub 2007-2008. I CAT in Italia*. Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali (AICAT) e Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR); 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.aicat.net/cms/doc/docaicat/ricerca-dataclub/doc-data-club-report.html>.
25. Comitato per l'Esterno dei Servizi Alcolisti Anonimi Italia. *Alcolisti Anonimi allo specchio. Riflessioni a margine dell'indagine interna ad AA 2009*. Roma: Alcolisti Anonimi; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.alcolisti-anonimi.it/scarico/esterni/AA_allo_specchio.pdf; ultima consultazione 30/01/2012.
26. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf; ultima consultazione 15/3/2012
27. Nutt DJ, King LA, Phillips LD on behalf of the independent scientific committee on drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 2010, 376(9752):1558-65.
28. Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now! *The European Journal of Public Health* 2010;(20):617-8.
29. European Association of Communications Agencies. *EU Advertising Spend Statistics*. Brussels. EACA; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eaca.be/ff/search.asp?search=1&year=§or=Alcoholic+Drinks&country=>; ultima consultazione 30/01/2012.

30. 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.
31. 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”*. Roma: Ministero delle Salute; 2010. Disponibile all’indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_allegato.pdf; ultima consultazione 30/01/2012.
32. Crego A, Rodriguez-Holguín S, Parada M, Mota N, Corral M, Cadaveira F. Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug Alcohol Depend* 2010, 109(1-3):45-56.
33. Drummond C, Gual A, Cees G, Godfrey C, Deluca P, Von Der Goltz C, Gmel G, Scafato E, Wolstenholme A, Mann K, Coulton S, Kaner E. Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction* 2011; 106 (suppl.1):31-36.

BIBLIOGRAFIA NAZIONALE DI APPROFONDIMENTO

- Anderson P, Scafato E. *Alcohol and older people: a public health perspective. Vintage Project Report*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile al sito: http://www.iss.it/binary/pres/cont/alcohol_and_older_people_vintage_project_report.pdf; ultima consultazione 7/3/11
- Bartoli G, Patussi V, Rossi A, Scafato E. Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2001;4:9-12.
- Bartoli G, Polvani S, Patussi V. La prevenzione delle problematiche alcol correlate e il medico di medicina generale: il progetto Drink-Less. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;23:75-82.
- Beccaria F, Blasutti V, Cau L, Codenotti T, Costamagna F, Rolando S, and Scafato E. La pubblicità delle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto europeo ELSA. *Alcologia* 2008;2:64-73.
- Farchi G, Scafato E, Greco D, Buratti E. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali. In: Geddes M, Berlinguer (Ed.). *La salute in Italia rapporto 1999*. Roma: Ediesse, 1999. p. 93-111.
- Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Russo R, Parisi N, Martire S, et al. Lo stato di salute degli Italiani in relazione al consumo di alcol. *Alcologia* 2009;5(95):40-6.
- Greco D, Farchi G, Scafato E. Lezioni di Piano: obiettivi di salute. *Politiche sanitarie* 2000;3:161-2.
- Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90, del 18 aprile 2001.
- Panza F, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Frisoni G, Lorusso M, et al. Alcohol drinking, cognitive functions in older age, predementia, and dementia syndromes. *J Alzheimers Dis* 2009;17(1):7-31.
- Patussi V, Bartoli G, Focardi F, Ragazzo E, Marcomini F, Muscas F, Russo R, Zuccaro P e Scafato E. L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2003;26(4):17-25.
- Patussi V, Mezzani L, Scafato E. An overview of pathologies occurring in alcohol abusers. Volume 1. In: Victor Preedy V, Watson R (Ed.). *Comprehensive handbook of alcohol-related pathology*. London: Elsevier; 2005. p. 255-62.
- Patussi V, Scafato E. L'alcol come strumento preventivo? Esiste un bere moderato? *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2002;2/3:14-5.
- Perissinotto E, Buja A, Maggi S, Enzi G, Manzato E, Scafato E, Mastrangelo G, Frigo AC, Coin A, Crepaldi G, Sergi G, for the ILSA Working Group. Alcohol consumption and cardiovascular risk factors in older lifelong wine drinkers: the Italian longitudinal study on aging. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases* 2010;20(9):647-55.
- Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Bollettino per le dipendenze e l'alcolismo* 2000;23(1):75-82.
- Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. The opinion of general practitioners on the prevention of alcohol-related problems: the Drink Less Project. A World Health Organization Study. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;23(1).

- Scafato E. *Adolescenti ed alcol. L'impatto sanitario e sociale e le priorità della prevenzione*. Conoscere per crescere 2011;1:20-21.
- Scafato E. Affrontare il problema alcol nella Regione Europea attraverso il Piano di Azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011. *Alcologia* 11:43-65.
- Scafato E. Alcohol as a part of regional, Italian and European healthcare plans: The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach. *Alcologia* 2001;13(1):3-10.
- Scafato E. Alcol e problemi e patologie correlate: indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamenti delle offerte. Capitolo 10. In: *Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*. Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2011. p. 67-72.
- Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. *Internal and Emergency Medicine* 2008;3:S131-S133.
- Scafato E. Epidemiologia algologica. In: Cerbini C, Biagianti C, Travaglini M, Dimauro PE (Ed.). *Alcologia oggi: nuove tendenze tra clinica ed ecologia*. Milano: Franco Angeli; 2003. p. 13-7.
- Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2004;40:25-34.
- Scafato E. L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il razionale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza. *Alcologia* 2001;13(1):5-16.
- Scafato E. L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio* 1998;11(6):225-31.
- Scafato E. La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *Alcologia* 2000;12(1):5-15.
- Scafato E. La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. *Alcologia* 2008;2:80-5.
- Scafato E. Lo stato di salute in Italia. *Salute e Territorio* 2000;120:84-8.
- Scafato E. Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *European Journal on Alcohol Studies* 2000; 12(1):3-12.
- 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 7/3/11.
- Scafato E, Allamani A, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Struzzo P, and Italian WHO Phase IV EIBI Working Group. Italy. Chapter 11. In: Heather N (Ed.). *WHO Collaborative Project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on Phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 145-171. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf; ultima consultazione 7/3/11.
- Scafato E, Cicogna F. I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto OMS "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo* 1998;21(1):11-20.
- Scafato E, Cicogna F. The implementation of the European Alcohol Action Plan: Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia* 1998;10(1-2):72-4.
- Scafato E, Farchi G. Alcol e malattie cardiovascolari. *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*. Roma: Carocci Editore, 2000.

- Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, Ghirini S. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. *Alcologia* 2008;1:28-42.
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA. *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/4).
- Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team *Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professionals' Daily Work. Italy country report*. Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA); 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/_italy_country2.pdf; ultima consultazione 3/3/2010.
- Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/5).
- Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPiB. *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 30/01/2012.
- Scafato E, Ghirini S. Il consumo di alcol nei giovani e negli adulti. In: *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2010*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dip. politiche antidroga; 2011. p. 419-28.
- Scafato E, Ghirini S. L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. In: Sabetta T, Murianni L, Sferrazza A, Longhi S, Gennarini P (Ed.). *La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla*. Milano: Franco Angeli; 2008. p. 33-41.
- Scafato E, Ghirini S, Casertano L. Prevenzione dell'abuso di alcol. In: De Santi A, Guerra R, Filippini F e Minutillo A (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/23). p. 2-26.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Farchi G e Gandin C per il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/4).
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S. L'abuso dell'alcol tra i giovani: analisi dei determinanti e dei fattori di rischio *Not Ist Super Sanità* 2007;20(10): 11-5.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Rossi A, Parisi N, Di Pasquale L, Gandin C. Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2009. (*Rapporto Osservasalute 2010*).
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Rossi A, Parisi N, et al. Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2009. (*Rapporto Osservasalute 2009*).
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Scipione R, et al. Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2008;3(Suppl):30-4.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Scipione R, et al. Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2009;3:31-6.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Parisi N. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2007. (*Rapporto Osservasalute 2007*).

- Scafato E, Patussi V, Ghirini S, Russo R, Mattioli D, Carosi G, Di Pasquale L e il Gruppo di lavoro OssFAD. Alcohol Prevention Day 2004. L'analisi dell'Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD sui consumi in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2004;17:11-5.
- Scafato E, Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *European Journal of Alcohol Studies* 1998;10(1-2):5-9.
- Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, Di Pasquale L. Alcohol Prevention Day 2011: dieci anni di ricerca per la prevenzione. *Not Ist Super Sanità* 2011;24(07-08):11-15.
- Scafato E, Russo R, Bartoli G. Alcohol, health and policy: the Italian perspective. *European Journal on Alcohol Studies* 2001;13(1):21-5.
- 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, Russo R, Gandin C, Zuccaro P. La dimensione europea dell'alcolismo. *Salute e Territorio* 2003;141:322-8.
- Scafato E, Russo R, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2006. (*Rapporto Osservasalute 2006*).
- Scafato E, Russo R, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Parisi N. I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2005. (*Rapporto Osservasalute 2005*).
- Serpelloni G, Scafato E. *Droga e l'alcol: i due aspetti della dipendenza*. Drog@news 2011;2(5):20-3.
- Testino G, Ancarani O, Scafato E. Bevande alcoliche e cancro: uso, abuso o consumo? *Recenti Prog Med* 2011;102(10):399-406.

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

Roma, gennaio-marzo 2012 (n. 1) 3° Suppl.

