

La donna e l'alcol. Tendenze nei consumi e strategie di intervento.

Emanuele Scafato¹, Rosaria Russo².

Il consumo di alcol è un comportamento sempre più diffuso nella popolazione italiana e, nel corso degli ultimi anni, ha assunto una connotazione sostanzialmente differente rispetto agli aspetti tradizionalmente "alimentari" che caratterizzavano il bere delle generazioni passate. Nell'ambito degli stili di vita il bere può assumere significati variegati tra cui quello puramente estetico o di omologazione appaiono essere le tipologie dominanti tra i giovani e tra le donne. I recenti, profondi cambiamenti rilevati nei significati del bere hanno indubbiamente influenzato un rinnovamento della cultura e delle abitudini del bere di gran parte della popolazione. Il processo evolutivo della società ha ovviamente coinvolto tutti gli strati sociali e le donne in particolare hanno aderito a modelli comportamentali spesso considerati, sino al recente passato, prerogativa esclusiva del sesso maschile. L'incremento dell'abitudine al fumo e quello relativo al consumo di bevande alcoliche rappresentano fenomeni relativamente recenti ed emblematici del mutato universo femminile e, paradossalmente, gli indicatori di un mutato ruolo e partecipazione della donna in una società che ha contribuito a livellare le differenze di genere e proposto rinnovati modelli di vita familiare, lavorativa e sociale. Nel confronto generazionale, comportamenti giudicati in un recente passato socialmente "sconvenienti" per il sesso femminile, come il bere o il fumare in pubblico, sono oggi accettati e, probabilmente, sono adottati dalle donne quale forma di emancipazione e di manifestazione di adeguatezza del rinnovato ruolo femminile nella società. Appare tuttavia evidente che l'effetto di tali comportamenti si traduce, analogamente a quanto avviene per il sesso maschile, in un incremento delle patologie alcol e fumo-correlate e in un danno complessivo per la salute di milioni di italiane. Per l'alcol, in particolare, la maggiore vulnerabilità fisiologica delle donne agli effetti tossici di tale molecola, legata alla minore capacità di metabolizzare le bevande alcoliche (la dotazione enzimatica dell'ADH, alcoldeidrogenasi, è la metà rispetto all'uomo), rende sicuramente prioritaria la necessità di dedicare un'attenzione specifica alle iniziative di informazione, prevenzione e promozione della salute da rivolgere al sesso femminile nell'ambito di strategie di ampio respiro che coinvolgono l'intera popolazione. Il fattore età rappresenta un ulteriore elemento obbligato nell'analisi del bere delle donne. Mentre le modalità del bere delle adolescenti sono assimilabili a quelle dei coetanei di sesso maschile (consumo di birra e superalcolici, in gruppo, prevalentemente fuori pasto e concentrato nel fine settimana), quelle delle donne più mature e soprattutto di quelle anziane seguono un modello ancora parzialmente relegato al contesto privato e spesso dissimulato (per timori di riprovazione sociale) rendendo ancora più difficile l'identificazione precoce di possibili problematiche alcol-correlate, giusticando, in parte, il più elevato riscontro di alcoldipendenza tra le pensionate e le casalinghe. Il riscontro di un recente incremento del tasso di alcoldipendenza maggiore tra le donne rispetto al sesso maschile è solo uno dei campanelli di allarme che dovrebbe indurre ad una seria riflessione sanitaria oltre che sociale; riflessione che dovrebbe partire soprattutto dalle donne, persone sicuramente più esposte ai rischi di violenze psicologiche, relazionali e sessuali causate dall'abuso alcolico o dall'alcoldipendenza altrui ma sempre più frequentemente vittime del personale abuso di alcol, spesso misconosciuto o sottovalutato.

¹ Primo Ricercatore, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia. Direttore WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems
Per Corrispondenza: Emanuele Scafato, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Viale R. Elena, 299. 00161 Roma, Italia. Tel. 06 49903144, Fax 06 49387069, e-mail.: scafato@iss.it.

² Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga Istituto Superiore di Sanità.

Il consumo di bevande alcoliche

Il significato del bere è estremamente variabile e per la maggioranza degli individui consumare una bevanda alcolica costituisce parte integrante e normale della vita sociale; meno diffusa è, invece, la consapevolezza che il danno, attivo e passivo, che può essere causato dall'alcol si estende, oltre che a chi sceglie di bere, alle famiglie e all'intera società. L'OMS stima che nelle realtà economiche quali quelle appartenenti all'UE prodotti alcolici siano responsabili dell'8-10 % circa del carico totale di malattia dell'individuo. Il danno provocato dall'alcol impone un carico economico stimabile pari al 2-5 % del Prodotto Interno Lordo di una nazione industrializzata; costi sanitari e sociali che gravano sull'individuo, le famiglie, la società attraverso perdita di produttività, morbilità, invalidità, mortalità precoce. E' oramai unanimemente condiviso, oltre che sostenuto da una qualificata e consistente evidenza scientifica, che il consumo di alcol e il bere eccessivo nella popolazione sono associati ad un sostanziale aumento della mortalità generale e del rischio diretto ed indiretto di numerose malattie (cirrosi epatica, alcolismo, psicosi alcolica, intossicazione etilica, gastrite alcolica, cardiomiopatia e polineuropatia alcolica, stroke emorragico, sindrome feto-alcolica ecc.) e della morbilità alcol-correlata, di incidenti, principalmente quelli stradali, di violenza intenzionale sia verso se stessi che verso gli altri, suicidi, violenza familiare, crimini violenti, comportamenti criminali e danni prodotti alle persone in quanto vittime, inclusi il furto e lo stupro (1).

E' questo il motivo per il quale la riduzione dei danni causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini (2-6).

L'Europa è attualmente nel mondo una delle aree di maggior consumo di alcol; il documentato, progressivo e costante incremento nel consumo di alcol da parte di alcune fasce di popolazione e dei giovani e delle donne in particolare rappresenta un motivo di preoccupazione per l'Unione Europea (7).

Come già accennato, numerose evidenze hanno incrementato la consapevolezza da parte dei decisori politici della frequenza crescente dei problemi sociali e dei comportamenti individuali che possono derivare da tendenze rapide, inattese e uniformemente diffuse nella UE di abuso o consumo inadeguato di alcol che appaiono collegate ad un preoccupante incremento dei rischi associati alla salute. Provvedimenti specifici sono stati sollecitati dalle Risoluzioni, Conclusioni e Raccomandazioni del Consiglio d'Europa (UE) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) che, nel corso degli ultimi anni, hanno identificato alcune priorità (8-10) da perseguire riassumibili in alcuni obiettivi fondamentali:

- Ridurre il consumo di alcol a livello di popolazione ed in particolare nei gruppi più vulnerabili, come le donne ed i giovani, e svantaggiati
- Incrementare il grado di consapevolezza della popolazione e dei giovani in particolare nei confronti del consumo delle bevande alcoliche
- Ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario in particolare nei contesti giovanili
- Sollecitare il mondo della produzione ad incrementare il livello di attenzione e la responsabilità dell'industria sulle modalità di confezionamento e di marketing dei prodotti alcolici, ribadendo l'inopportunità di utilizzare tecniche indirizzate al target e alla cultura giovanile.

Tali enunciazioni di principio, che sono state il punto di partenza per l'adozione di strategie specifiche di programmazione sanitaria (piani sanitari nazionali, regolamentazioni ecc.) in tutti gli Stati Membri UE, hanno incontrato, come era prevedibile, numerose difficoltà principalmente legate alle azioni di resistenza e contrasto all'implementazione di strategie specifiche da parte dei contesti produttivi il cui peso e ruolo economico costituisce un reale elemento di criticità nella effettiva ed efficace applicazione di alcune misure di tutela della salute dei consumatori quali, ad esempio, quelle relative alla regolamentazione e alle modalità di vendita, commercializzazione e promozione delle bevande alcoliche da parte delle industrie produttrici attualmente basate su un codice nazionale di autoregolamentazione. Codice di condotta che appare fragile rispetto alla velocità di cambiamento delle tecniche di marketing e che in alcuni casi è addirittura indicato come fattore limitativo alla libera circolazione di prodotti di consumo nell'area comunitaria così come sancito dallo stesso trattato di Maastricht.

Poiché le bevande alcoliche sono di fatto beni di consumo e come tali destinate ad un mercato, è facile prevedere che nel breve-medio termine gran parte dell'impegno dei decisori politici, tanto a livello europeo ma soprattutto a livello nazionale, si concentrerà sull'esigenza di fronteggiare e auspicabilmente superare la logica di alcune convenienze legate a fattori economici al fine di trovare un giusto equilibrio tra quello che è il diritto di libera circolazione dei prodotti sul mercato interno e quello di tutela della salute dei consumatori, in particolare di coloro che scelgono di consumare le bevande alcoliche.

Il testo dei documenti ufficiali che hanno come oggetto il bere o, più in genere la salute esprimono una preoccupazione comunitaria rispetto alle evidenze che indicano come i giovani e più recentemente le donne che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini rispetto agli astemi ad associare comportamenti incrementano notevolmente le probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali, potenzialmente evitabili, alla salute; il fumo ne è un esempio paradigmatico. Attraverso modalità di comportamento legate spesso all'inconsapevolezza o all'inesperienza e a seguito di modalità emergenti di consumo definite di "binge drinking", bere per ubriacarsi, il ruolo dell'uso di alcol appare agire oggi come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve. L'adesione recente da parte di differenti generazioni di donne, giovani ma anche meno giovani, a modelli di consumo che sembrano sempre più orientati a qualificare il consumo alcolico femminile come uno "status symbol" o come un segno di distinzione (spesso di omologazione culturale) non è stato, purtroppo, accompagnato da un incremento dei livelli di conoscenza e consapevolezza della maggiore vulnerabilità all'alcol dell'organismo femminile da parte delle consumatrici (11-13) ed è alla base di un progressivo incremento nei livelli di patologie alcolcorrelate in strati sempre più ampi di popolazione femminile.

La situazione italiana

L'Italia è il primo dei 51 Paesi afferenti alla Regione Europea del WHO ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25 % del consumo pro-capite di alcol nel periodo prefissato 1981-2000 (tab. 1).

Tabella 1. Consumo medio pro-capite di bevande alcoliche e di alcol puro. in ITALIA. Consumo espresso in litri/anno; variazione 1981-2000 in %.

(Metodo della disponibilità: Consumo= Produzione Nazionale + (import-export) – altri usi + Stocks)

	1981	1991	2000	1981-2000 Variazione (%)
Vino	86.2	62.1	51	- 40.8
Birra	17.9	24.9	28.1	+ 57
Superalcolici	3.5	2.5	1.2	- 65.7
ALCOL	11.7	9.1	7.5	- 35.9

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati PVGD – World Drink Trends

Come si può notare dalla tabella al decremento complessivo del consumo di alcol ha contribuito in maniera preponderante il calo del consumo di vino e di superalcolici mentre la birra mostra un andamento crescente. Il consumo pro-capite non consente, tuttavia, di fare alcuna valutazione sulla reale distribuzione del consumo di bevande alcoliche nella popolazione essendo, per definizione, un calcolo basato sulla ripartizione delle quantità di bevande alcoliche prodotte nella popolazione ultra14enne residente, astemia e non, senza distinzione alcuna di sesso o età. Il consumo pro-capite è tuttavia utile per la comparazione dei dati internazionali e per seguire i trend di consumo alcolico nel tempo; è inoltre un indicatore indiretto del livello di patologie alcol-correlate nella popolazione.

Volendo esaminare in maniera più dettagliata il consumo alcolico nella popolazione, una delle fonti a disposizione è rappresentata dalle indagini campionarie annuali dell'ISTAT denominate Multiscopo. A tal fine l'Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato l'analisi complessiva della serie storica ISTAT-Multiscopo 1993 – 2000 (il 1996 non è stata effettuata l'indagine) e, ai fini di una dimostrazione pratica dell'applicabilità di un sistema di monitoraggio specifico basata sugli indicatori ISTAT, sicuramente perfezionabile, ha provveduto ad analizzare i dati della Multiscopo per la valutazione dei risultati raggiunti dal Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 che fissava esplicitamente obiettivi di salute sull'alcol rivolti al miglioramento dello stato di salute della popolazione italiana (20). Tale esercizio si propone principalmente quale strumento esplicativo e sicuramente meno astratto della produzione di dati statistici che, pur interessanti, presentano il valore aggiunto della utilizzazione diretta per le politiche socio-sanitari e per la programmazione nazionale e regionale.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 si proponeva il raggiungimento di due obiettivi principali che recitavano testualmente:

- ridurre del 20 % la prevalenza degli uomini e delle donne che consumino rispettivamente più di 40 grammi e 20 grammi quotidiani di alcol

- *ridurre del 30 % la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti.*

Si tratta di obiettivi che tengono conto delle finalità preventive basate sulle evidenze fisiopatologiche che indicano che :

1. il consumo di alcol meno dannoso è quello moderato,
2. le quantità di alcol metabolizzabili dall'organismo sono differenziate per i due sessi,
3. l'assunzione di cibo garantisce un assorbimento più graduale dell'alcol consumato e quindi una riduzione del potenziale danno o rischio per la salute.

Il riferimento di base per seguire l'andamento dei trends degli indicatori ISTAT presi in considerazione era l'anno 1995 per cui le annotazioni che seguono si riferiscono ad una valutazione temporale del periodo 1995-2000.

Il numero di consumatori di bevande alcoliche

Una prima annotazione riguarda il numero di consumatori di bevande alcoliche; solo dal 1998 è possibile desumere con reale approssimazione il numero dei consumatori di bevande alcoliche in considerazione del fatto che negli anni precedenti era rilevata solo la prevalenza di consumatori di vino e birra e non quella di altre bevande alcoliche. Fatta tale premessa, dal 1998 il numero di consumatori di bevande alcoliche è cresciuto passando dal 71 % al 75 % nell'anno 2000; in particolare, nel 2000 l'87.2 % della popolazione maschile e il 63.6 % di quella femminile ha dichiarato di consumare bevande alcoliche con un incremento dei valori del 1998 (86.1 e 61.4 % rispettivamente). Parallelamente, nel periodo 1998-2000 si è assistito ad una riduzione nel numero di astemi dal 26.7 al 25 % della popolazione con una quota maggiore di astemi tra le donne (36,4 %) rispetto agli uomini (12,8 %).

Una prima considerazione riguarda quindi il numero di individui potenzialmente esposti al fattore di rischio alcol che vede incrementata ulteriormente la platea di consumatori e consumatrici di bevande alcoliche.

Volendo stimare il consumo pro-capite degli italiani occorrerebbe quindi riproporzionare le quantità registrate dall'indicatore specifico del consumo pro-capite riferendole non a tutta la popolazione ma distribuendola alla quota dei soli consumatori; le quantità così ottenute risulterebbero naturalmente incrementate.

Il vino

Il numero di consumatori di vino è risultato sostanzialmente stabile nel periodo 1995-2000 per entrambi i sessi sebbene le più evidenti differenze significative si siano registrate tra le donne per le classi di età relative alle adolescenti e alle 18-24enni (tab. 2); in tali fasce di età è stato rilevato il più consistente incremento del numero delle consumatrici di vino (31 % e 19,3 % rispettivamente) con un incremento medio annuo del 5 % circa.

Tabella 2. Prevalenza (%) delle consumatrici di vino in ITALIA negli anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	13,1	11,0	10,4	13,5	13,7	15,3	13,7	31,0
18-24 giovani	25,0	23,7	24,9	30,4	28,5	30,4	29,7	19,3
25-44 giovani adulte	47,3	46,2	44,8	46,7	44,6	45,1	45,5	1,5
45-64 adulte	54,0	53,2	54,4	56,1	52,5	53,3	52,3	-3,9
65-74 giovani anziane	50,8	50,9	50,4	52,0	48,6	50,0	48,9	-2,9
75+ anziane	50,0	43,3	42,6	45,0	44,9	41,1	42,9	0,8

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT

Riguardo le quantità consumate e facendo riferimento a quantità eccedenti il ½ litro di vino al giorno, è evidente il calo del numero di consumatori maschi mentre risulta incrementata dell'8,7 % la relativa quota di consumatrici che dichiara di bere più di ½ litro di vino al giorno (tab. 3).

Tabella 3. Prevalenza (%) dei consumatori di quantità superiori al ½ litro di vino al giorno in ITALIA negli anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
Maschi	14,0	12,1	12,2	10,7	9,7	9,3	9,8	-19,0
Femmine	2,2	1,9	1,8	1,9	1,5	1,5	2,0	8,7

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT

Mentre, da un lato, tutte le classi di età hanno contribuito al calo registrato tra i consumatori maschi, sul versante femminile (tab. 4) il numero di giovani consumatrici di età 18-24 anni e di quelle più anziane ultra65enni è risultato sostanzialmente incrementato nel corso dei cinque anni presi in considerazione (29 % e 27 % circa, rispettivamente). Il numero di consumatrici di quantità eccedenti il ½ litro di vino al giorno (corrispondenti a circa 48 grammi di alcol puro) aumenta con il progredire dell'età raggiungendo il massimo tra le donne 45-74enni.

Tabella 4. Prevalenza (%) delle consumatrici di quantità superiori al ½ litro di vino al giorno in ITALIA per classi di età negli anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	0,1	0,2	0,4	0,5	0,1	0,2	0,4	-
18-24 giovani	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2	0,3	0,5	29,0
25-44 giovani adulti	2,2	1,7	1,4	1,5	1,0	1,0	1,3	-6,0
45-64 adulti	3,2	2,9	3,0	2,8	2,3	2,7	3,1	3,0
65-74 giovani anziani	2,5	2,1	2,5	2,2	2,1	2,1	3,1	21,7
75+ anziani	1,5	1,4	1,4	2,2	1,7	1,2	1,8	26,9

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT

Relativamente al consumo di quantità di vino considerate dannose per la salute (tab. 5), mentre il numero di individui che hanno dichiarato di consumare più di 1 litro di vino al giorno è risultato ridotto del 12 % circa per i maschi, per il sesso femminile si è registrato un incremento del 41 % circa.

Tabella 5. Prevalenza (%) delle consumatrici di quantità superiori ad 1 litro di vino al giorno in ITALIA per classi di età negli anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
Maschi	1,36	1,16	1,10	1,08	1,07	1,02	0,97	-11,5
Femmine	0,21	0,16	0,15	0,21	0,18	0,15	0,22	41,0

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT

La birra

Il numero di consumatori e di consumatrici di birra (tab. 6-7) è risultato incrementato del 2,6 e del 9,5 % rispettivamente. L'analisi per classi di età ha evidenziato un incremento omogeneo tra i maschi fatta eccezione per gli ultra75enni che risultano ridotti in numero ed un incremento significativo per le femmine di qualsiasi età con il massimo incremento registrato tra le donne di età superiore a 75 anni.

Tabella 6. Prevalenza (%) dei consumatori di birra in ITALIA. Maschi. Anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	40,4	41,5	39,2	44,1	39,8	43,5	40,7	3,7
18-24 giovani	69,6	71,3	68,4	73,3	72,5	69,8	71,8	4,9
25-44 giovani adulti	70,4	72,5	73,7	74,7	75,7	74,2	75,2	2,1
45-64 adulti	54,4	57,8	59,4	59,3	61,9	61,3	62,4	5,0
65-74 giovani anziani	35,5	38,3	39,8	37,9	40,0	39,7	41,8	5,1
75+ anziani	27,0	25,4	26,9	28,7	26,6	23,9	22,8	-15,2

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT

Tabella 7. Prevalenza (%) delle consumatrici di birra in ITALIA. Anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
14-17 adolescenti	22,1	26,1	23,9	26,1	26,7	27,3	25,1	5,2
18-24 giovani	36,2	37,7	40,8	45,1	42,5	44,3	44,2	8,3
25-44 giovani adulti	40,2	41,9	43,1	46,3	47,4	46,1	47,6	10,5
45-64 adulti	25,4	27,4	28,6	30,0	30,8	31,8	32,9	15,1
65-74 giovani anziani	13,6	13,9	15,2	16,2	14,3	15,1	15,9	4,9
75+ anziani	7,9	7,7	6,8	6,9	8,2	7,1	8,7	27,6

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT

Riguardo le quantità consumate e facendo riferimento a quantità eccedenti il ½ litro di birra al giorno (tab. 8), il numero di donne "eccedentarie" è risultato incrementato del 13,5 % , incremento maggiore di quello registrato tra i maschi e pari al 7,3 % . L'analisi della prevalenza per classi di età ha rilevato i maggiori incrementi nel numero dei consumatori 45-64enni e 65-74enni maschi e femmine e tra le 14-17enni. Anche il numero di individui che dichiarano di consumare più di 1 litro di birra al giorno è risultato incrementato nel periodo 1995-2000 per entrambi i sessi.

Tabella 8. Prevalenza (%) dei consumatori di quantità superiori a ½ litro di birra al giorno in ITALIA.
Anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
Maschi	1,73	2,05	1,92	1,90	2,02	1,92	2,06	7,25
Femmine	0,28	0,23	0,26	0,23	0,28	0,31	0,30	13,50

Fonte: Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Multiscopo ISTAT
Consumo di bevande alcoliche fuori pasto

Nel periodo preso in considerazione il numero di maschi che ha dichiarato di consumare bevande alcoliche fuori pasto è risultato invariato mentre quelle delle donne ha mostrato un incremento del 22% . In particolare, è stato osservato, un aumento dei consumatori di alcolici fuori pasto tra i maschi più giovani (tab. 9) e per tutte le età considerate tra le consumatrici con il maggior incremento registrato per le adolescenti (tab. 10).

Tabella 9. Prevalenza (%) dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto in ITALIA. Maschi. Anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	9,8	13,4	12,9	18,4	15,2	18,0	16,8	30,7
18-24 giovani	30,9	36,5	35,2	40,6	39,9	39,3	42,5	20,6
25-44 giovani adulti	37,6	39,5	39,8	42,1	46,2	40,3	39,4	-1,0
45-64 adulti	36,8	39,2	39,5	38,7	42,3	36,7	37,3	-5,5
65-74 giovani anziani	27,0	29,3	28,5	29,8	30,0	26,9	28,2	-1,0
75+ anziani	22,0	18,8	21,6	20,0	21,2	19,1	16,4	-24,4

Tabella 10. Prevalenza (%) delle consumatrici di bevande alcoliche fuori pasto in ITALIA.
Anni 1993-2000 e variazione (%) 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	7,1	8,0	6,0	10,8	9,7	12,8	12,2	103,7
18-24 giovani	13,2	15,0	16,5	22,4	20,8	25,2	24,8	50,2
25-44 giovani adulti	12,3	13,2	12,8	15,1	15,4	15,4	15,4	20,7
45-64 adulti	9,1	9,9	9,5	11,6	12,4	11,4	10,9	15,1
65-74 giovani anziani	5,8	5,7	5,1	6,4	6,4	6,2	5,6	9,9
75+ anziani	4,6	3,6	3,9	4,0	3,7	4,0	4,1	3,7

Discussione

Volendo tentare di riassumere i risultati dell'analisi e di individuare le implicazioni di sanità pubblica che sono sollecitati dalla lettura dei dati si può affermare quanto segue.

Nonostante la diminuzione del consumo di alcol registrato dagli indicatori di consumo pro-capite, l'analisi nazionale effettuata attraverso gli indicatori ISTAT consente di esaminare il fenomeno con una maggiore accuratezza e appropriatezza suggerendo la necessità di poter disporre di informazioni dettagliate ed articolate per i vari gruppi di popolazione esaminati. Nel caso specifico, la valutazione sintetica del consumo pro-capite non si presta ad identificare la distribuzione del consumo alcolico nella popolazione e mal si adatta alla necessità di predisporre, sulla base della tendenza osservata, iniziative atte a fronteggiare fenomeni emergenti di possibile danno alla salute individuale e collettiva.

Infatti, nonostante la riduzione sostanziale del consumo di alcol :

1. il numero di consumatori di bevande alcoliche in Italia è aumentato; è aumentato, di conseguenza, il numero di individui esposti ai possibili effetti dannosi, sociali e sanitari, collegati all'uso/abuso di bevande alcoliche;
2. è incrementato il numero di consumatori di bevande alcoliche tra i giovani e le donne;
3. ad una sostanziale stabilità nel numero di consumatori di vino si affianca un emergente incremento di individui che si orienta a consumare la birra (verosimilmente a sostituirla al consumo di vino);
4. le modalità di consumo di tali bevande sembra essere differenziato per età; in particolare il numero di consumatori di quantità superiori al ½ litro di vino o birra appare incrementato in particolare per i giovani specie se di sesso femminile;
5. il consumo di alcol appare sempre più orientato verso un modello "culturale" che considera le bevande alcoliche non come parte integrante del pasto ma, in accordo ad un'internazionalizzazione dei consumi in atto a livello europeo, come elemento separato da consumare, verosimilmente, in contesti non più legati alla tradizione "mediterranea".

Per i citati motivi la riduzione del consumo di alcol è inserito a livello nazionale e regionale nella programmazione sanitaria quale obiettivo prioritario di salute da conseguire nell'ambito di un approccio non meramente sanitario ma multidisciplinare e pienamente comprensivo del citato principio europeo di "health in other policies".

Naturalmente all'interno delle nostre società vi sono gruppi di popolazione (giovani, donne, anziani, residenti in particolari aree geografiche ed altri) che sono più esposti di altri a stili di vita dannosi per la salute e, tra questi, gruppi che non possono o non riescono ad avvalersi delle conoscenze e dei servizi per migliorare i loro stili di vita o che hanno già consolidati stili di vita dannosi che è difficile modificare. Il picco di maggior frequenza di uso problematico di alcol si colloca attualmente in Italia tra i 35 e i 44 anni, in corrispondenza con il picco della prevalenza del consumo registrato per le donne. E' probabilmente questa la fase più critica per il sesso femminile, un momento delicato in cui a livello individuale possono prevalere timori di perdita della giovinezza, di riduzione della fertilità e della capacità procreativa, di una mancata realizzazione di progetti giovanili, di



Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD

elaborazione di bilanci di esperienze vissute e che si sono dimostrate inadeguate in termini di relazione, di vita affettiva e familiare o che hanno condotto a rotture di legami importanti.

L'età matura può essere caratterizzata, oggi, per molte donne da un profondo conflitto tra un modello culturale di realizzazione ed affermazione personale desiderato e costruito in gioventù (in un periodo sociale di forte spinta alla emancipazione femminile) e quello realizzato in maturità e che quotidianamente spinge la donna verso ruoli personali fortemente legati ai ruoli di moglie e di madre; una condizione tutt'altro che infrequente e che vede la donna dibattersi tra la necessità di affermarsi nel mondo lavorativo e quello di non poter rinunciare al ruolo tradizionale familiare. La realtà italiana è fortemente ancorata ad una cultura mediterranea che mette ancora più in crisi l'identità femminile influenzata dalla "modernizzazione" e alla quale la donna non ha avuto il tempo di prepararsi subendo la transizione culturale che la proietta verso nuovi stili di vita senza, tuttavia, affrancarla dall'assolvimento dei compiti tradizionali. Il cambiamento del ruolo della donna si riflette inevitabilmente sulla famiglia e può agire quale catalizzatore di situazioni di disagio o di conflitto che, se non opportunamente canalizzate, possono generare tensioni che sfociano nell'incomprensione, nella solitudine e, di conseguenza, predispongono all'adozione di comportamenti quale l'alcoldipendenza in risposta all'incapacità di far fronte alle difficoltà socio-relazionali.

Gli stili di vita non spiegano, comunque, da soli le grandi differenze di salute che si osservano tra gruppi di popolazione. In associazione o in sinergia con gli stili di vita agiscono altri determinanti di salute quali le caratteristiche genetiche ed i fattori di rischio individuali, l'ambiente, la disponibilità e l'efficacia dei servizi sanitari. Inoltre lo studio di queste grandi differenze permette di evidenziare che esse sono associate ai fattori economici e sociali che costituiscono il fulcro dello sviluppo della società e che sono alla base delle disuguaglianze registrabili in qualsiasi realtà nazionale o internazionale.

E' noto che esiste una forte influenza tra il livello socio-economico cui l'individuo appartiene e lo sviluppo del bere problematico. Il basso livello socio-economico è associato con una minore speranza di vita, alta mortalità infantile, una povera salute riproduttiva, una maggiore probabilità di contrarre malattie infettive, un maggiore consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti, una maggiore prevalenza di malattie cronicodegenerative, depressione, suicidi, comportamenti anti-sociali e violenza, un maggiore rischio di esposizione ai fattori ambientali. In Italia, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche aumenta al decrescere del titolo di studio; in Gran Bretagna la prevalenza del bere problematico in uomini e donne poveri sotto i 30 anni è doppia della prevalenza riscontrata nelle classi più abbienti. A livello europeo il consumo di alcol è maggiore tra i disoccupati, i senza fissa dimora e tra le persone anziane istituzionalizzate. Le morti alcol-associate, incluse quelle accidentali, sono maggiore nelle classi più disagiate.

Altre associazioni che sono spesso osservate sono quelle all'interno del nucleo familiare. In Italia, ad esempio, alcune indagini epidemiologiche hanno dimostrato come l'abitudine al bere dei genitori, del capofamiglia in particolare, condizioni fortemente il modello di consumo alcolico dei componenti il nucleo familiare risultando più elevata la prevalenza dei consumatori eccessivi tra i componenti di un nucleo familiare il cui capofamiglia beve inadeguatamente (21).

Le strategie di sanità pubblica in risposta alle tendenze evidenziate dall'analisi dei dati delle Multiscopo sarebbero numerose ma alcune andrebbero perseguite prioritariamente richiamandosi alle iniziative sollecitate a livello europeo e sostanzialmente orientate a :

- Incrementare il grado di consapevolezza nei confronti del consumo delle bevande alcoliche
- Ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario

Alla luce delle emergenti tendenze appare opportuno provvedere a dare sostegno ad iniziative rivolte ai tre settori prioritari identificati dal Programma Comunitario di Public Health:

- Elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario (produzione e diffusione dell'informazione)
- Potenziamento delle capacità di affrontare le minacce alla salute attraverso lo sviluppo di un'adeguata sorveglianza ed informazione (sorveglianza, identificazione del rischio)
- Strategie e misure rivolte a potenziare le capacità di gestione dei determinanti sanitari (stili di vita) socioeconomici, ambientali (promozione della salute, prevenzione delle malattie).

L'analisi dei dati ISTAT evidenzia alcuni importanti incrementi sia nel numero dei giovani e delle donne che bevono sia di quelli che adottano atteggiamenti potenzialmente a maggior rischio (consumi di alcolici fuori pasto, consumo di bevande superalcoliche, birra tutti i giorni) e che suggeriscono l'opportunità di sviluppo prioritario di una politica sanitaria di promozione della salute sensibile alla riduzione delle conseguenze negative, sociali e sanitarie, legate ad un'inadeguata, prematura (ed evitabile) esposizione all'alcol come fattore di rischio.

Informazione, promozione, prevenzione, cura sono solo alcune delle aree nelle quali è indispensabile che il contributo sanitario e sociale nazionale, regionale e locale confluisca per giungere a realizzare nel medio e lungo termine uno dei più importanti investimenti in salute in cui una società moderna possa sperare.

BIBLIOGRAFIA

1. Alcohol policies in Europe. In “Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies”. Nina Rehn and the National Counterparts of European Alcohol Action Plan Chapter 5. pag. 43-76 (contributors list: pag. 96) World Health Organization, Europe. 2001. (<http://www.youngalcohol.who.dk/PDFdocs>)
2. Scafato E. , Zuccaro P. , Russo R. , Bartoli G. Alcohol, Health and policy: the Italian perspective. *Alcologia, European Journal on Alcohol studies*, 13 (2), 61-65, 2001.
G. Bartoli, V. Patussi, A. Rossi e E Scafato. Abuso Di alcol e prevenzione: la ricerca “Drinkless”. *Rivista SIMG*, Numero 4, 2001.
http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm
3. Scafato E. Alcohol as a part of regional, Italian and European healthcare plans. The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach. *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 13 (1), 2001, 3– 10
4. Scafato E. Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective. February 2001. International Ministerial Conference on Young People and Alcohol WHO EUR/00/5020274 /01681
5. 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, European Journal on Alcohol Studies*, 1, 2000, 2- 11.
6. Scafato E. Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1, 2000, 3- 12.
7. Scafato E. , Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young ? *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, 1998, X , 1-2, 5-9
8. Scafato E. , Cicogna F .The implementation of European Alcohol Action Plan. Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia – European Journal of Alcohol studies*, 1998, X, 1-2, 72-74
9. Scafato E. Alcol: prospettive di sanità e salute pubblica per il Duemila. *Alcologia – European Journal of Alcohol Studies*, 1998, X, suppl. 1-2, 14
10. 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 O.M.S. “Health for All”. *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1998, XXI,1, 11-20



Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD

11. Frezza M.; Di Padova C.; Pozzato G.; et al. High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med* 322(2):95-99, 1990.
12. Li T.K.; Beard J.D.; Orr, W.E.; et al. Gender and ethnic differences in alcohol metabolism. *Alcohol Clin Exp Res* 22(3):771-772, 1998.
13. Kwo P.Y.; Ramchandani V.A.; O'Connor S.; et al. Gender differences in alcohol metabolism: Relationship to liver volume and effect of adjusting for body mass. *Gastroenterology* 115(6):1552-1557, 1998.
14. Urbano-Marquez A.; Estruch R.; Fernández-Solá J.; et al. The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men. *JAMA* 274(2):149-154, 1995.
15. Zhang, Y.; Kreger, B.E.; Dorgan, J.F.; et al. Alcohol consumption and risk of breast cancer: The Framingham Study revisited. *Am J Epidemiol* 149(2):93-101, 1999.
16. Wells-Parker E.; Popkin C.L.; and Ashley M. Drinking and driving among women: Gender trends, gender differences. In: Howard, J.M.; Martin, S.E.; Mail, P.D.; et al., eds. *Women and Alcohol: Issues for Prevention Research*. NIAAA Research Monograph No. 32. Bethesda, MD: NIAAA, 1996.
17. Ferrence R. G. Janecek Helen Elizabeth Ross and Eva, *Women and substance abuse: literature review*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1990.
18. Gray A. , Norton V. , *Women and alcohol: What's the problem?* Research monograph No.9. Wellington, New Zeland: Alcohol advisory Council of New Zeland, 1998, p.45
19. Sandmaier M., *The Invisible Alcoholics: Women and alcohol*. New York: McGraw-Hill, 1992.
20. Scafato E.. La riduzione dell'esposizione all'alcol come fattore di rischio: il razionale dell'intervento proposto dagli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale 1998-2000. *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, 1998, X suppl., 1-2, 20
21. Scafato E. and the COALA research Group. The CO.A.LA Project (Alcohol and Food Consumption in the Latium Region): prevalence and patterns of alcohol consumption in an Italian general population survey. *ALCOLOGIA, European Journal of alcohol studies*, vol. XI, 3, 121-134