

RAPPORTE ISTITISAN 16|4

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

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2016

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



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute
Rapporto 2016**

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

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

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

**Rapporti ISTISAN
16/4**

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2016.

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

2016, vii, 50 p. Rapporti ISTISAN 16/4

Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità attribuibili all'alcol. I danni che ne derivano producono effetti non solo sul bevitore ma anche sulle famiglie e sul contesto sociale allargato, a causa di comportamenti violenti, abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e stradali. L'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS) è da più di dieci anni il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'ONA elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a progettualità specifiche del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie. Dal 2012, le attività di monitoraggio del consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Piano Statistico Nazionale e svolte formalmente dall'ONA. L'ONA, sede del *WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems*, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol-CNESPS on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2016.

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

2016, vii, 50 p. Rapporti ISTISAN 16/4 (in Italian)

The alcohol consumption is a major public health problem in Europe being responsible of 3.8% of all deaths and 4.6% of years of life lost due to disability attributable to alcohol. Alcohol related harm has effects not only on the drinker, but also on families and social context, because of violent behaviours, abuse, abandonment, loss of social opportunities, inability to build emotional bonds and stable relationships, disability, accidents at work and on the road. The National Observatory on Alcohol (ONA) of the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (CNESPS) has been for more than ten years the formal and official national, European and international reference of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention and training on alcohol and alcohol-related problems. The ONA evaluates and analyzes every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and according to specific projects of the National Centre for Prevention and Disease Control. Since 2012, the monitoring of hazardous and harmful alcohol consumption has been included in the National Statistical Program and formally carried out by the ONA-CNESPS. The ONA, as WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems, is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the World Health Organization.

Key words: Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

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

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

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2016.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/4).

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

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

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*

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



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

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

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (Coordinatore)
Pierfrancesco BARBIROL
Tiziana CODENOTTI
Lucilla DI PASQUALE
Tiziana FANUCCHI
Lucia GALLUZZO
Claudia GANDIN
Silvia GHIRINI
Ilaria LONDI
Gabriele MAGRI
Sonia MARTIRE
Nicola PARISI
Valentino PATUSSI
Rosaria RUSSO
Riccardo SCIPIONE
Gianni TESTINO
Simone TICCIATI

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

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

INDICE

| | |
|--|----|
| Prefazione | v |
| | |
| Consumo di bevande alcoliche in Europa | 1 |
| <i>Health for All</i> , il database europeo della WHO | 1 |
| Rapporti dell'OCSE..... | 4 |
| | |
| Consumi nella popolazione italiana generale | 6 |
| Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)..... | 6 |
| Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici..... | 8 |
| | |
| Comportamenti a rischio | 9 |
| Consumatori abituali eccedentari | 9 |
| Consumatori fuori pasto | 11 |
| Consumatori <i>binge drinking</i> | 12 |
| Consumatori a rischio (criterio ISS)..... | 15 |
| | |
| Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni | 17 |
| Italia nord-occidentale | 17 |
| Piemonte | 17 |
| Valle d'Aosta | 20 |
| Lombardia | 20 |
| Liguria | 20 |
| Italia nord-orientale | 20 |
| Provincia Autonoma di Bolzano..... | 21 |
| Provincia Autonoma di Trento | 21 |
| Veneto | 21 |
| Friuli-Venezia Giulia..... | 21 |
| Emilia Romagna | 22 |
| Italia centrale | 22 |
| Toscana..... | 22 |
| Umbria..... | 23 |
| Marche..... | 23 |
| Lazio..... | 23 |
| Abruzzo | 23 |
| Molise | 24 |
| Italia meridionale..... | 24 |
| Campania..... | 24 |
| Puglia..... | 25 |
| Basilicata | 25 |
| Calabria | 25 |
| Italia insulare | 25 |
| Sicilia..... | 26 |
| Sardegna | 26 |

| | |
|--|--------|
| Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili | 27 |
| Mortalità alcol-attribuibile per età e genere..... | 27 |
| Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza..... | 29 |
| Consumo di alcol tra i giovani..... | 32 |
| Consumatori di 11-17 anni | 33 |
| Consumatori di 18-20 anni | 34 |
| Consumatori di 21-25 anni | 35 |
| Consumo di alcol tra gli anziani | 36 |
| Consumatori giovani anziani (65-74 anni) | 38 |
| Consumatori anziani (75-84 anni) | 39 |
| Consumatori grandi anziani (\geq 85anni) | 39 |
| Conclusioni | 40 |
| Bibliografia | 46 |
| Bibliografia di approfondimento | 48 |

PREFAZIONE

L’alcol è uno dei maggiori fattori di rischio evitabile in Italia. La diffusione di culture e di modelli del bere ispirati a valori d’uso dell’alcol come sostanza psicoattiva ha minato, nel corso degli ultimi decenni, il tradizionale consumo mediterraneo ove il fenomeno del “bere per ubriacarsi” (*binge drinking*) tra i minori, l’avvio precoce al consumo di alcol e l’incremento dei livelli di consumo con modalità rischiose e dannose per la salute, sono le variabili più caratterizzanti le tendenze dell’ultimo decennio.

Considerazioni come quelle appena riportate sono rese possibili dalla disponibilità di sistemi di rilevazione, elaborazione, analisi, *reporting* e disseminazione che si sono resi sempre più importanti per garantire dati epidemiologici e di monitoraggio alcol-correlato quali strumenti indispensabili e insostituibili per la pianificazione delle strategie di prevenzione, per la programmazione sociosanitaria e per azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione.

La predisposizione di un rapporto annuale, a livello nazionale, ma di dettaglio regionale, risponde alla necessità di prevenzione e di tutela della salute pubblica, basato su strumenti chiave, competenze e ruoli confluenti nella realizzazione, utilizzo costante e valorizzazione di un sistema formalizzato di monitoraggio alcol-correlato che si è consolidato in Italia a partire dall’approvazione della Legge 125/2001 che, integrandosi nelle finalità delle attività già avviate dal decreto ministeriale rivolto alla rilevazione periodica delle attività dei gruppi di lavoro dedicati alla riabilitazione degli alcol-dipendenti, garantisce annualmente la produzione di dati epidemiologici confluenti nella relazione annuale del Ministro della Salute sullo stato di avanzamento delle attività previste dalla stessa Legge per il contrasto al fenomeno dell’alcol-dipendenza in Italia. Numerose leggi e piani d’indirizzo (Legge 125/2001, Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS, Piano Nazionale della Prevenzione-PNP) nel corso degli anni hanno sottolineato l’esigenza centrale di flussi informativi specifici particolarmente sentita da tutte le Regioni e Province Autonome italiane. Tale esigenza è sintetizzata nel Piano Nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS), documento elaborato da un gruppo composto da rappresentanti istituzionali ed esperti e approvato, nell’anno 2009, dalla Commissione Salute.

Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente, attraverso alcuni indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall’Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del CNESPS dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) anche attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, di registrare il consumo di alcol definito dalla *World Health Organization* (WHO) consumo “rischioso” in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti dei centri alcologici, i servizi di alcologia, i gruppi di lavoro, le équipe alcolologiche, i programmi, tutte le unità organizzative, comunque denominate, attive in Italia nel settore alcolologico e che hanno un comune denominatore ispirato ad una cultura professionale che considera la problematica alcol-correlata nel suo complesso, e non solo l’alcol-dipendenza.

Il sistema è oggi acquisto come *best practice* a livello europeo e internazionale grazie alla regolare e consolidata produzione d’informazioni che negli ultimi dieci anni si sono moltiplicate per garantire il monitoraggio periodico delle iniziative sull’alcol quali la *EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms* (Commissione Europea, 2006), il *WHO European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020* (WHO, Ufficio Regionale per l’Europa, 2011), e più di recente a livello globale della *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (WHO, 2010) e dell’*Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2008-2013* (WHO, 2008). Tali iniziative, alle quali l’Italia ha aderito nell’ambito di numerose attività progettuali europee,

hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo, l'importanza di poter contare su sviluppo, disponibilità e sostegno regolare di un sistema nazionale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti.

Da numerosi anni l'ONA produce ed elabora i dati utili al monitoraggio del rischio alcol-correlato in Italia attraverso progettualità o accordi di collaborazione con il Ministero della Salute e il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) focalizzando l'attenzione sui fenomeni di consumo dannoso e rischioso nelle diverse fasce di popolazione, in relazione ai temi prioritari indicati dalle esigenze formali di disponibilità di flussi informativi diretti o derivati inerenti ai confronti europei, all'incidentalità stradale, ai comportamenti a maggior rischio (*binge drinking*), all'analisi di fonti e dati di prevalente uso e disponibilità istituzionale, nonché di dati provenienti da indagini nazionali, con la produzione delle evidenze emergenti e relative all'impatto alcol-correlato in termini di mortalità, morbilità e, ove possibile, di disabilità. L'attuale sistema di monitoraggio messo in atto nel corso degli ultimi anni attraverso la definizione di standard e algoritmi originali dell'ONA, oggetto di pubblicazione internazionale, ha messo in evidenza i seguenti ambiti di valutazione quali contesti reali del sistema sanitario nazionale di cui è indispensabile garantire flussi informativi standard costanti nel tempo:

- valutazione del rischio alcol-correlato nella popolazione e delle tendenze temporali, con particolare riferimento al rischio in particolari categorie vulnerabili quali i giovani, le donne e gli anziani;
- valutazione del danno alcol-correlato a livello sanitario e sociale;
- valutazione della dinamica domanda-offerta dei servizi e del grado di accessibilità-fruibilità degli stessi da parte degli alcol-dipendenti e delle loro famiglie e valutazione delle attività svolte;
- valutazione degli interventi di prevenzione e della loro efficacia;
- valutazione delle attività del privato sociale, delle associazioni e organizzazioni di auto e mutuo aiuto.

La sfida dei prossimi anni è di riuscire a garantire le risorse per il mantenimento e la messa a regime dell'esperienza formale in corso che, ancora oggi, necessita di una formalizzazione più incisiva e finanziamenti adeguati e costanti volti a consentire l'aggiornamento periodico degli indicatori e la loro integrazione con quelli relativi alla valutazione d'implementazione delle politiche che possano con le loro azioni, guidate dalle analisi dei dati forniti dall'ONA, contribuire da una lato a valutare l'impatto dell'alcol e dei modelli del bere sui circa 8 milioni di individui con consumo rischioso e dannoso di alcol rendendo possibile l'individuazione della platea di esposti al rischio suscettibile di programmi di identificazione precoce e intervento breve e dall'altro di cogliere l'obiettivo di "catturare", a partire da tale ampio bacino di individui a rischio, la significativa quota di alcol-dipendenti che oggi non è intercettata dai servizi specializzati o comunque non si rivolge alle professionalità mediche anche in funzione di una modificata disponibilità economica che è dimostrato limitare l'accesso o comunque incidere sulla disponibilità ed erogazione di trattamenti medici, farmacologici, psicoterapeutici di cui è necessaria adeguata programmazione rispetto alle erogazioni regionali. Oltre il novanta per cento degli alcol-dipendenti stimati in Italia, non fruisce di un trattamento richiesto o dalla persona o attraverso l'invio da parte di un professionista della salute che non identifica, come invece necessario, l'individuo a rischio; un divario da colmare che è reso noto dall'analisi che i dati riportati annualmente dall'ONA consentono di poter valutare nella loro rilevanza di salute pubblica e che vengono posti nelle disponibilità dei decisori politici e di quanti programmano

interventi di prevenzione e di tutela della salute affinché possano contribuire a garantire accessibilità ed equità nelle cure attraverso l'approccio di solidarietà sanitaria e sociale per il quale l'Italia deve poter continuare a connotarsi nel panorama europeo e internazionale come pratica di eccellenza clinica e sociale.

Prof. Emanuele SCAFATO

Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti

Direttore del WHO Collaborative Centre Research on Alcohol

Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

Presidente della Società Italiana di Alcologia

*Vice Presidente della Federazione Europea
delle Società Scientifiche sulle Dipendenze*

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE IN EUROPA

L'alcol è una sostanza psicoattiva che crea dipendenza e che causa malattie e decessi nella maggior parte dei Paesi del mondo. Numerose sono ormai le evidenze della letteratura che sottolineano che il consumo di alcol contribuisce significativamente al carico globale di malattia ed è tra i primi fattori di rischio per disabilità e mortalità prematura in tutto il mondo.

L'Europa è la regione leader mondiale in termini di consumo alcol pro capite e il primo produttore al mondo di bevande alcoliche.

Allo stato attuale sono più di 200 le condizioni per le quali il consumo di bevande alcoliche è un fattore di rischio evitabile incluse numerosi disturbi neuropsichiatrici, malattie croniche, tumori, incidenti.

L'alcol è uno dei principali fattori casuali negli infortuni (con un'inevitabilmente impatto sul lavoro dei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso); è un fattore che contribuisce al fenomeno dell'assenteismo e presenzialismo (con un'inevitabilmente impatto sul lavoro); contribuisce alla criminalità, alle infrazioni stradali e alla violenza domestica con maltrattamenti familiari verso il partner o verso i minori (con un'inevitabile impatto sul lavoro degli operatori sociali e degli ufficiali giudiziari), nonché comporta costi sociali per i sistemi sanitari, per i sistemi di giustizia penale e contribuisce alla perdita di produttività. Oltre a ciò, recentemente si è inoltre posta maggiore attenzione alla relazione esistente tra consumo di alcol e la maggiore suscettibilità a contrarre malattie infettive come la tubercolosi e l'AIDS, le polmoniti (1-8).

Questa è una breve sintesi di quanto riportato nel *Global status report on alcohol and health* nel 2004 dalla WHO (e confermato da rapporti più recenti) e dalla comunità scientifica, richiamando i Governi a supportare la prevenzione ai decessi e alle patologie alcol-correlate (1-2). Nel 2012 sono attribuibili al consumo di alcol circa 3,3 milioni di morti nel mondo, pari al 5,9% di tutti i decessi a livello globale con delle differenze significative di genere ($M=7,6\%$; $F=4,0\%$), e sono attribuibili al consumo di alcol 139 milioni di anni persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (DALY: *Disability-Adjusted Life Year*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattie e lesioni (1-2).

Il 74% degli europei di età ≥ 15 anni beve alcolici, il 15% di essi (58 milioni di persone) sono consumatori a rischio e 23 milioni sono i cittadini europei alcol-dipendenti (5% degli uomini, 1% delle donne).

Health for All, il database europeo della WHO

Il database europeo *Health For All* (HFA-DB) (9) è uno strumento messo a disposizione dalla WHO per monitorare numerosi fenomeni sanitari negli Stati Membri della regione Europea. Lo strumento è stato sviluppato dalla metà degli anni 1980 per monitorare e confrontare lo stato di salute nell'Unione Europa (UE). I dati vengono direttamente trasmessi dagli Stati Membri e periodicamente aggiornati. La consultazione dei dati di seguito riportati risale al 1° dicembre 2015.

L'indicatore utilizzato prende in considerazione solo il consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione adulta (oltre 15 anni) che è contabilizzato a livello nazionale (spesso attraverso i dati di produzione, importazione, esportazione, e vendita) e non tiene quindi conto del consumo di alcol prodotto a livello domestico o acquistato all'estero tramite canali di vendita non tassati o registrati (es. i *duty free*) o acquistato in maniera illegale (*unrecorded consumption*).

Nel 2015 la WHO ha avviato la realizzazione di una nuova sezione da includere nel prossimo rapporto WHO *Global Survey on Alcohol and Health 2015*, con l'obiettivo di migliorare la comprensione delle importanti dinamiche legate al consumo di alcol *unrecorded*. A tal fine, l'ONA dell'ISS è stato chiamato in qualità di centro collaboratore della WHO a cooperare con il centro di Toronto alle attività di pianificazione del nuovo rapporto della WHO sulla mortalità alcol-attribuibile per l'intera Regione Europea della WHO; ha partecipato alla riunione di esperti organizzata a Barcellona a novembre 2015 per pianificare la pubblicazione della mortalità alcol-attribuibile per la Regione Europea e per il livello globale.

Sulla base delle indicazioni di merito risultate dalla valutazione tecnico-scientifica dell'esperienza italiana e dei risultati delle stime già predisposte per l'Europa, è emersa chiaramente la necessità di sviluppare un sistema di monitoraggio su base nazionale di valenza europea e standard armonizzati favorenti la piena comparazione dei trend registrati nel corso degli anni, rispondendo ad una domanda emergente dagli Stati Membri e tenendo in debito conto che le tendenze temporali evidenziate in forma aggregata non sono in grado di fornire spunti informativi ai decisori politici sulle attività da implementare a livello nazionale.

La decisione degli esperti e gli impegni presi in sede tecnica consentiranno di descrivere nel prossimo rapporto 2016 l'andamento dei consumi (compresi gli *unrecorded*) e della mortalità alcol-attribuibile per ogni Nazione appartenente alla regione europea della WHO con stime periodiche proposte per il periodo 1990-2014 supportando e incoraggiando, secondo quanto richiesto dalla Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità, anche i singoli Stati Membri a sviluppare un sistema di monitoraggio di supporto alle politiche da implementare in ogni Paese basato su indagini specifiche già in corso.

Un'altra limitazione dell'indicatore presentato nel database europeo è inoltre rappresentata dal ripartire il consumo di alcol sull'intera popolazione superiore a 15 anni anziché sui soli consumatori. A decorrere dall'anno 2015 l'ONA dell'ISS ha introdotto un nuovo indicatore nel sistema di monitoraggio sviluppato nell'ambito dell'azione centrale approvata dal Ministero della Salute SISMA (SIstema di Monitoraggio Alcol-correlato) (finalizzato all'analisi dell'impatto alcol-correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione). L'indicatore aggiuntivo proposto, sulla base dei dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT (10) permette di stimare il consumo medio *pro capite* di alcol puro rapportandolo ai soli individui che hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno anziché all'intera popolazione.

I litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne tra il 1980 e il 2010 sono diminuiti sia in Europa che in Italia.

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro capite* più elevato, nel 2010, e per il terzo anno consecutivo, è quello con il valore più basso tra tutti i 28 Paesi considerati dell'UE (9, 10). In base all'indicatore sviluppato dall'ONA tuttavia, il consumo *pro consumatore* di alcol puro stimato per il 2010 è pari a 9,0 litri (Figura 1).

Disaggregando il consumo medio espresso in litri *pro capite* di alcol puro per tipologia di bevanda alcolica si evince che il vino è la bevanda che maggiormente contribuisce al consumo di alcol in Italia (Figura 2). L'analisi del trend mostra che nel 1970 il consumo di alcol puro ascrivibile al vino era pari a 16,6 a fronte di un solo 0,8 ascrivibile alla birra e un 2,4 dei liquori; nel 2010 invece, la componente consumata attraverso l'assunzione di vino pur rimanendo la più consistente sul totale di alcol puro consumato, fa registrare una diminuzione pari a 12,5 litri di alcol puro mentre la componente relativa alla birra, nello stesso periodo aumenta di 0,65 litri di alcol puro (Figura 2).

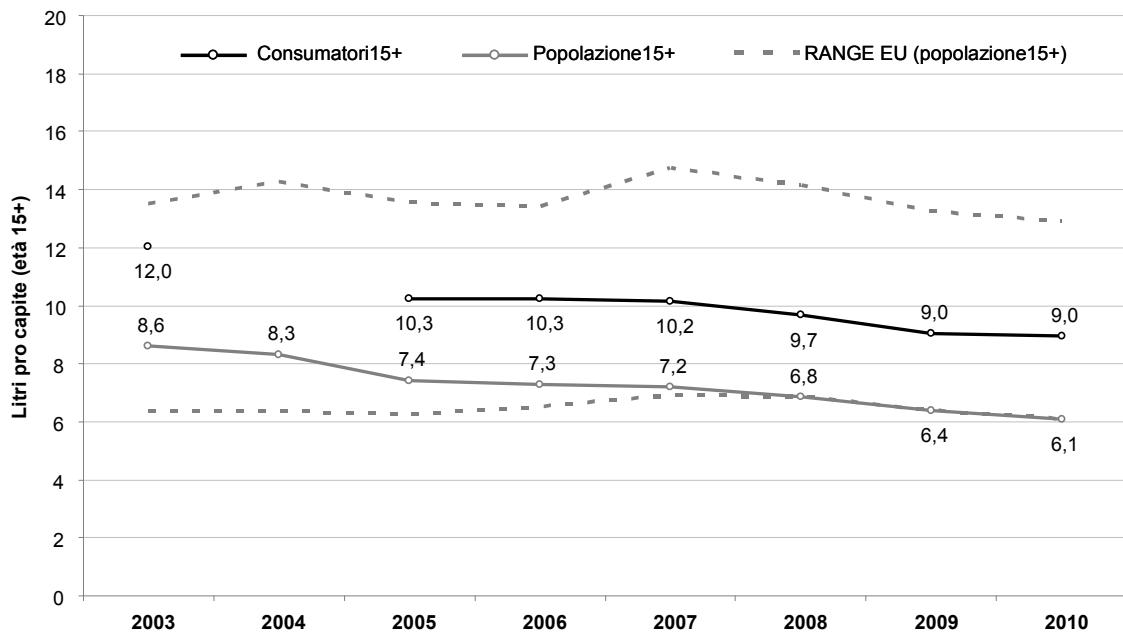


Figura 1. Trend di consumo di alcol (in litri pro capite di alcol puro) in Italia

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (al 1° dicembre 2015) e Indagine Multiscopo sulle famiglie –Aspetti della vita quotidiana (2003; 2005-2010)

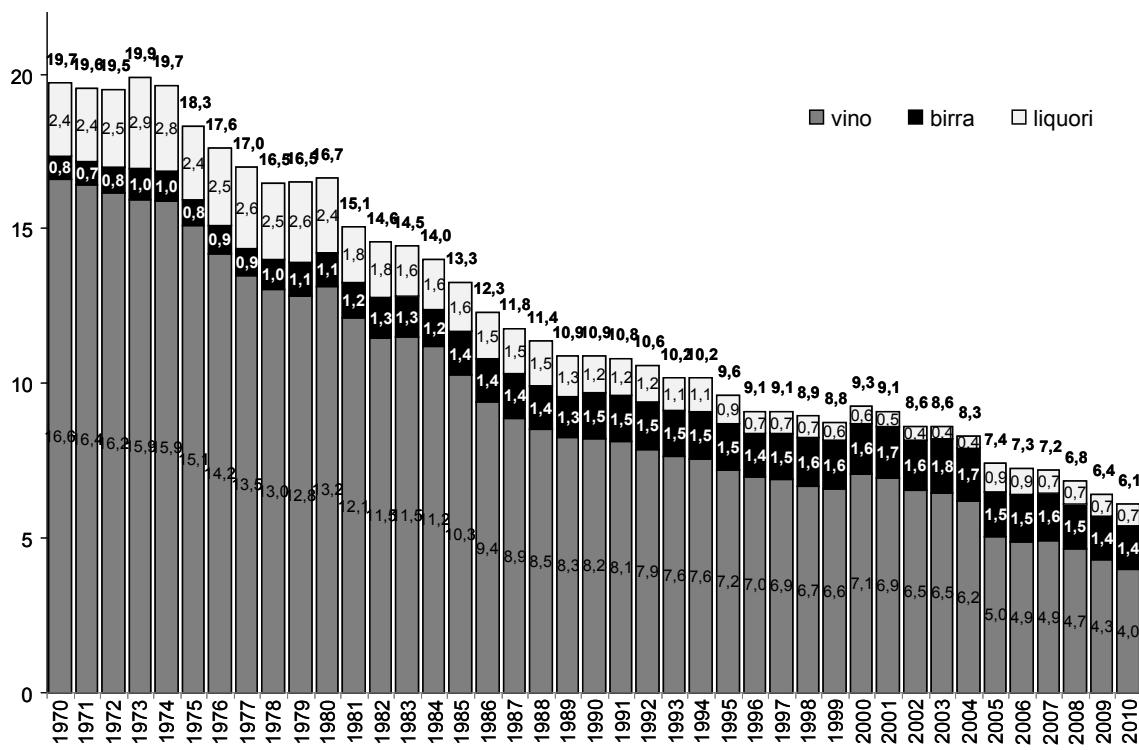


Figura 2. Litri (%) di alcol puro per tipologia di bevanda tra gli adulti in Italia (1970-2010)

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

Rapporti dell'OCSE

L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, in inglese *Organisation for Economic Co-operation and Development*, OECD) è un'organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo nata con lo scopo di promuovere politiche in grado di migliorare il benessere economico e sociale della popolazione in tutto il mondo; ad oggi include 34 stati membri inclusa l'Italia.

I dati pubblicati nell'ultimo rapporto dell'OCSE (11) mostrano che tra i 34 Paesi considerati, il consumo medio *pro capite* di alcol, sulla base dei dati disponibili, si attesta attorno agli 8,9 litri per gli adulti. In Austria, Estonia e Repubblica Ceca, così come in Lituania, si registra il più alto consumo di alcool con oltre 11,5 litri per adulto nel 2013; viceversa il più basso consumo di alcol si registra in Turchia e Israele, così come in Indonesia e in India, dove probabilmente le tradizioni culturali e religiose limitano il consumo di alcol in una parte della popolazione (Figura 3).

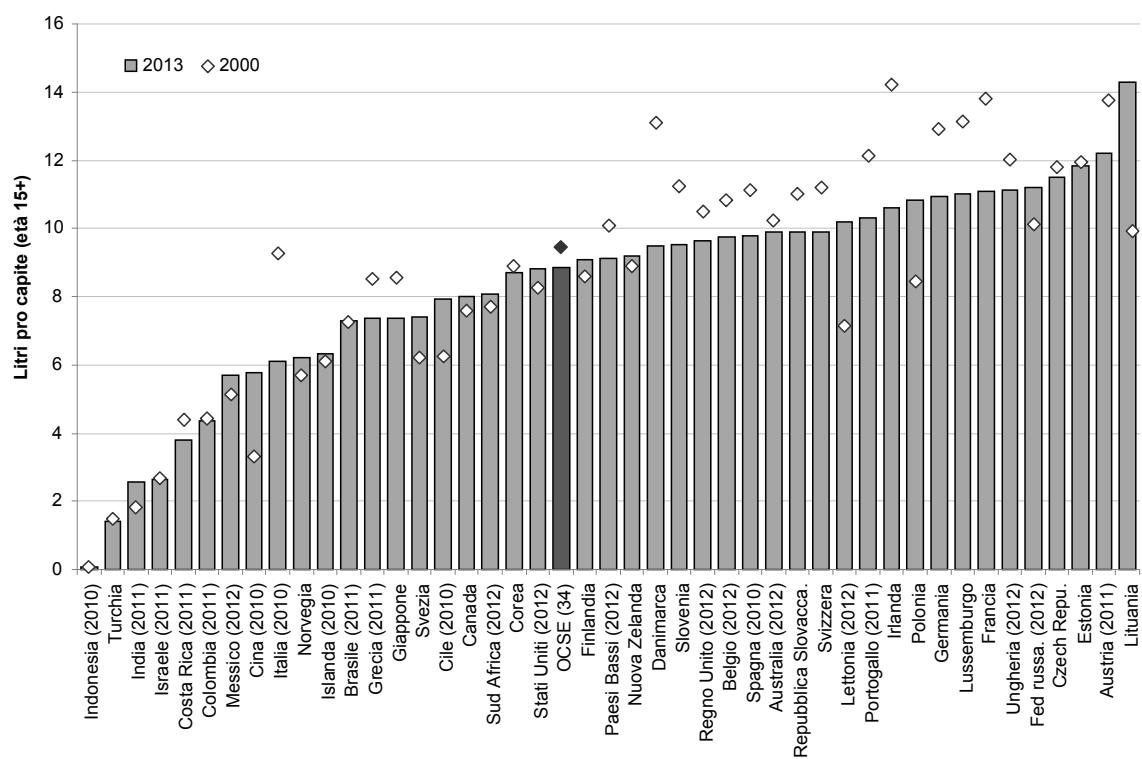


Figura 3. Consumo di alcol tra gli adulti, 2000 e 2013 (o anni più vicini)
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati OCSE

Sebbene il consumo medio di alcol sia gradualmente diminuito in molti Paesi OCSE dal 2000, si registra tuttavia un incremento in Polonia, Svezia e Norvegia, oltre che in Lettonia, in Lituania e nella Federazione Russa.

L'analisi condotta dell'OCSE a livello nazionale sulle modalità di consumo mostra inoltre che:

- il consumo a rischio e il consumo episodico eccessivo sono comportamenti in aumento particolarmente nelle fasce giovanili e tra le donne;

- gli uomini con un basso livello economico consumano alcol in quantità eccessive più frequentemente di quelli con un livello economico più elevato;
- le donne con un basso livello economico consumano alcol in quantità eccessive più raramente rispetto a quelle con un livello economico più elevato.

In un altro studio, le stime sulla quantità di alcol consumata sono state basate sui dati rilevati attraverso recenti indagini nazionali sulla salute condotte in 13 Paesi OCSE (non tengono conto dei consumi *unrecorded* cioè non rilevati attraverso le statistiche ufficiali, ad esempio le bevande alcoliche prodotte in casa). Nonostante le difficoltà riscontrate nella standardizzazione delle definizioni utilizzate, un'analisi condotta in alcuni Paesi dall'OCSE (12), mostra che il consumo di bevande alcoliche tende ad essere concentrato nel 20% della popolazione che beve di più con qualche variazione tra Paesi; il 20% dei forti bevitori in Ungheria, ad esempio, consumano circa il 90% di tutto l'alcol consumato, mentre in Francia la quota è pari a circa il 50% (Figura 4).

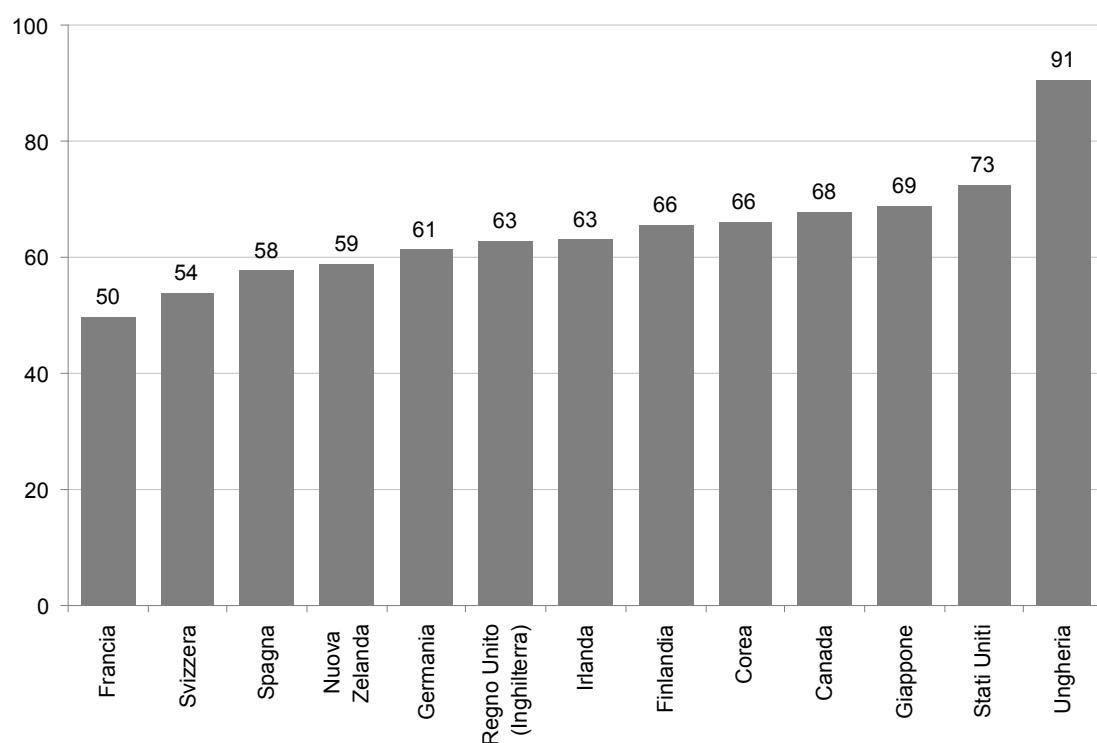


Figura 4. Alcol (%) consumato dal 20% della popolazione che beve più, anno 2012 (o più vicino)

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

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-CNESPS dell'ISS, come ogni anno (13), ha analizzato anche per il 2014 le basi di dati nazionali dell'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (10) in ottemperanza a quanto stabilito nel Programma Statistico Nazionale 2014-2016, aggiornamento 2015-2016 (14) e nel Progetto CCM approvato dal Ministero della Salute denominato SISMA. L'ONA-CNESPS avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate a livello europeo e internazionale fornisce ogni anno un quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di salute pubblica. Le analisi condotte dall'ONA-CNESPS hanno l'obiettivo di integrare le elaborazioni annuali fornite dalla statistica in breve pubblicata dall'ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2015" (15) con la finalità condivisa di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, in grado di fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini. I dati di seguito presentati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale.

Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)

Nel corso del 2014 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più, pari a oltre 34 milioni di persone, con prevalenza maggiore tra i maschi (76,6%) rispetto alle femmine (50,4%); di questi, il 22,1% (12 milioni e 20 mila persone) beve quotidianamente (33,8% M e 11,1% F). La quota complessiva dei consumatori nel 2014 si presenta in lieve calo (-0,8 punti percentuale, p.p.) rispetto a quella dell'anno precedente Figura 5 (13).

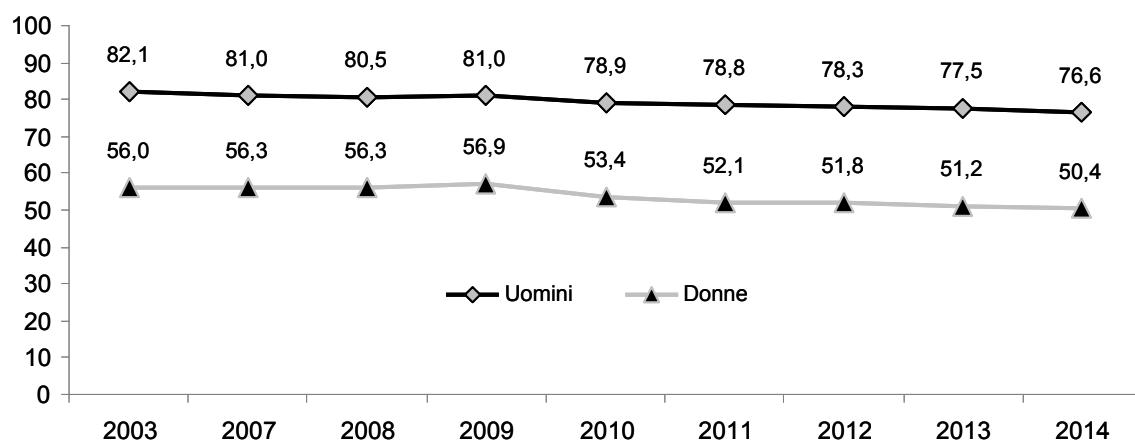


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere (2003, 2007-2014)

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

A fronte di una tendenza alla diminuzione registrata rispetto al 2007 (M: -4,4 punti percentuali; F: -5,9), la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 si mantiene pressoché stabile rispetto all'anno precedente sia tra gli uomini che tra le donne.

L'analisi per classi di età (Figura 6) evidenzia, rispetto all'anno 2007, una diminuzione dei consumatori sia tra i giovani (M: -13,1 punti percentuali; F: -8,0) che tra gli adulti (M: -4,3; F: -6,0), mentre tra gli anziani il valore è rimasto stabile per entrambi i generi.

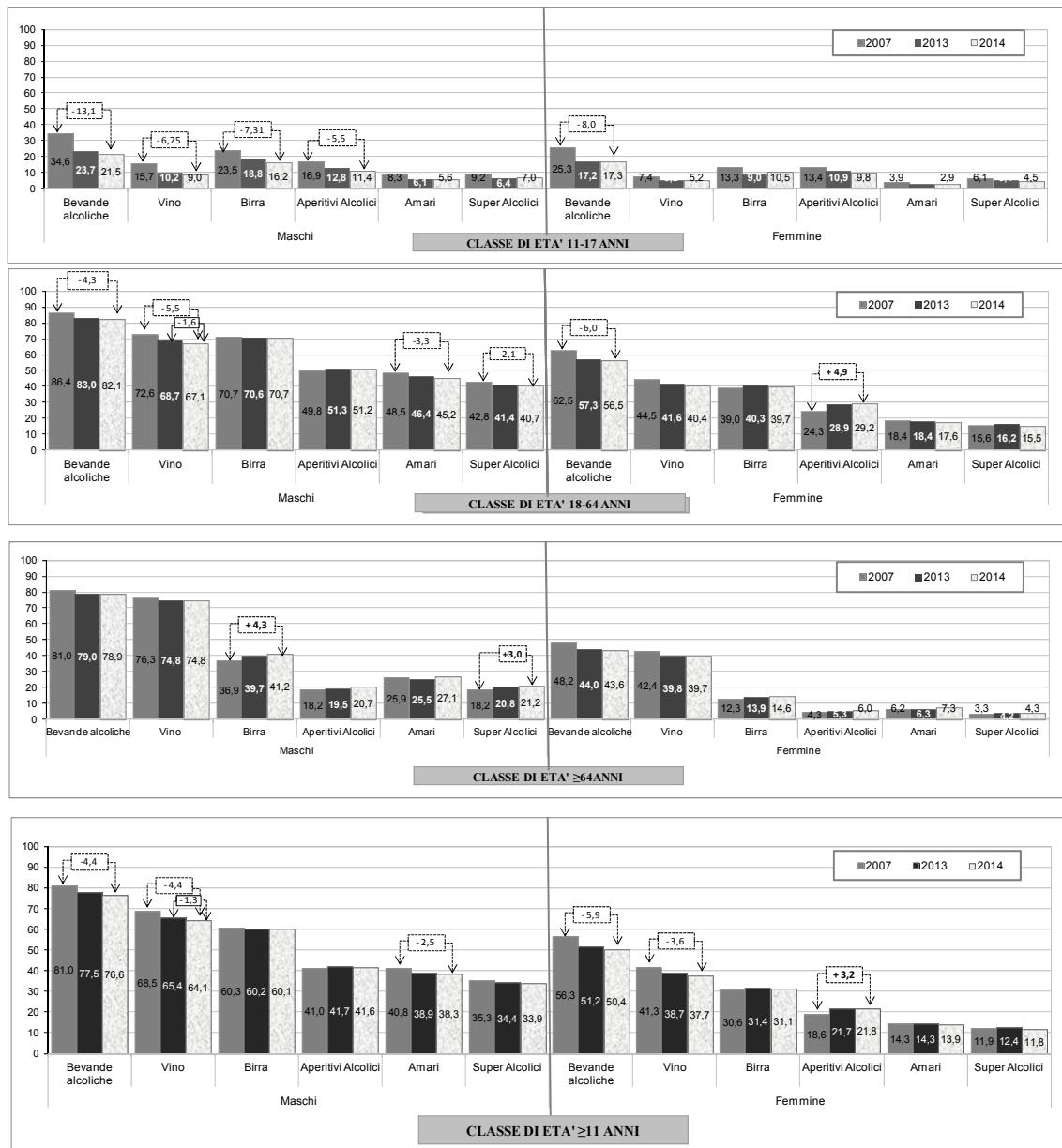


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2007, 2012-2014)

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

Nel 2014 la prevalenza dei consumatori di vino è diminuita rispetto al 2007 sia per le donne (-3,6 p.p.) che per gli uomini (-4,4 p.p.) e in quest'ultimo caso si registra una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori anche rispetto alla precedente rilevazione, pari a 1,3 punti percentuali. L'analisi per classi di età mostra che tra gli uomini la diminuzione rispetto al 2007 è significativa anche per i giovani di 11-17 anni (-6,7 p.p.) e gli adulti 18-64enni (-5,5 p.p.) (*vedi Figura 6*).

Oltre 24 milioni e 500 persone di età superiore a 11 anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2014 con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile doppia rispetto a quella femminile (60,1% versus 31,1% rispettivamente) (*vedi Figura 6*). Tra gli uomini nonostante una diminuzione di 7,3 p.p. rilevata tra gli adolescenti si registra, rispetto all'anno 2007, un incremento pari a 4,3 punti percentuali; tra le non si osservano invece variazioni significative rispetto agli anni precedenti (*vedi Figura 6*).

Gli aperitivi alcolici sono consumati, nel 2014, da circa 17 milioni di persone di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra gli uomini (41,6%) è inferiore a quella tra le donne (21,8%) (*vedi Figura 6*). La percentuale di consumatori di sesso maschile di questo tipo di bevanda è rimasta stabile sia rispetto al 2007 che rispetto alla precedente rilevazione mentre tra le donne si registra rispetto al 2007 un incremento significativo delle consumatrici pari a 3,2 punti percentuali; l'incremento è risultato significativo anche nella classe di età 18-64 anni (+4,9 p.p.) (*vedi Figura 6*).

Gli amari risultano essere consumati, nel 2014, dal quasi 14 milioni di persone di età superiore a 11 anni e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 38,3%; F: 13,9%) (*vedi Figura 6*). Tra gli uomini si conferma rispetto al 2007 una diminuzione significativa della prevalenza dei consumatori di amari pari a 2,5 p.p. nella popolazione di età superiore a 11 anni e di -3,3 p.p. nella fascia di età adulta (18-64 anni). Per entrambi i generi non si registrano cambiamenti significativi rispetto all'ultima rilevazione (*vedi Figura 6*).

I liquori e i superalcolici risultano essere consumati, nel 2014, da oltre 12 milioni di persone di età superiore a 11 anni, pari al 33,9% degli uomini e al 11,8% delle donne (*vedi Figura 6*). Per entrambi i generi e per tutte le classi di età considerate non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto all'ultima rilevazione ma si evidenzia tra gli uomini adulti una diminuzione di 2,1 p.p. e un incremento dei consumatori anziani pari a 3 p.p. (*vedi Figura 6*).

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Il carico di malattie legate al consumo dannoso di alcol è notevole in molte parti del mondo, sia in termini di morbilità che di mortalità (2, 12, 16). Il consumo di alcol produce conseguenze dannose per la salute e conseguenze sociali per il bevitore, tra cui un aumento del rischio di una serie di tumori (17-18) dell'ictus e della cirrosi epatica. L'esposizione del feto all'alcol aumenta il rischio di difetti alla nascita e deficit cognitivi. L'alcol infine contribuisce alla morte e all'invalidità a causa degli incidenti, di lesioni, aggressioni, violenza, omicidi e suicidi (19). Si stima che l'alcol sia la causa ogni anno di oltre 3,3 milioni di morti in tutto il mondo, e contribuisca al 5,1% del globale carico di malattia (2). Il consumo di alcol ha infine conseguenze sociali dovute alla perdita di produttività lavorativa a causa dell'assenteismo e della mortalità prematura, anche a causa delle lesioni e della morte dei non bevitori (es. a causa di incidenti stradali causati da conducenti sotto l'influenza di alcol).

L'alcol non è più considerato un nutriente (e ciò è stato riportato nel "Glossario di alimentazione e nutrizione umana" edito della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione nel 2014 (20) perché apporta sì calorie ma inutili, in quanto non "ha un ruolo definito nei processi fisiologici e nel metabolismo dell'organismo umano. Sono nutrienti: acqua, proteine - peptidi - aminoacidi, carboidrati, grassi, minerali e vitamine". Fibra alimentare e alcol sono sostanze sono infatti considerati non nutrienti di interesse nutrizionale.

Le Linee Guida per una sana alimentazione, di prossima pubblicazione, rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali sanitarie e alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. Esse hanno come target principale e privilegiato il consumatore, per orientarlo verso scelte consapevoli e idonee alla prevenzione di patologie croniche e al raggiungimento di un buono stato di salute. Le linee guida rappresentano la traduzione dei Livelli di assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN) (20) i quali ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche (UA) ove una UA è pari, in Italia, a 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

Diversi studi nel corso degli ultimi anni hanno evidenziato un aumento del rischio, se pure limitato, anche con una quantità di etanolo che rientra nel cosiddetto consumo a basso rischio, cioè pari a 10 g/die.

Sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono quindi state individuate le soglie di consumo di bevande alcoliche che si consiglia di non superare abitualmente per non incorrere in problemi per la salute. I nuovi limiti, basati sulle valutazioni pubblicate nel 2014 dai nuovi LARN (20), già acquisite dal Ministero della Salute, stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*).

Sotto i diciotto anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il

consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata.

Dall'anno 2003 il questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana permette di calcolare il numero di UA di vino e birra consumate giornalmente dalle persone e inoltre, dal 2007 quelle sul numero di UA di liquori super alcolici consumati giornalmente.

Dal 2007 è quindi possibile, il calcolo del numero complessivo di UA consumate, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata e individuare la prevalenza degli adulti che superavano i limiti raccomandati per non incorrere in rischi per la salute, sulla base del sesso e della classe di età.

È importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2014, il 15,5% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.800.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M: 46,9%; F: 39,5%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (Figura 7).

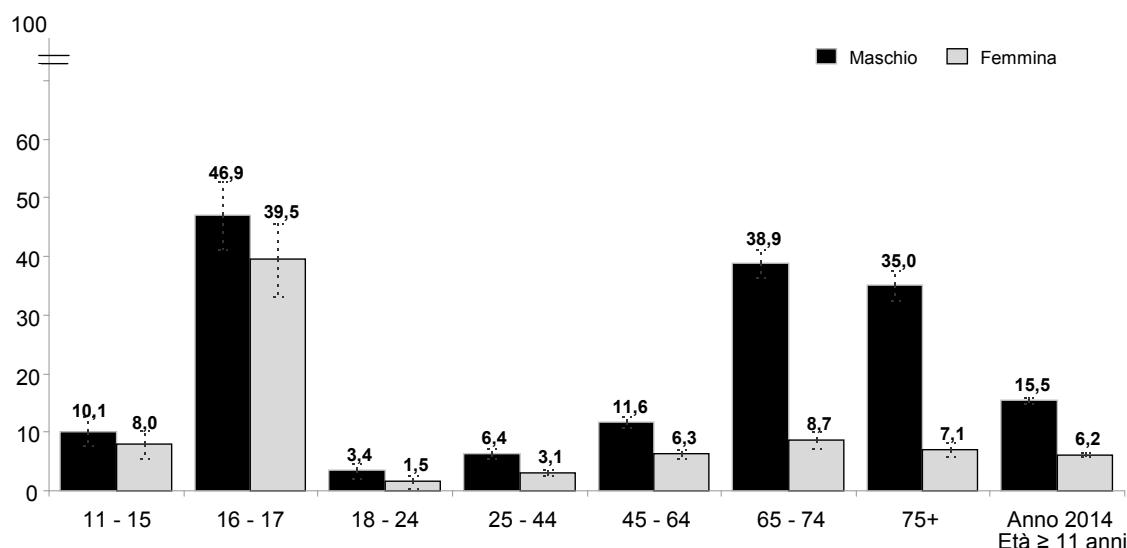
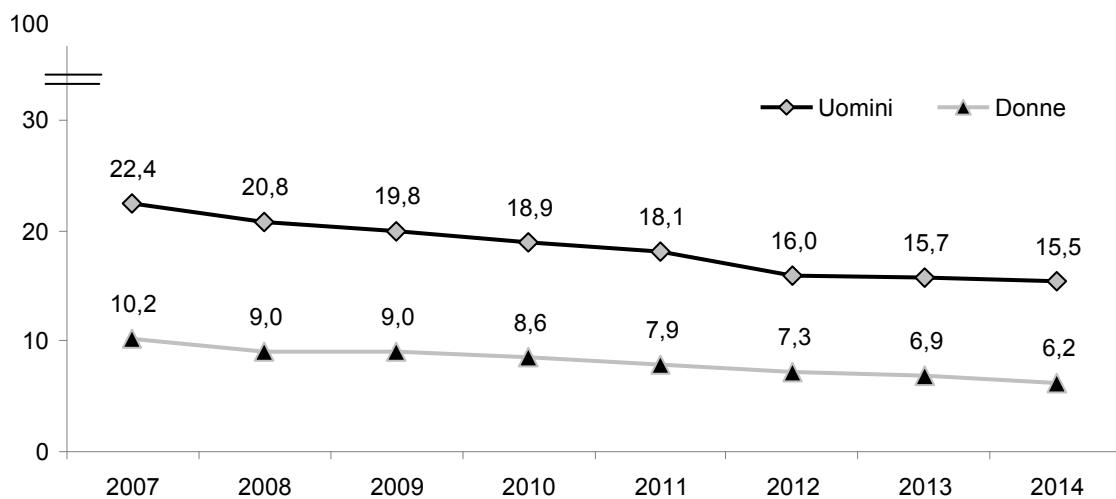


Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere ed età (2014)

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

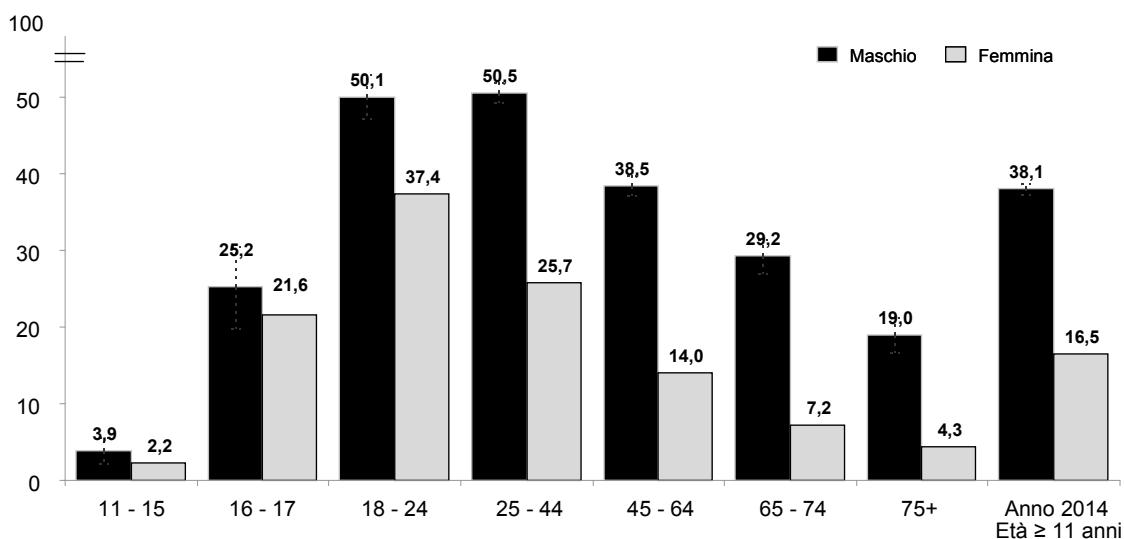
L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari condotta separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2014. La diminuzione è stata più consistente tra gli uomini (M=-6,9 p.p.) sebbene nel corso dell'ultimo anno per questi ultimi non si sono rilevate differenze significative; tra le donne invece la diminuzione rispetto al 2007 è stata pari a 4 p.p. ma nel corso dell'ultimo anno si è registrata una diminuzione pari a 0,7 p.p. (Figura 8).

**Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) abituali eccedenti per genere (2007-2014)**

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

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2014 il 38,1% degli uomini e il 16,5% delle donne, pari a circa quattordici milioni e cinquecento persone di età superiore a 11 anni (Figura 9).

**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2014)**

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

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=50,1% e 25-44=50,5%); tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (37,4%); per entrambi i sessi, oltre tali età, le percentuali diminuiscono nuovamente. Le classi di età con percentuali più basse sono quelle al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi, a cui si aggiunge quella delle ultra 75enni per le donne.

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali le differenze non risultano significative (Figura 9).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che rispetto all'anno 2007 la prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli uomini ha subito delle oscillazioni nel corso degli anni mentre è significativamente aumentata nel corso dell'ultimo anno di +1,5 punti percentuali; tra le donne invece si registra rispetto all'anno 2007 un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto pari a +2,0 punti percentuali ma l'indicatore è rimasto pressoché stabile rispetto all'anno 2013 (Figura 10).

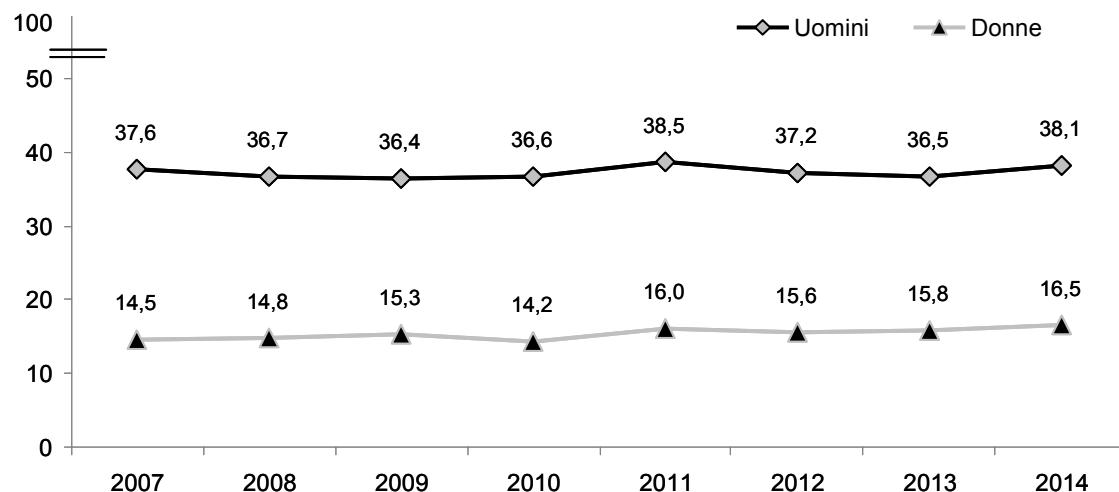


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥14 anni) di vino o alcolici fuori pasto (2007-2014)

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

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche caratteristica delle fasce di popolazione giovanile (sebbene non esclusiva) e sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa. Con questo termine si vuole normalmente identificare una modalità di “consumo eccessivo episodico” concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo.

In Italia questo tipo di comportamento è da molti anni rilevato dall'ISTAT attraverso l'indagine Multiscopo sulle famiglie come un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche

(un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal genere, concentrato in un'unica occasione di consumo.

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, compresa l'Italia, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata “Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (*binge drinking*) (2014-2016)” (21) che si concluderà il prossimo anno e che identifica sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani. Nel documento una particolare enfasi è posta sulla necessità di ridurre gli episodi di *binge drinking*, l'accessibilità e la disponibilità di bevande alcoliche, l'esposizione alle pubblicità e al marketing legato all'alcol, di ridurre i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza, di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, e infine di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

L'assunzione di alcol in quantità eccessive e concentrate, aumentando l'euforia e la disinibizione degli individui, in particolare modo nella fascia di popolazione adolescenziale, espone a seri danni per la salute a causa di intossicazioni che causano, nel migliore dei casi vuoti di memoria, cefalee, forti nauseae fino, nel peggiore dei casi, al coma etilico.

La modalità di consumo episodica concentrata espone le persone ad un rischio per la salute sia nell'immediato (es. con un incidente stradale) che nel corso della vita causando danni cronici.

Oltre ai rischi diretti per la salute inoltre, un consumo eccessivo di alcol può provoca disturbi della sfera emotivo-relazionale interpersonale, lavorativa, familiare e affettiva e determina spesso fenomeni di violenza, di aggressività o incidenti stradali (fatali o meno) specie nella fascia di popolazione più giovane (21).

A partire dall'anno 2003 l'ISTAT in accordo con l'ISS ha introdotto nel questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie una domanda specifica sul consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, e a decorrere da quell'anno è stato possibile monitorare la prevalenza dei consumatori *binge drinking* nella popolazione.

I dati mostrano che nel 2014, il 10,0% degli uomini e il 2,5% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, che corrispondono ad oltre 3.300.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione.

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,0%; F=7,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere i valori minimi nell'età anziana (M=2,1%; F=0,3%). La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età (Figura 11).

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne.

Rispetto alla precedente rilevazione inoltre non si registrano variazioni statisticamente significative né tra gli uomini né tra le donne (Figura 12).

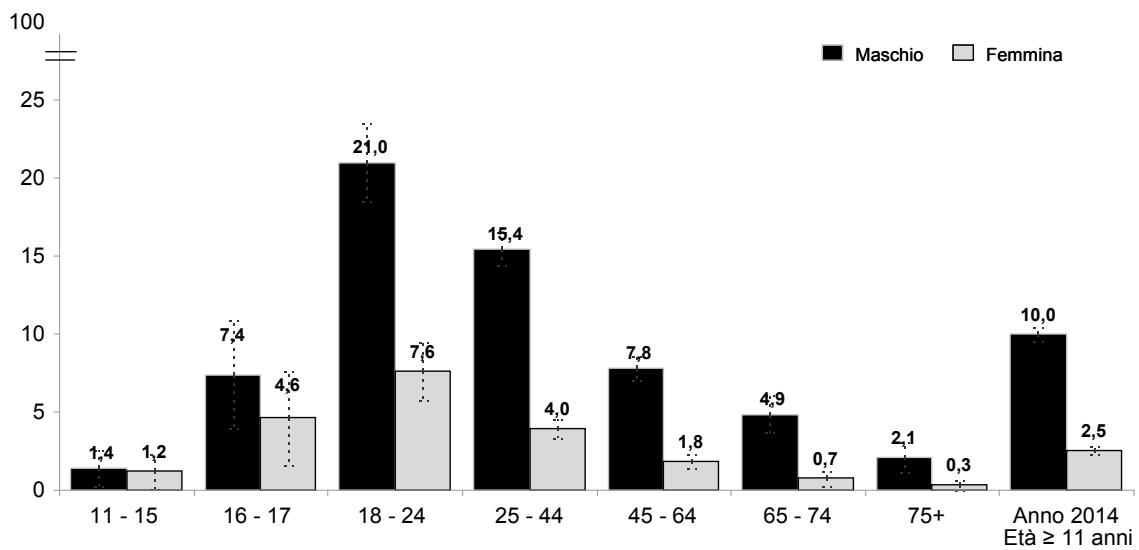


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2014)

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

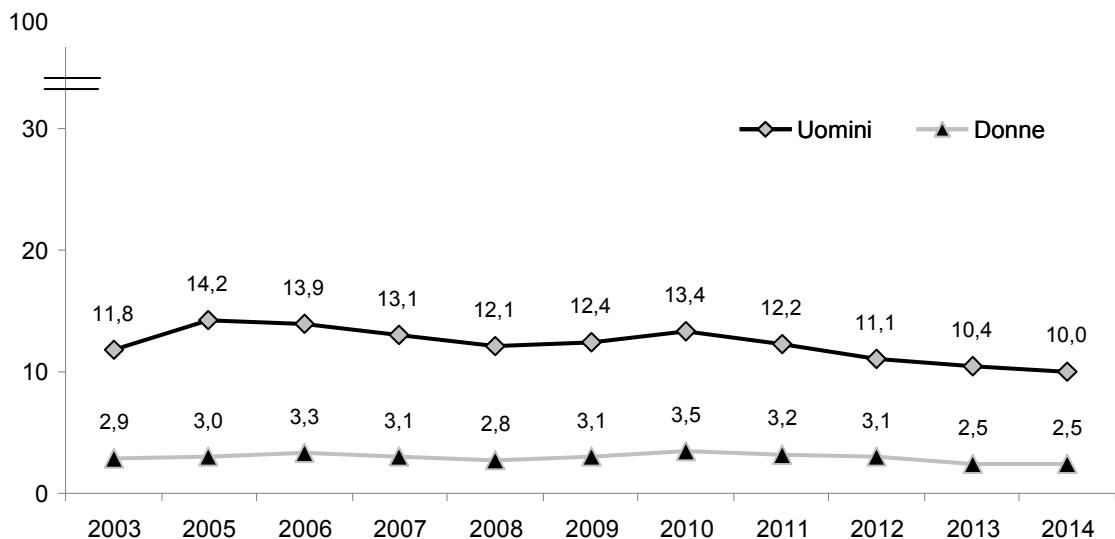


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003; 2005-2014)

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

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Le quantità di alcol da non superare per non incorrere in rischi per la salute sono continuamente diminuite nel corso degli ultimi quaranta anni. Ad oggi tutte le strategie comunitarie e i piani d'azione della WHO (22-25) ribadiscono che non si può parlare, in una prospettiva di salute pubblica, di soglie, di livelli raccomandabili o “sicuri”, dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza. Sono infatti molteplici i parametri da prendere in considerazione per una corretta valutazione dei rischi: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche. Tutte queste variabili sono state recepite dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) (20) e saranno utilizzate per la definizione delle nuove linee guida nazionali per una sana alimentazione (in corso di pubblicazione a cura del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'analisi dell'economia agraria CRA-NUT).

Alla luce di tali indicazioni, l'ONA-CNESPS, tenendo conto anche delle indicazioni della WHO e della Società Italiana di Alcologia (SIA), ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale, quotidiano eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*. Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e un'analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore.

Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi; di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2014 del 22,7% per uomini e dell'8,2% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.300.000 individui ($M=6.000.000$, $F=2.300.000$) che nel 2014 non si sono attenuti alle nuove indicazioni di salute pubblica (Figura 13).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni, $M=46,9\%$, $F=39,5\%$ (che non dovrebbero consumare bevande alcoliche), e quella degli uomini “giovani anziani”, cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (Figura 13).

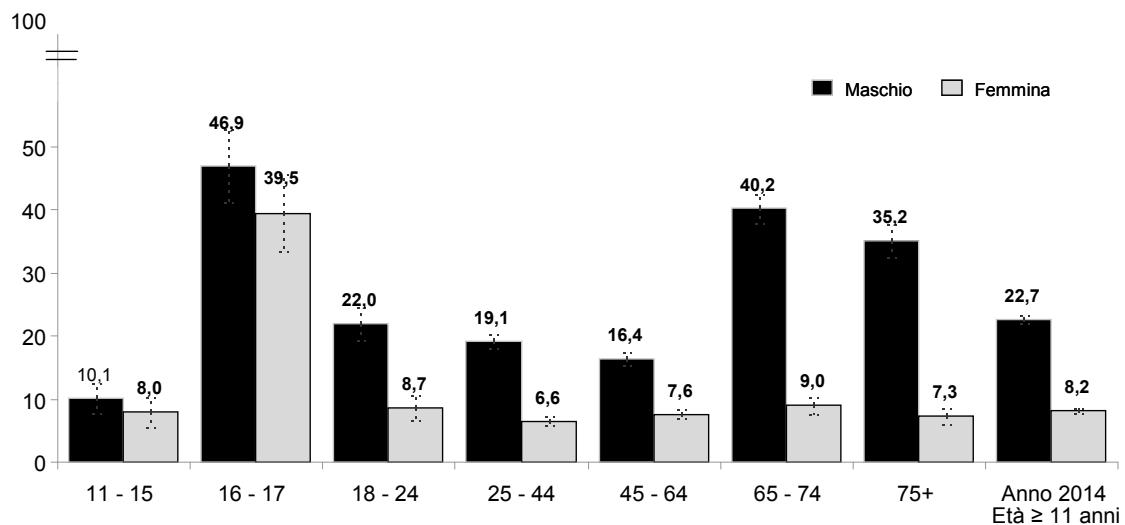


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2014)

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

Al fine di valutare l'andamento nel tempo dell'indicatore di sintesi utilizzato dal 2013, separatamente per i due sessi, è stata effettuata un'analisi della popolazione di età superiore a undici 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 oltre che di vino e birra, anche delle altre bevande alcoliche. Complessivamente la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2007 di circa 6,1 punti percentuali (p.p.) ($M=-7,9$ p.p., $F=-4,4$ p.p.) di cui 0,7 nel corso dell'ultimo anno. L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi ($M=-7,2$ p.p.; $F=-3,7$ p.p.) e che la diminuzione più consistente si è registrata tra il 2011 e il 2012 (Figura 14).

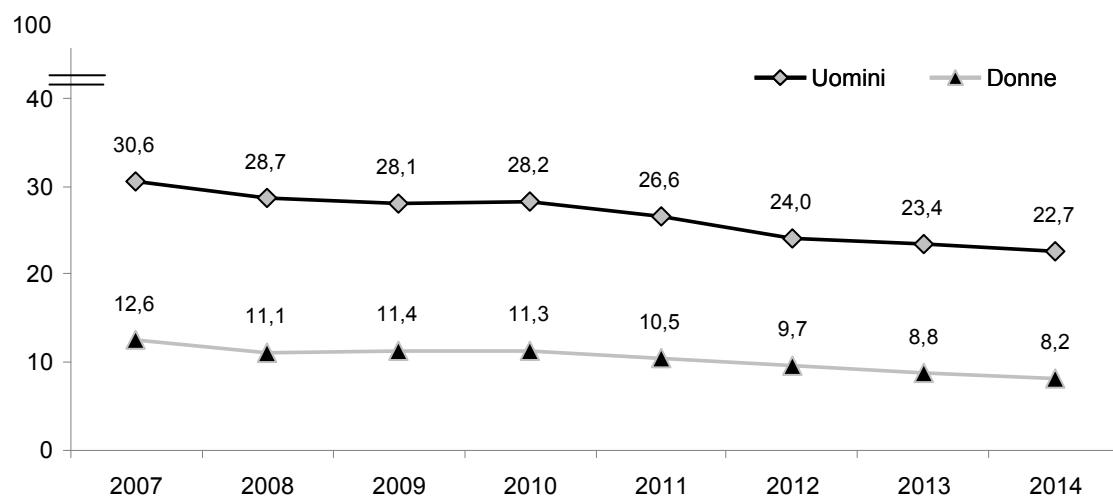


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori (≥11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2014)

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

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

Tra le attività previste dalla Legge 125/2001 e dal PNAS (Piano Nazionale Alcol e Salute) (26) grande importanza assume il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. In linea con questa premessa, ogni regione ha il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di Monitoraggio su Alcol e Salute per analizzare l’andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell’implementazione del PNAS; per sostenere le Regioni e a seguito dell’inserimento nel Piano Statistico Nazionale 2011-2013, 2014-2016 e approvata anche per gli anni 2017-2019 della statistica derivata ISS-00034 (27) “Monitoraggio dell’impatto del consumo di alcol sulla salute in Italia in supporto all’implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)”, il Ministero della Salute ha approvato un progetto CCM denominato SISMA, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. Parte dei risultati del progetto CCM vengono presentati in questo capitolo al fine di fornire una valutazione del rischio alcol-correlato a livello territoriale e delle tendenze temporali.

Italia nord-occidentale

Nell’anno 2014 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 76,8% tra gli uomini e al 52,7% tra le donne. Nel corso dell’ultimo anno non si rilevano variazioni significative della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche e il valore tra le donne risulta superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di birra (57,9%) e di amari (35,0%) tra gli uomini è inferiore alla media nazionale. Non si rilevano infine variazioni significative delle prevalenze dei consumatori delle diverse tipologie di bevande rispetto alla precedente rilevazione ne tra gli uomini ne tra le donne.

L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest’area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio (criterio ISS) superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2013 (Tabella 1-2).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 77,3% tra gli uomini e al 54,1% tra le donne; per queste ultime il valore risulta superiore al dato medio nazionale ed è aumentato rispetto al 2013 di 4,8 punti percentuali (p.p.). L’analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che le consumatrici di vino, di birra e di aperitivi alcolici sono aumentate rispetto al 2013 rispettivamente di 4,5 p.p., 4,2 p.p. e 3,9 p.p.; risulta inoltre inferiore al dato nazionale tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra e amari.

L’analisi dei comportamenti a rischio mostra valori superiori alla media nazionale per entrambi i sessi della prevalenza dei *binge drinker* e dei consumatori a rischio per il criterio ISS oltre alla prevalenza dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini e delle consumatrici fuori parto per le donne, queste ultime peraltro aumentate rispetto al 2013 di 3,9 p.p. (Tabella 1-2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2014)

| Regione | Consumatori di bevande alcoliche (%) | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|----------------|--------|---|---|
| | Vino | | Birra | | Aperitivi alcolici | | Amari | | Super alcolici | | | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Italia nord-occidentale | 64,4 | 41,2 | 57,9 | 30,4 | 42,4 | 23,3 | 35,0 | 13,2 | 35,7 | 13,1 | | |
| Piemonte | 66,2 | 41,6 ↗ | 56,9 | 31,9 ↗ | 40,5 | 23,1 ↗ | 35,3 | 15,2 | 33,9 | 13,1 | | |
| Valle d'Aosta | 74,0 | 43,4 | 67,9 | 31,0 | 52,5 | 31,3 | 41,1 | 14,4 | 38,3 | 17,9 | | |
| Lombardia | 63,3 | 40,8 | 58,7 | 29,3 | 43,4 | 23,4 | 34,9 | 12,2 | 36,3 | 12,9 | | |
| Liguria | 65,5 | 42,5 | 54,8 | 32,4 | 40,5 | 22,6 | 34,3 | 13,2 | 36,1 | 13,8 | | |
| Italia nord-orientale | 67,5 | 44,9 | 61,5 | 34,3 | 42,6 | 26,4 | 33,6 | 14,4 | 35,2 | 14,6 | | |
| PA Bolzano | 64,2 | 48,7 | 67,7 | 37 | 45,9 | 41,0 | 38,6 | 33,2 | 44,4 | 26,2 | | |
| PA Trento | 65,3 | 42,1 | 66,1 | 37,6 | 47 | 31,7 | 34,3 | 12,3 | 37,5 | 16,3 | | |
| Veneto | 66,2 | 41,7 | 58,9 | 32,7 | 45,7 | 27,4 | 32,9 | 13,9 | 34,3 | 13,2 | | |
| Friuli-Venezia Giulia | 67,7 | 48,8 | 69,0 ↗ | 42,1 ↗ | 44,5 | 31,3 | 35,3 | 15,2 | 36,5 | 15,2 | | |
| Emilia Romagna | 69,5 | 47,4 | 61,0 | 33,1 | 37,6 | 21,7 | 33,2 | 12,9 | 34,5 | 14,5 | | |
| Italia centrale | 63,9 | 38,2 | 58,6 | 31,0 | 41,7 | 21,2 | 36,4 | 10,8 | 33,9 | 11,0 | | |
| Toscana | 64,7 ↘ | 41,1 | 56,2 | 31,2 ↘ | 39,3 | 21,0 | 28,2 ↘ | 8,0 ↘ | 33,0 | 10,7 | | |
| Umbria | 65,2 ↘ | 42,3 | 57,4 | 30,1 | 40,8 | 22,4 | 40,1 | 12,5 | 33,5 | 11,9 | | |
| Marche | 65,6 | 43,2 | 57,5 | 31,9 | 37,5 | 21,9 | 36,3 ↗ | 11,4 | 34,8 | 14,2 | | |
| Lazio | 62,7 | 34,3 | 60,7 | 30,9 | 44,5 | 21,0 | 41,1 | 12,3 ↘ | 34,3 | 10,3 ↘ | | |
| Abruzzo | 64,8 | 32,6 | 65,7 | 29,9 | 47,3 | 21,1 | 47,7 | 14,1 | 34,7 | 10,9 | | |
| Molise | 66,5 | 31,4 | 63,8 | 29,0 | 44,7 | 19,8 | 43,8 | 15,6 ↗ | 34,7 | 11,9 | | |
| Italia meridionale | 63,1 | 31,4 | 62,2 | 29,5 | 40,5 | 17,2 | 46,8 | 16,2 | 32,5 | 10,1 | | |
| Campania | 63,4 | 32,3 | 61,0 | 29,2 | 42,5 | 17,0 | 46,7 | 15,9 | 33,0 | 10,1 | | |
| Puglia | 61,0 | 30,8 | 62,3 | 30,1 | 35,7 | 16,2 | 48,2 | 19,4 | 32,1 | 10,9 | | |
| Basilicata | 60,3 | 28,3 | 58,2 | 21,4 | 38,2 | 14,8 | 41,0 | 11,7 | 30,1 | 7,9 | | |
| Calabria | 65,4 | 30,4 | 64,1 | 31,1 ↘ | 39,8 ↘ | 17,2 | 46,1 ↘ | 13,6 ↘ | 30,4 ↘ | 8,2 | | |
| Italia insulare | 60,1 | 28,9 | 61,6 | 31,2 | 40,4 | 20,9 | 40,1 | 15,1 | 30,5 | 9,1 | | |
| Sicilia | 59,7 | 27,6 | 60,5 | 31,0 | 40,6 | 21,2 ↗ | 40,3 | 15,2 | 29,9 | 7,9 | | |
| Sardegna | 61,3 | 32,8 | 64,7 | 31,7 | 39,8 | 19,8 | 39,2 | 15,1 | 32,5 | 12,6 | | |
| Italia | 64,1 ↘ | 37,7 | 60,1 | 31,1 | 41,6 | 21,8 | 38,3 | 13,9 | 33,9 | 11,8 | | |

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2013

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2013



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

Tabella 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2014)

| Regione | Consumatori di bevande alcoliche (%) | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------|----------------------|-------|-------------|--------|---------------|------|---------------------------|-------|---|---|
| | tutte le bevande alcoliche | | abituale eccedentari | | fuori pasto | | binge drinker | | a rischio (criterio ISS*) | | M | F |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| Italia nord-occidentale | 76,8 | 52,7 | 17 | 7,5 | 41,6 | 19,4 | 10,9 | 3,0 | 24,5 | 9,9 | | |
| Piemonte | 77,3 | 54,1 ↗ | 18,2 | 7,1 | 37,1 | 19,3 ↗ | 12,2 | 4,1 | 26,3 | 10,5 | | |
| Valle d'Aosta | 83,6 | 56,1 | 19,4 | 9,9 | 55,7 | 24,4 | 15,4 | 4,3 | 30,6 | 13,2 | | |
| Lombardia | 76,8 | 52,2 | 16,2 | 7,5 | 44,2 ↗ | 19,4 | 10,9 | 2,7 | 23,9 | 9,5 | | |
| Liguria | 75,2 | 52,3 | 18,0 | 8,7 | 37,2 | 19,1 | 7,5 | 1,5 | 22,8 | 9,9 | | |
| Italia nord-orientale | 78,3 | 56,3 | 17 | 7,2 | 45,9 | 23,9 | 12,9 | 3,8 | 26,7 | 10,3 | | |
| PA Bolzano | 81,1 | 68,8 | 13,6 | 9,2 | 61,7 | 39,5 | 25,5 | 10,4 | 34,2 | 18,2 | | |
| PA Trento | 79,4 | 58,6 | 18,0 | 4,5 | 55,6 | 27,6 | 17 | 4,8 | 30,4 | 9,0 | | |
| Veneto | 77,3 | 54,1 ↘ | 17,8 | 6,9 | 46,8 | 23,2 | 14,5 | 3,2 | 28,7 | 9,2 | | |
| Friuli-Venezia Giulia | 80,2 | 62,6 | 18,3 | 8,2 | 56,4 | 30 | 17,7 | 4,0 | 31,2 | 11,1 | | |
| Emilia Romagna | 78,5 | 55,2 | 16,1 | 7,5 | 39,0 | 20,8 | 7,8 ↘ | 3,7 | 21,9 ↘ | 10,6 | | |
| Italia centrale | 75,3 | 50,2 | 15,2 | 6,3 | 35,7 | 14,7 | 7,4 | 1,8 | 20,8 | 7,6 | | |
| Toscana | 74,0 | 51,4 ↘ | 17,7 | 7,5 | 36,9 | 15,5 | 8,7 | 2,4 | 24,0 | 9,3 | | |
| Umbria | 75,6 ↘ | 52,6 | 15,9 | 6,8 | 31,2 | 14,8 | 7,4 | 2,1 | 21,8 | 8,5 | | |
| Marche | 75,5 | 53,7 | 16,0 | 7,0 | 36,1 ↗ | 17,4 | 6,2 | 2,0 | 20,6 | 8,3 | | |
| Lazio | 76,0 | 48,1 | 13,3 | 5,2 | 35,4 | 13,5 | 6,9 | 1,4 | 18,5 | 6,2 | | |
| Abruzzo | 79,8 | 45,9 | 17,0 | 4,4 | 42,0 | 14,9 | 13,1 | 3,2 | 25,9 | 7,3 | | |
| Molise | 78,7 | 44,4 | 19,6 | 4,9 | 43,4 | 13,1 | 17,9 | 1,6 | 31,2 | 6,2 | | |
| Italia meridionale | 77,1 | 45,1 | 14,7 | 4,5 | 30,7 | 11,1 | 8,5 | 1,9 | 20,4 | 6,0 | | |
| Campania | 76,3 | 44,4 | 13,3 | 4,1 ↘ | 29,4 | 11,6 | 7,6 | 1,6 | 18,5 | 5,3 ↘ | | |
| Puglia | 77,7 | 47,2 | 16,2 | 5,8 | 26,2 | 10,2 | 6 | 1,4 | 20,4 | 6,8 | | |
| Basilicata | 75,6 | 40,7 | 18,7 | 3,9 | 35,7 | 10,3 | 14,7 | 2,7 | 25,0 | 6,1 | | |
| Calabria | 76,7 | 43,9 ↘ | 11,9 | 3,6 | 32,4 | 8,6 | 10,0 | 2,6 | 19 | 5,7 | | |
| Italia insulare | 74,3 | 45,6 | 11,3 | 4,4 | 35,3 | 11,4 | 10,6 | 2,0 | 19,2 | 6,2 | | |
| Sicilia | 73,2 | 44,6 | 9,9 | 4,3 | 31,5 | 9,7 | 8,1 | 1,5 | 15,8 | 5,5 | | |
| Sardegna | 77,5 | 48,6 | 15,6 | 4,8 | 46,1 | 16,2 | 17,9 | 3,7 | 29 | 8,2 | | |
| Italia | 76,6 | 50,4 | 15,5 | 6,2 ↘ | 38,1 ↗ | 16,5 | 10,0 | 2,5 | 22,7 | 8,2 | | |

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2013

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2013



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

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è stata dell'83,6% tra gli uomini e 56,1% tra le donne ed è superiore alla media nazionale per entrambi i generi, come la prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici; sono inoltre superiori al dato nazionale la prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile e delle consumatrici di super alcolici.

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

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è stata del 76,8% tra gli uomini e 52,2% tra le donne e non si rilevano differenze statisticamente significativa rispetto alla rilevazione precedente. Tra gli uomini risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre tra le donne risulta superiore alla media nazionale la prevalenza di consumatrici di vino.

L'analisi sulle abitudini di consumo mostra valori al di sopra della media nazionale della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontane dai pasti sia tra le donne che tra gli uomini e per questi ultimi il valore risulta aumentato di 4,1 p.p. rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1-2).

Liguria

I consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e delle diverse tipologie di bevande nel 2014 sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione (M: 75,2%; F: 52,3%). È superiore alla media italiana la prevalenza delle consumatrici di vino mentre risultano inferiori alla media italiana quelle dei consumatori di birra e amari.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra un dato di prevalenza superiore alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari di sesso femminile e viceversa un valore inferiore alla media degli uomini che consumano in modalità *binge drinking* (vedi Tabella 1-2).

Italia nord-orientale

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord orientale sono quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è stata pari al 78,3% tra gli uomini e al 56,3% tra le donne e il valore è rimasto stabile rispetto al 2013. Le prevalenze rilevate per entrambi i generi risultano più elevate della media nazionale (per le donne le più elevate rispetto a qualsiasi altra realtà territoriale). La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i sessi così come quella di birra e aperitivi alcolici tra le donne sono le più elevate di tutte le altre realtà territoriali italiane. L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che gli indicatori sono tutti superiori al dato medio nazionale e che la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto per entrambi i sessi e dei

consumatori *binge drinking* per i soli maschi sono i più elevati di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (*vedi* Tabella 1-2).

Provincia Autonoma di Bolzano

Per il terzo anno consecutivo nel 2014 la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risulta la più elevata di tutte le regioni italiane (68,8%) così come quella delle consumatrici di aperitivi alcolici (41,0%), di amari (33,2%) e superalcolici (26,2%); sempre tra le donne risultano inoltre superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatrici di vino e birra. Tra gli uomini la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica, così come quella dei consumatori di birra e aperitivi alcolici e superalcolici risulta più elevata della media nazionale. I dati che si riferiscono alle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano per entrambi i sessi i valori più elevati di tutte le altre realtà territoriali della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche in modalità *binge drinking* (M: 25,5%; F: 10,4%) e delle consumatrici fuori pasto (F: 39,5%); sono infine superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio ISS per entrambi i generi e dei consumatori abituali ecCEDENTARI tra le donne. Non si registrano infine variazioni percentuali significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle diverse bevande alcoliche e delle abitudini di consumo (*vedi* Tabella 1-2).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 79,4% tra gli uomini e 58,6% tra le donne ed è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione; i valori rilevati per entrambi i generi sono superiori alla media italiana così come quelli relativi alla prevalenza di birra, aperitivi alcolici e super alcolici; tra gli uomini si registra inoltre un dato di prevalenza dei consumatori di amari inferiore alla media nazionale. L'analisi della modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori *binge drinking* sono superiori alla media nazionale per entrambi i sessi (*vedi* Tabella 1-2).

Veneto

La prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è diminuita di 6 p.p. sebbene comunque il valore continui a mantenersi superiore a quello medio nazionale (54,1%). Sono inoltre superiori alla media italiana le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi (M=45,7%; F=27,4%) e la prevalenza delle consumatrici di vino (41,7%); la prevalenza dei consumatori maschi di amari è invece come già rilevato lo scorso anno, inferiore alla media nazionale. Nel 2014 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto sia tra gli uomini che tra le donne e *binge drinking* tra i soli uomini sono più elevati dei valori nazionali. Complessivamente sono quindi a rischio per il criterio ISS il 28,7% degli uomini e il 9,2% delle donne che risiedono in Veneto (*vedi* Tabella 1-2).

Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 in Friuli-Venezia Giulia è pari all'80,2% degli uomini e al 62,6% delle donne e in entrambi i casi il valore è

superiore a quello medio nazionale. Nel dettaglio sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi le prevalenze dei consumatori di vino e di birra e in quest'ultimo caso il valore è aumentato rispetto al 2013 di 5,9 p.p per gli uomini e di 6,8 p.p. per le donne. Sono inoltre superiori alla media italiana anche i valori di prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e di super alcolici. Nel 2014 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto sia tra gli uomini che tra le donne e *binge drinking* tra i soli uomini sono più elevati dei valori nazionali. Complessivamente sono a rischio per il criterio ISS il 31,2% degli uomini e il 11,1% delle donne e il valore rilevato è superiore a quello medio italiano (*vedi* Tabella 1-2).

Emilia Romagna

Nel 2014 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata del 78,5% tra gli uomini e del 55,2% tra le donne e per queste ultime il valore risulta superiore a quello medio nazionale. Il vino è la bevanda maggiormente consumata sia tra gli uomini che tra le donne e il dato risulta superiore a quello medio italiano mentre relativamente ai soli uomini si registrano valori più bassi rispetto alla media italiana della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e amari.

Non si rilevano tra gli uomini variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche mentre si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (7,8%) che risultano nel 2014 inferiori alla media nazionale e più in generale dei consumatori a rischio (21,9%); tra le donne risultano superiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio mentre si mantengono in linea con il dato italiano le prevalenze di consumatrici abituali eccedentarie e di *binge drinking* (*vedi* Tabella 1-2).

Italia centrale

Nel 2014 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 75,3% tra gli uomini e al 50,2% tra le donne e rispetto all'anno 2013 non si rilevano variazioni statisticamente significative ne delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche ne delle abitudini di consumo. La prevalenza dei consumatori di tutte le bevande considerate è in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa agli amari tra le donne che risulta invece inferiore (10,8%). L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per entrambi i sessi nel centro Italia la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è statisticamente inferiore alla media nazionale e per i soli uomini anche quella relativa ai *binge drinking* e ai consumatori a rischio per il criterio ISS (*vedi* Tabella 1-2).

Toscana

Nel 2014 le percentuali dei consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è risultata inferiore alla media nazionale (74,0%) e quella tra le donne è diminuita di 6,7 p.p. . A livello di singole bevande si registra un valore della prevalenza di consumatori di vino di sesso femminile al di sopra della media nazionale e un valore invece tra gli uomini approssimabile a quello medio, che risulta diminuito rispetto al 2013 di 5,6 p.p. Una diminuzione rispetto alla precedente rilevazione si registra anche della prevalenza delle consumatrici di birra (-5,2 p.p.) e per entrambi i sessi dei consumatori di amari ($M=-8,1$ p.p., $F=-4,6$ p.p.) i cui valori nel 2014 risultano essere i più bassi di tutte le realtà territoriali ($M=28,2\%$, $F=8,0\%$). L'analisi dei

comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana sia per gli uomini che per le donne tutti i valori sono in linea con il dato medio nazionale (*vedi* Tabella 1-2).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini nel 2014 risulta inferiore al dato medio nazionale e in questo anno si è registrata una diminuzione del valore dell'indicatore pari a 7,1 p.p.; contemporaneamente si è registrata una diminuzione anche della prevalenza dei consumatori di vino pari a 5,6 p.p.; tra le donne invece la prevalenza delle consumatrici di vino è rimasta pressoché stabile e il valore rimane superiore alla media nazionale. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio considerati, sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza degli uomini che consumano lontano dai pasti o che praticano il *binge drinking*, che sono più bassi (*vedi* Tabella 1-2).

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 75,5% tra gli uomini e al 53,7% tra le donne. La prevalenza dei consumatori di tutte le bevande considerate tra gli uomini è in linea con la media nazionale ad eccezione degli aperitivi alcolici per i quali risulta più basso; si registra inoltre sempre tra gli uomini un incremento della prevalenza di consumatori di amari pari a 6,7 p.p. Tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino è superiore alla media italiana. Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale, ad eccezione dei *binge drinker* tra gli uomini il cui valore è inferiore alla media e si rileva inoltre un incremento dei consumatori fuori pasto tra gli uomini pari a 6,6 p.p. (*vedi* Tabella 1-2).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2014 ed è stata pari al 76,0% tra gli uomini e al 48,1% tra le donne. Non si rilevano differenze significative rispetto alla media nazionale delle prevalenze dei consumatori delle diverse bevande ad eccezione del vino per le donne che risulta inferiore; sempre tra le donne si registrano delle diminuzioni dei valori di prevalenza delle consumatrici di amari (-5,0 p.p.) e di super alcolici (-4,4 p.p.). La prevalenza di *binge drinker* e quella dei consumatori a rischio ISS sono inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne e per queste ultime anche quella delle consumatrici fuori pasto (*vedi* Tabella 1-2).

Abruzzo

Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica e quella dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e amari, viceversa tra le donne risultano in linea con il dato medio nazionale le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche ad eccezione del vino, il cui valore risulta inferiore. Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla media italiana ad eccezione della prevalenza dei *binge drinker* di sesso

maschile che risulta superiore e della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie che risulta invece inferiore alla media (*vedi* Tabella 1-2).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 78,7% tra gli uomini e al 44,4% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore risulta statisticamente inferiore alla media nazionale. Analizzando le singole bevande si evince che la prevalenza delle consumatrici di vino è inferiore alla media italiana, che la prevalenza dei consumatori di birra e amari tra gli uomini è superiore alla media e che tra le donne, nonostante il dato rimanga in linea con quello medio nazionale, la prevalenza delle consumatrici di amari è aumentata di 2 p.p. Tra gli uomini tutti e quattro gli indicatori relativi alle modalità di consumo a rischio sono superiori alla media nazionale mentre tra le donne i valori risultano in linea con quello nazionale ad eccezione delle consumatrici fuori pasto che sono invece inferiori (*vedi* Tabella 1-2).

Italia meridionale

L'Italia meridionale ha fatto registrare nel 2014 percentuali di consumatori di almeno una bevanda alcoliche pari al 77,1% e in linea con il dato medio nazionale tra gli uomini e pari al 45,1% tra le donne (dato inferiore alla media). La prevalenza dei consumatori di vino sia tra gli uomini che tra le donne non si differenzia dalla media italiana. Tra gli uomini si registrano valori superiori alla media italiana di consumatori di birra e amari e in quest'ultimo caso il dato risulta essere il più elevato di tutte le realtà territoriali considerate. Molto diversa appare invece la situazione delle donne dove risultano inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di birra, super alcolici e aperitivi alcolici e per quest'ultima bevanda il valore è anche il più basso di tutte le regioni italiane; unico valore al di sopra della media per le donne (come già sottolineato per gli uomini) risulta essere la prevalenza delle consumatrici di amari.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che nel meridione la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è in linea con il dato italiano per gli uomini e statisticamente inferiore alla media nazionale per le donne; risultano inoltre inferiori alla media i valori di tutti gli altri indicatori relativi ai comportamenti a rischio e in particolare la prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli uomini è la più bassa di tutte le regioni italiane. Tra il 2013 e il 2014 non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 1-2).

Campania

La prevalenza degli uomini consumatori di almeno una bevanda alcolica, dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e di quelli di super alcolici nel 2014 è in linea con il dato medio nazionale per gli uomini e inferiore alla media tra le donne; la prevalenza dei consumatori di amari tra gli uomini è l'unico dato superiore alla media italiana (46,7%).

Per entrambi i generi tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale e tra le donne si rilevano anche delle diminuzioni delle prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie (-2,9 p.p.) e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (-2,7 p.p.) (*vedi* Tabella 1-2).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 77,7% tra gli uomini e 47,2% tra le donne. Per entrambi i generi sono inferiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici mentre l'unico valore superiore al dato medio si rileva per i consumatori di amari di sesso maschile (48,2%), come già rilevato nel 2013. Per entrambi i sessi anche la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti e dei consumatori *binge drinker* è inferiore alla media nazionale. Tra il 2013 e il 2014 non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi Tabella 1-2*).

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 75,6% tra gli uomini e 40,7% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore risulta inferiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di vino e super alcolici è inferiore al dato medio italiano sia per gli uomini che per le donne e per queste ultime si registra anche il valore di prevalenza di consumatrici di birra più basso di tutte le regioni italiane. Tra gli uomini sono superiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori in modalità *binge drinking*, viceversa tra le donne sono inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie, delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio (criterio ISS). Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2013 e il 2014 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi Tabella 1-2*).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è pari a 76,7% tra gli uomini e 43,9% tra le donne; il valore relativo alle donne inoltre, oltre ad essere inferiore alla media nazionale è diminuito rispetto al 2013 di 5,3 p.p. Per entrambi i sessi è diminuita la prevalenza dei consumatori amari (M:-6,3 p.p.; F:-8,0 p.p.) sebbene il valore degli uomini sia rimasto superiore alla media nazionale; per gli uomini si rileva una diminuzione statisticamente significativa rispetto alla precedente rilevazione anche dei consumatori di aperitivi alcolici (-6,9 p.p.) e di superalcolici (-7,2 p.p.) mentre per le donne si registra una diminuzione delle consumatrici di birra pari a 6,4 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sotto della media nazionale della prevalenza dei consumatori fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS per entrambi i generi (*vedi Tabella 1-2*).

Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2014 pari al 74,3% tra gli uomini e al 45,6% tra le donne. Per entrambi i sessi i valori dei consumatori di bevande alcoliche risultano inferiori alla media nazionale così come quelli della prevalenza di consumatori di super alcolici e di vino; per quest'ultima bevanda l'Italia insulare mostra il valore più basso della prevalenza dei consumatori di sesso maschile rispetto a tutte le altre realtà territoriali. L'analisi delle abitudini di consumo mostra che per entrambi i generi le prevalenze

dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio (criterio ISS) e dei consumatori abituali ecCEDENTARI sono stati nel 2014 inferiori a quelli medi italiani e che per quest'ultimo indicatore si è registrato il valore più basso rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate. Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2013 e il 2014 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (vedi Tabella 1-2).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2014 in Sicilia è stata pari al 73,2% tra gli uomini e al 44,6% tra le donne e per entrambi i generi i valori risultano inferiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e super alcolici per entrambi i generi sono inferiori alla media italiana e tra le donne si registra rispetto al 2013 un incremento della prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici pari a 3,7 p.p. Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1-2).

Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano e pari al 77,5% tra gli uomini e 48,6% tra le donne, senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che la prevalenza delle consumatrici di vino è inferiore a quella nazionale mentre quella dei consumatori di birra di sesso maschile è superiore al dato medio. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2014 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumi fuori pasto, dei consumi in modalità *binge drinking* e di quelli a rischio ISS tra gli uomini mentre tra le donne i valori registrati sono in linea con quelli nazionali. Per tutti gli indicatori considerati non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1-2).

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” quei decessi che, in accordo con la codifica internazionale delle malattie (*International Classification of Disease 10th edition, ICD10*) (28), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol:

- Sindromi psicotiche indotte da alcol (ICD10: F10),
- Polineuropatia alcolica (ICD10: G62.1),
- Cardiomiopatia alcolica (ICD10:I42.6),
- Gastrite alcolica (ICD10: K29.2),
- Epatopatie aloliche (ICD10: K70),
- Effetti tossici dell’alcol (ICD10: T51.0,T51.1),
- Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol (ICD10: G31.2),
- Pancreatite cronica indotta da alcol (ICD10: K86.0).

Nella lista delle patologie totalmente alcol-attribuibili sono incluse anche la “Miopia alcolica (ICD10: G72.1)” e “Eccessivo livello ematico di alcol (ICD10: R78)”, ma queste due condizioni non sono incluse nelle analisi di mortalità in quanto non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall’ONA-CNESPS e dall’Ufficio di Statistica dell’ISS (29). Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2012; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (30). Al fine di consentire confronti spazio temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione i tassi sono stati standardizzati utilizzando come standard di riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011 (30).

Poiché la mortalità alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni effettuate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

Mortalità alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2012 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.308 (1.050, 80,3% uomini, 258, 19,7% donne) (Tabelle 3-4); questi numeri se rapportati alla popolazione corrispondono a circa 43 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e 1 decesso per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie aloliche e le sindromi psicotiche indotte che nel complesso causano oltre il 95% dei decessi alcol-attribuibili.

Per il complesso delle patologie alcol-attribuibili, il tasso standardizzato di mortalità tra la popolazione di 15 anni e più è pari a 4,41 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,95 per le donne. La mortalità alcol-attribuibile è più elevata tra le fasce di popolazione di età più avanzata e tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato raggiunge il valore di 8,22 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,56 tra le donne (Tabella 4).

Negli anni più recenti, dal 2007 al 2012, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi e in tutte le classi di età (Tabella 4, Figura 15). Se si confronta l’anno 2012 con il 2007 la riduzione del tasso di mortalità per la popolazione di 15 anni e più è stata di circa l’11% tra gli uomini e del 24% tra le donne.

Tabella 3. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e tasso totale (grezzo e standard) di mortalità. Maschi (M) e Femmine (F). Italia, 2007-2012

| ICD10 | Patologia | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|----------------------------|--|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| F10 | Sindromi psicotiche indotte da alcol | 177 | 39 | 191 | 45 | 179 | 45 | 190 | 35 | 184 | 40 | 178 | 45 |
| G31.2 | Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol | 23 | 7 | 24 | 5 | 20 | 5 | 21 | 3 | 32 | 4 | 17 | 4 |
| G62.1 | Polineuropatia alcolica | 4 | 2 | 10 | 2 | 6 | 1 | 8 | 3 | 8 | 2 | 5 | 4 |
| I42.6 | Cardiomiopatia alcolica | 15 | 2 | 14 | 1 | 12 | 0 | 11 | 2 | 14 | 3 | 12 | 1 |
| K29.2 | Gastrite alcolica | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| K70 | Epatopatie alcoliche | 890 | 269 | 960 | 231 | 971 | 217 | 888 | 227 | 889 | 211 | 825 | 202 |
| K86.0 | Pancreatite cronica indotta da alcol | 8 | 1 | 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0 | 3 | 1 |
| T51 | Effetti tossici dell'alcol | 7 | 5 | 10 | 1 | 15 | 4 | 15 | 6 | 12 | 2 | 9 | 1 |
| Totale decessi | | 1.128 | 325 | 1.217 | 285 | 1.205 | 273 | 1.135 | 279 | 1.146 | 262 | 1.050 | 258 |
| Totale tasso grezzo | | 4,69 | 1,24 | 5,02 | 1,08 | 4,95 | 1,03 | 4,65 | 1,05 | 4,69 | 0,98 | 4,28 | 0,97 |
| Totale tasso std | | 4,96 | 1,25 | 5,37 | 1,08 | 5,24 | 1,02 | 4,87 | 1,05 | 4,88 | 0,97 | 4,41 | 0,95 |

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione (<http://demo.istat.it/>)

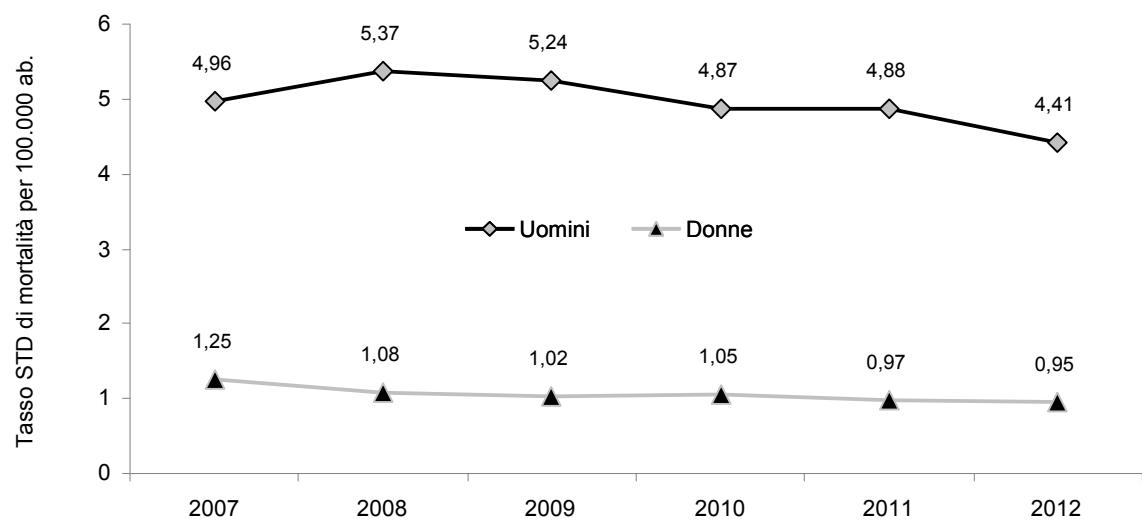


Figura 15. Mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili. Popolazione di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Italia, 2007-2012

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

Tabella 4. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili. Numero di decessi, tassi standardizzati e relativi Intervalli di confidenza (IC95%). Italia, 2007-2012

| Anno | Maschi | | | | | | Femmine | | | | | | Totale | | |
|----------------------|--------|-----------------|--------------|------------|-------|-----------------|--------------|-------------|-------|-----------------|--------------|-------------|--------|--|--|
| | Morti | Tasso grezzo | Tasso STD | 95%IC | Morti | Tasso grezzo | Tasso STD | 95%IC | Morti | Tasso grezzo | Tasso STD | 95%IC | | | |
| 15-34 anni | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | 14 | 0,2 | 0,19 | 0,10-0,32 | 5 | 0,073 | 0,068 | 0,022-0,163 | 19 | 0,137 | 0,129 | 0,077-0,203 | | | |
| 2008 | 9 | 0,13 | 0,12 | 0,06-0,23 | 2 | 0,03 | 0,027 | 0,003-0,104 | 11 | 0,08 | 0,074 | 0,037-0,135 | | | |
| 2009 | 11 | 0,16 | 0,16 | 0,08-0,28 | 3 | 0,045 | 0,045 | 0,009-0,133 | 14 | 0,104 | 0,102 | 0,056-0,172 | | | |
| 2010 | 13 | 0,19 | 0,19 | 0,10-0,33 | 2 | 0,031 | 0,029 | 0,004-0,108 | 15 | 0,113 | 0,11 | 0,062-0,182 | | | |
| 2011 | 15 | 0,23 | 0,23 | 0,13-0,38 | 3 | 0,046 | 0,046 | 0,009-0,135 | 18 | 0,138 | 0,137 | 0,081-0,216 | | | |
| 2012 | 7 | 0,11 | 0,11 | 0,04-0,22 | 0 | 0 | 0 | -- | 7 | 0,054 | 0,054 | 0,022-0,112 | | | |
| 35-54 anni | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | 346 | 3,98 | 4,07 | 3,65-4,52 | 97 | 1,1 | 1,13 | 0,92-1,38 | 443 | 2,53 | 2,59 | 2,35-2,84 | | | |
| 2008 | 385 | 4,37 | 4,49 | 4,05-4,96 | 74 | 0,83 | 0,85 | 0,66-1,06 | 459 | 2,58 | 2,65 | 2,41-2,90 | | | |
| 2009 | 345 | 3,87 | 3,95 | 3,55-4,39 | 82 | 0,9 | 0,92 | 0,73-1,14 | 427 | 2,37 | 2,42 | 2,19-2,66 | | | |
| 2010 | 328 | 3,65 | 3,70 | 3,31-4,12 | 116 | 1,27 | 1,27 | 1,05-1,53 | 444 | 2,45 | 2,47 | 2,25-2,71 | | | |
| 2011 | 333 | 3,69 | 3,71 | 3,33-4,14 | 81 | 0,88 | 0,88 | 0,70-1,09 | 414 | 2,27 | 2,28 | 2,06-2,51 | | | |
| 2012 | 302 | 3,33 | 3,33 | 2,96-3,72 | 89 | 0,96 | 0,95 | 0,77-1,17 | 391 | 2,13 | 2,12 | 1,92-2,34 | | | |
| 55 anni e più | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | 768 | 9,16 | 8,91 | 8,28-9,58 | 223 | 2,12 | 2,14 | 1,87-2,45 | 991 | 5,25 | 5,19 | 4,87-5,52 | | | |
| 2008 | 823 | 9,7 | 9,60 | 8,95-10,30 | 209 | 1,97 | 1,98 | 1,72-2,27 | 1032 | 5,41 | 5,38 | 5,06-5,72 | | | |
| 2009 | 849 | 9,88 | 9,76 | 9,10-10,45 | 188 | 1,76 | 1,76 | 1,52-2,03 | 1037 | 5,37 | 5,35 | 5,03-5,69 | | | |
| 2010 | 794 | 9,12 | 9,02 | 8,40-9,68 | 161 | 1,49 | 1,51 | 1,29-1,77 | 955 | 4,89 | 4,88 | 4,57-5,20 | | | |
| 2011 | 798 | 9,07 | 9,00 | 8,38-9,66 | 178 | 1,63 | 1,65 | 1,42-1,91 | 976 | 4,95 | 4,95 | 4,64-5,27 | | | |
| 2012 | 741 | 8,32 | 8,22 | 7,64-8,85 | 169 | 1,53 | 1,56 | 1,33-1,81 | 910 | 4,56 | 4,57 | 4,27-4,87 | | | |
| 15 anni e più | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | 1128 | 4,69 | 4,96 | 4,67-5,27 | 325 | 1,24 | 1,25 | 1,12-1,40 | 1453 | 2,89 | 2,97 | 2,82-3,13 | | | |
| 2008 | 1217 | 5,02 | 5,37 | 5,07-5,68 | 285 | 1,08 | 1,08 | 0,96-1,21 | 1502 | 2,97 | 3,06 | 2,90-3,22 | | | |
| 2009 | 1205 | 4,95 | 5,24 | 4,95-5,55 | 273 | 1,03 | 1,02 | 0,91-1,15 | 1478 | 2,91 | 2,97 | 2,82-3,12 | | | |
| 2010 | 1135 | 4,65 | 4,87 | 4,59-5,17 | 279 | 1,05 | 1,05 | 0,93-1,18 | 1414 | 2,78 | 2,81 | 2,66-2,96 | | | |
| 2011 | 1146 | 4,69 | 4,88 | 4,60-5,18 | 262 | 0,98 | 0,97 | 0,85-1,09 | 1408 | 2,76 | 2,77 | 2,63-2,92 | | | |
| 2012 | 1050 | 4,28 | 4,41 | 4,15-4,69 | 258 | 0,97 | 0,95 | 0,83-1,07 | 1308 | 2,55 | 2,55 | 2,41-2,69 | | | |

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione (<http://demo.istat.it/>)”

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L’analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità piuttosto elevata. Le regioni che nel 2012 hanno fatto registrare il numero maggiore di decessi in rapporto alla popolazione (tasso grezzo) sono state la Valle d’Aosta (8,23 decessi ogni 100.000 abitanti) e la provincia autonoma di Bolzano (7,54 decessi ogni 100.000 abitanti) con valori quasi tre volte superiori alla media nazionale (2,55 decessi ogni 100.000 abitanti); valori estremamente elevati sono stati registrati anche nella provincia autonome di Trento (5,37

decessi ogni 100.000 abitanti), in Molise (4,37 decessi ogni 100.000 abitanti), Basilicata (3,20 decessi ogni 100.000 abitanti) e Calabria (3,09 decessi ogni 100.000 abitanti). Le regioni in cui si riscontrano il minor numero di decessi in rapporto alla popolazione sono invece state la Sicilia (1,64 decessi ogni 100.000 abitanti), la Toscana (1,71 decessi ogni 100.000 abitanti) e la Campania (1,78 decessi ogni 100.000 abitanti) (Figure 16-17).

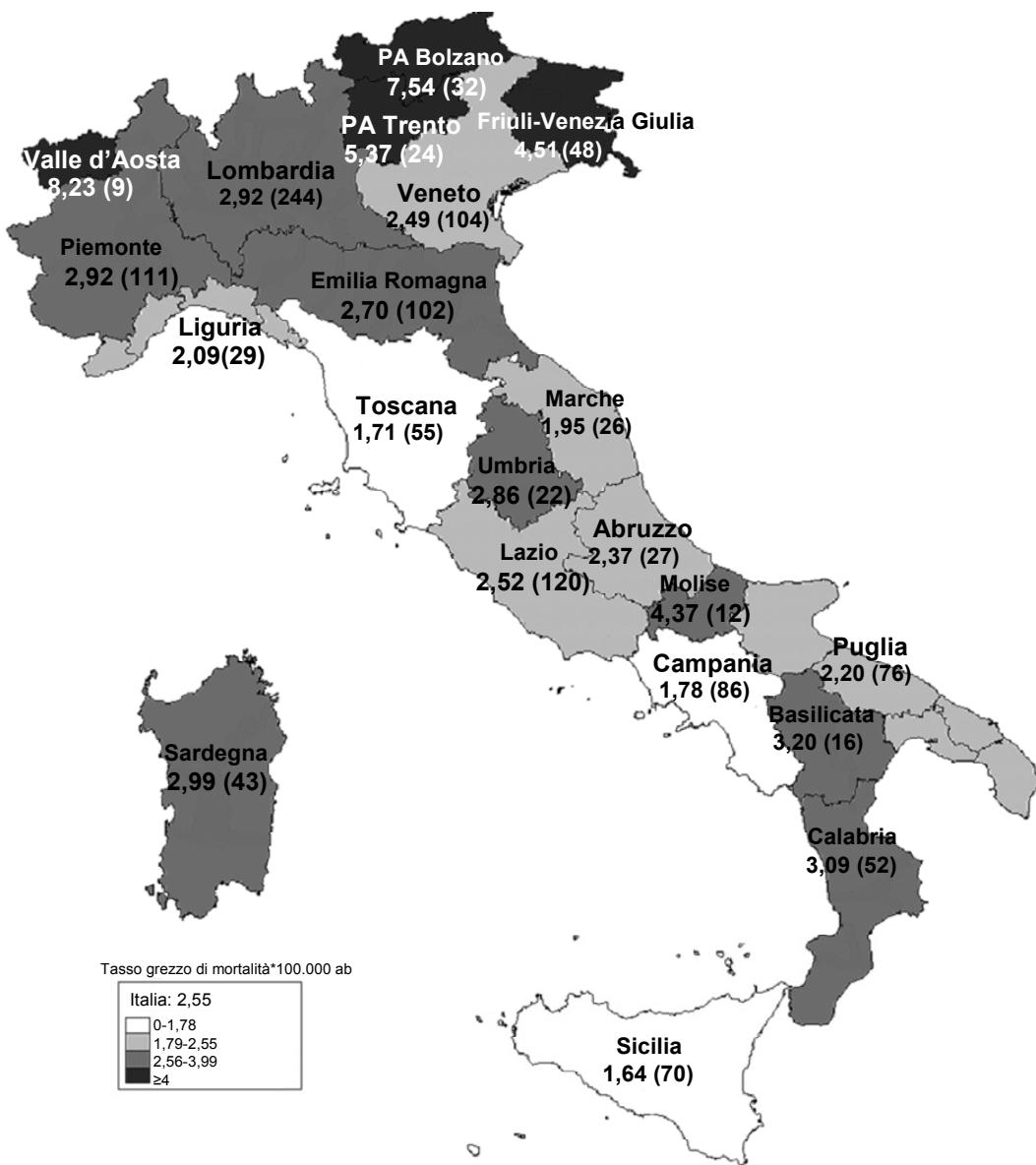


Figura 16. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane.

Tassi grezzi per 100.000 abitanti (numero di decessi). Italia, 2012

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione (<http://demo.istat.it/>)

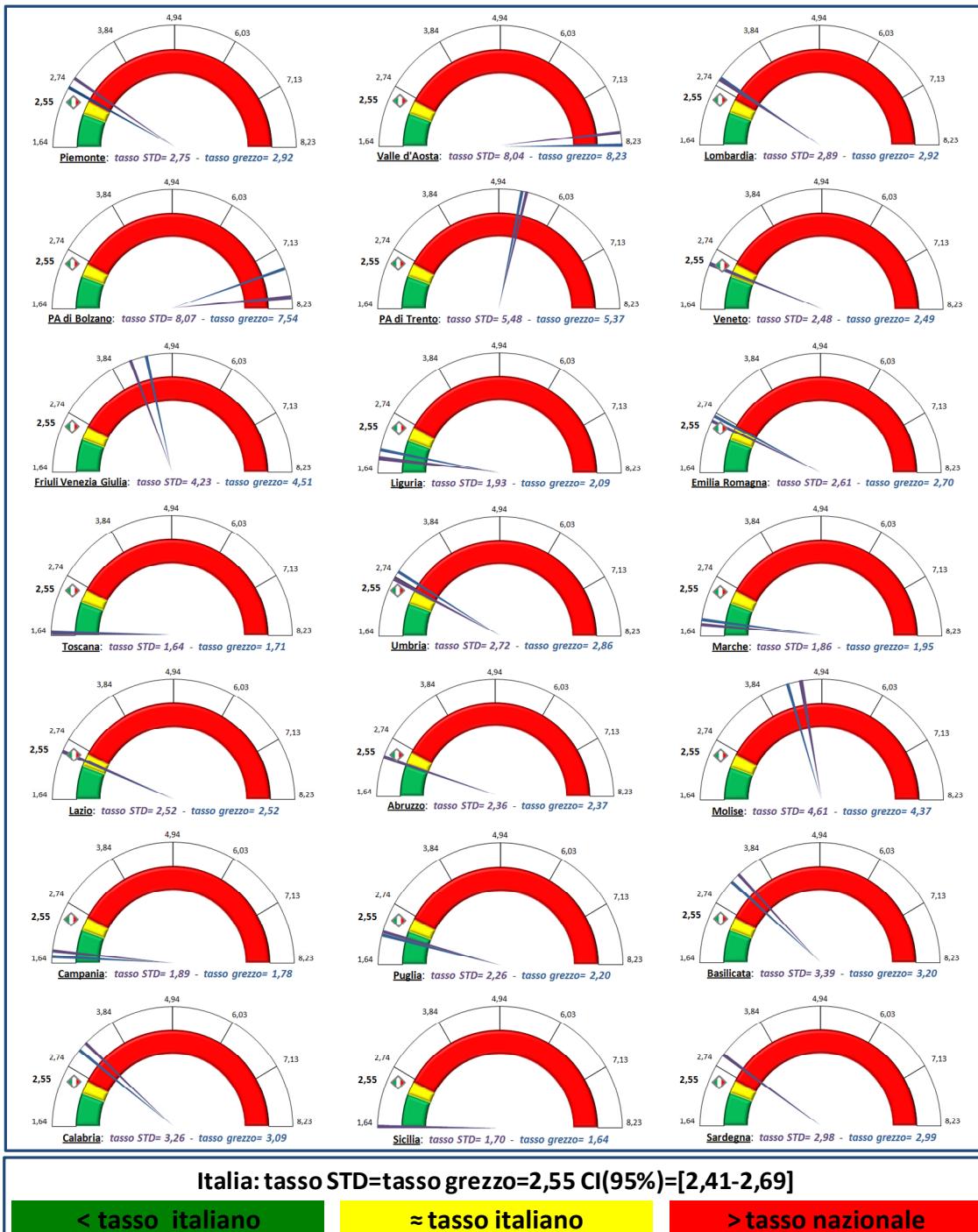


Figura 17. Tasso grezzo e STD di mortalità per 100.000 abitanti per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Italia, 2012

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS, Ufficio di Statistica ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione (<http://demo.istat.it/>)

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2014, il 50,3% dei ragazzi e il 39,9% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; nonostante la diminuzione registrata rispetto al 2007, per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 18).

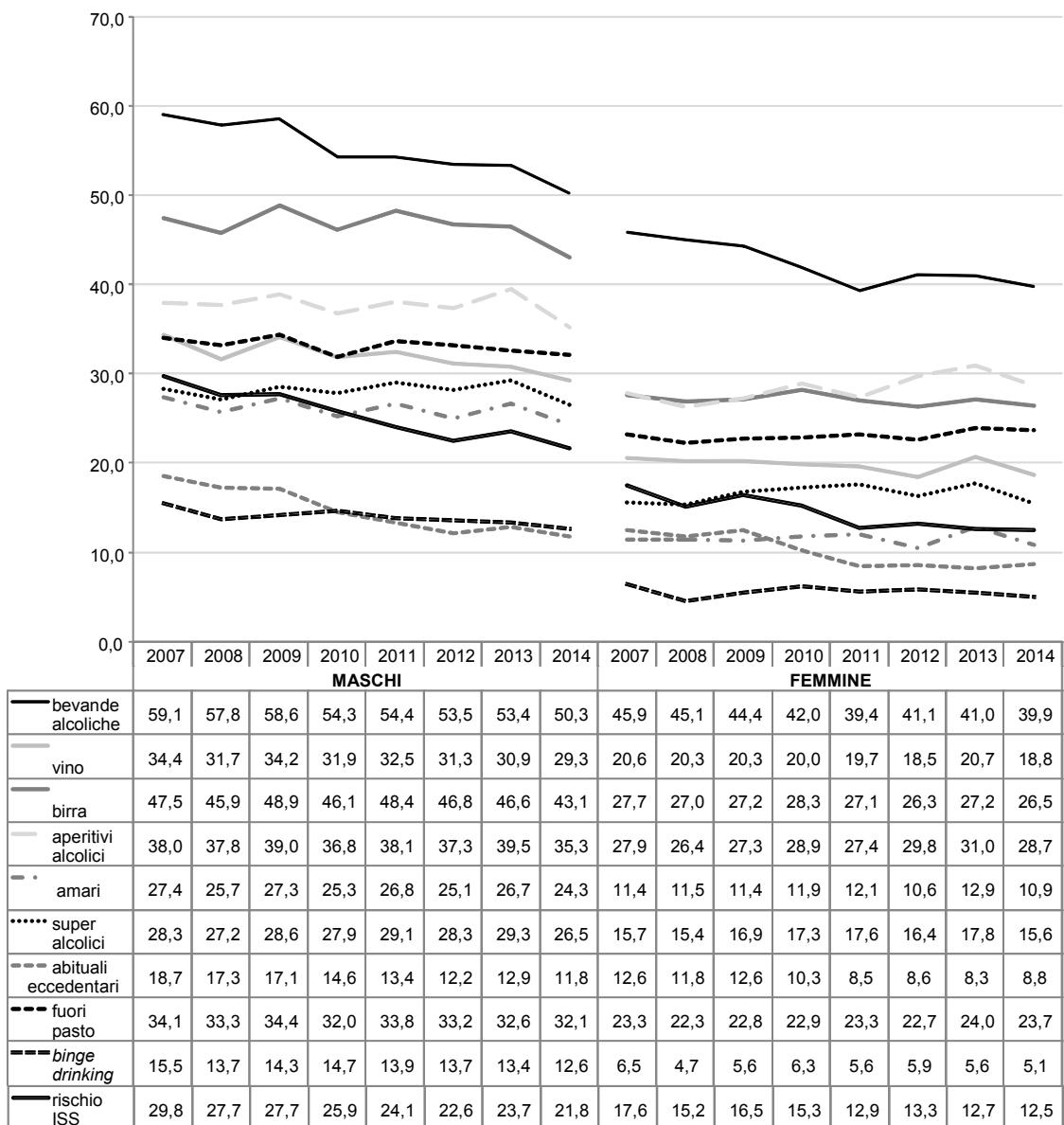


Figura 18. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2007-2014)

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

Le prevalenze di consumatori più alte si registrano sia tra gli uomini che tra le donne per la birra (M: 43,1%; F: 26,5%) e per gli aperitivi alcolici (M: 35,3%; F: 28,7%) e per entrambe le bevande non si registrano variazioni significative nel corso degli ultimi anni (Figura 18 e Tabella 5).

Tabella 5. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2014)

| Tipologia di consumo | 11-17 ¹ | | 18-20 ² | | 21-25 | | Totale | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------|------|--------|------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Consumatori di bevande alcoliche | 21,5* | 17,3* | 71,4 | 56,4 | 77,0 | 61,0 | 50,3 | 39,9 |
| Consumatori di vino | 9,0 | 5,2 | 37,2 | 25,6 | 51,9 | 33,3 | 29,3 | 18,8 |
| Consumatori di birra | 16,2 | 10,5 | 62,7 | 37,9 | 68,3 | 41,6 | 43,1 | 26,5 |
| Consumatori di aperitivi alcolici | 11,4* | 9,8* | 51,6* | 42,8* | 58,2 | 46,3 | 35,3 | 28,7 |
| Consumatori di amari | 5,6 | 2,9 | 31,6 | 14,8 | 45,2 | 19,6 | 24,3 | 10,9 |
| Consumatori di super alcolici | 7,0* | 4,5* | 37,3 | 25,3 | 46,6 | 25,1 | 26,5 | 15,6 |
| Consumatori abituali eccedentari | 21,5* | 17,3* | 2,2* | 1,5* | 4,3 | 1,4 | 11,8 | 8,8 |
| Consumatori di alcolici fuori pasto | 10,5* | 7,9* | 47,8 | 37,1 | 52,4 | 37,6 | 32,1 | 23,7 |
| Consumatori <i>binge drinking</i> | 3,3* | 2,2* | 22 | 7,2 | 20 | 7,7 | 12,6 | 5,1 |
| Consumatori a rischio-criterio ISS | 21,5* | 17,3* | 22,4 | 8,4 | 21,8 | 8,5 | 21,8 | 12,5 |

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

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

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

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

Il comportamento a rischio che presenta un valore di prevalenza più elevato sia tra gli uomini che tra le donne di età 11-25 anni è il consumo bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 32,1%; F: 23,7%) e i valori registrati tra il 2007 e il 2014 sono rimasti pressoché stabili per entrambi i generi. Il 21,8% dei giovani di sesso maschile e il 12,5% delle loro coetanee hanno praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno e anche in questo caso i valori sono rimasti stabili nel corso degli ultimi anni. Consumare bevande alcoliche in maniera abituale eccedentaria infine, è un comportamento dichiarato nel 2014 dall'11,8% dei ragazzi e dall'8,8% delle ragazze e nonostante una diminuzione rilevata rispetto all'anno 2007, nel corso degli ultimi tre anni non si registrano variazioni statisticamente significative (vedi Figura 18 e Tabella 5).

Complessivamente sono stati identificati come consumatori a rischio nel 2014 il 21,8% dei giovani 11-25enni e il 12,5% delle loro coetanee per un totale di circa 1.520.000 ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 18 e Tabella 5).

Consumatori di 11-17 anni

La WHO raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, e in Italia, dal 2012 (Legge 189/2012), vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni; da queste due indicazioni si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio. Per quanto detto, in questa fascia di età l'indicatore relativo al consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono e nel 2014 sono stati identificati il 21,5% dei ragazzi e il 17,3% delle ragazze che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Tabella 5). Nonostante la prevalenza

dei consumatori a rischio sia diminuita rispetto al 2007, per il terzo anno consecutivo non si registrano variazioni significative dell'indicatore né tra gli uomini né tra le donne di questa fascia d'età.

Oltre la metà dei consumatori ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 10,5%; F: 7,9%) e una quota minore ha dichiarato di aver praticato il *binge drinking* (M: 3,3%; F: 2,2%) e anche per questi indicatori non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto allo scorso anno.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra chi beve birra (M: 16,2%; F: 10,5%) e aperitivi alcolici (M: 11,4%; F: 9,8%); si registrano invece valori più bassi tra chi beve superalcolici e amari. Le prevalenze di consumatori di birra e amari sono statisticamente superiori tra gli uomini rispetto alle donne.

Per tutte le bevande considerate nel 2014 non si registrano variazioni statisticamente significative dei valori di prevalenza rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 5).

In totale si stima che gli adolescenti minorenni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2014 circa 790.000, con una marcata differenza di genere.

Consumatori di 18-20 anni

Nonostante in Italia l'età minima legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche è 18 anni, una revisione di 132 studi ha mostrato che cambiamenti sull'età minima legale per la vendita di bevande alcoliche possono avere effetti sostanziali sul bere dei giovani e sui danni legati al consumo di alcol, in particolare in relazione agli incidenti stradali (31).

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

Nella classe di età 18-20 anni, il 71,4% dei ragazzi e il 56,4% delle ragazze dichiarano di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative tra il 2007 e il 2014.

Tra i ragazzi la prevalenza più elevata si registra tra coloro che consumano birra (62,7%), seguiti da coloro che consumano aperitivi alcolici (51,6%) e da quelli che consumano vino e superalcolici; gli amari sono la bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più bassa (31,6%).

Tra le ragazze i valori più elevati si registrano per gli aperitivi alcolici (42,8%) e la birra (37,9%), seguiti da superalcolici (25,3%) e vino (25,6%), mentre il valore più basso si registra, come per i coetanei per gli amari (14,8%).

Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche ad eccezione degli aperitivi alcolici, risultano superiori a quelle rilevate per le coetanee della stessa classe di età (Tabella 5).

Il 47,8% dei ragazzi e il 37,1% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2014 sono stati il 22,0% e il 7,2% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti (*vedi Tabella 5*).

In totale si stima che nel 2013 sono stati quasi 260.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 190.000 uomini e 70.000 donne pari al 22,4% e 8,4% rispettivamente dei 18-20enni (*vedi Tabella 5*).

Consumatori di 21-25 anni

Una revisione di 132 studi (31) ha dimostrato che un cambiamento sull'età minima legale per la vendita di bevande alcoliche può avere effetti sostanziali sul bere dei giovani e sui danni legati al consumo di alcol, in particolare in relazione agli incidenti stradali; l'analisi degli autori ha inoltre concluso che l'innalzamento dell'età legale a 21 anni per l'acquisto e il consumo di alcol sembra essere una efficace strategia per ridurre il consumo dannoso di alcol. Oltre i 21 anni quindi, un giovane viene considerato adulto, e le quantità di alcol da non superare giornalmente per non incorrere in rischi per la salute coincidono con quelle della popolazione adulta (2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne).

Nella classe di età 21-25 anni, il 77,0% dei ragazzi e il 61,0% delle ragazze dichiarano di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative tra il 2007 e il 2014.

In questa fascia d'età, indipendentemente dal sesso, la prevalenza più elevata si registra tra chi consuma birra (M: 68,3%; F: 41,6%) e aperitivi alcolici (M: 58,2%; F: 46,3%), seguiti da chi consuma vino (M: 51,9%; F: 33,3%) e in ultimo da chi consuma amari e superalcolici.

Il 52,4% dei ragazzi e il 37,6% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2014 sono stati il 20,0% e il 7,7% rispettivamente; il consumo abituale eccedentario in questa classe di età risulta notevolmente ridotto rispetto alle altre categorie di comportamenti a rischio ed è pari nel 2014 al 4,3% degli uomini e al 1,4% delle donne. Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti.

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

In totale si stima che nel 2014 sono stati circa 470.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 340.000 uomini e 130.000 donne pari al 21,8% e 8,5% rispettivamente dei 21-25enni (*vedi Tabella 5*).

CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena. Gli anziani, così come i giovani e le donne, sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche; questo, per gli anziani, a causa di una ridotta capacità dell'organismo a metabolizzare l'alcol in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo con il passare degli anni (Figura 19).

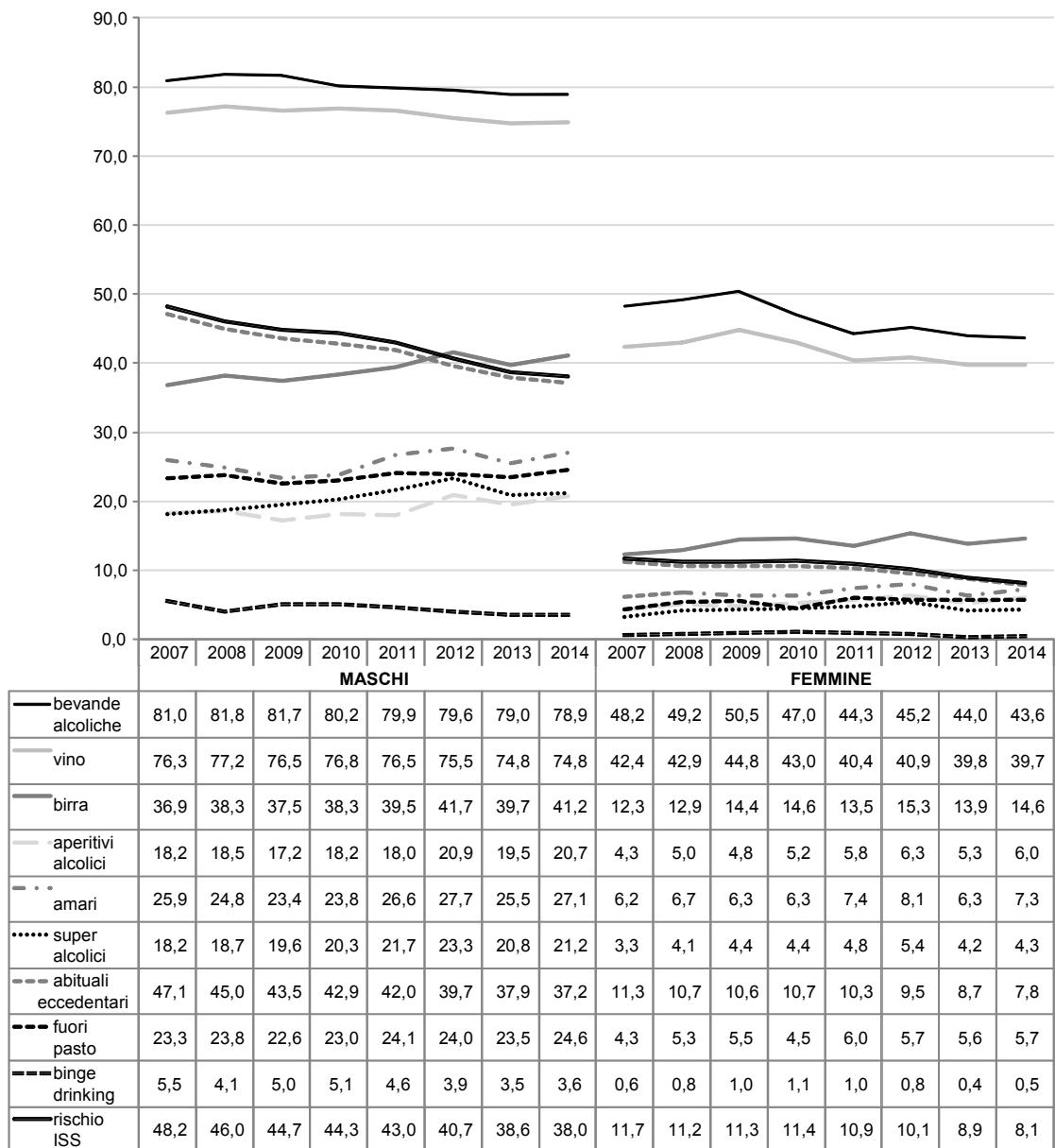


Figura 19. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2007-2014)

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

Con l'avanzare dell'età diminuisce la quantità d'acqua presente nell'organismo e si riduce il funzionamento di alcuni organi, come il fegato e i reni, che non permettono pienamente l'eliminazione dell'alcol dall'organismo; si indebolisce la muscolatura e si riduce la mobilità facilitando le cadute e le fratture; si assumono molto spesso farmaci quotidianamente che possono essere influenzati dall'alcol.

Le linee guida (32) dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) consigliavano, già nel 2003, di ridurre il consumo di alcol in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute, di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 UA (330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

In Italia nel 2014 il 58,8% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 78,9%; F: 43,6%) (vedi Figura 19 e Tabella 6).

Tabella 6. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2014)

| Tipologia di consumo | 65-74 | | 75-84 | | 85+ | | Totale | |
|-------------------------------------|-------|------|-------|------------------|------------------|------------------|--------|------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Consumatori di bevande alcoliche | 81,6 | 47,6 | 77,7 | 42,1 | 68,7 | 35,3 | 78,9 | 43,6 |
| Consumatori di vino | 76,8 | 42,1 | 74,4 | 38,8 | 65,4 | 34,5 | 74,8 | 39,7 |
| Consumatori di birra | 50,8 | 20,2 | 33,2 | 10,8 | 15,8 | 6,5 | 41,2 | 14,6 |
| Consumatori di aperitivi alcolici | 26,1 | 9,2 | 16,2 | 3,8 | 6,2 | 1,3 | 20,7 | 6,0 |
| Consumatori di amari | 31,8 | 10,5 | 23,6 | 5,1 | 13,6 | 2,9 | 27,1 | 7,3 |
| Consumatori di super alcolici | 26,4 | 6,0 | 16,3 | 3,4 | 9,0 | 1,4 | 21,2 | 4,3 |
| Consumatori abituali eccedentari | 38,9 | 8,7 | 36,9 | 7,4 | 28,6 | 6,3 | 37,2 | 7,8 |
| Consumatori di alcolici fuori pasto | 29,2 | 7,2 | 21,5 | 5,0 | 10,3 | 2,7 | 24,6 | 5,7 |
| Consumatori <i>binge drinking</i> | 4,9 | 0,7 | 2,2 | 0,3 [#] | 1,6 [#] | 0,3 [#] | 3,6 | 0,5 |
| Consumatori a rischio-criterio ISS | 40,2 | 9,0 | 37,2 | 7,7 | 28,6 | 6,5 | 38,0 | 8,1 |

Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2014

La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevato è, sia per gli uomini che per le donne, il vino (M: 74,8%; F: 39,7%); mentre per i primi il dato è rimasto pressoché stabile nel corso degli anni, tra le donne si è rilevata una diminuzione statisticamente significativa tra il 2007 e il 2011 e una stabilità del dato nel corso degli ultimi due anni. La prevalenza dei consumatori di birra, pari a circa la metà del valore rilevato per i consumatori di vino è stata nel 2014 pari al 41,2% per gli uomini e al 14,6% per le donne; valori molto più bassi sono stati rilevati anche nel 2014 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 27,1%; F: 7,3%), di aperitivi alcolici (M: 20,7%; F: 6,0%) e i superalcolici (M: 21,2%; F: 4,3%) (Tabella 6).

Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato variazioni significative degli andamenti nel tempo.

Per molto tempo è stato suggerito agli anziani di consumare bevande alcoliche secondo il così detto stile “mediterraneo”, che prevedeva l'assunzione di una quantità moderata di vino durante i pasti e ad oggi il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è rappresentato proprio dal consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute.

La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2014 è stata del 37,2% tra gli uomini e del 7,8% tra le donne e non si registrano variazioni significative nel corso degli ultimi due anni sebbene, rispetto al 2007, si è registrata una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza di questa tipologia di consumo a rischio.

Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 24,6% degli uomini e il 5,7% delle donne, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2014 sono stati il 3,6% e lo 0,5% rispettivamente. Per tutti gli indicatori di rischio non si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi due anni sebbene, rispetto al 2007, tra gli uomini è stata rilevata una diminuzione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, dei consumatori a rischio (criterio ISS), e dei consumatori *binge drinking* (vedi Figura 19).

In totale si stima che nell'anno 2014 sono stati quasi 2.700.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.100.000 uomini e 600.000 donne, pari al 38,0% e 8,1% rispettivamente (vedi Tabella 6).

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

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

Gli anziani 65-74enni che nel 2014 hanno bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno sono stati l'81,6% degli uomini e il 47,6% delle donne.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che hanno bevuto vino (M: 76,8%; F: 42,1%), seguita da chi ha bevuto birra (M: 50,8%; F: 20,2%) per entrambi i sessi; presentano invece valori molto più bassi le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici (M: 26,1%; F: 9,2), amari (M: 31,8%; F: 10,5), e i superalcolici (M: 26,4%; F: 6,0%). Per tutte le bevande considerate, le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (vedi Tabella 6).

Tutti gli indicatori relativi alle tipologie di bevande alcoliche sono rimasti pressoché invariati negli ultimi anni, ma rispetto al dato rilevato nel 2007 è aumentata la prevalenza dei consumatori di birra e di consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i sessi.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza di consumatori abituali eccedentari nel 2014 è stata pari al 38,9% tra gli uomini e 8,7% tra le donne, quelli che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 29,2% e il 7,2% e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati il 4,9% e lo 0,7% delle loro coetanee. Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si rilevano variazioni significative rispetto al 2013 ma si conferma la riduzione rispetto al 2007 della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS di sesso maschile.

Nell'anno 2014, si stima quindi che sono circa 1.500.000 gli “anziani giovani” che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 40,2% degli uomini e al 9,0% delle donne (vedi Tabella 6).

Consumatori anziani (75-84 anni)

Nel 2014, nella classe degli anziani 75-84enni, il 57% degli intervistati (M: 77,7%; F: 42,1%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e non si registrano variazioni significative rispetto all'ultimo anno. Le persone che hanno dichiarato di aver consumato vino sono state il 74,4% degli uomini e il 38,8% delle donne, di aver consumato birra il 33,2% e il 10,8%, aperitivi alcolici il 16,2% e 3,8%, amari il 23,6% e 5,1% e infine dichiarato di aver consumato superalcolici il 16,3% degli anziani e il 3,4% delle loro coetanee.

Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche sono tutte minori tra le donne (Tabella 6) e i valori inoltre, per entrambe i sessi, si mantengono pressoché stabili sia rispetto alla precedente rilevazione sia rispetto agli ultimi 5 anni. L'analisi delle abitudini di consumo in questa classe di età mostra che il dato di prevalenza del consumo abituale eccedentario è il più elevato di tutti i comportamenti a rischio analizzati (M: 36,9%; F: 7,4%) seguito dal consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 21,5%; F: 5,0%). Tutti gli indicatori di rischio considerati sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione e per i soli maschi si registra una diminuzione rispetto all'anno 2007 dei consumatori abituali eccedentari. In totale si stima che nell'anno 2014 sono stati oltre 900.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 37,2% degli uomini e il 7,7% delle donne appartenenti alla classe di età 75-84 anni (*vedi Tabella 6*).

Consumatori grandi anziani (≥ 85 anni)

La prevalenza dei "grandi vecchi" ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2014 è stata del 68,7% per gli uomini e del 35,3% delle donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni; per entrambi i sessi il valore di prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è il valore più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani analizzati in questo capitolo del rapporto, presumibilmente a causa di un peggioramento dello stato di salute di questi soggetti con l'avanzare dell'età.

L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che il più alto valore di prevalenza si registra, come per le altre classi di età, per entrambi i sessi per il vino (M: 65,4%; F: 34,5%), seguito dalla birra (M: 15,8%; F: 6,5%) e infine amari, superalcolici e aperitivi alcolici. Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e per entrambi i sessi non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alle precedenti rilevazioni (*vedi Tabella 6*).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra per i consumatori abituali eccedentari (M: 28,6%; F: 6,3%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 10,3%; F: 2,7%).

In totale si stima che nell'anno 2014 sono stati circa 300.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) pari al 28,6% degli uomini e il 6,5% delle donne (*vedi Tabella 6*).

CONCLUSIONI

La valutazione epidemiologica del rischio alcol-correlato finalizzata all'incremento di solide basi conoscitive sull'andamento delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate (PPAC), in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute è stato valorizzato dal Piano Sanitario Nazionale, inserita nel Programma Statistico Nazionale per l'anno 2011-2013 e di recente nell'aggiornamento per il triennio 2014-2016. La realizzazione di un sistema di monitoraggio a livello sia nazionale che regionale e di Province Autonome, ha tenuto necessariamente conto dei più importanti indicatori di consumo e delle patologie alcol-correlate utilizzati sia a livello nazionale che a livello internazionale al fine di permettere una valutazione del soddisfacimento dei bisogni sanitari e dell'adempimento di quanto richiesto dal PSN a livello delle singole regioni. Le informazioni fornite dal monitoraggio dei più importanti indicatori di consumo e di problematiche e patologie alcol-correlate forniscono gli elementi utili per la valutazione periodica delle azioni a suo tempo identificate dal Piano Nazionale Alcol e Salute e attualmente recepite dal Piano Nazionale Prevenzione; informazioni evidentemente indispensabili per orientare l'adozione di adeguate iniziative strategiche.

Le attività di monitoraggio dell'impatto dell'alcol sulla salute sono rese possibili grazie alle elaborazioni dei dati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana, svolte dall'ISTAT, e alle elaborazioni della banca dati sulla mortalità dell'ISTAT, attività che, a partire dal 2012, sono state inserite nel Piano Statistico Nazionale e affidate formalmente all'ONA. Il valore aggiunto delle elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità rispetto a quelle dell'indagine multiscopo dell'ISTAT, a cui si integrano, 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 sviluppate in Europa in una prospettiva di salute pubblica.

L'ONA si avvale della collaborazione del Ministero della Salute, dell'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità e ove possibile delle Regioni per l'analisi di dati socio-sanitari e dei flussi informativi rientranti nelle competenze del Sistema Informativo Sanitario, come quello della banca dati di mortalità e della rilevazione periodica delle attività dei gruppi per la riabilitazione degli alcol-dipendenti.

Per la redazione del report annuale l'ONA-ISS si collega non solo alle strutture istituzionali dedicate all'elaborazione statistica ma anche ad altri enti pubblici, società scientifiche o associazioni che possano favorire la disponibilità e facilitare l'elaborazione delle banche dati esistenti. In funzione dell'esigenza di poter fruire dei dati europei per la comparazione con il contesto nazionale vengono assicurati anche i contatti europei e internazionali tramite il Centro OMS per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche alcol-correlate che ha sede presso l'ONA-CNESPS; anche le associazioni europee di *advocacy* quali EUROCARE (*The European Alcohol Policy Alliance*) collaborano al reperimento, aggiornamento ed elaborazione dei database che non sono usualmente nelle disponibilità istituzionali e nazionali. L'aggiornamento in tempo reale delle fonti statistiche e dei database è garantito anche dalla partecipazione attiva alle riunioni formali nazionali ed europee dedicate al monitoraggio alcol correlato.

Tale premessa è fondamentale per connotare la valenza e l'autorevolezza delle stime e dell'analisi fornita particolarmente rispetto alle fonti non ufficiali, quali quelli derivanti da studi non controllati o controllabili, da associazioni o fondazioni con interessi diversi da quelli di

salute o conflitti d'interesse non dichiarati, dalle numerose elaborazioni che non sono riconosciute come statistica formale e quindi non utilizzabili in un contesto ufficiale come quello inerente lo sviluppo di politiche istituzionali di prevenzione.

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa in Italia milioni d'individui di tutte le fasce d'età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine. I giovani rappresentano un target di popolazione estremamente vulnerabile all'uso di alcol rappresentando la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità evitabile, se venisse garantito e supportato il rispetto delle norme di tutela della salute e di sicurezza, ampiamente rese disponibili da anni in tutti contesti.

La comunità scientifica, nel corso degli ultimi anni, ha contribuito a fornire evidenze e nuove linee guida che hanno sollecitato e indotto una riflessione, purtroppo mai sufficientemente riflessa nelle politiche sull'alcol, sui rischi e sui danni causati dal bere e soprattutto dai modelli, dalle mode e dalle tendenze che influenzano i comportamenti individuali, ma anche le modalità di relazione e di aggregazione che caratterizzano la società moderna. Il mondo dei *social network*, le tecnologie alla portata di mano di tutti, contribuiscono sempre più alla diffusione rapida di culture del bere, favorite da disapplicazioni normative, scarso rigore, contraddizioni e convenienze alle quali è difficile rispondere con tempestività attraverso adeguate risposte istituzionali e più efficaci policy sull'alcol spesso contrastate dalle logiche del mercato a scapito di quelle di tutela della salute.

Il *reporting* annuale dell'ONA ha evidenziato che è irrinunciabile, utile e indispensabile catalizzare attenzione e dibattito istituzionale attraverso le presentazioni periodiche dei dati emergenti dal sistema sempre più evoluto di monitoraggio istituzionale, l'unico capace di sostanziare e orientare le considerazioni e le indicazioni delle azioni dotate di provata efficacia che emergono come rilevante risorsa per la tutela della salute. Il panorama delineato dai dati s'inserisce nella cornice mondiale, nella prospettiva europea, fornendo un'analisi nazionale e regionale del fenomeno che è dimostrato essere anche in Italia causa di un elevata mortalità, morbilità e disabilità che richiama la necessità e urgenza d'identificazione di priorità che sono e restano di interesse UE anche in previsione di un rinnovata strategia comunitaria richiesta dal Parlamento europeo, dal Consiglio, da tutti gli Stati Membri, e da rivolgere, tra gli altri e non solo, ai giovani e al fenomeno del *binge drinking* e dei consumi a rischio, agli anziani, alle donne, alla tutela del feto per la prevenzione della FAS (Sindrome Feto-Alcolica), al rinnovamento dei sistemi di cura e riabilitazione ma anche ad una più rigorosa regolamentazione del marketing commerciale e di una più adeguata politica di prezzi e tassazione (*best buys*, i migliori affari secondo la WHO) per target differenziati per genere ed età.

L'alcol è causa di centinaia di malattie, numerosi tipi di cancro, incidenti e di una delle forme più temibili di dipendenza, costantemente in incremento e coinvolgente persone sempre più giovani, più donne e anziani ma impattante anche sulle persone in età lavorativa, nei contesti e nei luoghi di lavoro, con assenteismo e perdita di produttività e fenomeni che richiedono attività di prevenzione e indispensabile innalzamento dei livelli di salvaguardia dell'incolumità dei terzi nei luoghi di lavoro.

Ogni anno lo scenario epidemiologico tracciato dall'analisi dei dati prodotta dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS per la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001, e dell'ISTAT contribuisce a delineare le tendenze e le pratiche che guidano il decisore politico nell'opportuna scelta di interventi oggi maggiormente disponibili rispetto al passato, il cui rapporto costo-benefici e la cui valenza è oggi ampiamente sollecitata dalle evidenze prodotte dalla vasta e consolidata rete europea di ricerca scientifica e di advocacy. È noto, anche dalle statistiche internazionali dell'OCSE, che in Italia il consumo a rischio e il consumo episodico eccessivo sono

comportamenti in aumento particolarmente nelle fasce giovanili e tra le donne, che gli uomini con un basso livello economico consumano alcol in quantità eccessive più frequentemente di quelli con un livello economico più elevato, che le donne con un basso livello economico consumano alcol in quantità eccessive più raramente rispetto a quelle con un livello economico più elevato e che il consumo di bevande alcoliche tende ad essere concentrato nel 20% della popolazione che beve secondo modalità dannose o rischiose qualificandosi, quindi, come vera disuguaglianza di salute.

Nel 2014, il 15,5% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.800.000 persone; il riscontro di una percentuale più elevata, per entrambi i sessi, tra gli adolescenti di 16-17 anni (M: 46,9%; F: 39,5%) e tra gli anziani ultra 65enni, pur diminuita tra il 2007 e il 2014, richiede iniziative incisive che, per i minori devono essere basate sull'incremento della consapevolezza che l'alcol danneggia sempre e comunque lo sviluppo cerebrale e che quindi l'unica raccomandazione utile è quella di non consumare alcol tra i dodici e i 21-25 anni.

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,0%; F=7,6%); l'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne. Ciò richiede rinnovati interventi finalizzati che considerino adeguatamente il sesso femminile nell'età più vulnerabile e nella fase della vita in cui si consolidano le abitudini che è opportuno far ispirare a moderazione reale per l'elevato e incrementato rischio di insorgenza di cancro della mammella anche a partire da un singolo bicchiere.

Complessivamente, le Regioni dell'Italia nord orientale sono quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute. La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i sessi così come quella di birra e aperitivi alcolici tra le donne sono le più elevate di tutte le altre realtà territoriali italiane. L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che gli indicatori sono tutti superiori al dato medio nazionale e che la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto per entrambi i sessi e dei consumatori *binge drinking* per i soli maschi sono i più elevati di tutte le ripartizioni territoriali analizzate. Questo richiede un intervento ben diverso da quello adottabile a livello nazionale e sostanzialmente orientato a modificare la cultura del bere e gli orientamenti supportati da abitudini che richiedono un riorientamento efficace ed efficiente verso modelli meno dannosi sulla salute e sulla sicurezza individuale e collettiva.

Anche per l'Italia nord-occidentale, nell'anno, i dati e l'analisi dei comportamenti a rischio ha evidenziato una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, senza variazioni significative rispetto al 2013; un'evidenza che sollecita una riflessione sulle attività di prevenzione che dovrebbero riconsiderare obiettivi e iniziative più efficaci nel contrastare fenomeni problematici che non appaiono scalfiti rispetto alle attese.

L'analisi delle abitudini di consumo nelle macroaree centrali, meridionali e insulari mostra che per entrambi i generi le più basse prevalenze registrate nel 2014, inferiori a quelle medie nazionali, dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio e dei consumatori abituali eccedentari richiede approcci differenziati rispetto a quelle adattabili per altre macroaree necessitando di focalizzarsi principalmente sui consumatori a rischio giovani, 11-25enni, circa 1.520.000 ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica. Sono gli 11-17enni, comunque, in tutta Italia a richiedere la massima attenzione da parte dei decisori politici e della programmazione sanitaria e sociale che coinvolge tutte le agenzie educative, prima tra tutte la

famiglia e in secondo luogo la scuola. In totale si stima che gli adolescenti minorenni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2014 circa 790.000, con una differenza di genere che, in questa classe d'età risulta inferiore alle età successive. Nonostante la prevalenza dei consumatori a rischio in questa fascia di età sia diminuita rispetto al 2007, per il terzo anno consecutivo non si registrano variazioni significative dell'indicatore e ciò lascia ritenere che ancora non siano incisive le attività che possono diminuire la disponibilità di bevande alcoliche per i minori. In Italia dal 2012 (Legge 8.11.2012 n.189) vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni; in questa fascia di età l'indicatore relativo ai consumatori a rischio identifica il 21,5% dei ragazzi e il 17,3% delle ragazze che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica aggirando peraltro il divieto esistente e praticando, in proporzioni più ridotte (M:11,4%; F:2,2%) ma senza variazioni registrate nel corso del tempo, il cosiddetto *binge drinking*, il bere per ubriacarsi connotando in maniera ancora più pregiudiziale per la salute e la sicurezza un comportamento che è da evitare a qualunque età.

Estendendo la platea ai 18-20enni e 21-25enni circa 260.000 (190.000 uomini e 70.000 donne pari al 22,4% e 8,4% rispettivamente dei 18-20enni) e 470.000 (340.000 uomini e 130.000 donne pari al 21,8% e 8,5% rispettivamente dei 21-25enni rappresentano la quota che si aggiunge ai giovani che dovrebbero essere oggetto di identificazione precoce e possibile intervento se tale pratica ricevesse adeguata integrazione nella quotidianità da parte di medici e strutture sanitarie che allo stato attuale è verificato non garantiscono come dovrebbero quanto invece considerato come intervento standard in altre Nazioni e realtà europee; ciò a causa della scarsa formazione medica e conoscenza dello screening di base (AUDIT C) che è noto a solo un terzo dei medici sia per caratteristiche che per applicazione connotando la nostra Nazione come una tra le ultime in Europa (progetti ODHIN e Amphora). Una nuova cultura è da costruire in tal senso anche per contrastare quella approssimativa che per anni (e ancora oggi) ha suggerito per la prevenzione e in particolare agli anziani di consumare bevande alcoliche secondo uno stile "moderato" la cui connotazione è stata ispirata ad interpretazioni individuali più inclini a mantenere i livelli abituali di consumo piuttosto che a limitare ad un unico bicchiere la quantità da non superare per non incorrere in problemi con la salute. La stima di circa 2.700.000 ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute (2.100.000 uomini e 600.000 donne) richiama l'esigenza di azioni di prevenzione specifica ancora inesistenti in Italia in una fase della vita in cui la presenza di malattie, l'assunzione di farmaci, le modifiche fisiologiche e metaboliche imporrebbero l'astensione come regola più che come eccezione anche considerando l'impatto che problematiche alcol-correlate evitabili nell'anziano comporta per il Servizio Sanitario Nazionale in termini di risorse da dedicare in periodi di razionalizzazione della spesa.

Venticinque miliardi di euro stimati dalla WHO come costi causati dall'alcol in Italia rappresentano una ragione valida per contribuire, secondo modalità differenziate e non generalizzabili come attualmente accade, a ridurre l'impatto alcol-correlato con maggior attenzione per i target vulnerabili della popolazione: i minori e i giovani, le donne , gli anziani.

Il sistema di monitoraggio nazionale dell'ONA-CNESPS – recentemente acquisito anche come azione centrale del Ministero della Salute attraverso il nuovo progetto SISMA, oltre che come statistica ufficiale del Programma Statistico Nazionale in qualità di statistica formale derivata – consente di poter garantire costantemente i profili di salute/malattia/mortalità connessa ai livelli di consumo alcolico delle singole Regioni attraverso l'elaborazione, l'analisi e la valutazione di numerose basi di dati formulando valutazioni che acquisiscono il carattere formale attraverso la confluenza nella Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001.

È una grande responsabilità ma anche una grande opportunità quella fornita all'ONA-CNESPS di poter contribuire ogni anno a definire lo stato dell'arte e i trend che possono supportare e sostenere politiche e interventi, piani d'azione e strategie di cui oggi più che mai si rileva l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura e supportare iniziative di screening e di intervento breve e nel sociale considerato che, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più esposti alle conseguenze sociali del consumo di alcol. Un'attenzione particolare è indispensabile relativamente ai problemi del rispetto della legalità, per il mancato rispetto delle leggi (che vietano in Italia vendita e somministrazione ai minori di 18 anni), ma anche quello delle disuguaglianze in salute causate dall'alcol e non adeguatamente contrastate da politiche, piani, strategie e azioni nazionali e regionali.

Se da un lato l'Europa conferma il triste primato di Regione con il più alto consumo *pro capite*, con alcuni dei suoi Paesi che hanno consumi decisamente elevati, l'Italia ha una *performance* sicuramente ben orientata alla diminuzione del consumo ma con fenomeni di distribuzione del rischio che sono da monitorare costantemente e contrastare. Molti italiani bevono ben oltre i limiti che il nostro organismo possa tollerare; c'è chi lo fa in maniera quotidiana, chi occasionale, tutti in maniera dannosa per se stessi e spesso per gli altri. Ci sono molte azioni, iniziative, strategie, programmi da realizzare. Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un continuum di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni subiti, appare centrale e urgente garantire e integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (AUDIT) nei setting di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani (setting pediatrici e di assistenza primaria erogata dai medici di famiglia) favorendo l'erogazione di tecniche di counselling motivazionale tra le quali l'intervento breve che garantisce i più elevati livelli di efficacia e più vantaggiosi profili di costo e di beneficio.

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

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

Il Piano d'azione sul bere dei giovani e sul *binge drinking* non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull'evidenza che sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l'alcol è nocivo per lo sviluppo cerebrale sino ai 25 anni (aggiornate le evidenze che ponevano questa "soglia" ai 21-24 anni) e questo è il motivo per cui il Piano d'azione si focalizza sui diversi target dei giovani a partire dai bambini, passando attraverso gli adolescenti, i maggiorenni (secondo le differenti età legali correnti nelle diverse Nazioni della Unione europea) e, non ultimi, i giovani adulti. In questa fascia ampia di età l'alcol fa registrare in tutta Europa il più elevato contributo in termini di mortalità prematura, morbilità per causa e disabilità causate dal consumo di bevande alcoliche tra i giovani.

Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario e interventi incisivi sono da attivare relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato rivolti a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di marketing con istituzione di modalità di prelievo fiscale, analogamente a quanto avviene per le sigarette, attraverso tasse di scopo con cui finanziare la ricerca, il monitoraggio epidemiologico e la prevenzione finalizzata al contenimento e al contrasto degli effetti del consumo danno e rischioso di alcol nella popolazione tutelando la promozione di interventi di sensibilizzazione nelle scuole rivolte ai minori da parte delle istituzioni e autorità sanitarie competenti escludendo esplicitamente qualunque intervento da interlocutori portatori di interessi commerciali, come richiesto e richiamato dalla WHO.

La finalità condivisa da tutte le strategie e i piani d’azione in cui l’Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutari i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate capaci di guidare verso stili e modelli del bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza basati su informazioni valide e oggettive. La finalità ultima è di garantire a tutti il più elevato livello di benessere a cui l’individuo possa aspirare attraverso l’adozione di comportamenti salutari e sicuri per se stessi e per la collettività.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.
2. WHO. *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 9/2/2016.
3. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
4. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
5. Stewart BW, Wild CP (Ed.). *World Cancer Report 2014*. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2014.
6. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health* 2008;14(8):289.
7. Shield KD, Parry C, Rehm J. Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: Review and Meta-Analysis. *AIDS and Behavior* 2009;13(6):1021-36.
8. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health* 2010;55(3):159-66.
9. WHO Regional Office for Europe. *European health for all database*. Copenhagen: WHO. Disponibile all'indirizzo <http://data.euro.who.int/hfadb/>; ultima consultazione 9/2/2016.
10. ISTAT. *Indagine Multiscopo – Aspetti della vita quotidiana*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/91926>; ultima consultazione 9/2/2016.
11. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a glance 2015*. OECD Indicators. Parigi: OECD Publishing, 2015. Disponibile all'indirizzo: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en; ultima consultazione 9/2/2016.
12. Sassi F (Ed.). *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Parigi: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>; ultima consultazione 9/2/2016.
13. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S, Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2015*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/3).
14. SIstema STAtistico Nazionale-ISTAT. *Programma statistico nazionale 2011-2013 Aggiornamento 2014-2016*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=361>; ultima consultazione 9/2/2016.
15. Bologna E. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anni 2014. Statistica Report*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/156223>; ultima consultazione 9/2/2016.
16. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373(9682):2223-33.

17. International Agency for Research and Cancer. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 96. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate.* Lyon: WHO, IARC; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php>; ultima consultazione 9/2/2016.
18. Baan R, Straif K, Grosse Y, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
19. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23(3):195-204.
20. Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana IV Revisione.* Milano: SICS editore; 2014.
21. European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016).* Brussels: European Commission; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.
22. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.* Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalestragegy.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.
23. WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020.* Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.
24. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (traduzione a cura di). *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 9/2/2016.
25. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (A cura di). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 01/12/2015.
26. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute.* Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.
27. SIstema STAtistico Nazionale-ISTAT. *Programma statistico nazionale 2011-2013 Aggiornamento 2012-2014.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=121>; ultima consultazione 9/2/2016.
28. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10th Revision.* Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo <http://www.who.int/classifications/icd/en/>; ultima consultazione 9/2/2016.
29. Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. *La mortalità in Italia nell'anno 2006.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/26).
30. ISTAT. *GeoDemo, Demografia in cifre.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/>; ultima consultazione 9/2/2016.
31. Wagenaar AC, Toomey TL. Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 2000;27:681-733.
32. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana.* Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN; 2003.

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

- Agabio R, Amendola MF, Baselice A, Ceccanti M, Cibin M, D'Angelo F, Dattola A, Di Furia L, Faggiano F, Giordani M, Maranzano P, Pala B, Patussi V, Pellegrini L, Peris A, Piani F, Salamina G, Scafato E, Tosi M. *Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS)*. Roma: Gruppo Tecnico Congiunto Ministero-Regioni; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area7/prg_7_Piano_naz_monitoraggio_Alcol_Salute.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, Newbury-Birch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Scafato EP, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol and alcoholism* 2014;49(5):531-9.
- Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC family practice* 2014;15(1):26.
- Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry* 2014;5(161):1-12.
- Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2. ed. 2013. p. 72-93.
- Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in primary health care settings. Field test report. Italy*. BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_PHC.pdf; ultima consultazione 17/12/2015.
- Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in emergency settings. Field test strategy. Italy*. BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ED.pdf; ultima consultazione 17/12/2015.
- Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in workplace settings. Field test strategy. Italy*. BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_WP.pdf; ultima consultazione 17/12/2015.
- Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in Social Services settings. Field test strategy. Italy*. BISTAIRS; 2014.. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ScS.pdf; ultima consultazione 17/12/2015.
- Istituto Superiore di Sanità, ONA-CNESPS (Ed.). *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 12/03/2015.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultima consultazione 12/03/2015
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP)*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultima consultazione 12/03/2015.

Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Nazionale. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 (RSSP)*. Roma: Ministero della Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/documenti/RSSP_2011.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2013*. Roma: Ministero delle Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.

Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011;106(Suppl. 1):4-10.

Scafato E, Russo R, Gandin C, Galluzzo L, Parisi N, Ghirini S. L'epidemiologia dei consumi alcolici e il monitoraggio del rischio alcol-correlato in Italia. In: Annovi C, Biolcati RA, Di Rico R (Ed.). *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro*. Milano: Franco Angeli editore; 2006. p. 63-86.

Scafato E (Ed.). *Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.gencat.net:80/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8871.html; ultima consultazione 19/02/15

Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010; Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.

Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Gandin C. Alcol e tumori. In: Belardelli F, Moretti F (Ed.). *Attività e impegno dell'Istituto Superiore di Sanità nella lotta contro il cancro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/37). p.249-56.

Scafato E, Rossi A, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Ghirini S. Rischio alcol correlato e strategie di prevenzione basate sull'evidenza. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). *Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5). p. 60-6.

Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Gandin C. Priorità per gli interventi sanitari attraverso il risk factor modeling del progetto SIVEAS. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). *Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5). p. 20-34.

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2013*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2013.

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L. Alcohol Prevention Day 2013: una good practice di sanità pubblica. *Not Ist Super Sanità* 2013;26(6):14-19.

Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S, Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini*

dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).

Scafato E, Gandin C, Laurant M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, Matrai S, Reynolds J, Colom J, Segura L, Kaner E, Newbury Birch D, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Sovinova H, Struzzo P, Krzysztof B, Ribeiro C, Onno VS, Ronda G, Drummond C, Mierzecki A. The ODHIN assessment tool: a tool to describe the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption at the country and regional level. *Addiction Science & Clinical Practice* 2013, 8(Suppl 1):A67

Testino G, Ancarani AO, Patussi V, Scafato E. Consumo rischioso-dannoso di alcol: è necessario rivedere lo screening oncologico? *Alcologia* 2013;17:11-8.

Testino G, Ancarani AO, Sumberaz A, Patussi V, Scafato E. Alcol e prevenzione della cardiopatia ischemica [editoriale]. *Alcologia* 2013;16:10-2.

Testino G, Leone S, Patussi V, Scafato E. Alcol, prevenzione cardiovascolare e cancro. *Recenti Progressi in Medicina* 2014;105(4):144-6.

Testino G, Patussi V, Leone S, Scafato E, Borro P. Moderate alcohol use and health: a nonsense. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014;24(1):e4-5.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di marzo 2016, 1° Suppl.*

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

Roma, marzo 2016