



RAPPORTI ISTISAN 22|1

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

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2022

E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi,
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
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute
Rapporto 2022**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin,
Alice Matone, Monica Vichi, Gruppo di Lavoro CSDA
(Centro Servizi Documentazione Alcol)

Centro Nazionale Dipendenze e Doping

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

**Rapporti ISTISAN
22/1**

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2022, viii, 68 p. Rapporti ISTISAN 22/1

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (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 quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dalla recente attivazione in ISS dell'azione centrale SIAS-SISTIMAL "International Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL" per la valutazione dell'implementazione delle politiche nazionale e regionali sull'alcol che il Ministero della Salute provvede a trasmettere alla World Health Organization (WHO). L'ONA è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale. Il presente rapporto si riferisce al 2020, anno della pandemia da COVID-19 e illustra la problematica alcol in funzione dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'emergenza COVID-19.

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 on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2022.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2022, viii, 68 p. Rapporti ISTISAN 22/1 (in Italian)

The alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as a third risk factor for disease and premature death after smoking and arterial hypertension. The National Observatory on Alcohol (ONA) evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system – SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and by the recent start-up at ISS of the "central action" SISTIMAL aimed at the evaluation of implementation of national and regional alcohol that the Ministry of Health is committed in providing to World Health Organization (WHO). The ONA is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the WHO. This report refers to 2020, the year of the COVID-19 pandemic and shows the alcohol problems according to the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

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, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

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: *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 dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping in collaborazione con:

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

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)

Antonella BACOSI
Pierfrancesco BARBARIOL
Fabio CAPUTO
Marina CIANTI
Tiziana CODENOTTI
Simonetta DI CARLO
Tiziana FANUCCHI
Chiara FRAIOLI
Claudia GANDIN
Silvia GHIRINI
Laura MARTUCCI
Alice MATONE
Valentino PATUSSI
Andrea QUARTINI
Rosaria RUSSO
Riccardo SCIPIONE
Gianni TESTINO
Monica VICHI

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).

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio alcol SISMA (DPCM 3/3/2017) e alle azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto SIAS-SISTIMAL (Sistema Internazionale e Azione di Supporto a SISTIMAL - Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol-correlato) in relazione alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale, accordo di collaborazione ISS – Ministero Salute, CCM - Azione Centrale, realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute –Direzione Generale della prevenzione sanitaria

INDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Prefazione | v |
| Politiche sull'alcol in Europa: consumo <i>pro-capite</i> di alcol | 1 |
| Consumi nella popolazione italiana generale | 5 |
| Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi | 5 |
| Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici | 8 |
| Comportamenti a rischio | 11 |
| Consumatori abituali eccedentari..... | 12 |
| Consumatori fuori pasto..... | 13 |
| Consumatori <i>binge drinking</i> | 14 |
| Consumatori a rischio (criterio ISS)..... | 16 |
| Consumatori dannosi e il disturbo da uso di alcol | 17 |
| Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni | 20 |
| Italia nord-occidentale | 20 |
| Piemonte | 22 |
| Valle d'Aosta | 23 |
| Lombardia | 23 |
| Liguria..... | 23 |
| Italia nord-orientale | 24 |
| Provincia Autonoma di Bolzano | 24 |
| Provincia Autonoma di Trento..... | 25 |
| Veneto..... | 25 |
| Friuli Venezia Giulia..... | 25 |
| Emilia-Romagna | 26 |
| Italia centrale | 26 |
| Toscana | 26 |
| Umbria | 27 |
| Marche | 27 |
| Lazio | 27 |
| Italia meridionale..... | 27 |
| Abruzzo..... | 28 |
| Molise | 28 |
| Campania | 28 |
| Puglia | 28 |
| Basilicata..... | 29 |
| Calabria | 29 |
| Italia insulare | 29 |
| Sicilia | 30 |
| Sardegna..... | 30 |
| Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili | 31 |
| Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere | 31 |
| Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza..... | 35 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Consumo di alcol tra i giovani | 37 |
| Consumatori di 11-17 anni | 38 |
| Consumatori di 18-20 anni | 39 |
| Consumatori di 21-25 anni | 40 |
| | |
| Consumo di alcol tra gli anziani | 41 |
| Consumatori giovani anziani (65-74 anni)..... | 43 |
| Consumatori anziani (75-84 anni) | 43 |
| Consumatori grandi anziani (≥ 85anni) | 44 |
| | |
| Consumo di alcol tra le donne | 45 |
| Consumatrici minorenni (età 11-17 anni) | 46 |
| Consumatrici adulte (età 18-49 anni)..... | 46 |
| Consumatrici adulte (età 50-69 anni)..... | 47 |
| Consumatrici anziane (età ≥70 anni) | 48 |
| Progetto europeo FAR-SEAS e danni legati al consumo di alcol in gravidanza | 49 |
| Donna, alcol e gravidanza | 49 |
| Contratto di servizio FAR-SEAS e contributo dell'ISS | 51 |
| | |
| Conclusioni | 53 |
| | |
| Bibliografia | 63 |

PREFAZIONE

Il consumo di alcol ha radici millenarie profondamente intrecciate nel tessuto sociale di molte società. Diversi e importanti fattori hanno un impatto sui livelli e sui modelli di consumo di alcol nelle differenti popolazioni; tra questi risultano rilevanti quelli legati alle tendenze tradizionali nel consumo di uno o più alcolici, la disponibilità delle bevande alcoliche, la cultura del bere, lo stato economico, l'alfabetizzazione e il grado di istruzione oltre che le modalità e le norme di promozione, commercializzazione e controllo delle bevande alcoliche, tanto quelle previste, quanto quelle effettivamente implementate.

I modelli e i livelli di consumo di alcol sono variabili in funzione del genere, dell'età e dei fattori di vulnerabilità biologica oltre che dalle condizioni socioeconomiche individuali e, non ultima, da un lato dalle politiche di tutela della salute, dall'altro dalla promozione del prodotto. È esperienza comune che lì dove le norme sociali prevalenti supportino il bere attribuendo all'alcol un valore d'uso della sostanza, euforizzante, psicoattiva, socializzante, i messaggi di prevenzione sui danni dell'alcol risultano meno efficaci e supportati anche rispetto alla disinformazione sempre più dilagante sui presunti benefici del bere che incoraggiano, tramite l'infodemia e le *fake news*, il consumo di alcol, sminuendo l'evidenza scientifica e le indicazioni derivanti dalla ricerca per una salute adeguata e sostenibile.

L'alcol è una sostanza cancerogena, calorica, che può creare dipendenza. Sebbene le conseguenze sulla salute del consumo di alcol varino in modo significativo per impatto tra i bevitori, le prove accumulate indicano che, al netto di qualunque evidenza disponibile di potenziali effetti benefici, l'alcol determina sempre pregiudizio alla salute e il consumo di alcol è associato a rischi per la salute a qualunque livello di consumo: non esistendo livelli pur moderati di consumo sicuri per la salute. A livello di popolazione, qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a una mole prevenibile di danni dovuti a molteplici condizioni di salute come malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, disturbi da uso di alcol (*Alcohol Use Disorders*, AUD), malattie del fegato, incidenti anche con danni a persone diverse dai bevitori.

Diversi aspetti del bere hanno un impatto sulle conseguenze per la salute del consumo di alcol, vale a dire il volume di alcol consumato nel tempo, la frequenza, il modo di bere (a digiuno o con i pasti) e, particolarmente dannoso, il bere fino ad ubriacarsi nei contesti del bere e la qualità della bevanda alcolica consumata. Il consumo ripetuto di bevande alcoliche può portare allo sviluppo di AUD, compresa la dipendenza da alcol che è caratterizzata da una ridotta regolazione del consumo di alcol e manifestata da un controllo ridotto sul consumo di alcol, crescente precedenza del consumo di alcol su altri aspetti della vita e caratteristiche fisiologiche specifiche.

Si può parlare di uso rischioso o dannoso di una qualunque bevanda alcolica, di qualunque gradazione, quando il consumo di alcol genera un rischio per la salute a causa della più frequente insorgenza di oltre 220 malattie e condizioni che pregiudicano la salute del consumatore secondo una modalità del "bere che causa danni alla salute e conseguenze sociali per il bevitore, le persone intorno al bevitore e la società in generale, così come i modelli di consumo associati a un aumento del rischio di esiti avversi per la salute". Il suo concetto è molto più ampio del concetto clinico di categoria diagnostica di "pattern di uso dannoso", che rappresenta una parte dello spettro di AUD nella Classificazione Internazionale delle Malattie.

Si definisce "uso dannoso di alcol", come definito nelle strategie e nei piani d'azione e di prevenzione nazionali e globali di riduzione del consumo e dell'impatto dell'alcol, la modalità complessiva di un consumo abituale e persistente che conduca ad un danno organico, che non si sarebbe verificato con la sottrazione all'esposizione a quantità di alcol in grado di determinare un danno d'organo.

L'impatto del consumo dannoso e rischioso di alcol sulla salute e sul benessere non si limita alle conseguenze sulla salute estendendosi alle significative perdite sociali ed economiche relative ai costi causati dall'alcol nel settore della giustizia, costi derivanti dalla perdita di produttività e disoccupazione della forza lavoro e di quelli legati in maniera intangibile ma significativa al dolore e alla sofferenza non solo del consumatore o della consumatrice ma estesa ai terzi, alle conseguenze e alle manifestazioni più drammatiche di danno a persone diverse dai bevitori. A quest'ultimo riguardo, è ciò che è quotidianamente verificato per l'incidentalità stradale, nei luoghi di lavoro, e per la meno nota, ma più tragica e insidiosa, legata alle conseguenze dell'esposizione prenatale all'alcol, che può causare lo sviluppo dei disturbi dello spettro alcolico fetale (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD) nel figlio o nella figlia che nascerà vittima di un comportamento evitabile della madre: il consumare qualunque quantità di bevanda alcolica, non esistendo, infatti, un limite di sicurezza stabilito per il consumo di alcol in qualsiasi fase della gravidanza.

I danni agli altri possono essere molto tangibili, specifici e limitati nel tempo (es. lesioni o danni) o possono essere meno tangibili e derivare da sofferenza, cattiva salute e pregiudicato benessere come conseguenze sociali del bere come, ad esempio, a causa di violenza agita sotto l'effetto dell'alcol, violenza fisica, verbale, psicologica, intra familiare, verso il coniuge, verso i minori, violenza sessuale, molestie, insulti, minacce, bullismo, atti criminosi e danni a cose e persone.

Questa lunga premessa, che potrebbe sembrare noiosa, è nei fatti indispensabile per garantire una corretta chiave di lettura delle dinamiche in atto a livello internazionale, europeo e nazionale e porgere la serie indispensabile d'informazioni scientifiche, valide e corrette, utili a consentire la costruzione di una opinione basata sull'evidenza, quella scientifica, nei fatti mortificata da dibattiti troppo spesso privi di contraddittorio e poco informati a testimonianza di un basso livello di alfabetizzazione specifica sui fondamentali della prevenzione alcol-correlata.

Tale premessa al nuovo Piano d'Azione (2022-2030) è per implementare con efficacia la strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol come priorità di salute pubblica ed è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, azione principe dell'agenda 2030 della Nazioni Unite e degli Obiettivi di Salute Sostenibile che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025. Tali obiettivi sono stati riportati dalla World Health Organization (WHO) come ostacolati, nel corso degli ultimi anni, dall'interferenza dei portatori commerciali ed economici d'interesse e dalla scarsa adesione delle politiche sull'alcol alle strategie che individuano i mezzi e le misure, le azioni basate sull'evidenza di efficacia da adottare con necessità resa ancora più urgente dalla pandemia da COVID-19.

La diminuita o assente capacità di controllo formale e informale della società e delle istituzioni nell'affrontare e contrastare l'impatto dell'alcol sulla società, del marketing, della disponibilità economica e fisica delle bevande alcoliche, dell'esposizione dei minori al bere, è un dato di fatto registrato in gran parte delle Nazioni, Italia inclusa, in cui frequenti e diffusi conflitti d'interesse hanno condotto alla inefficienza del *policy decision making* nei riguardi della definizione di politiche di tutela reale ed efficace della salute. La consapevolezza e la constatazione dell'impatto negativo complessivo del consumo di alcol sulla salute e la sicurezza della popolazione è estremamente bassa tra i decisori politici, le istituzioni di tutela e in generale tra la gente.

Non a caso uno degli obiettivi prioritari della WHO è la sollecitazione di adeguati livelli di *health literacy* dei decisori politici, dei rappresentanti le istituzioni non solo sanitarie, dei professionisti della salute, della gente, tutti target che manifestano un sostanziale analfabetismo funzionale, in particolare in Italia, nel saper comprendere i messaggi di prevenzione per poi determinare azioni consequenziali che sono, nei fatti, inibite anche da una massiccia azione di contrasto alla corretta informazione del consumatore, basata sull'evidenza scientifica, e di

contrasto alle norme di prevenzione, come di recente verificato nel corso dell'approvazione dello *EU Beating Cancer Plan*.

Secondo la WHO, tutto ciò è influenzato dagli orientamenti espressi dal mondo della produzione, dal livello di impegno dei politici che dovrebbero esprimersi adeguatamente e per mandato nel merito della prevenzione necessaria, dai messaggi commerciali, dalla disinformazione diffusa e dalla commercializzazione scarsamente regolamentata di bevande alcoliche, che deprioritizzano gli sforzi a favore dei problemi di salute pubblica per contrastare il consumo dannoso di alcol. La pandemia da COVID-19 ha evidenziato l'importanza di risposte politiche e del sistema sanitario appropriate per ridurre l'inasprimento delle problematiche collegate all'uso dannoso di alcol durante le emergenze sanitarie.

L'onere sanitario, economico e sociale attribuibile al consumo di alcol, stimato in 25 miliardi di euro l'anno per l'Italia dalla WHO, è in gran parte prevenibile. Storicamente, in riconoscimento delle proprietà inebrianti, tossiche e che producono dipendenza da alcol, ci sono sempre stati tentativi di regolare la produzione, la distribuzione e il consumo di bevande alcoliche a maggior tutela della salute delle popolazioni prevenendo e riducendo l'impatto dell'alcol sulla società.

Il termine corretto "politiche di controllo" è sempre meno usato dai media che preferiscono riferire invece tali legittime e preziose attività di tutela della salute e della sicurezza come "proibizionismo", quasi sempre scaturite dalla narrazione del settore della produzione e dai commenti compiacenti di una politica distante dall'esigenza di un equo bilanciamento tra legittimi interessi, commerciali da un lato, di tutela della salute dall'altro, capace di riconoscere il consumo di alcol come una priorità di salute pubblica che dovrebbe essere al centro delle politiche sull'alcol attraverso misure attuate a diversi livelli.

Il Comitato Esecutivo della WHO ha riconosciuto la perdurante rilevanza della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (nella sua decisione EB146-14, 2020) e ha chiesto al Direttore Generale della WHO di accelerare la stessa, rivedendo le aree d'interesse per poi riferire al Comitato Esecutivo (nella sua 166ª sessione del 2030) per eventuali ulteriori azioni. Al Direttore Generale della WHO è stato anche richiesto di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati Membri e con i portatori di interessi pertinenti, all'esame della 75ª Assemblea Mondiale della Sanità, attraverso il Comitato Esecutivo (150ª sessione a maggio di quest'anno). Il piano d'azione proposto si basa sugli orientamenti forniti dalla strategia globale, il suo ruolo chiave e le sue componenti, nonché sugli insegnamenti tratti dalla sua attuazione e sui piani d'azione sull'alcol degli ultimi 10 anni. Il piano d'azione mira a rafforzare l'attuazione della strategia globale accelerando le azioni a vari livelli e sostenendo e integrando le risposte nazionali ai problemi di salute pubblica causati dall'uso dannoso di alcol in dieci aree target raccomandate dalla strategia globale per l'azione nazionale, adattata ai contesti nazionali. Il piano d'azione propone azioni e misure specifiche da attuare attraverso i ruoli chiave e le componenti indispensabili per i *policy making*, le più recenti evidenze di efficacia e l'efficacia in termini di costi delle opzioni politiche per ridurre l'impatto dell'uso dannoso di alcol. Nel piano d'azione proposto è stata inclusa una nuova area d'azione che riguarda l'attuazione di strategie e interventi ad alto impatto dell'iniziativa SAFER della WHO sulla base dell'evidenza dell'efficacia e del rapporto costo-efficacia delle diverse opzioni politiche, rispecchiando le lezioni apprese sinora nel corso dell'attuazione delle strategie già poste in essere a livello globale e nazionali.

Le azioni e le misure proposte nel piano d'azione, quando implementate e applicate, hanno il potenziale dimostrato come il più elevato per ridurre il consumo dannoso di alcol. La loro priorità e attuazione a livello nazionale e regionale, nonché la definizione delle priorità di altre opzioni politiche e interventi raccomandati dalla strategia globale, è a discrezione di ciascuno Stato membro, a seconda delle esigenze e dello stato di attuazione di tali misure in un determinato

paese, dai contesti sociali, economici e culturali, dalla scala di priorità di salute pubblica, dalle politiche del sistema sanitario e dalla disponibilità delle risorse ed è intuitivo che le esigenze e i contesti nazionali possono richiedere, a discrezione di uno Stato membro, l'attuazione di misure ancora più rigorose di quelle proposte nel progetto di piano d'azione.

Uno dei principi guida della strategia globale afferma che le politiche e gli interventi pubblici tesi a prevenire e ridurre i danni causati dall'alcol dovrebbero essere guidati e formulati dagli interessi della salute pubblica e sulla base di chiari obiettivi di salute pubblica e delle migliori prove disponibili; la sfida per l'Italia è di riaggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione attualmente mancante di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come sicuramente efficaci, progettare, come già accaduto nel recente passato, un nuovo Piano Alcol e Salute e auspicabilmente valorizzare la consulenza tecnico-scientifica derivante dal mondo della ricerca di settore di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità mantiene, in coordinamento con il Ministero della Salute, anche a livello europeo e internazionale un ruolo di riconosciuta leadership di cui giovare per contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di Salute Sostenibili che richiedono la riduzione del 10% dei consumi dannosi di alcol in Italia e la riduzione dell'impatto dell'alcol sulla mortalità e sulla morbilità nella popolazione.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol
WHO Collaborative Centre Research on Alcohol
Vice Presidente EUFAS,
European Federation of Addiction Societies
Past President SIA,
Società Italiana di Alcologia*

POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA: CONSUMO *PRO-CAPITE* DI ALCOL

Il consumo di alcol causa circa 3 milioni di morti ogni anno a livello globale, nonché disabilità e cattive condizioni di salute di milioni di persone. Complessivamente, il consumo dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e la Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) ha la più alta percentuale di bevitori e il più alto consumo di alcol nel mondo. Nella Regione europea della WHO si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane artefice o vittima di un incidente stradale causato dall'alcol alla guida, prima causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattia di lunga durata o di disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra i 14 e i 28 anni di età) (1, 2).

L'alcol è dimostrato essere causa di oltre 200 condizioni e malattie riconosciute nella classificazione internazionale delle malattie, e circa 40 di queste sono del tutto attribuibili al consumo di alcol (1). Sono state individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: le malattie croniche non trasmissibili (i disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali (1, 3, 4). La WHO ha stimato infatti che il 29% dei decessi alcol-correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno, 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (5).

Come più volte ribadito anche dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) e dal *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel corso dei numerosi seminari e webinar formali svolti dalla WHO nel corso del 2021, le interferenze da parte del mondo della produzione sulle politiche di riduzione del consumo di alcol e quest'ultimo rappresentano i principali ostacoli per il raggiungimento di 13 dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) con ripercussioni su tutte e tre le dimensioni dell'Agenda (economica, sociale e ambientale) da raggiungere entro il 2030. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha suggerito di utilizzare il Consumo *Pro-capite* di alcol in litri di Alcol puro (CPA) per garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età (obiettivo 3.5), rafforzando la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol (obiettivo specifico 3.5.1) (6).

L'analisi del trend del consumo medio *pro-capite* di alcol puro, come somma del contributo di alcol di tutte le bevande alcoliche, stimato attraverso la *Joint Point Analysis* mostra che in Italia il valore è passato da 19,72 litri nel 1970 a 7,65 litri nel 2019 con una diminuzione maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo (Figura 1). Va notato che nel 1970 il consumo *pro-capite* di alcol in Italia era molto più elevato rispetto alla media dei Paesi membri dell'Europa (19,72 vs. 13,83) e ciò nonostante l'Italia è stata la prima nazione della Regione europea della WHO a raggiungere il target prefissato dalle strategie europee della riduzione del 25% dei consumi *pro-capite* di alcol.

In Europa, tra il 1970 e il 1998 a fronte di un iniziale incremento annuo del consumo *pro-capite* – *Annual Percentage Change* (APC) nel periodo 1970-1975: +1,7 $p < 0,01$ – si è osservata una prolungata diminuzione (APC 1975-1998: -1,5 $p < 0,01$) che in Italia si è rivelata più costante e più consistente (APC 1970-1998: -3,1 $p < 0,01$).

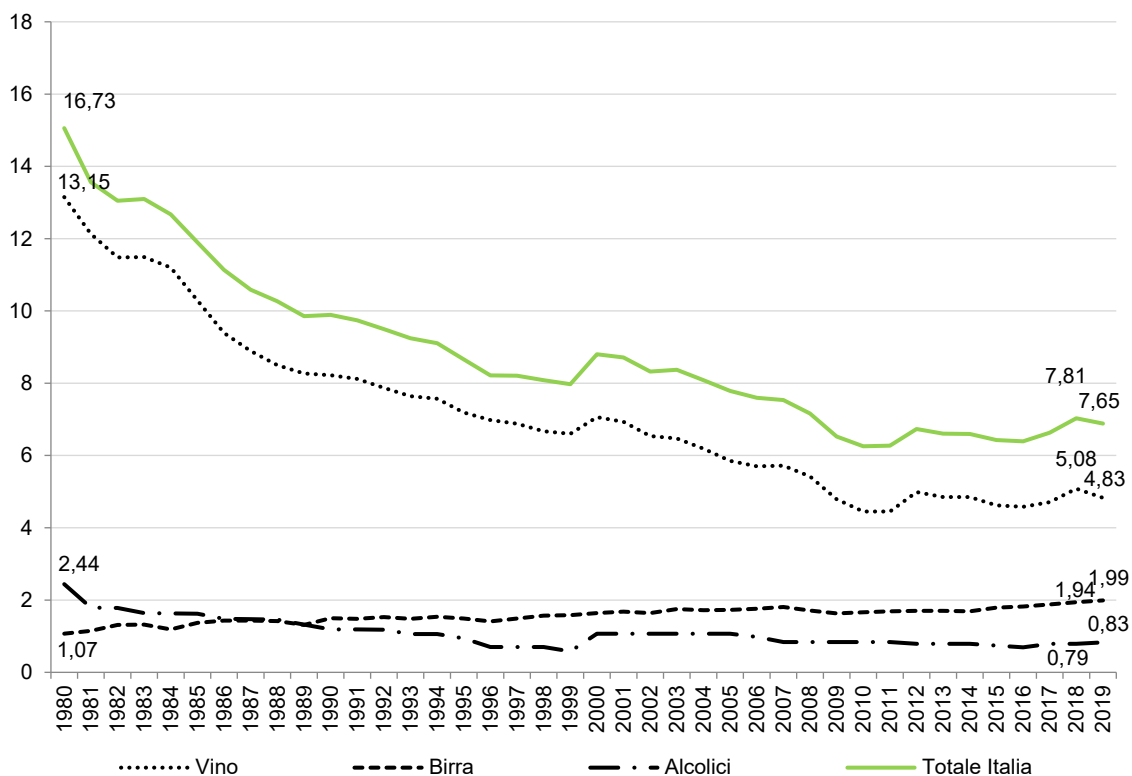


Figura 2. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro *pro-capite* totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1980-2019

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nello *European Information System on Alcohol and Health* (EISAH)

Il consumo medio degli altri alcolici (superalcolici, amari, cocktail, ecc.) è diminuito tra il 1980 e il 1999, dal 2000 al 2018 ha subito delle oscillazioni e nel 2019 è stato pari a 0,83 litri, facendo registrare un incremento rispetto al precedente anno di 5,1%.

Come purtroppo a tutti noto, la pandemia da COVID-19 ha richiesto l'adozione di numerose misure di sanità pubblica che hanno limitato la vita pubblica, spesso con blocchi a livello nazionale, che hanno avuto un impatto sullo stile di vita e sulle abitudini di consumo delle persone.

Le misure di contenimento dell'epidemia adottate nel nostro Paese hanno inciso infatti su molti aspetti della vita quotidiana ed hanno aggravato problematiche relative a problemi di consumo di sostanze (tra cui l'alcol) a livello individuale e di popolazione (7-8).

Nel corso dell'anno 2020 si è assistito in molti Paesi ad un aumento delle vendite online di bevande alcoliche (9) e alcuni studi hanno già evidenziato l'intensificarsi di comportamenti rischiosi per la salute (come ad esempio il *binge drinking*) in alcuni target sensibili di popolazione (10-11).

In Francia e Belgio ad esempio, la chiusura di bar e ristoranti durante il *lockdown* è stata associata a una riduzione complessiva del consumo di alcol, soprattutto tra i giovani adulti ma, allo stesso tempo, altri gruppi della popolazione (come persone di età compresa tra 35 e 50 anni e genitori di bambini piccoli) hanno riferito di aver bevuto più del solito durante il periodo di

confinamento (12-13). Per questo motivo la WHO ha incoraggiato i governi ad applicare misure per limitare il consumo di alcol (14).

Stime recenti da parte del settore della produzione dell'alcol riferiscono una tenuta del consumo medio *pro-capite* di alcol puro, pur con una riduzione registrata nel 2020, in Italia come in altre Nazioni europee e nel mondo, a causa dei periodi di *lockdown* che hanno visto un più difficile approvvigionamento e acquisto di alcolici da parte dei consumatori attraverso la grande distribuzione e un forte aumento della vendita online e dell'*home delivery* che, pur non compensando le perdite effettive in volume degli alcolici, si stima abbiano contribuito anche al sostanziale recupero dei consumi alcolici già nel corso del 2021 e con previsioni di tendenza ad un ulteriore aumento che sarà monitorato nel corso dei mesi. Sarà fondamentale, in tale ottica, valutare le eventuali variazioni relative alle abitudini di consumo dei prossimi anni parallelamente alla modalità di acquisto (difficilmente controllabile per i minori quella online), alla tipologia di bevanda consumata, alla modalità di assunzione, e al target specifico di popolazione a rischio, al fine di individuare le criticità emerse a seguito dell'epidemia in Italia, nei Paesi europei e nel mondo e promuovere politiche sanitarie di contrasto specifiche.

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS ha analizzato i dati relativi all'anno 2020 dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) come previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato) del DPCM del 3 marzo 2017 (16) e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020-2022 (17). L'ONA-ISS si è avvalso delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma SIAS-SISTIMAL (Sistema Internazionale e Azione di Supporto a SISTIMAL - Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol-correlato, in relazione alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale) basate sulle evidenze riconosciute a livello europeo e internazionale, e ha fornito anche per l'anno 2019 il quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica. Il suddetto programma è stato finanziato nell'ambito delle azioni centrali dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute”.

Le analisi condotte dall'ONA-ISS integrano le elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati “Il consumo di alcol in Italia” prodotte dall'ISTAT (18) relative all'anno 2019, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” (19).

I dati 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 nell'anno dell'inizio dell'epidemia da coronavirus e che rappresenta l'anno di riferimento per poter valutare l'impatto che l'isolamento fisico e sociale, le restrizioni e le misure di salute pubblica essenziali per contenere la diffusione della pandemia di COVID-19, hanno rappresentato sulle abitudini di consumo della popolazione.

Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

L'indicatore relativo alla prevalenza di astemi nella popolazione è da anni inserito tra gli indicatori del *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) (20) e rappresenta uno strumento fondamentale della WHO per valutare e monitorare la situazione sanitaria e gli andamenti relativi al consumo di alcol, ai danni correlati all'alcol e alle risposte politiche nei diversi Stati. In Italia, attraverso i dati raccolti con l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”, è possibile stimare ogni anno sia la prevalenza degli astemi (coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita) sia la prevalenza degli astinenti (coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate in precedenza).

Nel 2020 la prevalenza degli astemi è stata pari al 18,8% tra gli uomini e 38,4% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; l'analisi

dell'andamento dell'indicatore nel corso degli ultimi 10 anni evidenzia invece un incremento complessivo del 16,8% tra gli uomini e delle oscillazioni tra le donne (Figura 3).

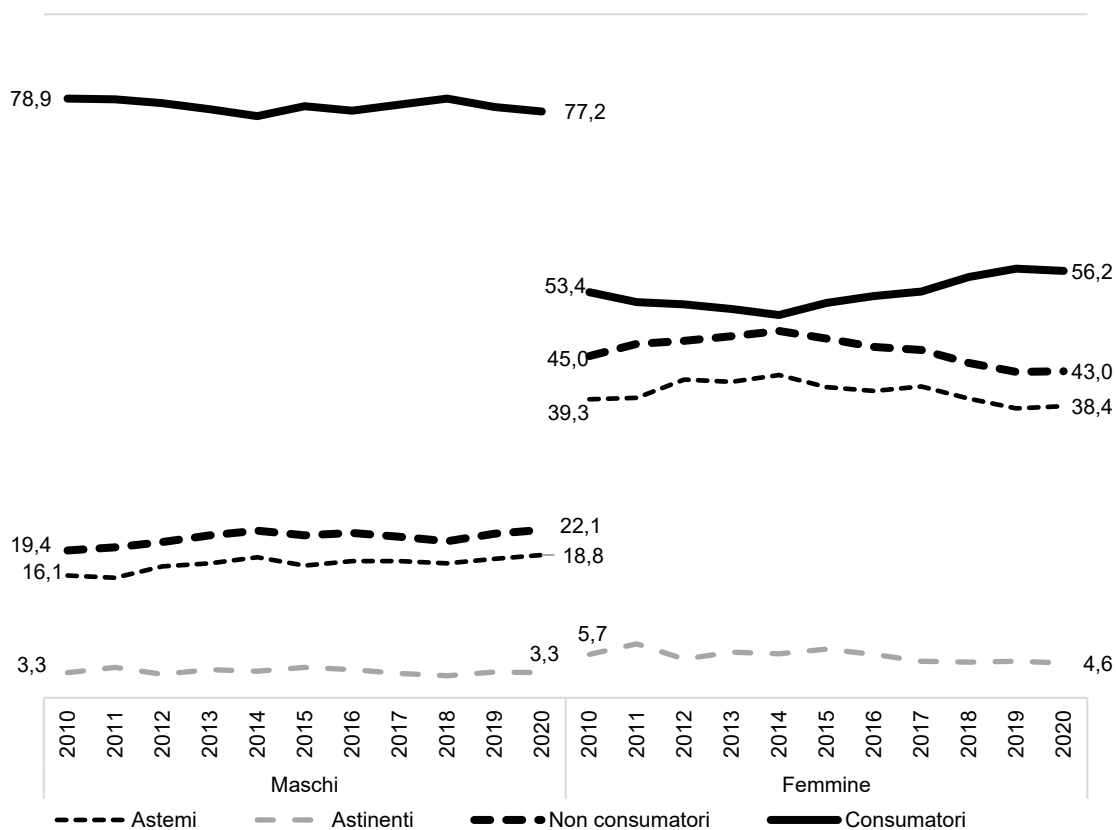


Figura 3. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (anni 2010-2020)

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

L'analisi per classi di età mostra, per entrambi i sessi, un andamento simile con valori più elevati tra i giovani (M=76,4%; F=75,4%), seguiti dagli anziani (M=14,1%; F=45,6%) e in ultimo dai 18-64enni (M=13,6%; F=31,1). Nella popolazione adulta e anziana la prevalenza delle donne è superiore a quella degli uomini (Figura 4).

La prevalenza degli astinenti nel 2020 è stata del 3,3% tra gli uomini e del 4,6% tra le donne, e non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; rispetto al 2010 la prevalenza delle astinenti è diminuita per le donne del 19,3% ed è rimasta pressoché stabile tra gli uomini (vedi Figura 3).

L'analisi per classi di età mostra che nel 2020 la prevalenza è stata più elevata tra le donne nella classe di età adulta e anziana, mentre la differenza registrata in età adolescenziale non risulta statisticamente significativa. Rispetto alla precedente rilevazione non si osservano variazioni significative né di genere né per classe di età (vedi Figura 4).

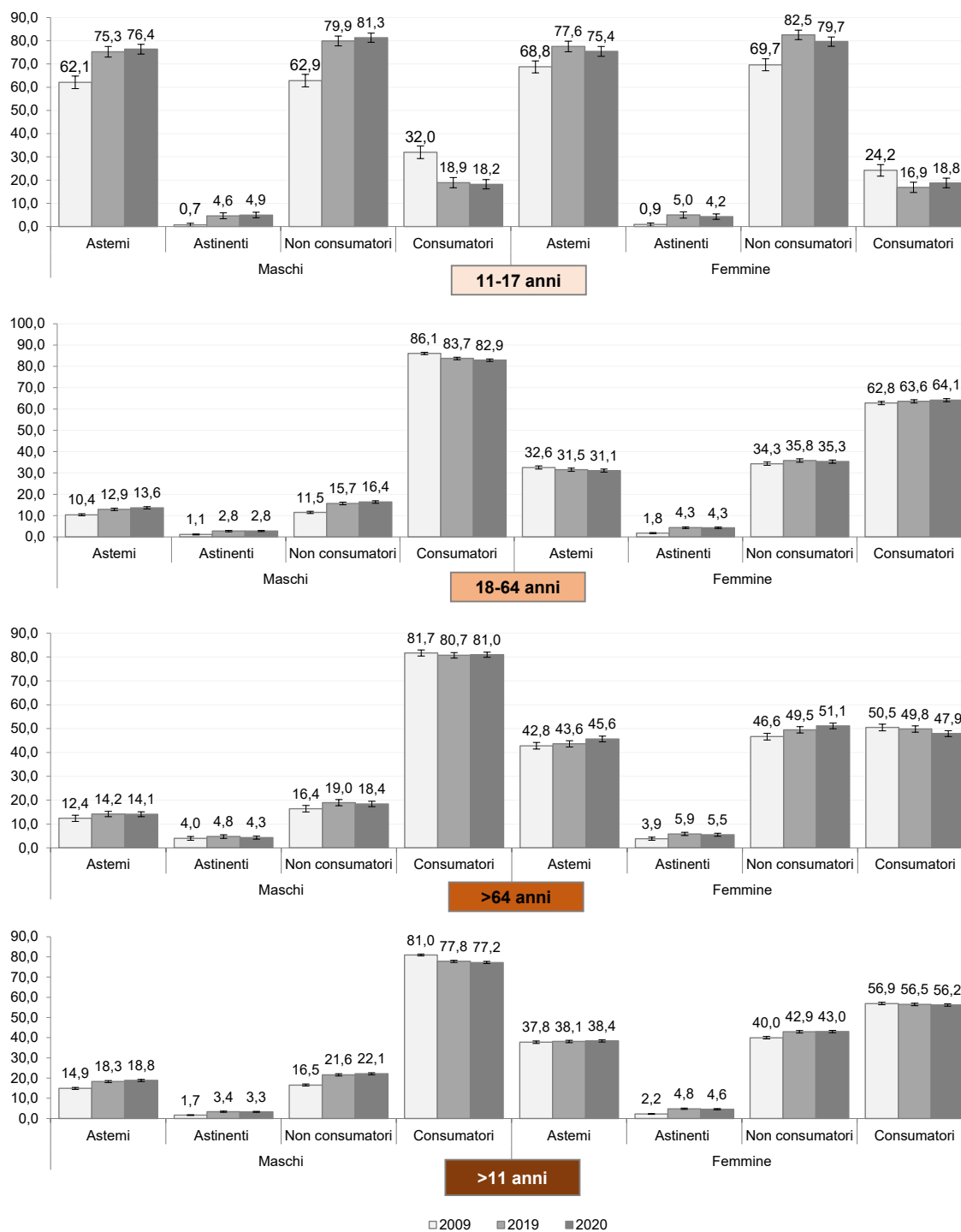


Figura 4. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (2010, 2019, 2020)

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

Nel 2020 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 22,1% degli uomini e il 43,0% delle donne (vedi Figura 3), pari a quasi 18.000.000 persone e, complessivamente, rispetto all'ultimo anno, non si rilevano variazioni statisticamente significative né tra gli uomini né tra le donne.

Nel corso del 2020 infine i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 66,4% degli italiani di 11 anni e più, pari a circa 36 milioni di persone, con prevalenza maggiore tra gli uomini (77,2%) rispetto alle donne (56,2%) e la quota dei consumatori di età superiore a 11 anni è rimasta pressoché stabile rispetto all'anno precedente (vedi Figura 3) (21). L'analisi per classi di età mostra che nel 2020 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata più elevata tra gli uomini in ogni classe di età; la percentuale più elevata si registra per entrambi i generi nella classe di età 18-64 anni mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni (vedi Figura 4).

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

Si stima che nell'anno 2020 sono circa ventinove milioni le persone hanno consumato vino almeno una volta nel corso dell'anno, con una prevalenza pari a 65,1% tra gli uomini e 43,2% tra le donne (Figura 5).

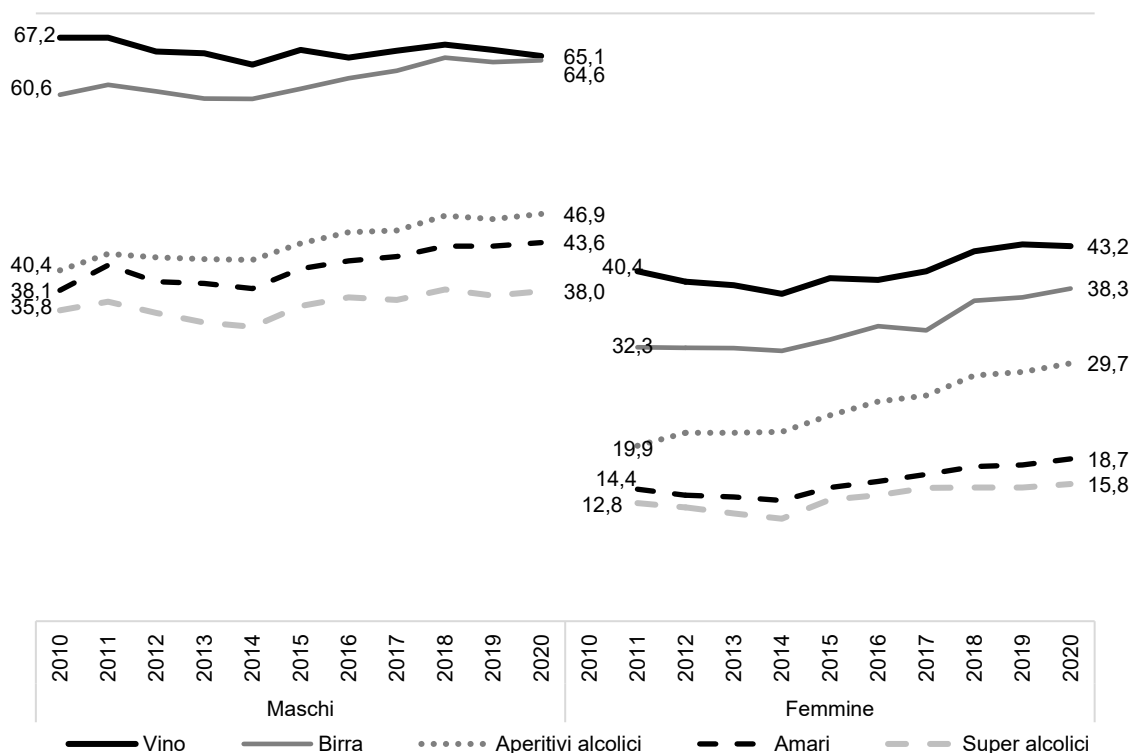


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere (Anni 2010-2020)

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

Complessivamente (maschi + femmine) la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è rimasta stabile nel corso dell'ultimo anno, mentre si osserva un decremento del 3,2% tra gli anziani, in particolare tra le donne (Figura 6).

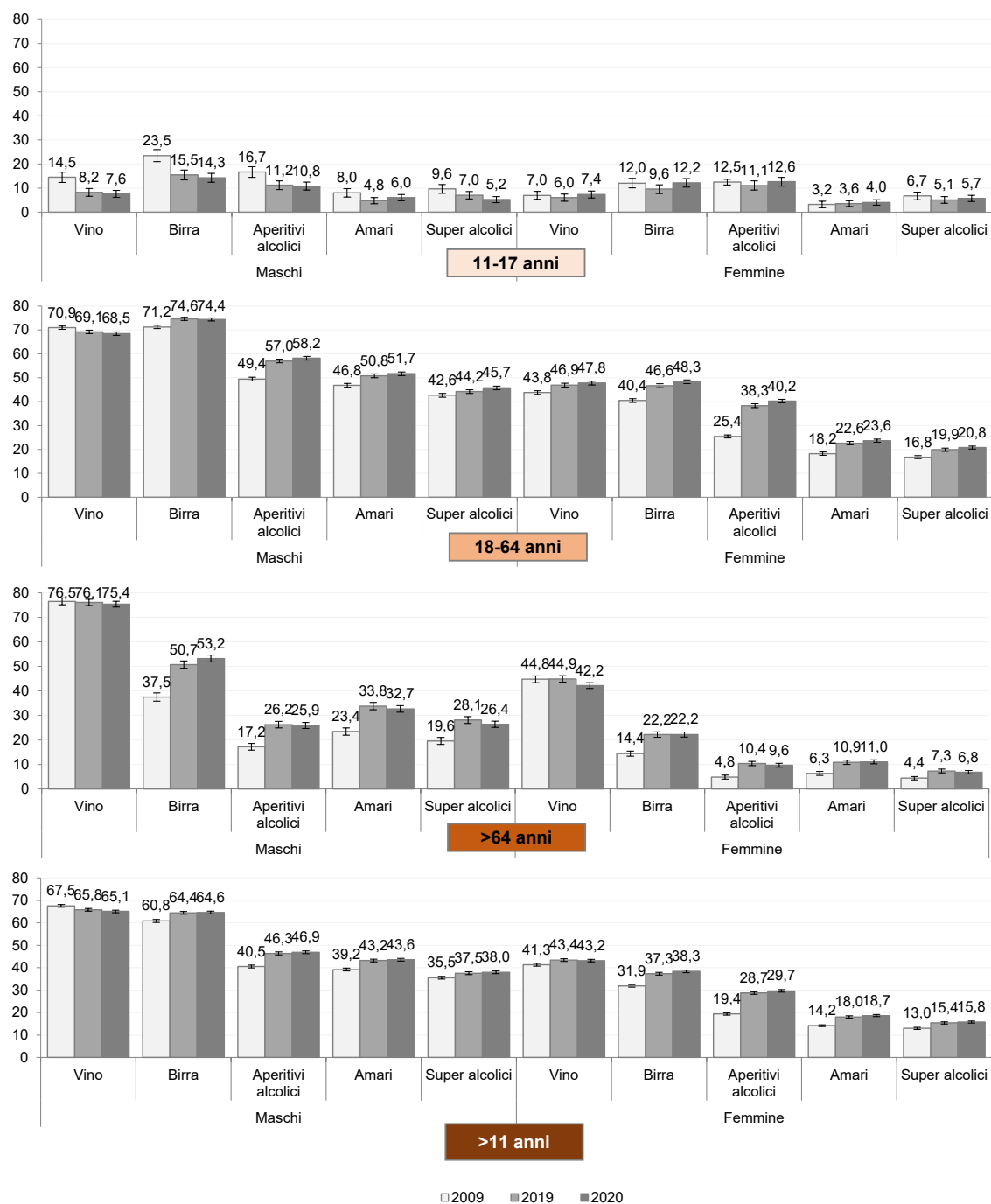


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2010, 2019-2020)

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

Per tutte le classi di età considerate, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore a quella delle consumatrici. Quasi ventotto milioni di persone di età superiore a undici anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2020, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile quasi doppia rispetto a quella femminile (64,6% e 38,3% rispettivamente) (*vedi* Figura 5). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative tra gli uomini, mentre tra le donne si osserva un incremento del 2,7% (*vedi* Figura 6).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2020, da oltre venti milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (46,9%) è superiore a quella tra le donne (29,7%) (*vedi* Figura 5). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata complessivamente rispetto al 2019 del 1,9% e in particolare l'aumento risulta significativo per entrambi i generi nella classe di età 18-64 anni (M: 2,0%; F: 5,1%) (*vedi* Figura 6).

Gli amari sono stati consumati, nel 2020, da oltre sedici milioni e cinquecento mila 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: 43,6%; F: 18,7%) e, tra le donne, si rileva un incremento statisticamente significativo delle consumatrici pari a 4,6% nella classe di età 18-64 anni (Figura 6). L'analisi per classi di età evidenzia valori più elevati tra gli adulti, seguiti da anziani e ragazzi, indipendentemente dal genere (*vedi* Figura 6).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2020 da circa quattordici milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,0% degli uomini e al 15,8% delle donne, e si conferma, anche per quest'anno, un trend in crescita dei consumatori di questa bevanda che è iniziato dal 2014 (*vedi* Figura 5). L'analisi per classi di età mostra che rispetto all'anno 2019 si registra un incremento statisticamente significativo dei consumatori nella fascia di età 18-64 sia tra gli uomini (+3,5%) che tra le donne (+4,5%) (*vedi* Figura 6).

COMPORAMENTI A RISCHIO

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa ed è un fattore di rischio di malattia con un impatto non solo sui singoli bevitori ma anche sulla società in generale.

Il consumo di alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) sono stati causati dall'alcol, per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) (2, 22, 23); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti (22).

Delle circa 800 persone che ogni giorno in Europa muoiono per cause attribuibili all'alcol, una percentuale relativamente alta di danni causati dal consumo di alcol si verifica in età giovanile, dove una morte su quattro dei ragazzi di età compresa tra 20 e 24 anni è causata dall'alcol (22).

Almeno 40 delle malattie e condizioni riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie, 10^a revisione (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) (24) sono totalmente alcol-attribuibili e oltre 200 sono invece parzialmente alcol-attribuibili. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche) e la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) (25-29).

Nonostante siano riportate in letteratura associazioni protettive tra consumo occasionale di alcol e cardiopatia coronarica, ictus ischemico e diabete, secondo la WHO, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi del consumo di alcol per la salute sono comunque preponderanti (30, 31). È infine dimostrato che il consumo di alcol ha ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose/ dannose e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e lavorative, degli atti criminali (come vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria (32).

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni le linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* (33-35).

In Italia, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione (36, 37), curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita. Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è infine necessario monitorare, oltre al consumo abituale eccedentario, 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, ovvero 60 o più grammi di alcol, equivalenti a 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro) (36, 37).

Consumatori abituali eccedentari

Si definisce “consumo abituale eccedentario” una modalità di consumo di bevande alcoliche che eccede, sia in termini di frequenze che in termini di quantità, i limiti di consumo di bevande alcoliche stabiliti in relazione al genere e all’età della persona, oltre il quale si può incorrere in rischi per la salute. I limiti stabiliti per questa modalità di consumo sono descritti nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (36), e da ormai molti anni sono stati acquisiti dal Ministero della Salute, dall’ISTAT e dall’ISS per monitorare le abitudini di consumo della popolazione (21, 38, 39). Le raccomandazioni riportate nei sistemi di monitoraggio istituzionali per non eccedere il consumo stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È importante infine precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerarsi a rischio poiché il sistema enzimatico in questa fascia di età non è ancora in grado di metabolizzare l’alcol: è per questo motivo che in questa fascia di popolazione è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2020 il 14,2% degli uomini e il 6,4% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.500.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=47,0%; F=34,5%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,5%; F=2,5%). Nella popolazione di età superiore a 25 anni la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile è superiore a quella delle consumatrici di sesso femminile (Figura 7).

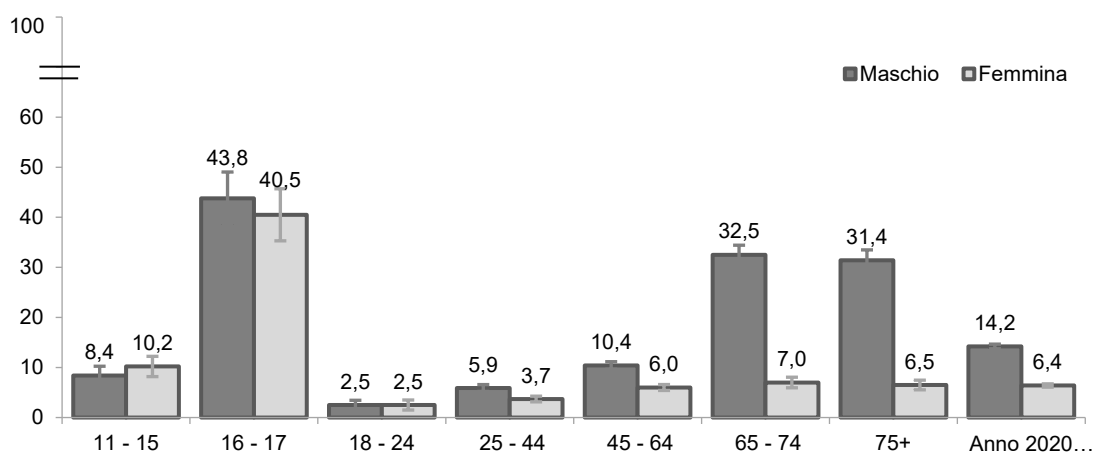


Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2020)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS 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 uomini e donne di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita complessivamente rispetto al 2010 del 24,8% tra gli uomini e del 25,8% tra le donne ma, rispetto all’anno precedente, si registra un incremento del 5,7% tra gli uomini (Figura 8).

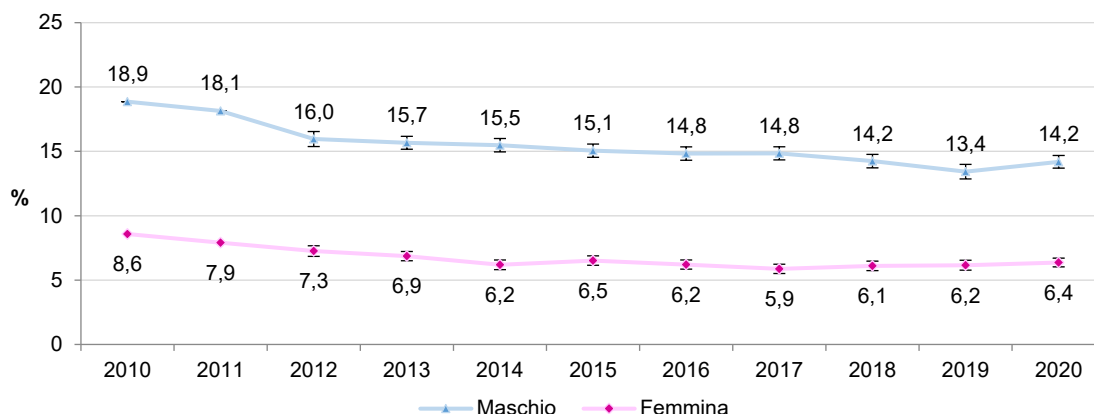


Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2010-2020)

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

Consumatori fuori pasto

Sebbene il consumo di un bicchiere contestualmente ai pasti, e in particolare del vino, sia nel nostro Paese considerato parte integrante dell'alimentazione e della vita sociale, negli ultimi anni si è assistito a un cambiamento delle abitudini di consumo che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come bere a stomaco vuoto. I consumatori fuori pasto sono stati nel 2020 il 41,6% degli uomini e il 22,4% delle donne, pari a quasi 16 milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura 9). 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 oltre la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24 anni: M=53,6%; F=47,0% - 25-44 anni: M=55,2%; F=35,7%) per entrambi i sessi e oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente.

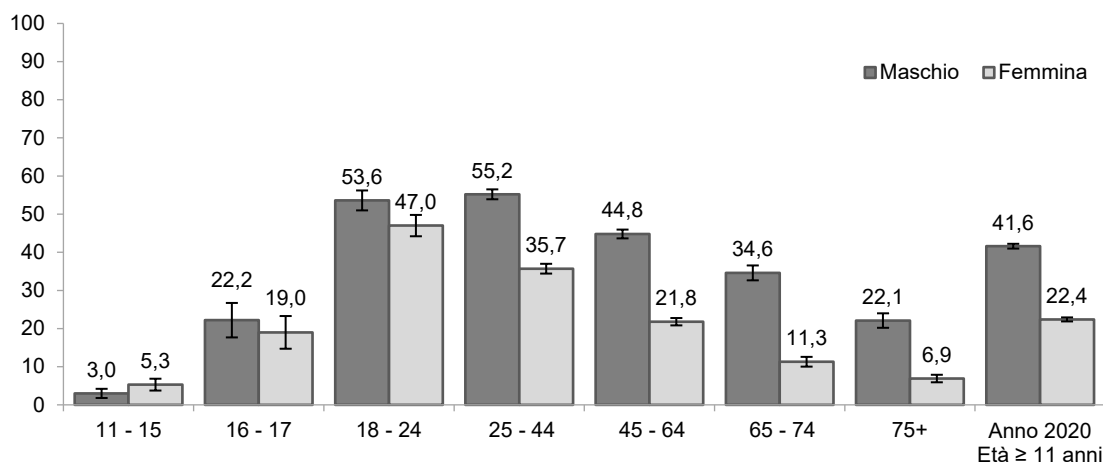


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2020)

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

La prevalenza più bassa si rileva tra i giovanissimi di 11-15 anni (M=3,0%; F=5,3%) e in questa classe di età il consumo nelle ragazze è più elevato di quello dei ragazzi. Tra i 16-17enni non si osservano differenze di genere statisticamente significative mentre la prevalenza dei consumatori è maggiore di quella delle consumatrici per gli individui di età superiore a 18 anni (vedi Figura 9).

L'analisi dell'andamento dell'indicatore relativo ai consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, si conferma il trend in crescita con un aumento rispetto alla precedente rilevazione pari a +2,2% per gli uomini e +6,6% tra le donne (Figura 10).

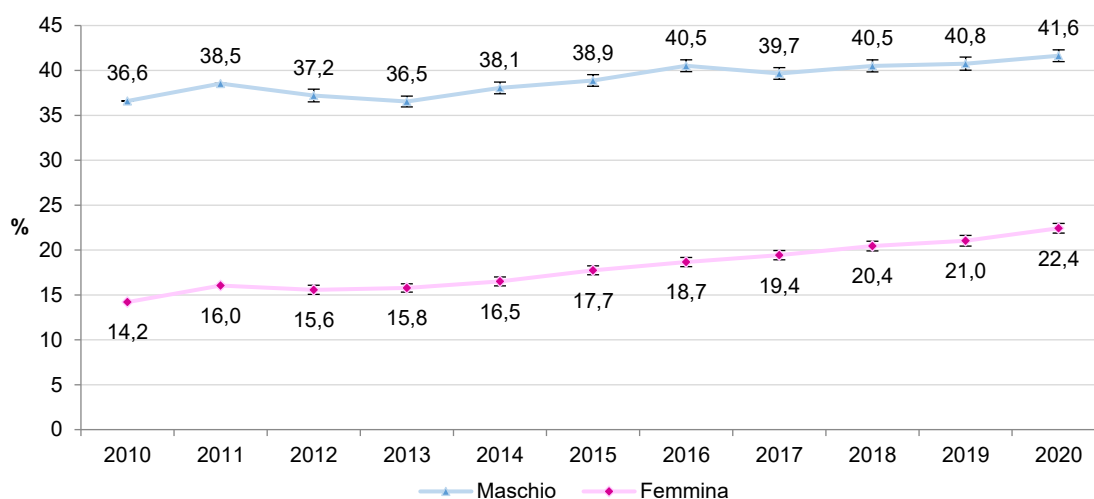


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2010-2020)

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

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* (consumo episodico eccessivo) è il consumo consecutivo, in un arco ristretto di tempo, di bevande alcoliche di qualsiasi tipo. In Italia è rilevato dall'ISTAT da molti anni, attraverso l'indagine Multiscopo sulle famiglie, come un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad 1 UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), concentrato in un'unica occasione di consumo, indipendentemente dal sesso (38-40). Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nei Paesi del Nord Europa, ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile. La sua diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea ha portato gli stati membri dell'Unione Europea, rappresentati dal CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*) ad approvare la strategia comunitaria "Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (*binge drinking*) (2014-2016)" (41, 42) con l'obiettivo di sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia di popolazione particolarmente vulnerabile (43). L'*Action plan*, prorogato fino al 2020, attualmente in aggiornamento da parte degli Stati Membri, identificava sei aree su cui intervenire per contrastare il consumo episodico eccessivo tra i giovani. La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2020 è stata l'11,4% tra gli uomini e 3,9% tra le donne di età > a 11 anni e identifica quattro milioni e centomila *binge drinker* (M= 3 milioni; F= 1 milione

e centomila), con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 11). Le percentuali di *binge drinker* sia nei maschi che nelle femmine aumentano nell'adolescenza e raggiungono valori massimi tra i 18-24enni (M=22,1%; F=14,3%) per poi diminuire nelle età più anziane.

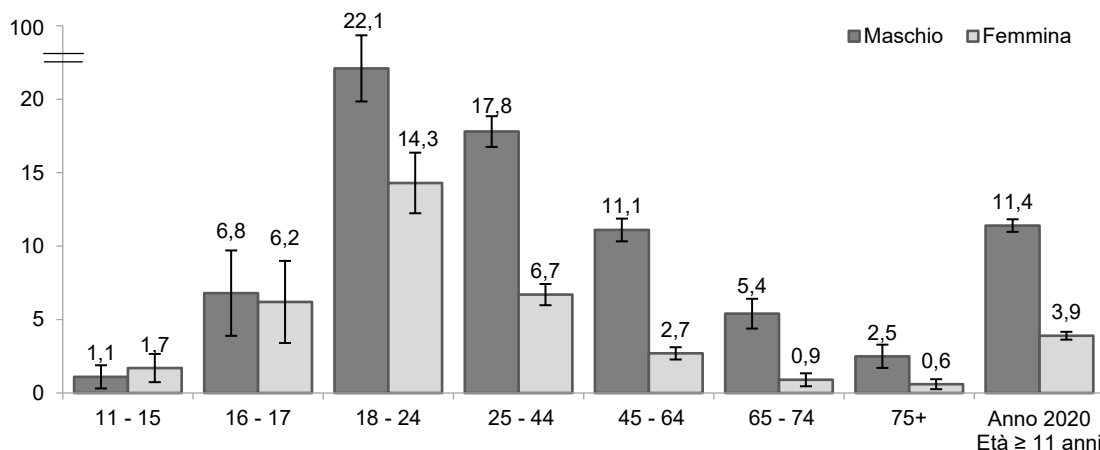


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2020)

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

La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età a eccezione dei minorenni, ossia nella popolazione il cui consumo dovrebbe essere zero per il divieto di vendita e somministrazione di bevande alcoliche. L'analisi del trend dei *binge drinker* di età > a 11 anni mostra che tra il 2010 e il 2014 la prevalenza è diminuita per entrambi i generi, mentre è aumentata tra il 2014 e il 2020, con un incremento nell'ultimo anno pari al 7,3% (M+F), più marcato per le donne (Figura 12).

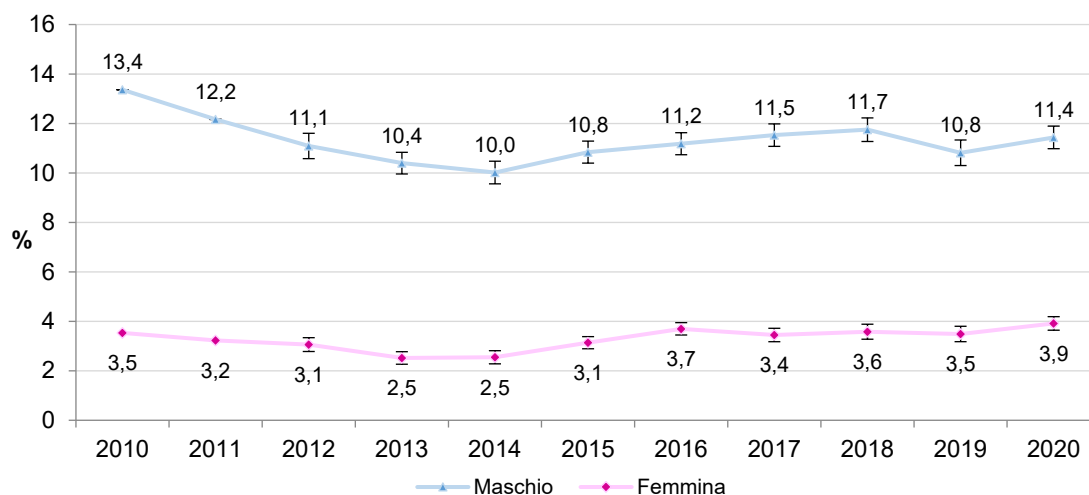


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2010-2020)

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

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Non esiste un livello di consumo di alcol sicuro per la salute. Questa è una certezza ormai granitica rilevata da molti studi scientifici, che dimostrano come anche piccole quantità di alcol siano correlate con un aumento della possibilità di sviluppo di tumori (44), con danni cerebrali (45) e con numerose altre patologie (1). Partendo da un'assunzione di alcol pari a zero, che è, quindi, l'unica sicura per la salute, i rischi aumentano all'aumentare del consumo e in relazione a diversi altri fattori. La quantità di alcol assunta nel corso della vita, la frequenza del consumo, le quantità ingerite per singola occasione, il contesto (se si beve a stomaco vuoto, assumendo farmaci o altre sostanze, ecc.), oltre che la suscettibilità individuale (es. sesso o età) aumenta il rischio di una vasta gamma di danni alla salute e sociali causati dall'alcol.

Ai fini del monitoraggio dei consumi, è stato necessario mettere a punto un indicatore di sintesi per definire i consumatori a rischio: tenendo conto delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN) (36, 37), l'ONA-ISS ha costruito un indicatore che esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking* (38). L'indicatore è stato validato da esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nel monitoraggio nazionale (18, 21, 38-40). Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenti di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA standard al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di 1, 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 2020 del 22,9% per uomini e dell'9,4% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.000.000, F=2.600.000) che nel 2020 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura 13).

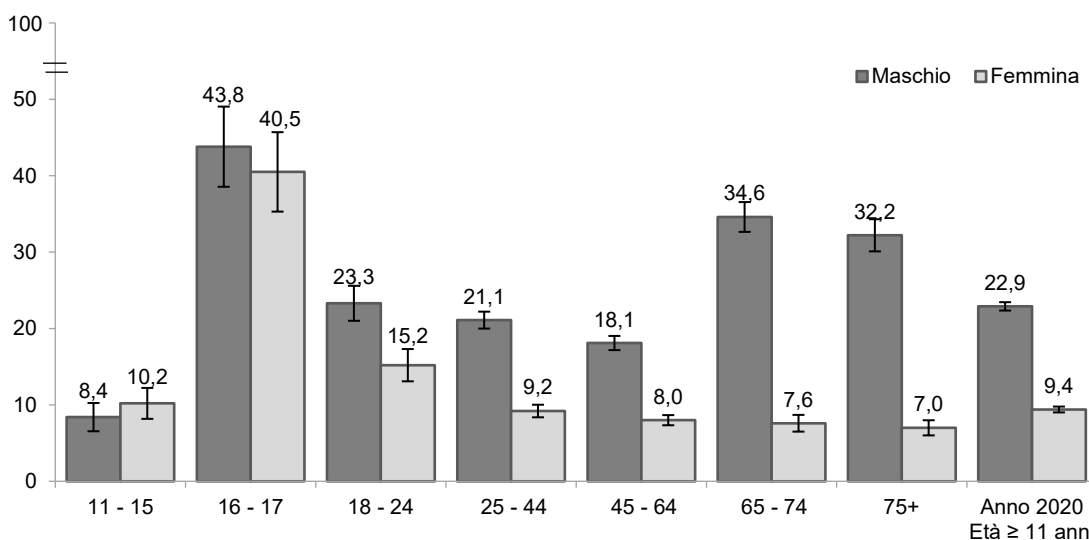


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2020)

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

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=43,8%, F=40,5%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente, a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.600.000 ultra sessantacinquenni sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, esattamente quei target di popolazione sensibili per i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni.

La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni e si rileva che la differenza di genere aumenta all'aumentare dell'età (Figura 14). L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata negli ultimi 10 anni, nel corso dell'ultimo anno la prevalenza è aumentata sia per gli uomini (+6,6%) sia per le donne (+5,3%) (Figura 14).

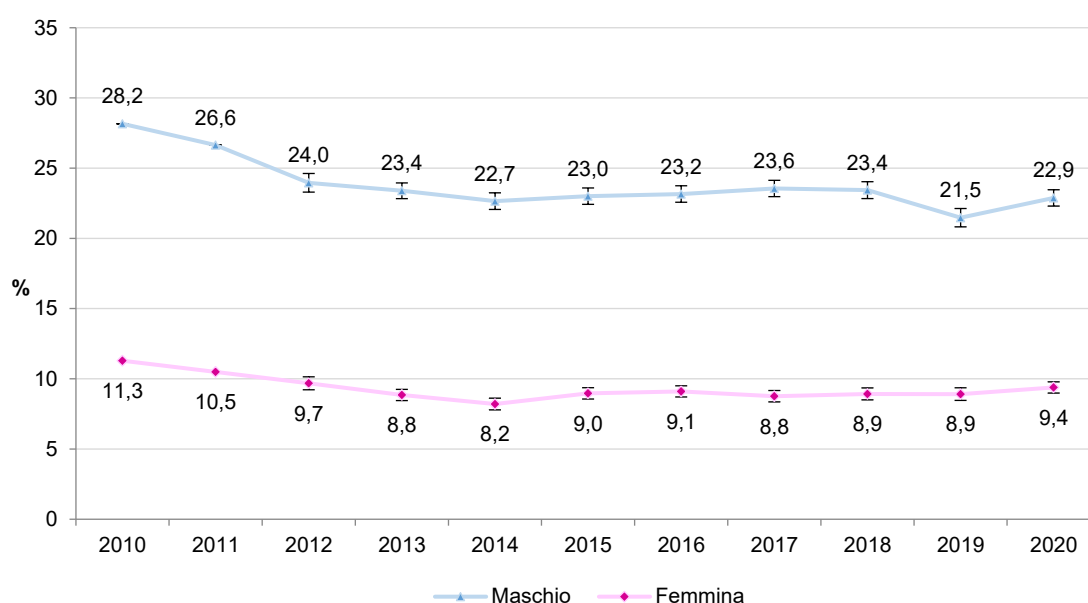


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2010-2020)

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

Consumatori dannosi e il disturbo da uso di alcol

In Italia il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale, e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 grammi di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 grammi di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (36).

La definizione di disturbo da uso di alcol (*Alcohol Use Disorder, AUD*) (46) riportata nel manuale DSM-5 è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario (47, 48). Il rischio che una persona sviluppi un disturbo da uso di alcol può essere

identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente sviluppato che misurando il consumo stesso. Esistono numerosi test per valutare se un soggetto è affetto da AUD, tra cui il *Fast Alcohol Screening Test* (FAST) (49), il CAGE (50) e molti altri (51-55): quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (56). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questi strumenti per stimare e monitorare la prevalenza di AUD nella popolazione.

I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi “in need for treatment” ai sensi del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) (57) e assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico dai servizi territoriali, con i circa 64.000 alcol dipendenti già in carico che rappresentano, quindi, meno del 10% dei pazienti attesi.

Nella Figura 15 si può osservare che il dato rilevato nel 2016 della prevalenza dei consumatori dannosi di alcol stimati dall'ONA-ISS sulla base dei dati dell'indagine multiscopo delle famiglie è approssimabile a quello della prevalenza dell'AUD stimata dalla WHO (1). Sulla base di questa evidenza l'ONA-ISS effettua annualmente le stime dei consumatori dannosi di alcol al fine di monitorare l'andamento dell'AUD nella popolazione.

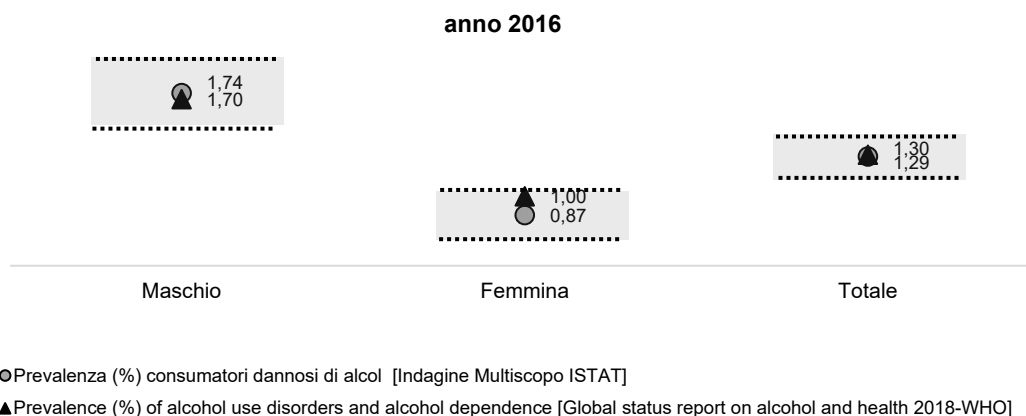


Figura 15. Confronto tra prevalenza (%) di consumatori dannosi di alcol con IC95(%) (linee) e prevalenza di AUD in Italia per genere. Anno 2016

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nel 2020, la prevalenza di consumatori dannosi (≥ 18 anni) è stata del 2,29% tra gli uomini e 1,06% tra le donne, pari a circa 830.000 maggiorenni (M=555.000; F=275.000); l'analisi per classi di età mostra che nella classe più anziana la prevalenza è più elevata che tra i 18-44enni, mentre, tra le donne, nel 2020 non ci sono differenze statisticamente significative per le classi di età considerate (Figura 16).

Nell'anno in cui la popolazione è stata sottoposta a un lungo periodo di *lockdown* per la pandemia da COVID-19 si osserva che complessivamente la prevalenza dei consumatori dannosi è aumentata significativamente rispetto all'anno precedente del 27,6% nei maschi. L'analisi per classi di età evidenzia che l'aumento tra gli uomini si registra in tutte le fasce considerate, mentre nelle femmine la prevalenza è aumentata tra le 18-44enni e le 45-64enni, diminuita nelle anziane (da 1,39% a 1,04%) (le variazioni riscontrate per classe di età non risultano statisticamente significative verosimilmente a seguito della ridotta numerosità campionaria (Figura 16).

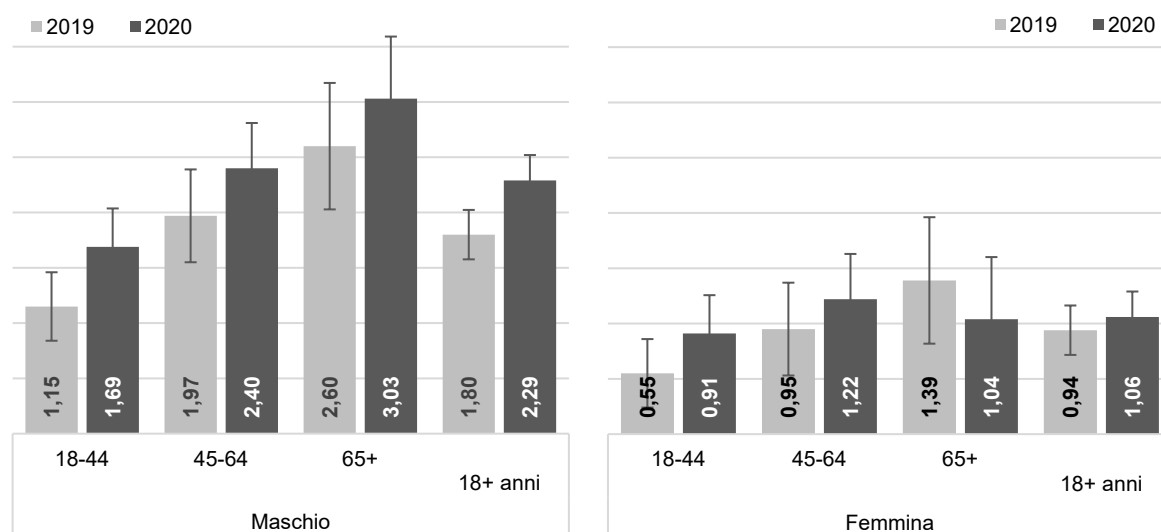


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2019-2020)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS e WHO CC su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nella Figura 17 è riportato l'andamento della prevalenza dei consumatori per genere nel corso degli ultimi 10 anni. Tra gli uomini, si registra una diminuzione dei consumatori dannosi tra il 2010 e il 2012; nel periodo successivo l'indicatore si è mantenuto pressoché costante riprendendo ad aumentare nel corso degli ultimi due anni; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni e non si registrano variazioni statisticamente significative nel periodo indagato.

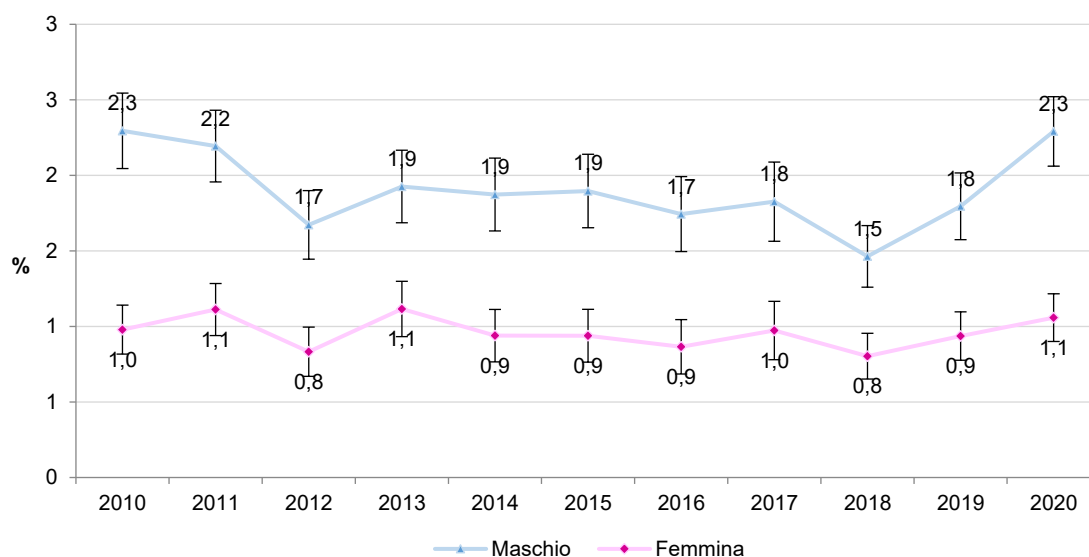


Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2010-2020)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS e WHO CC su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle provincie autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001. L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Statistico Nazionale (PSN) per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione. Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione, il Ministero della Salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Alcol di sviluppare un sistema utilizzando un sistema standardizzato di monitoraggio standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA (sito www.epicentro.iss.it/alcol). Il sistema SISMA ON LINE che attualmente è in fase di ristrutturazione, è quindi lo strumento di riferimento del Ministero per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area.

In Italia il 77,2% degli italiani e il 56,2% delle italiane, pari a circa 36 milioni di abitanti di età superiore a 11 anni, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2020 e non si osservano cambiamenti significativi rispetto alla rilevazione effettuata nel 2019. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che la prevalenza delle consumatrici di birra e aperitivi alcolici è aumentata rispetto all'anno precedente rispettivamente del 2,7% e del 3,2%. Osservando infine le abitudini di consumo delle bevande alcoliche a livello nazionale si registra per entrambi i generi un incremento statisticamente significativo rispetto al precedente anno della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=+2,2%; F=+6,6%), della prevalenza dei consumatori *binge drinking* (M=+5,8%; F=+12,2%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (M=+6,6%; F=+5,3%) e per il solo genere maschile della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari che sono passati da 13,4 nel 2019 a 14,2% nel 2020.

Italia nord-occidentale

Nell'anno 2020 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 77,0% tra gli uomini e al 57,7% tra le donne. Per il genere maschile si osserva una diminuzione del dato di prevalenza nel corso degli ultimi dieci anni sebbene non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; per le donne non si registrano variazioni significative rispetto al 2009 e l'indicatore è rimasto pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno. Tra il 2019 e il 2020 la prevalenza dei consumatori delle singole bevande non ha subito variazioni statisticamente significative. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=49,5%; F=31,3%) di ambo i sessi è superiore alla media nazionale oltre a quella delle consumatrici di sesso femminile di vino (45,5%) e super alcolici (17,2%); la prevalenza dei consumatori di birra (M=63,1%; F=36,4%) di ambo i sessi è inferiore alla media nazionale oltre a quella dei consumatori di amari per i soli uomini (41,1%), come nella precedente rilevazione.

In quest'area geografica si registrano per entrambi i generi valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=44,9%; F=24,4%) e dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=24,2%; F=10,4%) oltre alla prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* per il solo genere femminile. Rispetto al 2019 per entrambi i generi non si rilevano variazioni statisticamente significative degli indicatori di rischio considerati (Tabelle 1 e 2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2020)

| Regione | Consumatori di bevande alcoliche (%) | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------|---------------|--------------------|---------------|-------------|-------------|----------------|-------------|
| | Vino | | Birra | | Aperitivi alcolici | | Amari | | Super alcolici | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Italia nord-occidentale | 65,4 | 45,5 | 63,1 | 36,4 | 49,5 | 31,3 | 41,1 | 18,5 | 39,0 | 17,2 |
| Piemonte | 67,1 | 44,8 ↘ | 63,7 | 36,2 | 46,6 | 28,4 | 39,9 | 17,4 | 36,7 | 14,7 |
| Valle d'Aosta | 68,0 | 49,4 | 62,8 ↘ | 42,1 | 50,4 | 39,5 | 32,3 | 17,0 | 38,6 | 22,8 |
| Lombardia | 64,2 | 44,9 | 62,4 | 36,0 | 51,0 | 32,4 | 41,8 | 18,9 | 39,7 | 18,0 |
| Liguria | 68,7 | 51,6 | 66,6 | 39,3 | 47,7 | 32,2 | 41,4 | 18,6 | 41,2 | 18,5 |
| Italia nord-orientale | 68,6 | 49,6 | 67,1 | 40,3 | 51,1 | 35,0 | 39,9 | 18,4 | 41,6 | 18,8 |
| PA Bolzano | 68,0 ↗ | 49,8 | 69,3 | 37,3 | 54,1 | 44,0 | 40,8 | 26,6 | 41,0 | 21,4 |
| PA Trento | 60,4 | 39,9 ↘ | 70,1 | 40,0 | 50,5 | 37,6 | 39,6 | 14,1 | 39,0 | 18,8 |
| Veneto | 68,1 | 47,5 | 66,5 | 39,5 | 53,3 | 34,2 | 40,4 | 18,8 | 42,0 | 19,5 |
| Friuli Venezia Giulia | 66,9 | 48,0 | 66,8 | 41,9 | 48,9 | 36,5 | 39,0 | 18,5 | 40,4 | 18,2 |
| Emilia-Romagna | 70,6 | 53,4 | 67,3 | 41,1 | 49,0 | 34,1 | 39,4 | 17,4 | 41,7 | 17,9 |
| Italia centrale | 67,5 | 48,0 | 65,2 | 40,5 ↗ | 46,6 | 31,1 | 43,9 | 17,6 | 40,8 | 16,4 |
| Toscana | 69,4 | 51,8 | 64,4 | 41,8 | 47,0 | 35,1 ↗ | 41,4 | 16,0 | 40,3 | 16,7 |
| Umbria | 69,7 | 49,6 | 65,2 | 38,2 | 44,4 | 29,9 | 43,7 | 17,1 | 36,0 | 15,3 |
| Marche | 66,2 | 48,8 | 63,2 | 40,5 | 46,4 | 32,1 ↗ | 41,3 | 19,1 | 38,6 | 17,7 |
| Lazio | 66,3 | 45,1 | 66,3 | 39,9 | 46,7 | 28,5 | 46,3 | 18,3 | 42,5 | 16,1 |
| Italia meridionale | 62,6 | 36,6 | 64,2 | 37,9 ↗ | 41,7 | 23,5 ↗ | 48,8 | 19,8 | 34,0 | 12,5 |
| Abruzzo | 63,6 | 39,1 | 65,5 | 35,5 | 44,5 | 25,0 | 44,8 | 15,8 | 36,0 | 13,7 |
| Molise | 66,4 | 40,2 | 69,4 | 38,8 | 46,9 | 25,7 | 52,3 | 20,6 | 35,9 | 13,4 |
| Campania | 60,5 | 33,8 | 58,2 | 34,1 | 39,6 | 22,1 | 47,2 | 17,6 | 30,9 | 11,0 |
| Puglia | 61,0 | 37,8 | 67,1 | 41,0 | 39,9 | 24,4 | 49,5 | 23,4 | 34,7 | 14,6 |
| Basilicata | 68,9 | 38,8 | 69,3 | 35,4 | 44,9 | 21,7 | 50,2 ↗ | 16,2 | 35,4 | 9,7 |
| Calabria | 69,3 | 39,5 | 72,4 | 45,2 ↗ | 48,3 | 25,3 | 54,1 | 22,1 | 40,1 | 12,7 |
| Italia insulare | 58,9 | 31,1 | 63,5 | 36,6 | 44,1 | 26,5 | 44,3 | 19,3 | 32,2 | 12,4 ↗ |
| Sicilia | 58,1 | 31,1 | 63,3 | 37,9 | 43,0 | 25,7 | 45,7 | 20,1 | 31,2 | 11,5 |
| Sardegna | 61,3 | 31,1 ↘ | 64,0 | 32,5 | 47,6 | 28,8 | 40,4 | 16,9 | 35,3 | 15,2 |
| Italia | 65,1 | 43,2 | 64,6 | 38,3 ↗ | 46,9 | 29,7 ↗ | 43,6 | 18,7 | 38,0 | 15,8 |

↘ diminuito rispetto al 2019
↗ aumentato rispetto al 2019

VALORE
MINIMO
NAZIONALE

Valore inferiore
alla media
nazionale

Valore superiore
alla media
nazionale

VALORE
MASSIMO
NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS 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 (2020)

| Regione | Consumatori di bevande alcoliche (%) | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------|---------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|
| | tutte le | | abituali | | fuori | | binge | | a rischio | |
| | bevande alcoliche | | eccedentari | | pasto | | drinker | | (criterio ISS*) | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Italia nord-occidentale | 77,0 | 57,7 | 14,7 | 6,7 | 44,9 | 24,4 | 12,3 | 4,7 | 24,2 | 10,4 |
| Piemonte | 77,3 | 55,5 ↘ | 15,2 | 6,0 | 42,8 | 21,4 | 11,9 | 5,0 | 23,9 | 10,2 |
| Valle d'Aosta | 81,1 | 59,9 | 19,9 | 6,3 | 53,6 | 34,2 | 18,1 | 7,1 | 32,0 | 12,5 |
| Lombardia | 76,2 | 57,8 | 14,1 | 6,6 | 45,9 | 25,1 | 13,1 | 4,9 | 24,5 ↗ | 10,2 |
| Liguria | 81,0 | 63,1 | 16,2 | 9,4 | 43,3 | 27,1 | 7,6 | 3,1 | 22,3 | 11,7 |
| Italia nord-orientale | 79,4 | 61,3 | 16,8 | 8,1 | 49,6 ↗ | 28,7 | 14,9 | 5,0 | 28,4 ↗ | 12,0 ↗ |
| PA Bolzano | 80,5 ↗ | 61,8 | 12,8 | 3,9 | 62,8 | 40,5 | 25,2 | 7,8 | 35,3 | 10,4 |
| PA Trento | 78,4 | 58,7 | 12,5 | 5,4 | 57,8 | 33,7 | 22,5 | 5,2 | 31,8 | 9,5 |
| Veneto | 78,5 | 59,5 ↘ | 16,8 | 6,8 | 49,0 | 26,2 | 14,8 | 4,7 | 28,3 ↗ | 10,7 |
| Friuli Venezia Giulia | 78,7 | 60,8 | 16,5 | 6,6 | 58,1 | 32,3 | 18,8 | 6,5 | 30,3 | 11,3 |
| Emilia-Romagna | 80,5 | 63,8 | 17,9 | 10,7 ↗ | 45,5 | 28,6 ↗ | 11,8 | 4,5 | 26,8 | 14,1 ↗ |
| Italia centrale | 78,1 | 59,1 | 13,9 | 6,6 | 41,1 ↗ | 23,3 ↗ | 9,9 | 3,6 | 21,3 | 9,1 |
| Toscana | 77,6 | 61,9 | 16,8 | 7,5 | 42,5 | 26,7 | 11,3 | 4,2 | 25,0 | 10,1 |
| Umbria | 78,3 | 60,9 | 15,0 | 8,7 | 36,7 | 22,0 | 8,8 | 3,4 | 21,4 | 10,2 |
| Marche | 78,7 | 59,3 | 13,4 | 6,3 | 41,2 | 24,0 | 10,6 | 3,7 | 21,3 | 9,1 |
| Lazio | 78,2 | 56,9 | 12,0 | 5,9 | 40,7 ↗ | 21,1 | 9,1 | 3,3 | 19,0 | 8,3 |
| Italia meridionale | 76,1 | 51,8 | 13,5 | 5,6 | 33,4 | 16,3 ↗ | 9,8 | 3,0 | 20,5 ↗ | 8,0 ↗ |
| Abruzzo | 75,8 ↘ | 49,2 | 15,4 | 4,4 | 40,8 | 17,0 | 13,6 | 2,3 | 24,5 | 6,2 |
| Molise | 80,8 | 53,9 | 19,3 | 6,5 | 49,1 | 20,2 | 20,2 | 5,0 | 32,9 ↗ | 10,5 |
| Campania | 72,2 | 48,4 | 10,2 | 4,4 | 28,5 | 15,1 | 8,0 ↗ | 2,6 | 16,0 | 6,6 |
| Puglia | 77,8 | 55,0 | 15,5 | 7,6 | 32,7 | 17,4 | 8,4 | 3,7 | 22,1 | 10,4 |
| Basilicata | 82,4 | 50,7 | 17,8 | 6,3 | 37,6 | 14,5 | 14,2 | 3,5 | 26,7 | 9,2 |
| Calabria | 81,9 | 57,0 ↗ | 16,1 | 5,1 | 40,9 | 16,9 ↗ | 12,3 | 2,9 | 24,3 | 7,5 |
| Italia insulare | 74,5 | 47,8 | 10,3 | 3,6 | 37,9 | 18,0 ↗ | 9,5 | 2,4 | 17,7 | 5,7 |
| Sicilia | 74,1 | 47,6 | 8,8 | 3,4 | 34,5 | 17,5 ↗ | 6,2 | 1,7 | 13,8 | 4,9 |
| Sardegna | 76,0 | 48,3 | 14,9 | 4,4 | 47,8 | 19,5 | 19,1 | 4,5 | 29,3 | 8,3 |
| Italia | 77,2 | 56,2 | 14,2 ↗ | 6,4 | 41,6 ↗ | 22,4 ↗ | 11,4 ↗ | 3,9 ↗ | 22,9 ↗ | 9,4 ↗ |

↘ diminuito rispetto al 2019
↗ aumentato rispetto al 2019

VALORE
MINIMO
NAZIONALE

Valore inferiore
alla media
nazionale

Valore superiore
alla media
nazionale

VALORE
MASSIMO
NAZIONALE

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

Piemonte

Nel 2020 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 77,3% degli uomini e il 55,5% delle donne e per queste ultime il dato rilevato diminuito rispetto alla precedente rilevazione dell'8,2%. Tra gli uomini i consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e superalcolici sono

rimasti pressoché stabili e in linea con la media nazionale mentre il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari (39,9%) si conferma anche quest'anno inferiore alla media italiana; per le donne la prevalenza delle consumatrici delle bevande alcoliche è in linea con la media italiana e per le consumatrici di vino il dato è diminuito del 7,5%. Complessivamente il 23,9% degli uomini e il 10,2% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica ed hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute (criterio ISS). L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che tutti gli indicatori considerati sono in linea con il dato medio nazionale e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione né tra gli uomini, né tra le donne (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata dell'81,1% tra gli uomini e del 59,9% tra le donne, e per entrambi i generi i valori si mantengono, come lo scorso anno, superiori alla media nazionale. Tra gli uomini si osserva una diminuzione della prevalenza dei consumatori di birra che sono passati da 66,6% a 62,8% mentre la prevalenza dei consumatori di amari è la più bassa di tutte le regioni Italiane (32,3%); tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino (49,4%), birra (42,1%), aperitivi alcolici (39,5%) e super alcolici (22,8%) è superiore alla media nazionale ma non si osservano variazioni significative rispetto al 2019 (*vedi* Tabelle 1 e 2).

La prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile è stata nel 2020 pari al 32,0% tra gli uomini e al 12,5% tra le donne e l'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale ma stabili rispetto al 2019 ad eccezione della prevalenza delle consumatrici di sesso femminile abituali eccedentarie che per le quali il valore è in linea con la media italiana (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Lombardia

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile e pari al 76,2% tra gli uomini e al 57,8% tra le donne e per entrambi il valore è in linea con la media nazionale. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=51,0%; F=32,4%) è, come lo scorso anno, superiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici per le sole donne (18,0%); Il dato relativo alla prevalenza di consumatori di birra (M=62,4%; F=36,0%) invece è inferiore alla media italiana sia per gli uomini che per le donne. Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni rispetto alla precedente rilevazione.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2020 pari a 10,2% tra le donne e a 24,5% tra gli uomini e per questi ultimi il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione del 14,7%. Gli indicatori di comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione delle consumatrici in modalità *binge drinking* (13,1%) che invece risultano superiori al dato medio (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Liguria

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è stata dell'81,0% tra uomini e il 63,1% tra le donne e per entrambi i generi il dato è superiore alla media nazionale sebbene non si registrano incrementi rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di vino (M=68,7%; F=51,6%), così come quella dei consumatori di super alcolici (M=41,2%;

F=18,5%) è superiore alla media nazionale sia tra gli uomini che tra le donne. Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio tra gli uomini sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (7,6%) che risultano inferiori alla media. Per le donne la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentari (9,4%), la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (27,1%) e quella delle consumatrici a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media nazionale. Nel 2020 il 22,3% degli uomini e l'11,7% delle donne di questa Regione hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia nord-orientale

Le Regioni dell'Italia nord-orientale mostrano anche nell'anno 2020, le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 61,3% tra le donne e per entrambi i generi il valore della prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate sebbene non si registrino variazioni rispetto al 2019.

Le prevalenze dei consumatori di vino (M=68,6%; F=49,6%), birra (M=67,1%; F=40,3%), aperitivi alcolici (M=51,1%; F=35,0%) e super alcolici (M=41,6%; F=18,8%) di entrambi i generi risultano essere più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale e in particolare la prevalenza dei consumatori di birra tra gli uomini e di aperitivi alcolici e superalcolici tra le donne sono le più elevate di tutte ripartizioni considerate. L'unico indicatore al di sotto della media nazionale è la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile (39,9%), come già riscontrato negli ultimi cinque anni. Rispetto all'anno 2019 non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche di ambo i generi.

Nel corso dell'anno 2020, le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle altre ripartizioni territoriali considerate ad eccezione della prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* (5,0%) che si mantengono tuttavia al di sopra della media italiana. Rispetto alla precedente rilevazione si osserva un aumento dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (M=49,6%; F=28,7%) e dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=28,4%; F=12,0%), per entrambi i generi (vedi Tabelle 1 e 2).

Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è superiore a quella rilevata a livello nazionale per entrambi i generi; il valore è stato 61,8% per le donne e 80,5% per gli uomini e per questi ultimi il valore è aumentato del 6,5%. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=54,1%; F=44,0%) è superiore alla media nazionale per entrambi i generi oltre alla prevalenza dei consumatori di birra per gli uomini (69,3%) e alle consumatrici di vino (49,8%), amari (26,6%) e superalcolici (21,4%) per le donne. La prevalenza dei consumatori di vino di sesso maschile che lo scorso anno era inferiore alla media nazionale è aumentata passando dal 62,0% nel 2019 a 68,0% nel 2020.

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è la più elevata di tutte le Regioni e PA italiane sia per gli uomini (62,8%) che per le donne (40,5%); risultano inoltre superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (M=25,2%; F=7,8%) e, per i soli uomini i consumatori a rischio (criterio ISS) (35,3%). Per le

donne la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (3,9%) è inferiore alla media nazionale (vedi Tabelle 1 e 2).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 78,4% tra gli uomini e del 58,7% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=50,5%; F=37,6%) è stata superiore alla media italiana così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici di sesso femminile (18,8%) e dei consumatori di birra di sesso maschile (70,1%); la prevalenza dei consumatori di amari (come nella precedente rilevazione) e di vino è inferiore alla media per entrambe i generi e per le donne si registra una diminuzione della prevalenza delle consumatrici di vino del 14,1%.

L'analisi delle modalità di consumo a rischio delle bevande evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana, della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=57,8%; F=33,7%) oltre che, per i soli uomini, dei *binge drinkers* (22,5%) e dei consumatori a rischio ISS (31,8%) (vedi Tabelle 1 e 2).

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 78,5% tra gli uomini e del 59,5% tra le donne; per queste ultime, la prevalenza è superiore alla media nazionale ed è diminuita rispetto al 2019 del 6,4%, tornando quindi al livello registrato nel 2018. La prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è superiore alla media nazionale per entrambi i generi; risulta infine significativamente inferiore al dato medio per i soli uomini la prevalenza dei consumatori di amari.

Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è superiore alla media nazionale (M=49,0%; F=26,2%). Per i soli uomini nel 2020 si mantengono superiori alla media italiana anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (16,8%), dei *binge drinker* (14,8%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) e in quest'ultimo caso il valore è aumentato in maniera significativo del 17,8% rispetto al precedente anno passando da 24,0% a 28,3% (vedi Tabelle 1 e 2).

Friuli Venezia Giulia

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile ed è stata pari al 78,7% tra gli uomini e del 60,8% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore alla media nazionale. Per le donne si registrano valori superiori al dato medio italiano sia della prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica sia della prevalenza dei consumatori di vino (48,0%), birra (41,9%), aperitivi alcolici (36,5%) e super alcolici (18,2%).

L'analisi delle diverse tipologie di comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=58,1%; F=32,3%) e dei consumatori in modalità *binge drinking* (M=18,8%; F=6,5%). Complessivamente il 11,3% delle donne e il 30,3% degli uomini hanno consumato bevande in modalità a rischio (criterio ISS) e per questi ultimi il dato è superiore alla media italiana (vedi Tabelle 1 e 2).

Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata dell'80,5% per gli uomini e del 63,8% per le donne e per entrambi i generi il valore è superiore alla media nazionale sebbene non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di birra (M=67,3%; F=41,1%) e super alcolici (M=41,7%; F=17,9%) è superiore alla media nazionale per entrambi i generi oltre alla prevalenza dei consumatori di vino per i soli uomini (70,6%) e la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici per le sole donne (34,1%). La prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è invece inferiore alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto al 2019 né della prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica né delle prevalenze delle bevande considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari (M=17,9%; F=10,7%), dei consumatori fuori pasto (M=45,5%; F=28,6%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (M=26,8%; F=14,1%); per il solo genere femminile si osserva inoltre rispetto allo scorso anno un incremento dei consumatori abituali eccedentari (+35,9%), dei consumatori fuori pasto (+15,0%) e dei consumatori a rischio ISS (+32,4%) (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia centrale

I consumatori di bevande alcoliche nel centro Italia sono stati nel 2020 il 78,1% dei maschi e il 59,1% delle femmine e il dato è sostanzialmente invariato rispetto al 2019; per le donne il valore è superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=67,5%; F=48,0%), le consumatrici di aperitivi alcolici (31,1%), i consumatori di amari (43,9%) e di super alcolici (40,8%). Al di sopra della media nazionale e in aumento rispetto al 2019 sono le consumatrici di birra (40,5%).

Per quanto riguarda i comportamenti aumentano i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=41,1%; F=23,3%), pur rimanendo in linea con la media nazionale. Sono invece al di sotto della media i consumatori maschi che hanno praticato il *binge drinking* (9,9%) e a rischio secondo il criterio ISS (21,3%), mentre rimangono nella media e invariate rispetto al 2019 tutte le altre prevalenze (vedi Tabelle 1 e 2).

Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 77,6% per gli uomini e il 61,9% per le donne, e per queste il valore è superiore a quello medio nazionale. Sono sopra la media nazionale anche i consumatori di vino di entrambi i sessi (69,4% = M; 51,8% = F) e le consumatrici di birra (41,8%) e di aperitivi alcolici (25,1%), queste ultime in aumento del 12,8% rispetto all'anno precedente. Sono invece al di sotto della media nazionale le consumatrici di amari (16%).

L'analisi dei comportamenti a rischio rileva dati sopra la media nazionale sia per i consumatori maschi abituali eccedentari (16,8%) che per le femmine che consumano alcolici fuori pasto (26,7%). Gli altri dati sono in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2019 (vedi Tabelle 1 e 2).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è pari a 78,3% tra gli uomini e a 60,9% tra le donne e, per queste, il dato è superiore alla media italiana; per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che l'unico dato di prevalenza superiore a quello medio nazionale è quello relativo ai consumatori di vino sia per i maschi (69,7%) che per le femmine (49,6%).

Per quanto riguarda invece gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio risultano sopra il dato medio nazionale le donne consumatrici abituali eccedentarie (8,7%), mentre sono sotto la media i consumatori maschi fuori pasto (36,7%) e i *binge drinker* (8,8%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative (vedi Tabelle 1 e 2).

Marche

Nel 2020 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,7% degli uomini e il 59,3% delle donne, queste ultime sopra il dato medio italiano. Per tutte le bevande alcoliche i dati sono in linea con la media nazionale, tranne che per le consumatrici di vino, il 48,8%, che sono sopra la media. Le consumatrici di aperitivi alcolici, il 32,1% delle donne, sono in aumento rispetto al 2019.

Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono in linea con la media italiana e senza variazioni di rilievo rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabelle 1 e 2).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2020 pari al 78,2% tra gli uomini e al 56,9% tra le donne. Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle bevande alcoliche considerate. I consumatori maschi di amari (46,3%) e di super alcolici (42,5%) sono sopra alla media nazionale.

Per quanto riguarda le abitudini di consumo a rischio evidenzia che tra gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari (12%), dei *binge drinker* (9,1%), e dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (19,0%) sono inferiori alla media nazionale. Sono in aumento dell'11,7% rispetto al 2019 i consumatori maschi fuori pasto, seppur in linea con la media nazionale (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2020 del 76,1% per gli uomini e del 51,8% (inferiore al dato medio nazionale) per le donne, e rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi. Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (48,8%) mentre le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi sono le più basse (M = 41,7%; F = 23,5%), anche se per le donne il dato è un aumento rispetto al 2019.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati (ad eccezione del consumo abituale eccedentario per i soli uomini) si

continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale, anche se le prevalenze dei consumatori a rischio sono aumentate per entrambi i sessi rispetto al 2019, così come sono aumentati i consumatori fuori pasto di sesso maschile. La prevalenza delle consumatrici di sesso femminile fuori pasto è la più bassa di Italia (33,4%) (vedi Tabelle 1 e 2).

Abruzzo

Nel 2020 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,8% degli uomini (in calo del 7,2% rispetto al 2019) e il 49,2% delle donne (sotto la media nazionale). Per quanto riguarda il consumo delle diverse tipologie di bevande alcoliche, tutte le prevalenze sono invariate rispetto al 2019 e in linea con la media nazionale, tranne che per le consumatrici di vino (39,1%), aperitivi alcolici (25,0%) e amari (15,8%) che sono sotto la media.

Le donne risultano sotto la media nazionale anche per tutti i comportamenti a rischio registrati, mentre gli uomini sono in linea con le medie. Non è stato registrato nessun cambiamento di rilievo rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabelle 1 e 2).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 80,8% per gli uomini (sopra la media italiana) e 53,9% per le donne, e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene per il quinto anno consecutivo superiore alla media nazionale. Sono sopra la media anche i consumatori maschi di birra mentre sono sotto la media le donne consumatrici di aperitivi alcolici. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2019.

Come nel 2019, per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale, mentre per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale; i maschi che hanno una modalità di consumo a rischio secondo il criterio ISS sono aumentati del 26,8% rispetto al 2019 (vedi Tabelle 1 e 2).

Campania

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 72,2% dei maschi e il 48,8% delle femmine (queste sotto la media nazionale). Come per il 2019, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono stati inferiori alla media nazionale, e la prevalenza di consumatori di birra di sesso maschile è la più bassa in Italia. Sono invece sopra la media i maschi consumatori di amari. Rispetto al 2019 non si rilevano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale, anche se la prevalenza degli uomini *binge drinker* è aumentata rispetto al 2019 del 38,4% (vedi Tabelle 1 e 2).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 77,8% tra gli uomini e 55,0% tra le donne e i valori sono rimasti stabili rispetto al 2019. Per entrambi i generi, come già evidenziato negli ultimi due anni, la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale (M = 49,5%; F = 23,4%), così come le consumatrici di birra

841,0%), mentre è inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, di vino e, per i soli maschi, di super alcolici. Per tutte le bevande non ci sono variazioni rispetto all'anno precedente.

Come l'anno scorso, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale, così come la prevalenza dei consumatori *binge drinker* di sesso maschile (vedi Tabelle 1 e 2).

Basilicata

Nel 2020 l'84,2% degli uomini e il 50,7% delle donne ha consumato almeno una bevanda alcolica, non registrando variazioni significative rispetto al 2019; come l'anno scorso, il dato relativo al genere maschile è superiore alla media nazionale mentre quello femminile è inferiore alla media. La prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore alla media italiana per le sole donne, mentre gli uomini sono sopra la media sia per il vino che per la birra e gli amari, per cui si registra un aumento del 13,2% rispetto alla rilevazione del 2019.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, *binge drinker*, e di quelli a rischio ISS per il solo genere maschile; sono invece inferiori alla media la prevalenza dei consumatori fuori pasto di entrambi i generi (vedi Tabelle 1 e 2).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è pari all'81,9% tra gli uomini e al 57,0% tra le donne, che aumentano del 10,3% rispetto alla precedente rilevazione. Sono sopra la media nazionale le prevalenze di consumatori di amari e birra per entrambi i sessi, e le consumatrici di birra sono in aumento del 18,2% rispetto all'anno precedente. Sono sopra la media nazionale anche i consumatori di vino di sesso maschile. Sono invece sotto la media le consumatrici di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale per le consumatrici a rischio secondo il criterio ISS e le consumatrici fuori pasto, anche se queste sono in aumento del 51,8% rispetto al 2019 (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia insulare

Nel 2020 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è stata del 74,5% tra gli uomini e del 47,8% tra le donne: per entrambi i valori più bassi in Italia, così come le percentuali di consumatori di vino (M = 58,9%, F = 31,1%). Le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici e dei consumatori di super alcolici sono più basse rispetto a quelle rilevate a livello medio nazionale per entrambi i generi. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, tranne che per i consumatori abituali eccedentari di sesso maschile. In particolare, la prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie è la più bassa a livello nazionale (3,6%) così come quelle dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS per entrambi i sessi (M = 17,7%, F = 5,7%). Sono però in aumento le consumatrici fuori pasto (vedi Tabelle 1 e 2).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata pari al 74,1% tra gli uomini e al 47,6% tra le donne: entrambi i valori sono inferiori a quelli medi italiani. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, mentre i consumatori di birra e amari sono in linea con la media nazionale. Per tutte le bevande non ci sono variazioni di rilievo rispetto al 2019.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, anche se sono aumentate del 23,3% le donne che hanno consumato alcolici lontano dai pasti (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Sardegna

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 76,0% degli uomini e al 48,3% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è inferiore alla media italiana sebbene, e tra le donne si è rilevato un decremento del 13,6% rispetto al 2019. Anche le consumatrici di birra sono risultate sotto la media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che per gli uomini si mantengono, come nelle rilevazioni precedenti, superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio ISS e dei *binge drinker*, mentre si mantengono inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e fuori pasto (*vedi* Tabelle 1 e 2).

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

I decessi “totalmente alcol-attribuibili” (21) sono quelle morti che, in accordo con la ICD-10 (24), sono causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile vengono quindi analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno a causa delle seguenti patologie: *Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol* (ICD-10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD-10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD-10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD-10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD-10: K70), *Effetti tossici dell’alcol* (ICD-10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol* (ICD-10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD-10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche la *Miopatia alcolica* (ICD-10: G72.1) e *Presenza di alcol nel sangue* (ICD-10: R78.0) ma, dal momento che queste patologie non sono causa di decessi non vengono incluse nelle seguenti analisi.

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un’indagine totale condotta dall’ISTAT che rileva informazioni di carattere sanitario e demossociale per tutti i decessi verificatisi in Italia (popolazione presente). I dati dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS (58). Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2018; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (59). 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 riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011(59).

Poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più.

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2018 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.257, di cui 1024 uomini (81,5%) e 233 donne (18,5%) (Tabella 3); rapportato alla popolazione residente queste cifre corrispondono a poco meno di 40 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e a 1 decesso per milione di abitanti tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=749; F=174) e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol (M=213; F=45) che, nel complesso, causano circa il 94% dei decessi alcol-attribuibili sia gli uomini e tra le donne.

Il dettaglio delle patologie incluse in questi due codici è riportato nella Tabella 4 (24).

Nel 2018, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari 3,98 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,80 per le donne; con un lieve incremento rispetto all’anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne (Tabella 5 e Figura 18).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più, il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,20 per 100.000 abitanti e di 1,44 per 100.000 rispettivamente per i due generi (Tabella 5).

Tabella 3. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2018

| Codici | Patologie | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| | | Decessi | % | Decessi | % | Decessi | % |
| F10 | Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol | 213 | 20,8 | 45 | 19,3 | 258 | 20,5 |
| G31.2 | Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol | 14 | 1,4 | 4 | 1,7 | 18 | 1,4 |
| G62.1 | Polineuropatia alcolica | 4 | 0,4 | 2 | 0,9 | 6 | 0,5 |
| I42.6 | Cardiomiopatia alcolica | 23 | 2,2 | 2 | 0,9 | 25 | 2,0 |
| K29.2 | Gastrite alcolica | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 4 | 0,3 |
| K70 | Epatopatie alcoliche | 749 | 73,1 | 174 | 74,7 | 923 | 73,4 |
| K86.0 | Pancreatite cronica indotta da alcol | 4 | 0,4 | 1 | 0,4 | 5 | 0,4 |
| T51 | Effetti tossici dell'alcol | 13 | 1,3 | 5 | 2,1 | 18 | 1,4 |
| Totale decessi | | 1024 | 100 | 233 | 100 | 1.257 | 100 |

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

Tabella 4. Sottocodici delle patologie ICD-10 F10 e K70

| ICD-10 | Sottocodice |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| F10 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol | F10.0 - Intossicazione acuta |
| | F10.1 - Abuso nocivo |
| | F10.2 - Sindrome da dipendenza |
| | F10.3 - Sindrome da astinenza |
| | F10.4 - Sindrome da astinenza con delirio |
| | F10.5 - Disturbo psicotico |
| | F10.6 - Sindrome amnestica |
| | F10.7 - Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo |
| | F10.8 - Altri disturbi psichici e di comportamento |
| F10.9 - Disturbi psichici e di comportamento non specificati | |
| K70 - Epatopatia alcolica | K70.0 - Steatosi epatica da alcol |
| | K70.1 - Epatite alcolica |
| | K70.2 - Fibrosi e sclerosi alcolica del fegato |
| | K70.3 - Cirrosi epatica alcolica |
| | K70.4 - Insufficienza epatica alcolica |
| | K70.9 - Epatopatia alcolica non specificata |

Tabella 5. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (*100.000). Italia, anno 2018.

| Età | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|-----------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Morti | Tasso STD | Morti | Tasso STD | Morti | Tasso STD |
| 15-34 anni | 9 | 0,14 | 2 | 0,03 | 11 | 0,09 |
| 35-54 anni | 306 | 3,20 | 62 | 0,64 | 368 | 1,91 |
| 55+ anni | 709 | 7,20 | 169 | 1,44 | 878 | 4,06 |
| 15+ anni | 1024 | 3,98 | 233 | 0,80 | 1257 | 2,28 |

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2018, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita fino al 2013 per gli uomini e fino al 2014 per le donne raggiungendo un minimo rispettivamente di 3,79 per gli uomini e di 0,73 per le donne. A partire dal 2013 per gli uomini e dal 2014 per le donne si osserva una risalita del tasso di mortalità che raggiunge nel 2016 il valore di 4,08 per gli uomini e di 0,89 per le donne. Negli ultimi due anni di osservazione si registra di nuovo una riduzione per le donne, mentre per gli uomini vi è una lieve diminuzione nel 2017 seguito da un nuovo aumento nel 2018 (Figura 18).

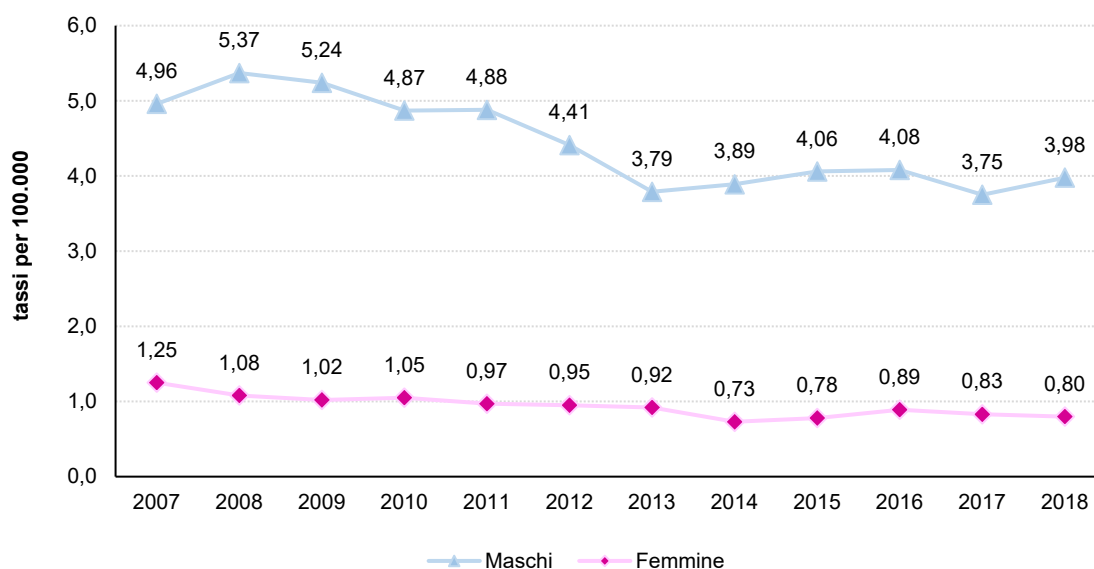


Figura 18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2018

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età negli uomini e nelle donne (Figure 19 e 20), si rileva che l'andamento temporale della mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili è frutto del combinarsi dei diversi andamenti, non omogenei, delle diverse classi di età. Per gli uomini di 55 anni e più, si osserva una netta riduzione del tasso dal 2007 al 2010 e poi, pur con oscillazione, una riduzione meno marcata nel periodo seguente con una risalita nell'ultimo anno di osservazione (Figura 19).

Per gli uomini di 35-54 anni si osserva, al contrario, un massimo del tasso di mortalità nel 2008, successivamente il tasso decresce linearmente fino al 2016 e nell'ultimo anno di osservazione si registra un incremento. Il contributo dei giovani di 15-34 anni all'andamento del complesso della mortalità totalmente alcol-attribuibili è marginale (Figura 19).

Tra le donne di 55 anni e più si osserva una forte riduzione del tasso dal 2007 al 2010; la diminuzione, nonostante alcune oscillazioni, è continuata fino al 2017 ma che nel 2018 invece si è registrata un aumento. Per le donne della classe di età 35-54 anni si osserva invece una riduzione lenta ma costante del tasso dal 2010 al 2014, seguita da una lieve risalita fino al 2016 e una nuova riduzione nel corso degli ultimi due anni. Anche per le donne il contributo della classe di età più giovane alla mortalità alcol-attribuibili complessiva non è rilevante (Figura 20).

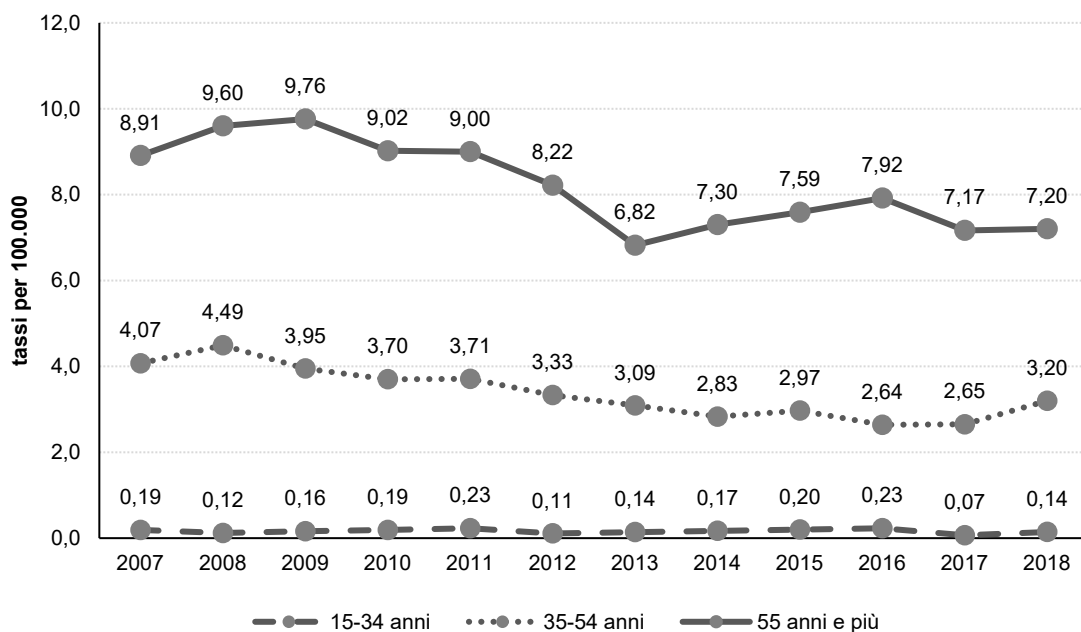


Figura 19. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007-2018
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"

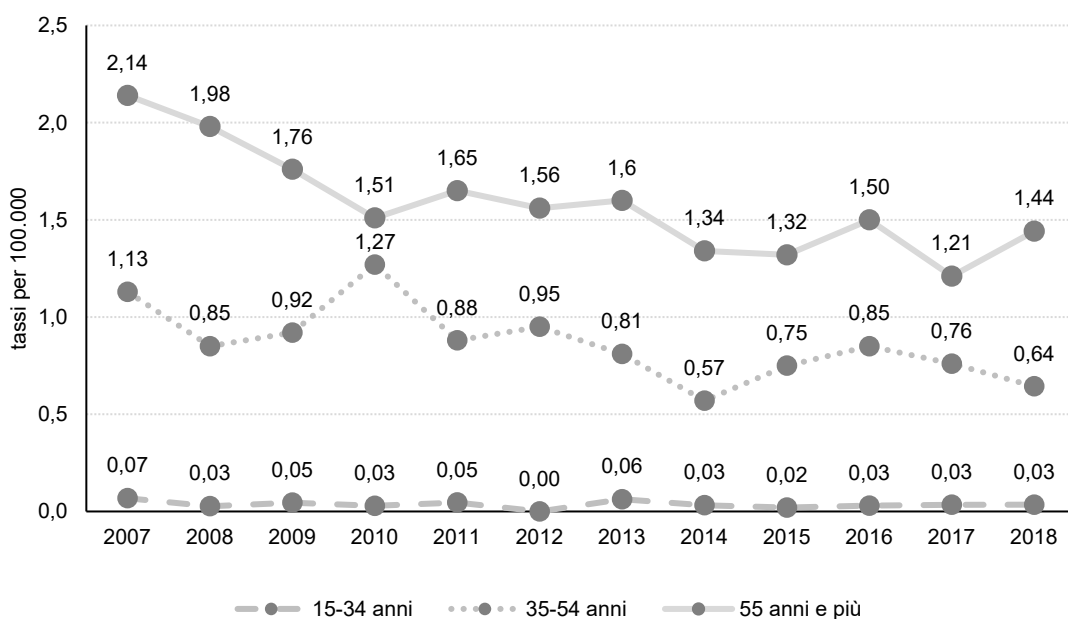


Figura 20. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007-2018
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 6 e Figura 21).

Le regioni che nel 2018 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) tra gli uomini sono state la Valle d'Aosta (12,12 per 100.000 ab.), il Molise (8,14 per 100.000 ab.) e la Provincia Autonoma di Bolzano (7,35 per 100.000 ab.).

Per le donne, i livelli più elevati di mortalità sono stati registrati nella Provincia Autonoma di Trento (2,33 per 100.000 ab.), in Umbria (1,45 per 100.000 ab.) e la Liguria (1,42 per 100.000 ab.).

All'estremo opposto le Regioni con i livelli più bassi di mortalità sono state, per gli uomini le Marche (2,37 per 100.000 ab.), l'Umbria (2,58 per 100.000 ab.) e la Toscana (2,74 per 100.000 ab.). Le Marche si collocano tra le tre Regioni con i valori più bassi di mortalità per malattie totalmente alcol-attribuibili anche per le donne (0,38 per 100.000 ab.), precedute da Basilicata (0,34 per 100.000 ab.) e dalla Valle d'Aosta dove nel 2018 non si sono registrati decessi di donne per questo gruppo di cause (Tabella 6).

Tabella 6. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi) e IC95(%). Popolazione di 15 anni e più, per genere. Italia, anno 2018

| Regione | Femmine | | | | Maschi | | | |
|-----------------------|------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------|
| | decessi | Pop. | tasso STD° | IC95%^ | decessi | Pop. | tasso STD° | IC95%^ |
| Piemonte | 26 | 1.985.944 | 1,15 | 0,75-1,74 | 82 | 1.840.576 | 4,12 | 3,28-5,15 |
| Valle d'Aosta | 0 | 56.309 | 0,00 | 0,00-9,12 | 6 | 53.040 | 12,12 | 4,43-27,20 |
| Lombardia | 34 | 4.455.873 | 0,70 | 0,48-0,99 | 166 | 4.194.393 | 3,92 | 3,34-4,59 |
| Bolzano | 1 | 226.491 | 0,46 | 0,01-2,78 | 15 | 217.707 | 7,35 | 4,07-12,42 |
| Trento | 6 | 237.215 | 2,33 | 0,84-5,46 | 13 | 224.332 | 5,81 | 3,07-10,19 |
| Veneto | 20 | 2.187.169 | 0,86 | 0,52-1,36 | 80 | 2.055.590 | 3,73 | 2,95-4,67 |
| Friuli Venezia Giulia | 7 | 554.352 | 1,06 | 0,43-2,40 | 31 | 514.209 | 5,72 | 3,87-8,22 |
| Liguria | 12 | 728.001 | 1,42 | 0,72-2,69 | 35 | 653.773 | 4,65 | 3,23-6,60 |
| Emilia-Romagna | 14 | 2.004.359 | 0,61 | 0,33-1,07 | 68 | 1.859.147 | 3,48 | 2,70-4,43 |
| Toscana | 12 | 1.707.043 | 0,63 | 0,33-1,15 | 45 | 1.561.602 | 2,74 | 2,00-3,70 |
| Umbria | 6 | 404.632 | 1,45 | 0,53-3,33 | 10 | 368.030 | 2,58 | 1,23-4,89 |
| Marche | 3 | 692.815 | 0,38 | 0,08-1,26 | 16 | 642.613 | 2,37 | 1,35-3,92 |
| Lazio | 20 | 2.661.434 | 0,70 | 0,43-1,10 | 86 | 2.439.604 | 3,47 | 2,77-4,31 |
| Abruzzo | 4 | 593.956 | 0,71 | 0,19-1,91 | 27 | 556.105 | 4,75 | 3,12-6,96 |
| Molise | 1 | 139.328 | 0,81 | 0,02-4,93 | 11 | 133.781 | 8,14 | 4,05-14,90 |
| Campania | 23 | 2.568.102 | 0,92 | 0,59-1,40 | 91 | 2.399.618 | 3,91 | 3,14-4,85 |
| Puglia | 10 | 1.817.772 | 0,54 | 0,26-1,01 | 86 | 1.690.306 | 5,11 | 4,08-6,33 |
| Basilicata | 1 | 255.025 | 0,34 | 0,01-2,45 | 13 | 243.439 | 5,44 | 2,88-9,45 |
| Calabria | 8 | 870.346 | 0,85 | 0,36-1,75 | 37 | 824.673 | 4,57 | 3,21-6,35 |
| Sicilia | 16 | 2.240.407 | 0,71 | 0,40-1,17 | 76 | 2.084.900 | 3,68 | 2,90-4,63 |
| Sardegna | 9 | 747.219 | 1,01 | 0,46-2,03 | 30 | 712.567 | 3,99 | 2,69-5,78 |
| Italia | 233 | 27.133.792 | 0,80 | 0,70-0,91 | 1024 | 25.270.005 | 3,98 | 3,74-4,23 |

°STD=standardizzato

^IC95%=Intervallo di Confidenza 95%

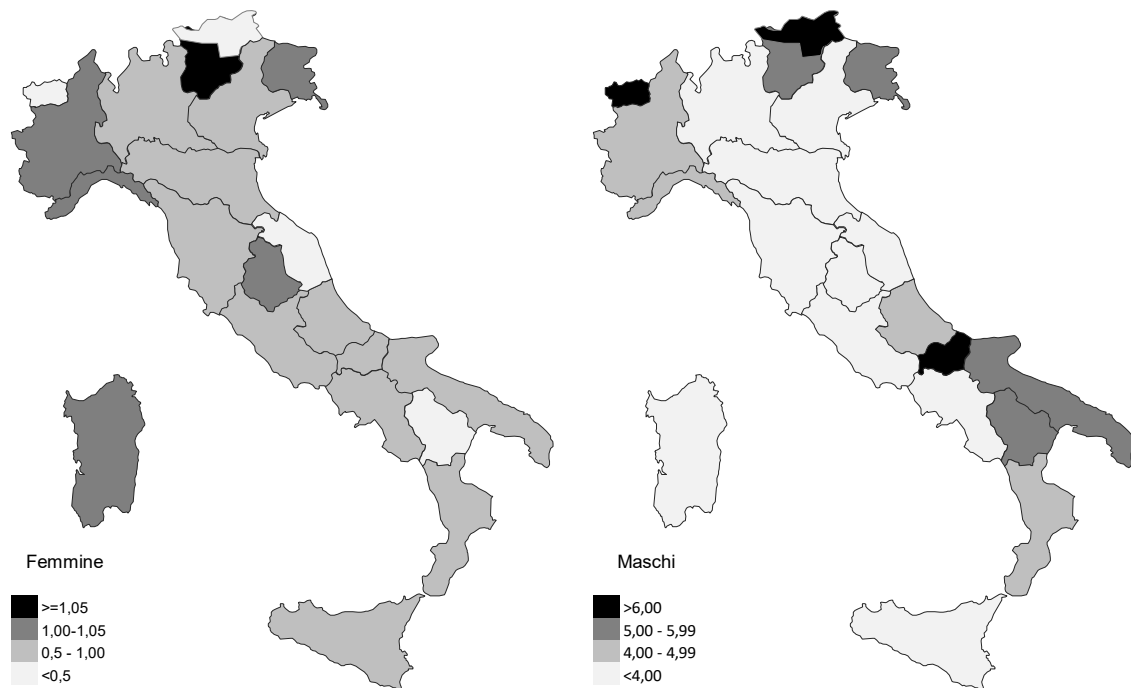


Figura 21. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione di 15 anni e più, per genere. Italia, anno 2018

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2020, il 49,4% dei ragazzi e il 44,4% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; la prevalenza dei consumatori tra i ragazzi è diminuita tra il 2010 e il 2014, è nuovamente aumentato fino al 2017 ed è nuovamente diminuita nel corso degli ultimi anni, sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2019. Tra le donne la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è aumentata rispetto al 2010 ma nel corso degli ultimi cinque ha subito delle oscillazioni rimanendo pressoché stabile (Figura 22).

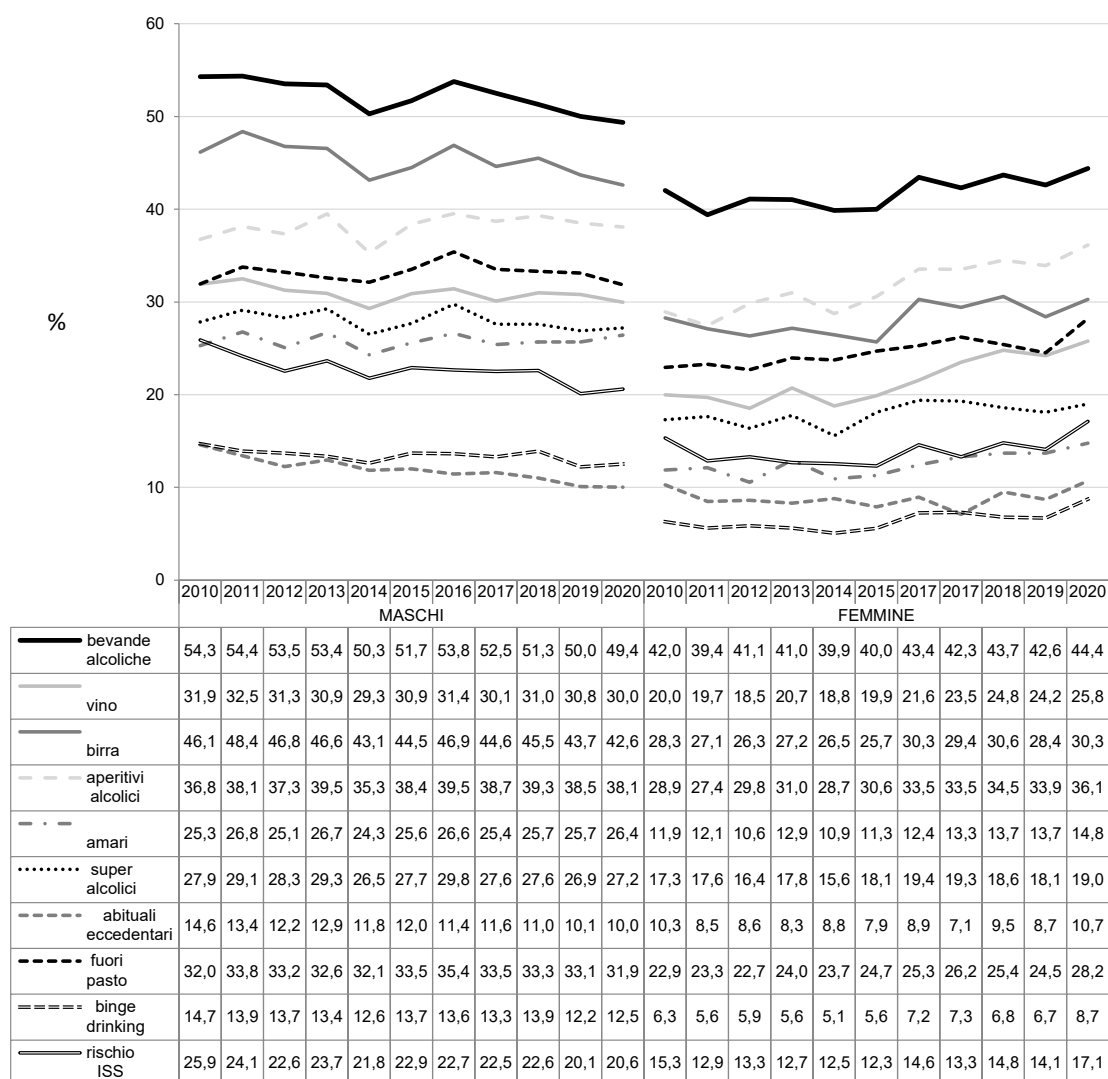


Figura 22. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2010-2020)

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

Come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano fra i ragazzi, in primo luogo per la birra (42,6%), poi per gli aperitivi alcolici (38,1%) e per il vino (30,0%). Le ragazze hanno consumato soprattutto aperitivi alcolici (36,1%), seguiti dalla birra (30,3%) e dal vino (25,8%). Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, bevute dal 26,4% dei ragazzi e dal 14,8% delle femmine.

Né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto al 2019 (Tabella 7 e *vedi* Figura 22).

Tabella 7. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2020)

| Tipologia di consumo | 11-17 ¹ | | 18-20 ² | | 21-25 | | Totale | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Consumatori di bevande alcoliche | 18,2* | 18,8* | 73,4 | 64,7 | 79,9 | 73,5 | 49,4 | 44,4 |
| Consumatori di vino | 7,6* | 7,4* | 42,2* | 34,5* | 54,9* | 50,5* | 30,0 | 25,8 |
| Consumatori di birra | 14,3* | 12,2* | 62,1 | 43,4 | 71,8 | 51,6 | 42,6 | 30,3 |
| Consumatori di aperitivi alcolici | 10,8* | 12,6* | 59,4* | 54,6* | 64,6* | 63,0* | 38,1* | 36,1* |
| Consumatori di amari | 6,0* | 4,0* | 38,5 | 18,4 | 48,5 | 30,2 | 26,4 | 14,8 |
| Consumatori di super alcolici | 5,2* | 5,7* | 45,1 | 29,2 | 48,1 | 34,3 | 27,2 | 19,0 |
| Consumatori abituali eccedentari | 18,2* | 18,8* | 2,8* | 2,1* | 2,5* | 3,0* | 10,0* | 10,7* |
| Consumatori di alcolici fuori pasto | 8,3* | 9,2* | 50,3 | 41,4 | 54,8* | 51,2* | 31,9 | 28,2 |
| Consumatori <i>binge drinking</i> | 2,7* | 3,0* | 24,8 | 12,4 | 19,4* | 15,9* | 12,5 | 8,7 |
| Consumatori a rischio-criterio ISS | 18,2* | 18,8* | 25,9 | 13,6 | 20,9* | 16,7* | 20,6 | 17,1 |

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

* La differenza di genere non è statisticamente significativa (IC 95%).

Dato non attendibile

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

Rispetto ai comportamenti, destano particolare preoccupazione le ragazze, in quanto sono aumentate del 19,7% le femmine tra i 21 e 25 anni che hanno consumato alcolici lontano dai pasti e del 40,5% le *binge drinker*. I *binge drinker* tra gli 11 e i 25 anni sono 930.000. Il consumo fuori pasto rimane il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi (M=31,9%; F=28,2%), seguito dal consumo in modalità *binge* per i maschi (12,5%) e il consumo eccedentario abituale per le femmine (10,7%) (*vedi* Figura 22 e Tabella 7).

I consumatori a rischio identificati nel 2020 sono stati il 20,6% dei giovani 11-25enni e il 17,1% delle loro coetanee per un totale di circa 1.600.000 ragazze e ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (*vedi* Figura 22 e Tabella 7).

Pe tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo, sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a minorenni (11-17) che rappresentano nel 2020 il 6,7% della popolazione italiana, ai giovani di 18-20 anni che ne rappresentano l'2,9% e ai ragazzi di 21-25 anni che ne rappresentano infine il 5,0% (59).

Consumatori di 11-17 anni

In Italia la Legge 189 dell'anno 2012 impone il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA (36) sulla base del

dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (37), considerano “consumatori a rischio per la loro salute” tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell’anno. Nella fascia di età 11-17 anni quindi, l’indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono.

Nel 2020 i ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che hanno bevuto alcolici sono stati il 18,2% dei maschi e il 18,8% delle femmine (vedi Tabella 7).

Si conferma che la bevanda più consumata tra i giovani maschi è la birra, al 14,3%, seguita dagli aperitivi alcolici (10,8%) e dal vino (7,6%). Le ragazze consumano soprattutto aperitivi alcolici e birra (12,6% e 12,2% rispettivamente) poi il vino in percentuale pari ai ragazzi (7,4%).

Rimangono i meno consumati sia tra i maschi che tra le femmine i superalcolici e gli amari. Non si registrano differenze significative nel consumo fra maschi e femmine in questa fascia di età (vedi Tabella 7).

I consumatori fuori pasto tra gli 11 e i 17 sono l’8,3% dei maschi e il 9,2% delle femmine: queste ultime sono aumentate del 42,6% rispetto al 2019. Per il *binge drinking* invece le prevalenze rimangono in linea con quelle degli anni scorsi, e sono il 2,7% dei maschi e il 3,0% delle femmine.

Le prevalenze dei consumatori a rischio fra i giovanissimi continuano a rimanere in linea con i dati degli ultimi anni. Per le femmine, sebbene la variazione non sia significativa, vi è una tendenza all’aumento delle consumatrici a rischio, che sono passate dal 16,9% nel 2019 al 18,8% nel 2020.

Nel 2020 sono circa 750.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica e le evidenze scientifiche, sono a rischio. Sono, inoltre, 120.000 i *binge drinker*.

Consumatori di 18-20 anni

L’alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.) con effetti diversi e strettamente correlati alle concentrazioni di alcol nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età: per questo motivo è quindi necessario valutare attentamente gli effetti negativi dell’alcol mentre si guida. La normativa italiana stabilisce come valore limite legale un tasso di alcolemia di 0,5 g/L ma la Legge 120 del 29 luglio 2010 “Disposizioni in materia di sicurezza stradale”, entrata in vigore il 13 agosto 2010, ha introdotto la tolleranza zero e prevede che i patentati con meno di 21 anni, così come i neopatentati (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 cinque 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.

I ragazzi fra i 18 e 20 anni che nel 2020 hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati il 73,4% dei maschi e il 64,7% delle femmine, rimanendo in linea con i dati del 2019.

Fra le diverse bevande, la birra è la più consumata fra i ragazzi (62,1%), a pari merito con gli aperitivi alcolici (59,4%), mentre le ragazze bevono più aperitivi alcolici (54,6%) seguiti poi dalla birra (43,4%). Al terzo posto per i maschi sono i super alcolici, consumati dal 45,1% dei ragazzi in questa fascia d’età, seguiti dal vino (42,2%), all’inverso nelle femmine che bevono più vino

(34,5%) rispetto ai super alcolici (29,2%). Anche gli amari sono consumati da una porzione rilevanti di ragazzi, ovvero dal 38,5%, mentre sono consumati dalle loro coetanee solo per il 18,4% (Tabella 7).

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 20 rimane, come nelle precedenti rilevazioni, il consumo fuori pasto, effettuato dal 50,3% dei maschi e il 41,4% delle femmine. I giovani che hanno praticato il *binge drinking* sono stati il 24,8% e il 12,4%, rispettivamente, dei ragazzi e delle ragazze, e, anche se le differenze non sono significative, la tendenza è in entrambi i casi in aumento rispetto al 2019 (vedi Tabella 7).

Nel 2020 i consumatori a rischio tra i 18 e i 20 anni, sulla base dei criteri ISS, nel 2020 sono stati il 25,9% dei maschi e il 13,6% delle femmine: circa 350.000 ragazzi, in significativo aumento (del 29,5%) rispetto al 2019 (vedi Tabella 7) e 320.000 i *binge drinker*.

Consumatori di 21-25 anni

Oltre i ventuno anni, 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 (36-39).

In questa fascia di età, il 79,9% dei ragazzi e il 73,5% delle ragazze sono consumatori, ovvero hanno bevuto almeno una bevanda alcolica durante il 2020, senza variazioni significative rispetto al 2019, ma per le femmine si conferma un preoccupante trend in crescita, che ha portato in 5 anni a un significativo aumento del 20,1%.

Anche in questa fascia d'età, l'alcolico più consumato tra i maschi è la birra (71,8%) seguita dagli aperitivi alcolici (64,6%), dal vino (54,9%), dagli amari (48,5%) e dai superalcolici (48,1%), in tutti i casi senza variazioni di rilievo rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda le femmine fra i 21 e i 25 anni, invece, per tutte le bevande alcoliche si consolidano nel 2020 i trend crescenti osservati negli ultimi anni che: anche se non si rileva una significatività statistica nell'aumento rispetto al 2019, è invece presente nel confronto con gli anni precedenti. La bevanda più consumata dalle ragazze sono gli aperitivi alcolici (63,0%, in aumento del 27,5% rispetto al 2015), la birra (51,6%, in aumento del 29,6% rispetto al 2015), il vino (50,5%, in aumento del 43,5% rispetto al 2015), i super alcolici (34,3%, in aumento del 36,7% rispetto al 2014), e gli amari (30,2%, in aumento del 54,0% rispetto al 2014).

Il comportamento a rischio più diffuso è anche per questa fascia di età il consumo fuori pasto (M=54,8%, F=51,2%): anche in questo caso destano particolare preoccupazione le femmine per le quali si osserva un trend in crescita nel corso degli ultimi dieci anni, confermato anche nel 2020 con un incremento del 19,7% rispetto al 2019. I *binge drinker* sono il 19,4% dei ragazzi e il 15,9% delle ragazze, anche in questo caso in aumento rispetto al 2019, del 40,5%. I consumatori abituali eccedentari sono il 2,5% e il 3,0%, rispettivamente dei maschi e delle femmine. I consumatori a rischio secondo i criteri ISS sono il 20,9% dei maschi e il 16,7% delle femmine e corrispondono a circa 500.000 giovani che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Tabella 7) e 490.000 i *binge drinker*.

CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

La WHO stabilisce che gli anziani sono uno dei target sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol gli anziani, insieme alle donne e ai bambini. Nell'anziano, esistono una serie di problematiche legate al consumo di alcol che peggiorano a causa dell'avanzare dell'età. La riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi determina elevate concentrazioni di alcol nel sangue per un periodo più lungo rispetto ad altre fasce di popolazione (60) a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche, per cui è fondamentale ridurre la quantità di alcol giornaliera.

Le nuove linee guida del Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA) consigliano per questo motivo di non consumare bevande alcoliche o almeno ridurre il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute; tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal genere (36, 37).

In Italia nel 2020 l'81,0% degli uomini ultra-65enni e il 47,9% delle loro coetanee hanno consumato almeno una bevanda alcolica; il dato rimane quindi pressoché stabile per gli uomini mentre per le donne si interrompe la crescita registrata nel corso degli ultimi anni (Tabella 8 e Figura 23).

La bevanda più consumata in questa fascia di età e per entrambi i generi rimane, come negli anni scorsi, il vino (M: 75,4%; F: 42,2%) seguito dalla birra (M: 53,2%; F: 22,2%). Rispetto alla precedente rilevazione si osserva una diminuzione della prevalenza delle consumatrici di vino di sesso femminile che sono passate da 44,9% nel 2019 a 42,2% nel 2020 e un aumento della prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile che sono passati da 50,7% nel 2019 a 53,2% nel 2020. Non si rilevano invece variazioni significative dei consumatori di aperitivi alcolici (M=25,9%; F=9,6%) degli amari (M=32,7%, F=11,0%) e dei superalcolici (M=26,4%, F=6,8%) (Tabella 8 e Figura 23).

Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2019 per i maschi, mentre per le femmine si registra una diminuzione della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (-16,5%) e delle consumatrici a rischio-criterio ISS (-15,6%).

Tabella 8. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2020)

| Tipologia di consumo | 65-74 | | 75-84 | | 85+ | | Totale | |
|-------------------------------------|-------|------|-------|------|------|------|--------|------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Consumatori di bevande alcoliche | 83,8 | 53,1 | 78,6 | 45,8 | 74,9 | 38,4 | 81,0 | 47,9 |
| Consumatori di vino | 76,8 | 45,3 | 74,1 | 41,2 | 72,3 | 35,9 | 75,4 | 42,2 |
| Consumatori di birra | 64,4 | 31,3 | 44,2 | 16,7 | 28,5 | 9,3 | 53,2 | 22,2 |
| Consumatori di aperitivi alcolici | 32,9 | 14,5 | 19,8 | 6,2 | 11,6 | 3,6 | 25,9 | 9,6 |
| Consumatori di amari | 38,5 | 15,0 | 28,0 | 8,6 | 19,5 | 5,5 | 32,7 | 11,0 |
| Consumatori di super alcolici | 33,1 | 9,1 | 20,7 | 5,6 | 12,4 | 3,3 | 26,4 | 6,8 |
| Consumatori abituali eccedentari | 32,5 | 7,0 | 31,9 | 7,4 | 30,1 | 4,8 | 32,0 | 6,7 |
| Consumatori di alcolici fuori pasto | 34,6 | 11,3 | 23,9 | 7,0 | 17,1 | 6,8 | 28,9 | 9,0 |
| Consumatori <i>binge drinking</i> | 5,4 | 0,9 | 2,9 | 0,7 | 1,1# | 0,5# | 4,0 | 0,7 |
| Consumatori a rischio-criterio ISS | 34,6 | 7,6 | 32,8 | 7,9 | 30,7 | 5,3 | 33,5 | 7,3 |

Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana.

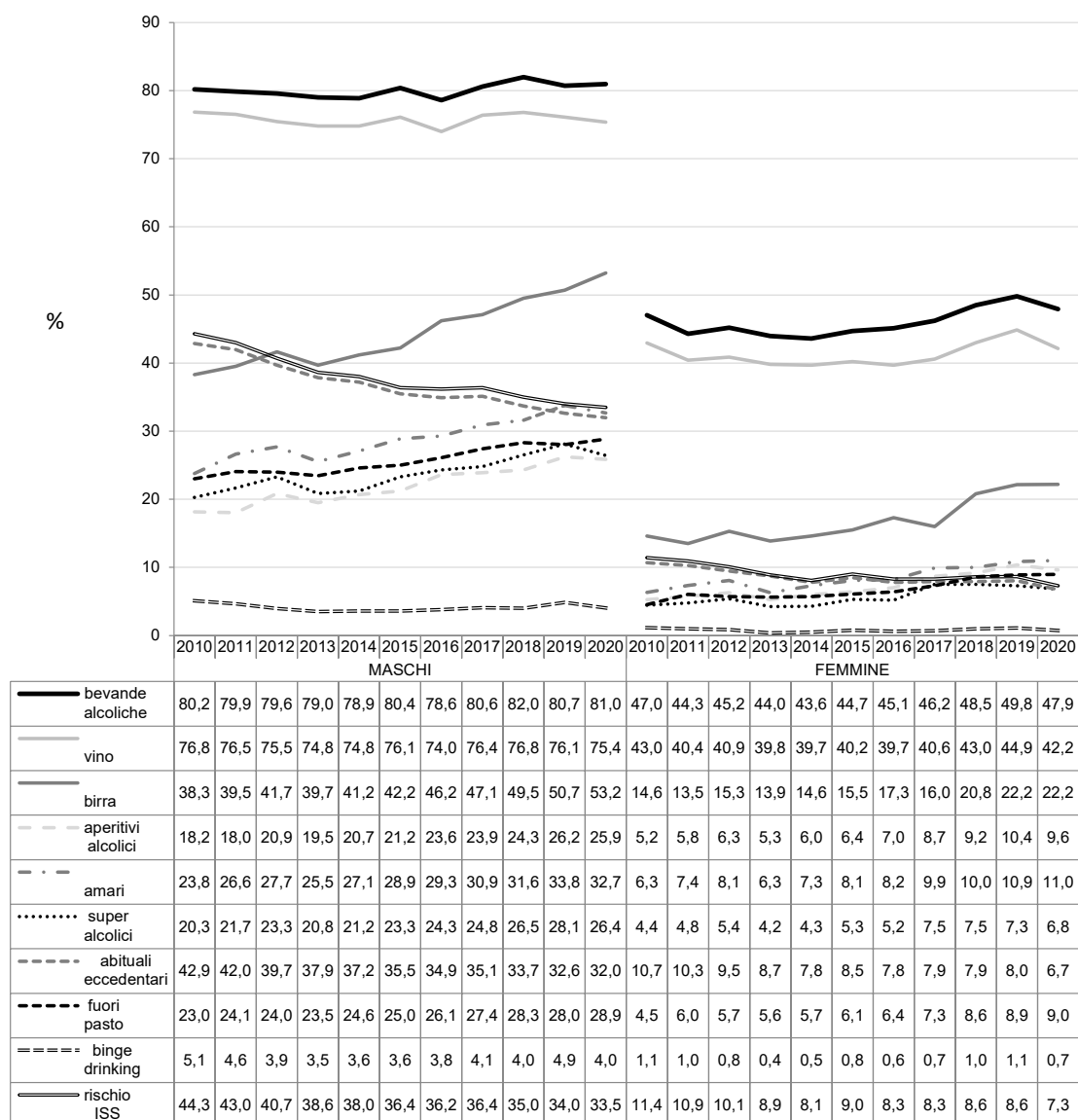


Figura 23. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2010-2020)

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

Il comportamento più frequente tra gli uomini rimane il consumo abituale eccedentario (praticato dal 32,0% degli ultra 65enni), seguito dal consumo fuori pasto (28,9%) e dal *binge drinking* (4,0%). Le prevalenze delle consumatrici con comportamenti a rischio sono molto inferiori rispetto a quelle registrate per gli uomini: il comportamento più diffuso è il consumo fuori pasto praticato nel 2020 dal 9,0% delle donne; la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie invece nel 2020 è stata del 6,7%) e quella delle consumatrici in modalità *binge drinking* del 0,7%.

Osservando le prevalenze degli ultimi 10 anni, è possibile evidenziare degli andamenti indicativi dei consumi negli over 65 negli ultimi anni. Il consumo abituale eccedentario è

costantemente diminuito, mentre continua a salire la curva del consumo fuori pasto. Il *binge drinking* rimane un comportamento poco diffuso in questo target di popolazione e le oscillazioni registrate negli anni non permettono di identificare un trend temporale.

In totale gli over 65enni che nel 2020 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 33,5%, degli uomini e il 7,3% delle donne pari a circa 2.600.000 persone (vedi Figura 23 e Tabella 8).

Per tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a ‘giovani anziani’ (65-74) che rappresentano l’11,3% della popolazione italiana, agli ‘anziani’ veri e propri (75-84) che ne rappresentano l’8,2% e ai ‘grandi anziani’ (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,6% (59).

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione dei giovani anziani nel 2020 era pari al 10,9% del totale degli uomini e al 11,6% del totale delle donne (59).

Nel 2020 i consumatori di bevande alcoliche di 65-74 anni sono stati il 83,8% dei maschi e il 53,1% delle femmine, e non si osservano variazioni significative rispetto al 2020 né per gli uomini né per le donne. La bevanda più consumata rimane il vino (M=76,8%; F=45,3%). La birra è la seconda bevanda consumata da questa fascia di età (M=64,4%; F=31,3%). Si conferma il trend in aumento dei consumatori di questa bevanda con un incremento statisticamente significativo tra gli uomini del 7,2% rispetto al 2019. Il consumo di aperitivi alcolici nei giovani anziani, è stato pari a 32,9% tra gli uomini e a 14,5% tra le donne, mentre il consumo di amari è stato del 38,5% e 15,0% rispettivamente per i due generi; per entrambe le bevande si conferma il trend in crescita dei consumatori. I superalcolici, infine, sono stati consumati, nel 2020, dal 33,1% dei maschi e dal 9,1% delle femmine. Le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate (vedi Tabella 8).

L’analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche (M=32,5%; F=7,0%) è diminuito nel corso degli ultimi 10 anni, mentre un andamento opposto si osserva per i consumatori fuori pasto; per entrambe le modalità di assunzione di bevande non si osservano tuttavia variazioni statisticamente significative rispetto al 2019. I *binge drinker* sono stati nel 2020 il 5,4% degli uomini e lo 0,9% delle donne.

Complessivamente, sono circa 1.400.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, ovvero il 34,6% degli uomini e il 7,6% delle donne. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio, per entrambi i generi, sebbene la variazione rispetto al 2019 non risulti significativa (vedi Tabella 8).

Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione media anziana di età 75-84 anni nel 2020 era pari al 7,2% della popolazione maschile italiana e al 9,0% di quella femminile (59).

I consumatori di bevande alcoliche 75-84enni nel 2020 sono stati il 78,6% degli uomini e il 45,8% delle loro coetanee e non si sono rilevate variazioni significative rispetto all’anno precedente. La bevanda alcolica più consumata, come per le altre fasce di anziani, rimane il vino, (74,1% dei maschi e dal 41,2% delle femmine) senza sostanziali variazioni rispetto all’anno 2019;

la birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 44,2% degli uomini, senza variare rispetto al 2019, e dal 16,7% delle donne, la cui crescita si è arrestata dopo 6 anni. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 19,8% degli uomini e dal 6,2% delle donne e per queste ultime si registra, una diminuzione nel consumo del 33,0%. Gli amari sono stati consumati dal 28,0% degli uomini di questa classe di età e dal 8,6% delle donne e i super alcolici dal 20,7% e 5,6% rispettivamente. Per tutte le bevande considerate il dato degli uomini è sempre superiore a quello delle donne (*vedi* Tabella 8).

Per quanto riguarda le abitudini di consumo, il comportamento a rischio più praticato da questa fascia di popolazione, come per le altre, è il consumo abituale eccedentario (M=31,9%; F=7,4%); per entrambi i generi l'andamento è diminuito nel corso degli anni sebbene rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni statisticamente significative. Gli anziani di 65-74 anni che hanno consumato bevande alcoliche fuori dal pasto nel 2020 sono stati il 23,9% degli uomini e il 7,0% delle femmine, e per queste si interrompe il trend crescente. Complessivamente solo l'1,6% degli anziani (maschi+femmine) ha praticato il *binge drinking* e questa abitudine di consumo a rischio è la meno praticata in questa fascia di popolazione.

In totale si stima che nell'anno 2020 sono stati quasi 900.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 32,8% degli uomini e il 7,9% delle donne 75-84enni e rispetto alla precedente rilevazione non si registrano cambiamenti significativi (*vedi* Tabella 8).

Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2020 era pari al 2,4% della popolazione maschile italiana e al 4,7% di quella femminile (59). Nel 2020, la prevalenza dei "grandi anziani" che hanno consumato almeno una bevanda alcolica è stata del 74,9% per gli uomini e del 38,4% per le donne e non si registrano variazioni significative ne rispetto al 2019 ne rispetto agli ultimi anni.

La bevanda più consumata in questa fascia di età è come per gli altri gruppi di anziani il vino, bevuto nel 2020 dal 72,3% degli uomini e dal 35,9% delle donne ultra 85enni e in entrambi i casi senza variazioni di rilievo rispetto al 2019. La prevalenza dei consumatori di birra è stata 28,5% per gli uomini e 9,3% per le donne e per queste ultime il valore è tornato al valore registrato nel 2018. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dall'11,6% dei maschi e dal 3,6% delle donne, gli amari dal 19,5% degli uomini e il 5,5% delle donne e i super alcolici rispettivamente dal 12,4% e 3,3%. Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 8).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la tipologia di comportamento a rischio più frequente è il consumo abituale eccedentario praticato dal 30,1% degli anziani e dal 4,8% delle anziane seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 17,1%; F: 6,8%). Non si rilevano variazioni significative rispetto al precedente anno delle prevalenze di tutti i comportamenti a rischio considerati e per l'abitudine di consumare alcolici lontano dai pasti si conferma un andamento in crescita negli ultimi 5 anni.

In totale si stima che nell'anno 2020 sono stati quasi 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 a al 30,7% degli anziani e al 5,3% delle anziane; per entrambi i generi non si osservano variazioni significative rispetto ai precedenti anni (*vedi* Tabella 8).

CONSUMO DI ALCOL TRA LE DONNE

Le donne hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini e una concentrazione minore di acqua nel corpo, per questo motivo la loro capacità di metabolizzare l'alcol è inferiore a quella degli uomini e, a parità di consumo, determina un livello di alcol nel sangue più elevato (36, 37).

In Italia nel 2020 il 56,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno per un totale di oltre 15.700.000 persone e nel corso degli ultimi anni il dato è aumentato, sebbene non si riscontrino variazioni significative rispetto all'anno precedente.

Il 6,4% delle donne ha inoltre consumato alcol in modalità abituale eccedentaria e il 3,9% ha consumato in modalità *binge drinking*; il 9,4% delle donne ha consumato complessivamente alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari a circa 2.600.000 persone. Il 22,4% ha, inoltre, consumato alcol lontano dai pasti,

L'analisi degli indicatori relativa ai comportamenti a rischio mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto è cresciuta costantemente, la prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* è diminuita tra il 2010 e il 2014 per poi aumentare in maniera pressoché costante tra il 2014 e il 2020. La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è diminuita rispetto al 2010 ma nel corso dell'ultimo anno è aumentata del +5,3% (Figura 24).

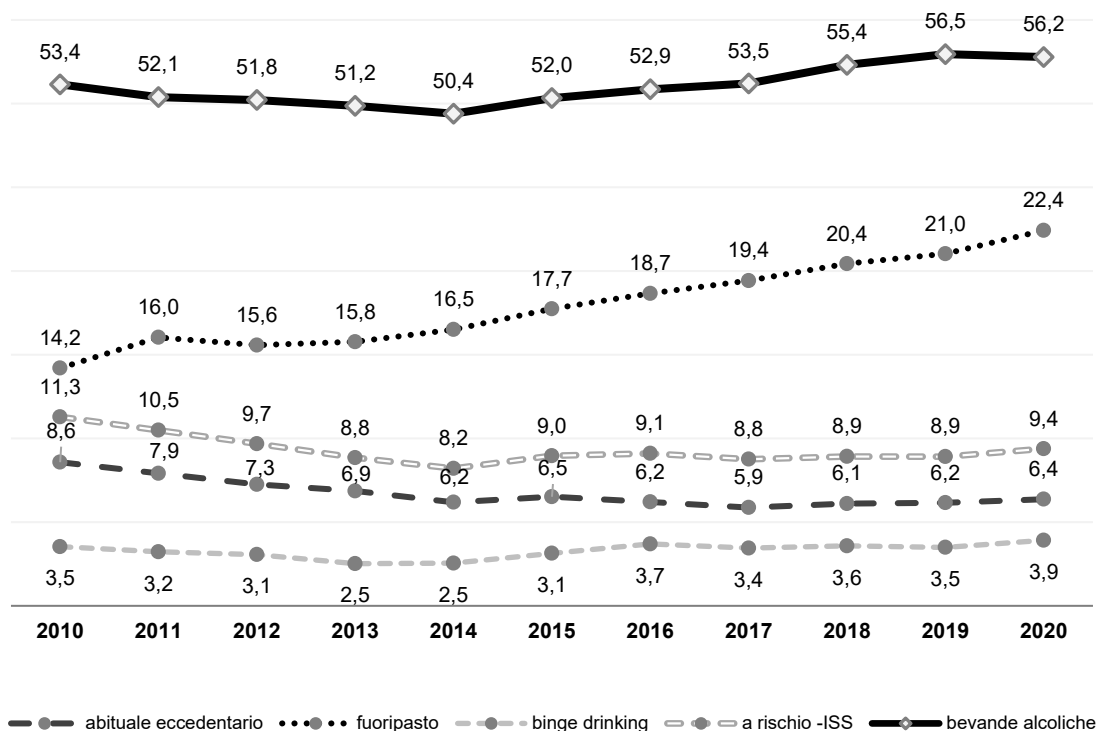


Figura 24. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età ≥11 anni) (2010-2020)

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

Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)

Molte ragazze non sono correttamente informate sul fatto che consumare bevande alcoliche al di sotto dei 18-20 anni non è opportuno sia a causa della scarsa capacità di smaltire l'alcol in età giovanile sia per la maggiore vulnerabilità delle donne agli effetti negativi dell'alcol (61).

Nel 2020 la prevalenza di consumatrici di almeno una bevanda alcolica di età 11-17 anni è stata del 18,8% ed è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione. Le bevande maggiormente consumate dalle giovani donne minorenni sono la birra e gli aperitivi alcolici seguite da vino, super alcolici e amari.

In questa fascia d'età qualsiasi tipo di consumo è da considerare come rischioso per la salute; nel 2020 si è osservato un incremento delle consumatrici fuori pasto (9,2%) e consuma in modalità *binge drinking* il 3,0% delle ragazze, dato approssimabile a quello del 2019 (Figura 25). Complessivamente 380.000 delle 11-17enni sono consumatrici a rischio.

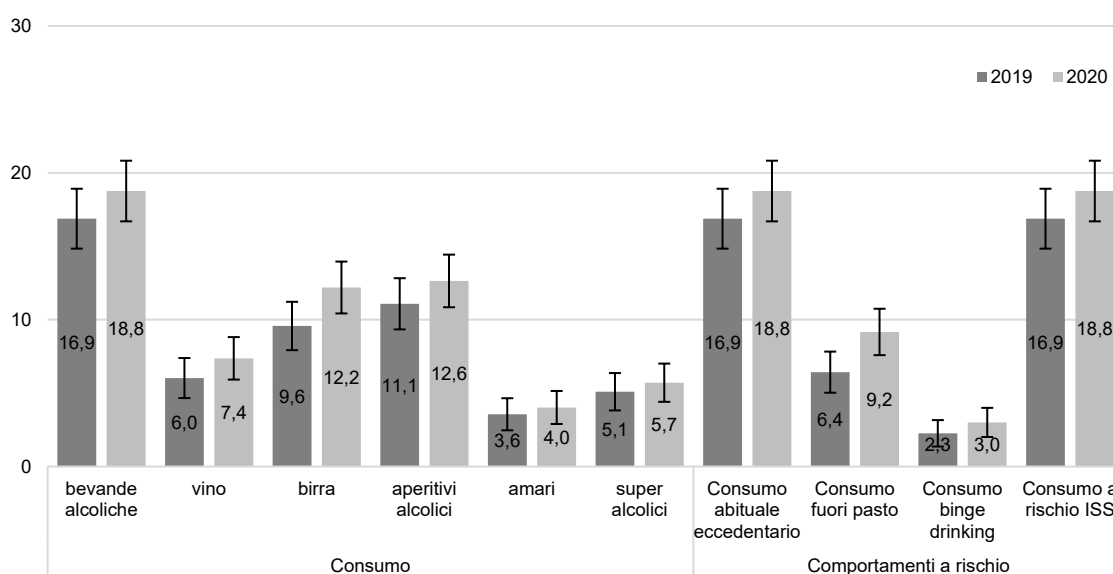


Figura 25. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età 11-17 anni) (2019-2020)

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

Consumatrici adulte (età 18-49 anni)

Molte donne in età adulta non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica legata a condizioni come la gravidanza e l'allattamento. Nel 2020 il 66,1% delle 18-49enni ha consumato bevande alcoliche e una su due ha consumato birra (49,8%) (Figura 26).

La prevalenza di consumatrici di vino e di aperitivi alcolici sono state nel 2020 il 47,5% e 47,8% rispettivamente e per entrambe queste bevande si registra un incremento rispetto al 2019. Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 35,5% delle donne, seguito dal *binge drinking* (7,2%) mentre il consumo abituale eccedentario è praticato dal 3,6% delle donne 18-49enni.

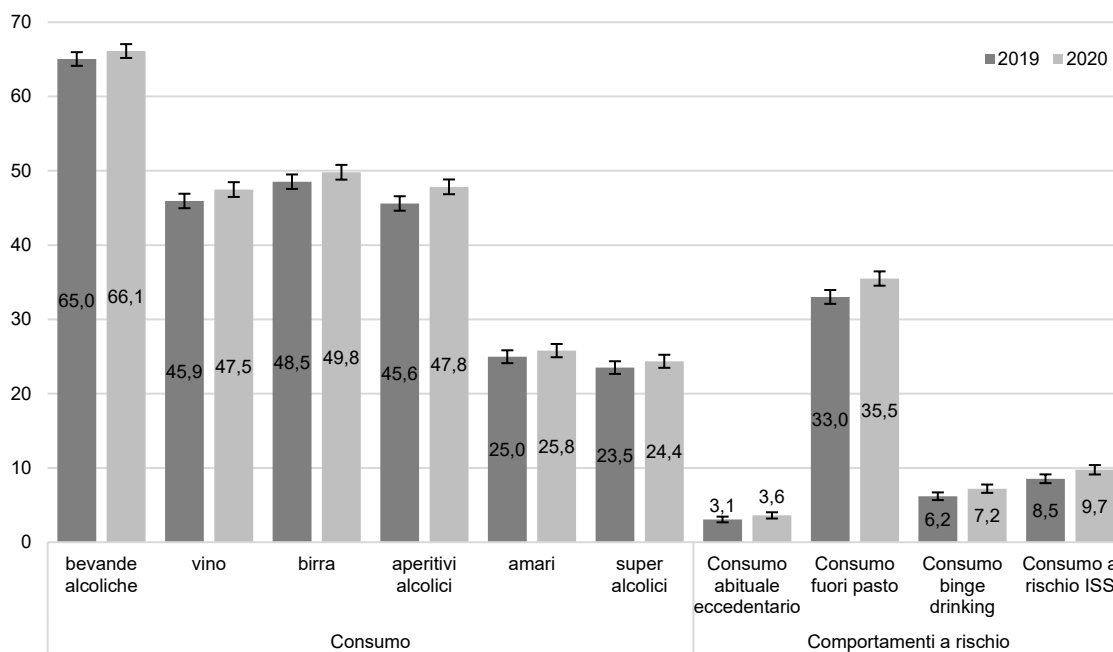


Figura 26. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età 18-49 anni) (2019-2020)

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

Complessivamente il 9,7% delle donne (1.090.000) di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la sua salute e le prevalenze di tutti i comportamenti a rischio considerati (a eccezione del consumo abituale eccedentario) sono aumentate rispetto alla precedente rilevazione.

Consumatrici adulte (età 50-69 anni)

Il sistema di smaltimento dell'alcol attraverso l'enzima alcol-deidrogenasi non è uguale in tutte le persone e varia in funzione del sesso, dell'età, dell'etnia e di altre caratteristiche personali. Una donna adulta e in stato di buona salute così come un'anziana, non dovrebbe mai superare un consumo giornaliero di una unità per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2020, il 59,8% delle donne adulte di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno.

La bevanda maggiormente consumata in questa fascia di età è stato il vino (47,8%) seguito dalla birra (43,7%) la cui prevalenza è aumentata rispetto al 2019. Il 25,9% delle donne ha consumato aperitivi alcolici, il 19,4% amari e il 14,0% super alcolici, e anche per queste si è osservato un incremento rispetto all'anno precedente.

Il comportamento a rischio maggiormente praticato in questo target di popolazione è il consumo di bevande lontano dai pasti (19,0%), aumentato rispetto al 2019, mentre il consumo abituale eccedentario è praticato dal 6,9% delle donne, il *binge drinking* dal 2,1%. Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute 720.000 donne (8,3%) di 50-69 anni, valore pressoché stabile rispetto al 2019 (Figura 27).

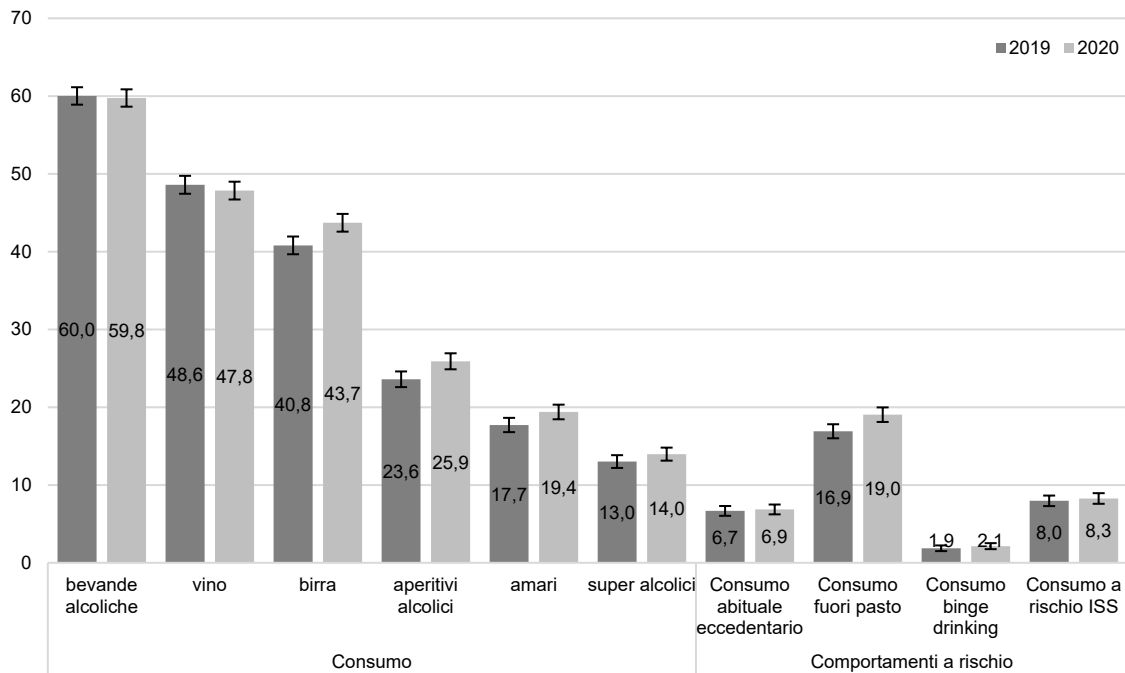


Figura 27. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età 50-69 anni) (2019-2020)

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

Consumatrici anziane (età ≥70 anni)

Nell'anziano la capacità di metabolizzare l'alcol diminuisce in maniera rilevante e si riduce sia la massa grassa che il contenuto totale di acqua corporea capaci di "diluire" l'alcol e nell'anziano è quindi sconsigliato consumare più di una unità di bevande alcoliche al giorno per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2020 sono state il 45,6% le donne ultra 70enni che hanno consumato bevande alcoliche. La bevanda in assoluto più consumata in questa fascia d'età è il vino e la prevalenza delle consumatrici di questa bevanda è diminuita rispetto all'anno precedente. Una donna su cinque consuma inoltre birra, mentre le altre bevande mostrano valori di prevalenza dei consumatori inferiori al 10%.

I comportamenti a rischio più frequenti in questa fascia di popolazione sono il consumo di alcol lontano dai pasti (7,4%) e il consumo abituale eccedentario (6,5%) e per quest'ultima tipologia di consumo a rischio, la prevalenza è diminuita rispetto al 2019; solo lo 0,6% delle ultra-70enni ha praticato il *binge drinking*.

Complessivamente nel 2020 il 7,0% delle donne anziane (410.000) ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 28).

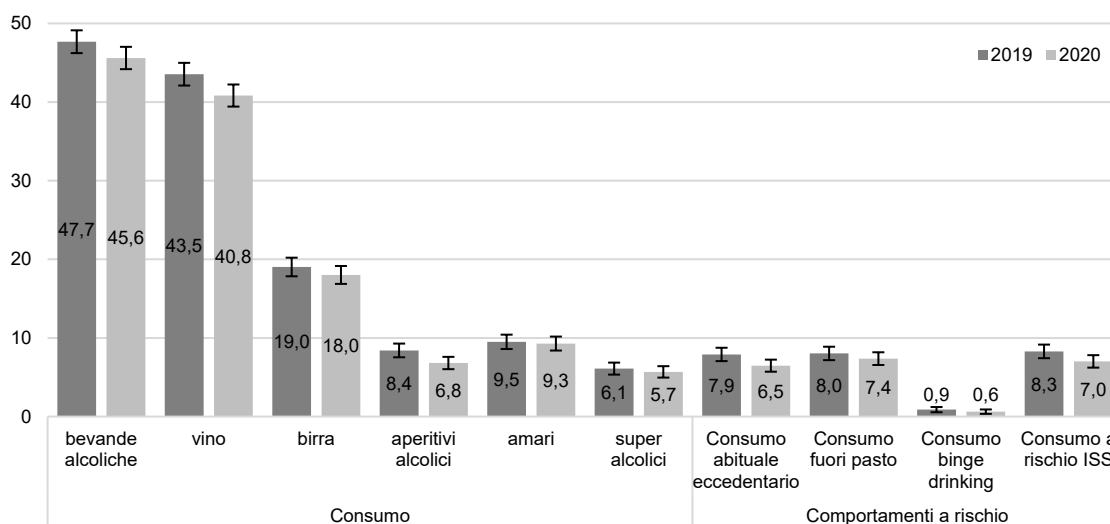


Figura 28. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età ≥ 70 anni) (2019-2020)

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

Progetto europeo FAR-SEAS e danni legati al consumo di alcol in gravidanza

Lo spettro dei disordini fetto-alcolici – *Foetal Alcohol Spectrum Disorders* (FASD) – è un gruppo di disturbi fisici, comportamentali e di apprendimento che si manifestano in bambini e bambine le cui madri hanno assunto bevande alcoliche durante la gravidanza.

In Europa il contratto di servizio FAR-SEAS (*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after Standard European Alcohol Survey*, <https://far-seas.eu/>) è l'unico consorzio di ricerca europeo dedicato alla prevenzione della FASD affidato, in Italia, all'ONA del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS. Il progetto ha come obiettivo il sostegno agli Stati membri nel contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol attraverso iniziative mirate ad aumentare la consapevolezza sui rischi del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati in gravidanza. Gli strumenti che si renderanno prossimamente disponibili come risultato di attività in fase di completamento, riguardano la disponibilità di buone pratiche basate sulle evidenze e sull'opinione di esperti del settore, e di standard di formazione per l'identificazione precoce e l'intervento breve sul consumo di alcol in gravidanza.

Donna, alcol e gravidanza

Il consumo di alcol nelle donne è tradizionalmente inferiore a quello degli uomini, sebbene tale differenza di genere sia in diminuzione, addirittura scomparsa in alcuni paesi. Il consumo di alcol in gravidanza, oltre ad essere più dannoso per la salute della donna, è associato a una vasta gamma di danni al feto e al bambino quali l'aborto spontaneo, la natimortalità, la sindrome della morte improvvisa in culla, il parto pretermine, alcune malformazioni congenite, il basso peso alla nascita, il ritardo di sviluppo intrauterino e una serie di disordini racchiusi dal FASD, a partire dalla manifestazione più grave, la sindrome fetto-alcolica (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS), una

serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive (63-68).

L'esposizione prenatale all'alcol interferisce con il normale sviluppo del feto causando un danno a carico del sistema nervoso centrale, il più grave tra i danni, alla base di tutte le diagnosi nell'ambito dello spettro dei disordini feto-alcologici, danni che si manifestano con segni e sintomi di disabilità e che includono disturbi comportamentali, di attenzione, cognitivi, delle funzioni esecutive e di memoria. Le persone con disturbi della FASD mostrano deficit di pensiero astratto, di organizzazione, di pianificazione, di apprendimento, nel ricordare sequenze di eventi, nel collegare relazioni di causa-effetto, deficit di linguaggio espressivo e ricettivo, nelle abilità sociali e di consapevolezza e regolazione dei comportamenti e delle emozioni: l'elenco attuale comprende più di 400 condizioni associate e che comportano disabilità più o meno gravi che accompagnano i pazienti per tutta la vita (69).

Il feto non può metabolizzare l'alcol perché privo degli enzimi necessari e quindi anche una minima quantità ne pregiudica la salute: i metaboliti dell'alcol (acetaldeide) si accumulano nel sistema nervoso del feto e in diversi organi, danneggiandoli irrimediabilmente. Tutte le fasi dello sviluppo embrionale sono vulnerabili agli effetti teratogeni dell'alcol, per questo motivo secondo le linee guida cliniche della maggioranza dei Paesi del mondo il consumo di alcol in gravidanza è controindicato e il messaggio di salute pubblica è "non bere in gravidanza (zero alcol) e non bere quando si decide di avere un figlio". I disordini feto-alcologici sono prevenibili al 100 per cento, se si evita l'alcol in gravidanza.

Nonostante l'esistenza di una precisa controindicazione a tutela della salute del bambino, molte donne in gravidanza continuano a consumare bevande alcoliche (69-70). Per quanto riguarda l'Italia, i dati sul consumo di alcol in gravidanza e sulla FAS/FASD sono in corso di aggiornamento (71): le stime disponibili si riferiscono a meta-analisi che hanno incluso studi effettuati tra il 1989 e il 2011 e che indicano una prevalenza stimata di consumo di alcol in gravidanza nella popolazione generale pari al 33.1%, di gran lunga superiore alle stime del consumo di alcol in gravidanza nel mondo (9.8%), inferiore a quella di alcuni paesi europei quali l'Irlanda (60.4%), Bielorussia (46.6%), Danimarca (45.8%), Regno Unito (41.3%) (70). Se le informazioni sul consumo di alcol in gravidanza nel mondo sono limitate (Italia inclusa), ancor più lo sono quelle che riguardano la FASD e la FAS.

Secondo il *Global Status Report on Alcohol and Health 2018* della WHO (1), la più alta prevalenza di consumo di alcol in gravidanza (di qualsiasi quantità) è nei Paesi della Regione europea, con una media del 25%. Lo stesso rapporto evidenzia inoltre come ancora più allarmante il fatto che il 2,7% consuma alcol con modalità *binge drinking* e cioè "bere per ubriacarsi", la più dannosa tra le modalità di consumo e per la FASD. Da rilevare che le stime di prevalenza di consumo di alcol nelle donne in gravidanza riflettono il consumo di alcol nella popolazione generale del Paese in esame, così come le stime di prevalenza della FAS, FASD sono varie nell'ambito di popolazioni e studi diversi dello stesso Paese (1).

Il Ministero della Salute, l'ISS e la SIA promuovono da anni l'incremento della consapevolezza nelle donne in gravidanza (o in età fertile e che stanno programmando una gravidanza) attraverso campagne di comunicazione e prevenzione con lo scopo di contribuire a garantire un'informazione corretta ed esauriente che renda le donne consapevoli e competenti nella gestione del consumo di alcol ed eviti di esporle ai rischi di danni completamente evitabili sostenendo uno stile di vita sano sospendendo completamente il consumo di alcol in gravidanza (zero alcol in gravidanza). Tra le attività si segnala in particolare la campagna *Too Young To Drink* che negli anni ha realizzato numerosi materiali divulgativi, come il libretto "Donna e alcol. Alcol: sei sicura?", il pieghevole "Alcol e gravidanza: sei sicura?", la locandina "Alcol e gravidanza", scaricabili gratuitamente nella pagina web dedicata (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/osservatorio-nazionale-alcol>).

Contratto di servizio FAR-SEAS e contributo dell'ISS

Il progetto FAR-SEAS prevede una serie di attività e sostiene la necessità, e l'urgenza, di contribuire in tutti gli Stati Membri, e per iniziativa comunitaria, alla riduzione dell'esposizione all'alcol del nascituro nel grembo materno e della conseguente riduzione d'incidenza dei nuovi casi di FASD. Nell'ambito del progetto, l'ONA è coinvolto in diverse attività (*task*), oltre che nel coordinamento e nel *networking* con gli Stati, ed è responsabile delle decisioni sull'esecuzione del progetto.

Per quanto riguarda l'attività principale del progetto FAR-SEAS ("Sviluppare, pilotare e valutare le buone pratiche basate sui dati a disposizione per supportare le donne in età fertile, in particolare le donne in gravidanza, nel ridurre il rischio di sviluppo di FASD nei loro bambini"), l'ONA ha partecipato alla stesura delle linee guida, nonché alla valutazione delle attività. L'ONA ha lavorato con i rappresentanti degli Stati Membri del CNAPA (fino allo scorso anno) e con i principali istituti di ricerca pubblici in tutta Europa, alla revisione delle buone pratiche, e delle relative metodologie di formazione già esistente per la riduzione del danno alcol-correlato nelle donne in età fertile e nelle gestanti. Infine sta collaborando alla predisposizione di linee guida e di un pacchetto di formazione di valenza europea per l'identificazione precoce e l'intervento breve del consumo di alcol in gravidanza rivolto ai professionisti sanitari e agli operatori sociali. L'ONA contribuisce al FAR-SEAS anche prendendo parte al programma di implementazione di un formato standard di riferimento europeo di formazione sull'identificazione precoce e intervento breve su alcol, donna e gravidanza e sull'applicazione di buone pratiche efficaci e validate da un gruppo di esperti FAR-SEAS (dal contributo ad indagini Delphi, alla stesura di documenti, del protocollo di studio e dei materiali/moduli per la formazione del personale sanitario). Tali attività si arricchiscono del contributo di decine di progetti europei e della WHO e saranno disseminate dopo la loro validazione grazie a uno studio pilota FAR-SEAS che si è svolto e recentemente concluso in Polonia, il cui avviamento è stato complesso per via della pandemia da coronavirus.

Prossimamente si renderanno disponibili i primi documenti riassuntivi le suddette attività. Nel complesso, il FAR-SEAS rafforzerà la diffusione dei dieci punti sviluppati che, sulla base dell'evidenza scientifica, possono contribuire a delineare un decalogo europeo mirato a incrementare la consapevolezza sui rischi e sui danni del consumo di bevande alcoliche in gravidanza:

1. consumare bevande alcoliche in gravidanza aumenta il rischio di danni alla salute del bambino;
2. durante la gravidanza non esistono quantità di alcol che possano essere considerate sicure o prive di rischio per il feto;
3. il consumo di qualunque bevanda alcolica in gravidanza nuoce al feto senza differenze di tipo o gradazione;
4. l'alcol è una sostanza tossica in grado di passare la placenta e raggiungere il feto alle stesse concentrazioni di quelle della madre;
5. il feto non ha la capacità di metabolizzare l'alcol che quindi nuoce direttamente alle cellule cerebrali e ai tessuti degli organi in formazione;
6. l'alcol nuoce al feto soprattutto durante le prime settimane e nell'ultimo trimestre di gravidanza;
7. se si pianifica una gravidanza è opportuno non bere alcolici e se si è già in gravidanza è opportuno interromperne l'assunzione sino alla nascita;
8. è opportuno non consumare bevande alcoliche durante l'allattamento;
9. i danni causati dall'esposizione prenatale dall'alcol, e conseguentemente manifestati nel bambino, sono irreversibili e non curabili;
10. si possono prevenire i danni e i difetti al bambino causati dal consumo di alcol in gravidanza, evitando di consumare bevande alcoliche.

La cultura della prevenzione specifica della FASD è una sfida che si può vincere solo attraverso l'attivazione di tutti, a partire dal contrasto alle *fake-news* che minano l'informazione valida e oggettiva che le future mamme devono essere in grado di identificare, sapendo che tutto l'alcol consumato in gravidanza finisce nel futuro del loro bambino.

CONCLUSIONI

L'anno della pandemia, il 2020, ha rappresentato un'esperienza estremamente complessa e di forte impatto sulle persone e sui comportamenti a rischio. In Italia come all'estero il consumo di alcol ha rappresentato spesso una canalizzazione verso il "sollevio" di un disagio e di una sofferenza che è stata sperimentata in particolare da chi già aveva un consumo dannoso di alcol. L'effetto ricercato di quantità crescenti di bevande alcoliche ha rappresentato per molti una risposta all'isolamento. È aumentato il consumo incontrollato di tutte le bevande alcoliche acquistate non solo attraverso la grande distribuzione, ma anche mediante nuovi canali alternativi di vendita online e di *home-delivery*, giunti a rappresentare un consolidato canale di acquisto soprattutto nel fine settimana da parte dei giovani e dei giovani adulti. Dagli aperitivi online sui vari social si è passati agli eventi alcolici *post-lockdown*, non sempre controllati, frequentemente esitati in intossicazioni moleste, lì dove non violente, anche in parziale reazione alle numerose tensioni lavorative, familiari, relazionali e generate dall'ansia della pandemia nell'anno più difficile e tragico della sua manifestazione (7-9).

L'aumento dei consumi di bevande alcoliche fuori dai pasti si è accompagnato al progressivo e sostanziale incremento delle consumatrici, specie giovanissime, ma non ha risparmiato il sesso maschile avendo registrato un aumento dei comportamenti a rischio, particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni, preoccupantemente incidente tra i minorenni di ambo i sessi. Il *binge drinking* continua a rappresentare un'abitudine diffusa e incontrastata con il 18,4% dei giovani tra i 18 e i 24 anni di età dediti all'intossicazione periodica, il 22,1% dei maschi e il 14,3% delle femmine (vedi Figura 11).

Riguardo alle bevande consumate, il vino è l'incontrastata bevanda di riferimento per il rischio dei consumatori di quasi tutte le età. Ciò smentisce la relativa differenza nell'impatto d'uso delle differenti bevande alcoliche legate a modelli tradizionali di cui, col tempo, si sono perse le connotazioni, assistendo a sensibili cambiamenti. Se, da un lato, il consumo esclusivo di vino e birra diminuisce in quasi tutte le fasce di età, dall'altro continua a rappresentare la bevanda alcolica di riferimento per i consumatori a rischio e dannosi, inclusi gli alcolodipendenti.

L'aumento della quota dei consumatori dannosi di alcol, quindi con danno d'organo già in atto, rappresenta un elemento di estrema disuguaglianza sostenuto dall'inadeguatezza dei servizi e dalla mancanza di una vera rete curante, nei fatti non fruita dagli aventi necessità. Infatti, meno del 10% dei consumatori dannosi è intercettato dai servizi alcolologici e, di questi, a meno di un terzo viene garantita una qualunque forma d'intervento o trattamento erogato. Questa, pur se la più grave e rilevante, non è purtroppo l'unica criticità. Gli interventi sono espletati in modo estremamente disomogeneo tra Regioni, in assenza di una linea guida comune di riferimento e di una strutturazione omogenea dei servizi, che in nessuna Regione mettono a disposizione del personale interamente dedicato all'alcolodipendenza. Tutto ciò, insieme all'impatto in termini di ricoveri e accessi al Pronto Soccorso per condizioni o eventi attribuibili all'alcol, traccia un quadro di grave insufficienza funzionale e operativa. Tale situazione è resa ancora più fragile dagli esiti del *lockdown*, che ha determinato un incremento delle disuguaglianze di salute tra i consumatori dannosi o rischiosi di alcol. La mancanza d'identificazione e d'intervento, causata dall'insufficiente disponibilità delle strutture territoriali, ha fatto sì che i consumatori dannosi e rischiosi siano stati marginalizzati e stigmatizzati in una dimensione di scarsa disponibilità di accesso a servizi e prestazioni, urgenti ma differiti e, nella stragrande maggioranza dei contesti sanitari, ancora da erogare (72).

Nonostante le iniziative, le strategie, le indicazioni per azioni prioritarie individuate dall'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO e le numerose progettualità finanziate dalla

Commissione Europea che hanno reso disponibili strumenti, buone pratiche e linee guida, gli Stati Membri dell'Unione Europea, Italia inclusa, hanno continuato a risentire di livelli significativi di danni attribuibili all'alcol (73). In estrema sintesi, non è stato adeguatamente colmato il divario netto tra gli obiettivi indicati dal Programma Guadagnare Salute (GS) e le misure di contrasto e di prevenzione messe in atto, nonché tra i regolamenti e le normative adottati a supporto dell'implementazione delle strategie e delle azioni europee di accompagnamento. A tal riguardo, in funzione di un'evidente disapplicazione di ottime norme di riferimento, è da riaffermare l'importanza di determinare la rigorosità del livello di applicazione da parte delle autorità competenti e degli stessi governi nazionali delle buone pratiche raccomandate nel Piano d'azione europeo, ricomprese nelle azioni adottate attraverso i documenti programmatici nazionali (40).

L'analisi dell'andamento degli indicatori utilizzati dal sistema di monitoraggio del consumo di alcol nazionale, dal 2007 al 2020, mostra tendenze non sufficientemente allineate agli obiettivi strategici prefissati dagli organismi internazionali per la riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol entro il 2025. Infatti, l'evidenza di uno zoccolo duro di sostanziale invarianza sino al periodo pre-pandemico e la risalita verso livelli di maggior rischio nella popolazione, sono emblematici del richiamo espresso dall'ISS e dallo stesso Ministro della Salute all'adozione di correttivi che, a oggi, non risultano essere ricompresi nelle strategie di prevenzione nazionale e regionale o non adeguatamente implementati; ciò viene invece richiesto da una indispensabile politica sull'alcol, maggiormente incisiva e più aderente alle dimensioni del rischio e del danno che sono peggiorate ulteriormente nell'era post-*lockdown* (74). Se, da un lato, l'impatto alcol-correlato ha visto negli anni un impegno governativo nella produzione di norme, come quelle concernenti l'alcol alla guida, l'età minima legale, alla regolamentazione di somministrazione e vendita, dall'altro numerosi ambiti d'intervento sono risultati privi di attenzioni specifiche e di azioni pur espressamente esplicitate dal programma GS.

In Italia, nel corso degli ultimi anni si è assistito a un peggioramento del profilo epidemiologico e d'impatto dell'alcol nei target di popolazione più a rischio, ancor prima dell'inizio della pandemia da COVID-19, e confermato dagli indicatori compositi e cioè dalla valutazione dell'implementazione delle azioni nelle aree dello *European Alcohol Action Plan* (EAAP) che suggerisce di rinnovare l'impegno in particolari aree (5). A tale riguardo, attraverso l'applicazione dello *scoring system* delle *alcohol policy*, adottato ufficialmente dalla WHO dopo una fase pilota, sono stati evidenziati, già dal 2016, gli scostamenti delle medie dell'Italia nelle aree dell'EAAP rispetto alle medie europee.

In Italia sono, ancora oggi, almeno 4 le aree d'azione che richiedono interventi prioritari:

1. risposta dei servizi sanitari (quali l'utilizzo di screening e intervento breve per il consumo rischioso e dannoso di alcol e la disponibilità di interventi terapeutici standardizzati);
2. marketing delle bevande alcoliche (pubblicità e sponsorizzazioni da parte dell'industria dell'alcol di eventi sportivi e che riguardano i giovani, restrizioni sulle vendite promozionali);
3. politiche sui prezzi;
4. politiche per la riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione (es. quelle miranti alla formazione del personale addetto alla somministrazione delle bevande, quelle sulle etichette con le informazioni nutrizionali e sulla salute e i numerosi richiami nei programmi di prevenzione che avevano già richiamato l'indispensabilità e l'urgenza di rinnovare i sistemi di rilevazione precoce e d'intervento, di rivedere i protocolli di gestione degli stati d'intossicazione acuta e la gestione nei Pronto Soccorso delle conseguenze del bere per ubriacarsi).

Dalla rielaborazione delle indagini avviate tra il 2017 e il 2018 emerge una nuova e più favorevole performance dell'Italia, in cui molti *gap* sono risultati in via di recupero rispetto alla precedente rilevazione e ai punteggi iniziali seppure con un'eccezione rilevante: l'area 2

dell'EAAP, quella cioè relativa alla risposta dei servizi sanitari, che continua a rimanere al di sotto della media europea e in forte ritardo applicativo rispetto alle altre aree oggetto di politiche e azioni (Figura 29).

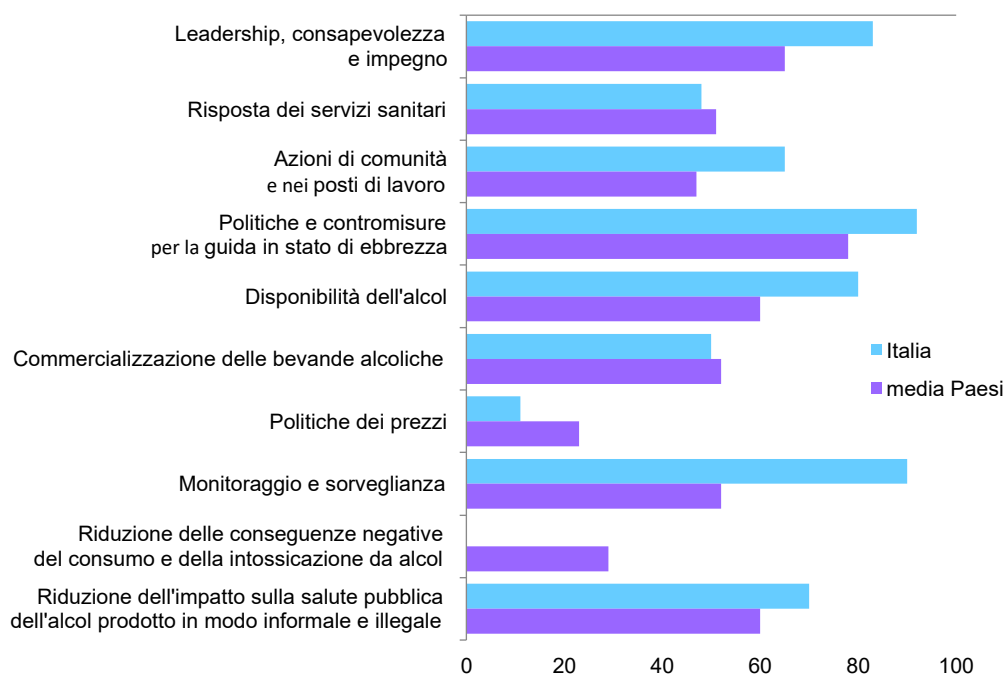


Figura 29. Punteggi (medie) dei dieci indicatori composti dell'EAAP per l'Italia e l'Europa, 2016 (40)

Ovviamente, il breve intervallo intercorso non poteva realisticamente consentire di migliorare il profilo dell'impatto epidemiologico sui consumi, in aumento oramai da anni, dei consumatori a rischio, specie tra i giovani. Ma, alla luce del peggioramento complessivo dell'impatto dell'alcol – che avrebbe richiesto una risposta immediata di salute pubblica sui target vulnerabili della popolazione – l'assenza d'intervento o l'inerzia nell'adozione di azioni efficaci sono oggettivamente la criticità di maggior peso nell'allontanamento dell'Italia dagli Obiettivi di Salute Sostenibile determinato ovunque in Europa dall'interferenza di interessi economici che frenano gli sforzi verso una salute migliore per tutti (2).

Tutti gli indicatori sono da prendere in considerazione anche per il monitoraggio previsto delle azioni legate alla salute orientate al raggiungimento di tali obiettivi (gli SDG) che per l'Italia sono mirati anche alla riduzione del 10% dei consumi pro capite di alcol, alla riduzione dei consumatori a rischio e della mortalità alcol-correlata registrata in aumento, e all'incremento della copertura del trattamento farmacologico, psicosociale e riabilitativo per l'alcol e tutte le sostanze d'abuso (6).

Ogni giorno nei Paesi UE circa 800 persone muoiono per cause attribuibili all'alcol. In Italia le stime indicano in 17.000 i decessi annuali evitabili causati dall'alcol: in media 50 persone al giorno. Ciò richiede altri sforzi per ridurre il consumo di alcol e gli episodi d'intossicazione che sono spesso la causa dei frequenti episodi di decessi rilevati a causa della guida sotto l'influenza dell'alcol (2).

Nel 2018, nella terza Riunione ONU ad alto livello dell'Assemblea Generale sulle malattie non trasmissibili, i Capi di Stato e di Governo si sono impegnati a rafforzare le leggi e le misure

fiscali per proteggere le persone dal consumo di prodotti nocivi come tabacco e alcol. Il settore privato è stato invitato a rafforzare il proprio impegno e contribuito alla realizzazione delle risposte nazionali intese a prevenire, controllare e curare le malattie cronico-degenerative. Il raggiungimento degli obiettivi di salute e di sviluppo sostenibile doveva essere facilitato incoraggiando gli operatori economici nel settore della produzione e del commercio di alcol, secondo i casi, a contribuire a ridurre il consumo dannoso di alcol nelle loro aree principali, tenendo conto dei contesti nazionali religiosi e culturali e facendo passi concreti, ove pertinenti, verso l'eliminazione del marketing, della pubblicità, e della vendita di prodotti alcolici ai minori (75). Ogni Paese europeo può ridurre i danni attribuibili all'alcol e muoversi verso il raggiungimento degli SDG, implementando una serie di misure di comprovata politica sull'alcol per cui sono disponibili prove di efficacia con esperienza accumulata a livello europeo e nazionale (2, 6). Affrontare il consumo dannoso di alcol rimane una priorità di salute pubblica per l'Unione Europea, e il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite richiede un'analisi di quanto fatto a oggi per il raggiungimento dei suddetti obiettivi (6). Per l'Italia tale analisi è favorita dalla disponibilità del sistema formale di monitoraggio alcol SISMA (16) che consente di sorvegliare annualmente le tendenze che il rapporto epidemiologico annuale dell'ONA in ISS produce per l'acquisizione in Relazione annuale al parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001.

I consumatori a rischio, secondo l'indicatore di sintesi ISS, sono stati nel 2020 il 22,9% degli uomini e il 9,4% delle donne di età superiore a 11 anni, ovvero oltre 8.600.000 persone (maschi, 6.000.000; femmine, 2.600.000) che nel 2020 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica. Analizzando i dati secondo le classi di età della popolazione si evidenzia che la fascia di popolazione più a rischio è quella dei ragazzi e delle ragazze di 16 e 17 anni (maschi, 43,8%; femmine, 40,5%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Sono quindi circa 800.000 i minorenni e 2.600.000 gli ultra 65enni da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate: esattamente quei target di popolazione sensibili per i quali il WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. I numeri rilevati, infatti, sono verosimilmente da imputare, almeno in parte, a una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute. È di particolare rilievo il fatto che nelle minorenni non si osserva una differenza significativa rispetto ai loro coetanei maschi. Infatti, la prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni, e la differenza di genere aumenta all'aumentare dell'età. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni, e il consumo di bevande alcoliche tra i giovani è una criticità che impone di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione.

Nel 2020, la prevalenza di *binge drinker* almeno una volta negli ultimi 12 mesi è stata dell'11,4% tra gli uomini e 3,9% tra le donne di età superiore a 11 anni che identifica più di 4 milioni di *binge drinker* di età superiore a 11 anni (Figura 11) prevalentemente di genere maschile in tutte le fasce d'età, fatta eccezione per i minorenni nella quale le ragazze che consumano con modalità *binge drinking* sono maggiori dei coetanei. L'analisi dell'andamento nel tempo in soggetti di età superiore a 11 anni mostra che a partire dal 2014 aumenta in maniera pressoché costante il consumo *binge drinking* con un incremento totale nell'ultimo anno pari al 7,3%, più marcato per il genere femminile.

Dai dati del sistema EMUR (Assistenza Emergenza e urgenza) del Ministero della Salute, mediamente il 10% dei circa 30.000 accessi al pronto soccorso nel corso degli anni più recenti, hanno riguardato minori, soprattutto ragazze, che per una condizione patologica legata all'alcol hanno richiesto un intervento immediato d'urgenza ma, in assenza di protocolli definiti di *case*

management, sono tornati a casa dopo la fase acuta senza alcuna ulteriore successiva valutazione di merito.

Dai dati sui ricoveri ospedalieri del Ministero della Salute, la forte contrazione dei ricoveri, e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia, ha inevitabilmente riguardato i pazienti con AUD già identificati e le problematiche alcol-correlate, principalmente legate alle epatopatie croniche ma anche alle sindromi da dipendenza da alcol e da abuso di alcol.

Dai dati del Ministero della Salute relativi ai servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza si registra un calo progressivo degli alcoldipendenti in carico con una flessione che negli anni 2017-2019 già rendeva evidente la criticità del sistema d'intercettazione di coloro che sono in necessità di trattamento e che anche nel periodo di pandemia non hanno avuto opportunità di presa in carico. In media, oltre il 70% degli alcoldipendenti in carico è in età lavorativa e produttiva così come i consumatori dannosi, in necessità di trattamento e non intercettati dal Servizio Sanitario Nazionale. È evidenza consolidata che i nuovi utenti sono più giovani di quelli già presi in carico e che la bevanda alcolica prevalente di riferimento, sia degli alcoldipendenti che dei consumatori dannosi, sia il vino, seguito dalla birra, dai superalcolici e dagli aperitivi, amari e digestivi. I programmi di trattamento presentano una variabilità regionale del trattamento erogato, con prevalenza del trattamento medico-farmacologico e di *counselling* rivolto all'utente o alla famiglia con poco o assente inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto; e raramente interventi di comunità di carattere residenziale o semiresidenziale. I servizi e le prestazioni erogati in pandemia hanno risentito della chiusura fisica e hanno esposto a una recrudescenza della patologia: gli utenti costretti all'isolamento nelle fasi di *lockdown* con ricadute molto frequenti, l'impossibilità di gestione in presenza di manifestazioni cliniche anche di rilievo.

La lettura delle analisi svolte per l'Italia e lo scenario epidemiologico generato dal SISMA, il Sistema di Monitoraggio Alcol gestito dall'ONA dell'ISS, ha dimostrato che sono necessari nuovi, rilevanti e persistenti investimenti in selezionate aree sensibili di azione rivolta a favorire:

1. risposta dei servizi sanitari, attraverso il potenziamento dell'attuazione degli screening e degli interventi brevi nell'assistenza primaria;
2. azioni e interventi in contesti di vita comune (es. la scuola) e nei luoghi di lavoro. Tali azioni e interventi dovranno affrontare non solo il rischio e il conseguente danno del bevitore, ma anche quello a terzi, attraverso programmi articolati rivolti all'incremento di consapevolezza, evitando modelli privi di efficacia come quello del "bere responsabile" rivolto a minori e giovani. È necessario un cambiamento del comportamento collettivo e della cultura del bere che riduca le conseguenze negative dell'intossicazione da alcol, il contrasto alle *fake news* e ai falsi miti, elementi chiave da considerare per garantire scelte informate dei consumatori;
3. politiche dei prezzi adeguate al contesto sociale, culturale ed economico sembrano essere la misura politica più urgente, ma meno considerata: i Paesi europei hanno ottenuto il punteggio più basso nel monitoraggio di questa area d'azione, e l'Italia tra questi;
4. progressi nell'attuazione delle politiche devono essere supportati da sistemi di controllo e guidati dall'interesse della salute pubblica, proteggendo da interferenze industriali e interessi commerciali. Un forte richiamo alle problematiche inerenti il marketing, la pubblicità e le sponsorizzazioni connota l'ambito in cui appare inderogabile intervenire, come peraltro sancito dall'art. 2 della Legge 125/2001 (19).

Le implicazioni di salute pubblica che l'ONA indica come urgenti sono sintetizzabili come segue.

È necessario e urgente riprogrammare e rinnovare i servizi sanitari, ridefinire i programmi, riorganizzare l'intero sistema di cura che ha mostrato di non essere preparato a gestire l'emergenza della pandemia. Sono da prevedere nuove modalità di erogazione dei servizi in

particolare le consulenze, il *counselling* online, privilegiando la telemedicina e le soluzioni digitali (anche basati sull'uso di smartphone). Questi hanno già dimostrato utilità nella riduzione del consumo di alcol e dei sintomi depressivi e la diminuzione dei costi sanitari pur mantenendo e rafforzando, allo stesso tempo, il legame medico-paziente e l'efficacia della cura. Inoltre, è altresì importante un rinnovato sostegno alle misure *best buys* della WHO (limitazione della disponibilità, misure sulla commercializzazione dell'alcol e aumento della tassazione delle bevande) che da sempre sono rilevate come le più efficaci per contrastare il consumo dannoso di alcol.

È estremamente importante rivolgere l'attenzione ai giovani e al fenomeno del *binge drinking*, che negli ultimi anni caratterizza una delle abitudini più comuni nei fine settimana, ma anche al semplice uso dell'alcol da parte dei minori. Questi devono poter contare su iniziative di sensibilizzazione, svolte esclusivamente da personale sanitario o con mandato educativo distante da qualunque portatore d'interessi commerciali, che non propongano il "bere responsabilmente" a individui la cui capacità critica e la maturità evolutiva non sono quelle che svilupperanno intorno ai 25 anni e, quindi, non in grado di gestire, coordinare, programmare azioni in senso completamente razionale come implicito in un messaggio dimostrato come ambiguo, inefficace e potenzialmente dannoso per la prevenzione tra i giovani. A tal fine è urgente programmare campagne di sensibilizzazione rivolte a escludere il consumo di bevande alcoliche tra i minori di 18 anni (la recente risoluzione del Parlamento Europeo chiede alla Commissione Europea una "strategia alcol zero" per i minori) (74), concentrando l'attenzione su adolescenti e giovanissimi, ma anche sui giovani maggiorenni la cui vulnerabilità cerebrale all'uso di alcol è massima prima dei 25 anni di età. Anche sulle donne e sugli anziani, i target adulti più sensibili al rischio e al danno alcol-correlato, è necessaria un'accurata reimpostazione della comunicazione per la prevenzione, evitando d'indicare il consumo moderato come compatibile con uno stato di buona salute, essendo stato dimostrato che, tanto per il cancro, quanto per le malattie cardiovascolari, non esistono livelli sicuri di consumo di alcol. L'Osservatorio Nazionale Alcol, da anni sollecita la formazione obbligatoria dei medici offrendo e proponendo lo svolgimento della formazione regionale e l'attuazione di corsi avanzati di aggiornamento, formazione professionale e medica continua per l'integrazione dello screening AUDIT nei contesti di assistenza primaria e adeguata gestione del caso. Un'adeguata attenzione dovrebbe essere prestata alla prevenzione dell'inizio del consumo di alcol tra i bambini e gli adolescenti, la prevenzione del consumo di alcol tra le donne in gravidanza e la protezione delle persone dalle pressioni a bere, soprattutto nelle società con alti livelli di consumo di alcol, in cui i forti bevitori sono incoraggiati a bere ancora di più.

Altrettanto importante è l'aggancio in Pronto Soccorso di chi giunge in ospedale con intossicazione acuta e altre acuzie alcol-correlate, promuovendo la diffusione delle collaborazioni tra strutture ospedaliere (Pronto Soccorso e ambulatori) e territoriali (Centri Alcolologici e Servizi per le Dipendenze - Ser.D). Non da meno, è necessario informare e sensibilizzare in contesti diversi – nelle scuole, nei luoghi di lavoro, ove si praticano attività sportive, ecc. – rispetto all'alcol e alle problematiche alcol-correlate, al fine di favorire scelte informate e consapevoli, evitando comunicazioni ambigue alla ricerca di livelli sicuri di consumo che non ci sono. Certamente la collaborazione con associazioni di gestori di locali e pubblici esercizi ove si somministrano e vendono bevande alcoliche potrebbe rappresentare una ulteriore misura di contrasto a condotte dannose alla salute correlate al consumo di bevande alcoliche, con particolare riguardo ai minori. Di fondamentale importanza arrivare a un'azione di prevenzione e a un piano d'azione "alcol zero" per i giovani, come ribadito dalla Risoluzione del 16 febbraio del parlamento europeo, che allontani qualunque ingerenza del settore della produzione (74).

Mancano protocolli di *case management* per garantire una vera tutela al minore disintossicato e rimandato a casa ma non indirizzato ad alcuna competenza specifica di valutazione di merito. È da garantire la costituzione di una rete curante efficiente con aggancio in Pronto Soccorso, per

una problematica correlata all'alcol in fase acuta, e identificazione precoce nei contesti di prevenzione e assistenza primaria (medici di medicina generale, pediatri, dipartimenti di prevenzione) assicurando la fondamentale collaborazione con dipartimenti della stessa struttura ospedaliera e con il territorio (Centri Alcolologici e Ser.D) che necessitano di una formazione specifica IPIB (Identificazione Precoce e Intervento Breve) come quelle promosse dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS su standard WHO.

Sono urgenti e inderogabili linee guida, prassi, procedure, riorganizzazione delle strutture e dei servizi del SSN da rendere omogenei sull'intero territorio nazionale al fine di assicurare un'assistenza centrata sulla persona, dando voce all'esigenza di *empowerment* che è segno di attenzione e sensibilità per la malattia mentale meno trattata al mondo: l'alcolodipendenza. Dai dati rilevati, a oggi, meno di un consumatore dannoso di alcol su 10 in necessità di trattamento è intercettato e avviato ai servizi alcolologici del SSN per un dovuto intervento e trattamento; il restante continua a essere sommerso, non fa ricorso ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione e non riceve alcuna forma di trattamento in grado di arrestare la progressione del danno o di prevenire le complicanze e un'evoluzione verso forme più complesse di dipendenza.

Ancora una volta, è di estrema importanza sostenere programmi per l'identificazione precoce da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dei medici competenti nei luoghi di lavoro e l'invio ai servizi secondo protocolli standardizzati.

È inoltre essenziale potenziare l'intercettazione dei soggetti con AUD alla guida di autoveicoli e definire in modo univoco il ruolo dell'alcolologo nelle Commissioni Medico Legali per violazioni art. 186 e 186bis del CdS e l'invio al Ser.D/Servizio di alcologia, nonché l'incentivazione di percorsi info-educativi – strutturati e rispondenti a criteri basati sull'evidenza – uniformi sul territorio nazionale.

In definitiva, dall'analisi effettuata e tenendo conto delle strategie correnti, la realizzazione di un nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute, dopo quello del 2007, risulterebbe l'elemento di sintesi e l'aggiornamento necessario per progredire verso gli obiettivi che non possono ricomprendere quelli più ampi di salute sostenibile, allo stato attuale non considerati, e colmare i *gap* identificati.

Sebbene il progetto originale di *scoring* delle politiche sull'alcol della WHO si focalizzi sui Paesi della Regione Europea, con un rilievo di natura nazionale, gli indicatori compositi utilizzati si riflettono in maniera indiretta anche sulle realtà delle Regioni italiane, come indicato dalle azioni centrali SISTIMAL, che dovrebbero comunque considerare la portata della valutazione d'implementazione delle politiche ispirate al perseguimento degli obiettivi sull'alcol del Piano Nazionale della Prevenzione, al quale i Piani Regionali di Prevenzione s'ispirano, e avviare una riflessione su ciò che è stato conseguito e su come valorizzare tale risultato anche tenuto conto delle nuove indicazioni che saranno rese esecutive a maggio 2022 dall'Assemblea Mondiale della Sanità attraverso gli obiettivi operativi del Piano d'Azione WHO 2022-2030:

1. Aumentare la copertura della popolazione, l'attuazione e l'applicazione di opzioni politiche ad alto impatto e interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol in tutto il mondo per una migliore salute e benessere, tenendo conto della prospettiva di genere e di un approccio basato sul corso di vita.
2. Rafforzare l'azione multisettoriale attraverso una *governance* efficace, un rafforzato impegno politico, la leadership, il dialogo e il coordinamento dell'azione multisettoriale.
3. Potenziare la capacità di prevenzione e cura dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per AUD e delle associate condizioni di salute come parte integrante della copertura sanitaria e allineata all'Agenda 2030 e ai suoi obiettivi sanitari.
4. Aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni associati al consumo di alcol e del suo impatto sulla salute e il benessere degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle

nazioni, nonché l'efficacia delle diverse opzioni politiche per la riduzione dei consumi e dei relativi danni.

5. Rafforzare i sistemi informativi e la ricerca per il monitoraggio del consumo di alcol, danno correlato all'alcol, i loro determinanti e fattori modificanti e i livelli delle risposte politiche, con la diffusione e l'applicazione di informazioni per l'*advocacy* al fine di informare la politica e sviluppo e valutazione dell'intervento.
6. Aumentare significativamente la mobilitazione delle risorse necessarie per un'adeguata e sostenuta azione per ridurre il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli.

La revisione integrale delle politiche nazionali sull'alcol e di quelle di prevenzione non è procrastinabile, e tutti gli sforzi dovranno esser fatti per garantire che la prevenzione alcol-correlata venga orientata dai principi operativi della strategia mondiale sull'alcol della WHO e da quelli dell'EAAP, che includono importanti principi guida per lo sviluppo e l'attuazione di politiche sull'alcol a tutti i livelli, con nuovi principi guida integrati orientati all'azione operativa (76):

A) Azione multisettoriale

Lo sviluppo, l'attuazione e l'applicazione delle politiche di controllo dell'alcol a tutti i livelli richiedono un'azione multisettoriale concertata, con il coinvolgimento del settore sanitario e di altri settori pertinenti, come il sociale e l'occupazione, le dogane, l'agricoltura, l'istruzione, i trasporti, lo sport, la cultura, la finanza e le forze dell'ordine, se del caso, per affrontare l'uso dannoso di alcol nelle loro attività.

B) Copertura sanitaria universale

Tutti gli individui e le comunità, comprese quelle delle zone rurali, ricevono i servizi sanitari di cui hanno bisogno, senza subire difficoltà finanziarie, per ridurre l'onere sanitario causato dal consumo dannoso di alcol, compreso l'intero spettro dei servizi sanitari essenziali di qualità, dalla promozione della salute alla prevenzione, trattamento, riabilitazione e cure palliative lungo tutto il corso della vita.

C) Approccio life-course

Riconoscere l'importanza e le relazioni intercorrenti delle misure di controllo dell'alcol e delle strategie, degli interventi di prevenzione e del trattamento per prevenire e ridurre danni alcol-correlati in tutte le fasi della vita di una persona e per tutte le generazioni. Ciò spazia dall'eliminazione del marketing, della pubblicità e della vendita di prodotti alcolici ai minori e dalla protezione del nascituro dall'esposizione prenatale all'alcol alla prevenzione e gestione dei danni dovuti all'uso di alcol negli anziani.

D) Tutela da interessi commerciali

Lo sviluppo di politiche pubbliche per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbe essere protetto, in conformità con le leggi nazionali, da interessi commerciali e di altro tipo che possono minare e interferire con gli obiettivi di salute pubblica.

E) Approccio basato sull'equità

Le politiche e gli interventi di salute pubblica per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbero mirare a ridurre le disuguaglianze sanitarie e proteggere le persone in diversi gruppi (al di là delle divisioni sociali, biologiche, economiche, demografiche o geografiche) dai danni alcol-correlati.

F) Approccio ai diritti umani

La protezione dai danni alcol-correlati e l'accesso alla prevenzione e al trattamento dell'AUD nei sistemi sanitari contribuiscono all'adempimento del diritto al più alto livello di salute raggiungibile; le strategie e gli interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol

dovrebbero affrontare ed eliminare le pratiche discriminatorie (sia reali che percepite) e lo stigma per quanto riguarda le misure preventive e i servizi sanitari e sociali per le persone con AUD.

G) *G) Potenziamento delle persone e delle comunità*

Lo sviluppo e l'attuazione di strategie e interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol e proteggere le persone e le comunità dai danni causati dall'alcol dovrebbero fornire opportunità per l'impegno attivo e l'*empowerment* delle persone e delle comunità, comprese le persone con esperienze vissute di danni causati dall'alcol o AUD.

L'iniziativa e la partnership SAFER guidate dalla WHO per promuovere e supportare l'implementazione dei *best buys*, insieme a altre misure raccomandate per il controllo dell'alcol a livello nazionale, può rafforzare l'azione nei paesi attraverso il coordinamento con i partner e gli interlocutori privilegiati del settore della prevenzione che non ricomprenda i portatori d'interessi commerciali. Una politica di controllo efficace richiede un approccio globale, con una chiara leadership da parte del settore della salute pubblica e un coinvolgimento appropriato di altri settori governativi, organizzazioni della società civile, le istituzioni di ricerca e accademiche e un eventuale dialogo per le azioni di competenza, il settore privato.

A tale riguardo la WHO fornisce importanti indicazioni per i *policy maker* riguardo il ruolo degli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcolici, nonché degli operatori in altri settori rilevanti dell'economia, invitandoli a rafforzare il loro impegno e il loro contributo alla riduzione del consumo dannoso di alcol nell'ambito dei loro ruoli principali e ad adottare misure concrete per eliminare il marketing e la pubblicità di prodotti alcolici ai minori e, se del caso, verso lo sviluppo e l'applicazione di misure di autoregolamentazione in materia di marketing e pubblicità in combinazione con l'elaborazione e l'applicazione di norme di legge o nell'ambito di un quadro di coregolamentazione. Gli operatori economici sono invitati a:

- astenersi dal promuovere il consumo di alcolici;
- eliminare e prevenire qualsiasi indicazione positiva sulla salute correlata all'alcol;
- garantire, all'interno di quadri normativi o co-regolamentari, la disponibilità d'informazioni sui consumatori facilmente comprensibili sulle etichette delle bevande alcoliche (compresi composizione, limiti di età, avvertenze sanitarie e controindicazioni per il consumo di alcol).

La WHO individua anche le misure proposte per gli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol sostanziano che gli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol sono invitati a:

- stanziare risorse per l'attuazione di misure che possano contribuire a ridurre il consumo dannoso di alcol nell'ambito dei loro ruoli principali di sviluppatori, produttori, distributori, venditori e venditori di bevande alcoliche;
- astenersi dal finanziare la salute pubblica e le attività politiche e la ricerca per prevenire qualsiasi potenziale pregiudizio nella definizione dell'agenda che emerga dal conflitto di interessi;
- cessare la sponsorizzazione della ricerca scientifica sulle dimensioni della salute pubblica del consumo di alcol e delle politiche sull'alcol e il suo utilizzo a fini di marketing o lobbying.

È necessario, in definitiva, rafforzare il ruolo della società civile nello sviluppo e nell'attuazione delle politiche sull'alcol e il ruolo indipendente delle istituzioni di tutela della salute, le uniche in grado di poter garantire comunicazione istituzionale e *advocacy* strategica adeguata a aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sull'efficacia delle misure politiche incrementando la *health literacy* tra i decisori e il pubblico al fine di aumentare il loro sostegno per l'attuazione accelerata di rinnovate strategie di prevenzione sull'alcol.

Sono necessari sforzi e attività speciali per mobilitare le diverse parti interessate per azioni coordinate per proteggere la salute pubblica e promuovere un ampio impegno politico per ridurre il consumo dannoso di alcol. Come indicato dalla WHO, è necessario sensibilizzare i decisori e il pubblico in generale sui rischi e sui danni associati al consumo di alcol. Un'adeguata attenzione dovrebbe essere prestata alla prevenzione che richiede sforzi speciali, culturalmente appropriati ai contesti e alle condizioni che richiedono innovazione per affrontare i livelli e i modelli di consumo di alcol post-pandemici, i danni correlati all'alcol e i fattori sociali ed economici che influenzano l'impatto del consumo di alcol sulla loro salute e benessere anche, come propone la WHO, attraverso una giornata o una settimana internazionale di sensibilizzazione sui danni causati dall'alcol o un *World no alcohol day* assonante con l'*Alcohol Prevention Day* che l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS propone da ventuno anni e che, anche per il 2022, svolgerà nella ferma determinazione di un'iniziativa che rappresenta il benchmark della prevenzione alcol-correlata, vero ed efficace catalizzatore per la salute per tutti in Italia.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 24.02.2022.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020)*. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf; ultima consultazione 24.02.2022.
3. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(24):1827-39.
4. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Policy brief: tackling harmful alcohol use*. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf> ; ultima consultazione 24.02.2022.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019> ; ultima consultazione 24.02.2022.
6. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 24.02.2022.
7. Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2021;29(6):739-49.
8. Farhoudian A, Ramin Radfar S, Mohaddes Ardabili H, et al. A global survey on changes in the supply, price, and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.646206>
9. European Alcohol Policy Alliance (Eurocare). *Alcohol consumption in times of COVID-19*. Brussels: Eurocare; 2021. Disponibile all'indirizzo: www.eurocare.org/cares.php?sp=alcohol-and-health&ssp=alcohol-consumption-in-times-of-covid-19; ultima consultazione 24.02.2022.
10. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in adult alcohol use and consequences during the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Network Open*. 2020;3(9):e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942
11. ran TD, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HTM, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *J Affect Disord*. 2020; 277:810-3.
12. Drieskens S, Berger N, Vandevijvere S, Gisle L, Braekman E, Charafeddine R, De Ridder K, Demarest S. Short-term impact of the COVID-19 confinement measures on health behaviours and weight gain among adults in Belgium. *Arch Public Health*. 2021;79(22):1-10.
13. Lemoine V, Delibéros M, Champion S, Bessarion C. *Tabac, alcool: quel impact du confinement sur la consommation des Français?* Santé publique France; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais> ; ultima consultazione 24.02.2022.
14. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown*. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo:

- <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-and-covid-19-what-you-need-to-know,-7-april-2020-produced-by-who-europe> ; ultima consultazione 24.02.2022.
15. Associazione dei Birrai e dei Maltatori. *Annual report 2020. La birra ha unito gli Italiani*. Roma: Assobirra; 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.assobirra.it/wp-content/uploads/2021/06/AssoBirra_AnnualReport_2020_giugno2021_DEF.pdf ; ultima consultazione 24.02.2022.
 16. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale* - n. 109, 12 maggio 2017.
 17. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592> ultima consultazione 24.02.2022.
 18. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222> ; ultima consultazione 23.02.2022.
 19. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
 20. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health> ; ultima consultazione 23.02.2022.
 21. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, Palma G e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/7)
 22. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland* (2018). Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf ; ultima consultazione 07.02.2022.
 23. World Health Organization. *Targets of Sustainable Development Goal 3* (2020). Geneva: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/sustainable-development-goals-sdgs/targets-of-sustainable-development-goal-3> ; ultima consultazione 23.02.2022.
 24. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
 25. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
 26. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
 27. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
 28. Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

29. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-422.
30. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
31. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
32. Anderson P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO-Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
33. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf; ultima consultazione 23.02.2022.
34. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 23.02.2022.
35. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 23.02.2022.
36. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Pepparino M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. p. 979-1086.
37. CREA. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58_910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780; ultima consultazione 23.02.2022.
38. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059; ultima consultazione 23.02.2022.
39. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>; ultima consultazione 23.02.2022.
40. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):29-38.
41. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://www.stap.nl/content/bestanden/action-plan-2014_1.pdf; ultima consultazione: 23.02.2022.

42. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d’Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Traduzione e adattamento di “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. In: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf); ultima consultazione 23.02.2022.
43. Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S (Ed.). *Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato*. Traduzione e adattamento di “Handbook for action to reduce alcohol-related harm”. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2017. Disponibile all’indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2017/HANDBOOK%20OMS.pdf> ; ultima consultazione 23.02.2022.
44. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet* 2018;392(10152):987-8.
45. Topiwala A, Ebmeier K.P, Maullin-Sapey T and Nichols T.E. No safe level of alcohol consumption for brain health: observational cohort study of 25,378 UK Biobank participants. *MedRxiv* 2021. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256931>
46. American Psychiatric Association - DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: APA; 2013.
47. Scafato E, Gandin C, Patussi V e il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L’alcol e l’assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l’identificazione e l’intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. Disponibile all’indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
48. Anderson P, Gual A, Colom J. *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005. Disponibile all’indirizzo: http://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg_1.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
49. Hodgson R, Alwyn T, John B, Thom B, Smith A. The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol Alcohol* 2002;37(1):61-6.
50. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.
51. Nilssen O and Hunter C. Screening patients for alcohol problems in primary health care settings. *Alcohol Health & Research World* 1994;18(2)136.
52. Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry* 1972;129(3):342-5.
53. Cherpitel CJ. A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Rapid Alcohol Problems Screen. *J Stud Alcohol* 2000;61(3):447-9.
54. Seppä K, Lepistö J, Sillanaukee P. Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(8):1788-91.
55. Patton R, Hilton C, Crawford MJ, Touquet R. The paddington alcohol test: a short report. *Alcohol and Alcoholism* 2004;39(3):266-68.
56. Babor T, et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed*. Geneva: World Health Organization; 2001.

57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*; Arlington, VA: APA; 2022.
58. 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).
59. Istituto Nazionale di Statistica. *Demografia in cifre. GeoDemo ISTAT*. Roma: ISTAT; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/popres/index.php?anno=2019&lingua=ita>. ultima consultazione 30.03.2020.
60. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician* 2000;61(6):1710-6.
61. Gruppo di Lavoro CSDA Centro Servizi Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità. *Alcol: sei sicura? Le ragazze e l'alcol. Il libretto per conoscere e non rischiare*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/alcol%20sei%20sicura%20e%20ragazze%20e%20l'alcol.pdf> ; ultima consultazione 23.02.2022.
62. Gruppo di Lavoro CSDA Centro Servizi Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità. *Donna e Alcol: Sei sicura. Il libretto per conoscere e non rischiare*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_donna.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
63. Henriksen TB Hjollund NH Jensen TK et al. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 2004;160:661-7.
64. Kesmodel U Wisborg K Olsen SF Henriksen TB Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2002;155:305-12.
65. Albertsen K Andersen AN Olsen J Grønbaek M. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2004;159 155-61.
66. Kesmodel U Olsen SF Secher NJ. Does alcohol increase the risk of preterm delivery? *Epidemiology* 2000;11:512-8.
67. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birth weight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG* 2011;118:1411-21.
68. Yang Q Witkiewicz BB Olney RS, et al. A case-control study of maternal alcohol consumption and intrauterine growth retardation. *Ann Epidemiol* 2001;11:497-503.
69. Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;5(387):978-87.
70. Popova S, Lange S, Shield K, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5:e290-9.
71. Minutillo A, Pichini S, Berretta P. *Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici e della sindrome feto alcolica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISTISAN 21/25).
72. Scafato E. *Audizioni su impatto alcol e dipendenza sul SSN. Affare assegnato sul potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (n. 569)*, Roma: Senato della Repubblica. Ufficio di presidenza; seduta n.172. del 9 Febbraio 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/265/901/SCAFATO_4.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
73. Matone A, Ghirini S, Gandin C e Scafato E Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2022 (in stampa)

74. Parlamento europeo. *Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su rafforzare l'europa nella lotta contro il cancro – verso una strategia globale e coordinata (2020/2267 INI)*. Parlamento europeo; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/ta-9-2022-0038_it.html ; ultima consultazione 23.02.2022.
75. United Nations General Assembly. *Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Seventy-third session of the United Nations General Assembly; from 24 September to 3 December 2018. New York: United Nations; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2; ultima consultazione 23.02.2022.
76. World Health Organization. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf; ultima consultazione 23.02.2022.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di gennaio 2022*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, marzo 2022