Rapporti ISTISAN

10/5

Epidemiologia e sanità pubblica

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia.

Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010

ISSN 1123-3117

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

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010

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

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS)

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN
10/5

Istituto Superiore di Sanità
Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010.
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Alessandra Rossi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol).
2010, viii, 50 p. Rapporti ISTISAN 10/5

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

Parole chiave: Alcol, Monitoraggio, Epidemiologia, Piano Nazionale Alcol e Salute

Istituto Superiore di Sanità
Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy. Evaluation of the National Observatory on Alcohol-CNESPS on the impact of the use and abuse of alcohol in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2010.
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Alessandra Rossi and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol).
2010, viii, 50 p. Rapporti ISTISAN 10/5 (in Italian)

Alcohol consumption is one among the main risk factors for health, one of the major causes of liver cirrhosis, and the third leading cause of premature death in Europe, in addition to being the cause of a list of approximately 60 illnesses and pathological conditions, including cancer. The National Observatory on Alcohol (ONA) of the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion is the formal national, European and international focal point of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention, training on alcohol and alcohol-related problems. Since 2005, the ONA has been charged for the exploitation of the campaigns of the Ministry of Health promoted by mean the 125/2001 frame law on alcohol; by mean formal agreements the Observatory on Alcohol at the ISS devotes its activities to the setting and realization of the prevention activities in the settings delineated by the art. 3 of the 125/2001 Law specifically youth meeting places, schools, military barracks. The ONA is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the First Minister Office, the European Commission, the World Health Organization.

Key words: Alcohol, Monitoring, Epidemiology, National Alcohol and Health Plan

Per informazioni su questo documento scrivere a: alcol@iss.it.

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

Citare questo documento come segue:
Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/5).

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

Redazione*: Paola De Castro, Sara Modigliani* e *Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© *Istituto Superiore di Sanità 2010*

INDICE

Premessa v

Consumi di bevande alcoliche e modelli di consumo 1
Trend italiano dei consumi medi pro capite 1
I costi dell'alcol 2

Confronto con gli altri paesi europei 3
Indagine ESPAD 2007 3
Indagine ESPAD-ITALIA 2006 5

Consumi nella popolazione generale 7
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica) 7
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici 8
Relazioni tra consumo di bevande alcoliche e alcuni parametri socio-demografici su dati Multiscopo 2008 9

Comportamenti a rischio 12
Consumatori mediterranei 12
Consumatori fuori pasto 13
Consumatori *binge drinkers* 14
Consumatori a rischio (criterio ISS) 15
Il contributo delle diverse bevande alcoliche al consumo complessivo e alle eccedenze 17

Caratteristiche dei *binge drinkers* 20
Quantificazione dei *binge drinkers* 20
Relazioni tra *binge drinkers* e alcuni parametri socio-demografici su dati Multiscopo 2008 20

Incidenti stradali 24
Dati del rapporto ACI-ISTAT 24
Dati dello studio PASSI 25

Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni 26
Italia nord-occidentale 26
Italia nord-orientale 26
Italia centrale 26
Italia meridionale 27
Italia insulare 27

Consumo tra i giovani 29
Consumatori al di sotto dell'età legale (11-15 anni) 29
Consumatori di 16-20 anni 30
Consumatori di 21-24 anni 30
Il progetto "Il Pilota" 30

Consumo tra gli anziani 33
Prevalenza dei consumatori ultra 64enni 33
Il progetto ILSA 34

Mortalità e morbilità alcol-correlate 37

Associazioni di volontariato 40
Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento AICAT 40

Conclusioni e implicazioni di salute pubblica 42

Bibliografia 46

Bibliografia nazionale di approfondimento 48

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

- WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems
- Società Italiana di Alcologia (SIA)
- Centro Alcologico Regionale della Toscana, Regione Toscana
- Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (AICAT)
- Eurocare Italia

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele Scafato (coordinatore)
Claudia Gandin
Silvia Ghirini
Valentino Patussi
Tiziana Codenotti
Gino Farchi
Lucia Galluzzo
Lucilla Di Pasquale
Sonia Martire
Riccardo Scipione
Ilaria Londi
Alessandra Rossi
Nicola Parisi
Rosaria Russo
Monica Di Rosa
Silvia Bruni
Antonietta Scafato
Elena Vanni
Pierfrancesco Barbariol
Claudia Meduri

PREMESSA

L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/cc-oms-alcol.asp), è da dieci anni il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'ONA è stato investito sin dal 2005 dal Ministero della Salute della responsabilità di realizzazione e disseminazione delle iniziative di comunicazione e sensibilizzazione su tematiche alcol-correlate, promosse ai sensi della Legge 125/2001, e, tramite vari accordi di collaborazione, ha ricevuto il mandato esclusivo di identificare e realizzare le campagne sull'alcol da attuare negli ambiti di aggregazione giovanile, nelle scuole, negli istituti di pena, nelle caserme e in tutti i luoghi stabiliti dall'art. 3 della L. 125/2001.

L'Osservatorio svolge dal 2001, insieme al *WHO - Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems* (WHO CC), su nomina del Ministero della Salute, il ruolo *focal point* di raccordo nazionale, internazionale ed europeo, riguardo alle tematiche alcol-correlate, epidemiologiche e di salute pubblica.

Al fine di contribuire a ridurre il carico di malattia, di disabilità e di mortalità evitabile derivante dall'uso inadeguato e dall'abuso di alcol, il piano di lavoro formale dell'ONA prevede lo svolgimento di attività di:

1) comunicazione, informazione e sensibilizzazione
2) formazione
3) prevenzione
4) promozione della salute.

Tutte le attività svolte hanno ricevuto certificazione internazionale dal *WHO Regional Screening Committee*, dal *WHO Global Screening Committee* dell'*Head Quarter* di Ginevra, dal Ministero della Salute e dalla Direzione Generale dell'Ufficio Europeo di Copenaghen e garantiscono non solo attività rilevanti a livello nazionale, ma anche un qualificato e stretto collegamento con le iniziative che in parallelo si sono sviluppate a livello europeo e internazionale.

Le competenze proprie dell'ONA coincidono con quelle contemplate dal piano di lavoro del WHO CC e sono state rafforzate negli anni dalle attribuzioni formali governative.

Dal 2007 l'ONA è stato designato dal Ministero della Salute quale rappresentante unico governativo italiano nello:

- *Standing Committee on Alcohol Policies and Action* - CE, Dir.Gen. V. Lussemburgo (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/committee_mandate_en.pdf);
- *European Alcohol and Health Forum* – CE (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/alcohol_forum_en.htm);
- *Working Group Alcohol and Health* - CE.

Nel corso del 2009 l'ONA ha garantito la partecipazione governativa alle consultazioni, al *drafting* dei documenti, al monitoraggio periodico alcol-correlato e alla definizione delle strategie europee nel corso degli incontri formali organizzati dalla DGSANCO:

- 4th Meeting of the *Committee on National Alcol Policy and Action* - Lussemburgo 17-18 febbraio 2009; report disponibile alla pagina web: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20090217_mi_en.pdf;

- Expert Conference on Alcohol and Health - Stoccolma, 21-22 settembre 2009 (http://www.se2009.eu/en/meetings_news/2009/9/21/expert_conference_on_alcohol_and_health).

Di rilievo la predisposizione del contributo nazionale al *Report on alcohol consumption among elderly European Union citizens* (http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.22084!menu/standard/file/Alcohol_Elderly_eng_webb_091104.pdf) che è stato presentato nel corso della conferenza europea nel periodo di Presidenza svedese insieme alla presentazione del progetto europeo VINTAGE, finanziato all'ISS su alcol e invecchiamento, e di cui l'ONA è leader europeo.

Altro ruolo formale e governativo svolto dall'ONA nel corso del 2009 è stato il contributo nazionale al report annuale "*Overviews of Member States policies aimed at reducing alcohol-related harm*" previsto dal *Directorate General for Health and Consumer Affairs* (DGSANCO) per l'implementazione della strategia comunitaria sull'alcol (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/overviewms_alcohol_en.htm).

Le attività svolte dall'ONA sono state acquisite a livello europeo come riportato sul sito della Commissione Europea alla pagina: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/italy_en.pdf.

La Commissione Europea e il *Committee on Alcohol Policies* della DGSANCO hanno acquisito e pubblicato il report richiesto e formalmente prodotto dall'ONA sullo stato di avanzamento delle politiche alcol-correlate e sull'epidemiologia dell'alcol in Italia alla pagina: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20071105_co01_en.pdf.

Facendo seguito a quanto approvato nel 2006 dal Comitato Scientifico permanente del Centro Controllo Malattie (CCM)-Ministero della Salute e a quanto previsto dal piano programmatico delle attività previste per il triennio 2006-2009, l'ONA ha formalmente svolto il ruolo di assistenza tecnica attribuitogli dal CCM per favorire la realizzazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS).

Nel 2009 sono state completate le attività relative alla produzione di analisi dedicate e di report annuali, concordate con uno specifico accordo basato sul Progetto "Raccolta e analisi centralizzata di flussi informativi e dati relativi all'impatto dell'uso e abuso di alcol sulla salute in Italia, in supporto all'implementazione delle attività del Piano nazionale Alcol e Salute", finalizzato alla produzione dei dati da pubblicare nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento in ottemperanza alla L. 125/2001 (relazione 2006-2007: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_926_allegato.pdf; relazione 2008-2009: http://www.salute.gov.it/pubblicazioni/ppRisultatiRP.jsp).

Relativamente agli anni 2006-2007, il contributo integrale dell'ISS alla relazione del Ministro della Salute è stato altresì pubblicato nel 2009 dall'ISS: Rapporto ISTISAN 09/04 - "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute" (http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2266&lang=1&tipo=5&anno=2009).

Nel corso del 2009 l'ONA ha ricevuto formale incarico a fornire *expertise*, competenze e contributi alle attività di numerosi gruppi di esperti, commissioni tecnico-scientifiche e gruppi ufficiali di lavoro tra cui:

a) Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze, istituita dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPR 309/90).
b) Gruppo Tecnico Interregionale Alcol, per la valutazione della fattibilità di un Piano Nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute.
c) Comitato Tecnico Congiunto per il coordinamento delle attività svolte nell'ambito della campagna prevenzione alcol, per la valutazione delle iniziative di prevenzione e

comunicazione presentate dalle Regioni e Provincie Autonome da attuare nei loro territori.

Tra le attività svolte nell'ambito della Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze, si evidenzia la partecipazione alla "V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga" (http://www.conferenzadroga.it/home.aspx) Trieste, 12-14 marzo 2009 (contributo alla pagina: http://www.conferenzadroga.it/media/68549/scafato.pdf).

Le conclusioni della Conferenza sono state riportate nel documento "Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori" pubblicato alla pagina: http://www.conferenzadroga.it/media/75836/agenda%20post%20conferenza%20def.pdf.

Le presentazioni dell'ONA nelle sessioni di lavoro sono state anche oggetto di valutazione indipendente ottenendo i più favorevoli apprezzamenti i cui esiti sono riportati e consultabili attraverso la pubblicazione "La valutazione delle sessioni tematiche della Conferenza di Trieste" (http://www.conferenzadroga.it/media/75216/valutazione%20conferenza%20di%20trieste.pdf).

Nel corso del 2009 sono state svolte, secondo le attribuzioni formali conseguenti a nomine istituzionali, attività relative allo sviluppo di iniziative e protocolli di studio rivolti a:

a) attività epidemiologiche, di prevenzione e monitoraggio per indicatori a livello nazionale, regionale, europeo e internazionale (*WHO Alcohol Control Database*, *WHO Global Alcohol Survey and status report and ECHIM, European Community Health Indicators for Monitoring*);
b) campagne di informazione/sensibilizzazione (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, WHO, Commissione EU, DGSANCO) disseminate attraverso il sito di consultazione e aggiornamento www.epicentro.iss.it/alcol;
c) identificazione di strategie di diagnosi precoce e di intervento breve per la riduzione del rischio e del danno alcol-correlato in collaborazione e nell'ambito dell'*International Network on Brief Intervention for Alcohol Problems* (INEBRIA, www.inebria.net), di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol è membro;
d) formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcol-correlate e relativo alla integrazione nelle attività professionali quotidiane delle procedure di identificazione e di intervento specifiche (PRISMA, PHEPA, IPIB ecc.) attraverso la realizzazione di numerosi corsi nazionali di formazione ECM "Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico", sospesi nel corso del 2008 per mancanza di fondi e di cui sono stati programmati ulteriori due corsi da tenersi nel 2010 pur privati di qualunque disponibilità finanziaria in passato fornita dal Ministero della Salute;
e) produzione dei dati per i rapporti nazionali nell'ambito del *Global Survey on Alcohol* del WHO di Ginevra per il quale il WHO CC dell'ISS ha collaborato nella fase pilota di sperimentazione e di validazione internazionale.

Le competenze e il ruolo dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS sono stati riconosciuti e richiesti a livello nazionale, europeo e internazionale attraverso la collaborazione e attuazione di rilevanti progetti di ricerca finanziati nazionali ed europei:

1. progetto CCM Centro Controllo Malattie "Raccolta e analisi centralizzata di flussi informativi e dati per il monitoraggio dell'impatto dell'uso e abuso di alcol sulla salute in Italia, in supporto alla implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute" (15/02/2007-14/07/2009);
2. accordo di collaborazione ISS - Ministero della Salute "Iniziative di prevenzione e comunicazione sul consumo/abuso di alcol - I" (20/03/2007-19/09/2009);
3. accordo di collaborazione ISS - Ministero della Salute "Iniziative di prevenzione e comunicazione sul consumo/abuso di alcol - II", (20/03/2007-19/09/2009);

4. Comunità Europea. 7th *Framework Programme "AMPHORA – Alcohol Measures for Public Health Research Alliance"* (01/01/2009-31/12/2012) (http://www.amphoraproject.net/);
5. Comunità Europea. *Second Programme of Community Action in the field of Health "VINTAGE – Good health into older age"* (01/03/2009-31/08/2010), progetto multidisciplinare in ambito di alcol e invecchiamento nel quale l'ISS riveste il ruolo di main partner (http://www.epicentro.iss.it/vintage/).

Infine l'Osservatorio Nazionale Alcol e il WHO CC hanno:

- collaborato alle attività della Consulta Nazionale Alcol contribuendo alla formulazione dei pareri e delle proposte che la Consulta inoltra ai Ministri competenti (art.4 - L. 125/2001); un attivo contributo predisposto dall'Osservatorio è stato inserito nella Relazione al Parlamento (http://www.iss.it/binary/pres/cont/RELAZIONE%20PARLAMENTO%20ALCOL%202008.1233588317.pdf) in merito alla parte internazionale e alla sintesi delle attività della Consulta Nazionale Alcol;
- curato l'elaborazione e la pubblicazione sul sito WEB delle pagine dedicate ad aggiornamenti periodici sui dati epidemiologici e sui risultati dei progetti attuati dall'ISS (www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp e www.epicentro.iss.it/alcol);
- fornito consulenza tecnico-scientifica al Ministero della Salute, alle Regioni, alle Aziende Sanitarie Locali con cui ha collaborano per la realizzazione di campagne e di iniziative di promozione della salute;
- disseminato i risultati conseguiti in occasione dell'annuale convegno internazionale *Alcohol Prevention Day* (APD), che si è svolto a Roma, presso l'ISS il 23 aprile 2009 (http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd09.asp). L'APD 2009 ha focalizzato l'attenzione sulle problematiche emergenti connesse al crescente uso dannoso e rischioso di bevande alcoliche nella popolazione italiana, come l'incremento dei livelli di morbilità, disabilità e mortalità associate all'uso di alcol. Durante il convegno sono stati esaminati diversi aspetti di particolare attualità dei rischi alcol-correlati:
  - a) l'abuso da parte di giovani e giovanissimi, il consumo non moderato quotidiano di alcol (anche negli anziani);
  - b) l'aumento del consumo tra le ragazze e le donne;
  - c) i rischi legati al consumo di alcol in gravidanza e durante l'orario di lavoro;
  - d) la disponibilità di bevande alcoliche e l'influenza sulle scelte di consumo dei giovani del marketing e dei messaggi veicolati dai media.

Il programma in dettaglio e tutti gli interventi sono riportati alla pagina: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd09Presentazioni.asp.

I materiali divulgativi distribuiti, base delle iniziative di comunicazione del Ministero della Salute ai sensi della Legge 125/2001 sono resi disponibili e di libero dominio alle seguenti pagine:

- http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali.asp
- http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/libretti.asp
- http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/opuscoli.asp
- http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pieghevoli.asp
- http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/poster.asp

Emanuele Scafato

Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti
Direttore del WHO CC Research on Alcohol
Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS
Presidente della Società Italiana di Alcologia

CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E MODELLI DI CONSUMO

Trend italiano dei consumi medi pro capite

I più importanti organismi di tutela della salute di ambito nazionale e internazionale, sulla base di evidenze scientifiche ed epidemiologiche ormai consolidate, considerano il consumo di bevande alcoliche un importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica, lavorativa, violenze e omicidi. In Europa l'alcol è responsabile di 195.000 morti l'anno ed è la terza causa di mortalità prematura (preceduto dall'ipertensione e dal consumo di tabacco), oltre ad essere causa di circa 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro.

Sebbene alcuni studi abbiano rilevato un'associazione tra il consumo giornaliero di basse quantità di alcol e una riduzione dell'incidenza di patologie cardiocircolatorie e del diabete (1, 2), tali effetti protettivi sono controversi e oggetto di discussione (3), ma in ogni caso gli effetti dannosi del consumo di bevande alcoliche su altre malattie e condizioni patologiche (4), incluso il cancro (5) hanno un peso maggiore. In sintesi, gli effetti "netti" dell'alcol portano ad un carico di mortalità prematura, disabilità e malattie croniche evitabili a fronte di una maggiore responsabilità da parte di chi beve, di chi è deputato a tutelare la salute di chi beve e, come afferma la *World Health Organization* (WHO), da parte di chi propone le bevande alcoliche per il consumo. Il dato italiano del 2003 sul consumo medio pro capite (10,45 litri pro capite l'anno) dello *European Health For All database* (WHO-HFA) risulta decisamente al di sopra di quello che il WHO raccomanda di raggiungere per il 2015 (6 litri pro capite l'anno per la popolazione ultra 15enne).

Nel corso degli ultimi 30 anni il consumo di alcol puro pro capite (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche) è diminuito, sebbene negli ultimi anni sia stata evidenziata un'inversione di tendenza con un incremento nei consumi pro capite di alcol puro. Tale diminuzione sembrerebbe legata principalmente al calo dei consumi di vino, mentre i consumi di superalcolici e birra si mantengono rispettivamente costanti e in lieve aumento (Figura 1).

.

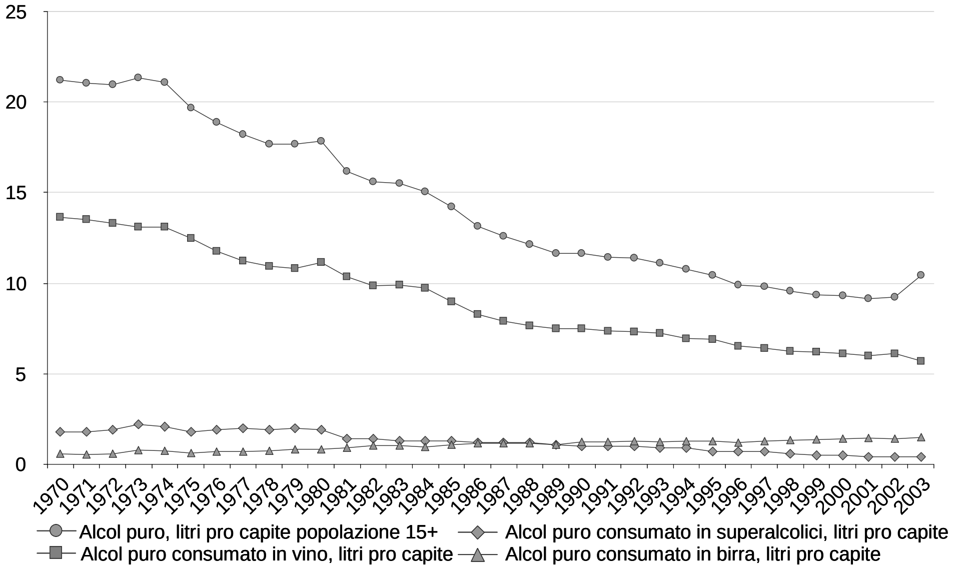

Figura 1. Alcol puro consumato e per tipologia di bevanda, litri pro capite (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol* su dati WHO-HFA *database*)

I costi dell’alcol

Nel 2002, il WHO ha stimato che l’alcol è la causa di 1.8 milioni di morti nel mondo (circa il 3,2% del totale) e di una perdita di 58.3 milioni di *Disability-Adjusted Life Years* (DALY). Queste proporzioni sono più elevate tra i maschi (5,6% morti e 6,5% di DALYs) che tra le femmine (0,6% dei morti e 1,3% DALYs) (6).

Il bere a rischio è stimato pari al 15% dei consumatori in Europa e il *binge drinking*, il bere per ubriacarsi, è giunto a caratterizzarsi anche in Italia come fenomeno rapidamente diffuso a fasce sempre più ampie di popolazione e non più relegato alle fasce giovanili. Le persone attualmente considerate a rischio in Europa sono 55 milioni (5), sono almeno 23 milioni gli alcoldipendenti, e 195.000 sono gli individui che ogni anno muoiono in Europa a causa dell’alcol. In termini economici, i costi tangibili dell’alcol in Europa sono stati stimati in 125 miliardi di euro l’anno (l’1,3% del Prodotto Interno Lordo-PIL europeo) cui vanno aggiunti circa 270 miliardi di euro relativi ai costi intangibili (Figura 2). Il consumo di alcol non solo produce danni al bevitore stesso, ma anche alle famiglie e al contesto sociale allargato in cui i consumatori vivono. È stato stimato che in Europa 5-9 milioni di bambini vivono in famiglie con problemi di alcol. La stima per l’Italia è quella fornita dal WHO che indica nel 2-5% del PIL i costi dell’alcol (in media il 3,5% per anno).

L’alcol infine è universalmente indicato come una sostanza strettamente correlata a comportamenti violenti (1 omicidio su 4 e 1 suicidio su 6 è alcolcorrelato), abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada. L’alcol rappresenta oggi per molti giovani la “*gateway drug*”, la droga ponte che facilita e favorisce il consumo di droghe illegali di sempre maggior riscontro nei contesti ricreazionali e di aggregazione.

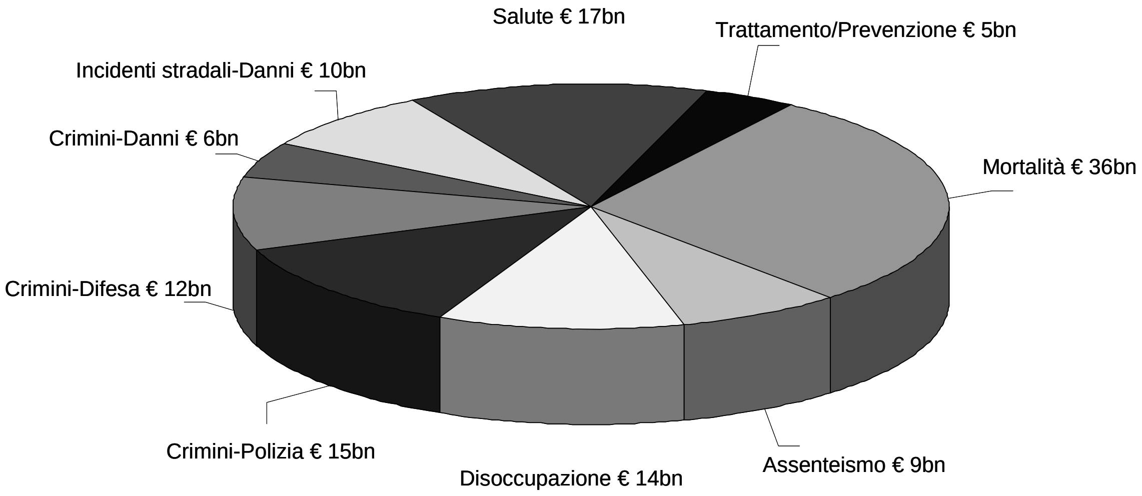

Figura 2. I costi tangibili dell’alcol nell’Unione Europea. Anno 2003
(Fonte: Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective - Report to the European Commission*. London: Institute of alcohol Studies; 2006)

CONFRONTO CON GLI ALTRI PAESI EUROPEI

Indagine ESPAD 2007

Il rapporto dello *European School survey Project on Alcohol and other Drugs* 2007 (ESPAD) (7), pubblicato a Febbraio 2009, analizza i dati di un campione di circa 100.000 studenti di 15-16 anni (nello specifico ragazzi nati nel 1991) selezionato nei 35 paesi che hanno partecipato all'indagine in Europa (Armenia, Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Isole Faroe, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Isola di Man, Italia, Lettonia, Lituania, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Federazione Russa, Slovacchia, Slovenia, Svezia, Svizzera, Ucraina e Regno Unito). Nell'anno 2007, la percezione della difficoltà con cui i ragazzi dichiarano di procurarsi le diverse bevande alcoliche varia a seconda del tipo di bevanda consumata (Figura 3). Quattro ragazzi italiani su cinque hanno dichiarato che è "abbastanza facile" o "molto facile" reperire birra (variabilità europea 50%-95%) e questi valori sono leggermente al di sopra della media dei paesi che hanno partecipato all'indagine. Il vino è procurato "abbastanza facile" o "molto facile" dal 77% dei maschi e il 74% delle femmine; tali percentuali risultano superiori ai valori medi europei per entrambe i sessi e vicine ai valori massimi registrati in Danimarca tra i ragazzi (86%) e in Slovacchia tra le ragazze (85%).

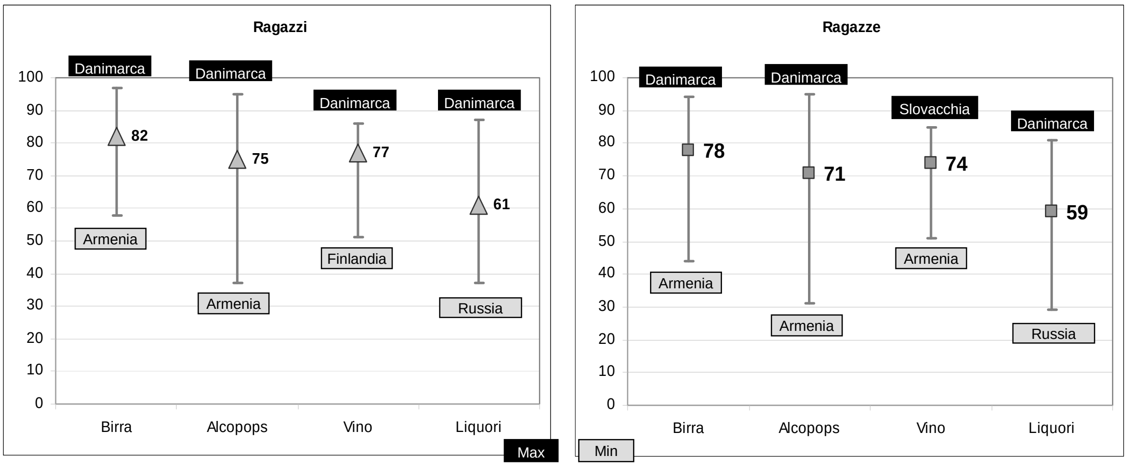

Figura 3. Disponibilità percepita delle varie bevande alcoliche per genere. Percentuale di coloro che hanno risposto "abbastanza facile" o "molto facile" da procurare. Anno 2007 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati Report ESPAD, 2009)

Il 90% del campione di popolazione giovanile italiana esaminato (di 17-18 anni) (Tabella 1) ha consumato alcol almeno una volta nel corso della vita; in Europa le percentuali variano dal 66% (Islanda) al 97% (Lettonia, Isola di Man e Repubblica Ceca). In Italia, quasi 1 adolescente su 4 dichiara di aver consumato alcol oltre 40 volte nel corso della sua vita (range europeo 9%-52%). Circa l'81% degli studenti che hanno consumato alcol nella loro vita lo ha fatto nell'ultimo anno. Evidenti differenze di genere emergono se si considera la frequenza con cui si sono assunte bevande alcoliche. In media, nel nostro paese, il 12% dei ragazzi e il 5% delle ragazze che hanno consumato bevande alcoliche nel corso dell'ultimo anno lo hanno fatto oltre 40 volte e questa differenza di genere si registra anche negli altri paesi intervistati.

Tabella 1. Abitudini di consumo dei giovani italiani di 17-18 anni dell'indagine ESPAD 2007

Abitudini di consumo	n. di volte	Genere					
		Maschi		Femmine		Totale	
		% Italia	Range EU*	% Italia	Range EU*	% Italia	Range EU*
Consumo di bevande alcoliche							
Nella vita	astemi	9	3-35	12	2-32	10	3-34
	>0	91	65-97	88	68-98	90	66-97
	da 1 a 9	30	13-45	42	17-50	35	15-47
	da 10 a 37	31	15-38	30	15-45	31	17-42
	oltre 40	30	10-58	16	0-48	23	9-52
Negli ultimi 12 mesi	astemi	16	4-48	21	5-42	19	6-44
	>0	84	52-96	79	58-95	81	56-94
	da 1 a 9	44	27-54	50	31-63	48	29-57
	da 10 a 37	28	11-37	23	7-42	25	11-39
	oltre 40	12	3-36	5	0-22	8	2-30
Consumo negli ultimi 30 giorni							
Per frequenza	astemi	31	18-72	42	20-73	37	20-69
	>0	69	28-82	58	27-80	63	31-80
	da 1 a 9	51	26-65	49	27-70	50	30-68
	da 10 a 37	15	1-26	8	1-22	11	1-25
	oltre 40	3	0-8	1	0-2	2	0-5
Per tipologia di bevanda	birra	61	31-77	46	17-63	53	30-70
	alcopops	52	5-60	46	4-63	49	5-59
	vino	50	10-66	34	10-61	42	11-63
	liquori	46	22-65	40	9-65	43	16-64
Ubriacature							
Nella vita	astemi	61	18-75	63	24-91	62	21-85
	>0	39	25-82	37	9-76	38	15-79
	da 1 a 9	31	23-58	33	9-55	32	15-55
	da 10 a 37	6	2-21	3	0-21	5	0-21
	oltre 40	1	0-12	1	0-7	1	0-9
Per tipologia di bevanda in studenti con meno di 13 anni	birra	50	24-74	38	20-69	44	22-71
	alcopops	36	5-60	27	3-58	31	4-59
	vino	47	16-61	36	10-61	41	13-59
	liquori	23	10-39	16	7-33	20	9-34
	been drunk	10	6-36	6	1-29	7	5-30
Binge drinking							
Negli ultimi 30 giorni	*No binge drinkers*	55	*37-80*	68	39-78	62	39-78
	binge drinkers	45	20-63	32	22-61	38	22-61
	da 1 a 5	37	17-54	29	21-50	36	21-57
	oltre 6	8	4-18	3	0-18	5	2-16

* Paesi Europei che hanno partecipato all'indagine: Armenia, Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Isole Faroe, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Isola di Man, Italia, Lettonia, Lituania, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Federazione Russa, Slovacchia, Slovenia, Svezia, Svizzera, Ucraina e Regno Unito.

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol* su dati ESPAD2009.

Nel corso dei 30 giorni precedenti all'intervista il 63% dei giovani italiani ha consumato almeno una bevanda alcolica. I valori europei più bassi sono stati registrati in Armenia e in

Islanda, mentre i valori più elevati sono stati registrati in Austria, nella Repubblica Ceca, in Danimarca, nell'Isola di Man e in Germania. Come osservato nel caso dei consumi annuali le percentuali tra i ragazzi sono più elevate che tra le ragazze (in Italia M=69%; F=58%).

Riguardo alla frequenza di consumo delle differenti bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti l'intervista, in Italia la massima prevalenza si è registrata per i consumatori di birra di sesso maschile (61%) seguita da quelli di *alcopops* (52%) e di vino (50%), mentre tra le ragazze il più elevato numero di consumatrici si è registrato per birra e *alcopops* (46%). La stessa differenza di genere si registra anche negli altri paesi europei dove in media la birra è più consumata dai ragazzi (birra=37%; *alcopops*=40%) mentre gli *alcopops* sono più frequenti tra le ragazze (birra=37%; *alcopops*=33%).

Il 38% dei giovani ha dichiarato in Italia di essersi ubriacato nel corso della vita, a fronte di una media del 50% negli altri paesi. Il 32% lo ha fatto da 1 a 9 volte senza evidenti differenze di genere. Il valore più elevato tra tutti i paesi si registra in Danimarca (79%) e il più basso in Armenia (15%).

In Italia, il 44% dei giovani dichiara di aver consumato il primo bicchiere di birra prima dei 13 anni, il 41% il primo bicchiere di vino, il 31% il primo bicchiere di *alcopops* e il 20% il primo bicchiere di liquori. Il 7% dei giovani, in prevalenza maschi, ha dichiarato di essersi ubriacato prima dei 13 anni, età in cui il consumo di alcol è peraltro assolutamente controindicato.

Indagine ESPAD-ITALIA 2006

Dai dati ESPAD-Italia relativi all'anno 2006 (8) elaborati dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche emerge che gli studenti che hanno dichiarato di aver consumato alcol nel corso della vita sono il 92,5% dei maschi e l'89,9% delle femmine. Quelli che invece si sono ubriacati sono stati il 59,4% dei maschi e il 53,7% delle femmine (Figura 4).

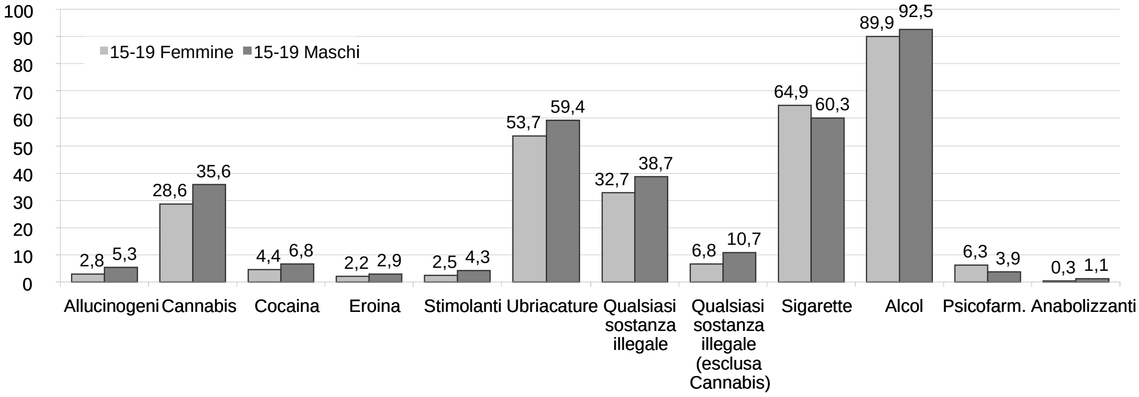

Figura 4. Prevalenza d'uso nella vita di: alcol, sigarette, ubriacature, qualsiasi sostanza illegale, qualsiasi sostanza illegale esclusa la cannabis, cannabis, cocaina, eroina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci e anabolizzanti in giovani d'età compresa tra i 15 e i 19 anni per genere. Anno 2006 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ESPAD-ITALIA 2006)

A livello regionale, le percentuali di ragazzi che si sono ubriacati nel corso della vita (59,4%) sono superiori alla media Italiana in Lombardia, Veneto, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Molise, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige. Le percentuali di ragazze che si sono ubriacate nel corso della loro vita (53,7%) sono superiori alla media Italiana in Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Liguria.

Le regioni con i valori più bassi sono per entrambe i generi Campania, Sicilia e Puglia (Figura 5).

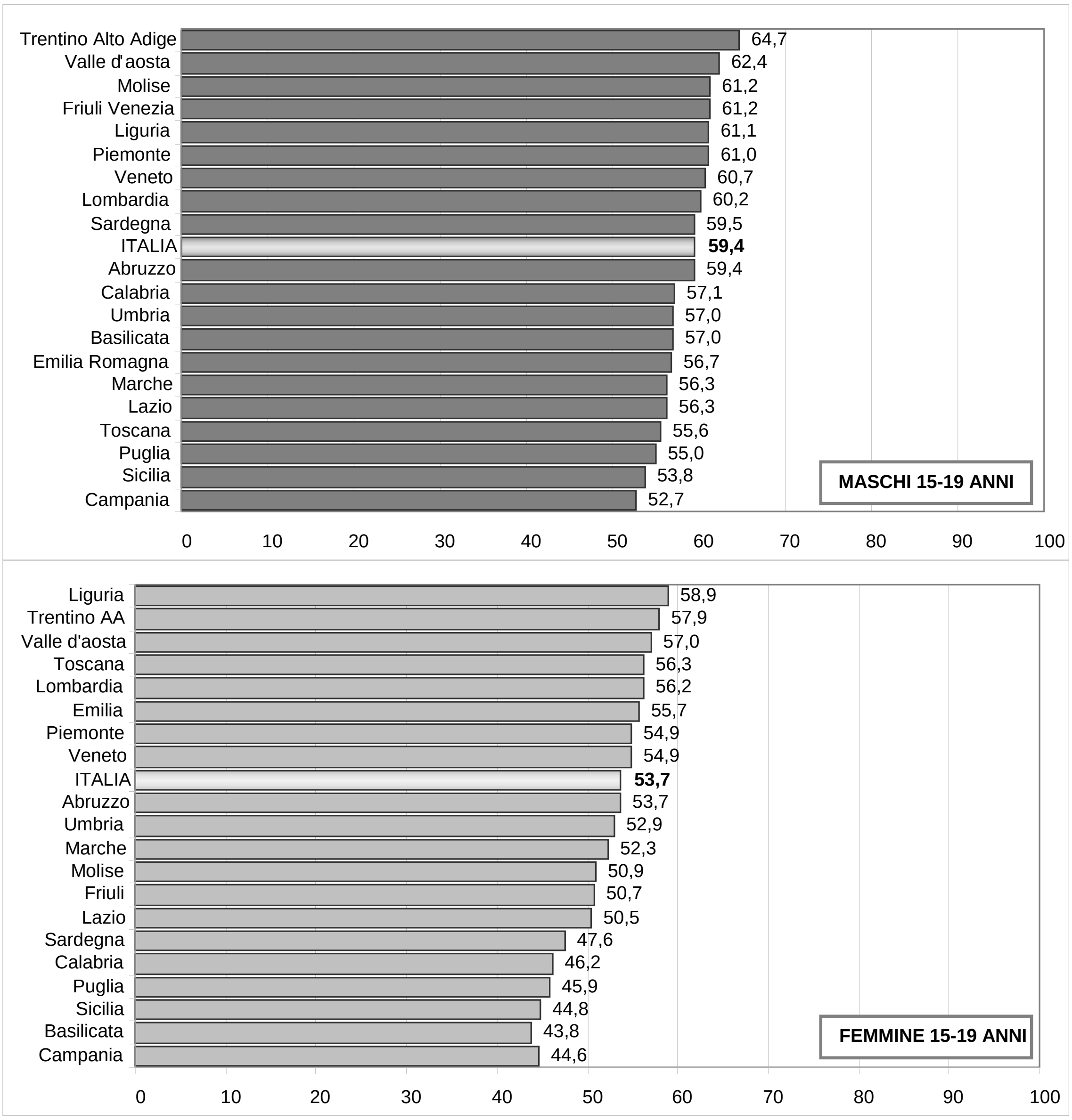

Figura 5. Prevalenza di ubriacature (%) nella vita dei giovani con età compresa tra i 15 e i 19 anni per genere e regione di appartenenza. Anno 2006
(Fonte: ESPAD-ITALIA 2006)

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)

L'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS (ISS), per il monitoraggio periodico alcol-correlato, ha elaborato e analizzato i dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana (9) del 2009, ad integrazione delle informazioni fornite dal report "Uso e abuso di alcol 2009" (10), in una visione e prospettiva più affine alla tutela della salute pubblica. Il 68,0% degli individui di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2008 con una marcata differenza di genere; tale percentuale sale infatti all'80,5% tra gli uomini e scende a 56,3% tra le donne (Figura 6).

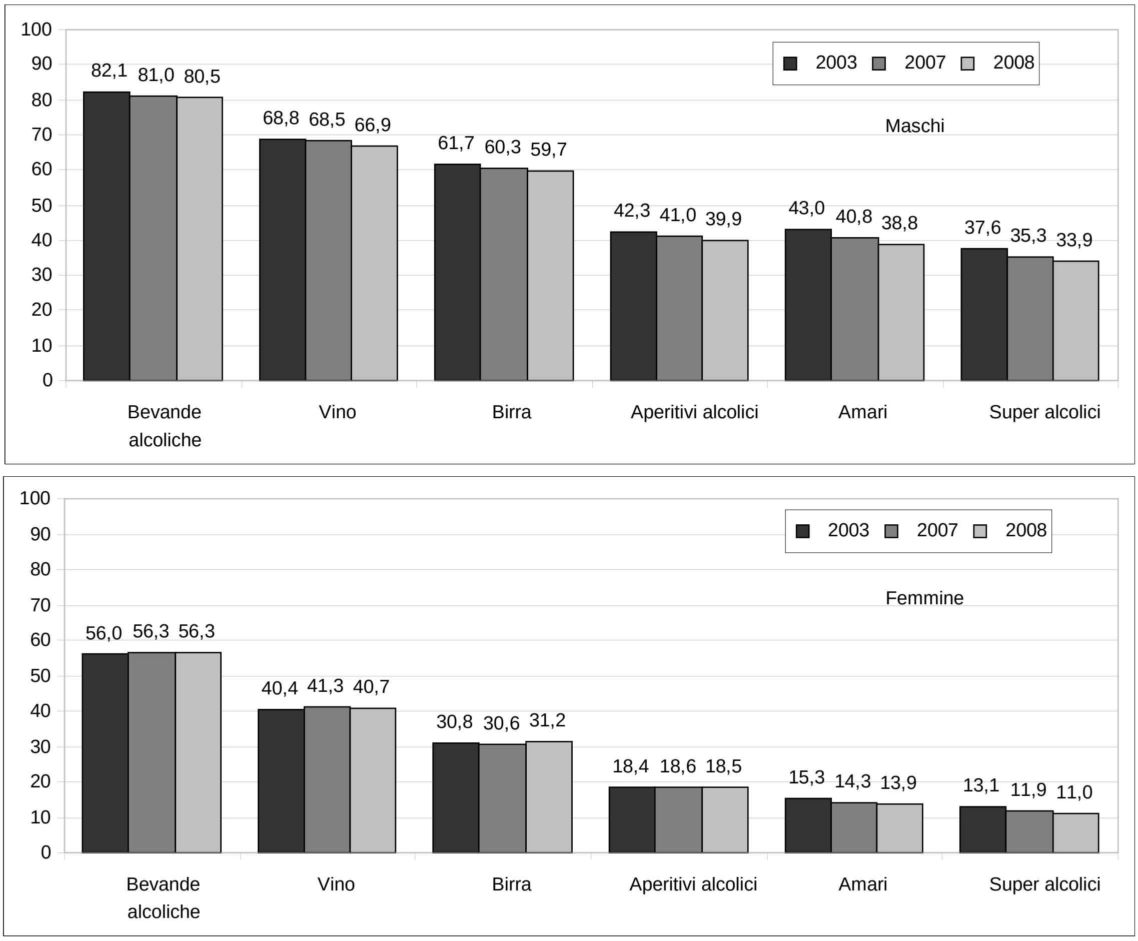

Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori di alcolici per genere (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati Multiscopo ISTAT 2004-2009)

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

I consumatori di vino sono il 53,4% della popolazione ultra 11-enne e anche in questo caso la prevalenza risulta essere maggiore tra gli uomini (66,9%) che tra le donne (40,7%).

I consumatori di birra sono il 45,0% della popolazione ultra 11-enne; come nel caso del vino gli uomini risultano bere birra più delle donne (59,7% *vs* 31,2%). Rispetto all'anno 2003 si registra una diminuzione degli uomini che consumano vino o birra rispettivamente di 1,9 punti percentuali e di 2,0 punti percentuali.

Gli aperitivi alcolici risultano essere consumati nel 2008 dal 28,8% della popolazione di 11 anni e più (M=39,9%; F=18,5%) e tra gli uomini si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori di questa bevanda rispetto al 2003 di 2,4 punti percentuali.

Gli amari risultano essere consumati nel 2008 dal 25,9% (M=38,8%; F=13,9%) della popolazione di 11 anni e più, con una diminuzione rispetto al 2003 rispettivamente di 4,2 punti percentuali tra i consumatori di sesso maschile, di 1,3 punti percentuali tra i consumatori di sesso femminile.

I liquori e i super alcolici risultano essere consumati nel 2008 dal 22,1% della popolazione di 11 anni e più, con una marcata differenza di genere; tale percentuale sale infatti al 33,9% tra gli uomini e scende a 11,0% tra le donne. I consumatori di questo tipo di bevanda sono diminuiti rispetto al 2003 di 3,7 punti percentuali tra gli uomini e di 2,1 punti percentuali tra le donne (Figura 6).

L'analisi per classi di età evidenzia che la riduzione dei consumatori delle diverse bevande alcoliche registrate rispetto all'anno 2003 è in particolar modo concentrata in alcune classi di età. Nel dettaglio, si registrano tra gli uomini di 19-64 anni diminuzioni di 2,3 punti percentuali dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, di 2,7 punti percentuali di quelli di vino, di 1,8 punti percentuali di quelli di birra, di 2,7 punti percentuali di quelli di aperitivi alcolici, di 4,4 punti percentuali di quelli di amari e infine di 3,7 punti percentuali dei consumatori di liquori o super alcolici. Anche tra gli anziani ultra 65enni si registrano riduzioni di 4,6 punti percentuali di consumatori di amari e di 3,4 punti percentuali di consumatori di super alcolici.

Tra le donne, nella fascia di età 19-64 anni, tra il 2003 e il 2008, oltre alla riduzione di 1,3 punti percentuali di consumatrici di amari e di 2,5 punti percentuali di consumatori di super alcolici, si registra un incremento di 1,6 punti percentuali delle consumatrici di birra (Figura 7).

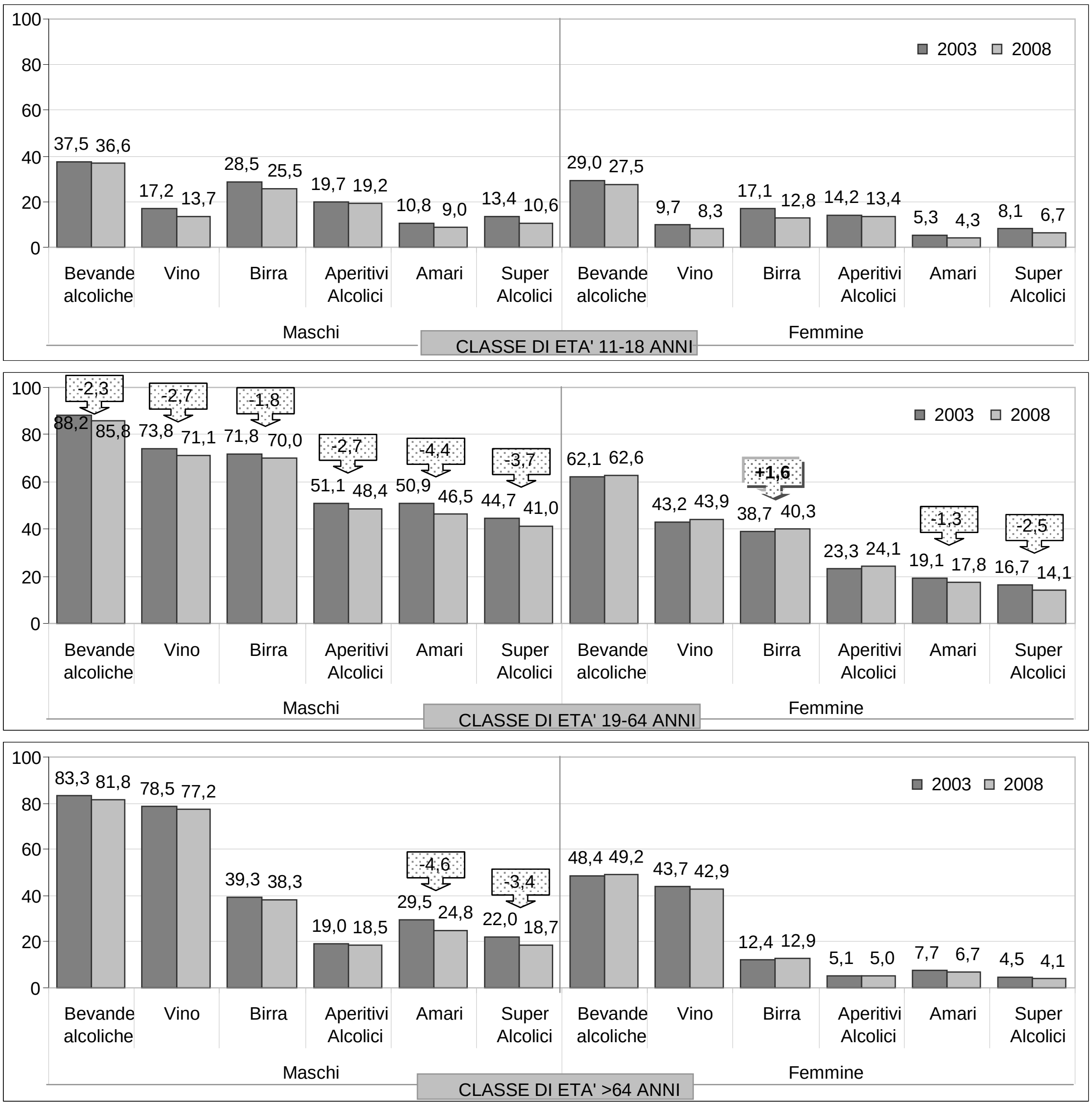

Figura 7. Prevalenza(%) consumatori di alcolici per genere e classi di età. Anni 2003–2008 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2004-2009)

Relazioni tra consumo di bevande alcoliche e alcuni parametri socio-demografici su dati Multiscopo 2008

Dai dati dell’indagine Multiscopo dell’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativi all’anno 2008 (Tabella 2) è emerso che la proporzione di consumatori di bevande alcoliche aumenta all’aumentare del titolo di studio posseduto. I consumatori di sesso maschile che hanno conseguito la laurea, il diploma universitario, la specializzazione o hanno ottenuto il diploma di scuola media superiore risultano essere nel 2008 oltre l'86%, mentre si registra una differenza tra le donne che possiedono un titolo universitario (72,9%) e quelle che hanno ottenuto il diploma di scuola media superiore (65,8%). La percentuale dei consumatori di bevande alcoliche scende al 68,6% tra chi possiede un diploma di scuola media, al 54,5% tra chi possiede un diploma di licenza elementare e infine al 46,1% tra chi non possiede alcun titolo di studio.

Analizzando la popolazione di età superiore a 15 anni in relazione alla condizione professionale, si evidenzia che tra gli uomini la più elevata proporzione di consumatori (87,6%) risulta essere occupata al momento della rilevazione, seguita da pensionati o inabili (82,6%). La più bassa proporzione invece si registra tra gli individui in cerca di occupazione o servizio di leva/civile (72,5%). Tra le donne la proporzione più elevata si registra tra coloro che risultano essere occupate (68,0%) ma non si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra coloro che sono in pensione o inabili (56,7%) e coloro che sono in cerca di occupazione (54,8%); le casalinghe infine sono la categoria professionale che meno consuma bevande alcoliche (50,9%).

La principale fonte di reddito dichiarata da soggetti di età superiore a 15 anni, conferma quanto visto in relazione alla condizione professionale dei consumatori. Nel 2008 mostrano una maggior propensione a bere gli individui con reddito da lavoro autonomo (M=87,4; F=68,1%) o dipendente (M=87,9; F=67,5%). Tra gli uomini inoltre la proporzione scende ad 82,5% tra chi percepisce una pensione, a 74,8% tra chi percepisce un'indennità professionale o patrimoniale e a 66,5% tra chi è mantenuto dalla famiglia.

Lo stato di salute percepito dagli individui, sembra influire sulla propensione delle persone a consumare bevande alcoliche. La percentuale più elevata di consumatori, infatti, dichiara di sentirsi bene (M=84,1%; F=62,0%) o discretamente (M=86,2%; F=58,0%), seguiti da chi si sente molto bene (M=72,6%; F=51,40%) e diminuisce consistentemente tra chi dichiara di sentirsi male (M=69,2%; F=38,9%) o molto male (M=52,8%; F=28,1%).

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è più elevata tra uomini in sovrappeso o obesi (86,0%) rispetto a chi ha un indice di massa corporea (BMI) normale (83,6%), mentre al contrario, tra le donne, la percentuale è più elevata tra i normopeso (61,4%) rispetto alle donne in sovrappeso o obese (53,9%).

Lo stato civile inoltre sembra essere un altro discriminante del consumo di bevande alcoliche con differenze di genere. In particolare, la percentuale più bassa dei consumatori di sesso maschile si registra tra i celibi (70,8%) mentre la più alta tra i coniugati (87,0%). Tra le donne invece, la percentuale più elevata si registra tra le separate o divorziate (65,5%) seguite dalle coniugate (59,2%), dalle nubili (53,8%) e infine dalle vedove (47,0%).

A livello territoriale, tra gli uomini oltre l'81% dei consumatori risiede in regioni del centro o del nord Italia. Tra le donne la percentuale più elevata di consumatrici si registra nelle regioni dell'Italia nord-orientale, seguite da quelle dell'Italia nord-orientale e centrale (59% circa). Le percentuali di consumo più basse, per entrambe i generi, si registrano nelle regioni dell'Italia insulare (M=75,5%; F=44,7%) e dell'Italia Meridionale (M=78,6%; F=49,5%).

Tabella 2. Consumatori (%) di bevande alcoliche per caratteristiche sociali. Anno 2008

Variabili socio-demografiche		**Consumatori (%)**		
		M	**F**	**T**
Titolo di studio				
(validi 100%)	laurea o diploma universitario	86,6	72,9	79,5
	diploma scuola media superiore	86,4	65,8	76,0
	diploma scuola media	80,5	55,1	68,6
	licenza elementare	69,8	43,4	54,5
	Nessun titolo	63,6	37,1	46,1
	Totale	**80,5**	**56,3**	**68,0**
Condizione professionale				
(validi 95,6%)	occupato	87,6	68,0	79,8
(Età>15 anni)	in cerca di occupazione, studente, servizio di leva o civile sostitutivo	72,5	56,7	64,9
	casalinga		50,9	50,9
	ritirato dal lavoro o inabile	82,6	54,8	70,5
	altra condizione	79,1	46,6	60,4
	Totale	**83,6**	**58,3**	**70,5**
Principale fonte di reddito				
(validi 94,9%)	da lavoro dipendente	87,4	68,1	79,1
(Età>15 anni)	da lavoro autonomo	87,9	67,5	82,0
	pensione	82,5	51,2	66,3
	indennità, provvidenze varie e patrimoniali	74,8	51,8	61,7
	mantenimento dalla famiglia	66,5	52,9	57,0
	Totale	**82,6**	**57,6**	**69,7**
Percezione dello stato di salute				
(validi 97,8%)	molto bene	72,6	51,4	63,0
	bene	84,1	62,0	73,2
	discretamente	86,2	58,0	70,4
	male	69,2	38,9	50,2
	molto male	52,8	28,1	38,1
	Totale	**81,8**	**57,1**	**69,0**
Indice di massa corporea				
(validi 92,2%)	sottopeso	72,5	62,2	63,3
	normopeso	83,6	61,4	70,4
	sovrappeso/obesità	86,0	53,9	73,0
	Totale	**84,8**	**58,9**	**71,3**
Stato civile				
(validi 100%)	celibe/nubile	70,8	53,8	70,8
	coniugato/a	87,0	59,2	87,0
	separato/a o divorziato	81,4	65,5	81,4
	vedovo/a	78,5	47,0	78,5
	Totale	**80,5**	**56,3**	**80,5**
Ripartizione territoriale				
(validi 100%)	Italia nord-occidentale	81,6	59,8	70,4
	Italia nord-orientale	82,8	64,1	73,2
	Italia centrale	81,7	58,9	69,8
	Italia meridionale	78,6	49,5	63,5
	Italia insulare	75,5	44,7	59,5
	Totale	**80,5**	**56,3**	**68,0**

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Per valutare correttamente il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si devono tener conto anche alcuni stili di vita come il bere lontano dai pasti o il bere quantità di alcol eccessive in una singola occasione, il consumo dannoso e rischioso seguendo le definizioni del WHO, e la capacità di smaltire l'alcol rispetto al genere e all'età degli individui.

Consumatori mediterranei

Lo stile di consumo "mediterraneo", e cioè mai bere lontano dai pasti, mai in eccesso (massimo 2 bicchieri al giorno per le donne e 3 per gli uomini), sempre sotto il controllo formale del gruppo familiare o sociale e prevalentemente come esaltatore del cibo e dei piatti nostrani, è un modello di consumo che ha sempre contraddistinto la cultura tradizionale e gastronomica del nostro Paese. Il termine coniato dagli anglosassoni di *wine eaters* ben si addice ad un'abitudine che caratterizzava la modalità prevalente del consumo di bevande alcoliche costituite, principalmente da vino e birra. Ovviamente, sino ai giorni nostri, il consumo alcolico prevalente negli adulti vede nel vino la principale bevanda alcolica consumata nel nostro Paese, come in tutta l'area mediterranea. È pertanto logico riferirsi al modello del bere tradizionale mediterraneo assimilandolo al consumo prevalente di vino e, in misura ridotta a quello della birra, di più recente comparsa nelle abitudini italiane. Alla luce di tali considerazioni, la quantificazione dei consumatori di vino "mediterranei" appare di rilievo nel tentativo di produrre una tipizzazione del consumo di alcol nella popolazione italiana (Figura 8).

Il vino è consumato prevalentemente dagli uomini (66,9%), come da tradizione ma, riguardo alle modalità di consumo, meno della metà degli uomini che dichiarano di consumare vino possono essere considerati consumatori "mediterranei" (47,3%). Le donne presentano invece più degli uomini una tendenza al consumo ispirata al modello tradizionale (70% di quelle che dichiarano di consumare vino).

L'analisi per classi di età mostra che per i maschi la percentuale di consumatori che si ispira al modello mediterraneo (consumo moderato, entro i limiti e ai pasti) è inferiore ai consumatori non mediterranei di vino (consumo eccedente, oltre i limiti e fuori pasto) per tutte le età sino ai 65 anni, età per la quale si osserva il prevalere del consumo tradizionale. È da rilevare a tale riguardo che, in funzione delle modalità di trasferimento del modello del bere da una generazione all'altra, prevalentemente legato al modello maschile come standard di riferimento intrafamiliare, è verosimile che gli adulti abbiano interrotto la tradizione attraverso l'adozione di modelli a maggior rischio che hanno trovato terreno fertile tra le generazioni più giovani, già sensibilizzate in tal senso da ulteriori pressioni sociali e mediatiche al bere.

Le donne sembrano invece le "vestali" del consumo tradizionale, fatta eccezione per la generazione di 18-24enni per la quale si registrano prevalenze più elevate delle giovani donne che scelgono di consumare vino secondo modalità non moderate, oltre i limiti e sicuramente fuori pasto. Queste osservazioni inducono ad una profonda riflessione sul ruolo che potrebbe e dovrebbe recuperare la donna nel trasferire un modello più sano, che il maschio, verosimilmente il capofamiglia, ha perso ed è quindi incapace di proporre come modello di riferimento. Ciò suggerisce anche che i programmi di prevenzione dovrebbero e potrebbero valorizzare maggiormente il ruolo femminile che è universalmente riconosciuto in letteratura come variabile necessaria e sufficiente a controllare eventuali eccessi alcolici nel partner. Queste considerazioni sfatano il luogo comune che vuole gli italiani *wine eaters*; la concezione del bere moderato dovrà essere rivisitata con un'indispensabile e imponente campagna di informazione su ciò che si intende per moderazione e per stile mediterraneo di consumo ancora utile per la salute, e nell'ottica del consumo di alcol che non è un alimento e tantomeno un bene ordinario di consumo (11).

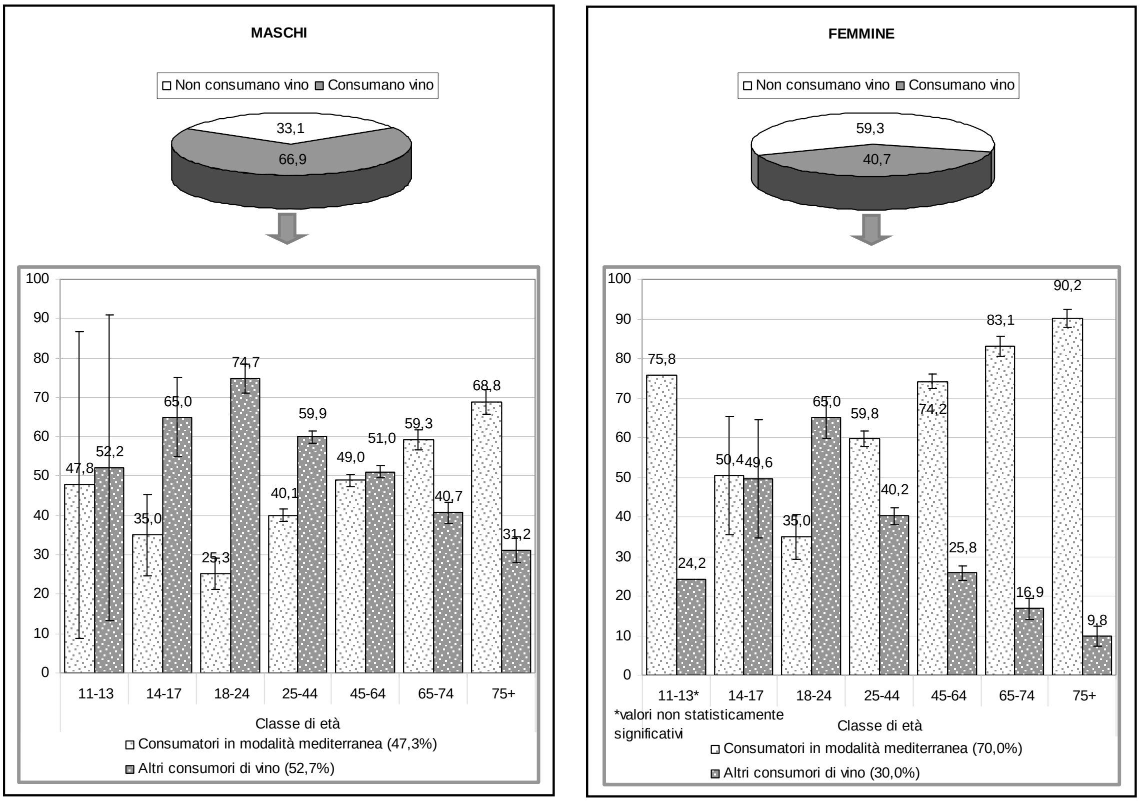

Figura 8. Consumatori di vino (%) per stili/modalità di consumo, genere e classi di età. Italia, Anno 2008 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009)

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2008 il 25,4% della popolazione ultra 11enne con una marcata differenza di genere (M=36,7%; F=14,8%). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dall'età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi a 18-24 anni per poi nuovamente diminuire fino a raggiungere i valori più bassi tra gli ultra 75enni.

L'unica classe di età in cui non si registrano differenze statisticamente significative in relazione al genere degli intervistati è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni) e ciò ad indicare che il comportamento in età giovanissima è praticamente identico per i due sessi rispetto invece ai comportamenti che sostengono una forbice tra maschi e femmine rilevati per tutte le classi di età successive.

Rispetto all'anno 2003 la percentuale di donne di età 19-64 anni che consumano vino o alcolici fuori pasto risulta aumentata di 1,8 punti percentuali, mentre sono rimaste pressoché stabili le percentuali per le altre fasce di età e negli uomini (Figura 9).

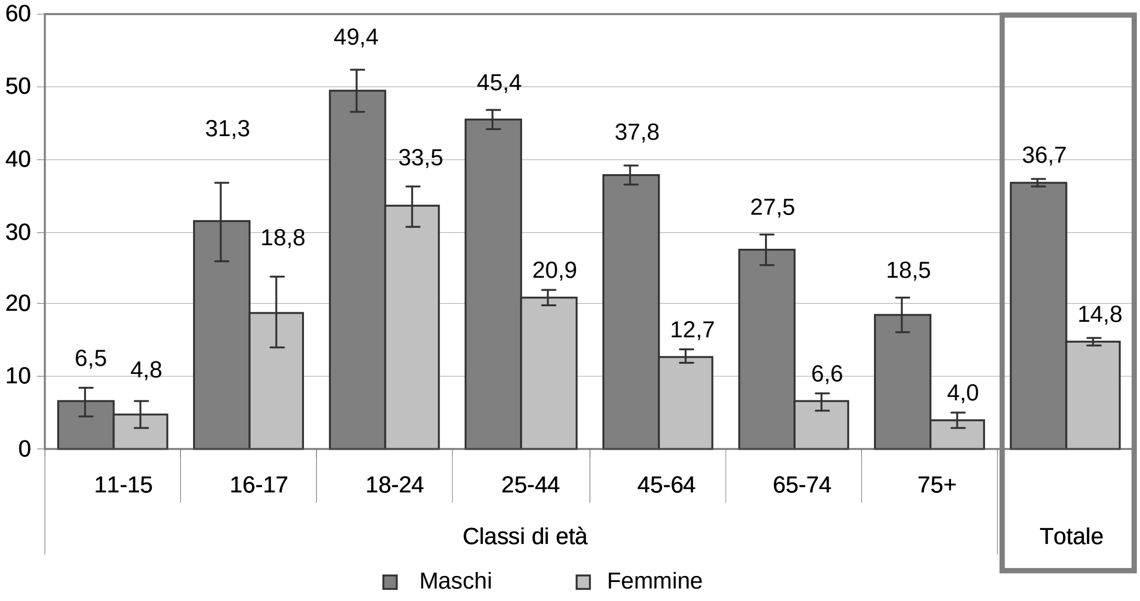

Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto. Anno 2008 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009)

Consumatori *binge drinkers*

Con l'espressione *binge drinking* si fa riferimento all'abitudine di consumare quantità eccessive (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche anche diverse) in una singola occasione.

Questo comportamento è presente prevalentemente nei Paesi del nord Europa, ma si è fortemente radicato anche nel nostro Paese in particolar modo nella fascia giovanile della popolazione, "contaminando" anche le generazioni di adulti e anziani, prevalentemente i maschi.

Nel 2008 il 7,3% della popolazione di 11 anni e più ha dichiarato di aver consumato almeno una volta negli ultimi 12 mesi 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione.

Come si può osservare nella Figura 10, questo modello di consumo varia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Tra gli uomini, esso aumenta rapidamente tra i giovanissimi raggiungendo un picco massimo tra i 18-24enni per poi diminuire nuovamente assumendo valori inferiori al 10% solo a partire dagli ultra 65enni. Tra le donne, come per gli uomini, la percentuale aumenta al crescere dell'età, ma in maniera meno evidente e raggiunge il valore massimo tra i 18-24 anni (6,5%).

Come già visto nel caso del consumo di bevande alcoliche fuori pasto, l'unica classe di età in cui non si registrano differenze statisticamente significative in relazione al genere è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni) (Figura 10).

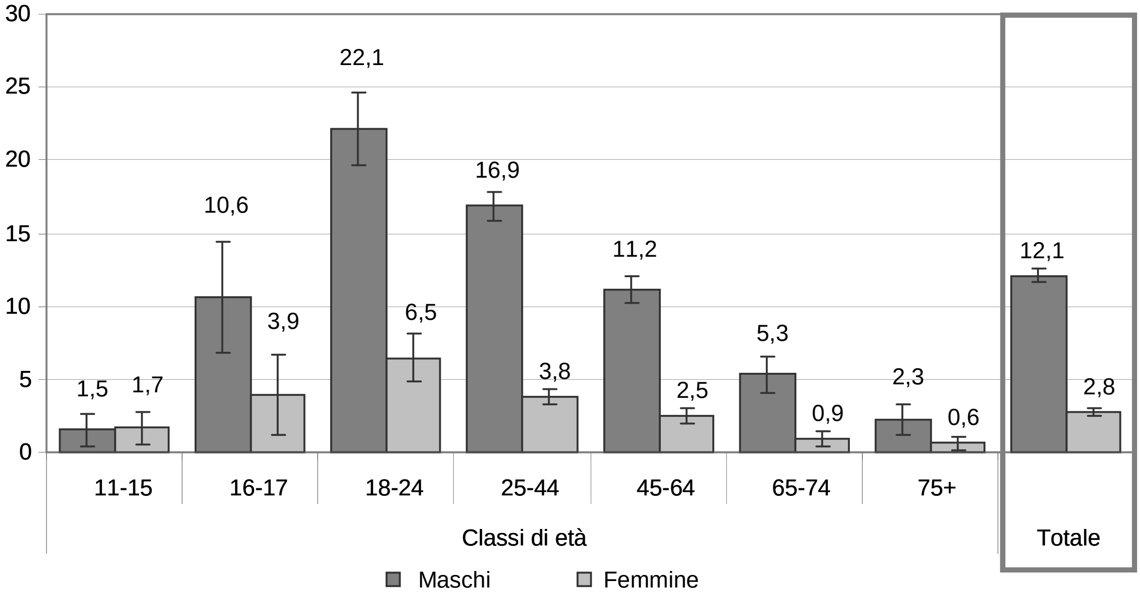

Figura 10. Prevalenza (%) di *binge drinkers* Anno 2008 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009)

Consumatori a rischio (criterio ISS)

La quantificazione dei consumi di alcol a rischio si basa principalmente sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che le Agenzie per la tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in casi definiti (es. guida), dell'astensione dal consumo. Le definizioni sottese all'identificazione del bere a rischio si basano inoltre su quelle del WHO dove per consumo a rischio (*hazardous*) si intendono livelli di consumo o modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (12), che recepiscono fra l'altro le indicazioni del WHO, sono da considerare consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 unità alcoliche standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 unità alcoliche standard). Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno peraltro aggiunte altre, e cioè gli anziani e i giovani 16-18enni, ai quali si raccomanda di non superare un'Unità Alcolica (UA) al giorno, e gli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) ai quali si consiglia l'astensione da qualsiasi tipo di consumo. Per tutti inoltre si raccomanda di non concentrare grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*).

Pertanto, per poter quantificare i consumatori a rischio, le variabili da monitorare sono:

- le quantità in "eccedenza" consumate con frequenza regolare/persistente;
- le quantità consumate giornalmente in eccedenza rispetto alle linee guida specifiche per genere ed età;
- la frequenza degli episodi di concentrazione di consumi eccessivi.

La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso questo indicatore raggiunge nel 2008 il 15,9% della popolazione con una consistente differenza di genere (25,4% dei maschi, il 7% delle femmine).

L'analisi per classi di età (Figura 11) mostra che sono a rischio 1 ragazzo su 5 e 1 ragazza su 7 al di sotto dell'età legale, con prevalenze che dovrebbero essere pari a zero e che invece indicano oltre 500.000 minori complessivamente a rischio alcol-correlato. Rilevante la prevalenza maschile tra gli anziani sia maschi che femmine pur con dimensioni assolutamente differenti; una prevalenza massima che raggiunge quasi il 50% tra i 65enni e che si abbassa di poco dopo i 75 anni (43%) con una stima complessiva di consumatori a rischio pari a circa 3.000.000 tra gli ultra 65enni (1 uomo su 2 e 1 donna su 10).

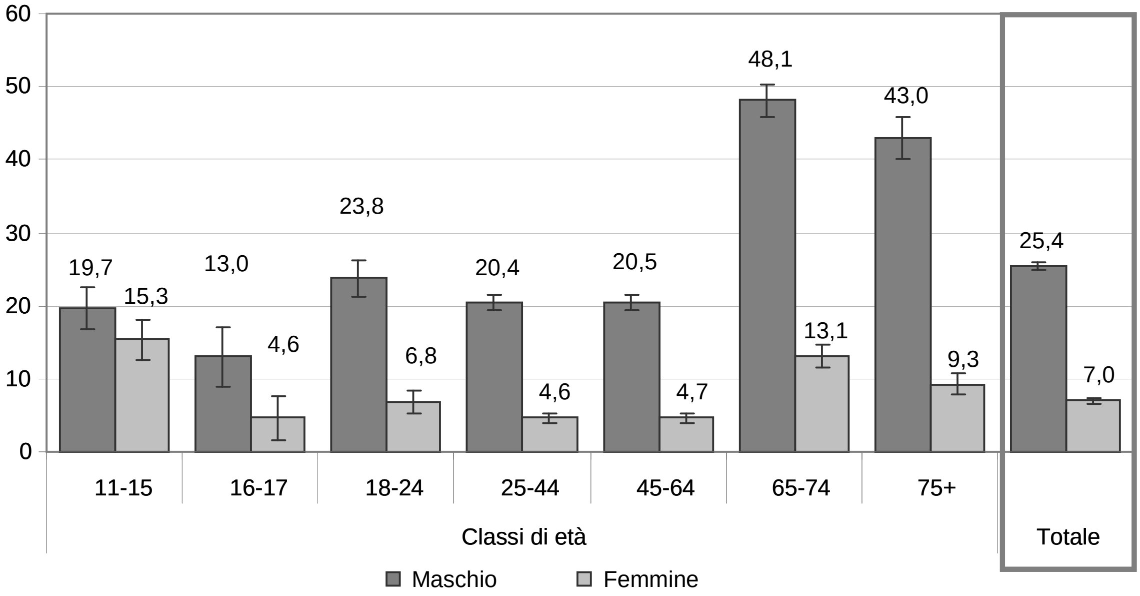

Figura 11. Prevalenza (%) di individui a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età. Anno 2008 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009)

Dall'analisi dei dati, è evidente il livello pressoché costante di consumatori a rischio che in media contribuisce a stimare in circa 9 milioni gli individui potenzialmente suscettibili di un intervento di carattere sanitario. Tali individui sono, nella stragrande maggioranza dei casi, inconsapevoli di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale si può uscire a fronte di una verifica puntuale delle abitudini di consumo alcolico, del riconoscimento del bere problematico, di un intervento definito tecnicamente "intervento breve", un colloquio motivazionale non assimilabile al counselling propriamente definito e infine di una partecipazione consapevole e responsabile dell'individuo in un percorso che consente, facilita e sollecita un cambiamento verso uno stile di vita sano. La letteratura scientifica mondiale indica tale modalità di intervento come quella con il più elevato rapporto costo/beneficio, efficace e semplice da implementare come dimostrato dalle realtà europee che hanno colto l'opportunità di investire in prevenzione, anziché continuare a gestire l'emergenza attraverso una spesa sanitaria e sociale incongruamente legata alla mancanza di intervento. Modalità di intervento spesso negletta anche a causa di una mancanza di investimenti in formazione quale quella svolta dall'ISS per tre anni, attività concordata a livello europeo e internazionale attraverso i progetti *Primary Health care European Project on Alcohol* (PHEPA) (13) e *Early Identification Brief Intervention* (EIBI) Fase IV del WHO (14), per i quali l'Osservatorio Nazionale Alcol ha svolto azione di coordinamento e di implementazione.

Il contributo delle diverse bevande alcoliche al consumo complessivo e alle eccedenze

In Italia il vino è la bevanda alcolica più consumata e pertanto quella che maggiormente contribuisce, su base quotidiana, a determinare rischio e danno attraverso un'eccedenza che contrasta con le linee guida nazionali, eccedenza che è frutto del contributo variabile del consumo delle differenti bevande alcoliche da parte di diverse generazioni.

Ogni generazione, accanto al suo modello di rischio, presenta modalità, frequenza e contesti di consumo che appaiono rilevanti identificare, in funzione delle possibili iniziative di contrasto al consumo rischioso o dannoso di alcol, che non riguardano solo i giovani ma anche e prevalentemente la popolazione maschile di ultra65enni (Figure 12 e 13).

I giovanissimi di entrambe i sessi, ad esempio, sono quelli che hanno la quota più rilevante di consumo a rischio derivante in maniera caratteristica dal poli-consumo e dall'assunzione poco selettiva delle bevande, a testimonianza di un valore d'uso dell'alcol come sostanza più che come valore "alimentare" o degustativo della bevanda alcolica. È inoltre da rilevare il riscontro anche tra i giovanissimi del consumo di vino, abilitato originariamente in ambito familiare e successivamente entrato nell'alveo delle bevande usate in miscelazione, come dimostrato dall'importazione del fenomeno (vietato in Spagna, dove è nato) del *butellon*, la damigiana di vino sfuso, di basso costo, miscelato con superalcolici e consumato in maniera collettiva nelle piazze o, sempre più frequentemente, in locali dove è possibile sfuggire al controllo sociale. Tale modello del bere non ha nulla a che vedere con il modello proposto dalla cultura mediterranea, del quale si discuterà successivamente, e che non discrimina tra bere e usare l'alcol come sostanza.

L'evidenza di una cultura dello "sballo", come viene spesso definita, viene confermata e si interseca con quella rilevata dall'ESPAD: l'alcol è sempre più spesso associato all'uso di sostanze illegali verosimilmente a causa dell'abbassamento della percezione del rischio conseguente a livelli anche poco più che moderati di alcolemia e dell'effetto euforizzante prima e depressivo dopo dell'alcol sull'individuo, rendendo necessario l'uso di ulteriori sostanze tra cui la cocaina per contrastare l'effetto *down* percepito, e causa dell'*hangover* del giorno successivo l'ubriacatura.

Da registrare anche la tendenza all'utilizzo dei cosiddetti *energy drink*, anche in premiscelazione con superalcolici, come la vodka o il gin, per sostenere un tono indispensabile per affrontare il contesto dei luoghi di aggregazione giovanile e delle discoteche, dove ritmi e suoni ossessivi agevolano l'abuso di alcol e di sostanze quale rimedio anestetizzante rispetto a livelli sonori insostenibili, e alla stanchezza di ore (notturne) di stress che i giovani sono portati ad assimilare ad una delle possibili forme di divertimento. È da registrare che l'esperienza in Italia di distribuzione gratuita di *energy drink* ai giovani e nei contesti giovanili (dinanzi alle scuole, nei luoghi pubblici, nelle stazioni ecc.), di per sé discutibile a fronte degli elevati contenuti di caffeina (ma anche di taurina o glucorononato) che ne sconsigliano l'uso da parte di minori e giovani, sollecita una riflessione sulla modalità attraverso cui i giovani vengono introdotti all'uso di superalcolici (vodka prevalentemente): essi sono veicolati da bevande il cui gusto è già familiare e invece nasconde rischi ben maggiori in termini di salute e di sicurezza in funzione della errata percezione di supposta maggiore vigilanza (effetto della caffeina) che rende un ubriaco comunque ubriaco e quindi, ad esempio, inidoneo alla guida.

Nella popolazione adulta, e in particolare tra gli ultra65enni, la situazione sull'eccedenza cambia. Il contributo al consumo rischioso o dannoso, che è prevalentemente o quasi integralmente attribuibile al vino, è dovuto principalmente all'assunzione di quantità di alcol non adeguate fisiologicamente all'età, in funzione della nota diminuzione della capacità di metabolizzazione da parte dell'alcol-deidrogenasi, e della contestuale presenza di condizioni che caratterizzano l'invecchiamento che non rendono idoneo l'individuo a prolungare in età anziana le usuali abitudini di consumo adottate in giovane età. Quantità eccedentarie sono verosimilmente consumate per consuetudine, e mai modificate nel corso dell'invecchiamento a causa di una cultura normalizzante il bere. A questo riguardo, tali abitudini (supportate dai media e da informazioni mediatiche contraddittorie, incomplete, spesso confondenti) non sono in linea con l'esigenza di garantire scelte informate agli ultra65enni di limitare il consumo giornaliero a non più di 1 bicchiere di bevanda alcolica, così come indicato per gli anziani dall'evidenza clinica, dalle Linee Guida dell'INRAN - Ministero per le Politiche Agricole e Forestali (12), dalle raccomandazioni della Società Italiana di Alcologia – SIA, dalle indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol e dello stesso Ministero della Salute disseminate attraverso le campagne istituzionali ai sensi della Legge 125/2001. Peraltro, nell'anziano vi sono numerose circostanze e/o condizioni che sconsigliano l'assunzione di alcol, quali la concomitanza di numerose patologie croniche e/o la necessità di praticare terapie con farmaci controindicati rispetto all'uso di alcol.

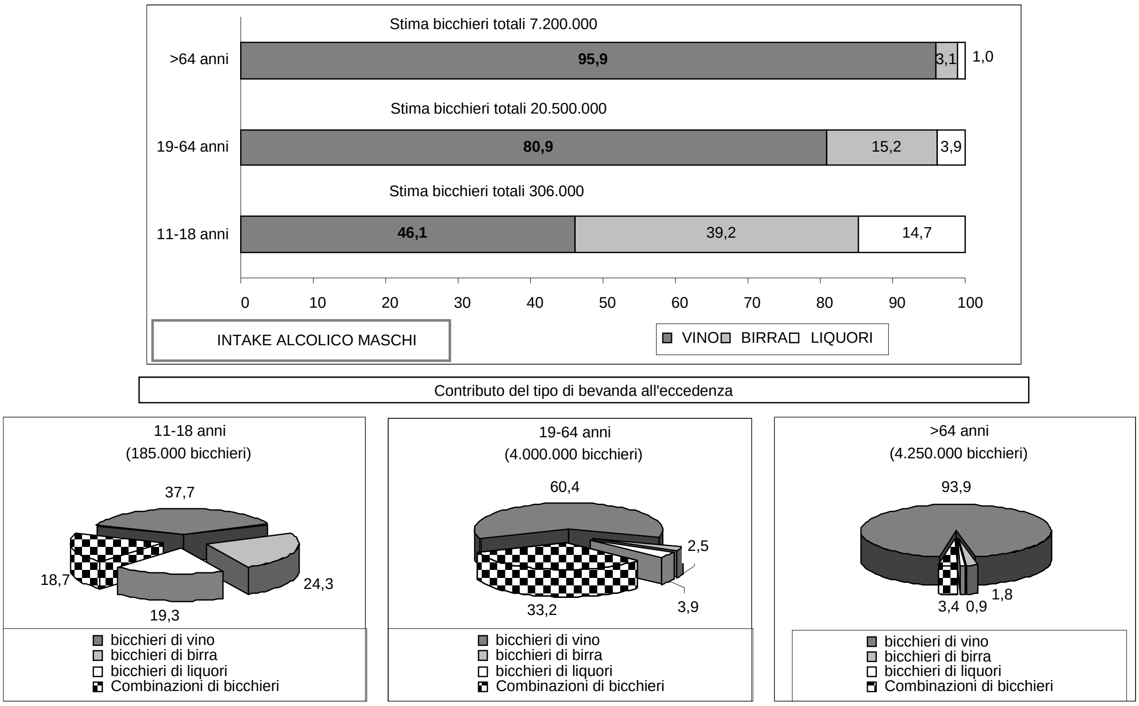

Figura 12. Bicchieri di alcol consumati al giorno dai soli consumatori quotidiani di alcolici e stima del contributo (%) delle differenti bevande sull'*intake* e sull'eccedenza.
Uomini 11+ per classi di età. Anno 2007
(Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS
e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2008)

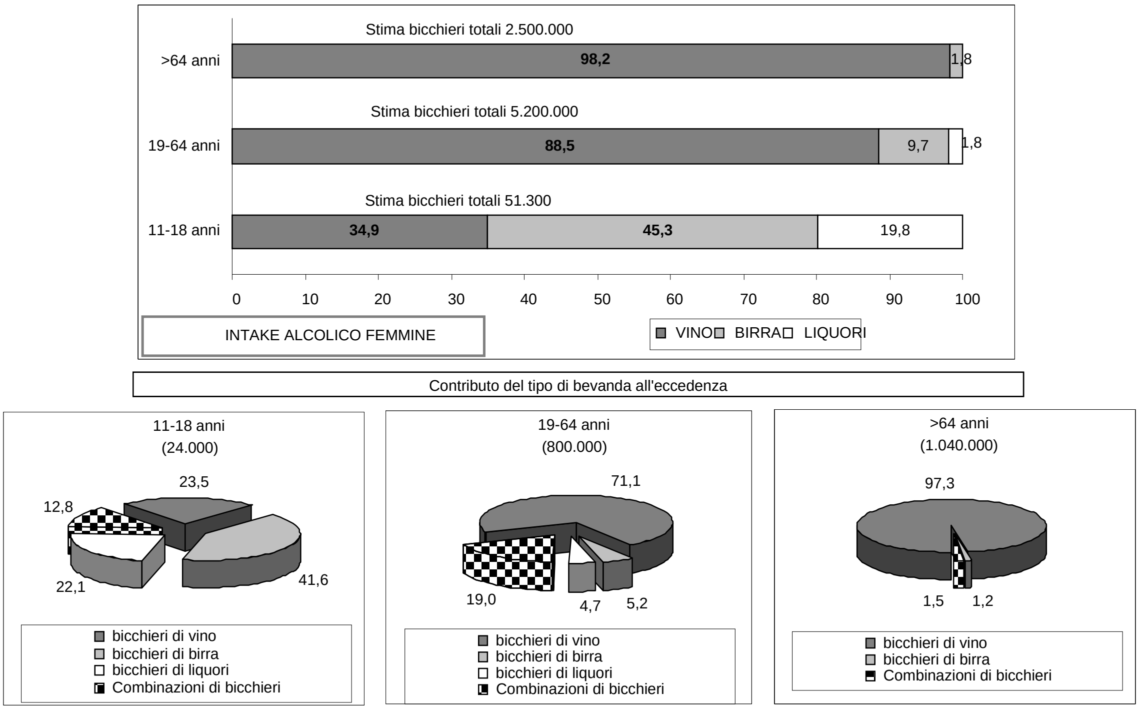

Figura 13. Bicchieri di alcol consumati al giorno dai soli consumatori quotidiani di alcolici e stima del contributo (%) delle differenti bevande sull'*intake* e sull'eccedenza. Donne 11+ per classi di età. Anno 2007 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2008)

CARATTERISTICHE DEI *BINGE DRINKERS*

Quantificazione dei *binge drinkers*

La prevalenza complessiva di *binge drinkers*, rispetto al passato nel 2008 è rimasta invariata sia per gli uomini che per le donne. Tra coloro che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno una volta nel corso dell'ultimo anno (7,3%), il 60,1% lo ha fatto da 1 a 3 volte, il 17,5% da 4 a 6 volte, il 16% da 7 a 12 volte e il 6,4% più di 12 volte (Figura 14).

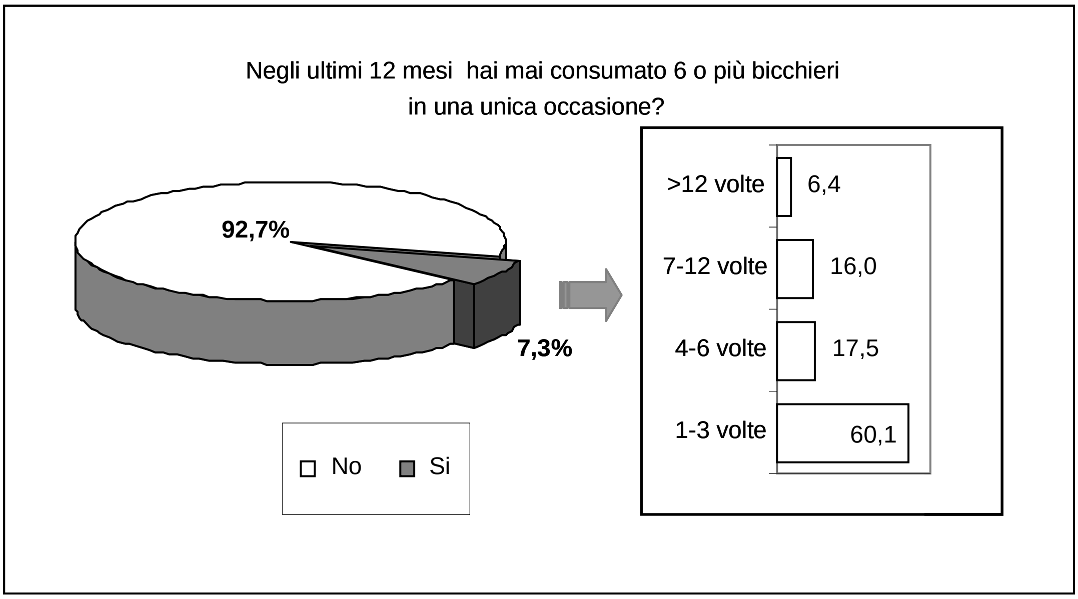

Figura 14. Prevalenza (%) *binge drinkers* per genere e classe di età. Anno 2008 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009)

Relazioni tra *binge drinkers* e alcuni parametri socio-demografici su dati Multiscopo 2008

Dai dati dell'indagine Multiscopo – ISTAT relativi all'anno 2008 emerge che per i maschi, la proporzione di *binge drinkers* è più bassa tra chi possiede un basso titolo di studio (licenza elementare=5,9%) o non lo ha affatto (6,6%) rispetto a chi possiede un titolo di studio più alto (circa il 13%). Tra le femmine invece, il trend ascendente della percentuale di *binge drinkers* all'aumentare del titolo di studio è molto più evidente. I lavoratori o le persone in cerca di occupazione (oltre il 10%) in entrambe i sessi, sono più soggetti alla pratica del *binge drinking* rispetto ai pensionati (3,6%) o, per le sole donne, alle casalinghe (1,6%). Tra gli uomini, la percentuale di *binge drinkers* è tuttavia più elevata tra coloro che non hanno mai lavorato nel passato, rispetto a quelli che invece hanno svolto un lavoro nel corso della vita (13,3 *vs* 8,3; dato non presentato). Questo tipo di informazione non presenta invece differenze statisticamente significative tra le donne. Mostrano una maggior propensione al bere 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione, gli individui con reddito da lavoro autonomo (M=15,0%; F=4,2%), con redditi da lavoro dipendente (M=14,7%; F=3,2%) e i maschi mantenuti da familiari (15,6%) rispetto ai pensionati (M=5,7%; F=1,0%).

Relativamente alla percezione dello stato di salute, per entrambe i sessi, migliore è la percezione della propria salute più si è propensi a consumare quantità di alcol eccessive in singole occasioni. La condizione fisica valutata attraverso l'indice di massa corporea (BMI), evidenzia che tra gli uomini, non si registrano percentuali statisticamente diverse di *binge drinkers* tra chi ha un peso normale e chi risulta invece in sovrappeso o obeso, mentre tra le donne la percentuale di *binge drinkers* in sovrappeso è inferiore a quella delle donne con un peso normale. La percentuale dei *binge drinkers* infine, risulta più elevata per entrambe i sessi tra celibi o nubili (10,8%) e separati/divorziati (8,1%) rispetto ai coniugati (6,0%) e assume il valore più basso tra i vedovi (1,5%); ciò a parziale testimonianza che la coabitazione e la presenza di un controllo reciproco sui comportamenti del partner può rappresentare un fattore di protezione e di contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol; in particolare depone per una capacità del partner femminile ad influire sul comportamento alcolico del partner, elemento da tenere in stretta considerazione rispetto alle possibili strategie di prevenzione in ambito familiare e tra i giovanissimi.

La percentuale delle ubriacature in relazione alla distribuzione territoriale (Tabella 3), infine, assume caratteristiche diverse a seconda del genere dell'intervistato. Tra i maschi il valore più elevato si registra nell'Italia nord-orientale (15,5%) seguita dall'Italia meridionale e nord-occidentale (circa 12%) assumendo i valori più bassi nell'Italia centrale e insulare. Tra le donne invece il dato assume valori inferiori alla media nazionale solo nell'Italia insulare.

Le ragioni della presenza di tale fenomeno, sconosciuto in passato e attualmente pericolosamente consolidato tra giovani e meno giovani, sono state in parte valutate anche a livello europeo attraverso studi di settore e ricerche promosse dalla Commissione Europea. Il *Rand Institute* ha prodotto un report europeo (15) da cui si evince in maniera inequivocabile che in Italia, nel corso degli ultimi dieci anni, è aumentata solo per i giovani la *affordability*, la disponibilità delle bevande alcoliche, attraverso una strategia di promozione delle bevande alcoliche che rende economico l'acquisto e il consumo di quantità rischiose o dannose di alcol per mezzo di proposte commerciali ben note ai giovani (*happy hours, pubs' crawl, drink as much as you can, open bar*) e persino competitiva l'acquisizione di beni di consumo, che evidentemente non potrebbero essere considerate ordinarie in funzione della tossicità e degli effetti a detrimento della salute.

Ulteriori evidenze sono state fornite dallo *Science Group* Europeo, attivato dalla Strategia Comunitaria sull'alcol; è stato evidenziato che la pubblicità delle bevande alcoliche, in gran parte ammiccante ai giovani e giovanissimi, incrementa i consumi alcolici e favorisce l'avvio al consumo alcolico di chi, per scelta, non sarebbe orientato a bere (16-17). La Consulta Nazionale Alcol a tale riguardo ha manifestato la necessità di rivedere i codici di regolamentazione, di orientarsi ad una co-regolamentazione, e rivedere le modalità attraverso cui attualmente viene attuato il marketing e viene proposta la pubblicità delle bevande alcoliche.

Ciò che emerge per la riduzione dell'impatto alcolcorrelato nella nostra società è la necessità di coerenza tra le politiche sull'alcol adottate dalle strategie nazionali e regionali, come il Piano Nazionale Alcol e Salute – PNAS, il Programma di Governo "Guadagnare Salute", la lunga serie di azioni già formalizzate dall'atto di intesa Stato regioni e il Piano di Prevenzione 2009-2012.

Tabella 3. Distribuzione (%) dei *binge drinkers* per caratteristiche sociali. Anno 2008

Variabili socio-demografiche		***Binge drinkers* (%)**		
		M	**F**	**T**
Titolo di studio				
(validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	12,7	5,4	8,9
	diploma scuola media superiore	14,2	3,6	8,9
	diploma scuola media	13,8	2,7	8,6
	licenza elementare	5,9	1,0	3,1
	nessun titolo	6,6	1,5	3,2
	Totale	**12,1**	**2,8**	**7,3**
Condizione professionale				
(validi 95.6%) (età>15 anni)	in cerca di occupazione studente o in servizio di leva o civile sostitutivo	16,5	5,3	11,1
	casalinga		1,6	1,6
	ritirato dal lavoro o inabile	5,6	1,0	3,6
	altra condizione	11,2	0,9*	5,2
	Totale	**12,7**	**2,8**	**7,6**
Attività lavorativa svolta nel passato				
(validi 51,8%)	no	13,3	2,2	5,1
(età>15 anni)	si	8,3	2,1	5,0
	Totale	**9,6**	**2,1**	**5,0**
Principale fonte di reddito				
(validi 94,9%)	da lavoro dipendente	15,0	4,2	10,3
(età>15 anni)	da lavoro autonomo	14,7	3,2	11,4
	pensione	5,7	1,0	3,3
	indennità provvidenze varie e patrimoniale	8	1,9*	4,6
	mantenimento dalla famiglia	15,6	3,1	6,8
	Totale	**12,4**	**2,8**	**7,5**
Percezione dello stato di salute				
(validi 97,8%)	molto bene	14,1	3,1	9,2
	bene	14,1	3,5	8,9
	discretamente	10,1	2,4	5,8
	male	5,7	0,6	2,5
	molto male	1,3*		0,5
	Totale	**12,3**	**2,8**	**7,4**
***Body Max Index* (BMI)**				
(validi 92,2%)	sottopeso	11,9	4,8	5,5
	normopeso	13,4	3,1	7,3
	sovrappeso/obesità	12,3	2,0	8,1
	Totale	**12,8**	**2,8**	**7,6**
Stato civile				
(validi 100%)	celibe/nubile	15,7	4,9	10,8
	coniugato/a	10	2,0	6,0
	separato/a o divorziato	13,8	3,1	8,1
	vedovo/a	4,2	0,9	1,5
	Totale	**12,1**	**2,8**	**7,3**
Ripartizione territoriale				
(validi 100%)	Italia nord-occidentale	12,5	3,1	7,7
	Italia nord-orientale	15,5	3,5	9,4
	Italia centrale	9,7	2,4	5,9
	Italia meridionale	12,3	2,7	7,3
	Italia insulare	9,1	1,6	5,3
	Totale	**12,1**	**2,8**	**7,3**

* valore non statisticamente significativo

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009

Queste strategie prevedono interventi di contrasto alle forme di abuso alcolico e alle misure, necessariamente legislative, che possono contribuire a diminuire le situazioni e le circostanze in cui l'alcol è facilmente disponibile (e addirittura conveniente in termini di acquisto rispetto ad altri beni di consumo). È un investimento richiesto da tutte le organizzazioni di tutela della salute e irreversibilmente attivate da un maggiore livello di sensibilità dei *policy makers* nei riguardi di un problema che ha coinvolto fasce sempre più ampie di popolazione.

Occorre recuperare la necessaria distinzione tra situazioni e/o contesti *alcohol free* come definititi dalla WHO e garantire la massima tutela dei più deboli e vulnerabili (il nascituro, i bambini, gli adolescenti, le donne, gli anziani) e della collettività (alcol e guida, alcol e violenza intrafamiliare, alcol e criminalità, alcol e luoghi di lavoro ecc.).

È richiesto un cambio di cultura che possa consentire di recuperare gli anni di vita persi e la qualità della vita a fronte di un'abitudine al consumo rischioso o dannoso di bevande alcoliche che non favorisce lo sviluppo sociale e che grava con costi evitabili anche sullo sviluppo e il mantenimento delle condizioni di buona salute e di benessere dell'individuo nell'interesse della collettività.

INCIDENTI STRADALI

Dati del rapporto ACI-ISTAT

Tra gli indicatori di danno indiretto causato dall'alcol o comunque ad esso correlato è da considerare con attenzione la mortalità per incidente stradale. Nell'anno 2007 l'ISTAT ha rilevato 230.871 incidenti stradali che hanno provocato la morte di 5.131 persone e il ferimento di 325.850 (18). Nel corso dell'ultimo anno si è assistito ad un miglioramento della situazione dovuto alla diminuzione del numero degli incidenti (-3,0%) e al calo consistente del numero dei morti (-9,5%) e dei feriti (-2,1%) (Figura 15).

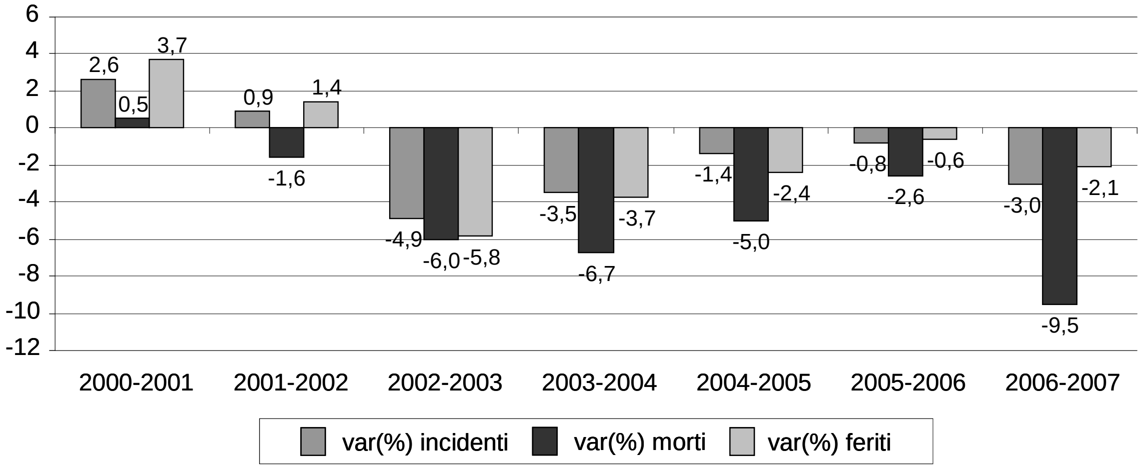

Figura 15. Variazioni (%) osservate annualmente di incidenti stradali, morti e feriti (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ACI-ISTAT–Incidenti stradali 2000-2007)

Tra i morti registrati nel 2007, la frequenza più elevata si osserva il sabato (904 decessi). L'indice di mortalità, calcolato come il rapporto tra il numero di morti e il numero di incidenti moltiplicato per 100, risulta pari a 3,4 nella giornata di domenica; anche l'indice di gravità per incidente (calcolato come il rapporto tra il numero dei morti e il numero totale dei morti e dei feriti moltiplicato per 100) registrato in questa giornata, risulta il più elevato di tutta la settimana (2,0%) (Figura 16). Questi due dati ci dicono che a fronte di una riduzione di incidenti nel fine settimana, la gravità di quelli riscontrati nella domenica e la mortalità risultano più elevate rispetto agli altri giorni.

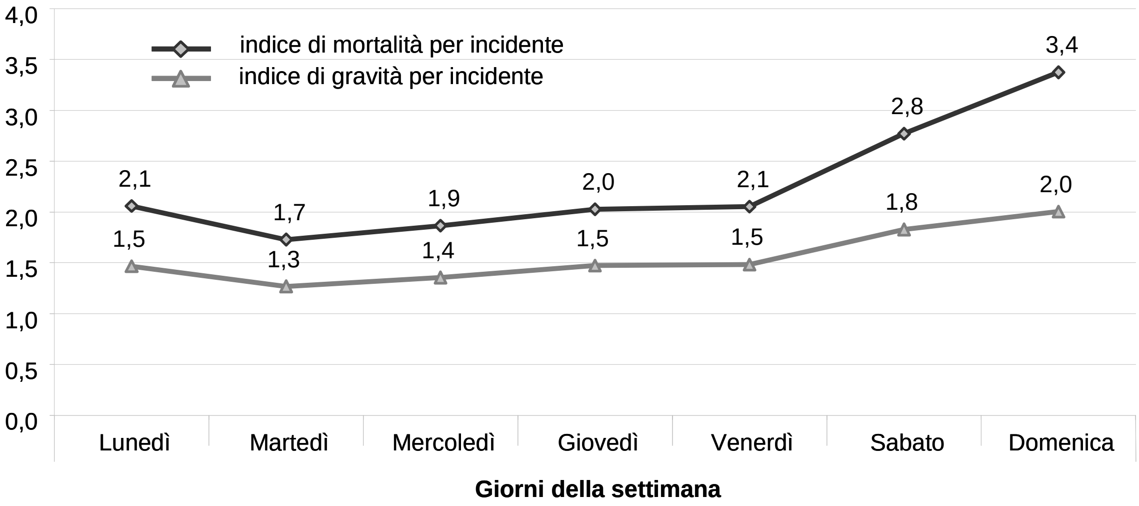

Figura 16. Indice di mortalità e di gravità per giorno della settimana. Anno 2007 (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ACI-ISTAT-Incidenti stradali 2007)

Dati dello studio PASSI

Il sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), coordinato dall’ISS, raccoglie informazioni a livello di ASL su alcol e guida e, con un modulo opzionale regionale, sui controlli delle Forze dell’ordine (19).

Secondo i dati 2008 del sistema di sorveglianza Passi relativi alle 20 Regioni partecipanti (escludendo la Calabria), il 12% degli intervistati riferisce di aver consumato almeno un’unità di bevanda alcolica (circa un bicchiere di vino o una lattina di birra) negli ultimi 30 giorni, e dichiara di aver guidato dopo averne bevute almeno due nell’ora precedente. Inoltre, l’8% degli intervistati riferisce di aver viaggiato insieme a un guidatore in stato di ebbrezza. Il comportamento è riferito più spesso dagli uomini (17%) che dalle donne (4%), senza vistose differenze per età, istruzione o livello di reddito. Nel confronto geografico si notano differenze statisticamente significative tra i valori regionali con un gradiente nord-sud: la Campania presenta un valore (6%) molto più basso rispetto alla Valle d’Aosta (16%).

In sette Regioni (Valle D’Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) è stato approfondito il problema degli incidenti stradali e dei controlli delle Forze dell’ordine; il 41% dei circa 5400 intervistati dichiara di aver subito un controllo – da guidatore o da passeggero – nel corso dell’ultimo anno. Alle persone che dichiarano di essere state fermate, come guidatore o passeggero, questo controllo è capitato in media più di due volte negli ultimi 12 mesi. Tuttavia solo il 9% dei fermati riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all’etilotest: una percentuale che corrisponde a meno dell’1% di tutti gli intervistati. Nella metà dei casi in cui è stato effettuato un etilotest, il controllo è capitato una sola volta negli ultimi 12 mesi. La percentuale di persone che riferiscono l’effettuazione di un controllo con etilotest sembra diminuire con l’aumentare dell’età: dal 20% dei 18-24enni al 2% dei 50-69enni.

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

A livello territoriale si nota una differenza nelle abitudini di consumo tra le regioni del nord e quelle del centro sud (Tabella 4).

Italia nord-occidentale

Piemonte. La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore alla media nazionale per entrambe i sessi, ma gli indicatori che evidenziano le situazioni più a rischio presentano valori in linea con il dato nazionale.

Valle d'Aosta. In questa regione si rilevano tra i maschi i valori in assoluto più alti dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (86,5%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (38,1%), e valori comunque al di sopra del dato nazionale degli altri indicatori di rischio. Tra le donne si rilevano prevalenze al di sopra della media nazionale delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (63,1%) e delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto (19,0%).

Lombardia. Valori al di sopra del dato medio nazionale si rilevano sia per gli uomini che per le donne tra i consumatori di vino in modalità non mediterranea (M=67,2%; F=36,2%) e i consumatori di vino o alcolici fuori pasto (M=42,7%; F=20,2%).

Liguria. Tutti gli indicatori considerati risultano essere in linea con il dato medio nazionale e tra i maschi la prevalenza di *binge drinkers* è al di sotto della media (9,6%).

Italia nord-orientale

Trentino Alto Adige. Nonostante la prevalenza dei consumatori di sesso maschile risulti essere nella Provincia Autonoma di Bolzano in linea con il dato nazionale e nella Provincia Autonoma di Trento al di sotto di questo, tutti gli indicatori di rischio presentano in assoluto il dato più elevato di tutta la Nazione (ad eccezione dell'indicatore di rischio ISS che comunque rimane al di sopra del dato medio nazionale). Ancora più critica la situazione per le donne residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano dove per tutti gli indicatori si raggiunge il valore massimo nazionale.

Veneto. Tutti gli indicatori analizzati in questa regione per gli uomini risultano al di sopra del valore medio nazionale, mentre per le donne gli indicatori al di sopra del dato medio sono la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica (66,5%), di consumatori di vino non mediterranei (34,7%) e di consumatori fuori pasto (22,5%).

Friuli Venezia Giulia. Per entrambi i sessi tutti gli indicatori di rischio considerati risultano al di sopra del dato medio nazionale.

Emilia Romagna. La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è superiore al dato medio nazionale sia per gli uomini (83,4%) che per le donne (62,2%), tuttavia, tutti gli indicatori delle situazioni di rischio rientrano nella media italiana.

Italia centrale

Toscana. In questa regione i consumatori a rischio definiti dal criterio ISS risultano superiori al dato medio nazionale, nonostante la prevalenza di *binge drinkers* e quella di consumatori di vino non mediterranei siano allineate con il dato medio italiano.

Umbria. L'unico indicatore che per entrambe i sessi risulta al di sopra della media nazionale è la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica (M=83,4%; F=61,1%). Tra i maschi si registrano invece valori al di sotto del valore medio nazionale sia per i consumatori di vino in modalità non mediterranea (48,1%) che per consumatori fuori pasto (33,4%).

Marche. Gli unici indicatori al di sopra del valore medio nazionale sono tra i maschi la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (84,4%) e la prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) (29,0%). Tra le donne tutti gli indicatori sono in linea o, al di sotto del valore medio nazionale.

Lazio. Tra le donne, tutti gli indicatori risultano simili al dato medio nazionale, mentre tra gli uomini risultano tutti inferiori.

Abruzzo. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino in modalità non mediterranea (57,9%), dei consumatori fuori pasto (41,1%), dei *binge drinkers* (17,7%) e dei consumatori a rischio in base al criterio ISS (29,1%) risultano al di sopra del valore medio italiano, mentre tra le donne la situazione è migliore essendo tutti gli indicatori in linea o inferiori al valore medio.

Molise. Le prevalenze tra gli uomini dei consumatori di vino in modalità non mediterranea (60,9%), dei consumatori fuori pasto (42,2%), dei *binge drinkers* (20,0%) e dei consumatori a rischio in base al criterio ISS (36,5%) sono superiori ai rispettivi valori medi nazionali, mentre tra le donne, ad eccezione dei *binge drinkers* e i consumatori a rischio per il criterio ISS (in media con il dato nazionale), sono tutti inferiori.

Italia meridionale

Campania. È la regione che mostra in assoluto i valori più bassi di tutta l’Italia di consumatori di vino in modalità non mediterranea (M=36,1%; F=18,4%) e di consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M=21,8%; F=6,5%). L’indicatore di rischio (criterio ISS) (M=19,3%; F=4,9%) è quindi inferiore al dato medio nazionale per entrambe i sessi e secondo solo al dato registrato in Sicilia. Tra gli uomini si registra anche il valore più basso di consumatori di almeno una bevanda alcolica (72,3%).

Puglia. L’unico indicatore al di sopra del valore medio nazionale è la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini (83,9%), tutti gli altri indicatori, per entrambe i sessi, risultano minori o simili ai rispettivi dati medi italiani.

Basilicata. Tra gli uomini gli unici valori al di sopra del dato medio nazionale si registrano per la prevalenza di *binge drinkers* (18,4%) e di consumatori a rischio (criterio ISS) (32,1%); mentre tra le donne (ad eccezione di questi due che risultano allineati con il valore medio nazionale), tutti gli altri sono inferiori.

Calabria. Tra gli uomini gli unici indicatori superiori alla media nazionale sono la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica (83,6%) e la prevalenza dei *binge drinkers* (15,0%). Tra le donne tutti gli indicatori (ad eccezione dei *binge drinkers*) risultano inferiori alla media nazionale.

Italia insulare

Sicilia. È in assoluto la regione più virtuosa d’Italia. Presenta per entrambe i sessi, la più bassa concentrazione di bevitori *binge drinkers* (M=6,0%; F=1,3%) e di consumatori a rischio in base al criterio stabilito dall’ISS (M=14,0%; F=3,2%). Anche gli altri indicatori risultano comunque inferiori al dato medio nazionale. Tra le donne si registra anche il valore più basso delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica.

Sardegna. I consumatori di questa regione risultano assai diversi in relazione al genere degli intervistati. Tra i maschi risultano superiori ai rispettivi valori medi nazionali, la prevalenza di consumatori di vino in modalità non mediterranea (63,8%), dei consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (44,9%), di *binge drinkers* (18,3%) e quindi di consumatori a rischio (criterio ISS) (30,6%); tra le donne tutti i valori sono allineati con i dati medi (le consumatrici sono anche inferiori al valore medio nazionale).

Tabella 4. Tipologie di consumatori (%) per regione di appartenenza. Anno 2008

Regione	Consumatori									
	bevande alcoliche (%)		vino in modalità NON mediterranea (%)		fuori pasto (%)		*binge drinkers* (%)		a rischio (criterio ISS) (%)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	84,2	59,2	54,4	28,7	37,1	13,5	12,8	2,6	29,8	8,2
Valle d'Aosta	**86,5**	63,1	67,2	34,3	54,1	19,0	19,9	2,8	**38,1**	7,1
Lombardia	80,5	60,7	59,8	36,2	42,7	20,2	12,8	3,5	26,5	8,5
Trentino Alto Adige	80,1	62,9	77,9	53,5	56,7	30,8	22,5	6,2	34,0	10,2
Bolzano	82,8	**69,4**	**79,3**	**64,5**	**59,4**	**39,1**	**25,5**	**9,0**	36,0	**13,1**
Trento	77,4	56,7	76,4	41,5	54,0	22,9	19,5	3,6	32,0	7,5
Veneto	82,9	66,5	65,2	34,7	48,6	22,5	15,4	3,2	29,4	8,7
Friuli-Venezia Giulia	82,7	62,1	74,6	40,7	57,4	23,1	20,1	5,0	32,6	10,5
Liguria	80,4	55,9	55,0	30,9	38,4	15,6	9,6	1,9	26,8	8,2
Emilia-Romagna	83,4	62,2	53,5	30,1	39,5	17,2	12,7	2,8	28,0	6,9
Toscana	81,4	61,1	50,1	31,3	32,7	16,2	10,2	2,6	28,4	9,9
Umbria	83,4	61,1	48,1	27,0	33,4	14,7	10,6	2,4	27,6	8,0
Marche	84,4	59,1	48,3	23,1	37,0	12,9	11,9	1,8	29,0	5,1
Lazio	80,8	57,0	47,0	33,0	33,2	16,1	8,5	2,4	19,7	6,3
Abruzzo	81,6	46,8	57,9	27,4	41,1	10,9	17,7	2,2	29,1	5,2
Molise	80,6	50,8	60,9	20,7	42,2	10,7	20,0	3,0	36,5	8,0
Campania	**72,3**	47,5	**36,1**	**18,4**	**21,8**	**6,5**	11,0	2,9	19,3	4,9
Puglia	83,9	52,1	43,6	22,7	29,4	8,7	9,7	2,4	25,4	6,5
Basilicata	77,8	49,4	53,6	21,7	35,4	9,7	18,4	2,7	32,1	6,0
Calabria	83,6	51,8	46,9	24,2	34,7	10,2	15,0	2,9	26,0	5,3
Sicilia	74,3	**42,4**	41,7	18,5	27,9	7,1	**6,0**	**1,3**	**14,0**	**3,2**
Sardegna	79,0	51,5	63,8	30,0	44,9	15,4	18,3	2,6	30,6	4,7
ITALIA	*80,5*	*56,3*	*52,7*	*30,0*	*36,7*	*14,8*	*12,1*	*2,8*	*25,4*	*7,0*

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009

CONSUMO TRA I GIOVANI

Nel periodo 2007-2008 tra i giovani 11-24enni, non si registrano differenze statisticamente significative tra le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche e dei consumi fuori pasto. Nello stesso periodo si registra invece un decremento complessivo dei *binge drinkers* (maschi + femmine) di 1,8 punti percentuali e dei consumatori a rischio per il criterio ISS (maschi + femmine) di 2,6 punti percentuali.

Nel 2008 dichiarano di aver consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno il 19,7% dei ragazzi e il 15,3% delle ragazze 11-15enni (16 anni è l'età per cui la legge in vigore vieta la sola somministrazione e non la vendita di alcolici), il 69,6% dei ragazzi e il 53,6% delle ragazze 16-20enni, l'81% dei ragazzi e il 63,9% delle ragazze di 21-24 anni (Tabella 5).

Tabella 5. Prevalenza consumatori (%)11-24enni per tipologia di consumo. Anno 2008

Tipologia di consumatore	11-15 anni		16-20 anni		21-24 anni		11-24 anni	
	M	F	M	F	M	F	M	F
bevande alcoliche	19,7	15,3	69,6	53,6	81,0	63,9	55,5	43,1
vino	5,9	3,5	33,8	21,2	52,4	34,8	29,5	18,8
birra	10,7	5,6	55,3	30,1	69,6	44,3	43,9	25,5
aperitivi alcolici	7,5	4,7	44,7	33,1	59,3	40,4	36,0	25,2
amari	3,5	2,2	24,9	11,9	45,6	19,7	23,4	10,7
super alcolici	2,9	1,5	30,4	19,6	46,5	24,6	25,5	14,7
fuori pasto	6,5	4,8	40,9	28,0	50,5	33,1	31,7	21,3
Binge drinkers	1,5	1,7	17,8	5,4	21,5	6,5	13,2	4,4
a rischio (criterio ISS)	19,7	15,3	19,6	6,0	23,3	6,8	20,7	9,5

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009

La prevalenza più elevata di consumatori di bevande alcoliche si registra per gli 11-24enni che consumano birra (M=43,9%; F=25,5%); la più bassa per i consumatori di amari (M=23,4%; F=10,7%). Il 13,2% dei ragazzi e il 4,4% delle ragazze ha praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno. Nel complesso 1 ragazzo su 5 e 1 ragazza su 10 bevono secondo modalità a rischio e/o dannose per la salute e la sicurezza.

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

Nella classe di età al di sotto dell'età legale (11-15 anni), il 17,6% degli intervistati (M=19,7%; F=15,3%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 4,7% (M=5,9%; F=3,5%) degli adolescenti dichiara di aver bevuto vino, l'8,2% (M=10,7%; F=5,6%) birra (con un decremento di 2,6 punti percentuali rispetto al 2007), il 6,1% (M=7,5%; F=4,7%) aperitivi alcolici, il 2,8% (M=3,5%; F=2,2%) amari e il 2,2% (M=2,9%; F=1,5%) super alcolici. I giovani che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 1,6% (M=1,5%; F=1,7%) degli 11-15enni.

Consumatori di 16-20 anni

Nella classe di età adolescenziale (16-20 anni) il 69,6% dei ragazzi e il 53,6% delle ragazze dichiarano di aver consumato almeno una bevanda alcolica. Tra gli uomini la prevalenza più elevata è rappresentata dai consumatori di birra (55,3%) seguita da quelli che consumano aperitivi alcolici (44,7%) mentre tra le coetanee le consumatrici di aperitivi alcolici (33,1%) prevalgono su quelle che consumano birra (30,1%). Gli amari sono la bevanda meno consumata da entrambe i sessi. Quasi un ragazzo su due (40,9%) e oltre una ragazza su quattro (28,0%) hanno consumato vino o bevande alcoliche lontano dai pasti. L'11,7% (M=17,8%; F=5,4%) dei 16-20enni infine si è ubriacato almeno una volta nel corso dell'anno.

Consumatori di 21-24 anni

Nella classe dei 21-24enni infine, il 72,7% dei giovani (M=81,0%; F=63,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La prevalenza più elevata di consumatori di bevande alcoliche si registra sia tra i ragazzi (69,6%) che tra le ragazze (44,3%) che consumano birra. Il 50,1% dichiara di aver consumato aperitivi alcolici, il 43,9% vino, il 35,9% super alcolici e il 33,1% amari. Più di un ragazzo su due e una ragazza su tre di questa classe di età ha consumato alcolici fuori pasto e il 14,3% (M=21,5%; F=6,5%) si è ubriacato almeno una volta nel corso dell'anno. Tra l'anno 2007 e l'anno 2008 si è registrata una diminuzione dei consumatori di bevande alcoliche a rischio per il criterio definito dall'ISS di 2,6 punti percentuali tra i giovani di 11-24 anni (di 3 punti tra i maschi e 2,4 tra le femmine).

Il progetto "Il Pilota"

Il tour-ricerca nelle discoteche del Progetto di prevenzione denominato "Il Pilota", realizzato su finanziamento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha avuto lo scopo di valutare i consumi giovanili nell'ambito di una serata in discoteca e la percezione del rischio legata all'uso di alcol alla guida. I seguenti risultati (Figure 17 e 18) sono stati presentati nel corso del convegno annuale svoltosi il 21 aprile 2009 all'ISS a Roma nell'ambito del mese di prevenzione alcologica.

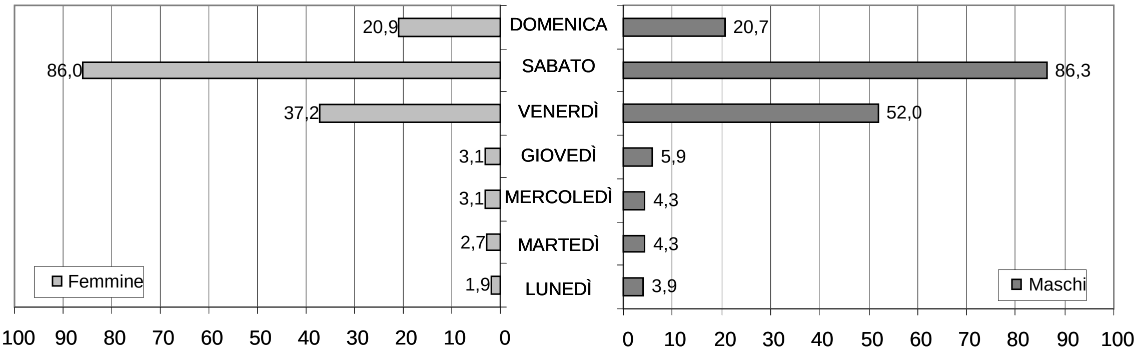

Figura 17. Percentuale di giovani che dichiarano di aver bevuto bevande alcoliche nell'ultima settimana (Fonte: Elaborazione su dati Il pilota 2008 – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol*)

Il venerdì sera il 52,0% dei ragazzi e il 37,2% delle ragazze che frequentano luoghi di aggregazione giovanile come pub e discoteche consumano bevande alcoliche. La percentuale, senza differenze di genere, sale all'86% il sabato sera e riscende nuovamente al 20% la domenica (Figura 17).

Tra i giovani che consumano oltre sei bicchieri di bevande alcoliche nel week-end è rilevante un trend emblematico di una generazione drammaticamente intrisa di una cultura dannosa e rischiosa dell'uso dell'alcol come sostanza di "sballo", di disinibizione chimica, di tolleranza dello stress derivante dalla prolungata permanenza in luoghi di aggregazione e ricreazionali. Tali luoghi presentano numerosi fattori predisponenti all'abuso (stimoli sonori e luminosi esasperati, uso quasi normalizzato di sostanze illegali, orari usuranti le capacità di vigilanza, razionalità, controllo). Al primo posto troviamo i giovanissimi al di sotto dei 18 anni in cui quasi 1 ragazzo su 2 e 1 ragazza su 5 beve fino ad ubriacarsi, seguiti dai 19-24enni (18,8% dei maschi e 9,4% delle femmine) e dai giovani di età superiore ai 25 anni (7,5% dei maschi e 5,5% delle femmine) (Figura 18).

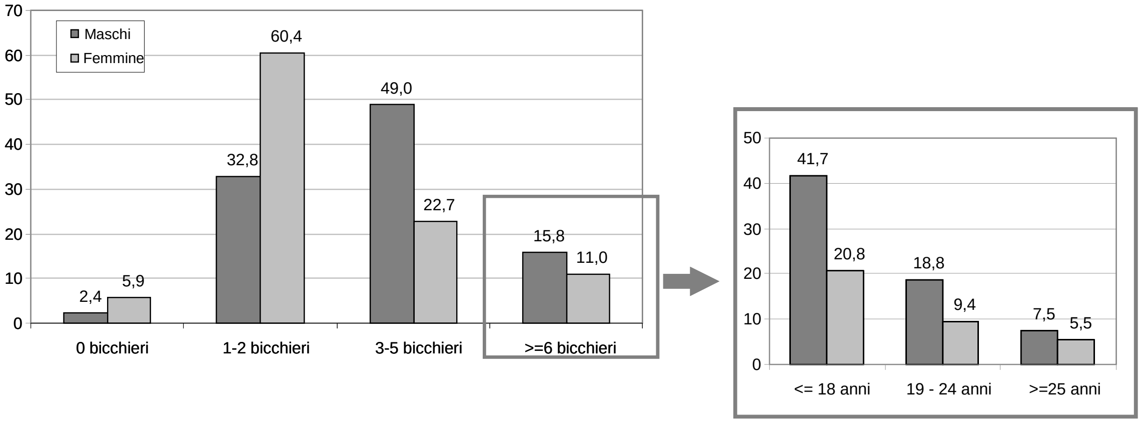

Figura 18. Consumo totale di bevande alcoliche in una serata tipo (Fonte: Elaborazione su dati II pilota 2008 - Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol*)

La media dei bicchieri di bevande alcoliche consumati in una serata tipo è di 4 bicchieri per un ragazzo e di 3 per una ragazza con profonde e sorprendenti differenze per età. Il consumo medio più elevato si registra tra i giovanissimi al di sotto dei 18 anni: quasi 5 bicchieri tra i ragazzi e 6 per le coetanee. I valori diminuiscono invece con l'avanzare dell'età per le femmine (2,7 bicchieri per le 19-24enni e 2 bicchieri per le ultra 25enni), mentre rimangono pressoché invariati per i maschi (rispettivamente 3,8 tra i 19-24enni e 3,6 tra gli ultra 25enni).

La frequenza più elevata si riscontra tra i consumatori di aperitivi alcolici e *breezer* (67,0%) con un numero medio di circa 2 bicchierini tra i ragazzi ultra 25enni e 1 bicchierino e mezzo circa tra le ragazze minorenni.

I consumatori di birra, pari al 43,4% del campione, fanno registrare tra i minorenni di entrambe i sessi un consumo medio di circa 1 bicchiere.

Il 43,0% dichiara di consumare vino con un consumo medio tra i minorenni pari ad 1 bicchiere e mezzo tra i maschi e circa 2 e mezzo tra le femmine.

I superalcolici infine sono consumati dal 27,0% degli intervistati e anche in questo caso i valori medi più elevati si registrano tra i minorenni (1 per i maschi e 1 e mezzo tra le femmine).

Il quadro che emerge dai dati rilevati dall'Osservatorio Nazionale Alcol nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile rivelano in tutta la sua drammaticità le abitudini di centinaia di migliaia di giovani, di minori che sono indotti al consumo rischioso e dannoso di alcol a fronte del mancato rispetto delle norme vigenti da parte di chi somministra l’alcol. Un comportamento agevolato quindi dagli adulti per i quali probabilmente la formazione è solo uno dei possibili bisogni rispetto all’esigenza di una maggiore coscienza civica e soprattutto di responsabilità e di etica dell’impresa che non sembrano trovare campo fertile in numerosi contesti. L’intervento dei sindaci, favorito dalla possibilità garantita dal Ministero degli Interni, di attuare ordinanze a tutela della sicurezza, ha dimostrato che il regime di controlli attivato può contribuire a diminuire il problema dell’abuso di alcol da parte dei minori. È tuttavia necessaria un’azione di carattere nazionale per evitare di introdurre ulteriori fattori di disuguaglianza a livello locale e regionale ed evitare il cosiddetto “nomadismo” dei giovani da una località all’altra sempre propensi ad evitare il controllo formale della società.

CONSUMO TRA GLI ANZIANI

Prevalenza dei consumatori ultra 64enni

Nel periodo 2007-2008 tra gli ultra 65enni è rimasta costante la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica; dichiarano infatti di averne consumate il 67,5% di anziani di 65-74 anni (M=84,5%; F=53,1%), il 59,8% di quelli di 75-84 anni (M=80,2%; F=46,0%) e il 50,0% degli ultra 85enni (M=67,7%; F=42,3%) (Tabella 6).

Tabella 6. Prevalenza di consumatori (%) ultra 64enni per tipologia di consumo. Anno 2008

Tipologia di consumatore	65-74 anni		75-84 anni		>84 anni		> 64 anni	
	M	F	M	F	M	F	M	F
bevande alcoliche	84,5	53,1	80,2	46,0	67,7	42,3	81,8	49,2
vino	79,3	45,6	76,0	40,3	66,2	39,2	77,2	42,9
birra	45,2	17,2	29,9	9,5	21,2	5,5	38,3	12,9
aperitivi alcolici	22,8	7,3	13,4	3,0	7,7	1,8	18,5	5,0
amari	29,2	8,9	20,7	4,5	8,7	4,5	24,8	6,7
super alcolici	22,7	6,0	14,5	2,1	5,4	2,5	18,7	4,1
fuori pasto	27,5	6,6	19,8	4,0	12,9	4,2	23,8	5,3
Binge drinkers	5,3	0,9	2,6	0,7	0,8	0,5	4,1	0,8
a rischio (criterio ISS)	48,1	13,1	45,3	9,6	33,1	8,3	46,0	11,2

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ISTAT Multiscopo 2009

La prevalenza più elevata dei consumatori tra gli ultra-65enni si registra tra coloro che bevono vino (M=77,2%; F=42,9%); le più basse tra i consumatori di aperitivi alcolici (M=18,56%; F=5,0%) e di super alcolici (M=18,7%; F=4,1%).

Non si registrano differenze statisticamente significative tra il 2003 e il 2008 tra i consumatori di vino, birra e aperitivi alcolici, per entrambe i sessi mentre risultano diminuiti i consumatori di amari e super alcolici rispettivamente di 4,6 e di 3,4 punti percentuali. Nel complesso inoltre si registra, nello stesso periodo, una diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio (criterio ISS) di 4,7 punti percentuali tra gli uomini e 2 punti percentuali tra le donne.

Le percentuali di consumatori delle diverse bevande alcoliche e di consumatori a rischio (fuori pasto, *binge drinkers* o a rischio ISS) tra gli anziani diminuiscono all'aumentare dell'età.

Nella classe di età 65-74 anni, l'84,5% degli uomini e il 53,1% delle donne dichiara di aver consumato bevande alcoliche. Il 61,1% dichiara di aver bevuto vino (M=79,3%; F=45,6%), il 30% birra, il 14,4% aperitivi alcolici, il 18,2% amari e il 13,7% super alcolici. La tipologia di rischio più legata a questa fascia di età risulta essere il bere alcolici senza attenersi alle linee guida ISS proposte dagli organi di tutela della salute (M=48,1%; F=13,1%) e consumare bevande alcoliche fuori pasto (M=27,5%; F=6,6%).

Nella classe di età 75-84 anni il 58,9% dichiara di aver bevuto alcolici (M=80,2%; F=46,0%). Nel dettaglio hanno dichiarato di aver bevuto vino il 54,7% degli intervistati (M=76,0%; F=40,3%), birra il 17,8%, amari l'11,0%, super alcolici il 7,1% e aperitivi alcolici il 7,2%. Anche in questa classe di età i comportamenti più a rischio risultano essere il non attenersi alle linee guida ISS e il consumare alcolici fuori pasto.

Nella classe degli ultra 85enni infine, il 50% dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'ultimo anno (M=67,7%; F=42,3%); gli uomini dichiarano di aver consumato principalmente vino (66,2%) e birra (21,2%) mentre le donne principalmente vino (39,2%). Le percentuali di consumatori degli altri tipi di bevande si mantengono invece al di sotto del 9% tra gli uomini e del 6% tra le donne. L'assunzione di alcol in quantità rischiose per la salute (criterio ISS) riguarda solo 1 uomo su 3 e 1 donna su 12, mentre il consumo fuori pasto interessa solo il 6,8% degli ultra 85enni. Il vino (Figure 11 e 12) risulta essere la bevanda che contribuisce in maniera pressoché esclusiva al bere problematico nell'anziano.

Il progetto ILSA

Il progetto ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*) (20) è uno studio la cui finalità primaria è quella di studiare la prevalenza, l'incidenza, i fattori protettivi e di rischio delle più frequenti patologie e alterazioni funzionali età correlate e di seguire nel tempo l'evolversi della condizione di salute o di malattia dei soggetti del campione. Lo studio ILSA ha permesso di rilevare, tra le altre variabili, anche il consumo di vino nel corso della vita per 2141 donne e 2258 uomini di età compresa tra 65 ed 84 anni al momento della prima rilevazione. Trattandosi dello studio di una coorte storica di anziani di riferimento in Italia si è ritenuto opportuno riportare, ai fini del presente report, i dati unici e originali relativi a quanto in corso di pubblicazione su riviste internazionali.

Tra gli anziani intervistati e sottoposti a screening nell'indagine ILSA è rilevato che, a 20 anni la percentuale di uomini consumatori di vino è pari al 76,2%. Tale percentuale aumenta gradualmente fino a raggiungere l'80,5% a 25 anni, 85% a 30 anni, 86,3% a 40 anni. Dopo i 40 anni, tale percentuale si mantiene costante fino a 50 anni (dove si registra il valore più elevato, 86,4%) per poi cominciare a decrescere. A 60 anni è ancora all'85%, a 70 è il 78,8%, a 75 il 75,9%, a 80 il 71,5%, e a 85 anni raggiunge il valore minimo di 33,3%. Dai 25 ai 65 anni la percentuale di uomini consumatori di vino è superiore all'80% (Figura 19).

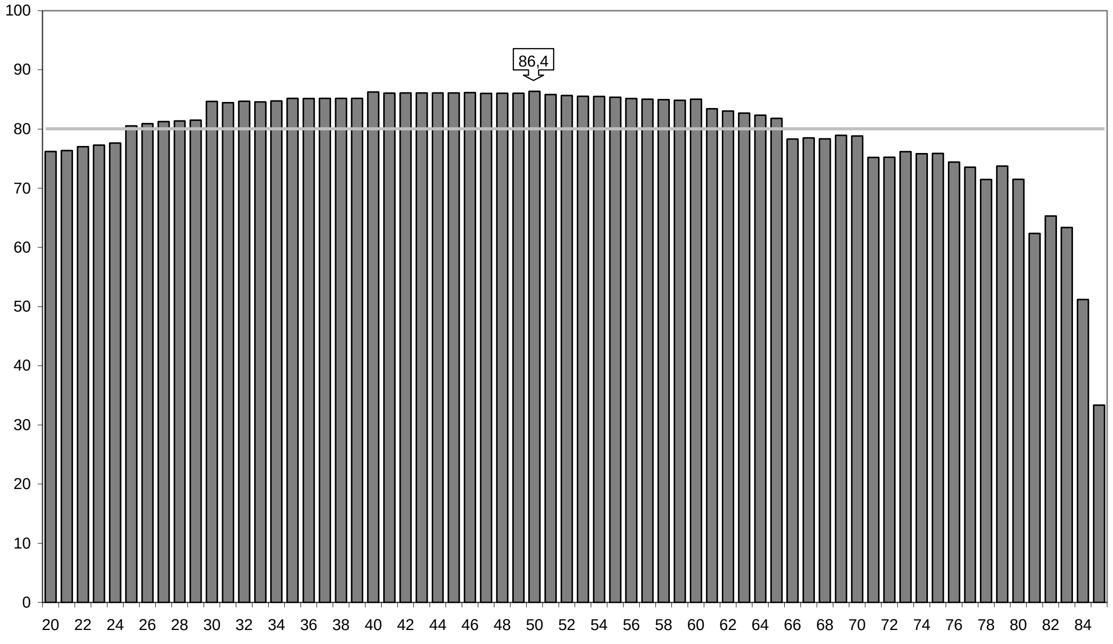

Figura 19. Uomini. Percentuale di consumatori di vino per anno di età (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ILSA)

L’11,1% degli uomini non ha mai bevuto vino nel corso della vita. Tra coloro che hanno consumato nel corso della vita, la frequenza più elevata, 39,2% si registra tra coloro che hanno consumato per 50-60 anni. Nel complesso l’80,8% lo ha consumato per più di 40 anni e il 16,2% per più di 61 anni.

A 20 anni il 54,5% delle donne consuma vino. A 30 anni la percentuale raggiunge il 62,4% e quindi il massimo valore a 40 anni; si mantiene costante sino a 50 anni (62,4%) e poi comincia a diminuire. A 60 anni è il 59%, a 70 il 53,3%, a 80 il 50,5%, a 85 è al valore minimo (8,6%). Da 20 a 80 anni più della metà delle donne consuma vino (Figura 20).

Le donne totalmente astemie sono il 34,4%, anche in questo caso, la frequenza più elevata, 26,4% si registra tra coloro che hanno consumato per 50-60 anni. Nel complesso, coloro che hanno consumato vino per più di 40 anni sono il 56,3%, quelle per più di 60 anni sono l’11,2%.

I dati riportati, che si integrano a quelli relativi alle quantità eccedentarie rilevate, dimostrano che l’abitudine al consumo alcolico degli anziani, espresso dalla prevalenza di consumo alle differenti età, è un fattore importante e probabilmente predittivo ai fini della valutazione della prolungata esposizione dell’organismo a modelli di consumo e a un rapporto con l’alcol: il 46% degli ultra65enni maschi e oltre l’11% delle ultra65enni ha un consumo secondo modalità dannose e rischiose per la salute, modalità che possono essere evitate a fronte di un indispensabile e convinta strategia di comunicazione, sensibilizzazione e prevenzione mirate alla riduzione dell’impatto alcolcorrelato sui servizi e sulle prestazioni offerte dal Servizio Sanitari Nazionale. Tale richiamo è stato anche condiviso dall’*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) di Lisbona che ha indicato come priorità la revisione dei servizi dedicati all’alcoldipendenza in funzione del forte impatto dell’utenza di soggetti ultra65enni per i quali sarebbe estremamente importante la diagnosi precoce come elemento di contrasto all’inevitabile marginalizzazione ed esclusione sociale alcolcorrelate.

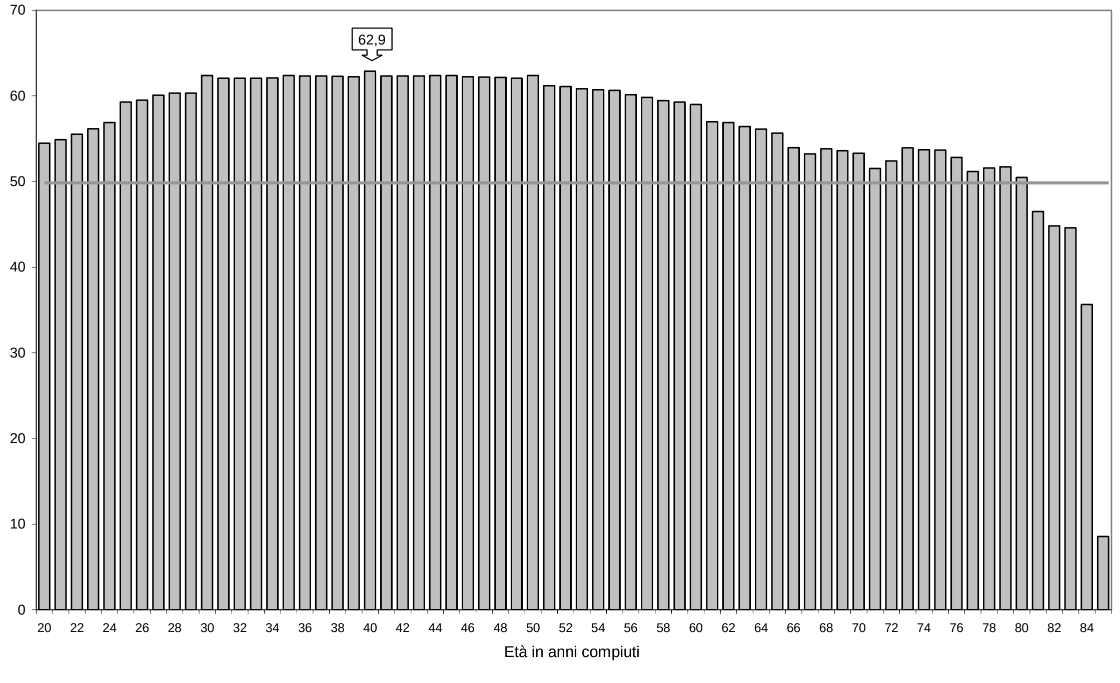

Figura 20. Donne. Percentuale di consumatori di vino per anno di età (Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati ILSA)

Alla luce dei dati epidemiologici emerge in tutta la sua evidenza la necessità di un approccio estremamente cauto nel proporre modelli che sembrano essere retaggio di una cultura di vera moderazione; tale cultura, prevalentemente negletta tra gli anziani, sembra caratterizzarsi da una condizione di esposizione, costante e prolungata, ad abitudini alcoliche i cui esiti sono oggi riscontrabili nel ricorso ai ricoveri ospedalieri da parte della popolazione anziana per patologie completamente attribuibile all'alcol, nel numero di alcoldipendenti anziani in carico ai servizi per l'alcoldipendenza, nelle massime prevalenze di consumatori a rischio riscontrabili tra gli ultra65enni in particolare di sesso maschile. È peraltro da considerare che i livelli di consumo sostenuti nel corso dell'intera vita dagli anziani esaminati nello studio longitudinale ILSA sono quelli che, estrapolati alla popolazione anziana odierna, hanno generato il livello di danno, il carico di malattia, di disabilità e mortalità che oggi osserviamo negli ultrasessantacinquenni in Italia. Ciò dimostra che probabilmente occorre ripensare con attenzione agli esiti del consumo alcolico definito per anni "mediterraneo" nel contesto più ampio di stile alimentare mediterraneo; consumo verosimilmente percepito come moderato dagli individui ma, nei fatti, attuato secondo modalità che oggi siamo in grado di definire fisiologicamente dannose e rischiose anche rispetto alle linee guida nutrizionali correnti.

MORTALITÀ E MORBILITÀ ALCOL-CORRELATE

Ogni anno nel mondo almeno 2,3 milioni di persone muoiono per una causa alcolcorrelata; in Europa 55 milioni di persone sono consumatori a rischio e 23 milioni gli alcoldipendenti. 195.000 persone muoiono per una delle 60 cause di morte alcolcorrelate; il 25% dei decessi tra i maschi di età 15-29 e il 10% dei decessi registrati tra le giovani donne è causato dal consumo rischioso di alcol.

La stima della mortalità alcolcorrelata (21) elaborata da Jurgen Rehm in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (Tabelle 7 e 8) ha evidenziato che il 6,23% dei decessi tra gli uomini e il 2,45% tra le donne è correlato con il consumo di alcol, per un totale di circa 25000 decessi parzialmente o totalmente evitabili a fronte di un corretto atteggiamento nel bere. A questi vanno aggiunti i decessi attribuiti ai minori di anni 20, non inseriti nel modello di valutazione per motivi di comparabilità internazionale del progetto del WHO *"Avoidable Deaths"*. Una valutazione complessiva stima in almeno 30.000 il contributo di morti causate da tutte le bevande alcoliche e che riconoscono nell'alcol la prima causa di morte tra i giovani sino all'età di 24 anni, decessi prevalentemente legati al problema di uso e abuso di alcol alla guida e per la cui prevenzione si esprimono in maniera incisiva sia la Risoluzione del Parlamento Europeo del dicembre del 2007 (che lancia la *Community Strategy on Alcohol*), che la *Framework on Alcohol Policy in the European Region* del WHO e la futura *Global Strategy* del WHO che verrà proposta in Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2010.

È da sottolineare che non esistono vantaggi derivanti dall'uso di alcol: l'azione dell'alcol sulla mortalità (espressa in termini di tassi di mortalità, morbilità e disabilità) è al netto dei "guadagni" derivanti dai possibili effetti protettivi di un bassissimo consumo di alcol registrabili solo dopo i 70 anni (10 grammi, meno di un bicchiere al giorno).

Tabella 7. Stima della mortalità alcol-correlata. Uomini. Anno 2002

Malattie alcol-correlate		**% morti alcol-correlate**				
		Classi di età				
		20-44	**45-64**	**20-64**	**65+**	**20+**
Tutte le malattie	sul totale tutti i morti	20,12	8,70	11,19	5,00	6,23
Neoplasie maligne	sul totale dei morti	4,12	7,16	6,90	4,81	5,31
	su i morti per la malattia considerata	0,63	3,29	2,71	1,48	1,73
Malattie cardiovascolari	sul totale dei morti	7,44	5,15	5,44	5,78	5,74
	su i morti per la malattia considerata	1,07	1,42	1,34	2,40	2,19
Cirrosi epatica	sul totale dei morti	39,59	49,18	47,51	47,92	47,75
	su i morti per la malattia considerata	1,43	2,34	2,14	0,81	1,07
Ferite	sul totale dei morti	38,19	23,49	32,68	18,35	26,25
	su i morti per la malattia considerata	16,68	1,71	4,97	0,57	1,44
Ferite intenzionali	sul totale dei morti	21,64	16,21	19,28	7,71	15,30
	su i morti per la malattia considerata	2,67	0,43	0,92	0,05	0,22
Ferite non intenzionali	sul totale dei morti	44,72	27,65	38,79	21,03	30,15
	su i morti per la malattia considerata	14,01	1,28	4,05	0,52	1,22

Fonte: Estimating alcohol-attributable mortality and burden of disease for Italy – what is avoidable? Jürgen Rehm, Emanuele Scafato. Alcohol Prevention Day 2007, Rome

Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti. Per i decessi da cirrosi epatica, il 47,7% per i maschi e il

40,0% per le donne sono attribuibili all'alcol e raggiungono il valore massimo nella classe di età 45-64; analogamente, il 26,25% e l'11,37% di tutti i decessi che hanno come causa di morte un incidente sono alcolcorrelati e la percentuale raggiunge valori massimi per entrambe i sessi nella classe di età più giovane (20-44).

Infine il 5,31% di tutti i tumori maligni maschili e il 3,01% di quelli femminili è attribuibile in Italia all'alcol.

Tabella 8. Stima della mortalità alcol-correlata. Donne. Anno 2002

Malattie alcol-correlate		**% morti alcol-correlate**				
		Classi di età				
		20-44	**45-64**	**20-64**	**65+**	**20+**
Tutte le malattie	sul totale tutti i morti	7,00	4,83	5,23	2,14	2,45
Neoplasie maligne	sul totale dei morti	2,30	4,00	3,76	2,79	3,01
	su i morti per la malattia considerata	0,95	2,28	2,03	0,57	0,72
Malattie cardiovascolari	sul totale dei morti	4,13	2,50	2,71	2,14	2,16
	su i morti per la malattia considerata	0,52	0,48	0,48	1,08	1,02
Cirrosi epatica	sul totale dei morti	31,70	42,56	40,99	39,76	40,03
	su i morti per la malattia considerata	0,84	1,50	1,38	0,55	0,63
Ferite	sul totale dei morti	21,32	17,19	19,33	9,40	11,37
	su i morti per la malattia considerata	4,38	0,73	1,40	0,31	0,42
Ferite intenzionali	sul totale dei morti	16,85	12,62	14,72	7,43	11,54
	su i morti per la malattia considerata	1,19	0,20	0,38	0,02	0,05
Ferite non intenzionali	sul totale dei morti	23,67	19,94	21,92	9,55	11,35
	su i morti per la malattia considerata	3,19	0,53	1,02	0,30	0,37

Fonte: *Estimating alcohol-attributable mortality and burden of disease for Italy – what is avoidable?* Jürgen Rehm, Emanuele Scafato. *Alcohol Prevention Day* 2007, Rome

I dati sin qui esposti trovano una conferma nelle tendenze e nei risultati individuati dalle più recenti revisioni e autorevoli aggiornamenti scientifici in letteratura che indicano nell'alcol una tra le principali cause di morte, malattia, disabilità evitabile in tutte le nazioni sviluppate e con mercato stabile; dati che sollecitano l'attenzione soprattutto su ambiti estremamente delicati come alcol e cancro (in particolare tra le donne per il cancro della mammella), alcol e guida, alcol e mortalità professionale/lavorativa. Tali riflessioni sollecitano anche una vigilanza sulla più elevata mortalità che si concentra prevalentemente nel corso dell'età produttiva; ciò ha un impatto economico che travalica il costo puro della valutazione di una vita e impone di considerare ciò che la società perde attraverso la mortalità prematura di cittadini chiamati a contribuire attivamente allo sviluppo della collettività.

Nel corso del convegno *Alcohol Prevention Day* che si è svolto all'ISS nel 2009 sono state prodotte le elaborazioni congiunte WHO-ISS, presentate da Jurgen Rehm, sulle stime relative al *burden of disease* (carico di malattia) alcol attribuibile espresso in DALYS (anni di vita persi a causa della mortalità prematura o anni di vita produttiva persi a causa di disabilità o di malattia di lunga durata) relativo all'anno 2004.

Pur depurato dai contributi delle uniche due categorie per le quali si registrano "risparmi" (diabete e alcune patologie cardiovascolari), l'effetto netto dell'alcol sul carico di malattia nella popolazione è rilevante e responsabile della perdita di migliaia di anni di vita; quest'ultimi potrebbero essere oggettivamente risparmiati a fronte di una cultura sociale e istituzionale della prevenzione, capace di responsabilizzare l'individuo in un percorso di salutogenesi non gravato dal consumo rischioso o dannoso di alcol (Tabella 9).

Tabella 9. Carico di malattia alcol-attribuibile espresso in DALYS*1000. Anno 2004

Categoria della malattia	**ITALIA**			**EUROPA**		
	M	**F**	**T**	**M**	**F**	**T**
Condizioni materne e prenatali (basso peso alla nascita)	0	0	0	11	9	20
Cancro	67	45	113	782	516	1298
Diabete Mellito	0	0	0	0	7	7
Disturbi neuropsichiatrici	40	28	68	4573	1018	5591
Malattie cardiovascolari	44	22	66	1927	489	2416
Cirrosi epatica	62	37	99	1680	839	2519
Incidenti (ferite) non intenzionali	84	17	101	4725	738	5463
Incidenti (ferite) intenzionali	13	3	17	1549	256	1806
Totale "effetti dannosi" attribuibili all'alcol	**311**	**154**	**465**	**15246**	**3872**	**19118**
Diabete Mellito	-17	-7	-24	-116	-56	-172
Malattie cardiovascolari	-54	-42	-96	-488	-832	-1320
Totale "effetti benefici" attribuibili all'alcol	**-71**	**-49**	**-120**	**-604**	**-889**	**-1493**
Carico di malattia alcol-attribuibile al netto dei benefici	**240**	**104**	**345**	**14642**	**2983**	**17625**
Tutte le morti	3367	3214	6581	84476	67271	151747
Percentuale di tutte le morti dovute all'alcol, al netto dei benefici	7,10	3,20	5,20	17,30	4,40	11,60

Fonte: *Alcohol and disability with special consideration of traffic injury-Analysis, evaluation and consequences*. J. Rehm, *Alcohol Prevention Day* 2009, Rome

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (AICAT)

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

Dai dati disponibili nel Report 2006 (22) risulta che i CAT che hanno partecipato al rilevamento annuale dei dati sono stati 1.378. Questi Club sono distribuiti per la maggior parte (80%) al nord: il 30% dei questionari compilati appartiene alla sola regione Veneto.

Negli ultimi tre anni c'è stata una crescita del numero di Club fino ad arrivare a 59 nuovi Club nati nel 2006, dato inferiore solo all'anno 1992 nel quale sono stati fondati 62 Club.

In Italia sono stati rilevati 12.595 partecipanti ai Club (alcuni non hanno risposto a determinate domande del questionario). La distribuzione in base alla residenza dei partecipanti sul territorio italiano è presentata nella Tabella 10.

Tabella 10. Distribuzione assoluta e percentuale dei partecipanti ai Club e frequentazione media in anni

Regione	Numero	Distribuzione (%)	Partecipazione media (anni)
Basilicata	85	0,7	2,5
Calabria	132	1,0	3,7
Emilia-Romagna	598	4,7	4,1
Friuli-Venezia	1.990	15,8	5,7
Lazio	192	1,5	4,1
Liguria	228	1,8	3,6
Lombardia	1.329	10,6	4,1
Marche	103	0,8	3,7
Piemonte	1.452	11,5	4,8
Puglia	287	2,3	3,6
Sicilia	194	1,5	2,4
Toscana	636	5,0	3,6
Trentino	914	7,3	5,8
Valle D'aosta	26	0,2	2,7
Veneto	4.429	35,2	5,3
Totale	**12.595**	**100**	**4,9**

Fonte: Report Dataclub2006 AICAT

L'età media dei partecipanti è 52 anni, senza differenze di genere. Il 55,5% è rappresentato da maschi e il 44,5% da femmine. La distribuzione dei soggetti per classe di età non è influenzata dal genere e oltre la metà dei partecipanti ha un'età compresa fra i 45 e i 64 anni mentre è bassa (10%) la percentuale delle persone con meno di 35 anni.

Il 97% dei partecipanti vive in una residenza fissa, il 2% in comunità terapeutica o casa-famiglia e lo 0,3% non ha fissa dimora.

Il titolo di studio è prevalentemente basso: solamente il 15% dei partecipanti è diplomato e circa il 3% laureato.

Il problema del bere per cui i soggetti hanno iniziato a frequentare il Club è nel 58% dei soggetti stessi, nel 40% uno dei familiari e nel restante 2% amici o conoscenti.

I principali canali di accesso ai Club sono gli ospedali o le cliniche (19,5%) seguiti dal suggerimento da parte di operatori di SerT (17,1%) o di familiari, conoscenti e medico di base (circa 14%).

Il cambiamento di stile di vita negli ultimi 12 mesi è valutato positivo da circa il 91% dei membri di Club (solo il 3,5% lo valuta negativamente e il 5% dichiara di non aver cambiato affatto stile di vita).

CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI DI SALUTE PUBBLICA

Sulla base di quanto analizzato emerge in maniera evidente che l'impatto alcolcorrelato è non solo rilevante a livello di popolazione, ma si caratterizza come uno dei principali fattori nel carico di malattia, disabilità e mortalità prematura in particolare negli estremi della popolazione: i giovani e gli anziani. Una considerazione è anche da porre sul fenomeno al femminile che sembra ormai avere raggiunto una rilevanza particolare soprattutto tra le adolescenti. È evidente che le problematiche sottese ad un dilagante consumo dannoso o rischioso di alcol richiedano un forte impegno e investimento rivolti alla prevenzione, all'identificazione precoce del consumo dannoso e rischioso di alcol attraverso gli strumenti standardizzati dal WHO (AUDIT e Short-AUDIT) e promossi dall'Osservatorio Nazionale Alcol nei programmi di formazione di Identificazione Precoce e intervento Breve (IPIB). C'è la necessità di finanziare, realizzare e mettere a regime modelli di intervento attraverso cui individui identificati come bevitori problematici possano essere presi in carico dagli operatori attivi in alcologia, riconoscendo formalmente tale disciplina e integrandola, in maniera autonoma, al settore dell'alcoldipendenza, di gestione del settore specifico. Affiancare la prevenzione nell'Assistenza Sanitaria Primaria a quella destinata al recupero dell'alcoldipendente è un'esigenza che necessita un intervento strutturale e di integrazione tra competenze e ruoli che possono in maniera sussidiaria giovare alla corretta gestione del problema specifico. È infatti fin troppo evidente dall'analisi delle rilevazioni periodiche, condotte dal Ministero in merito alle attività dei gruppi attivi nel recupero degli alcoldipendenti, che il settore di diagnosi e cura appare oberato dalle attività, dalle modifiche strutturali del lavoro svolto, dalla crescita e dalla caratterizzazione dell'utenza con un modificato rapporto paziente/operatore.

Nel corso degli ultimi anni le Relazioni al Parlamento del Ministro sullo stato di implementazione della Legge 125/2001 hanno puntualmente segnalato il preoccupante e costante incremento annuale di alcoldipendenti in carico ai servizi, indicatore emblematico della "carriera" alcolica di molti consumatori a rischio, di *binge drinkers*, di individui di ogni età ed estrazione sociale quale manifestazione ultima dell'effetto tossico, psicotropo e assuefante dell'alcol. Migliaia di giovani al di sotto dei 19 anni si trovano a confrontarsi con un problema troppo grande e troppo difficile da gestire e da affrontare. Ciò è anche a causa di un modello riabilitativo che non riesce a coinvolgerli in quanto nasce per la cura degli adulti e non di giovani; questi ultimi infatti avrebbero dovuto ricevere dalla società messaggi differenti (e non quelli che promuovono l'alcol nei luoghi di aggregazione giovanile) e alternative migliori al bere per ubriacarsi. I giovani pagano l'assenza della società, della famiglia e le contraddizioni delle istituzioni; queste ultime infatti non riescono a trovare le ragioni e le iniziative per incidere in maniera significativa su un cambiamento culturale che ponga il bene comune e la tutela dell'individuo al di fuori delle logiche di mercato e delle convenienze (nonostante gli evidenti indicatori di diseconomie legate all'alcol).

L'alcol produce indiscriminatamente rilevanti problemi sociali e di salute che oggi non è possibile ignorare: 30-35.000 decessi l'anno, oltre 100.000 ricoveri totalmente attribuibili all'alcol, circa 60.000 alcoldipendenti, oltre 9 milioni di individui a rischio di cui 1 milione e 500mila giovani (500mila i minori) e oltre 3milioni ultra65enni.

L'alcol, definito dal WHO *killer number one* per i giovani in Europa e in Italia mostra quotidianamente le conseguenze drammatiche legate alla sicurezza, fronteggiate in maniera diseguale da ordinanze locali che non hanno la valenza di politiche e strategie nazionali. In mancanza di tale attuazione, l'unico scenario prospettabile è quello dell'ulteriore e progressivo incremento delle problematiche rilevate, già pericolosamente consolidate nel corso degli ultimi dieci anni, e di un aumento dei costi sociali e sanitari, tangibili e intangibili, legati ad un comportamento evitabile.

Gli investimenti pubblicitari per le bevande alcoliche pari a 169.000.000 di euro rappresentano un parametro di riferimento emblematico rispetto all'investimento in comunicazione, sensibilizzazione e prevenzione della Legge 125/2001 pari a 1.500.000 euro per anno, e ridotto a poco più della metà nel corso degli ultimi due anni. La creazione di un Fondo nazionale per la ricerca e la prevenzione basato su una tassa di scopo sulla pubblicità gioverebbe alla popolazione a parere della Consulta Nazionale Alcol.

La completa mancanza di investimenti in ricerca, finalizzata alla migliore conoscenza di un fenomeno che ha radici, ragioni e culture nuove e inesplorate in Italia, appare un ulteriore elemento di giudizio per poter valutare appieno gli ostacoli, le barriere e le difficoltà che anche l'evidenza scientifica subisce: l'atteggiamento culturale (anche istituzionale) che non distingue tra tutela del consumo e politiche di controllo e di contrasto al consumo dannoso e rischioso di bevande alcoliche, tutte, nessuna esclusa.

L'abbandono del bere mediterraneo per intere generazioni di individui, in particolare della popolazione maschile al di sotto dei 50-60 anni, ha determinato come conseguenza l'impossibilità concreta di trasferire regole e norme di consumo. Queste ultime sono oggi appannaggio dei modelli televisivi pubblicitari, che stuzzicano (infatti si chiamano *teaser*) dicono cosa-come-quando e quanto bere: con immagini di frigoriferi colmi di bevande alcoliche; di donne felici che diventano il fulcro di una festa a base di noti aperitivi alcolici; di uomini che si trasformano in donne e viceversa; che ammiccano all'esigenza di trasgressione; di uomini bellissimi circondati da donne splendide in cornici ambientali da sogno; di uomini che bevono "bicchieri" smisurati di superalcolici (successo sessuale, sociale, economico); di donne che scelgono l'uomo attraverso il sapore di un bacio dall'inconfondibile sapore di liquore.

Eventi musicali, sportivi e persino culturali si avvalgono della sponsorizzazione delle bevande alcoliche contribuendo ad una cultura del bere che associa in un legame indissolubile il divertimento, il tempo libero, l'attività sana con il consumo di alcol.

L'autoregolamentazione e i codici connessi sono stati dichiarati insufficienti a livello europeo dal Parlamento e, non a caso, è stata prospettata la necessità di una sostituzione con meccanismi di co-regolamentazione.

Tutto ciò contribuisce alla cultura nazionale dell'alcol. Sia la cornice legale, fornita dalla Strategia Comunitaria sull'Alcol, in cui ogni parola è sottesa ad una valutazione dell'evidenza scientifica, che i richiami della Risoluzione del Parlamento Europeo, non riescono a sollecitare in Italia una nuova impostazione delle modalità di *alcohol policy making* rivolte a far applicare i correttivi richiesti agli Stati Membri. Tali correttivi, basati su *best practices* disponibili, e già utilizzate in altre Nazioni europee, in Italia trovano forti resistenze che rallentano o impediscono l'adozione di tutte le misure di cui ci si potrebbe giovare per la tutela dei minori, dei più vulnerabili, e per l'incremento dei livelli di sicurezza e di salute protetta dall'impatto alcolcorrelato. L'adozione di tali buone pratiche scalzerebbe l'Italia dalla triste reputazione di Paese con politiche sull'alcol a basso rigore e controllo, così come descritto dal report *European Comparative Alcohol Study* (ECAS) e da numerose pubblicazioni internazionali.

La valutazione delle priorità emergenti dovrebbe coincidere con le proposte e i pareri espressi nel corso degli ultimi anni dalla Consulta Nazionale Alcol istituita dalla legge 125/2001, dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, dal Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol, dalla Società Italiana di Alcologia. Tali proposte sono state presentate, discusse e adottate a Roma nel corso della Prima Conferenza Nazionale Alcol (ottobre 2008). In tale occasione, sono state individuate priorità e formulate proposte concrete, condivise e indirizzate, focalizzate sui gruppi più vulnerabili all'alcol e al rischio alcolcorrelato: i bambini, i giovani, le donne.

Le valutazioni di pertinenza basate sull'analisi della documentazione nazionale, europea e internazionale hanno condotto alle seguenti proposte:

a) innalzamento dell'età minima legale per la somministrazione dagli attuali 16 anni ai 18 anni, accompagnando tali modifiche con un adeguato rafforzamento dei controlli e applicazione delle relative sanzioni a carico degli esercenti che violino tali norme;
b) opportunità di introduzione del divieto di vendita di alcolici al di sotto dell'età legale, ad integrazione di quello attuale limitato al divieto della sola somministrazione;
c) necessità urgente di rafforzamento delle misure relative alle modalità di marketing e di pubblicità che promuovono l'alcol, inclusa la sponsorizzazione di eventi che richiamano i giovani;
d) necessità di revisione del codice di autoregolamentazione e opportunità di creazione di un fondo da destinare alla ricerca e alla prevenzione garantito da adeguate forme di prelievo sugli investimenti pubblicitari delle bevande alcoliche;
e) su alcol e guida, incremento della disponibilità e della dotazione di *check-points* per misurare, tramite etilometro, l'alcol consumato nei locali frequentati in particolare dai giovani; abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e più inesperti;
f) modifica della norma relativa all'attuale divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne, sostituendola con un divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche nelle 24 ore;
g) necessità di attuazione di programmi di promozione della salute riguardante l'alcol e i problemi alcolcorrelati nei contesti scolastici. I programmi, differenziati per fascia di età, dovrebbero favorire l'incremento delle abilità e capacità critica dei giovani attraverso il sostegno degli insegnanti, dei gruppi di pari e, in continuità, dei genitori;
h) indispensabilità di attuazione di programmi specifici di prevenzione, di identificazione precoce di abuso alcolico e di intervento breve che andrebbero previsti in tutti i luoghi di lavoro, e di rafforzamento di controlli per tutte le categorie a maggior rischio indicate dalle normative vigenti;
i) incremento delle iniziative di informazione e sensibilizzazione su alcol e giovani, alcol e donna, alcol e gravidanza da considerarsi prioritari e da proporre in maniera sistematica attraverso iniziative costanti e di medio-lungo termine;
l) sollecitare l'individuazione delle modalità atte a garantire sia a livello nazionale (per le associazioni di coordinamento) che regionale e locale, il necessario sostegno alle attività ordinaria delle associazioni di volontariato basate sul mutuo-aiuto;
m) assicurare finanziamenti costanti e adeguati alla ricerca, come richiamato dal comma e) della Legge 125/2001 e alla formazione e aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati;
n) garantire un programma di formazione e l'integrazione di attività specifiche riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo WHO e EU (IPIB/ISS e PHEPA) nei setting di medicina generale e in quelli socio-sanitari di prevenzione e assistenza.

È peraltro indispensabile, come da anni sostenuto dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS:

- attivare un monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici, così come richiesto dal PNAS, Piano Nazionale Alcol e Salute;
- creare, attraverso la collaborazione in rete di tutte le Regioni, i Servizi Territoriali, le realtà del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto, una rete di Osservatori Regionali

  sull'Alcol, un sistema informativo di monitoraggio, sorveglianza e valutazione a) del consumo e dei modelli di consumo alcolico, b) degli indicatori del danno alcolcorrelato, c) degli interventi adottati;
- favorire un approccio integrato che coinvolga, oltre ai servizi sanitari, anche i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate;
- costruire un sistema complesso di trattamento accessibile, fruibile, efficace/efficiente, flessibile e affidabile, basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata analisi dei bisogni.

In conclusione è opportuno che la cultura delle problematiche alcol correlate, in particolare quelle relative al consumo dannoso e rischioso di alcol e all'alcoldipendenza, venga diffusa e promossa attraverso i mass media e tutti i canali di comunicazione, con il duplice obiettivo da un lato di mantenere alto il livello di attenzione su una patologia sociale misconosciuta e dall'altro di rinforzare nella società la consapevolezza dell'importanza, necessità e urgenza di uno stile e un modello di consumo di alcol veramente moderato e responsabile, capace di non nuocere a chi beve e soprattutto di rispettare la regola che non si attui a scapito degli altri.

BIBLIOGRAFIA

1. Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB, Beilin LJ. Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factor-a review. *Addiction* 1999;94:649-63.
2. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos C. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease-an overview. *Addiction* 2003;98:1209-28.
3. Fuchs FD, Chambless LE. Is the cardioprotective effect of alcohol real? *Alcohol* 2007;41:399-402.
4. Rehm J, Room R, Monteiro M, *et al.* Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Ed.). *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors (vol 1).* Geneva: World Health Organization; 2004. p. 959-1109.
5. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, UK; 2006. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm; ultima consultazione 03/03/2010.
6. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global Status Report on Alcohol*, Geneva; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf; ultima consultazione 03/03/2010.
7. Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström,Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus. *The ESPAD Report 2007. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Disponibili al sito: http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_090617.pdf; ultima consultazione 03/03/2010.
8. Indagine ESPAD Italia. *Prevalenze d'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali.* Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, 2006. Disponibile all'indirizzo http://www.epid.ifc.cnr.it/Espad/index.htm; ultima consultazione 29/03/2010
9. ISTAT. *Indagine Multiscopo - Aspetti della vita Quotidiana*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile al sito: http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/; ultima consultazione 03/03/2010.
10. Adamo D, Orsini S. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia - Anno 2008. Statistiche in breve.* Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20090423_00/; ultima consultazione 03/03/2010.
11. Babor T, Caetano R, Casswell S, *et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* New York, NY: Oxford University Press; 2003.
12. Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf; ultima consultazione 03/03/2010.
13. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA). *Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professionals' Daily Work. Italy country report.* Disponibile all'indirizzo http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8870.html; ultima consultazione 03/03/2010.
14. Scafato E, Allamani A, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Struzzo P and the Italian WHO phase IV EIBI working group. *Development of country-wide strategies for implementing early*

identification and brief intervention in primary health care. Report on phase IV. Chapter 11. WHO report, 2006. Disponibile all'indirizzo http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf; ultima consultazione 03/03/2010.

15. Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. *The affordability of alcoholic beverages in the European Union Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms* Rand technical report prepared for the European Commission Directorate General for Health and Consumers (DG SANCO) EUROPE, 2009. Disponibile all'indirizzo http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689/; ultima consultazione 03/03/2010.
16. European Commission. *Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum*, 2009. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/alcohol_science_group_en.htm; ultima consultazione 03/03/2010.
17. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R and Hastings G. Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol & Alcoholism* 2009. Disponibile all'indirizzo http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/agn115v1.pdf; ultima consultazione 03/03/2010.
18. Rapporto ACI-ISTAT. *Incidenti stradali, anno 2007*. Disponibile all'indirizzo http://www.aci.it/index.php?id=299&tx_ttnews%5Btt_news%5D=526&tx_ttnews%5BbackPid%5D=280&no_cahce=1&mese=Novembre_2008; ultima consultazione 03/03/2010.
19. Gruppo tecnico di coordinamento del progetto di sperimentazione del "Sistema di sorveglianza PASSI. *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/30).
20. Maggi S, Zucchetto M, Grigoletto F, Baldereschi M, Candelise L, Scarpini E, Scarlato G, Amaducci L. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods. *Aging* 1994;6(6):464-73.
21. Rehm J, Scafato E. *Estimating alcohol-attributable mortality and burden of disease for Italy - what is avoidable?* Rome: Epicentro/Istituto Superiore di Sanità; 2007. Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Rehm.pdf; ultima consultazione 09/03/2010.
22. Scalese Urcioli M, Fortunato L, Curzio O, Molinaro S, Mariani F, Tilli A, Guidoni. *Rapporto di ricerca AICAT - CNR. Lo sviluppo del Progetto DATACLUB2006.* Disponibile all'indirizzo www.aicat.net/IT/uploads/dataclub_aicat/REPORT_ DATACLUB2006.pdf ; ultima consultazione 03/03/2010.

BIBLIOGRAFIA NAZIONALE DI APPROFONDIMENTO

Bartoli G, Patussi V, Rossi A, Scafato E. Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2001;4:9-12.

Bartoli G, Polvani S, Patussi V. La prevenzione delle problematiche alcol correlate e il medico di medicina generale: il progetto Drink-Less. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;23:75-82.

Beccaria F, Blasutti V, Cau L, Codenotti T, Costamagna F, Rolando S, and Scafato E. La pubblicità delle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto europeo ELSA. *Alcologia* 2008;2:64-73.

Farchi G, Scafato E, Greco D, Buratti E. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali. *La salute in Italia rapporto 1999*. Roma: Ediesse, 1999.

Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Russo R, Parisi N, Martire S *et al*. Lo stato di salute degli Italiani in relazione al consumo di alcol. *Alcologia* 2009;5(95):40-6.

Greco D, Farchi G, Scafato E. Lezioni di Piano: obiettivi di salute. Politiche sanitarie: Il Pensiero Scientifico Editore 2000; 3:161-162.

Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90, del 18 aprile 2001.

Panza F, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Frisoni G, Lorusso M, *et al*. Alcohol drinking, cognitive functions in older age, predementia, and dementia syndromes. *J Alzheimers Dis* 2009;17(1):7-31.

Patussi V, Bartoli G, Focardi F, Ragazzo E, Marcomini F, Muscas F, Russo R, Zuccaro P e Scafato E. L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2003;26(4):17-25.

Patussi V, Mezzani L, Scafato E. An overview of pathologies occurring in alcohol abusers. In: Victor Preedy V, Watson R (Ed.). *Comprehensive handbook of alcohol-related pathology*. London: Elsevier; 2005. Volume 1. p.255-262.

Patussi V, Scafato E. L'alcol come strumento preventivo? Esiste un bere moderato? *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2002; 2/3: 14-15.

Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Bollettino per le dipendenze e l'alcolismo* 2000;23(1):75-82.

Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. The opinion of general practitioners on the revention of alcohol-related problems: the Drink Less Project. A World Health Organization Study. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;23(1).

Scafato E. L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio* 1998;11(6):225-31.

Scafato E. Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *European Journal on Alcohol Studies* 2000; 12(1):3-12.

Scafato E. Lo stato di salute in Italia. *Salute e Territorio* 2000;120:84-8.

Scafato E. La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *Alcologia* 2000; 12(1):5-1 5.

Scafato E. *Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective. International Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. 2001. (WHO EUR/00/5020274 /01681).

Scafato E. Alcohol as a part of regional, Italian and European healthcare plans: The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach. *Alcologia* 2001;13(1):3-10.

Scafato E. L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il razionale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza. *Alcologia* 2001; 1 3(1):5-16.

Scafato E. Epidemiologia algologica. In: Cerbini C, Biagianti C, Travaglini M, Dimauro PE (Ed.). *Alcologia oggi: nuove tendenze tra clinica ed ecologia*. Milano: Franco Angeli; 2003. p. 13-17.

Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2004;40:25-34.

Scafato E. Alcol: generazioni a confronto. *Il Sole 24 Ore* - Sanità 2008.

Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. *Internal and Emergency Medicine* 2008;3:S131-S133.

Scafato E. La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. *Alcologia* 2008;2:80-5.

Scafato E, Cicogna F. I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto OMS "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo* 1998;21(1):11-20.

Scafato E, Cicogna F. The implementation of the European Alcohol Action Plan: Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia* 1998;10(1-2):72-4.

Scafato E, Farchi G. Alcol e malattie cardiovascolari. *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori.* Roma: Carocci Editore, 2000.

Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, e Ghirini S. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. *Alcologia* 2008; 1:28-42.

Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA). *Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professionals' Daily Work. Italy country report.* Disponibile all'indirizzo http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8870.html; ultima consultazione 03/03/2010.

Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPIB. *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve.* 2010. Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pres_linee_cliniche.asp; ultima consultazione 31/3/2010.

Scafato E, Ghirini S. *L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla.* Milano: Franco Angeli; 2008. p. 33-41.

Scafato E, Ghirini S. L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla. *Libro verde*. 2008. p. 33-41.

Scafato E, Ghirini S, Casertano L. Prevenzione dell'abuso di alcol. In: De Santi A, Guerra R, Filipponi F, Minutillo A. (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/23). p. 2-26.

Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Farchi G e Gandin C per il gruppo di lavoro CSDA. *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/04).

Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S. L'abuso dell'alcol tra i giovani: analisi dei determinanti e dei fattori di rischio *Not Ist Super Sanità* 2007;20(10):11-5.

Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Rossi A, Parisi N, *et al*. Consumo di alcol. Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2009. (*Rapporto Osservasalute 2009*) p. 6-10.

Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Scipione R, *et al.* Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2008;3(Suppl):30-4.

Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Scipione R, *et al*. Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2009;3:31-6.

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Parisi N. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2007. (*Rapporto Osservasalute 2007*).

Scafato E, Patussi V, Ghirini S, Russo R, Mattioli D, Carosi G, Di Pasquale L e il Gruppo di lavoro OssFAD. Alcohol Prevention Day 2004. L’analisi dell’Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD sui consumi in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2004;17:11-5.

Scafato E, Patussi V, Mezzani L, Londi I, Codenotti T, Gandin C, Galluzzo L, Di Rosa M, Bruni S, Vanni E, Ghirini S, Martire S, Di Pasquale L, Scafato A, Parisi N, Chessa E, Scipione R, Russo R. *Programma di formazione IPIB-PHEPA Identificazione precoce e intervento breve dell’abuso alcolico in Primary Health Care. Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria,* 2008.

Scafato E, Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *European Journal of Alcohol Studies* 1998;10(1-2):5-9.

Scafato E, Russo R, Bartoli G. Alcohol, health and policy: the Italian perspective. *European Journal on Alcohol Studies* 2001;13(1):21-5.

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

Scafato E, Russo R, Gandin C, Zuccaro P. La dimensione europea dell’alcolismo. *Salute e Territorio* 2003;141:322-8.

Scafato E, Russo R, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2006. (*Rapporto Osservasalute 2006*).

Scafato E, Russo R, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Parisi N. I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2005. (*Rapporto Osservasalute 2005*).

La riproduzione parziale o totale dei Rapporti *e* Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.

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

Roma, gennaio-marzo 2010 (n. 1) 6° Suppl.