



# RAPPORTI ISTISAN 19|5

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

## **Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni**

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

### **Rapporto 2019**

**E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, M. Vichi, R. Scipione  
e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)**



**EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA**



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

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

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol  
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione  
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute  
Rapporto 2019**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini,  
Claudia Gandin, Monica Vichi, Riccardo Scipione  
e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
*Centro Nazionale Dipendenze e Doping*

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

**Rapporti ISTISAN  
19/5**

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2019.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Monica Vichi, Riccardo Scipione e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2019, ix, 49 p. Rapporti ISTISAN 19/5

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) è dal 1998 il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'ONA elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "SISTema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dalla recente attivazione in ISS dell'azione centrale SISTIMAL per la valutazione dell'implementazione delle politiche nazionale e regionali sull'alcol che il Ministero della Salute provvede a trasmettere alla *World Health Organization* (WHO). L'ONA, sede del *WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol*, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

*Parole chiave:* Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2019.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Monica Vichi, Riccardo Scipione and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2019, ix, 49 p. Rapporti ISTISAN 19/5 (in Italian)

The alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as a third risk factor for disease and premature death after smoking and arterial hypertension. Since 1998 the National Observatory on Alcohol (ONA) is the formal and official national, European and international reference of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention and training in the field of alcohol and alcohol-related problems. The ONA evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system – SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and by the recent start-up at ISS of the "central action" SISTIMAL aimed at the evaluation of implementation of national and regional alcohol that the Ministry of Health is committed in providing to World Health Organization (WHO). The ONA, as WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problem, is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the WHO.

*Key words:* Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

Per informazioni su questo documento scrivere a: [silvia.ghirini@iss.it](mailto:silvia.ghirini@iss.it) e [claudia.gandin@iss.it](mailto:claudia.gandin@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it)

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2019.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/5).

---

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

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

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

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



**Il rapporto è stato realizzato dal Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) in collaborazione con:**

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

#### **Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA**

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)  
Antonella BACOSI  
Pierfrancesco BARBARIOL  
Marina CIANTI  
Tiziana CODENOTTI  
Simonetta DI CARLO  
Tiziana FANUCCHI  
Claudia GANDIN  
Silvia GHIRINI  
Laura MARTUCCI  
Valentino PATUSSI  
Rosaria RUSSO  
Riccardo SCIPIONE  
Gianni TESTINO  
Monica VICHI

---

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

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio previsto dalle azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto SISTIMAL "Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto alcol-correlato finalizzati alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione nazionale e regionale a supporto del Piano Nazionale di Prevenzione e alle Azioni Centrali del Ministero della Salute"

---



# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	v
<b>Politiche sull'alcol in Europa</b> .....	1
<i>Factsheet</i> della WHO sul consumo, sui danni e sull'attuazione delle politiche nei Paesi dell'UE.....	2
Il rapporto della WHO sui comportamenti degli adolescenti legati al consumo di alcol.....	6
<b>Consumi nella popolazione italiana generale</b> .....	9
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi .....	9
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici .....	11
<b>Comportamenti a rischio</b> .....	13
Consumatori abituali eccedentari.....	13
Consumatori fuori pasto.....	15
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	16
Consumatori a rischio (criterio ISS) .....	17
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	20
Italia nord-occidentale .....	20
Piemonte.....	20
Valle d'Aosta.....	23
Lombardia .....	23
Liguria .....	23
Italia nord-orientale .....	23
Provincia Autonoma di Bolzano .....	24
Provincia Autonoma di Trento .....	24
Veneto .....	24
Friuli-Venezia Giulia.....	25
Emilia Romagna.....	25
Italia centrale .....	25
Toscana .....	25
Umbria.....	26
Marche.....	26
Lazio.....	26
Italia meridionale .....	26
Abruzzo .....	27
Molise.....	27
Campania.....	27
Puglia.....	28
Basilicata.....	28
Calabria .....	28
Italia insulare .....	28
Sicilia.....	29
Sardegna.....	29
<b>Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili</b> .....	30
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere .....	30
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza.....	33

<b>Consumo di alcol tra i giovani</b> .....	34
Consumatori di 11-17 anni .....	35
Consumatori di 18-20 anni .....	36
Consumatori di 21-25 anni .....	37
<b>Consumo di alcol tra gli anziani</b> .....	38
Consumatori giovani anziani (65-74 anni).....	40
Consumatori anziani (75-84 anni) .....	40
Consumatori grandi anziani ( $\geq$ 85 anni) .....	41
<b>Conclusioni</b> .....	42
<b>Bibliografia</b> .....	47



## PREFAZIONE

Le malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD) rappresentano sempre più le cause principali di morte in tutto il mondo comportando un costo enorme che va ben oltre quello pagato in termini di salute, specie quando, alla base, risultano emergenti ampie e crescenti evidenze di disuguaglianze e nuove povertà che pregiudicano l'accesso adeguato e dignitoso ad un sistema di cura, influenzando sulla produttività della forza lavoro, minacciando la prosperità economica e uno sviluppo sostenibile. Le NCD stanno diventando un problema creando enormi disparità di opportunità di salute, specie per le popolazioni con basso reddito; in tutte le realtà sociali, le popolazioni più povere e più vulnerabili risultano quelle più a rischio e con minor probabilità di avere accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle NCD. È per questo che durante la terza riunione “high level” dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCD (che ha avuto luogo il 27 settembre 2018 a New York) presidenti e primi ministri degli Stati Membri si sono impegnati a rafforzare il loro impegno, come capi di stato e di governo, per fornire una leadership strategica per la prevenzione e trattamento delle NCD nella piena consapevolezza che la responsabilità dell'agenda sulle NCD non può più essere delegata esclusivamente ai ministeri della salute. Molti settori, tra cui finanza, commercio, agricoltura, istruzione e ambiente, hanno un impatto sostanziale sui fattori di rischio per NCD richiedendo ai governi e alle comunità uno sforzo comune e congiunto per affrontare azioni efficaci e necessariamente coordinate, che richiamano l'auspicio di scelte politiche tese a garantire la copertura sanitaria nazionale universale, supportata da leadership politica e responsabilità a tutti i livelli.

La più recente pubblicazione della *World Health Organization* (WHO) “Non communicable diseases country profiles 2018” sottolinea che è giunto il momento per i governi di porre in essere tutte le iniziative, le strategie, i piani d'azione ispirate dalla Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2011 tesa a impegnare gli Stati Membri alla riduzione entro il 2030, di un terzo della mortalità prematura, delle NCD, mortalità evitabile attraverso la prevenzione, il trattamento, e la promozione della salute e del benessere. Senza efficaci e immediati investimenti, 15 milioni di persone continueranno a morire ogni anno a causa delle NCD, prevalentemente nel periodo più produttivo della vita tra i 30 e i 69 anni. Il messaggio generale lanciato a livello internazionale è ottimistico nei suoi auspici: quasi dieci milioni sono le morti premature per NCD che possono essere evitate entro il 2025 se i governi decidono, oggi, di attuare le WHO “best buys” per la prevenzione dei principali fattori di rischio delle NCD come alcol, fumo, attività fisica, alimentazione. Come risposta all'impegno espresso attraverso la dichiarazione politica del 2011 sulle malattie croniche, diversi governi del mondo hanno sviluppato politiche nazionali, strategie e/o piani di azione per prevenire e controllare le malattie non trasmissibili intensificando gli sforzi, da rafforzare ulteriormente nei prossimi 3-5 anni, per mettere ciascuna nazione nelle condizioni di raggiungere gli Obiettivi di Salute Sostenibili sulle NCD (Obiettivi di sviluppo sostenibile, *Sustainable Development Goals*, SDG target 3, 4) evitando, ad esempio, 17 milioni di attacchi di cuore entro il 2030 nei paesi più poveri, generando un risparmio di oltre 350 miliardi di dollari da rendere fruibili per una sana crescita economica.

È stato calcolato che per un dollaro investito negli interventi comprovati per le NCD è possibile ottenere entro il 2030 un “guadagno” di 7 dollari derivante dalle migliori condizioni di salute, da ridotta morbilità, invalidità, morte prematura soprattutto nel carico di malattia relativo attualmente alle malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone/anno, principalmente per infarto e ictus), ai tumori (8,8 milioni), alle malattie respiratorie (3,9 milioni, principalmente asma e broncopneumopatie cronico ostruttive) e al diabete (1,6 milioni); questi quattro gruppi di malattie

sono responsabili in Italia del 91% delle morti premature da malattie cronico degenerative. Nella nostra nazione il carico prevalente è legato nello specifico al 36% delle morti da patologie cardiovascolari, al 27% delle morti per cancro, al 6% di quelle per malattie croniche respiratorie, al 3% dei decessi per diabete e ad un ulteriore 18% ad altre condizioni di cronicità.

Il consumo di alcol, l'uso di tabacco, l'inattività fisica, e una dieta inadeguata contribuiscono, singolarmente o in maniera complessiva, ad aumentare il rischio di mortalità, per definizione evitabile, a fronte di un'opportuna interpretazione dei comportamenti individuali; agendo principalmente su tassazione, regolamentazione della pubblicità, riduzione dei consumi e della disponibilità economica e fisica dei prodotti specifici di consumo, è possibile stimare il raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione del consumo dannoso di alcol, dell'inattività fisica, dell'uso incongruo di sale e zuccheri, di fumo, della pressione elevata, del diabete, dell'obesità e del sovrappeso, dei fattori di inquinamento ambientali e domestici. È di recente adozione da parte della WHO la resa disponibilità di nuovi strumenti per favorire una migliore azione sinergica sui determinanti commerciali e il lancio di comunità di pratica (*CoP, Community of Practice*) per le consultazioni e discussioni tra esperti mirando allo sviluppo della conoscenza, la identificazione delle *best practice* e di casi di studio sull'area tematica mirata alla prevenzione delle NCD da condividere attraverso la partecipazione attiva al Portale della Conoscenza (*Knowledge Action Portal for noncommunicable disease*).

In Europa, come nel mondo e a livello nazionale, le strategie e i piani di azione e prevenzione confermano l'esigenza di un intervento urgente e sostanziale rivolto a garantire maggiori investimenti da destinare alla promozione della salute, alla sensibilizzazione, all'identificazione precoce dei principali fattori di rischio, agli screening di popolazione, agli interventi e al trattamento, non esclusivamente farmacologico, delle NCD nella consapevolezza dell'esigenza di un approccio integrato che abbia la capacità di agire su ciò che è modificabile (fattori ambientali e comportamentali) e su ciò che può trovare correzione (fattori fisiologici) anche rispetto ai fattori genetici di più complessa regolazione e/o adeguato controllo.

È sempre più evidente che agire su un singolo fattore di rischio può essere insufficiente a contrastare l'incidenza delle malattie non trasmissibili. L'alimentazione scorretta e la mancanza di attività fisica, ad esempio, sono fattori inscindibili influenti sui disturbi del metabolismo; su questi ultimi è possibile intervenire contestualmente per la prevenzione dell'aumento della glicemia e dei lipidi nel sangue, tutti fattori implicati nell'insorgenza di sovrappeso, ipertensione, obesità, "diabesità", sindrome metabolica e, comunque, condizioni a loro volta favorevoli allo sviluppo di numerose patologie cardio e cerebrovascolari. Il consumo di alcol, non solo l'eccesso, causa circa 3 milioni di decessi annuali a causa di oltre 200 patologie, tra cui numerosi tipi di cancro; così come all'eccesso di sale, concausa dell'ipertensione, sono invece ancora attribuibili 4,1 milioni di decessi annuali, mentre all'aumento della pressione arteriosa sono attribuiti circa il 19% di morti globali, cui seguono in termini d'impatto il sovrappeso/obesità, l'iperglicemia (glicemia alta) e l'iperlipemia (elevati livelli di grassi nel sangue).

Persone di tutte le età e di entrambi i generi sono colpite dalle NCD che, sempre più frequentemente, riconoscono anche fattori legati all'evoluzione culturale delle diverse società includendo, ad esempio, l'urbanizzazione non pianificata, la globalizzazione degli stili di vita insalubri e l'invecchiamento della popolazione. È sempre più evidente che, in alcune realtà, la doppia transizione epidemiologica, legata alla prevalenza delle malattie non trasmissibili rispetto a quelle infettive, e demografica, legata all'invecchiamento della popolazione, rappresenta il problema principale e la sfida legata a uno sviluppo sostenibile.

Il "Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020" comprende nove obiettivi che hanno un maggiore impatto sulla mortalità globale da NCD; obiettivi da raggiungere entro il 2025 e da monitorare periodicamente attraverso una serie d'indicatori atti a verificare nel tempo i progressi registrati attraverso una *road map* e un menù di

opzioni che partono dalle *policy* ma sviluppano, necessariamente, un'azione coordinata e coerente, a tutti i livelli, dal locale al globale.

In Italia, come in tutte le nazioni a livello mondiale, restano fermi e imprescindibili gli impegni richiesti per il raggiungimento dei nove obiettivi delineati dalla WHO, primo tra tutti la riduzione complessiva del 25% della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, prevalentemente delle quattro principali NCD (patologie cardiovascolari, cancro, malattie croniche respiratorie, diabete) agendo sui quattro principali fattori di rischio comportamentali che maggiormente contribuiscono alla morbidità, alla disabilità e alla mortalità e mirando alla riduzione del 10% del consumo rischioso di alcol, del 10% dell'inattività fisica, del 30% del consumo di sale/sodio, del 30% dell'uso di tabacco, con auspicata riduzione del 25% di ipertensione e del non incremento dell'obesità.

L'incremento del consumo medio pro-capite e l'aumento contestuale di tutti gli indicatori di consumo a rischio in Italia non lasciano prevedere un progresso verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati per oggettiva mancanza d'intervento e d'implementazione di azioni in numerosi settori identificati dalla WHO come essenziali per le politiche sull'alcol, tra queste un'adeguata risposta di salute pubblica e dei servizi, e politiche più incisive sul marketing, sui prezzi, sul contrasto all'intossicazione, sulla disponibilità delle bevande alcoliche, in particolare per i minori.

Di sensibile rilievo anche gli obiettivi mirati al raggiungimento del 50% dell'intervento di counselling motivazionale al cambiamento e di terapie specifiche, oltre che al raggiungimento dell'80% di copertura/disponibilità/accesso a farmaci e tecnologie essenziali per la gestione delle NCD.

Anche i progressi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile sono condizionati dall'efficace attività di rinnovati piani di prevenzione considerando che in Italia la riduzione entro il 2030 di un terzo delle morti premature sulla base degli attuali trend è ben lungi dal potersi considerare raggiungibile.

Il medio-lungo periodo 2018-2030 non potrà non richiedere un ulteriore e più convinto impegno nel soddisfare l'esigenza crescente di azioni incisive per la lotta alle disuguaglianze, anche considerato e verificato che le povertà, vecchie e nuove, sono strettamente legate a una maggiore frequenza di NCD tra le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate, gravate da un più elevato carico di malattia e di mortalità prematura dei meno abbienti, soprattutto perché più a rischio di essere esposti a comportamenti e prodotti nocivi, come alcol, tabacco, pratiche dietetiche malsane e a limitato accesso ai servizi sanitari o a cure che prevedano un impegno economico non sostenibile in funzione del basso reddito.

Allo stato attuale l'abbattimento del rischio di morte prematura in Italia a causa delle malattie croniche non trasmissibili, e pari al 9 % circa di tutti i decessi, è possibile, secondo il monitoraggio periodico attuato dalla WHO (*Noncommunicable diseases Progress monitor 2017*), attraverso un maggior impegno nell'affrontare i gaps rilevati nel *policy making* e nell'implementazione per aree di azioni che ad oggi non risultano adeguatamente considerate; ad esempio una più decisa azione di contrasto al fumo favorendo politiche dedicate alla promozione di contesti *smoke-free*, all'incremento di misure, regolamentazioni, interventi rivolti a limitare la disponibilità delle bevande alcoliche, ad attuare più rigorose politiche di divieto di pubblicità degli alcolici (in particolare per i minori) e una politica dei prezzi che possa contribuire a non rendere conveniente l'acquisto di alcol (*happy hours*, promozioni di bevande alcoliche). Le informazioni derivate dai sistemi di rilevazione, analisi e disseminazione dei risultati sono rese sempre più disponibili e centrali per garantire dati epidemiologici e di monitoraggio alcol-correlato indispensabili e insostituibili per la pianificazione di strategie di prevenzione, per la programmazione sociosanitaria e per azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente di stimare entità e tendenza del consumo

“rischioso” in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia. Ciò è possibile attraverso il progetto SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato) finanziato dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute caratterizzato da indicatori originali e specifici. Tali indicatori sono costruiti e validati dall’Osservatorio Nazionale Alcol dell’Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) (sede della *WHO Collaborative Centre - WHO CC Research on Alcohol*) e attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, di andare oltre la mera registrazione del consumo medio *pro-capite* di alcol dalla WHO, producendo flussi informativi di dettaglio nazionale e regionale che consentono. Oltre il 90% degli alcolodipendenti stimati in Italia, non fruisce di un trattamento in quanto non richiesto né dalla persona, né attraverso l’invio da parte di un professionista della salute che dovrebbe identificare l’individuo a rischio. Questo è il divario da colmare, reso noto dall’analisi dei dati riportati annualmente dall’ONA. L’analisi segnala il divario come urgenza nella sua rilevanza di salute pubblica che deve essere sottoposta all’attenzione dei decisori politici e di quanti programmano e gestiscono gli interventi di prevenzione e di tutela della salute per garantire accessibilità ed equità nelle cure attraverso l’approccio di sostenibilità sanitaria e solidarietà sociale; in questo modo l’Italia deve poter continuare a connotarsi nel panorama europeo e internazionale come contesto di pratica di eccellenza clinica e sociale rinnovato nelle sue capacità di garantire un sistema che non è solo sanitario ma anche sociale, culturale ed economico .

Un approccio di sistema più attento e attivo è sollecitato per l’Italia al fine di rifinire e ridefinire per il prossimo futuro gli obiettivi di salute dei piani di prevenzione (nazionale e regionali), l’attuazione di indagini di popolazione sui principali fattori di rischio, la realizzazione di linee guida per la migliore gestione delle principali malattie che riconoscono nell’alcol la causa o l’attribuibilità anche parziale di numerosi tipi di cancro e molte malattie cardiovascolari e, infine, tutte le iniziative, comprese la formazione dei professionisti della salute , per l’identificazione precoce e l’intervento in relazione ai principali fattori di rischio e di malattia.

L’analisi dell’impatto epidemiologico di fattori di rischio, stili di vita e attività di prevenzione che vedono l’alcol come fattore trasversale e sicuramente correlato anche agli altri principali fattori di rischio come fumo, attività fisica, alimentazione, sovrappeso e obesità generale e giovanile, rappresenta uno dei contributi che favoriscono un indispensabile monitoraggio della situazione reale; un monitoraggio epidemiologico formalizzato da istituzioni anche attraverso il recente nuovo quadro normativo dettato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (che inserisce la “Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione” all’interno dei nuovi LEA relativamente all’area prevenzione collettiva e Sanità Pubblica) ma soprattutto dal DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (che inserisce, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull’alcol fra quelle a rilevanza nazionale) che trasferisce all’Istituto Superiore di Sanità molte delle sorveglianze specifiche tra le quali il SISMA, Sistema di Monitoraggio Alcol.

La *road map* italiana per il raggiungimento degli obiettivi nazionali può attuarsi anche attraverso semplici passi, che possono fare tuttavia una enorme differenza, come ad esempio aumentare le tasse su tabacco e alcolici, ridurre la quantità di sale negli alimenti, migliorare l’accesso ai farmaci e alle cure rendendoli meno costosi, favorendo screening precoci, favorendo la formazione specifica dei medici e degli operatori sanitari. I professionisti della salute dovrebbero essere sempre più legittimati a favorire informazione e prevenzione nei contesti di vita e di lavoro, nelle scuole. Nel contesto scolastico è opportuno che quanti hanno accesso ai minori garantiscano la distanza da interessi diversi da quelli propri di tutela della salute escludendo la possibilità che, (come richiamato anche di recente dalla WHO), la partecipazione il settore della produzione di alcolici possa qualificarsi con programmi o iniziative in *partnership*

rivolte a favorire una cultura del bere “consapevole”. Per i minorenni è importante sostenere azioni per il rispetto della legalità, dell’età minima di somministrazione e vendita e del consiglio di non consumare alcolici fino ai 25 anni (promosso dallo *European Action Plan* della *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) in quanto interferente con l’atteso sviluppo e connessa rimodulazione (*pruning*) cerebrale danneggiata dal consumo di alcol e sostanze.

Salvare vite umane, migliorare la salute e il benessere delle generazioni presenti e future e garantire che l’onere umano, sociale e finanziario della NCD non comprometta i guadagni di sviluppo degli anni passati è un percorso difficile ma non impossibile.

Sviluppare strumenti tecnici, strumenti di supporto decisionale e informazioni per l’attuazione di interventi basati su una valutazione di costo-efficacia, valutare l’impatto potenziale delle scelte politiche sull’equità e sui determinanti sociale della salute monitorando l’efficacia dell’azione multisettoriale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, richiede anche iniziative di risposta pubblica per la gestione dei conflitti di interesse, e per la comunicazione, su misura, valida, corretta e di contrasto (anche attraverso i social media) ad un uso estremamente e nocivamente diffuso delle *fake news* che minano i livelli di adeguata conoscenza e consapevolezza necessari per garantire percorsi di salute sostenibili, inclusivi, premianti.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore del WHO Collaborative Centre Research on Alcohol*

*Direttore dell’Osservatorio Nazionale Alcol*

*Vice Presidente della Federazione Europea*

*delle Società Scientifiche sulle Dipendenze*

*Past President SIA, Società Italiana di Alcolologia*



## POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

Nel 2016, il consumo dannoso di alcol ha provocato circa 3 milioni di decessi (5,3% di tutti i decessi) in tutto il mondo e 132,6 milioni di anni di vita con disabilità (*Disability-Adjusted Life Year*, DALY) – cioè il 5,1% di tutti i DALY in quell'anno. La mortalità derivante dal consumo di alcol è superiore a quella causata da malattie come la tubercolosi, l'HIV/AIDS e il diabete (1).

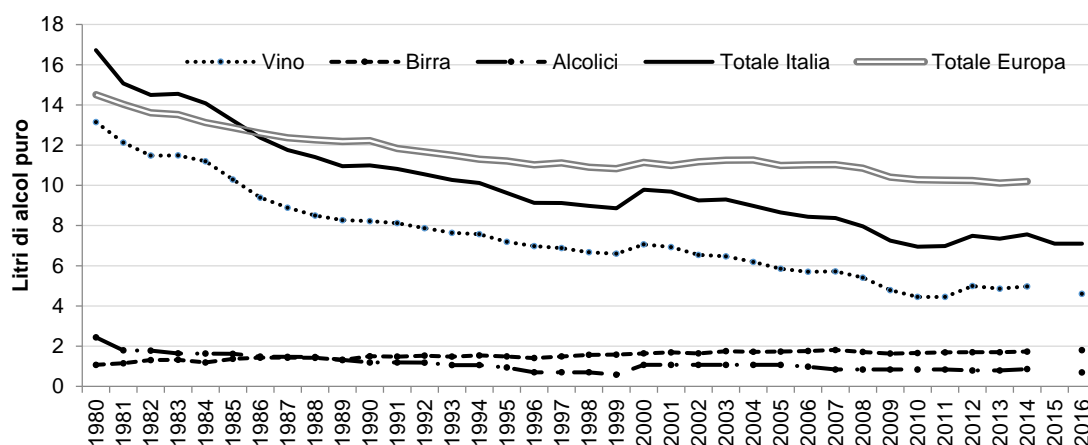
Circa 1,7 milioni di persone sono morte nel 2016 a causa di malattie non trasmissibili, tra cui circa 1,2 milioni di morti per malattie digestive e cardiovascolari (2) (0,6 milioni per ogni condizione) e 0,4 milioni per cancro (3). A livello globale si stima che 0,9 milioni di morti per lesioni siano attribuibili all'alcol, tra cui circa 370.000 morti a causa di incidenti stradali, 150.000 a causa di autolesionismo e circa 90.000 a causa di violenza personale. Tra gli incidenti stradali, 187.000 decessi attribuibili all'alcol sono avvenuti tra le persone diverse dai conducenti (1-4).

Nel 2011, la Regione Europea della WHO (*World Health Organization*) ha adottato il piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso dell'alcol 2012-2020 (*European Action Plan to reduce the harmful use of Alcohol 2012-2020*, EAPA) (5-6), in cui si pone l'accento sull'importanza dell'alcol come priorità di salute pubblica e si sostengono le azioni per ridurre il consumo dannoso di alcol e i danni che questo causa alla salute. Il piano d'azione offriva una serie di opzioni politiche basate sull'evidenza per ridurre il consumo dannoso dell'alcol e definiva 10 aree di azione.

Il consumo dannoso di alcol ha un impatto diretto su molti degli obiettivi di salute riportati nella nuova "Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile" e gli obiettivi di sviluppo sostenibili (*Sustainable Development Goals*, SDG) da raggiungere entro il 2030; tra gli obiettivi. La produzione e il consumo di alcolici sono molto importanti per molti altri obiettivi dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (salute materna e infantile, le malattie infettive, malattie non trasmissibili e salute mentale, lesioni e avvelenamenti) e il consumo di alcol pro-capite all'anno in litri di alcol puro è uno dei due indicatori per l'obiettivo di salute SDG 3.5 - "Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compresi l'abuso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol" (7).

L'indicatore per monitorare lo SDG 3.5 è il consumo pro-capite di alcol in litri di alcol puro (APC) e l'analisi del trend mostra che in Italia la diminuzione è stata maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo; in particolare si rileva che il dato italiano è stato superiore a quello europeo fino alla metà degli anni ottanta e che successivamente è andato aumentando il divario tra il dato rilevato in Italia e quello medio europeo (Figura 1).

Analizzando il dato per tipologia di bevanda si evince che in Italia la maggior parte dei litri di alcol puro vengono da sempre consumati bevendo vino, seguito da birra e in ultimo da liquori; nel corso degli anni tuttavia la proporzione di litri di alcol consumati bevendo il vino è diminuita costantemente passando da 13,5 nel 1980 a 4,6 nel 2016, mentre è aumentata quella di alcol consumato bevendo birra (da 1,07 a 1,8 rispettivamente). L'alcol consumato bevendo liquori e altri alcolici ha subito invece delle oscillazioni nel corso del periodo osservato (Figura 1).



**Figura 1. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Anni 1980-2016**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel *European Health for All database* (HFA-DB) della WHO-Europa

## **Factsheet della WHO sul consumo, sui danni e sull’attuazione delle politiche nei Paesi dell’UE**

Gli Stati Membri sono stati supportati per raccogliere dati e garantire l’armonizzazione tra gli indicatori chiave descritti nell’EAPA (5-6) attraverso la collaborazione congiunta con la Commissione Europea (UE). Questa collaborazione ha infatti rafforzato i sistemi di monitoraggio nazionali per valutare i cambiamenti nel consumo di alcol e i danni legati all’alcol, individuando misure politiche efficaci e alimentando le revisioni dei piani e delle strategie nazionali relativi all’alcol. La collaborazione congiunta della UE / WHO ha inoltre contribuito all’ulteriore sviluppo del Sistema europeo di informazione su alcol e salute (*European Information System on Alcohol and Health*, EISAH) e al sistema di informazione UE parallelo sull’alcol e la salute (*EU Information System on Alcohol and Health*, EUSAH), che contiene gli ultimi dati disponibili sui livelli e modelli di consumo di alcol, danno attribuibile all’alcol e risposte politiche e da cui è possibile estrarre i dati nazionali.

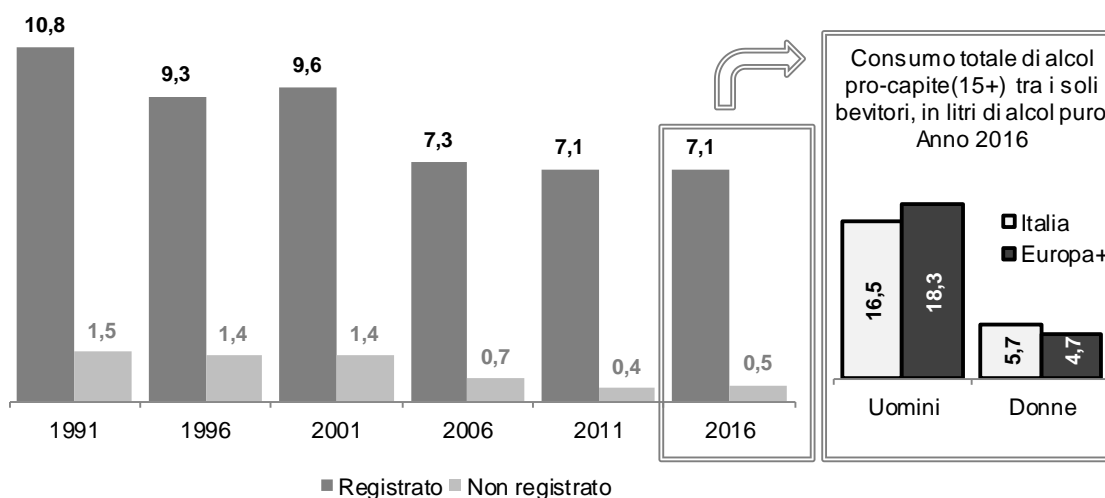
I *factsheet* dei 30 Stati Membri dell’UE, la Norvegia e la Svizzera pubblicati nel rapporto della WHO *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries* (8) contengono in maniera standardizzata i dati sul consumo, sui danni e sull’attuazione delle politiche per l’anno 2016, con l’obiettivo di fornire orientamenti ai responsabili delle decisioni politiche nazionali per un’ulteriore definizione delle priorità nel settore dell’alcol e della salute pubblica. Oltre alle tendenze sul consumo di alcol, ciascuna scheda informativa presenta una sezione sul consumo di alcol e sui danni attribuibili all’alcol, con particolare attenzione ai giovani e una sezione sull’attuazione delle politiche chiave sul controllo dell’alcol, compresi i tre “best buy” della WHO – aumento del prezzo, limiti di disponibilità all’acquisto e vendita delle bevande e divieti alla pubblicità sull’alcol in vigore negli Stati. Le schede consentono una rapida analisi di importanti sottoinsiemi di misure di politica sull’alcol che sosterranno i paesi a valutare i propri progressi verso la riduzione dei costi dovuti delle malattie non trasmissibili e dei loro principali fattori di rischio. Le schede



informative presentano anche, per la prima volta, una panoramica individuale dei punteggi degli indicatori compositi delle 10 aree di azione per ridurre il consumo dannoso dell'alcol.

Nella pubblicazione sono presentate le trenta schede informative relative agli Stati Membri dell'UE, la Norvegia e la Svizzera (denominata UE +). Ogni scheda contiene indicatori a livello nazionale sul consumo, sui danni e sull'attuazione delle politiche nell'anno 2016, con l'obiettivo di fornire ai decisori politici le misure più efficaci e le strategie da poter mettere in atto per soddisfare le esigenze specifiche dei singoli paesi.

Il *factsheet* dell'Italia mostra che nel nostro Paese il consumo pro-capite di alcol totale (comprensivo del consumo non registrato dal sistema economico del Paese) è diminuito nel corso degli ultimi venti anni raggiungendo nel 2016 il valore di 7,6 litri di alcol puro pro-capite (APC) (7,1 di consumi registrati e 0,5 di consumi non registrati). Si rileva inoltre che rispetto al 1991 sono diminuiti sia i litri di alcol puro registrati che quelli di alcol puro non registrati (Figura 2)



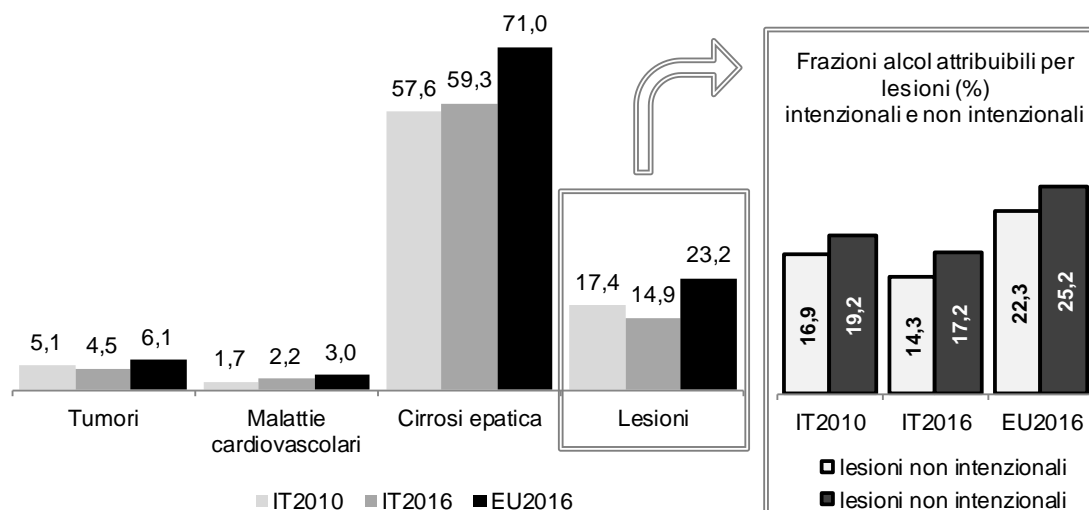
**Figura 2. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Anni 1980-2016**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel report WHO *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries* (8)

Al fine di meglio caratterizzare il peso del consumo pro-capite nella popolazione, è stato rapportato l'indicatore ai bevitori identificati nei diversi Paesi poiché il peso dell'astensione dall'alcol è un'indicazione da tenere in considerazione nella valutazione delle politiche da seguire.

Rapportando i litri di alcol puro alla popolazione dei soli bevitori si osserva che sia in Italia che in Europa, il valore è più elevato tra gli uomini rispetto alle donne; per gli uomini il dato italiano risulta più basso di quello europeo (16.5 vs 18.3) mentre per le donne si rileva una situazione opposta (5.7 vs 4.7) (Figura 2).

L'analisi del carico di malattie attribuibili al consumo di alcol è stato analizzato per le principali quattro categorie di malattie: i tumori, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le ferite (volontarie e non). Le frazioni alcol-attribuibili denotano la proporzione degli effetti che l'alcol ha sulla salute in termini di carico di malattia, ossia la proporzione dei danni che potrebbero essere evitati se non si consumassero bevande alcoliche. Nel rapporto sono stati messi a confronto i dati italiani del 2010 e quelli del 2016 e questi ultimi sono stati confrontati anche con quelli rilevati a livello europeo. I risultati, mostrati nella Figura 3, indicano che il gruppo di malattie che maggiormente influisce sulla salute è quello relativo alla cirrosi epatica che risulta aumentato tra il 2010 (57,6%) e il 2016 (59,3%) in Italia, sebbene si mantenga inferiore alla media dei Paesi europei (71%).



**Figura 3. Frazioni di malattia attribuibile al consumo di alcol(%) delle quattro maggiori categorie di patologia in Italia ed Europa. Anni 2010-2016**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel report WHO *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries* (8)

Il secondo gruppo di malattie in cui si rileva un peso dovuto all'alcol sostanziale è quello delle lesioni. Il dato italiano, in diminuzione tra il 2010 e il 2016, è inferiore a quello medio rilevato in Europa e, analizzando nel dettaglio questa categoria, si osserva che le ferite non intenzionali (incidenti stradali, annegamento, ustioni, avvelenamenti, cadute) sono superiori a quelle intenzionali (suicidio, violenza interpersonale), sia nel nostro Paese che in quello medio europeo.

Le malattie cardiovascolari infine impattano sulla salute in maniera minore rispetto alle precedenti ma, sebbene il dato italiano si mantenga inferiore a quello medio europeo (3,0%), si rileva un incremento tra il 2010 ed il 2016 (1,7% vs 2,2%) (Figura 3).

Nella sezione delle politiche sull'alcol sono stati pubblicati i risultati dello strumento messo a punto dall'Ufficio regionale per l'Europa della WHO descritto in dettaglio nel documento *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation* (9) (di prossima pubblicazione la traduzione e adattamento in italiano del volume a cura dell'ONA-ISS), per valutare i progressi degli Stati Membri verso l'attuazione delle misure politiche delineate nell'EAPA (5-6) e nella Strategia Globale della WHO (10-11). Lo strumento consiste nel calcolo di dieci punteggi di indicatori compositi, che rappresentano ciascuna delle 10 aree di azione dell'EAPA (Tabella 1).

Punteggi molto elevati e superiori alla media dei Paesi europei sono stati ottenuti per l'indicatore su leadership, consapevolezza e impegno, per quello su azione nella comunità e sul posto di lavoro, per quello sulle politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza, quello sulla disponibilità dell'alcol e quello sulla commercializzazione e politica sui prezzi. L'unico indicatore inferiore al valore medio europeo è quello relativo alla risposta dei servizi sanitari (Figura 4).

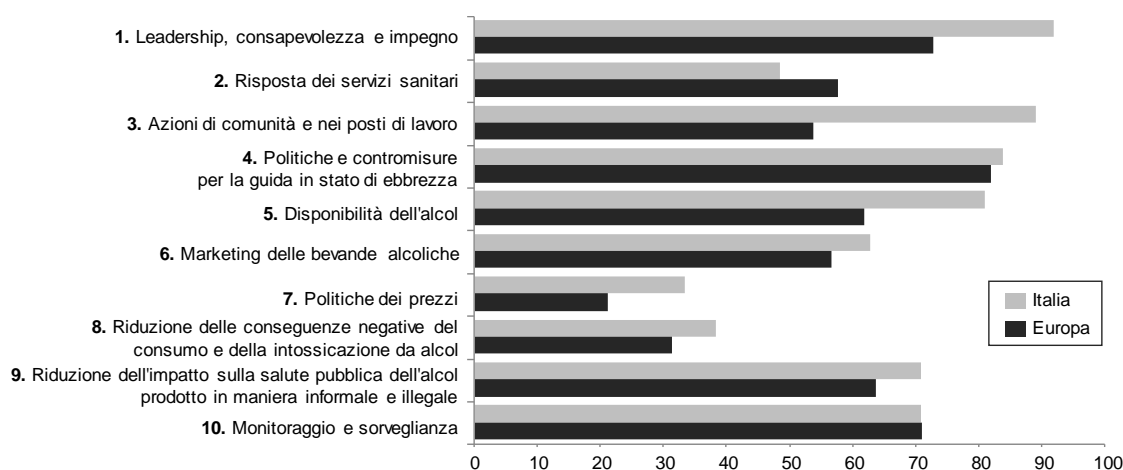
Sulla base delle indicazioni sulle *alcohol policy* del 2016, la WHO ha quindi prodotto per l'Italia tre "best buys":

1. Aumentare le accise sulle bevande alcoliche;
2. Attuare e imporre divieti o restrizioni generali per l'esposizione alla pubblicità di alcolici (su più tipi di media);
3. Attuare e imporre restrizioni sulla disponibilità dell'alcol (attraverso la riduzione delle ore di vendita).

**Tabella 1. Strategia globale della WHO per ridurre il consumo dannoso di alcol: aree di azione e interventi da attuare**

Aree d'azione di politiche	Interventi da attuare
Leadership, consapevolezza e impegno	Esprimere l'impegno politico attraverso politiche nazionali intersettoriali, adeguatamente finanziate che siano basate sull'evidenza e adattate alle circostanze locali
Risposta dei servizi sanitari	Fornire servizi preventivi e trattamento a individui e famiglie a rischio o affetti da disturbi causati dall'alcol e patologie correlate
Azione nella comunità e sul posto di lavoro	Sfruttare le conoscenze e le competenze locali delle comunità per cambiare il comportamento collettivo
Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	Introdurre misure per dissuadere le persone dalla guida in stato di ebbrezza; supportare condizioni di guida più sicure per ridurre al minimo la probabilità e la gravità degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol
Disponibilità dell'alcol	Impedire il facile accesso all'alcol per i gruppi vulnerabili e ad alto rischio; ridurre la disponibilità sociale dell'alcol così da cambiare le norme sociali e culturali che promuovono il consumo dannoso di alcol
Commercializzazione di bevande alcoliche	Proteggere i giovani regolamentando sia il contenuto del messaggio del marketing sull'alcol che la quantità di esposizione a tale marketing
Politiche dei prezzi	Aumentare i prezzi delle bevande alcoliche per ridurre il consumo tra i minorenni e impedire la progressione verso il consumo di grandi quantità di alcol e /o gli episodi di consumo eccessivo episodico, e influenzare le preferenze dei consumatori
Riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione da alcol	Ridurre il danno causato dall'intossicazione da alcol attraverso la gestione degli ambienti in cui si beve e informando i consumatori
Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale e informale	Ridurre le conseguenze negative dell'alcol prodotto in modo illegale o informale attraverso una buona conoscenza del mercato, un appropriato quadro legislativo e rinforzando i controlli dell'applicazione delle misure
Monitoraggio e sorveglianza	Sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare l'entità e il trend dei danni da alcol, rafforzare la sensibilizzazione, formulare politiche e valutare l'impatto degli interventi

Fonte: World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (10-11)

**Figura 4. Punteggio italiano ed europeo ottenuto nelle dieci aree del Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020.**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto della WHO *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries* (8)

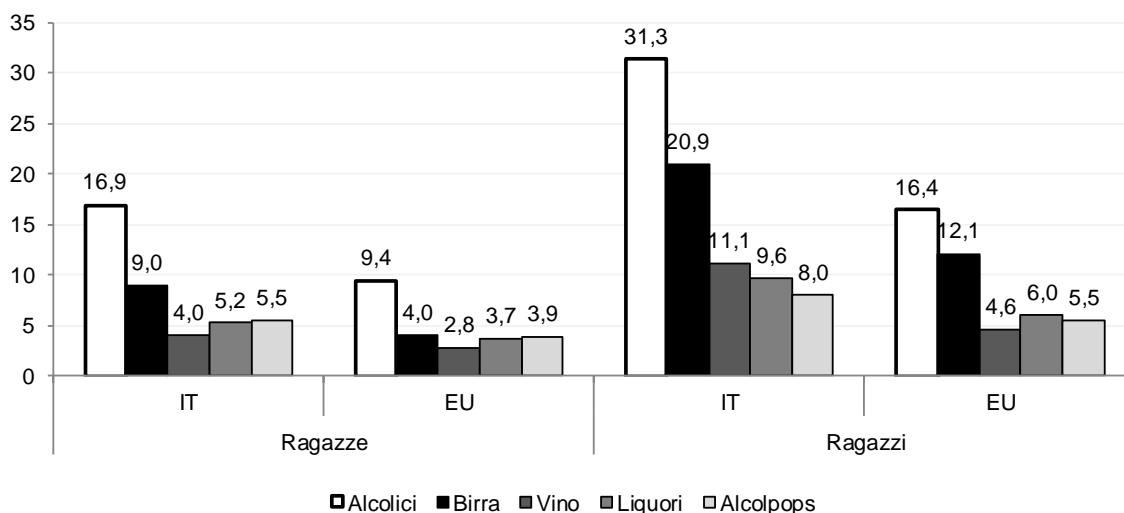
## Il rapporto della WHO sui comportamenti degli adolescenti legati al consumo di alcol

L'indagine sulla salute nei bambini in età scolare (*Health Behaviour in School-aged Children HBSC 12*) è uno studio internazionale della WHO che ogni quattro anni monitora i comportamenti di salute, la salute e il contesto sociale di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni. L'ultima indagine, i cui risultati sono stati pubblicati nel 2018 nel rapporto della WHO *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014* (13), ha raccolto dati internazionali sulla salute degli adolescenti, tra cui consumo di alcol e le modalità del bere, da oltre 30 anni, consentendo di confrontare la prevalenza tra paesi e nel tempo, e di evidenziare le disparità di genere e socioeconomiche presenti in tutta la Regione Europea.

Consumare alcol e ubriacarsi, insieme ad altri comportamenti rischiosi per la salute, tendono ad emergere in età adolescenziale. L'alcol è considerato una delle sostanze psicoattive più comuni utilizzate dagli adolescenti (14-15) e la maggior parte di loro inizia a consumare alcolici tra 12 e 16 anni, un'età in cui acquisiscono maggiore indipendenza dalla famiglia e trascorrono più tempo fuori casa lontano dal controllo genitoriale.

Nel rapporto è stata analizzata la prevalenza del consumo settimanale di bevande alcoliche tra i giovani che nel 2014 variava in base al Paese di appartenenza e al sesso dei ragazzi. La prevalenza più bassa per le ragazze è stata rilevata nel nord Europa mentre la più alta a Malta, in Ungheria, in Grecia e in Italia; anche per i ragazzi i valori più bassi di consumo settimanale si rilevano in Islanda, Norvegia, Irlanda e Svezia mentre i più elevati si registrano in Croazia, a Malta, in Italia e in Ungheria. In generale, si osserva una maggiore prevalenza di consumo settimanale tra i ragazzi rispetto alle ragazze. Rispetto all'anno 2002 si rileva infine una grande riduzione del consumo settimanale di alcol sia in Italia sia nella maggior parte dei paesi per entrambi i generi

La prevalenza del consumo settimanale di bevande alcoliche nel 2014 è stata più alta per la birra rispetto agli altri tipi di bevande alcoliche sia in Italia che nei Paesi Europei per entrambi i generi (Figura 5). Più ragazzi che ragazze hanno riferito di bere birra, vino, liquori e alcolici ogni settimana e rispetto al 2002 si rileva una diminuzione dei consumatori di tutte le bevande considerate.



**Figura 5. Prevalenza(%) del consumo settimanale di bevande alcoliche, vino ,birra, liquori e alcolpops per genere in Italia e nei Paesi Europei, 2014.**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto della WHO *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014* (13)

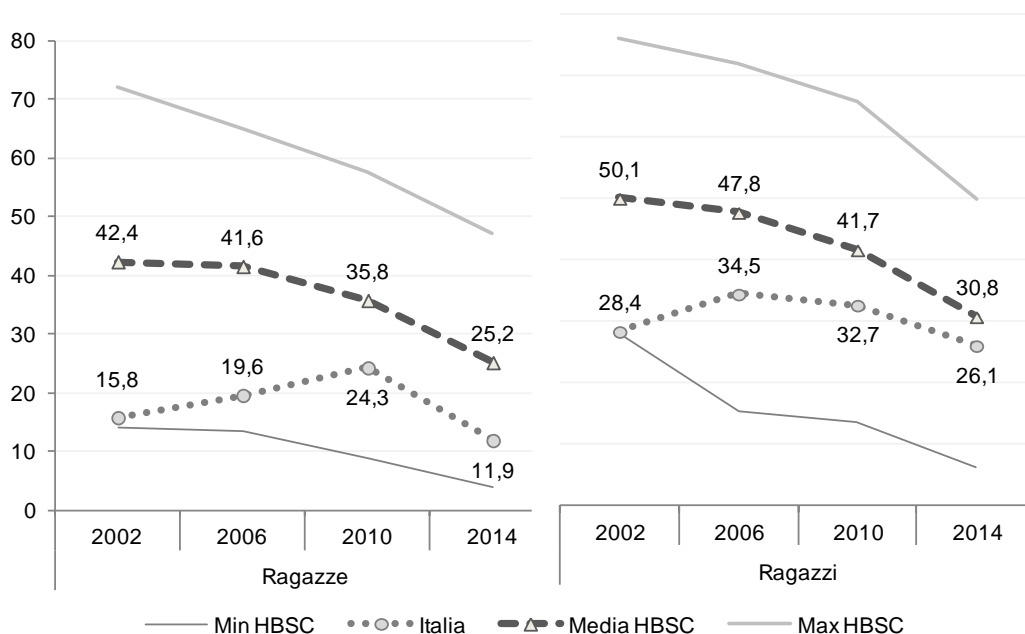
L'abuso di alcol e l'ubriachezza sono considerati tra i comportamenti a rischio più diffusi durante l'adolescenza poiché numerosi studi li hanno associati a conseguenze psicologiche, sociali e fisiche dannose, tra cui incidenti, violenza, uso di altre sostanze stupefacenti, rapporti sessuali non protetti e cattivo rendimento scolastico (17-18).

Nel presente rapporto l'ubriachezza è definita come essersi ubriacati almeno due volte nella vita.

Nel 2014 per i ragazzi i valori più elevati di prevalenza di ubriachezza si registrano in Lituania, Ungheria e Croazia mentre i più bassi in Islanda; in Italia il valore è stato pari al 18,5% (-3,6 punti percentuali rispetto al 2002). Per le ragazze le prevalenze più elevate si registrano in Danimarca, nel Galles e in Ungheria e le più basse in Israele e Islanda; in Italia il valore è stato del 13,5% (-3,2 punti percentuali rispetto al 2002). In generale la diminuzione riscontrata in Italia ed è stata rilevata anche in molti altri Paesi ed è stata più consistente tra i ragazzi.

L'inizio precoce al consumo di bevande alcoliche è legato a un aumento dei danni alcol-correlati nell'adolescenza e nell'età adulta in quanto il cervello nell'adolescenza attraversa cambiamenti strutturali ed è più vulnerabile agli effetti dell'alcol rispetto a quello dell'adulto. Nel presente rapporto l'inizio precoce al consumo di bevande alcoliche è stato analizzato attraverso la prevalenza dei giovani che hanno iniziato a consumare bevande alcoliche prima dei 13 anni o di coloro che si sono ubriacati prima dei 13 anni.

Nel 2014 più di un giovane su quattro (28%) ha riferito di aver iniziato a consumare alcol all'età di tredici anni o prima (25,2% delle ragazze e 30,8% dei ragazzi) e in Italia la prevalenza è leggermente minore per gli uomini (26,1%) e circa la metà per le donne (11,9%) (Figura 6).



**Figura 6. Prevalenza (%) di giovani che hanno iniziato a consumare bevande alcoliche prima dei tredici anni per genere in Italia e nei Paesi Europei, 2002-2014.**

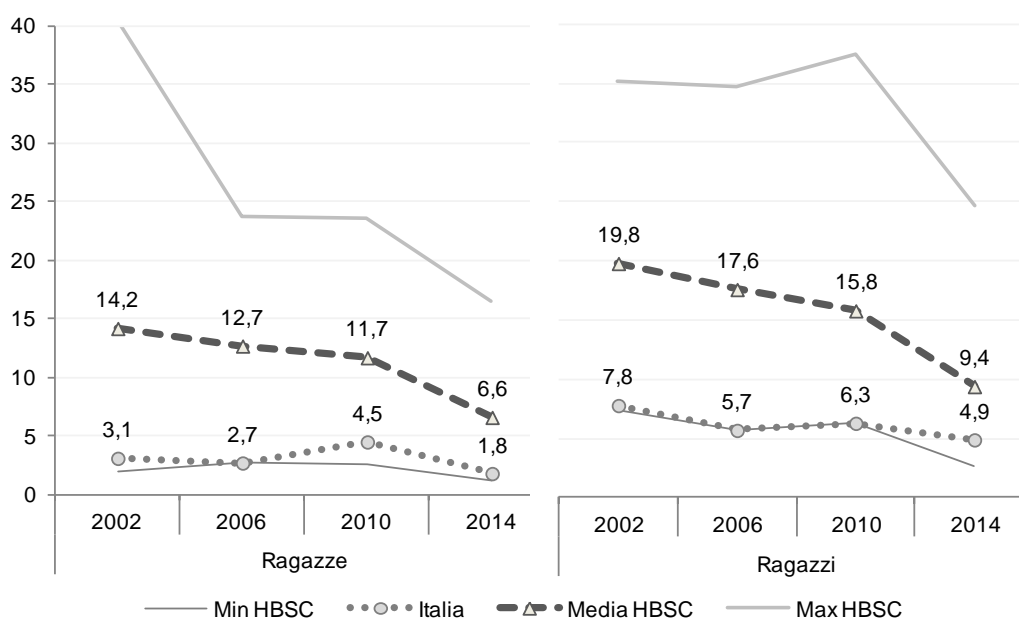
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto della WHO *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014* (13)

La prevalenza più elevata si rileva per entrambi i generi in Estonia, Grecia oltre a Croazia e Ungheria per i ragazzi e Lituania per le ragazze; viceversa i valori più bassi si rilevano in Islanda.

In trenta dei trentasei Paesi indagati la prevalenza tra i ragazzi che hanno iniziato a consumare alcol prima dei tredici anni, è più elevata rispetto a quella delle ragazze e l'Italia, insieme a Croazia e Romania rientra tra i Paesi in cui la differenza di genere è tra le più elevate.

Tra il 2002 e il 2014 si rileva, per entrambi i generi, una diminuzione della prevalenza dei giovani che hanno iniziato a consumare bevande alcoliche prima dei tredici anni sia a livello medio dei Paesi HBSC che in Italia. Se si osserva tuttavia l'andamento nel corso degli anni si evince che nel nostro Paese l'andamento è stato molto diverso da quello medio: mentre a livello medio la diminuzione è stata pressoché costante per uomini e donne, in Italia tra le donne la prevalenza è aumentata tra il 2002 e il 2010 e solo tra il 2010 e il 2014 si è registrata una diminuzione mentre tra gli uomini è aumentata tra il 2002 e il 2006 per poi diminuire nuovamente in seguito (Figura 6).

Nel 2014 meno di un giovane su 10 dei ragazzi in tutti i paesi ha dichiarato di essersi ubriacato almeno una volta prima dei 13 anni (il 6,6% delle ragazze e il 9,4% dei ragazzi) e l'Italia è tra i Paesi i cui valori risultano essere i più bassi (F=1,8%; M=4,9%). Un'analisi nel corso degli anni permette di rilevare che anche questo indicatore presenta un andamento diverso tra quello medio dei Paesi HBSC e quello italiano, e si rileva una tendenza a convergere del dato italiano verso quello medio per entrambi i generi; tra le donne la prevalenza ha subito delle oscillazioni tra il 2002 e il 2010 e solo tra il 2010 e il 2014 si è registrata una diminuzione; anche tra gli uomini il valore ha subito delle oscillazioni tra il 2002 e il 2006 per poi diminuire in seguito (Figura 7).



**Figura 7. Prevalenza(%) di giovani che si sono ubriacati almeno una volta prima dei tredici anni per genere in Italia e nei Paesi Europei, 2002-2014.**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto della WHO *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014* (13)

## CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS ha analizzato i dati relativi all'anno 2017 dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) come previsto dal Programma Statistico Nazionale 2017-2019, aggiornamento 2017 (19), e dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA previste dal DPCM del 3 marzo 2017 (20). L'ONA avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate a livello europeo e internazionale fornisce annualmente un quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

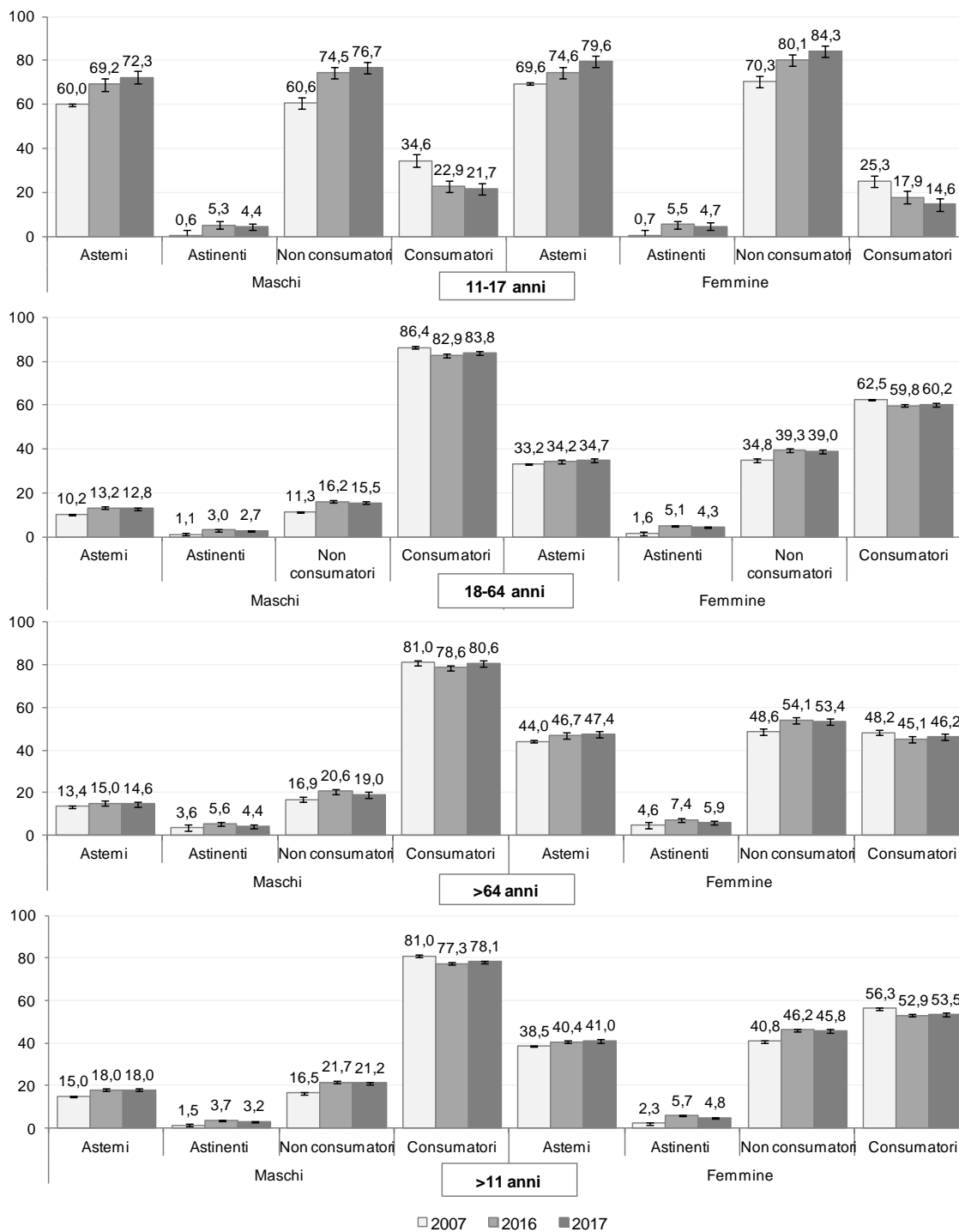
Le analisi condotte dall'ONA integrano le elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati “Il consumo di alcol in Italia” prodotte dall'ISTAT (21) relative all'anno 2017, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini. I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale.

### Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

Le prevalenze degli astemi e degli astinenti nella popolazione sono considerati indicatori fondamentali per il monitoraggio del consumo di bevande alcoliche dalla WHO “*Global Information System on Alcohol and Health*” (22) che li ha inseriti nel sistema di monitoraggio (23). In Italia ogni anno è possibile stimare gli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita e gli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima, grazie alle informazioni raccolte attraverso l'indagine Multiscopo delle famiglie-Aspetti della vita quotidiana.

La prevalenza degli astemi rispetto a dieci anni fa è aumentata per entrambi i generi ma, nel corso degli ultimi anni i valori sono rimasti pressoché stabili e nel 2017 la prevalenza è stata 18,0% tra gli uomini e 41,0% tra le donne. L'analisi per classi di età mostra per entrambi i sessi, un andamento simile per entrambi i generi con valori più elevati tra i giovani (M=72,3%; F=79,6%) seguiti dagli anziani (M=14,6%; F=47,4%); tra le donne si rileva un aumento significativo delle minorenni astemie pari a 5 punti percentuali (p.p.). In tutte le classi di età la prevalenza delle donne è superiore a quella degli uomini (Figura 8).

La prevalenza degli astinenti nel 2017 è stata del 3,2% tra gli uomini e del 4,8% tra le donne e rispetto al 2007 è aumentata per entrambi i generi; si rileva tuttavia rispetto alla precedente rilevazione una diminuzione significativa pari a 1 p.p. L'analisi per classi di età mostra che nel 2017 la prevalenza è stata più elevata tra le donne nella classe di età adulta. Una riduzione statisticamente significativa si rileva complessivamente sia nella classe di età 18-64 anni che in quella degli ultra 64enni (-1,5 p.p. e -1,4 p.p. rispettivamente).



**Figura 8. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (2007, 2016, 2017)**

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



Nel 2017 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 21,2% degli uomini e il 45,8% delle donne pari a quasi 18.500.000 persone e rispetto agli ultimi anni non si rilevano variazioni statisticamente significative né tra gli uomini né tra le donne.

Nel corso del 2017 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 65,4% degli italiani di 11 anni e più, pari a oltre 35 milioni di persone, con prevalenza maggiore tra gli uomini (78,1%) rispetto alle donne (53,5%) e la quota dei consumatori di età superiore a 11 anni è rimasta pressoché stabile rispetto all'anno precedente (24).

L'analisi per classi di età mostra che nel 2017 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata più elevata tra gli uomini in ogni classe di età; la percentuale più elevata si registra per entrambe i generi nella classe di età 18-64 anni mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni (M=21,7%; F=14,6%) (Figura 8).

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

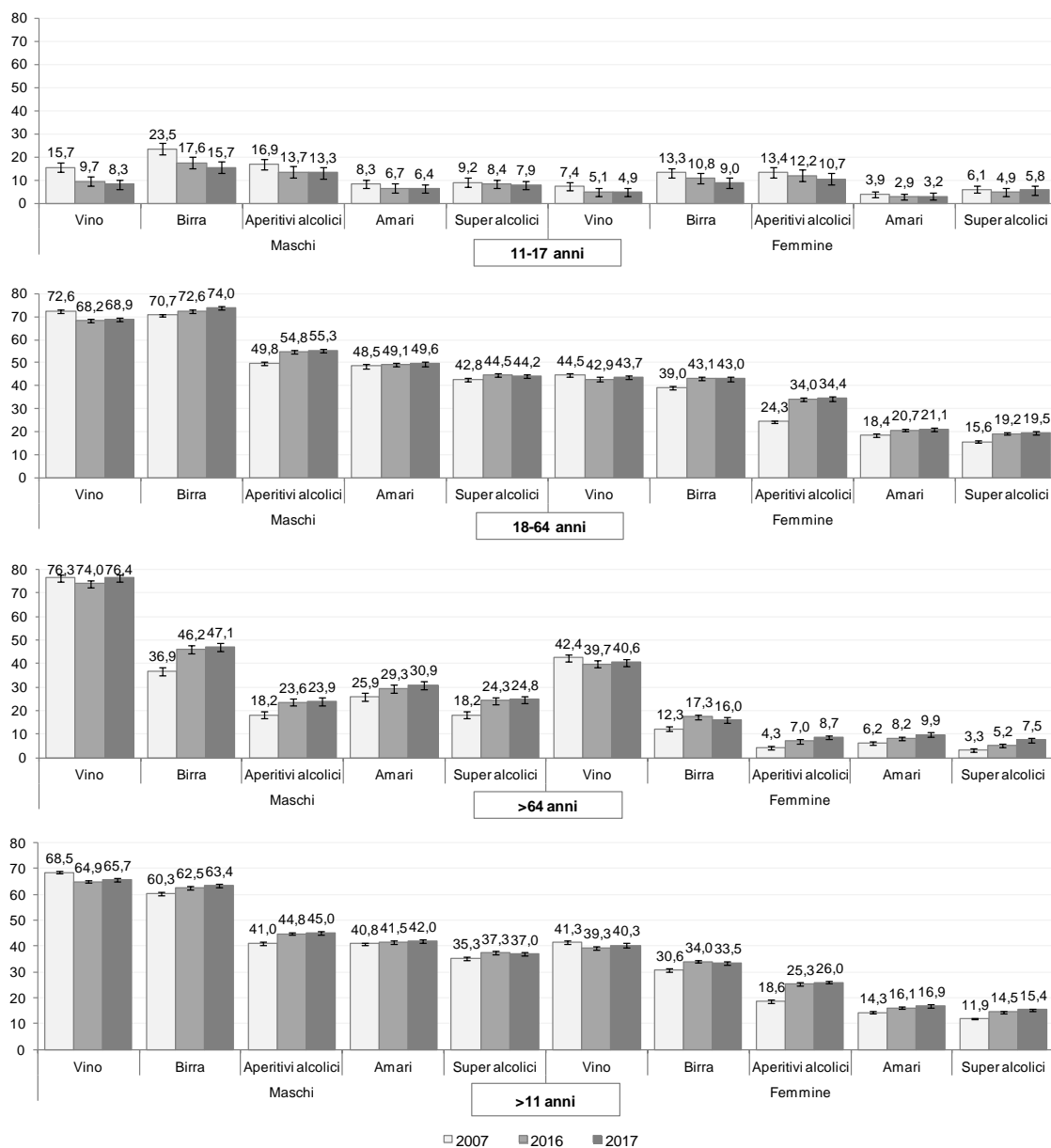
Si stima che nell'anno 2017 circa ventottomila e cinquecento persone hanno consumato vino almeno una volta nel corso dell'anno con una prevalenza pari a 65,7% tra gli uomini e 40,3% tra le donne; complessivamente (maschi + femmine) la prevalenza dei consumatori di questa bevanda è diminuita rispetto al 2007, ma nel corso dell'ultimo anno è aumentata di 0,9 p.p. e l'incremento è significativo anche nella classe di età anziana (+1,6 p.p.). Per tutte le classi di età considerate, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore a quella delle consumatrici (Figura 9).

Quasi ventisei milioni di persone di età superiore a undici anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2017 con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile, quasi doppia rispetto a quella femminile (63,4% e 33,5% rispettivamente). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori né tra gli uomini né tra le donne. L'analisi per classe di età evidenzia nella classe di età 18-64 anni un aumento statisticamente significativo dei consumatori di birra di 1,4 p.p. (Figura 9).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2017, da circa diciannove milioni di persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (45,0%) è superiore a quella tra le donne (26,0%). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata per entrambi i generi negli ultimi dieci anni ma non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto al 2016 nella popolazione ultra 11enne; l'analisi per classi di età mostra una situazione di sostanziale stabilità ad eccezione delle donne ultra 65enni per le quali si registra invece un incremento delle consumatrici pari a 1,7 p.p. (Figura 9).

Gli amari sono stati consumati, nel 2017, dai oltre quindici milioni di persone di età superiore a 11 anni e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 42,0%; F: 16,9%) e tra le donne si rileva un incremento statisticamente significativo delle consumatrici pari a 0,8 p.p. (Figura 9). L'analisi per classi di età evidenzia valori di prevalenza pressoché stabili tra gli adolescenti e gli adulti che consumano amari mentre si registra un incremento statisticamente significativi rispetto all'anno 2016 delle consumatrici anziane di 1,6 p.p. (Figura 9).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2017 da oltre quattordici milioni di persone di età superiore a 11 anni, pari al 37,0% degli uomini e al 15,4% delle donne e nel corso degli ultimi quattro anni si è rilevata una tendenza all'incremento delle consumatrici di questa bevanda (Figura 9).



**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2007, 2016-2017)**

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

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza nel corso degli ultimi anni è rimasta pressoché stabile tra gli adolescenti, mentre rispetto all'anno 2016 si registra un incremento statisticamente significativo delle consumatrici anziane pari a 2,3 p.p. (Figura 9).

## COMPORAMENTI A RISCHIO

Il consumo di alcol è considerato il quinto principale fattore di rischio per il carico di malattia globale nel 2010 ed è anche il più importante fattore di rischio nella popolazione di età 15-49 anni (1); è responsabile di circa 3,3 milioni di decessi ogni anno e del 5,1% di anni di vita persi al netto della disabilità in tutto il mondo (1).

Le conseguenze negative del consumo di alcol sulla salute sono molteplici. Più di 30 categorie della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10<sup>a</sup> revisione (ICD-10) riguardano condizioni totalmente alcol-attribuibili (25) inclusi i disturbi dovuti al consumo di alcol, le psicosi alcoliche e le gastriti alcoliche. L'alcol è inoltre causa di oltre 200 malattie che includono il cancro, le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche (26-27) e sebbene ci siano alcune evidenze di effetti protettivi del consumo sporadico di piccole quantità di alcol sulle cardiopatie coronariche, ictus ischemico e diabete (27), gli effetti nocivi dell'alcol risultano comunque preponderanti.

I danni alcol-correlati infine non coinvolgono i soli consumatori. Molte sono le conseguenze del consumo di alcol che hanno effetti sulle famiglie e sulla comunità in generale a causa del deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, dei comportamenti criminali (ad esempio vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria.

Le linee guida per una sana alimentazione rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali ed europee sanitarie e alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. A livello internazionale sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* (28-31).

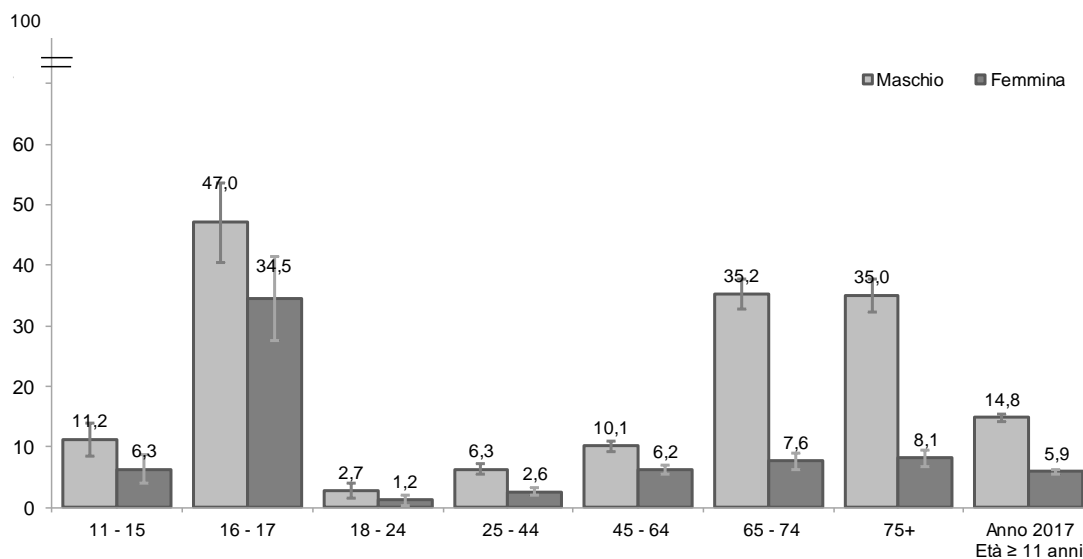
Le linee guida, che in Italia rispecchiano quanto riportato nei LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia) (32), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*) (29-31). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

## Consumatori abituali eccedentari

I limiti di consumo di bevande alcoliche da non superare in maniera abituale, riportati nel 2014 nei nuovi LARN (32) e già acquisiti dal Ministero della Salute e dall'ISTAT (21,23,33), stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). Sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

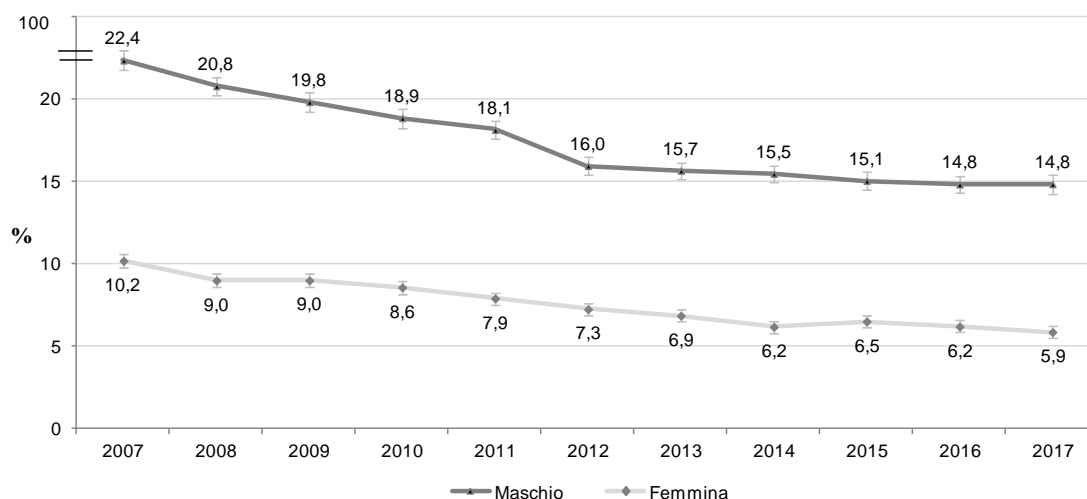
Nel 2017 il 14,8% degli uomini e il 5,9% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.600.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di

16-17 anni (M=47,0%; F=34,5%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (M=2,7%; F=1,2%) (Figura 10).



**Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2017)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari, condotta separatamente per uomini e donne di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita nel corso di questi dieci anni complessivamente di 7,5 punti percentuali (p.p.) tra gli uomini e di 4,3 p.p. tra le donne ma, per entrambi i generi, a decorrere dal 2012 i valori sono rimasti pressoché stabili (Figura 11).

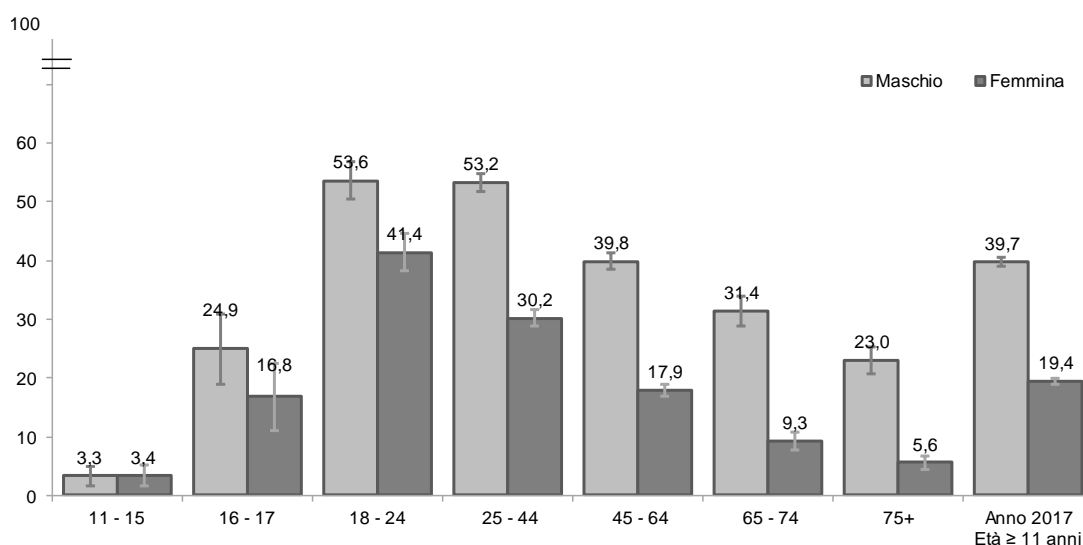


**Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2017)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

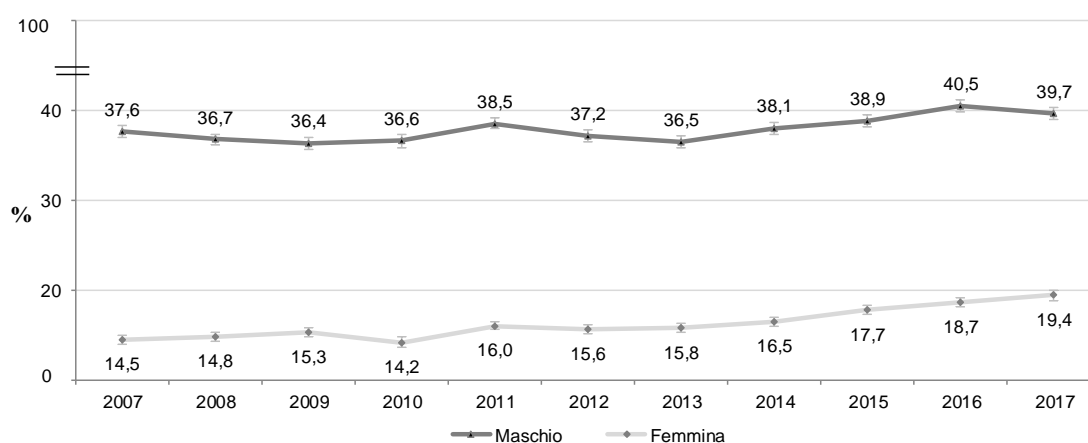
## Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2017 il 39,7% degli uomini e il 19,4% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura 12). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con oltre la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24 anni: M=53,6%; F=41,4% - 25-44 anni: M=53,2%; F=30,2%) per entrambi i sessi e oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente. La prevalenza più bassa si rileva senza distinzione di genere tra i giovanissimi di 11-15 anni (M=3,3%; F=3,4%) e per le donne anche tra le ultra 75enni (5,6%).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori, sia rispetto all'anno 2007 (M=+2,1 p.p.; F=4,9 p.p.) e negli ultimi cinque anni per il genere femminile si registra un incremento lineare costante. (Figura 13).



**Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2017)**  
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



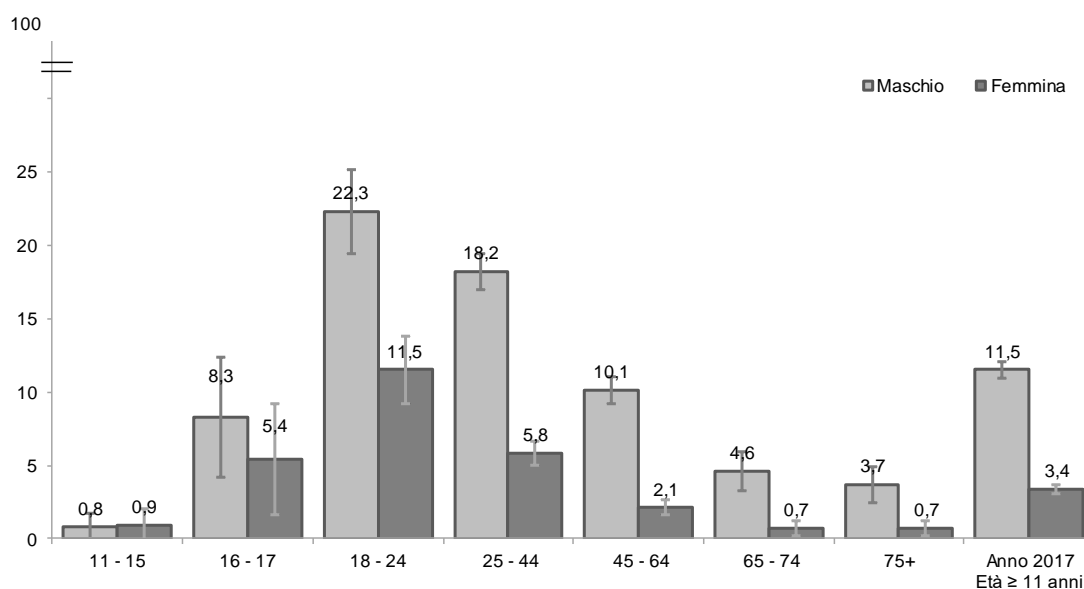
**Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2017)**  
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa e particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile. Con il termine *binge drinking* si vuole normalmente identificare una modalità di “consumo eccessivo episodico” concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo ed in Italia è da molti anni rilevato dall’ISTAT attraverso l’indagine Multiscopo sulle famiglie come un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un’unica occasione di consumo (21,24,33).

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell’area mediterranea, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* del CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*) che identificava sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo episodico eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani. Le priorità emerse per ridurre gli episodi di *binge drinking*, riguardano in particolare la riduzione dell’accessibilità e della disponibilità di bevande alcoliche, la riduzione all’esposizione alle pubblicità e al marketing legato all’alcol, la necessità di ridurre i danni causati dall’assunzione di bevande alcoliche in gravidanza e di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, a cui si aggiunge la raccomandazione di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2017 è stata pari a 11,5% tra gli uomini e 3,4% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni di *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 14).

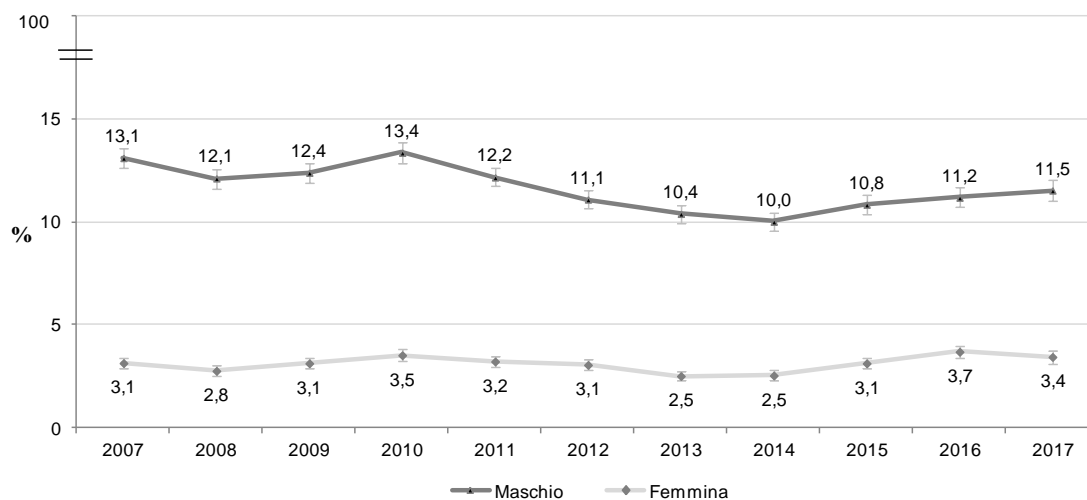


**Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2017)**

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

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,3%; F=11,5%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione dei minorenni, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta separatamente per uomini e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che tra il 2007 ed il 2017, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* ha subito delle oscillazioni sia tra gli uomini che tra le donne. Nel corso degli ultimi anni tuttavia si rileva una costante crescita dei consumatori *binge drinking* di entrambi i generi (M=+1,5 p.p; F=0,9 p.p. rispetto al 2014) (Figura 15).



**Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2007-2017)**

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

## Consumatori a rischio (criterio ISS)

In una prospettiva di salute pubblica, non esistono soglie o livelli raccomandabili o “sicuri” di consumo di bevande alcoliche, poiché non è possibile, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini, così come ribadito in tutte le strategie comunitarie e i Piani di Azione della WHO (5-6). Sono molteplici le variabili da tenere in considerazione per una corretta valutazione per la salute legato al consumo di alcol: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

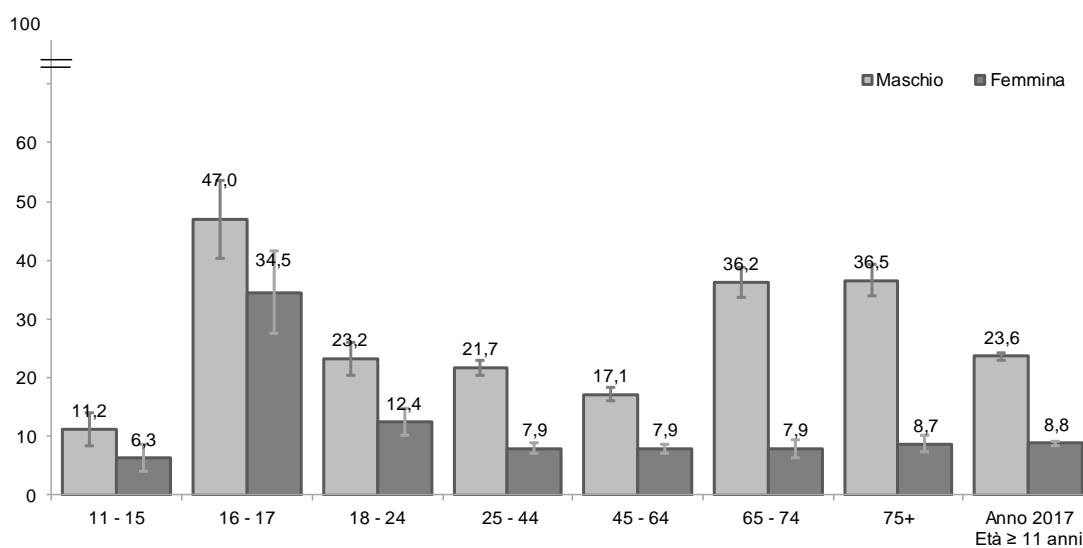
L'ONA-ISS tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi LARN (32) ha costruito un indicatore di sintesi per il monitoraggio del consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.

Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale (28-31). Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi; di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2017 del 23,6% per uomini e dell'8,8% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2017 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura 16).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,0%, F=34,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-74 anni). Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e che andrebbero sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

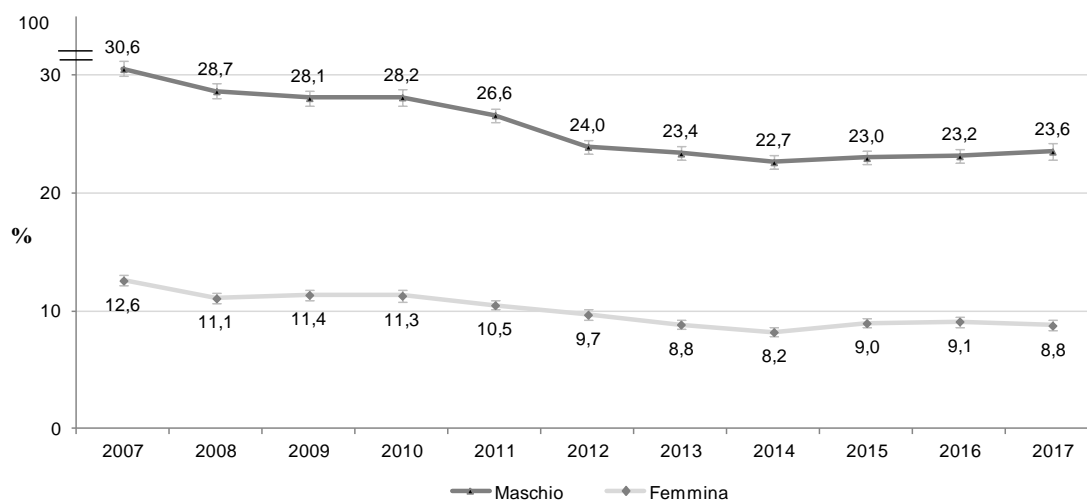
La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età (Figura 16).



**Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2017)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata negli ultimi 10 anni (M=-7 p.p.; F=-3,8 p.p.), nel corso degli ultimi anni la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne (Figura 17).





**Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2017)**

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

## CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

Tra le attività previste dalla Legge 125/2001, dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e del Piano Statistico Nazionale è previsto il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. Ogni regione ha quindi il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di Monitoraggio su Alcol e Salute per analizzare l’andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell’implementazione del PNAS. In supporto alle Regioni il Ministero della Salute ha approvato un progetto CCM denominato SISTIMAL, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, disponibili sul sito [www.epicentro.iss.it/alcol](http://www.epicentro.iss.it/alcol), hanno permesso un’analisi dell’andamento temporale degli indicatori di monitoraggio in tutte le regioni e le provincie autonome e sono di seguito riportati per macroarea.

### Italia nord-occidentale

Nell’anno 2017 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 79,5% tra gli uomini e al 56,0% tra le donne. Nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini sia per le donne ma rispetto al 2016, per i soli consumatori di sesso maschile, si registra un incremento pari a 2,8 punti percentuali (p.p.). Tra il 2016 e il 2017 l’analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per entrambi i generi ad eccezione degli uomini che hanno consumatori di vino e amari che sono aumentati rispettivamente di 2,1 e 2,2 p.p. L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest’area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, di *binge drinker* e di consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile. Non si rilevano tuttavia variazioni significative rispetto al 2016 (Tabella 2-3).

### Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata del 57,4% tra le donne e del 79,9% tra gli uomini, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione e il valore rilevato per il genere femminile è superiore alla media nazionale. L’analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, non si rilevano variazioni significative rispetto al 2016 e l’unica bevanda con valori superiori alla media nazionale è il vino.

L’analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori pressoché stabili in media con il dato nazionale (Tabella 2-3).

Tabella 2. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2017)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	vino		birra		aperitivi alcolici		amari		super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	67,9↗	43,7	62,3	32,5	47,2	28,7	<b>40,9↗</b>	16,5	39,0	16,8
Piemonte	68,7	43,9	61,6	34,5	45,2	27,6	42,1	18,6	38,1	15,6
Valle d'Aosta	69,0	48,8	68,0	39,1	54,2	37,3	38,0	18,6	43,6	20,5
Lombardia	67,8	42,6	62,4	30,7	47,9	29,1	41,0	16,1	39,2	17,3
Liguria	66,6	46,7	63,3	37,5	47,9	28,9	36,8	13,7	40,3	16,6
<b>Italia nord-orientale</b>	68,8	<b>48,4</b>	64,2	<b>37,7</b>	47,9	<b>32,1</b>	36,2	17,7↗	37,7	<b>19,2↗</b>
PA Bolzano	71,3	50,4	69,5	38,8	55,5	<b>47,0</b>	43,4	<b>29,0</b>	46,5	27,9
PA Trento	63,1	45,6	65,1	36,8	47,4	36,8	32,1	16,4	40,2	20,5
Veneto	68,5	47,0	63,3	36,1	49,5	31,6	34,2	18,1↗	36,6	19,5
Friuli-Venezia Giulia	70,2	46,7	68,2	39,3	53,3	36,8	38,4	16,4	41,1	19,3
Emilia Romagna	69,0	50,5	63,4	39,0	43,7	29,0	37,4	16,6	36,6	17,8
<b>Italia centrale</b>	65,7	42,6	62,7	34,1	44,6	26,8	41,4	16,8	38,9	15,8
Toscana	67,3	46,0	63,2	32,6	43,9	28,1	36,1	14,2	34,9	15,8
Umbria	71,1	45,2	65,3	36,1	49,4	31,1	47,6	17,1	43,5	16,7
Marche	71,7	49,7	64,9	34,8	46,1	27,6	38,0	15,9	40,7	17,3
Lazio	62,3	38,2	61,4	34,7	44,0	25,1	44,8	18,7	40,3	15,3
<b>Italia meridionale</b>	63,8	33,3	65,2	31,6	43,1	19,8	<b>48,9</b>	16,8↘	35,3	12,1
Abruzzo	67,7	36,0	68,8	33,6	45,8	22,2	47,2	13,2	36,5	10,8
Molise	66,0	29,4	69,2	27,3	49,4	20,4	50,1	14,2	34,7	7,8
Campania	62,4	32,1	61,8	29,9	43,6	19,6	45,9	16,6	34,8	11,5
Puglia	64,2	36,4	68,3	33,5	40,3	20,6	53,5	18,8	35,2	14,4
Basilicata	63,0	27,8	62,4	26,6	43,3	15,5	46,0	13,2	35,4	8,1
Calabria	64,2	30,7	66,3	33,2	44,7	18,1	50,4	17,2	36,3	11,7
<b>Italia insulare</b>	<b>58,9</b>	<b>29,3</b>	61,7	31,8	<b>39,3</b>	20,3	40,9	16,8↗	<b>30,9</b>	11,3
Sicilia	57,7	28,6	61,1	33,4	39,5	21,0	42,3	17,8	30,6	11,0
Sardegna	62,4	31,3	63,6	27,0	38,7	18,1	36,6	14,0	31,8	12,5
<b>Italia</b>	65,7	40,3	63,4	33,5	45,0	26,0	42,0	16,9↗	37,0	15,4↗

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2016

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2016

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

Tabella 3. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2017)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	79,5 ↗	56,0	15,4	7,0	43,4	21,0	13,2	4,2	25,6	10,5
Piemonte	79,9	57,4	16,0	6,5	41,0	18,6	11,2	3,7	24,4	9,7
Valle d'Aosta	84,3	64,6	18,9	7,7	55,0	32,5	18,2	4,0 ↘	32,7	11,4
Lombardia	79,2 ↗	54,8	14,7	6,6	44,1	21,8	14,4	4,5	26,0	10,4
Liguria	79,8	59,2	17,8	10,8	41,2	21,8	10,2	3,6	25,7	13,5
<b>Italia nord-orientale</b>	79,1	<b>61,1</b>	16,2	6,5	<b>49,0</b>	<b>27,7</b>	14,4	4,3	27,1	10,2 ↘
PA Bolzano	78,0	64,8	12,0	3,6 ↘	62,8	<b>40,8</b>	21,5 ↘	6,0 ↘	30,0 ↘	8,5 ↘
PA Trento	76,5	61,7	17,1	6,2	56,5	29,9	23,4	4,9	34,3	10,2
Veneto	79,2	59,2	16,7	6,2	48,8	27,0	14,0	3,8	27,4	9,8
Friuli-Venezia Giulia	81,3	60,9	18,7	6,2	60,0	32,2	16,7	5,0	30,8	10,6
Emilia Romagna	78,9	62,8	15,3	7,2 ↘	43,6	25,4	12,2	4,5	24,6	10,9
<b>Italia centrale</b>	77,8	54,7	15,8	6,5	36,8	19,5	9,6	3,6	23,2	9,4
Toscana	78,1	57,0	17,5	8,3	37,5	21,4	8,7	3,9	23,8	11,4
Umbria	81,8	57,8	19,1	6,6	39,2	24,1	9,8	3,1	26,8	8,7
Marche	82,7	58,8	17,5	8,4 ↗	43,1	19,7	11,5	5,0	26,3	12,7 ↗
Lazio	75,8	51,6	13,9	4,9	34,4	17,6	9,7	3,0	21,4	7,3
<b>Italia meridionale</b>	77,9	47,4	13,9	4,7	33,3	12,8 ↗	9,8	2,2	20,7	6,6
Abruzzo	80,0	48,9	16,6	5,0	40,7	14,8	12,2	3,2	25,4	7,7
Molise	79,8	44,1	20,6	4,4	48,7 ↗	12,8	20,7 ↗	2,4	34,0	6,2
Campania	75,5	45,6	11,0	4,2	30,8	13,2 ↗	8,1	1,8	17,1	5,6
Puglia	81,2	52,3	16,0	6,6	30,5	12,6	8,6	3,1	21,6	9,4
Basilicata	76,0	40,0 ↘	16,1	4,0	38,9	13,0	14,1	2,3	24,9	5,6
Calabria	76,9	44,2	14,1	2,7	36,9	10,5	12,7	1,0	22,6	3,4
<b>Italia insulare</b>	74,0	<b>44,6</b>	<b>11,6</b>	<b>3,2</b>	33,9	15,1	9,7	2,5	19,3	5,3
Sicilia	72,7	44,8	10,7	3,1	31,0	14,3	7,5	1,6	16,4	4,5
Sardegna	77,9	43,8	14,4	3,5	42,5 ↘	17,5	16,4 ↘	5,1	27,8	7,6
<b>Italia</b>	78,1	53,5	14,8	5,9	39,7	19,4	11,5	3,4	23,6	8,8

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2016

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2016

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

## Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata dell'84,3% tra gli uomini e 64,6% tra le donne, e i valori risultano superiori alla media nazionale. Per entrambi i generi si rilevano valori superiori alla media nazionale dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e superalcolici oltre a quelli delle consumatrici di vino per le sole donne.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori pressoché stabili in media con il dato nazionale (Tabella 2-3).

## Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata del 54,8% tra le donne e del 79,2% tra gli uomini per i quali si registra un incremento pari a 3,9 p.p. Per entrambi i generi si registrano valori superiori alla media nazionale dei consumatori di aperitivi alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sopra della media nazionale della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontano dal pasto per entrambi i generi e per i soli uomini anche dei consumatori in modalità *binge drinker* (Tabella 2-3)

## Liguria

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 sono stati il 79,8% degli uomini e il 59,2% delle donne e per queste ultime il valore risulta superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi, l'analisi diverse tipologie di bevande non evidenzia variazioni statisticamente significative rispetto al 2016. I valori di prevalenza dei consumatori di amari sono inferiori a quelli rilevati a livello nazionale mentre quelli relativi alle consumatrici di vino e birra di sesso femminile risultano invece più alto.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra una prevalenza superiore alla media nazionale per entrambi i generi dei consumatori abituali eccedentari e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (Tabella 2-3).

## Italia nord-orientale

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale continuano ad essere anche nel 2017, in particolare per le donne, quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

Nel 2017 la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,1% tra gli uomini e al 61,1% tra le donne e per queste ultime il valore risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate.

Le prevalenze delle consumatrici di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici risultano essere le più elevate rispetto a tutte le altre ripartizioni considerate e per gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici è comunque superiore alla media nazionale. Tra gli uomini si rileva una prevalenza di consumatori di amari inferiore al dato medio nazionale così come registrato già lo scorso anno mentre il dato relativo ad amari e super alcolici tra le donne è aumentato rispetto al 2016 rispettivamente di 2,7 e 2,5 p.p.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che, per entrambe i generi, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* e a rischio ISS risultano superiori

al dato medio nazionale e che la prevalenza dei consumatori fuori pasto è la più elevata di tutte le ripartizioni territoriali analizzate. Tra le donne si rileva infine una diminuzione delle consumatrici a rischio per il criterio ISS pari a 1,9 p.p. (Tabella 2-3).

## Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata pari a 78,0% tra gli uomini e 64,8% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello rilevato a livello nazionale. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e superalcolici è superiore alla media nazionale e nel caso delle donne, come già rilevato lo scorso anno, i valori di prevalenza delle consumatrici di amari (29,0%) e aperitivi alcolici (47,0%) sono i più elevati di tutte le regioni italiane considerate.

I dati sulle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano per gli uomini, valori superiori alla media nazionale della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M=62,8%), dei consumatori uomini in modalità *binge drinking* (21,5%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (30,0%); tra le donne sono superiori alla media nazionale i valori di prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* (6,0%) e dei consumatori fuori pasto (40,8%) e per quest'ultimo il valore risulta anche il più basso rispetto a tutte le Regioni considerate. Per entrambi i generi si rileva una diminuzione della prevalenza dei consumatori *binge drinker* (M=-7,3; F=-5,0), dei consumatori a rischio ISS (M=-8,6; F=-8,1); per le sole donne si rileva inoltre una diminuzione della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie pari a -3,8 p.p. che risulta nel 2017 inferiore alla media italiana (Tabella 2-3).

## Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 76,5% tra gli uomini e 61,7% tra le donne e per entrambe i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è superiore alla media italiana e si registra un valore della prevalenza dei consumatori uomini di amari inferiore alla media nazionale.

L'analisi delle modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto è superiore alla media italiana per entrambi i generi, oltre alla prevalenza dei consumatori *binge drinking* e a rischio ISS per i soli uomini (Tabella 2-3).

## Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata del 79,2% tra gli uomini e del 59,2% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quella media nazionale. La prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici è superiore alla media italiana per entrambi i consumatori di super alcolici di sesso femminile mentre è inferiore alla media italiana la prevalenza degli uomini che consumano amari. Si registra infine rispetto alla precedente rilevazione una diminuzione di 1,3 p.p. della prevalenza di consumatori di sesso maschile di amari.

Per entrambi i generi, nel 2017, i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto sono superiori alla media nazionale oltre ai consumatori *binge drinker* e i consumatori a rischio per il solo sesso maschile (Tabella 2-3).

## Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 in Friuli-Venezia Giulia è pari all'81,3% degli uomini, 60,9% delle donne e per i primi, il dato si mantiene superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio italiano della prevalenza dei consumatori di vino, di birra, di aperitivi alcolici e di super alcolici. Nel 2017, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori fuori pasto, e per i soli uomini anche le prevalenze dei consumatori *binge drinker* e dei consumatori a rischio, sono superiori alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione né dei valori di prevalenza dei consumatori delle diverse bevande alcoliche e né dei comportamenti a rischio considerate (Tabella 2-3).

## Emilia Romagna

Nel 2017 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 78,9% tra gli uomini e del 62,8% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i generi è superiore al dato medio nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di birra, di aperitivi alcolici e di superalcolici di sesso femminile; si registra infine un dato di prevalenza inferiore a quello medio nazionale dei consumatori di amari di sesso maschile.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto e per il solo genere femminile, delle consumatrici a rischio. Si registra una diminuzione del valore di prevalenza delle consumatrici di amari pari 4 p.p. (Tabella 2-3).

## Italia centrale

Nel 2017 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 77,8% tra gli uomini e al 54,7% tra le donne e per queste ultime il valore è inferiore a quello registrato al livello nazionale. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche analizzate sono per entrambi i generi in linea con i valori medi registrati a livello italiano e non si registrano variazioni rispetto al 2016. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per gli uomini valori inferiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinkers* mentre per le donne i valori sono approssimabili a quelli italiani (Tabella 2-3).

## Toscana

Nel 2017 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata di 78,1% tra gli uomini e 57,0% tra le donne e per queste ultime il valore risulta superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande alcoliche consumate mostra che per entrambi i generi le prevalenze dei consumatori di vino birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono in linea con il dato medio nazionale mentre la prevalenza dei consumatori di amari è inferiore alla media.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è superiore alla media italiana per entrambe i generi così come la prevalenza delle consumatrici a rischio per il criterio ISS per le sole donne; risulta infine inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori uomini *binge drinker* (Tabella 2-3).

## Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 81,8% tra gli uomini e a 57,8% tra le donne e, in entrambi i casi, i valori sono superiori alla media nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino per entrambi i generi oltre a quella dei consumatori di amari e super alcolici per i soli uomini sono superiori al valore medio nazionale.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio, sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza degli uomini che consumano in modalità eccedentaria abituale (18,1%) e delle donne che consumano bevande fuori pasto (24,1%) che risultano invece più alti (Tabella 2-3).

## Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari all'82,7% tra gli uomini e al 58,8% tra le donne e, in entrambi i casi, i valori sono superiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di tutte le bevande considerate sono in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori di super alcolici che risultano invece superiori alla media italiana e delle consumatrici di amari che risultano invece inferiori al dato medio. Per tutte le bevande non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Tra le donne l'indicatore relativo al consumo abituale eccedentario e delle consumatrici a rischio ISS risultano superiori alla media nazionale ed aumentati di 3,4 e 4,5 p.p.; tra gli uomini risulta superiori al dato medio italiano le prevalenze dei consumatori fuori pasto (Tabella 2-3).

## Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2017 ed è stata pari al 75,8% tra gli uomini e al 51,6% tra le donne. I valori di prevalenza delle diverse bevande considerate sono tutti in linea con la media nazionale ad eccezione dei consumatori di vino di sesso maschile (62,3%) per i quali si rileva un dato inferiore alla media nazionale.

Tutti gli indicatori di monitoraggio delle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale sia per gli uomini che per le donne e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2016 (Tabella 2-3).

## Italia meridionale

Nel 2017 nell'Italia meridionale, la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è pari al 77,9% e in linea con il dato medio nazionale; tra le donne invece la prevalenza è pari a 47,4% e il valore è inferiore alla media italiana. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici sono in linea con il dato medio nazionale per entrambi i generi così come per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra e super alcolici; risultano invece inferiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di sesso maschile di birra e di amari e per quest'ultima bevanda il valore risulta essere il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (48,9%). Si registra infine una diminuzione della prevalenza delle consumatrici donne di amari rispetto al 2016 pari a 1,4 p.p.



L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori degli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono inferiori al dato medio nazionale ad eccezione dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini, che risultano approssimabili alla media. Rispetto alla rilevazione del 2015 si registra un incremento delle consumatrici fuori pasto pari a 1,7 p.p. (Tabella 2-3).

## Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è 80,0% per gli uomini e 48,9% per le donne e per queste ultime il valore è inferiore alla media italiana. Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, aperitivi alcolici mentre risulta più bassa la prevalenza delle consumatrici donne di amari e di super alcolici. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al precedente anno.

Per entrambi i generi tutti gli indicatori che si riferiscono ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione e sono in linea con il dato medio nazionale (Tabella 2-3).

## Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari al 79,8% per gli uomini e 44,1% per le donne e in quest'ultimo caso il valore è inferiore alla media italiana. Analizzando le singole bevande si evince che le prevalenze dei consumatori di sesso maschile di birra ed amari sono superiori alla media nazionale mentre le prevalenze delle consumatrici di birra e super alcolici risultano invece più basse. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2016.

Tra gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale e nel caso della prevalenza dei consumatori fuori pasto e dei consumatori in modalità *binge drinking* sono aumentate rispetto al 2016 rispettivamente di 6,4 e 6,8 p.p.; tra le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale ad eccezione delle consumatrici a rischio ISS il cui valore risulta invece più basso (Tabella 2-3).

## Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (75,5%) che per le donne (45,6%) e non si registrano variazioni rispetto all'anno precedente. L'analisi delle bevande alcoliche evidenzia che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino sono inferiori alla media nazionale, così come per le sole donne le prevalenze delle consumatrici di birra e super alcolici; per i soli uomini unico valore al di sopra della media nazionale si rileva per il terzo anno consecutivo tra i consumatori di amari (45,9%). Rispetto al 2016 non si rilevano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale sebbene si registri un incremento di 4 p.p. delle consumatrici donne di bevande alcoliche fuori pasto rispetto alla rilevazione del 2016 (Tabella 2-3).

## Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 81,2% tra gli uomini e 52,3% tra le donne e per i primi il valore risulta superiore a quello medio italiano. Per gli uomini si registrano valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori di birra e di amari mentre per le donne si rileva un valore inferiore alla media della prevalenza delle consumatrici di vino.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale così come per i soli uomini la prevalenza dei consumatori e *binge drinker*. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative (Tabella 2-3).

## Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 76,0% tra gli uomini e 40,0% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è diminuito rispetto al 2016 di 5 p.p. La prevalenza delle donne consumatrici di vino, di birra, di amari e di super alcolici risulta inferiore alla media nazionale mentre tra gli uomini il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è più alto della media italiana.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di consumatori abituali eccedentari, delle consumatrici fuori pasto e di quelle a rischio per il criterio ISS; Per nessuno degli indicatori di rischio analizzati si registrano variazioni rispetto al 2016 (Tabella 2-3).

## Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 76,9% per gli uomini e 44,2% per le donne e, in quest'ultimo caso, il valore risulta inferiore alla media nazionale. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre, tra le donne, sono inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di vino e super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati. Per tutti gli indicatori di rischio considerati e per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto alla rilevazione del 2016 (Tabella 2-3).

## Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2017 pari al 74,0% tra gli uomini e al 44,6% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore risulta essere il più basso rispetto a quelli rilevati nelle altre ripartizioni territoriali. Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino (M=58,9%; F=29,3%), sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate così come la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (39,3%) e di super alcolici (30,9%) per gli uomini; tra le donne si registrano comunque valori inferiori alla media italiana della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e super alcolici.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari (M=11,6%; F=3,2%), sono le più basse rilevate tra tutte le

ripartizioni territoriali considerate e sono comunque inferiori alla media i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto e *binge drinking*.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2016 e il 2017 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (Tabella 2-3).

## Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata pari al 72,7% tra gli uomini, 44,8% tra le donne e per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto al 2016. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, oltre a quelli delle sole consumatrici di amari.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso e non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2016 e il 2017 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (Tabella 2-3).

## Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano ed è pari al 77,9% degli uomini e al 43,8% delle donne senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di amari e di super alcolici è inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi oltre a quella delle consumatrici di vino e birra per le sole donne.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2017 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei *binge drinker* per entrambi i generi (M=16,4%; F=5,1%), e dei consumatori a rischio ISS per il solo genere maschile (27,8%); per questi ultimi si rileva inoltre una diminuzione dei consumatori fuori pasto pari a 6,9 p.p. e dei consumatori in modalità *binge drinking* pari a 7 p.p. (Tabella 2-3).

## MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

I decessi “totalmente alcol-attribuibili” (1) quelle morti che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10) (25), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile vengono quindi analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno a causa delle seguenti patologie: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10:I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell’alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche la *Miopatia alcolica* (ICD10: G72.1) e *Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD10: R78) ma, dal momento che queste patologie non sono causa di decessi non vengono incluse nelle seguenti analisi.

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un’indagine condotta dall’ISTAT che rileva informazioni di carattere sanitario e demossociale per tutti i decessi verificatisi in Italia (popolazione presente). I dati dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2015; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011. Poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

### Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2015 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.240, di cui 1016 (81,9%) uomini e 224 donne (18,1%) (Tabella 4); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne.

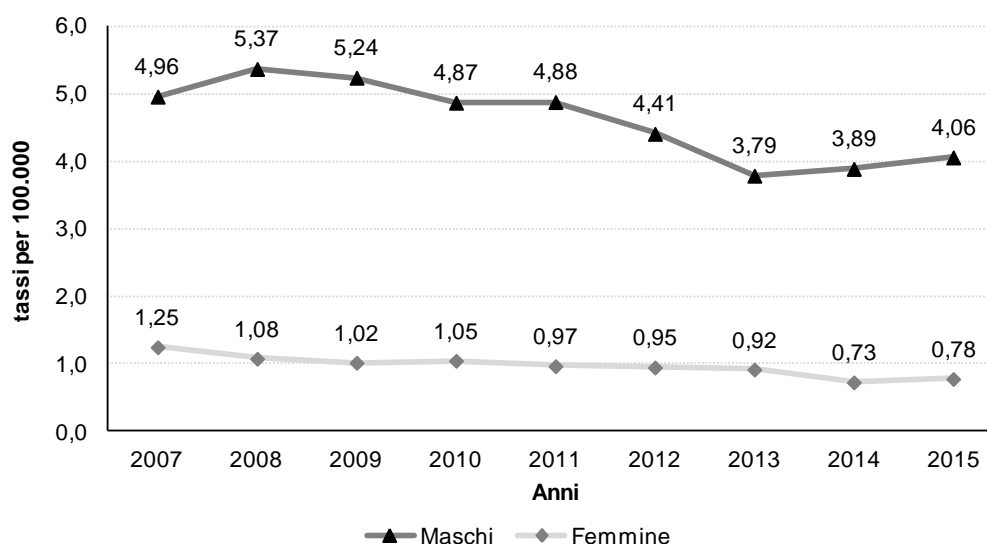
**Tabella 4. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2015**

Cod.	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	174	17,1	45	20,1	219	17,7
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol	35	3,4	5	2,2	40	3,2
G62.1	Polineuropatia alcolica	10	1,0	2	0,9	12	1,0
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	11	1,1	2	0,9	13	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	1	0,1	0	0,0	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	766	75,4	166	74,1	932	75,2
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell’alcol	15	1,5	4	1,8	19	1,5
<b>Totale decessi</b>		<b>1.016</b>	<b>100</b>	<b>224</b>	<b>100</b>	<b>1.240</b>	<b>100</b>

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

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=766; F=166) e le sindromi psicotiche indotte da alcol (M=174; F=45) che, nel complesso, causano il 92,4% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,2% tra le donne.

Nel 2015, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 4,06 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,78 per le donne, con un lieve incremento rispetto all'anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile (Figura 18).



**Figura 18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2015**

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

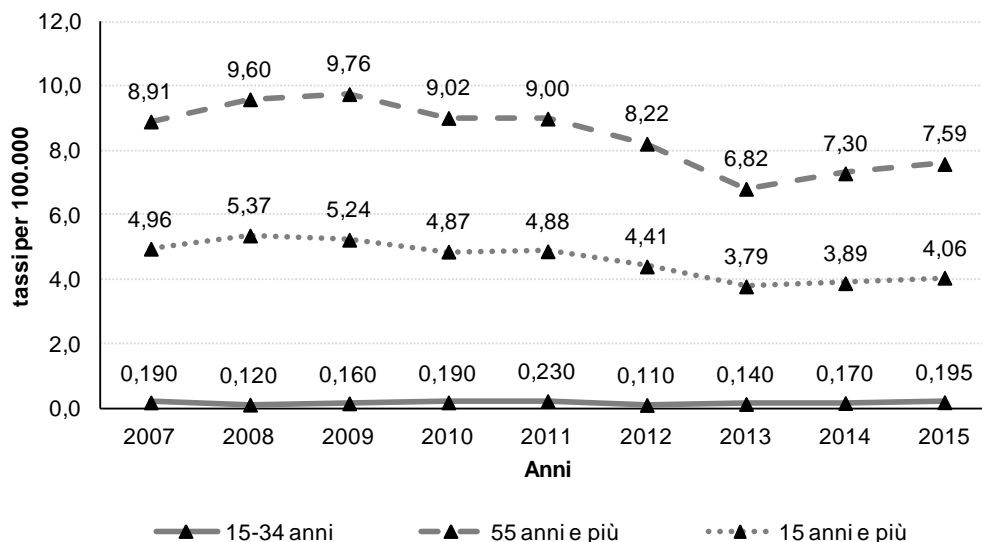
La mortalità alcol-attribuibibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,59 per 100.000 abitanti e di 1,32 per 100.000 rispettivamente per i due generi (Tabella 5).

**Tabella 5. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2015**

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34	12	0,20	1	0,02	13	0,11
35-54	285	2,97	73	0,75	358	1,84
55+	719	7,59	150	1,32	869	4,16
<b>15+</b>	<b>1016</b>	<b>4,06</b>	<b>224</b>	<b>0,78</b>	<b>1240</b>	<b>2,30</b>

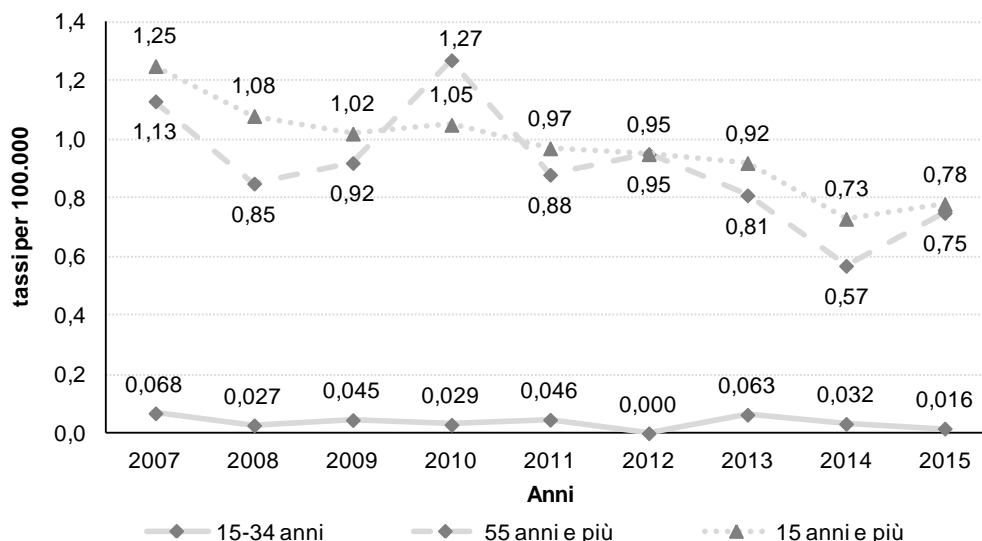
Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato nel 2015 tra gli uomini riguarda tutte le fasce di età adulte e in particolare quella degli individui di età superiore a 55 anni (Figura 19). Tra le donne invece, l'incremento registrato rispetto allo scorso anno è ascrivibile alla fascia di età dei 35-54enni (Figura 20).



**Figura 19. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Maschi. Italia, anni 2007-2015**

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

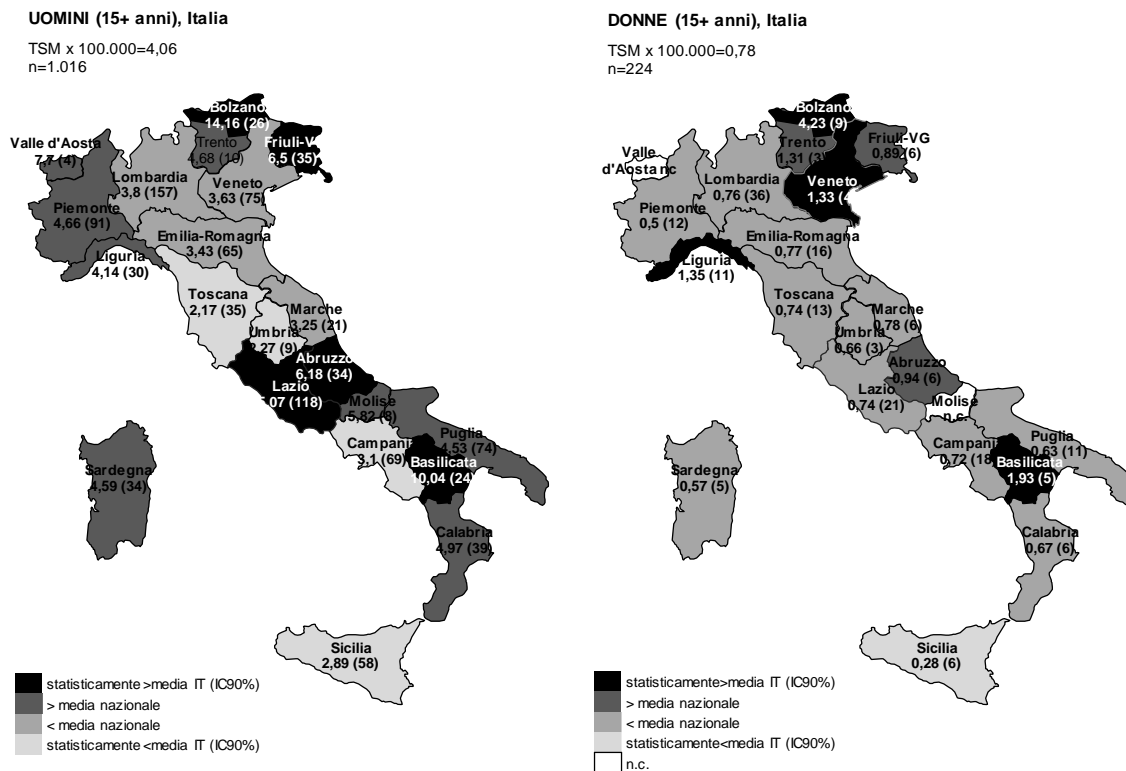


**Figura 20. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Femmine. Italia, anni 2007-2015**

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

## Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, differenziata anche in relazione al sesso della persona deceduta. Le regioni che nel 2015 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sia tra gli uomini che tra le donne sono state la Provincia Autonoma di Bolzano (M=14,16 per 100.000 abitanti; F=4,23 per 100.000 abitanti), per i soli uomini la Basilicata (M=10,04 per 100.000 abitanti; F=1,93 per 100.000 abitanti), oltre a Friuli Venezia Giulia (6,5 per 100.000 abitanti), Abruzzo (6,18 per 100.000 abitanti) e Lazio (5,07 per 100.000 abitanti) e per le sole donne, la Liguria (1,35 per 100.000 abitanti) e il Veneto (1,33 per 100.000 abitanti). Le regioni che viceversa hanno fatto registrare valori inferiori alla media nazionale in maniera statisticamente significativa sono state la Sicilia per entrambi i generi (M=2,89 per 100.000 abitanti; F=0,28 per 100.000 abitanti) a cui si aggiungono per i soli uomini la Campania (3,10 per 100.000 abitanti), l'Umbria (2,27 per 100.000 abitanti) e la Toscana (2,17 per 100.000 abitanti) (Figura 21). Complessivamente rispetto al 2014, nel Lazio si rileva un incremento statisticamente significativo del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili che è passato da 1,75 a 2,72 per 100.000 abitanti.

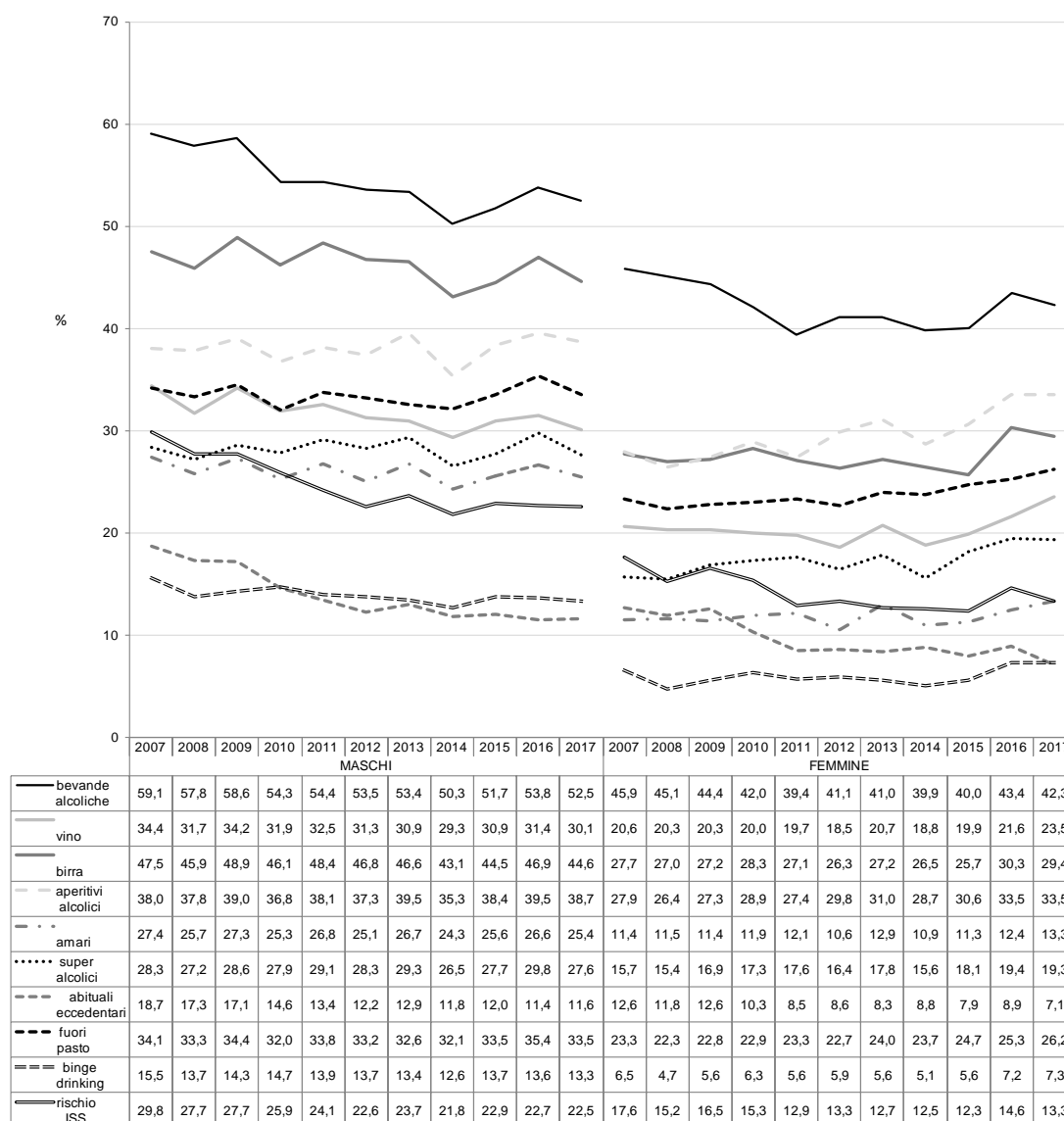


**Figura 21. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione > 15 anni. Italia, anno 2015**

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

## CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2017, il 52,5% dei ragazzi e il 42,3% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e rispetto alla precedente rilevazione non si rilevano variazioni significative dei consumatori di bevande alcoliche né tra i ragazzi né tra le ragazze (Figura 22).



**Figura 22. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2007-2017)**

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



Le prevalenze più elevate si registrano tra gli uomini per i consumatori di birra seguiti dai consumatori di aperitivi alcolici (44,6% e 38,7% rispettivamente), viceversa per le donne le prevalenze di consumatrici più elevate si rilevano per gli aperitivi alcolici seguiti dalla birra (33,5% e 29,4% rispettivamente); rispetto alla rilevazione dello scorso anno non si registrano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate, né tra i ragazzi né tra le ragazze (Figura 22 e Tabella 6).

**Tabella 6. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2017)**

Tipologia di consumo	11-17 <sup>1</sup>		18-20 <sup>2</sup>		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	21,7	14,6	75,6	57,8	81,3	67,7	52,5	42,3
Consumatori di vino	8,3*	4,9*	42,2*	34,0*	53,2	40,6	30,1	23,5
Consumatori di birra	15,7	9,0	65,3	39,6	72,2	48,8	44,6	29,4
Consumatori di aperitivi alcolici	13,3	10,7	53,6*	47,0*	65,0	54,1	38,7	33,5
Consumatori di amari	6,4	3,2	33,5	16,3	46,7	24,1	25,4	13,3
Consumatori di super alcolici	7,9*	5,8*	39,3	29,8	47,9	29,8	27,6	19,3
Consumatori abituali eccedentari	21,7	14,6	2,4	1,4 <sup>#</sup>	3,2	1,2	11,6	7,1
Consumatori di alcolici fuori pasto	9,7*	7,3*	50,3	39,6	56,4	41,8	33,5	26,2
Consumatori <i>binge drinking</i>	3,0*	2,2*	22,9	12,2	22,0	10,7	13,3	7,3
Consumatori a rischio-criterio ISS	21,7	14,6	23,5	13,7	23,1	11,5	22,5	13,3

<sup>1</sup> Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

<sup>2</sup> Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

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

# Dato non attendibile

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

Il comportamento a rischio che presenta il valore di prevalenza più elevato sia tra i ragazzi che tra le ragazze di età 11-25 anni è il consumo bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 33,5%; F: 26,2%) e i valori sono rimasti pressoché stabili nel corso dell'ultimo anno per entrambi i generi. Il 13,3% dei giovani di sesso maschile e il 7,3% delle coetanee hanno praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno senza variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione; per le ragazze, come già riscontrato lo scorso anno, si conferma quindi il trend in aumento a partire dall'anno 2014.

Nel 2017 hanno consumato bevande alcoliche in maniera abituale eccedentaria infine l'11,6% dei ragazzi e il 7,1% delle ragazze e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto al 2016 (Figura 22 e Tabella 6).

Complessivamente sono stati identificati come consumatori a rischio nel 2017 il 22,5% dei giovani 11-25enni e il 13,3% delle loro coetanee per un totale di circa 1.550.000 ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Figura 22 e Tabella 6).

## Consumatori di 11-17 anni

In Italia la Legge 189 dell'anno 2012 impone il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. In base a queste indicazioni quindi i giovani minorenni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno praticano un comportamento a rischio per la loro salute. In termini pratici nella fascia di età 11-17 anni quindi, l'indicatore del consumo di almeno una

bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono e nel 2017 è stato pari a 21,7% tra i ragazzi e di 14,6% tra le ragazze (Tabella 6).

La percentuale più elevata di consumatori si registra per entrambi i generi tra chi beve birra (M: 15,7%; F: 9,0%) e aperitivi alcolici (M: 13,3%; F: 10,7%); valori più bassi invece si registrano tra chi beve superalcolici e amari. Le prevalenze di consumatori di birra e amari è statisticamente superiori tra gli uomini rispetto alle donne (Tabella 6).

Il 9,7% dei ragazzi e il 7,3% delle ragazze hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti e una quota minore ha dichiarato di aver praticato il *binge drinking* (M: 3,0%; F: 2,2%) e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto allo scorso anno.

Nonostante la prevalenza dei consumatori a rischio sia diminuita rispetto a dieci anni fa, nel corso degli ultimi 5 anni non si registrano variazioni significative dell'indicatore né tra gli uomini né tra le donne di questa fascia d'età.

In totale si stima che gli adolescenti minorenni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2017 circa 700.000, con una marcata differenza di genere (M: 21,7%; F: 14,6%).

## Consumatori di 18-20 anni

I danni legati al consumo di alcol nei giovani, come ad esempio gli incidenti stradali sono influenzati dal bere alla guida ed è ormai stato ampiamente dimostrato che cambiare l'età minima legale per la vendita di bevande alcoliche può avere effetti sostanziali su questi comportamenti. In Italia, da qualche anno, l'età minima legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche è stata infatti innalzata a 18 anni.

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

Nel corso dell'anno 2017 il 75,6% dei ragazzi e il 57,8% delle ragazze di età compresa tra 18 e 20 anni hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica, né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative ne rispetto al 2007 né rispetto alla precedente rilevazione.

Tra i ragazzi la prevalenza più elevata si registra tra chi beve birra (65,3%) seguiti da chi beve aperitivi alcolici (53,6%) mentre tra le loro coetanee la differenza tra le consumatrici di queste due bevande non risulta significativa (birra 39,6%; aperitivi alcolici 47,0%).

Le prevalenze dei ragazzi che consumano birra amari e super alcolici sono superiori a quelle rilevate per le loro coetanee, mentre la differenza di genere non è statisticamente significativa tra chi consuma aperitivi alcolici e vino (Tabella 6).

Il 50,3% dei ragazzi e il 39,6% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti nel corso dell'anno 2017, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta sono stati il 22,9% e il 12,2% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti (Tabella 6).

In totale si stima che nel 2017 sono stati circa 330.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS pari al 23,5% e 13,7% rispettivamente dei 18-20enni (Tabella 6).

## Consumatori di 21-25 anni

Oltre i ventuno anni, un giovane viene considerato adulto, e le quantità di alcol da non superare giornalmente per non incorrere in rischi per la salute coincidono con quelle della popolazione adulta e sono pari a 2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne.

L'81,3% dei ragazzi e il 67,7% delle ragazze di 21-25 anni, hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2017 e non si rilevano variazioni statisticamente significative del dato di prevalenze in questa fascia di età né tra gli uomini né tra le donne.

In questa fascia d'età, la prevalenza di consumatori di sesso maschile è più elevata per la birra (72,2%) seguita dagli aperitivi alcolici (65,0%) e dal vino (53,2%). Tra le donne la prevalenza è più elevata tra le consumatrici di aperitivi alcolici (54,1%) e di birra (48,8%), seguita dalla prevalenza delle consumatrici di vino (40,6%) e super alcolici (29,8%). Gli amari sono la bevanda meno consumata in questa fascia di età sia dagli uomini sia dalle donne. Per tutte le bevande considerate non si sono registrate variazioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

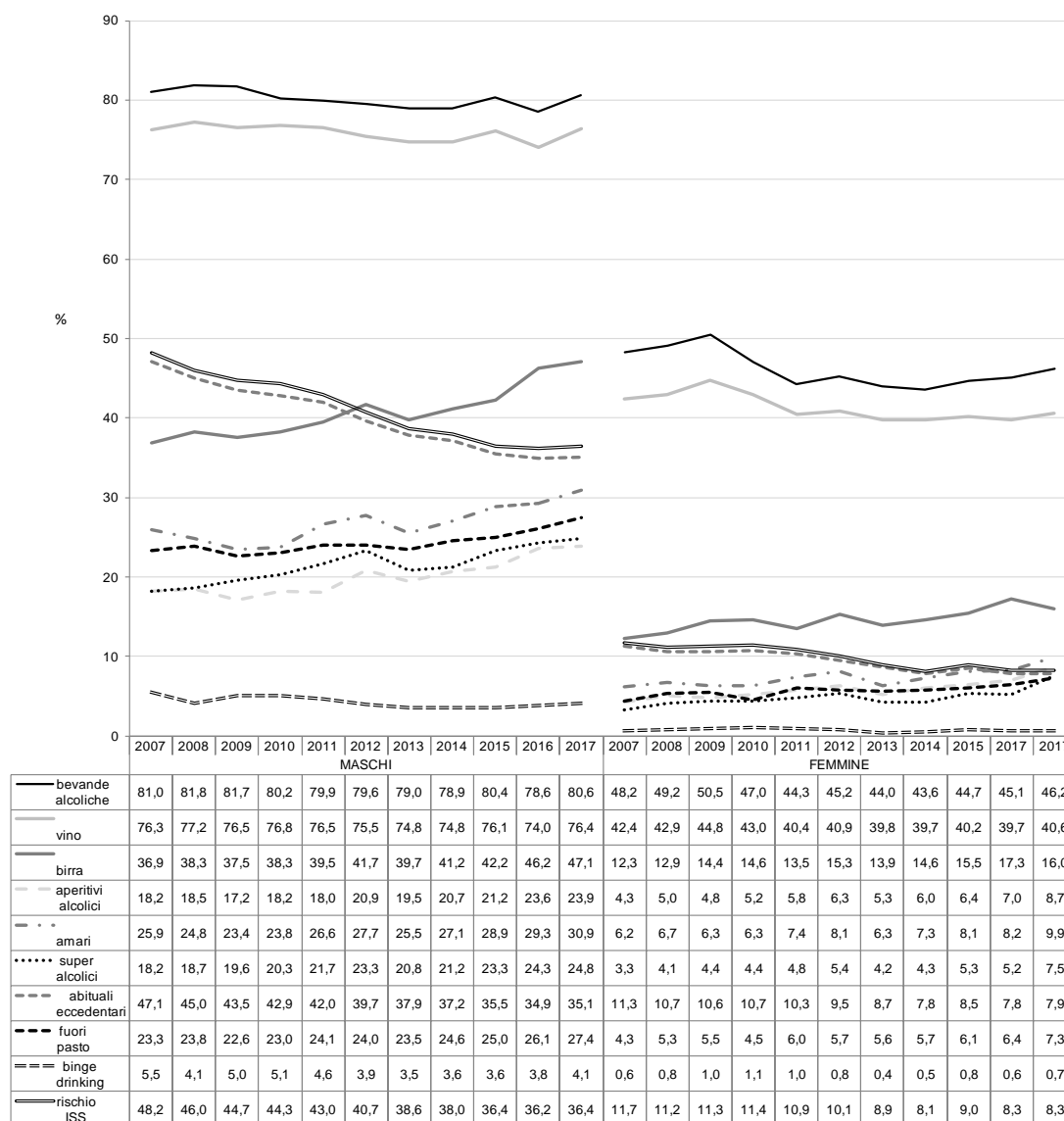
Il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è un'abitudine praticata nel 2017 solo dal 3,2% dei giovani e dal 1,2% delle loro coetanee e non si rilevano variazioni di genere significative. Il 56,4% dei 21-25enni e il 41,8% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2017 sono stati il 22,0% e il 10,7% rispettivamente. Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti.

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

In totale si stima che nel 2017 sono stati circa 520.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS pari al 23,1% e 11,5% rispettivamente dei 21-25enni (Tabella 6).

## CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

Gli anziani, insieme alle donne e ai bambini, sono considerati i target più sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol. La motivazione è da ricercarsi nella maggiore vulnerabilità agli effetti tossici delle bevande alcoliche rispetto al resto della popolazione, dovuta a una ridotta capacità dell'organismo di metabolizzare l'alcol in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo con il passare degli anni (Figura 23).



**Figura 23. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2007-2017)**

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

Con l'avanzare dell'età diventa più difficile la completa eliminazione dell'alcol dall'organismo poiché la quantità d'acqua presente nell'organismo e il funzionamento di alcuni organi, come il fegato e i reni, si riducono; si indebolisce inoltre la muscolatura e si riduce la mobilità, facilitando le cadute e le fratture; infine in questo target sensibile di popolazione si assumono molto spesso farmaci quotidianamente che interagiscono con l'alcol e quest'ultimo ne modifica gli effetti.

Le linee guida (34) dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) consigliano di ridurre il consumo di alcol in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute e di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

In Italia nel 2017 il 61,2% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 80,6%; F: 46,2%) e, per entrambi i generi, non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alle precedenti rilevazione (Figura 23 e Tabella 7).

**Tabella 7. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2017)**

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	82,9	49,2	79,6	46,2	73,8	38,3	80,6	46,2
Consumatori di vino	77,8	42,0	75,7	41,4	73,0	35,2	76,4	40,6
Consumatori di birra	57,3	21,3	39,7	13,9	25,5	6,2	47,1	16,0
Consumatori di aperitivi alcolici	30,2	11,2	19,3	7,8	10,2	3,8	23,9	8,7
Consumatori di amari	37,2	12,4	26,0	9,2	18,2	4,5	30,9	9,9
Consumatori di super alcolici	30,6	9,0	20,7	7,3	11,9	3,9	24,8	7,5
Consumatori abituali eccedentari	35,2	7,6	36,2	8,5	31,3	7,3	35,1	7,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	31,4	9,3	24,3	6,7	18,8	3,3	27,4	7,3
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,6	0,7	2,8	0,9	6,4	0,3 <sup>#</sup>	4,1	0,7
Consumatori a rischio-criterio ISS	36,2	7,9	37,4	9,1	33,7	7,7	36,4	8,3

# Dato non attendibile

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

La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevata in questa fascia di età è, sia per gli uomini sia per le donne, il vino (M: 76,4%; F: 40,6%) seguita dalla birra (M: 47,1%; F: 16,0%). La prevalenza dei consumatori di vino è rimasta pressoché stabile nel corso degli ultimi dieci anni, mentre la prevalenza dei consumatori di birra nello stesso periodo è aumentata costantemente, sebbene non si rilevino variazioni significative rispetto al 2016.

Per gli uomini si registra un valore comunque elevato della prevalenza di consumatori di amari (30,9%) seguiti da aperitivi alcolici e super alcolici, mentre per le donne le prevalenze di queste bevande sono inferiori al 10%. Negli ultimi cinque si rileva un incremento costante dei consumatori di amari (M=+5,3 p.p.; F=+3,6 p.p. rispetto al 2013), di aperitivi alcolici (M=+4,2 p.p.; F=+3,2 p.p. rispetto al 2013) e di super alcolici (M=+3,9 p.p.; F=+3,3 p.p. rispetto al 2013); per entrambi i generi tuttavia non si rilevano variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione ad eccezione delle consumatrici di super alcolici che sono aumentate in maniera di 2,3 p.p. (Tabella 7).

L'analisi dei comportamenti a rischio in questo target sensibile di popolazione evidenzia come ancora oggi il consumo abituale eccedentario rimanga un problema di sanità pubblica in quanto questo tipo di comportamento continua ad essere il più diffuso in questa fascia di popolazione, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute. La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari

nel 2017 è stata del 35,1% tra gli uomini e del 7,9% tra le donne e rispetto alla precedente rilevazione i valori sono rimasti pressoché stabili.

Il 27,4% degli anziani e il 7,3% delle anziane hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel corso dell'anno 2017 mentre la quota di *binge drinker* in questa fascia di età è più bassa rispetto al resto della popolazione (M=4,1%; F=0,7%).

In totale si stima che nell'anno 2017 sono stati circa 2.700.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.100.000 uomini e 600.000 donne, pari al 36,4% e 8,3% rispettivamente (Tabella 7).

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

## Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

I giovani anziani che nel 2017 hanno bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno sono stati l'82,9% degli uomini e il 49,2% delle donne e sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2016.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che hanno bevuto vino (M: 77,8%; F: 42,0%), seguita da chi ha bevuto birra (M: 57,3%; F: 21,3) per entrambi i sessi; per gli uomini la terza bevanda più consumata sono gli amari (37,2%) seguiti da aperitivi alcolici e super alcolici, mentre per le donne meno di una donna su cinque consuma queste bevande. Le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne indipendentemente da cosa consumano (Tabella 7).

Nel corso degli ultimi dieci anni le prevalenze dei consumatori di tutte le bevande alcoliche sono aumentate sia tra gli uomini che tra le donne ma, rispetto al 2016, non si registrano variazioni statisticamente significative.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che tra gli uomini quello più diffuso è il consumo abituale eccedentario la cui prevalenza nel 2017 è stata pari a 35,2% seguito dal consumo fuori pasto praticato dal 31,4% dei 64-74enni, mentre tra le donne i valori sono pressoché simili e pari al 7,6% e 9,3% rispettivamente; la prevalenza dei consumatori *binge drinking* in questa fascia di popolazione infine pari a 4,6% per gli uomini e 0,7% per le donne.

Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si rilevano variazioni significative rispetto al 2016.

Nell'anno 2017, si stima quindi che sono circa 1.350.000 i "anziani giovani" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 36,2% degli uomini e al 7,9% delle donne. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi sebbene la variazione rispetto al 2016 non risulti significativa (Tabella 7).

## Consumatori anziani (75-84 anni)

Nel 2017 hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno il 60,8% dei 75-84enni (M: 79,6%; F: 46,2%) e nel corso dell'ultimo anno si è registrato un incremento dei consumatori, significativo in particolare tra le donne (+5,3 p.p.). La bevanda più

consumata dagli uomini e dalle donne di questa fascia di età è il vino e le persone che hanno dichiarato di averne consumato sono state il 75,7% degli uomini e il 41,4% delle donne; segue la birra, consumata dal 39,7% e il 13,9% rispettivamente. Oltre un uomo su quattro (26,0%) e circe una donna su dieci (9,2%) dichiarato di aver consumato amari; la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici infine è stata del 19,3% tra gli uomini e del 7,8% e quella di super alcolici del 20,7% e 7,3% rispettivamente.

Le prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate sono tutte minori per le donne rispetto agli uomini (Tabella 7).

Per tutte le bevande considerate si registra un incremento costante dei consumatori di entrambe i sessi nel corso degli ultimi dieci anni, ad eccezione del vino che ha subito delle oscillazioni nel periodo considerato. In particolare rispetto all'ultimo anno si rileva un incremento dei consumatori di vino (maschi + femmine) pari a 4,9 p.p., e delle donne di questa fascia di età che consumano aperitivi alcolici (+2,9 p.p.), amari (+3,5 p.p.) e super alcolici (+3,2 p.p.).

L'analisi delle abitudini di consumo in questa classe d'età mostra che la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (M: 36,2%; F: 8,5%) è la più elevata rispetto agli altri comportamenti analizzati e risulta sovrapponibile a quello dei consumatori a rischio. Consumano bevande alcoliche fuori dal pasto il 24,3% degli uomini e il 6,7% delle donne, mentre è più bassa la quota degli anziani che hanno praticato il *binge drinking* (M: 2,8%; F: 0,9%).

In totale si stima che nell'anno 2017 sono stati circa 1.050.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 37,4% degli uomini e il 9,1% delle donne 75-84enni (Tabella 7).

## Consumatori grandi anziani ( $\geq 85$ anni)

La prevalenza dei "grandi anziani" ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2017 è stata del 73,8% per gli uomini e del 38,3% per le donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni; verosimilmente a causa di un peggioramento dello stato di salute di questi soggetti con l'avanzare dell'età per entrambi i sessi il valore di prevalenza di coloro che hanno consumato almeno una bevanda alcolica è il più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani analizzati.

L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che il più alto valore di prevalenza si registra, come per le altre classi di età, per il vino sia per gli uomini (73,0%) che per le donne (35,2%), seguito dalla birra (M: 25,5%; F: 6,2%), e da aperitivi alcolici (M: 10,2%; F: 3,8%), amari (M: 18,2%; F: 4,5%) e superalcolici (M: 11,9%; F: 3,9%). Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (Tabella 7).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra anche in questo target di popolazione per i consumatori abituali eccedentari (M: 31,3%; F: 7,3%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 18,8%; F: 3,3%).

In totale si stima che nell'anno 2017 sono stati circa 300.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) pari al 33,7% degli uomini e il 7,7% delle donne (Tabella 7).

## CONCLUSIONI

L'alcol ha un impatto che la WHO ha già stimato negli anni passati per l'Italia come non inferiore ai 25 miliardi di euro l'anno; una sottostima che si riferisce solo ai costi tangibili che, anche non attualizzata in funzione degli incrementi registrati per i principali indicatori di rischio alcol-correlati, identificherebbe comunque una diseconomia che paga la società.

L'interpretazione del dato statistico non esaurisce, tuttavia, l'analisi che può e deve soffermarsi sulle realtà di fatto, attraverso le considerazioni proprie della comprensione culturale della società e dei modelli e degli stili di vita e di consumo che seguono dinamiche estremamente rapide, fortemente influenzate dal "mercato"; quest'ultimo sollecita al consumo di alcolici, con pressioni dirette e indirette, fasce sempre più ampie di popolazione non esentando quelle più vulnerabili dei minori, delle donne e degli anziani. Tali dinamiche non consentono spesso di poter assicurare, con pari velocità ed efficienza, la risposta di salute pubblica e di prevenzione adeguata ai tempi e a costumi e sono lo specchio di una società globalizzata che muta valori e aumenta quotidianamente le sue complessità.

La stessa cultura degli adulti sembra insensibile all'abilitazione dell'accesso, in alcune realtà scolastiche, di attività promosse e sostenute da rappresentanti di un certo mondo della produzione, che propongono ai minori iniziative di promozione del "bere consapevole" adeguate pur discutibilmente ad un audience adulta, lì dove l'unico messaggio che dovrebbe essere garantito ai minori è quello di non consumare alcolici sino a quando l'organismo non maturi la capacità di metabolizzare l'alcol – intorno ai 18-21 anni - e non prima che il cervello abbia raggiunto, intorno ai 25 anni, il completamento del processo di trasformazione cognitiva in senso razionale, garantito dallo sviluppo della corteccia prefrontale, pregiudicato dall'alcol, l'unica a poter fornire quel controllo, quelle capacità di riconoscimento e di percezione adulta del rischio che possono rendere giustificabile il senso di "consapevolezza" e "responsabilità" estremamente vaghi in adolescenza. Messaggi che le istituzioni di tutela della salute s'impegnano a disseminare ai più giovani, anche tramite le linee guida per una sana alimentazione e uno stile di vita salutare.

Ogni anno sono migliaia le intossicazioni alcoliche che giungono al Pronto Soccorso, e sempre più crescente il numero dei minori e dei giovani che seguono i modelli imposti dalla pubblicità e dal marketing, dalle culture del bere e dello "sballo" ispirate a disvalori o pseudo-valori non contrastati dalla società; questi costruiscono i bisogni di intere generazioni che usano l'alcol, più che berlo secondo modelli di socializzazione di stampo mediterraneo, tradizionali che sono attualmente ampiamente disattesi anche da un numero crescente di adulti e di anziani che non riesce a trasmettere, di conseguenza, il modello della moderazione e del consumo ai pasti, eccezione più che regola come accadeva sino a venti anni fa.

L'ampia disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche, la normalizzazione di attività che legano l'alcol alla cultura, a eventi sportivi o musicali rendono sempre più difficile radicare gli elementi di base della prevenzione, spesso ignorata, e comunque non competitiva, rispetto alle iniziative e agli investimenti da parte di un settore che spende centinaia di milioni di euro ogni anno per investire nella massimizzazione delle vendite e oggi orientato anche a investire in prodotti alcolici a base di cannabis, come già annunciato e realizzato per alcuni settori della produzione di birra e di vino, sicuramente favorevoli alla normalizzazione della già estrema diffusione e circolazione di sostanze (come la cannabis, spesso causa o conseguenza del bere) rispetto alle quali l'alcol è veramente quello più semplice (e legale) da reperire e consumare.

Nella realtà quotidiana si stigmatizzano, almeno teoricamente, gli adulti che pongono nelle disponibilità dei minori bevande alcoliche, ma ci si impegna poco o nulla a garantire il rafforzamento reale e l'applicazione rigorosa del controllo formale e informale della società,



dell'esercizio di vigilanza e di accompagnamento familiare e sociale nello sviluppo di abitudini salutari, tese a ritardare l'abilitazione al consumo di bevande alcoliche, obiettivo delle strategie globali di prevenzione, e a svalorizzare fenomeni di mercato tesi a promuovere modelli intossicanti del bere «felice» come promettono *happy hours* o *open bar*, secondo una strategia tesa a proporre l'intossicazione certa a basso costo.

Il consumo rischioso e dannoso di alcol continua a connotarsi per un impatto sanitario e sociale sempre più preoccupante per milioni d'individui di tutte le fasce di età e si manifesta attraverso un ricorso ai servizi e alle prestazioni sanitarie che rappresentano solo una parte dei 25 miliardi di euro l'anno che in Italia la società paga anche a fronte di problematiche sociali legate all'assenteismo, alla perdita di lavoro e produttività, atti di violenza, di maltrattamenti che sfuggono alla stigmatizzazione sociale da parte delle persone che hanno anche scarsa consapevolezza dei rischi per la salute con la lunga serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine. I consumi in aumento accompagnati dall'incremento dei consumatori a rischio, dei *binge drinker*, dei consumatori fuori pasto, di quelli che eccedono quotidianamente sottolineano una cultura che non incontra la prevenzione e che è ovviamente sbilanciata verso il rischio che per molti appare legato ad una sempre più pervasiva cultura dell'intossicazione più che del "bere" inteso come momento conviviale. Il marketing, la pubblicità, le *fake news*, gli investimenti milionari nel proporre l'alcol come valore (che sia vino, birra, amaro, aperitivo o superalcolico), rappresentano elementi di forte persuasione, non controbilanciata da pari investimenti in prevenzione; quest'ultima in Italia non riceve dai ricavi delle vendite una percentuale prestabilita dedicata alla copertura dei costi generati dal bere come avviene in numerose realtà europee ed internazionali. I cosiddetti "*best buys*" della WHO (la riduzione del marketing, l'adeguamento delle politiche di tassazione e dei prezzi e la riduzione della disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche) che dovrebbero consentire di favorire il raggiungimento entro il 2020 della riduzione del 10 % dei consumi medi, oltre che la riduzione dei consumatori rischiosi e dannosi, sono sostanzialmente disapplicati in omaggio ad una mera logica di convenienza economica che produce, tuttavia, costi che rasentano la diseconomia. Manca da qualche anno la risposta di salute pubblica per carenza o inadeguatezza d'intervento pur garantito dal Piano Nazionale di Prevenzione e connessi Piani Regionali che evidentemente non hanno ancora sviluppato il loro potenziale. I giovani, insieme agli anziani e alle donne, rappresentano un *target* di popolazione estremamente vulnerabile al consumo di alcol che risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità (incidentalità stradale, tumori, cirrosi epatica e malattie cardiovascolari). A testimonianza di questo fenomeno, vi è la stima dei *trend* di mortalità parzialmente e totalmente alcol-attribuibile pubblicata per tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea e che vede il tasso di mortalità specifico di queste tre condizioni avviarsi ad una risalita, morti evitabili se venisse favorito l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza dei soggetti a rischio della sostanza psicotropa, tossica, cancerogena e induttrice di dipendenza, quale è l'alcol. Inoltre, trattandosi di una sostanza tra le più caloriche assunte attraverso l'alimentazione (7 kcal/g, circa 90 kcal in 1 UA), una corretta informazione, quale quella dell'apposizione in etichetta delle bevande alcoliche delle kcal/g di alcol contenuti in una Unità Alcolica, che in tutta Europa si attesta in media sugli 11 grammi di alcol (secondo quanto riportato dalla *European Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm-RARHA*), gioverebbe non poco alla lotta all'obesità oltre che alla continua crescita del tasso di alcolodipendenza. Condizione grave, quest'ultima, non adeguatamente intercettata, come dimostrato dalle valutazioni dell'ONA-ISS acquisite nella Relazione al Parlamento del Ministro della Salute, considerato che, dei 710 mila consumatori dannosi di alcol "*in need for treatment*", richiedenti ovvero una qualunque forma di intervento, solo 72.000 risultano in carico ai servizi di alcologia del Servizio Sanitario Nazionale con un *gap* da colmare dell'oltre il 90% tra attesi e osservati. L'evidenza di consumatori a rischio tra i minori, continua a testimoniare la disapplicazione delle

leggi nazionali in omaggio a una diffusa logica delle convenienze e di non rispetto della legalità (leggi che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni) e richiederebbe urgenti interventi di natura collaterale a quelli che il settore di salute pubblica si sforza di adottare attraverso iniziative di prevenzione, informazione e sensibilizzazione. Interventi che, però, non risultano prevalenti o comunque controbilancianti quelli di tutela del prodotto e del *marketing* e che anzi devono confrontarsi con scarse risorse, soprattutto, se paragonate alle massicce campagne di promozione dei prodotti alcolici, supportati finanziariamente anche dalle stesse Istituzioni che, invece, dovrebbero sostenere con pari risorse la prevenzione a tutela e riabilitazione dal danno derivante dal consumo di alcol nella popolazione.

Problematiche che si vanno a sommare all'incontrastata pressione mediatica che non ha limiti o tetti da rispettare in termini di volume e frequenza di *spot* e di diffusione, anche nei luoghi e nei contesti di aggregazione giovanile reale e virtuale, come i *social network*, veicolando messaggi, stili, *standard* di consumo, mode e tendenze *appealing*, che esercitano il loro fascino proprio sui giovani.

Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario, e interventi incisivi sono da attivare riguardo alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolti a creare forme di regolamentazione della pubblicità e del *marketing*, lì dove non controbilanciate da un approccio supportato dal concetto europeo di "salute nelle altre politiche" e di pieno rispetto delle leggi nazionali e delle direttive europee a tutela dei minori. Direttive che impongono, ad esempio, il divieto di utilizzo di argomentazioni salutiste per la pubblicità e il *marketing* delle bevande alcoliche, o messaggi diretti o indiretti di successo sessuale, sociale e d'incremento di *performance* che possono trarre in inganno, specialmente i più giovani, che tendono ad attribuire all'alcol valori di "lubrificazione" sociale e facilitazione delle relazioni personali connesse alla disinibizione causata dall'effetto psicotropo dell'alcol. Sempre più frequente, infatti, è il ricorso al *binge drinking* (inteso come consumo episodico eccessivo), causa del 13% di tutti i ricoveri in Pronto Soccorso da parte di minori sotto ai 14 anni di età.

L'assenza degli adulti è drammatica e riflette il fallimento sociale dell'educazione che, in parte, ha travolto numerose realtà e troppi giovani, come testimoniato dal ricorso ai servizi sanitari per gli effetti e le conseguenze del bere e dai dati di mortalità alcol-correlata che vedono, ovviamente, l'alcol come prima causa di morte prematura ed evitabile tra i giovani.

La comunità scientifica, in particolare attraverso la *Joint Action* europea RARHA, ha focalizzato l'attenzione sull'importanza di fornire evidenze e linee guida per ridurre i rischi e i danni causati dal consumo di alcol, dai modelli di consumo, dalle tendenze che influenzano i comportamenti individuali, dalle modalità di relazione e di aggregazione che caratterizzano la società moderna.

Le linee guida, condivise a livello europeo sull'alcol, sollecitano e confermano la massima attenzione su essenziali punti, che è opportuno ribadire ancora, in quanto estremamente attuali e meritevoli di auspicabile elaborazione, di azioni ed interventi da parte dei *policy maker*:

- le linee guida sul consumo a basso rischio devono essere diffuse alla popolazione in generale dal momento che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al consumo di alcol per una scelta consapevole;
- la responsabilità della fornitura delle informazioni alla popolazione sui rischi e sui modi per ridurli spetta ai governi e alle proprie strutture di salute pubblica;
- la disponibilità di linee guida sul consumo di alcol a basso ed a alto rischio e sul consumo episodico eccessivo può contribuire, con il tempo, a favorire i cambiamenti delle modalità e delle attitudini di consumo nella popolazione: possono incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il consumo, attrarre l'attenzione dei consumatori a rischio sulle abitudini

- del loro consumo e, per il consumo episodico eccessivo, ridurre il rischio di danni sanitari e sociali da stato di ubriachezza al bevitore stesso e a terzi;
- le linee guida del consumo di alcol a basso rischio devono includere informazioni/raccomandazioni per ridurre i rischi e i danni, sia nell'immediato, che a lungo termine;
  - le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite, separatamente, per uomini e donne;
  - il messaggio deve essere concentrato sui rischi, e non su potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute, nella comunicazione del consumo a basso rischio;
  - il "consumo a basso rischio" non significa "assenza di rischio";
  - le linee guida sul consumo a basso rischio non devono essere utilizzate per situazioni e gruppi di popolazione ad alto rischio per le quali l'opzione più sicura da comunicare è quella di non bere affatto (i minori, le donne in gravidanza, soggetti che assumono farmaci, con storia familiare di alcoldipendenza, con problematiche relative alla salute mentale e al consumo di sostanze, quando si è alla guida di veicoli, nell'ambiente di lavoro e per tutte le attività che richiedono concentrazione);
  - l'alcol aumenta il rischio di cancro;
  - l'alcol ha effetti negativi per la famiglia;
  - le linee guida sul consumo a basso rischio sono necessarie anche per gli anziani, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità e agli incidenti alcol-correlati;
  - il fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio ai minori di anni 18 è ritenuto controproducente;
  - nella comunicazione del rischio nel consumo episodico eccessivo è opportuno sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro; dovrà inoltre essere specificato l'arco temporale e il fatto che il consumo episodico eccessivo è dannoso così come lo è il consumo eccedentario giornaliero;
  - le bevande alcoliche devono includere etichette con informazioni sul contenuto delle bevande, in particolare il contenuto di calorie delle bevande, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti;
  - è necessario sostenere politiche a favore delle etichette con informazioni sui rischi per la salute (*warning message*) sui contenitori delle bevande alcoliche.

Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio, e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un *continuum* di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni, appare centrale e urgente garantire e integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (attraverso il test *AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test*) nei contesti di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani (*setting* pediatrici e di assistenza primaria erogata dai medici di famiglia), favorendo l'erogazione di tecniche basate sul colloquio motivazionale, tra le quali l'intervento breve che garantisce i più elevati livelli di efficacia e i più vantaggiosi profili di costo e di beneficio.

Il Piano di azione europeo 2014-2020 sul consumo di alcol nei giovani e sul *binge drinking* non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull'evidenza: esso sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l'alcol è nocivo

per lo sviluppo cerebrale sino ai 25 anni (aggiornate le evidenze che ponevano questa “soglia” ai 21-24 anni). In tale ottica l’età minima legale dovrebbe di conseguenza subire variazioni sostanziali per sottrarre i giovani, gli adulti del futuro, a una compromissione evitabile delle capacità cognitive e all’interferenza e al danno cerebrale esitante in un mancato completo sviluppo in senso razionale della cognitività.

La finalità condivisa da tutte le strategie e i piani di azione, in cui l’Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale, è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutari i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate capaci di guidare verso stili e modelli del bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza, basati su informazioni valide e oggettive. Ai consumi medi pro-capite in ripresa da qualche anno non poteva non esserci il riscontro di un incremento della popolazione di consumatori a rischio e di *binge drinker*, indicatori della necessità di risposte di salute pubblica e dei servizi sanitari, di interventi sul *marketing* e sulla disponibilità delle bevande alcoliche più incisive, e anche i sistemi di monitoraggio relativi all’implementazione delle politiche in Italia mostrano essere tra le aree da rafforzare. La cultura del bere in Italia può e deve ritrovare dimensioni più adeguate al mantenimento di livelli di salute e sicurezza nella popolazione che possano contribuire ad abbattere i costi sociali e sanitari dell’impatto dell’alcol riequilibrando lo sbilanciamento tra tutela del diritto a una salute informata e quello della promozione di un prodotto non ordinario, ma da conoscere per non rischiare. La necessità di invertire la tendenza all’aumento del consumo pro-capite e con esso quello dei consumatori a rischio, i *binge drinker*, i consumatori dannosi di alcol richiede politiche di prevenzione e programmazione più incisive e dedicate, azioni e investimenti in grado di poter sostenere e garantire il raggiungimento degli obiettivi da conseguire mirando all’agenda globale per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in cui l’Italia ha necessità di esprimere oggi il massimo impegno se vorrà vedere realizzati nei prossimi anni gli obiettivi di salute e di benessere condivisi.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/gsr\\_2018/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/) ultima consultazione 20/04/2019.
2. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
3. Baan R, *et al.* Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3
4. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf); ultima consultazione 20/04/2019.
6. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 20/04/2019
7. United Nation. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; ultima consultazione 20/04/2019.
8. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2018/alcohol-consumption,-harm-and-policy-response-fact-sheets-for-30-european-countries-2018>. ultima consultazione 20/04/2019.
9. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/339837/WHO\\_Policy-in-Action\\_indh\\_VII-2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/339837/WHO_Policy-in-Action_indh_VII-2.pdf?ua=1); ultima consultazione 20/04/2019.
- 10 Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 20/04/2019.
- 11 World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf); ultima consultazione 20/04/2019.
12. Health Behaviour in School-aged Children – HBSC. International Coordinating Centre Child & Adolescent Health Research Unit. *Health behaviour in school aged children (HBSC): terms of reference*. St. Andrews: HBSC; 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.hbsc.org/about/HBSC%20ToR.pdf>; ultima consultazione 20/04/2019.
13. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile

- all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/adolescent-alcohol-related-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014-2018>. ultima consultazione 20/04/2019.
14. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective*. Brussels: European Commission; 2006. Disponibile all'indirizzo: [https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf). ultima consultazione 20/04/2019.
  15. Simons-Morton BG, Farhat T, ter Bogt TF, Hublet A, Kuntsche E, Nic Gabhainn S, *et al.* Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):199-208.
  16. Mulder J, de Greeff J. *Eyes on age: a research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research*. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy; 2013. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/eyes\\_on\\_ages\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/eyes_on_ages_report_en.pdf) ultima consultazione 20/04/2019
  17. Boden JM, Fergusson DM. The short and long term consequences of adolescent alcohol use. In: Saunders J, Rey JM (Ed.). *Young people and alcohol: impact, policy, prevention and treatment*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. p. 32-46.
  18. Windle M. Drinking over the lifespan: focus on early adolescents and youth. *Alcohol Res* 2016;38:95-101
  19. Sistema statistico nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2017 del Programma statistico nazionale 2017-2019*. Roma: ISTAT; 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592> ultima consultazione 20/04/2019
  20. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017*
  21. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2017. Tavole di dati*. Roma: ISTAT; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/215088> ultima consultazione 20/04/2019
  22. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: [http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA\\_0000001409?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA_0000001409?lang=en) ultima consultazione 20/04/2019
  23. World Health Organization. *Global Health Observatory, Indicator Metadata Registry*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=460> ultima consultazione 20/04/2019
  24. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).
  25. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001.
  26. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2. ed 2013. p.72-93.

27. Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry* 2014;5(161):1-12.
28. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 20/04/2019.
29. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: [http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5\\_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines\\_FINAL.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf); ultima consultazione 20/04/2019.
30. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Di Pasquale L, Martire S, Scipione R. *Le linee guida europee: il ruolo di leadership dell'Istituto Superiore di Sanità nella Joint Action Europea per la riduzione del danno alcol-correlato (RARHA)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/OK%20SCAFATO%20FACTSHEET%20RARHA%20APD%202014.pdf>; ultima consultazione 20/04/2019
31. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20/04/2019.
32. Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN) IV Revisione*. Milano: SICS editore; 2014.
33. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del ministro della salute al parlamento Sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Roma: Ministero della Salute; 2018. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2724\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2724_allegato.pdf). ultima consultazione 20/04/2019.
34. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN; 2003.





*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di maggio 2019*

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

*Roma, maggio 2019*