



# RAPPORTI ISTISAN 20|7

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 2020**

E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, M. Vichi, A. Matone, 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 2020**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin,  
Monica Vichi, Alice Matone, 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  
20/7**

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 2020.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Monica Vichi, Alice Matone, Riccardo Scipione e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2020, vii, 60 p. Rapporti ISTISAN 20/7

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato - SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dalla recente attivazione in ISS dell'azione centrale 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. La stesura del presente rapporto è avvenuta in un periodo precedente alla pandemia da nuovo coronavirus e si riferisce prevalentemente a dati del 2018. La sfida futura sarà quella di affrontare la problematica alcol in funzione dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'emergenza COVID-19.

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

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2020.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Monica Vichi, Alice Matone, Riccardo Scipione and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2020, vii, 60 p. Rapporti ISTISAN 20/7 (in Italian)

The alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as a third risk factor for disease and premature death after smoking and arterial hypertension. The National Observatory on Alcohol (ONA) evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system - SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and by the recent start-up at ISS of the "central action" SISTIMAL aimed at the evaluation of implementation of national and regional alcohol that the Ministry of Health is committed in providing to World Health Organization (WHO). The ONA, 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. The drafting of this report took place in a period prior to the new coronavirus pandemic and mainly refers to 2018 data. The future challenge will be to tackle the alcohol problem according to the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

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

Per informazioni su questo documento scrivere a: [silvia.ghirini@iss.it](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, Matone A, 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 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/7).

---

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
Consumo pro-capite di alcol .....	1
Indagine della WHO sui comportamenti degli adolescenti legati al consumo di alcol.....	2
Rapporto della WHO sul consumo, sui danni e sull'attuazione di politiche in 30 Paesi europei (EU+ Norvegia e Svizzera).....	6
<b>Consumi nella popolazione italiana generale</b> .....	10
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi .....	10
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici .....	12
<b>Comportamenti a rischio</b> .....	14
Consumatori abituali eccedentari.....	14
Consumatori fuori pasto.....	16
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	17
Consumatori a rischio (criterio ISS) .....	19
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	22
Italia nord-occidentale .....	22
Piemonte.....	22
Valle d'Aosta.....	25
Lombardia .....	25
Liguria .....	25
Italia nord-orientale .....	25
Provincia Autonoma di Bolzano .....	26
Provincia Autonoma di Trento .....	26
Veneto .....	26
Friuli-Venezia Giulia.....	27
Emilia Romagna.....	27
Italia centrale .....	27
Toscana .....	28
Umbria.....	28
Marche.....	28
Lazio.....	28
Italia meridionale .....	29
Abruzzo .....	29
Molise.....	29
Campania.....	30
Puglia.....	30
Basilicata.....	30
Calabria .....	30
Italia insulare .....	31
Sicilia.....	31
Sardegna.....	31

<b>Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili</b> .....	33
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere .....	33
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza .....	36
<b>Consumo di alcol tra i giovani</b> .....	38
Consumatori di 11-17 anni .....	39
Consumatori di 18-20 anni .....	40
Consumatori di 21-25 anni .....	41
Alcol, giovani e sport: le attività dell'ISS nell'ambito del progetto europeo FYFA.....	41
<b>Consumo di alcol tra gli anziani</b> .....	44
Consumatori giovani anziani (65-74 anni).....	46
Consumatori anziani (75-84 anni) .....	46
Consumatori grandi anziani ( $\geq 85$ anni) .....	47
<b>Conclusioni</b> .....	48
<b>Bibliografia</b> .....	57

## PREFAZIONE

Il periodo in cui questo rapporto è stato generato ha visto tutto il mondo confrontarsi con una sfida temibile quanto ignota che ha cambiato abitudini, comportamenti, relazioni.

Un periodo senza tante illusioni, una pandemia da tempo preconizzata e temuta che ha colto tutti impreparati e impotenti rispetto alla pervasività di una nuova malattia infettiva, quella da coronavirus, che non sembra essere stata una semplice parentesi nelle nostre vite, ma un evento destinato a cambiare abitudini e modelli comportamentali nei luoghi di vita e di lavoro e soprattutto a influenzare la stessa vita conviviale e di relazione. La socialità cui eravamo abituati, è stata rimpiazzata da un isolamento e da un distanziamento sociale che dureranno, quasi a tracciare un solco di netta separazione tra com'eravamo e come saremo. La quarantena forzata, una sorta di arresto domiciliare, com'è stato descritto e percepito da molti, in cui tante solitudini si sono ritrovate a confrontarsi – ha accentuato l'usura dello stress e le preoccupazioni per un futuro in cui è difficile proiettarsi in assenza di certezze. Nel frattempo, l'*home-working* e l'isolamento pare siano stati affiancati dalla tendenza allo *smart drinking*, considerando quanto riferito da alcune indagini riportate da studi di settore.

L'emergenza coronavirus è sembrata illuminare la strada verso rinnovate modalità di consumo alcolico. I dati resi noti dalla grande distribuzione hanno evidenziato una fase iniziale di accaparramento delle bevande alcoliche e fatto registrare un forte incremento delle vendite online e l'*home delivery*. La consegna a domicilio non garantisce però il rispetto delle normative che dovrebbero evitare di rendere disponibili quantità non verificabili di alcolici di cui in Italia, al contrario di altre Nazioni, non è stata vietata la vendita nel periodo di *lockdown*.

Indagini di settore pubblicate hanno segnalato che tra i canali di vendita crescono più gli *e-commerce* delle cantine (+425%) che i siti *e-commerce* di settore (+143,59%) e la grande distribuzione si confermano il canale di riferimento per il 36,73% in più di acquirenti. Si legge che cambiano i canali, ma anche la frequenza dei consumi. Il 42,34% degli intervistati dichiara di bere di più dall'inizio del *lockdown*, il 17,88% beve meno. Il restante 39,78% non ha modificato la frequenza dei consumi: chi in *smart working* a casa ha aggiunto il consumo di alcolici a pranzo (inesistenti nei luoghi di lavoro) a quelli abituali della sera, raddoppiando (come minimo) l'apporto usuale. Un aumento del consumo di alcol sin dall'inizio dell'epidemia di coronavirus è l'indicatore degli orientamenti della popolazione, che in molti casi sembra aver abbandonato l'*happy-hour* per bere con gli amici durante gli incontri online. Non proprio la stessa cosa, specie se ad aumentare la criticità, si è innestato il fenomeno delle *neknomination*, in cui si fa a gara su chi «scola» alla goccia una bottiglia di alcolico in *videochat* o registrando l'atto temerario.

L'alcol in più venduto in questo periodo non ha né igienizzato né disinfettato il cavo orale di possibili vittime della disinformazione avviata da associazioni enologiche di categoria o da cantine di grappa e persino da primari supermercati alimentari. Sui social e sul web sono riprese a circolare le più improbabili *fake news* di presunti e mai verificati benefici del consumo di vino, rilanciando ancora una volta la bufala del resveratrolo, una molecola dalle mille vite, sempre volutamente e erroneamente indicata come «protettiva» della salute e ricondotta in maniera spesso anche subdola a sperimentazioni cliniche mai autorizzate, basate su manipolazioni di ricerche strumentalizzate a forme di comunicazione incentrate su salute e benessere.

Con l'imperversare di COVID-19, alcuni settori della produzione hanno inaugurato una comunicazione basata sulla disinformazione e una nuova frontiera per la promozione e la vendita delle loro etichette, pregiudicando radicalmente il concetto di responsabilità sociale in un periodo di pandemia.

Si conoscono poco le relazioni tra coronavirus e alcol, ma trattandosi di un virus comunque appartenente a virus noti, è stato possibile raccogliere le evidenze scientifiche di supporto alle scelte informate dei consumatori e sia il Ministero della Salute, sia l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità hanno disseminato una vera e propria campagna contro le *fake news* smentendo l'azione benefica dell'alcol e anzi sottolineandone la dannosità per l'impatto sul sistema immunitario e sulla più agevolata infezione da virus respiratori nei consumatori di bevande alcoliche. Il Centro Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol-correlate (*WHO Collaborative Centre Research on Alcohol*) dell'Istituto Superiore di Sanità ha collaborato con l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la predisposizione di rapporti informativi sull'alcol e il coronavirus diffusi in tutta Europa e nel mondo con infografiche dedicate e "domande frequenti" che hanno rappresentato l'univoco riferimento autorevole diffuso come servizio al cittadino e alla persona, per tutelarne salute e sicurezza e garantire più elevati livelli di benessere. La disponibilità del consenso costruito dalla comunità scientifica è stata d'ausilio nella lotta alle *fake news* diffuse da settori dell'industria; tale consenso ha da anni bollato affermazioni prive di sostenibilità e di plausibilità biologica sull'uso moderato e "responsabile" di alcune bevande alcoliche, e non ha esitato, anche in questa occasione, a controbattere tempestivamente queste dichiarazioni, segnalando le linee guida per una sana alimentazione elaborate dal Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria. Secondo le linee guida, le molecole bioattive presenti nel vino spesso millantate come «protettive» in realtà sono presenti in quantità talmente limitate da rendere impossibile qualunque tipo di effetto biologico ascrivibile al principio attivo che richiederebbe l'assunzione quotidiana di oltre 110 bicchieri per portare a concentrazioni «terapeutiche».

In Europa, come nel mondo e a livello nazionale, le strategie e i piani di azione e prevenzione si sono dovute confrontare con una scarsa preparazione ad affrontare la gestione delle problematiche alcol-correlate e dell'inesistenza di modelli d'ingaggio anche telematico di quanti in necessità di trattamento, confermando 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, dei disturbi da uso di alcol, 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.

Persone di tutte le età e di entrambi i generi sono state colpite da un'imprevista e incrementata esposizione all'alcol come fattore di rischio legato al contesto dell'isolamento forzato con un incremento del consumo, e l'aumento contestuale di tutti gli indicatori di consumo a rischio che in Italia faranno registrare livelli inconfondibili con il prima, e rispetto al *day after* della pandemia, non lasciando comunque prevedere un progresso verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati quest'anno ancor di più per l'oggettiva mancanza d'intervento e d'implementazione di azioni in numerosi settori identificati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità 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 e sulla disponibilità delle bevande alcoliche.

Il medio-lungo periodo 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 disturbi da uso di alcol tra le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate, gravate da un più elevato carico di malattia e di mortalità prematura dei meno abbienti e da un più limitato

accesso ai servizi sanitari o a cure che prevedano un impegno economico non sostenibile in funzione del basso reddito.

Si apre un periodo da dedicare all'incremento di misure, regolamentazioni, interventi rivolti a limitare la disponibilità delle bevande alcoliche, ad attuare più rigorose politiche di controllo della pubblicità e della comunicazione commerciale degli alcolici e una politica dei prezzi (uno dei *best buys* della WHO) che possa contribuire a non rendere conveniente l'acquisto di alcol (*happy hours*, promozioni di bevande alcoliche) specie in un periodo ancora non terminato di epidemia da coronavirus in cui non bere alcolici dovrebbe essere il consiglio di buon senso da diffondere.

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

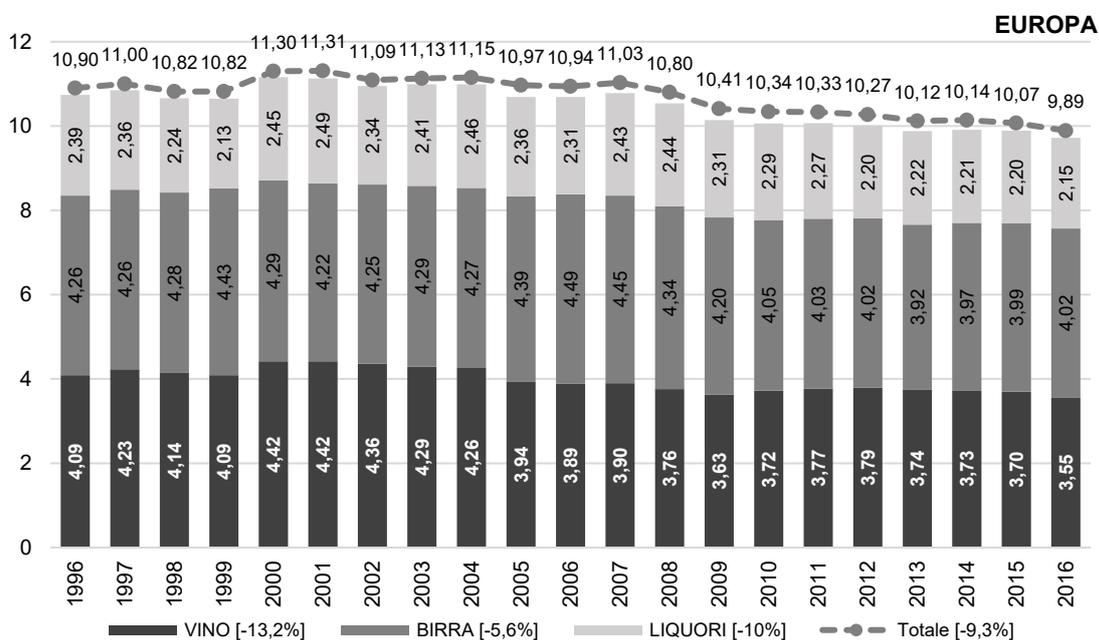
### Consumo pro-capite di alcol

Ogni giorno sono circa 800 le persone che in Europa muoiono per cause attribuibili al consumo di alcol e di queste, una percentuale molto elevata, si registra in età compresa tra 20 e 24 anni pari a circa un decesso su quattro (1).

Nel 2016, secondo la *World Health Organization* (WHO), nei Paesi dell'Unione Europea compresi Norvegia e Svizzera, oltre 290 mila decessi sono stati causati dall'alcol, pari al 5,5% di tutti i decessi registrati. Il 29% dei decessi alcol-correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari (19%) e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno, 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (2).

Il consumo dannoso di alcol ha un impatto diretto su molti degli obiettivi di salute riportati nella nuova Agenda per lo Sviluppo Sostenibile (*Agenda for sustainable development*) e gli obiettivi di sviluppo sostenibili (*Sustainable Development Goals*) da raggiungere entro il 2030. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha suggerito di utilizzare il consumo pro-capite di alcol in litri di alcol puro (APC) per garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età (obiettivo 3.5), rafforzando la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e uso dannoso di alcol (obiettivo specifico 3.5.1) (3).

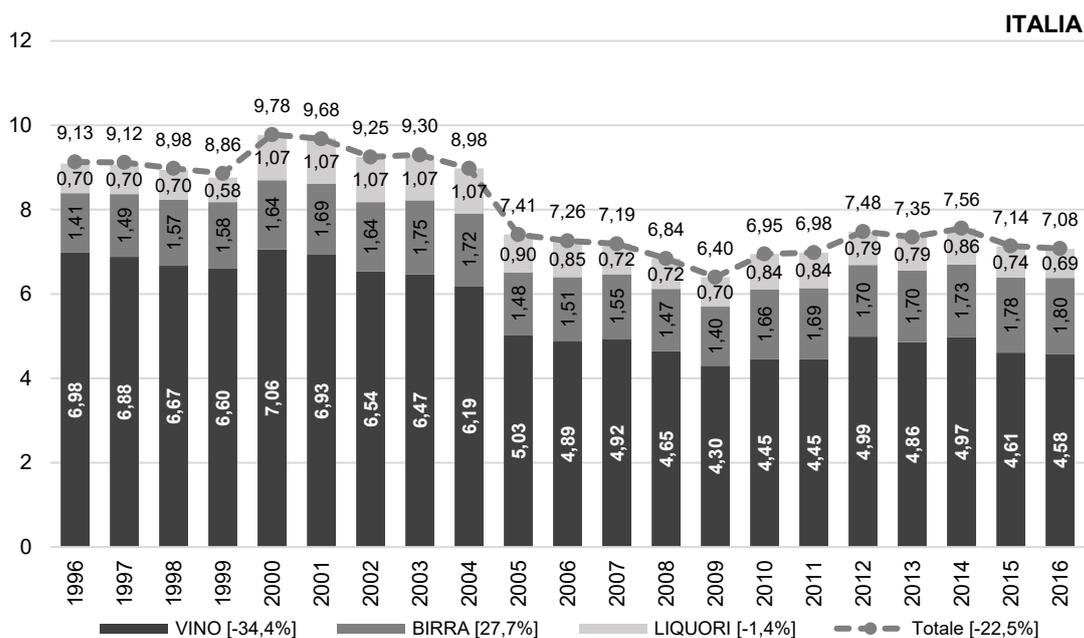
L'analisi del trend dell'APC mostra che in Italia la diminuzione del consumo medio pro-capite negli ultimi 20 anni è stata maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo (-22,5% vs. -9,3%) (Figure 1 e 2).



**Figura 1. Consumo registrato di alcol, in litri di alcol puro pro-capite totale, e per tipologia di bevanda. Paesi europei. Anni 1996-2016**

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

Analizzando il dato per tipologia di bevanda si evince che in Italia nel corso degli ultimi 20 anni 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 passando da 6,98 nel 1996 a 4,58 nel 2016, mentre è aumentata quella di alcol consumato bevendo birra (da 1,41 a 1,80 rispettivamente); confrontando il dato italiano con quello della media dei Paesi europei si osserva che il consumo medio pro-capite di vino è diminuito in Italia molto più che negli altri Paesi (-34,4% vs. -13,2%) mentre a fronte di un incremento del consumo medio pro-capite di birra del 27,7% registrato in Italia, a livello europeo si osserva una diminuzione nello stesso periodo del 5,6%. L'alcol consumato bevendo liquori e altri alcolici è invece diminuito sia in Italia del 1,4% sia nei Paesi europei (-10,0%) (Figure 1 e 2).



**Figura 2. Consumo registrato di alcol, in litri di alcol puro pro-capite totale, e per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1996-2016**

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

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

Nell'ambito dell'indagine HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), uno studio collaborativo transnazionale che monitora ogni quattro anni i comportamenti e le condizioni sanitarie e i contesti sociali di ragazze e ragazzi di 11, 13 e 15 anni, la WHO ha pubblicato nel 2018 il rapporto *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014* (4), in cui presenta gli andamenti più recenti del consumo di alcol e dei comportamenti alcol-correlati tra i quindicenni nella regione europea della WHO. Il rapporto mette in evidenza le disparità di genere, socioeconomiche e per regione geografica. Pur nei limiti di indicatori diversi da quelli utilizzati dalla stessa WHO per un'appropriata valutazione e analisi

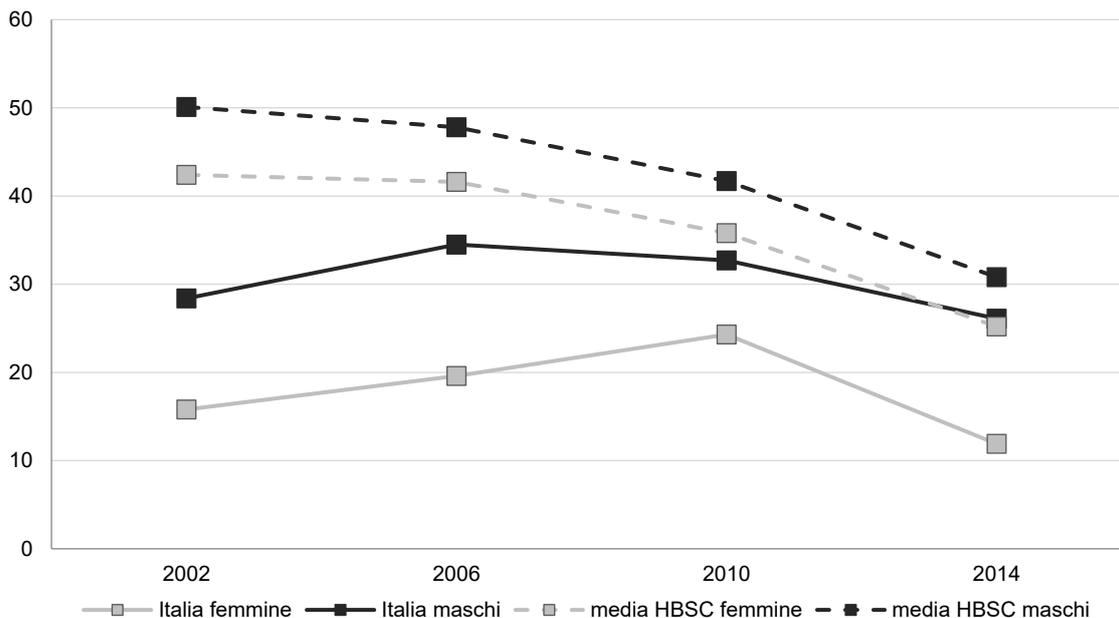
standardizzata e armonizzata del fenomeno, e nella considerazione dell'uso di campioni di popolazione non completamente rappresentativi di tutte le età del target giovanile di riferimento, l'indagine HBSC registra utili variazioni di tendenze che integrano, non sostituendole, le statistiche derivate istituzionali dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) di cui l'Italia si giova attraverso il sistema SISMA (SISTema di Monitoraggio Alcol correlato di riferimento) (5), individuato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) sulle sorveglianze (6), coordinato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA), il revisore della WHO del rapporto stesso. L'indagine HBSC rileva che le prevalenze settimanali nel consumo di alcolici nel 2014 variano molto tra i Paesi della regione, dal 2% al 26% tra le ragazze e dal 3% al 33% tra i ragazzi. In Italia le prevalenze sono fra le più alte: il 17% per le ragazze e il 31% per i ragazzi, entrambi al terzo posto nella regione europea WHO. Nel 2014, il 12,9% dei 15enni (il 9,4% delle ragazze e il 16,4% dei ragazzi) beve regolarmente (con cadenza almeno settimanale). Circa un quarto dei ragazzi (24,5%) e più di un quinto delle ragazze (21,1%) riferiscono di essersi ubriacati (almeno 2 episodi entro i 15 anni). L'iniziazione precoce al consumo di alcol (entro o prima dei 13 anni) riguarda il 28% dei partecipanti all'indagine (il 30,8% dei ragazzi e il 25,2% delle ragazze). Gli episodi di ubriachezza precoce (entro o prima dei 13 anni) hanno invece coinvolto l'8% dei partecipanti (il 9,4% dei ragazzi e il 6,6% delle ragazze).

Tra il 2002 e il 2014 il consumo settimanale di alcol è diminuito significativamente nella maggior parte dei Paesi sia per i ragazzi che per le ragazze, tra i maschi il calo è stato maggiore anche se per loro il consumo settimanale rimane più alto che nelle femmine. Tuttavia, le differenze di genere sono diminuite nel tempo. In Italia le prevalenze del consumo settimanale di alcolici sono calate dal 29,4% al 16,9% per le ragazze e dal 46,6% al 31,3% per i ragazzi.

Per quanto riguarda le diverse bevande alcoliche, le prevalenze nei consumi settimanali mostrano che la bevanda più consumata tra i giovani nel 2014 è la birra, e in Italia le prevalenze nel consumo di questa bevanda sono fra le più alte nella regione europea (secondo posto per le ragazze con il 9% e quarto con per i ragazzi con il 21%). Tra il 2002 e il 2014 in generale si è registrata una diminuzione nel consumo di birra, vino, superalcolici e *alcopops* sia nelle ragazze che nei ragazzi, per questi ultimi in Italia il calo è stato al terzo posto nella regione. Gli andamenti nel consumo settimanale dei diversi tipi di bevande alcoliche differiscono fra le sottoregioni geografiche, il calo del consumo di birra è stato maggiore nei Paesi del nord Europa per le ragazze, e in Irlanda e Gran Bretagna per i ragazzi. Per i superalcolici, i cali maggiori sono stati riscontrati in Irlanda e Gran Bretagna sia nei maschi che nelle femmine. Invece la frequenza di consumo di vino è rimasta pressoché invariata in tutta la regione europea WHO.

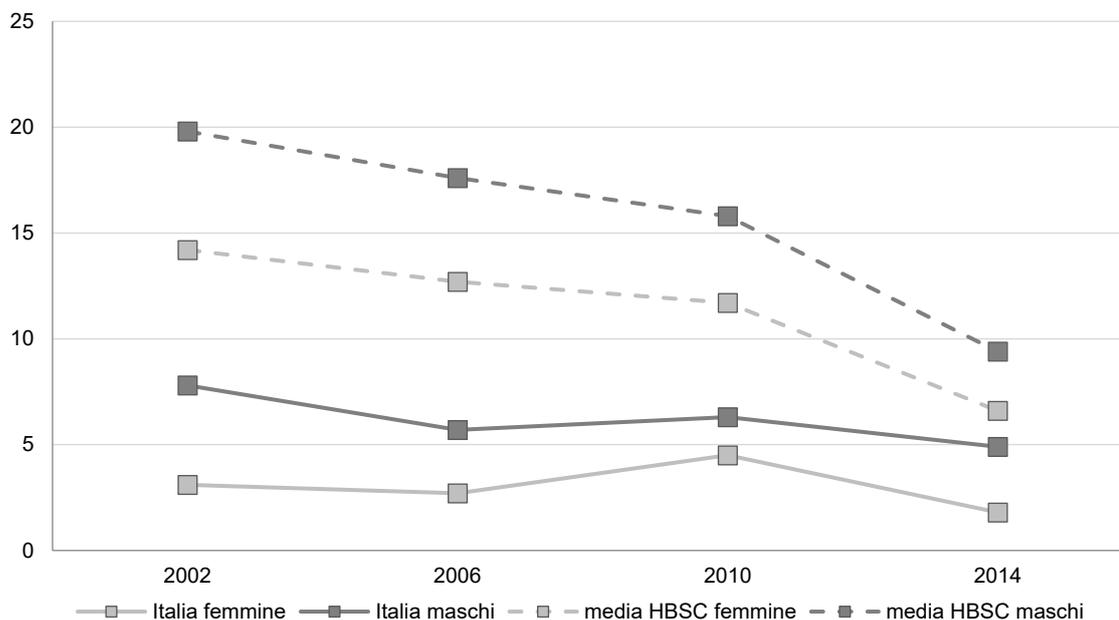
Un altro aspetto evidenziato nel rapporto è la frequenza con cui i giovani si ubriacano. Nella maggior parte delle regioni si è evidenziata una generale diminuzione nell'ubriacarsi, anche se i cambiamenti variano fra le sotto regioni geografiche e sono più evidenti nell'Europa dell'est e in Irlanda e Gran Bretagna, dove, tuttavia, per i ragazzi si sono registrati i tassi di ubriachezza più alti nel 2014. In Italia la prevalenza di ubriachezza fra i giovani è rimasta invariata tra il 2002 e il 2014 sia per i ragazzi che per le ragazze.

Rispetto invece ai primi contatti con l'alcol, nel 2014, circa un adolescente su quattro ha consumato alcol per la prima volta all'età di 13 anni o meno, e poco meno di uno su dieci si è ubriacato. Le differenze di genere non sono evidenti in tutti i Paesi, ma, quando ci sono, i maschi hanno maggiori probabilità di iniziazione precoce all'alcol e ubriachezza precoce. L'iniziazione precoce all'alcol nella regione europea WHO è diminuita dal 46% nel 2002 al 28% nel 2014 e l'ubriachezza precoce è più che dimezzata, dal 17% all'8%. Per quanto riguarda l'Italia nel 2014 si è registrata una prevalenza di chi ha avuto il primo contatto con l'alcol prima dei 13 anni del 11,9% per le ragazze (il terzo Paese con la prevalenza più bassa per le ragazze dopo Israele e Islanda) e del 26,1% per i ragazzi (al 12esimo posto nella regione) (Figura 3). L'Italia è terza per prevalenza più bassa per le ragazze anche per la prima ubriacatura, con il 1,8% sempre al terzo posto dopo Israele e Islanda (Figura 4).



**Figura 3. Ragazzi e ragazze (%) che hanno il primo contatto con l'alcol prima dei 13 anni. Anni 2002-2014**

Fonte: *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014* della WHO-Europa (4)



**Figura 4. Ragazzi e ragazze (%) che hanno la prima ubriacatura prima dei 13 anni. Anni 2002-2014**

Fonte: *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014* della WHO-Europa (4)

Per quanto riguarda gli andamenti tra il 2002 e il 2014 nel primo contatto con l'alcol e nell'ubriacarsi, i cambiamenti più eclatanti si sono registrati nelle regioni nordiche e in Irlanda e Gran Bretagna, che avevano la prevalenza massima nel 2002, mentre nell'Europa meridionale e mediterranea la variazione è stata minore. In Italia vi è stata una diminuzione, anche se minima, viste le basse prevalenze di partenza.

Per quanto riguarda le disuguaglianze socioeconomiche nel consumo di alcol, le prevalenze del bere settimanale, dell'ubriacarsi e dell'iniziazione precoce all'alcol nella maggior parte dei Paesi sono più elevate tra gli adolescenti con famiglie ad alto reddito. In Italia le ragazze che nel 2014 hanno bevuto settimanalmente sono state il 14% per le famiglie a reddito basso e il 27% per le famiglie a reddito alto.

La differenza tra famiglie ad alto e basso reddito è più evidente per quanto riguarda l'ubriachezza (nelle famiglie ad alto reddito si tende a ubriacarsi di più), differenza osservata in quasi un terzo dei Paesi. Infine, tra il 2002 e il 2014 è aumentato il numero di Paesi in cui si registra una disuguaglianza socioeconomica nell'ubriachezza, ma sono diminuiti i Paesi dove la disuguaglianza è nel bere settimanale (disuguaglianza sempre a sfavore delle famiglie con reddito alto).

Sebbene il consumo regolare di alcolici sia diminuito tra ragazze e ragazzi dal 2002 nella maggior parte dei Paesi, le modalità più rischiose del bere, come l'ubriacarsi e l'inizio precoce del bere, sono diminuiti in un numero minore di Paesi, in particolare tra le ragazze, e in alcuni sono persino aumentati.

I cambiamenti introdotti nelle politiche per la riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati della *Global Strategy* e dello *European Action Plan on Alcohol – EAPA* (strategia globale e piano d'azione della WHO che prevede 10 aree d'intervento strategiche) (7-10), come il controllo dei prezzi e l'aumento del limite di età per l'acquisto, potrebbero aver contribuito al calo dei consumi, e vanno pertanto mantenuti. La tassazione è stata una delle politiche chiave più efficaci: la maggior parte dei Paesi e delle regioni tassano fortemente l'alcol, mentre altri hanno introdotto un prezzo unitario minimo. È evidente, visti gli andamenti diversi tra i Paesi, che le politiche siano state più efficaci in alcuni rispetto ad altri (11): l'impatto maggiore è stato registrato nei Paesi in cui le prevalenze erano molto alte nei primi anni 2000. La generale diminuzione dell'inizio precoce del consumo di alcol e dell'ubriacarsi suggerisce che le politiche pubbliche volte ad aumentare l'età in cui si inizia a bere alcol funzionino e stiano dando risultati. Inoltre, le politiche sull'alcol rivolte a tutta la popolazione sono associate a un minor consumo non solo negli adulti, ma anche negli adolescenti. Tuttavia, resta ancora molto da fare per consolidare queste tendenze positive, è necessario rafforzare le misure di prevenzione, come i meccanismi di applicazione delle leggi sull'età minima per il consumo e l'attuazione di politiche tariffarie orientate alla salute. Poiché gli adolescenti tendono ad avere limitate disponibilità economiche, il loro consumo di alcol è più sensibile alle variazioni di prezzo, e questo tipo di misura preventiva può avere effetti molto positivi.

Un altro aspetto legislativo fondamentale è quello di limitare o vietare qualsiasi forma di marketing di alcolici. Secondo la strategia globale e il piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol della WHO, l'esposizione di bambini e giovani a un marketing accattivante è particolarmente grave e non dovrebbe essere sottovalutata (7-10). Gli studi mostrano una relazione dose-risposta tra l'esposizione dei giovani alla pubblicità di alcolici e la probabilità che inizieranno a bere o aumentare il consumo. Deve essere preso in considerazione un approccio precauzionale per proteggere i giovani dal marketing di alcolici, così come il divieto totale di vendita di alcolici ai bambini. Gli sforzi per ridurre i consumi di alcol fra gli adolescenti, e per garantire che i successi ottenuti finora vengano mantenuti, devono continuare, soprattutto nei Paesi dove il cambiamento è stato più lento. Per prevenire o limitare i consumi sono fondamentali il monitoraggio, l'identificazione dei fattori correlati, e lo sviluppo di programmi e

politiche nazionali. Questi comportamenti in una fascia di età in cui sarebbe opportuna la totale astensione dalle bevande alcoliche per proteggere il momento cruciale dello sviluppo dell'individuo, hanno un impatto sulla salute fisica, mentale e sulle relazioni sociali. Anticipare l'inizio dell'abitudine al bere e sperimentare frequentemente consumo episodico eccessivo e ubriachezza, comporta alterazioni funzionali e strutturali del sistema nervoso che persistono anche nell'età adulta.

L'alcol è un fattore di rischio per incidenti fatali e non fatali, tentativi di autolesionismo o di suicidio, predispone all'assunzione di sostanza d'abuso e a comportamenti violenti, antisociali o criminali, è associato al rischio di gravidanze non desiderate e di malattie a trasmissione sessuale, è correlato a scarso rendimento scolastico e a disturbi dell'apprendimento.

Nel lungo termine, l'alcol è un fattore di rischio di mortalità prematura e di morbidità, essendo implicato nell'insorgenza di malattia croniche non trasmissibili (cancro, diabete, malattie cardiovascolari). L'impatto del consumo di alcol su questo gruppo di malattie è particolarmente rilevante nella Regione europea della WHO dove si registrano i consumi di alcol più elevati nel mondo. Inoltre, gli adolescenti che bevono saranno più probabilmente adulti inclini a un consumo dannoso di alcol.

Il fatto che un declino di comportamenti rischiosi alcol-correlati si registri anche in Paesi con una elevata prevalenza di questi comportamenti come il Regno Unito e alcuni Paesi del nord Europa è un segnale che fa ben sperare e conferma il grande potenziale di interventi di contrasto concertati a livello nazionale e regionale, come l'aumento del prezzo delle bevande alcoliche, la riduzione della loro disponibilità, il divieto di pubblicità, promozione e sponsorizzazione.

## **Rapporto della WHO sul consumo, sui danni e sull'attuazione di politiche in 30 Paesi europei (EU+ Norvegia e Svizzera)**

Il rapporto della WHO del 2019 *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries* (2) fornisce un'istantanea del consumo di alcol, dei danni correlati all'alcol e delle risposte alle politiche sull'alcol in 30 Stati europei – Stati Membri dell'Unione Europea, Norvegia e Svizzera (UE +) negli adulti (di età pari o superiore a 15 anni). Il rapporto sintetizza anche i cambiamenti nel consumo di alcol e i danni correlati all'alcol tra il 2010 e il 2016. Sebbene in questo periodo vi siano stati miglioramenti nei tassi di mortalità per patologie alcol-correlate, il rapporto mostra come l'alcol rimanga una delle principali priorità di salute pubblica. Più di 290 mila persone sono morte nel 2016 a causa di malattie alcol-attribuibili e sono stati persi 7,6 milioni di anni di vita per mortalità prematura o disabilità legate all'alcol. I dati riportati provengono dall'ultima indagine della WHO *Global Survey on Alcohol and Health*, effettuata nel 2016 in collaborazione con i 6 Uffici Regionali dell'Unione Europea della WHO e la Commissione Europea.

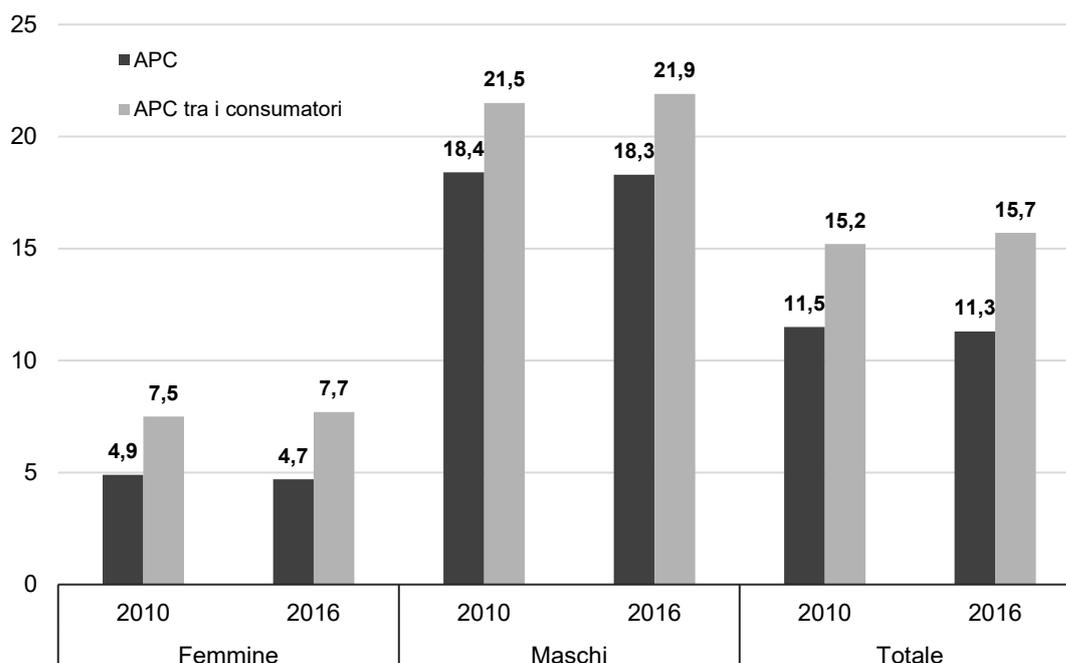
In generale, secondo il rapporto, nel 2016 il consumo di alcol pro-capite nell'UE+ (Stati Membri + Norvegia e Svizzera) negli adulti è variato molto tra i Paesi: più basso in quelli del nord e sud Europa e più elevato nei Paesi della fascia centrale. Andamenti simili si sono registrati per il numero di consumatori totali e il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*).

Nel 2016 il consumo di alcol pro-capite (*per capita alcohol consumption*, APC) negli adulti è stato di 11,3 litri di alcol puro (oltre 170 grammi di alcol a settimana): 18,3 litri per gli uomini e 4,7 litri per le donne, indicando un livello medio di consumo negli uomini quasi quattro volte superiore alle donne. Il divario tra donne e uomini per APC e numero di consumatori è risultato maggiore sopra i 65 anni e nei Paesi del Mediterraneo e dell'Europa orientale rispetto ai restanti

Paesi UE +. L'APC ha raggiunto il picco nelle donne tra i 20-24 anni e negli uomini tra i 35-49 anni. La prevalenza di consumatori (cioè chi ha riferito di bere alcolici negli ultimi 12 mesi) è stata del 72% (61,4% donne; 83,3% uomini), il cui APC è stato di 15,7 litri di alcol puro (7,7 litri per le donne e 21,9 litri per gli uomini), ovvero un'assunzione settimanale di 240 grammi di alcol. La prevalenza del consumo episodico eccessivo (oltre 60 grammi di alcol in almeno un'occasione negli ultimi 30 giorni) è stata del 30,4% (14,4% tra le donne; 47,4% tra gli uomini). Per quanto riguarda l'Italia, nel 2016 l'APC è stato di 7,6 litri e la prevalenza del consumo episodico eccessivo del 20,4% (34,1% negli uomini e 7,6% nelle donne).

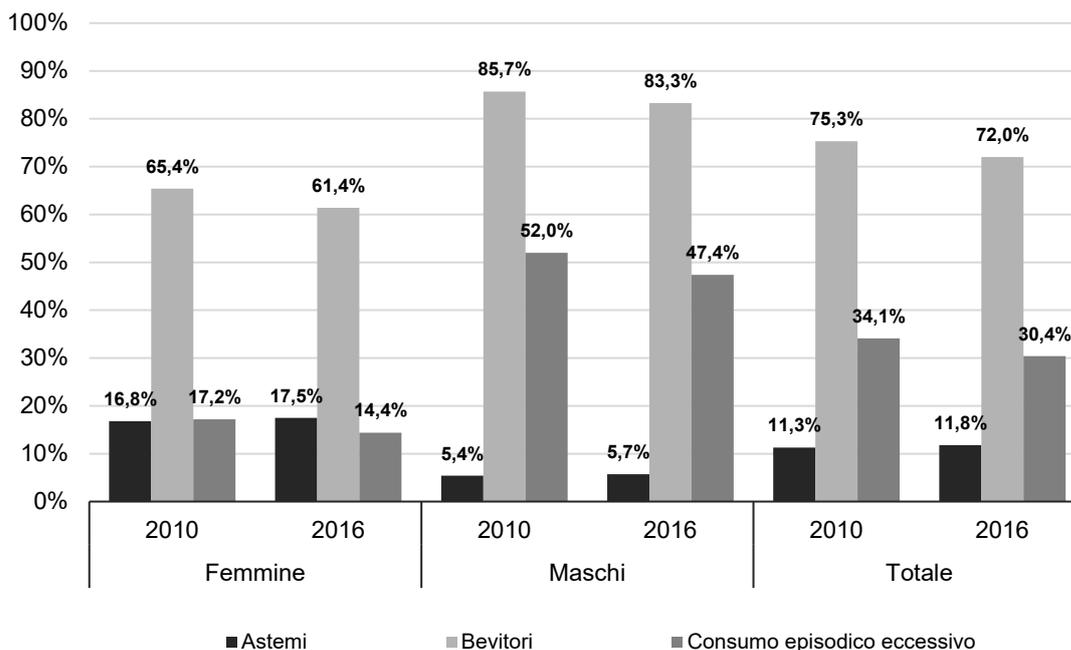
Per quanto riguarda gli andamenti tra il 2010 e il 2016, l'APC è rimasto globalmente stabile, passando da 11,5 a 11,3 litri. Si è registrata un'ampia variabilità nei cambiamenti di APC tra i Paesi UE+: 17 Paesi hanno riportato complessivamente diminuzioni e 13 aumenti (la riduzione è stata più significativa nei Paesi nordici e mediterranei). Sebbene la prevalenza dei consumatori (passata dal 75,3% al 72,0%) e del consumo eccessivo episodico (dal 34,1% al 30,4%) siano globalmente diminuiti, l'APC non ha subito variazioni di rilievo nei 6 anni di riferimento (Figure 5 e 6).

Analogamente alla variazione dell'APC, nel 2016 si è registrata un'ampia variabilità tra gli stati in termini di salute e danni sociali attribuibili all'alcol. Nella maggior parte degli stati, le persone appartenenti alla fascia socioeconomica più bassa avevano un rischio di mortalità per cause completamente attribuibili all'alcol tre volte superiore rispetto alle persone con elevato status socioeconomico. Sia l'APC che gli anni di vita persi (*Years of Life Lost*, YLL) attribuibili all'alcol sono stati più bassi nei Paesi nordici e mediterranei, ad eccezione del Portogallo.



**Figura 5. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e tra i consumatori. Paesi EU+. Anni 2006 e 2010**

Fonte: *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019* della WHO-Europa



**Figura 6. Percentuale sul totale degli adulti (15+) di astemi, bevitori e di chi effettua un consumo episodico eccessivo (almeno 60g di alcol puro in un'unica occasione). Paesi EU+. Anni 2010 e 2016**

Fonte: *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019* della WHO-Europa

Nel 2016, il 5,5% di tutti i decessi nell'UE+ (291.100) sono stati causati dall'alcol, in gran parte al cancro (29% dei decessi alcol-attribuibili), alla cirrosi epatica (20%), alle malattie cardiovascolari (19%) e agli incidenti (18%). Il 19,0% (il 13,1% per l'Italia) di tutti i decessi nella fascia di età 15-19 anni del 2016 è attribuibile all'alcol, circa 1 su 5, e il 23,3% (il 17,6% per l'Italia) tra i 20 e i 24 anni, circa 1 su 4. Nel complesso, nel 2016 il consumo di alcol ha causato l'8,3% di YLL nell'UE+, ovvero 7,6 milioni di anni persi prematuramente a causa del consumo. Oltre 10,3 milioni di anni di vita vissuti al netto della disabilità (*Disability-Adjusted Life Years, DALY*) sono attribuibili al consumo di alcol, a causa di morte prematura o di disabilità.

Sebbene tra il 2010 e il 2016 sia diminuita la mortalità alcol-correlata nell'UE+, il numero assoluto di decessi alcol-correlati è calato del 3% (da 300.900 a 291.100), il tasso di mortalità alcol-attribuibili è diminuito del 14% e il numero assoluto di YLL alcol-attribuibili è diminuito dell'11%, tali cambiamenti sembrano essere guidati dal miglioramento generale della salute e dell'assistenza sanitaria per la popolazione UE+ piuttosto che dalla riduzione della prevalenza del consumo episodico eccessivo e del consumo di alcol nei consumatori. Infatti, tra il 2010 e il 2016, i tassi di mortalità per tutte le cause di morte nei Paesi UE + sono diminuiti del 9%: le tendenze nella mortalità alcol attribuibile sono fortemente influenzate dalle tendenze nella mortalità complessiva, se i tassi di mortalità su cui opera l'alcol diminuiscono, anche i tassi di mortalità correlati all'alcol diminuiranno, anche se non vi è alcun cambiamento nel consumo di alcol.

Le politiche sull'alcol nell'UE nel 2016 sono state valutate con lo strumento della WHO per misurare l'attuazione delle politiche in 10 aree definite nell'EAPA (7-8). I risultati mostrano una variabilità tra i Paesi per tutte le aree, indicando la possibilità di ampi margini di miglioramento. In 3 aree gli stati membri nel loro insieme hanno totalizzato oltre i 2/3 del punteggio: leadership,

consapevolezza e impegno (area 1); politiche e contromisure per il consumo di bevande (area 4); monitoraggio e sorveglianza (area 10). In 2 aree il punteggio ottenuto è meno di 1/3 del totale: politiche dei prezzi (area 7) e riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'intossicazione da alcol (area 8). Sulle misure politiche della WHO *best buys* (disponibilità, marketing e prezzi): per disponibilità (area 5) la variabilità dei punteggi era ampia, senza Paesi con punteggio nel decile superiore e 3 Paesi con punteggi nel decile inferiore; per il marketing (area 6) i punteggi sono distribuiti su tutti i decili, con pochi Paesi che hanno imposto il divieto totale di marketing su tutti i media; l'area per le politiche tariffarie (area 7) è risultata la peggiore, solo 5 Paesi hanno adattato il prezzo della birra e dei superalcolici all'inflazione e solo tre il prezzo del vino. L'area 8, per la riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'intossicazione da alcol, solo 2 Paesi impongono l'applicazione di etichette con avvertimenti sulla salute su bottiglie o contenitori. Per l'area 2, riguardo gli interventi dei servizi sanitari (completata da 18 membri su 30) i Paesi non sono stati in grado di fornire dati sul numero di servizi di assistenza sanitaria di base che attuino programmi di screening e di intervento per ridurre i danni da alcol. La Regione Europea della WHO è quella con il più alto consumo di alcol. Il livello di consumo non è cambiato nell'UE+ dal 2010. Mentre vi è un miglioramento nella mortalità e nel danno da alcol, l'onere attribuibile all'alcol di malattie e mortalità nell'UE+ è ancora elevato e la diminuzione dei decessi non possono essere visti come un vero successo. La percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata nei giovani adulti.

Nel complesso, sembrano esserci segnali incoraggianti di sviluppo della politica sull'alcol in alcuni Paesi con maggiori riduzioni delle problematiche alcol-attribuibili rispetto a quelli senza politiche. Per essere in grado di mantenere le riduzioni dei danni alla salute e sociali da alcol, i Paesi UE+ devono accelerare i progressi nell'attuazione delle politiche per ridurre i livelli di APC e il consumo dannoso. Ciò significa che misure basate su evidenze, come una migliore regolamentazione, controllo del marketing, riduzione della disponibilità e accessibilità alle bevande alcoliche, uso delle imposte per ridurre l'accessibilità, e implementazione di screening e interventi brevi a livello di assistenza sanitaria primaria devono essere ulteriormente rafforzato.

## CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

I dati dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'ISTAT relativa alle abitudini di consumo degli italiani nel 2018 sono stati analizzati dall'ONA dell'ISS come previsto dal Programma Statistico Nazionale 2017-2019, aggiornamento 2017 (5), e dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA previste dal DPCM del 3 marzo 2017 (6). L'ONA avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate a livello europeo e internazionale ha fornito, anche per l'anno 2018, il 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 prodotte dall'ISTAT e pubblicate ne “Il consumo di alcol in Italia” (12) relative all'anno 2018, 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, oltre che alla stesura della relazione al Parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 Marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” (13). Come accennato precedentemente, 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.

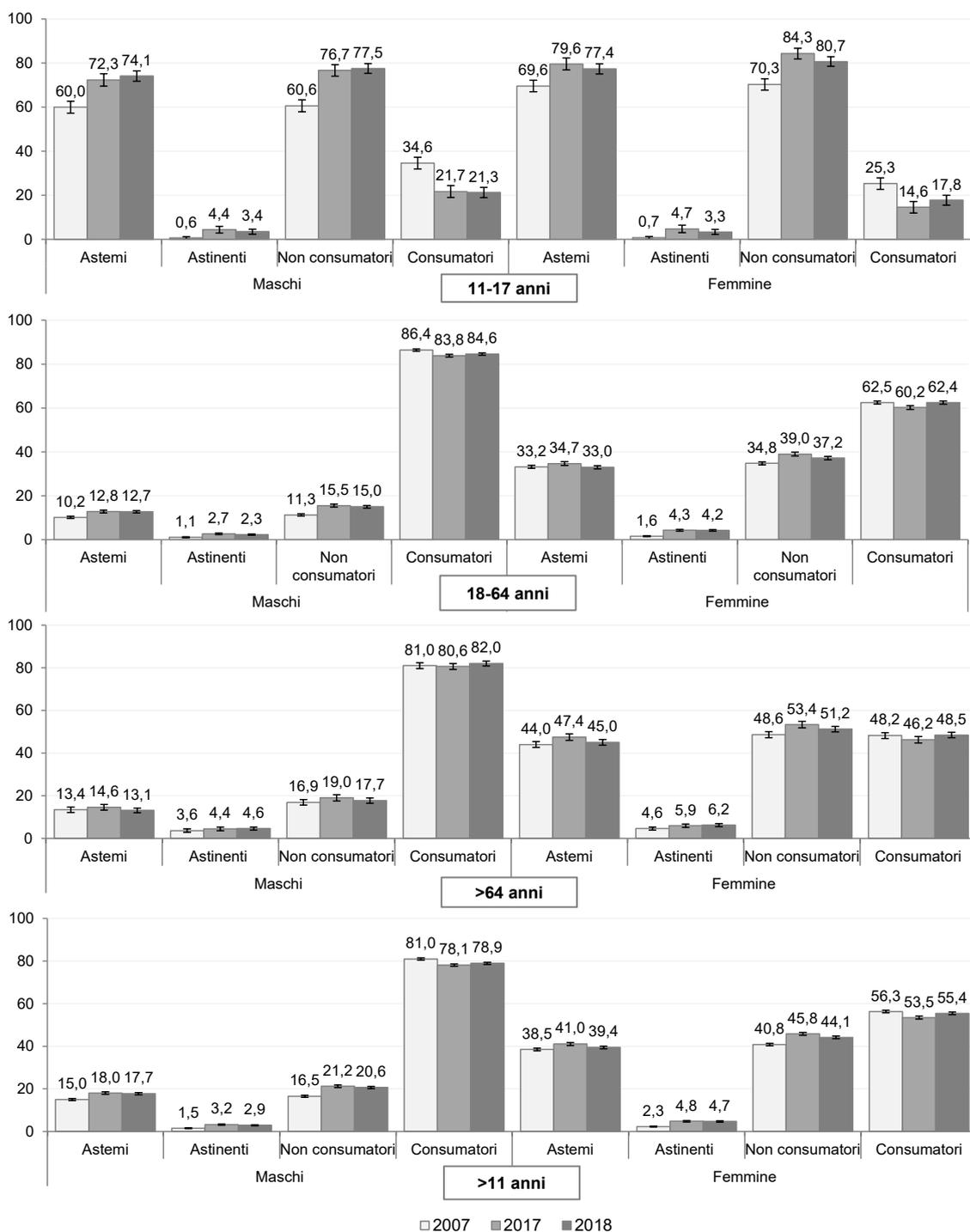
### Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

Nell'ambito della WHO *Global Information System on Alcohol and Health* (14) sono stati identificati come indicatori fondamentali per il monitoraggio delle attività di prevenzione svolte dagli Stati (15), la prevalenza degli astemi e degli astinenti dal consumo di bevande alcoliche.

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 sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”.

La prevalenza totale degli astemi nel 2018 è stata del 28,9% e, rispetto al 29,9% del 2017, è calata del 3,3%. Il calo è dovuto soprattutto alla popolazione femminile dove si registra una diminuzione nelle astemie in tutte le fasce di età, con un calo totale del 3,9%. In tutte le classi di età la prevalenza delle donne rimane superiore a quella degli uomini. Analizzando l'andamento negli ultimi 10 anni, le prevalenze degli astemi rimangono superiori a quelle del 2008 sia per i maschi (17,7% nel 2018 vs. 15,8% nel 2008) che per le femmine (39,4 nel 2018 vs. 38,8% nel 2008) ma, per queste ultime, rispetto agli anni più recenti le prevalenze si sono riavvicinate ai valori di 10 anni fa (Figura 7).

Anche la prevalenza degli astinenti nel 2018 è stata del 3,8% (M=2,9%; F=4,7%). Per quanto riguarda l'andamento nell'ultimo decennio, sebbene le prevalenze siano in calo rispetto al picco positivo del 2011 (M=4,0%; F=7,1%), rimangono nettamente al di sopra del 2008 (M=1,3%; F=2,0%).



**Figura 7. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (2007, 2017, 2018)**

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

Nel 2018 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 20,6% degli uomini e il 44,1% delle donne pari a più di 17 milioni e 800 mila persone. Rispetto al 2017 le donne non consumatrici sono calate del 3,7%. Anche se per le donne le prevalenze delle non consumatrici sono in calo rispetto al picco positivo dell'ultimo decennio registrato nel 2014 (48,3%), i valori degli ultimi anni risultano perlopiù superiori al dato di 10 anni fa (40,9% nel 2008). Per gli uomini, che mostrano prevalenze di non consumatori più che dimezzate rispetto alle donne, le prevalenze negli anni più recenti risultano stabilmente al di sopra del dato del 2008 (17,1%).

Tuttavia, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono in aumento negli ultimi anni, nel corso del 2018 sono stati il 66,8% degli italiani di 11 anni e più (pari a oltre 36 milioni di persone), in aumento del 2,2% rispetto ai 65,4% del 2017. Le femmine consumatrici tra i 18 e i 64 anni sono aumentate del 3,7% tra il 2017 (60,2%) e il 2018 (62,4%). Nell'ultimo decennio si è registrato un trend delle prevalenze di consumatori in diminuzione dal 2009 al 2014, che ha poi cominciato a risalire, per entrambi i generi, ma più marcatamente per le femmine (Figura 7).

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

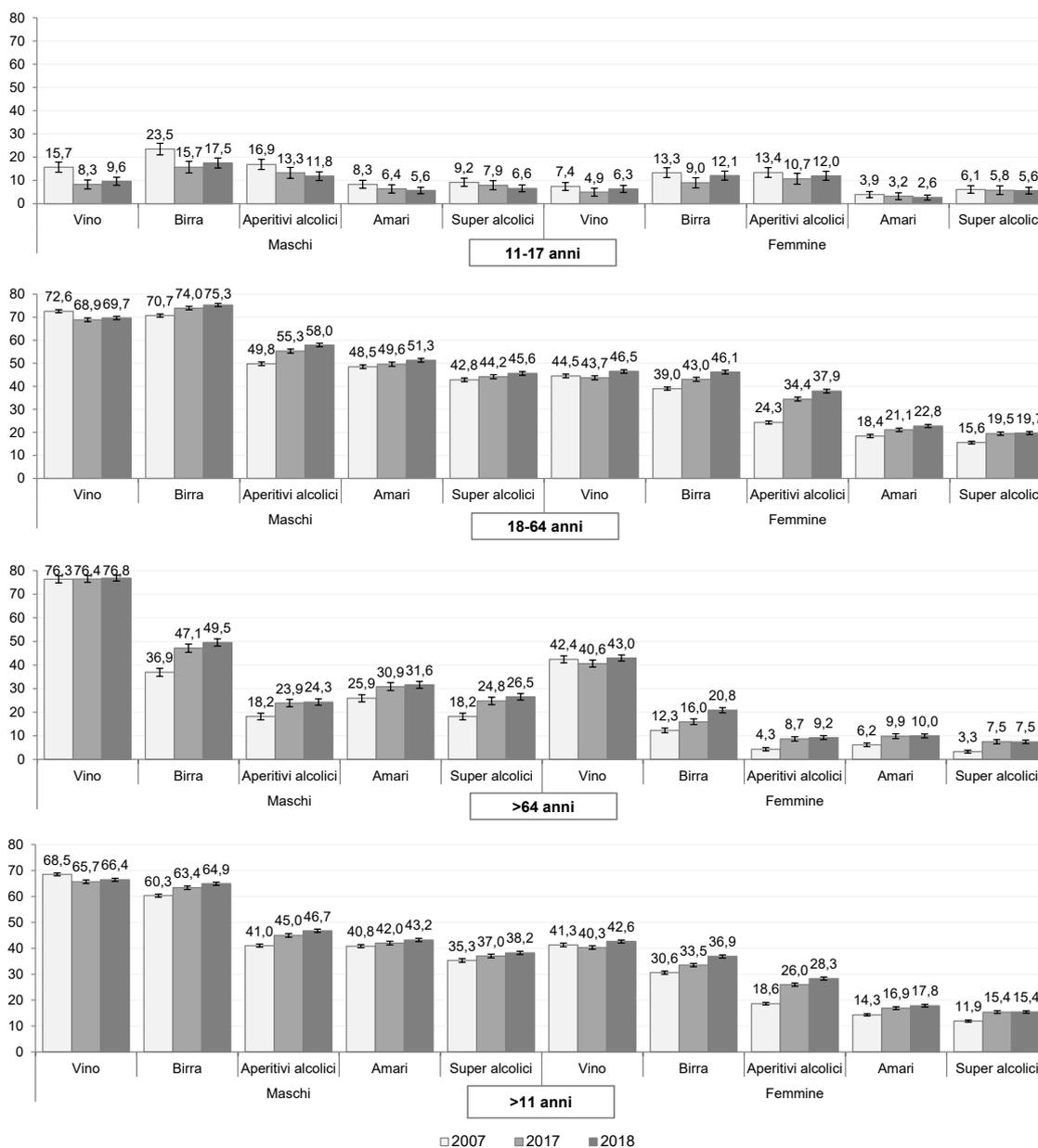
I consumatori di vino nel 2018 sono stati il 54,1%, più di 28 milioni e 500 mila persone, ovvero sono aumentati del 3% rispetto al 2017 (52,6%), soprattutto tra le femmine che sono passate dal 40,3% al 42,6% (+5,7%). I dati mostrano una continuazione del trend in salita degli anni più recenti e superano, per quanto riguarda le femmine, tutti i valori registrati negli ultimi 10 anni (42,6% nel 2018 vs. 40,7% nel 2008). I maschi, che mostrano prevalenze molto superiori alle femmine per tutte le classi di età considerate, hanno un andamento più stabile ma che si è tuttavia riavvicinato ai valori di 10 anni fa (66,4% nel 2018 vs. 66,9% nel 2008) dopo aver raggiunto, come per le femmine, un picco negativo nel 2014 (M=64,1%; F=37,7%) (Figura 8).

Per quanto riguarda la birra più di 27 milioni e 500 mila persone di età superiore a undici anni hanno riferito di averla consumata nel 2018, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile molto superiore di quella femminile (64,9% e 36,9% rispettivamente). Rispetto alla precedente rilevazione i consumatori di birra sono aumentati del 5,2% passando dal 48% del 2017 al 50,4% del 2018, in particolare sono aumentate i maschi tra i 18 e i 64 anni (+1,8%) e le femmine tra i 18 e i 64 (+7,3%) e over 64 (+30,5%) (Figura 8).

Nel 2018 gli aperitivi alcolici sono stati consumati da più di 20 milioni di persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (46,7%) è superiore a quella tra le donne (28,3%). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata per entrambi i generi negli ultimi dieci anni. Tra il 2017 e il 2018 sono aumentati i consumatori nella fascia di età adulta (tra i 18 e i 64 anni) per entrambi i generi (M=+4,8%, F=+10,1%) (Figura 8).

Gli amari sono stati consumati, nel 2018, da 16 milioni e 400 mila persone di età superiore a 11 anni e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini è molto superiore a quella delle donne, più del doppio (M: 43,2%; F: 17,8%). L'analisi per classi di età evidenzia valori in aumento rispetto al 2017 negli adulti per entrambi i generi (M=+3,4%, F=+7,8%) (Figura 8).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2018 da oltre 14 milioni di persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,2% degli uomini e al 15,4% delle donne, per cui il valore rimane invariato rispetto all'anno precedente. Negli ultimi cinque anni c'è una tendenza all'incremento dei consumatori di questa bevanda anche e nell'ultimo anno questo incremento è stato 2,4% totale (Figura 8).



**Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2007, 2017-2018)**

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

## COMPORAMENTI A RISCHIO

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa ed è un fattore di rischio di malattia con un impatto non solo sui bevitori ma anche sulla società in generale (2).

Il consumo di alcol è considerato il quinto principale fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi UE sono stati causati dall'alcol per un totale di 291 mila e 100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%) e lesioni (18%); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti (2);

Di tutti i decessi attribuibili all'alcol nel mondo, il 28% è causato da incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale; 21% a causa di disturbi digestivi; 19% a causa di malattie cardiovascolari e il resto a causa di malattie infettive, tumori, disturbi mentali e altre condizioni di salute (16).

Le conseguenze negative del consumo di alcol sulla salute sono molteplici. Nella Classificazione Internazionale delle Malattie 10<sup>a</sup> revisione (*International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> revision*, ICD10), più di 30 categorie riguardano condizioni totalmente alcol-attribuibili (17). L'alcol è inoltre concausa di oltre 200 malattie tra cui numerosi tipi di neoplasie (18-20), le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche e sebbene ci siano alcune evidenze di effetti protettivi del consumo sporadico di piccole quantità di alcol sulle cardiopatie coronariche, ictus ischemico e diabete, gli effetti nocivi dell'alcol risultano comunque preponderanti (21-22).

I danni alcol-correlati infine non coinvolgono i soli consumatori. Le conseguenze del consumo di alcol si ripercuotono sulle famiglie e sulla comunità in generale a causa del deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, dei comportamenti criminali (es. 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* (23-25).

Il dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA) e le nuove linee guida nutrizionali pubblicate nel 2019 (26, 27), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*) (23-24).

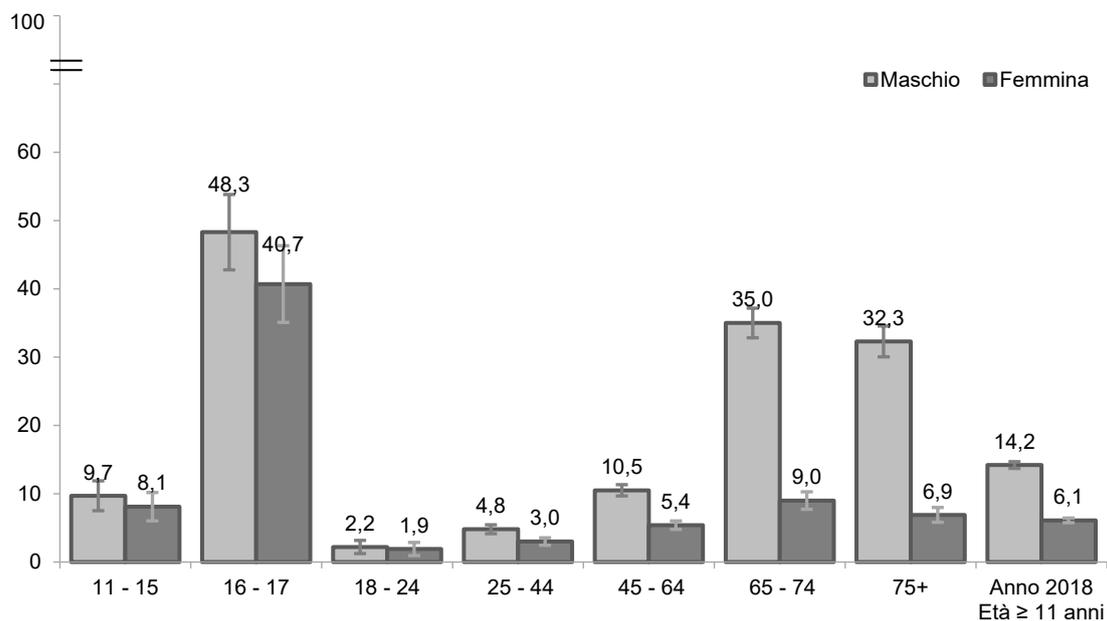
In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di elevate quantità di alcol pari a circa 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 anche nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria - CREA) (27), sono ormai da molti anni acquisiti dal

Ministero della Salute e dall'ISTAT (28-31), 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. I ragazzi minorenni dovrebbero astenersi da qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, come ribadito dalla legge italiana che, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

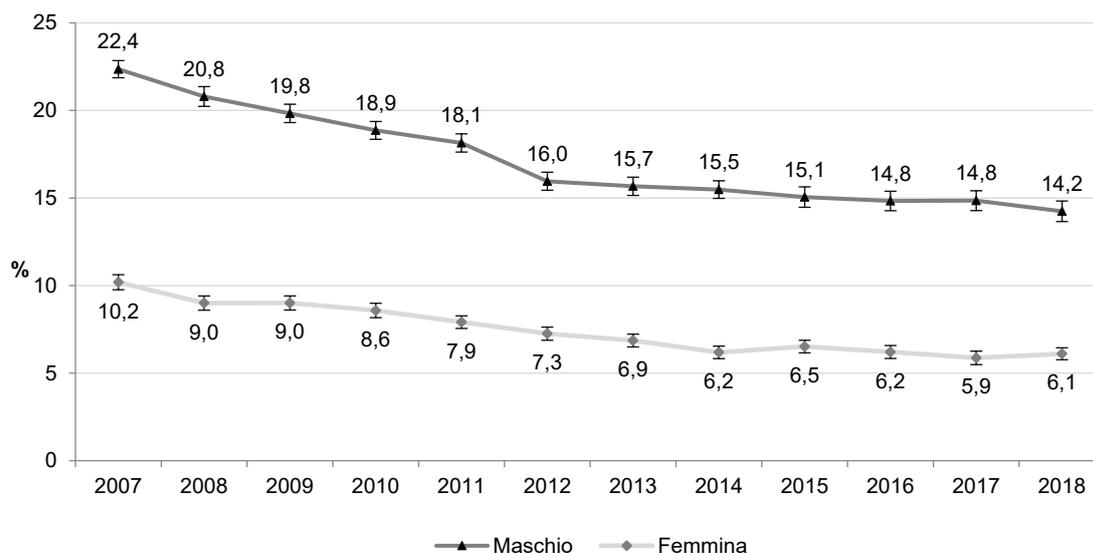
Nel 2018 il 14,2% degli uomini e il 6,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.500.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=48,3%; F=40,7%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (M=2,2%; F=1,9%) (Figura 9).



**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2018)**

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

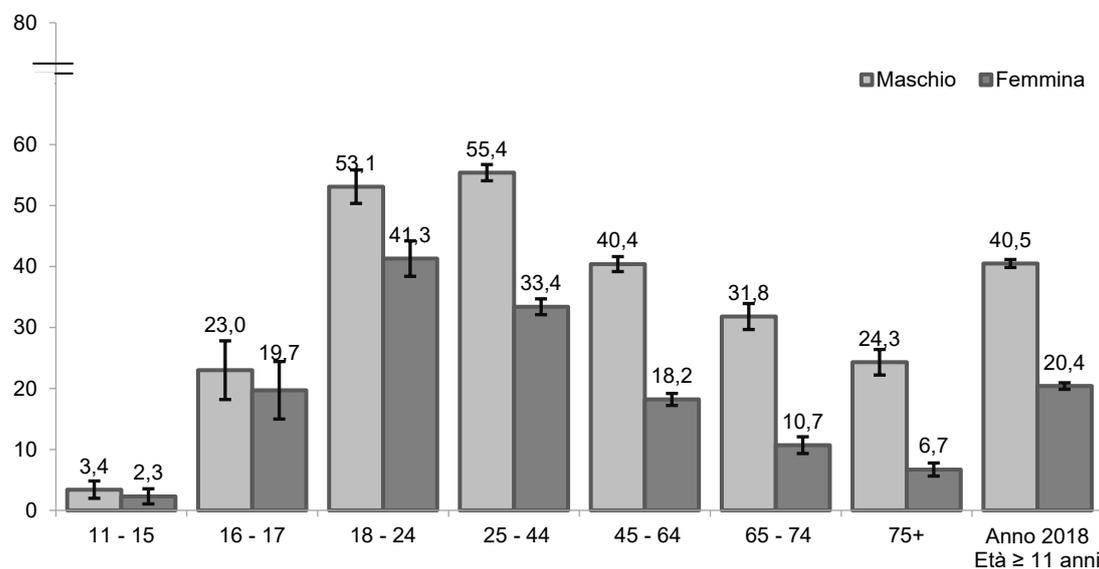
L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari, condotta separatamente per uomini e donne di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita nel corso di questi dieci anni complessivamente del 31,5% tra gli uomini e del 32,2% tra le donne ma, per entrambi i generi, nel corso degli ultimi anni, i valori sono rimasti pressoché stabili (Figura 10).



**Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2018)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori fuori pasto

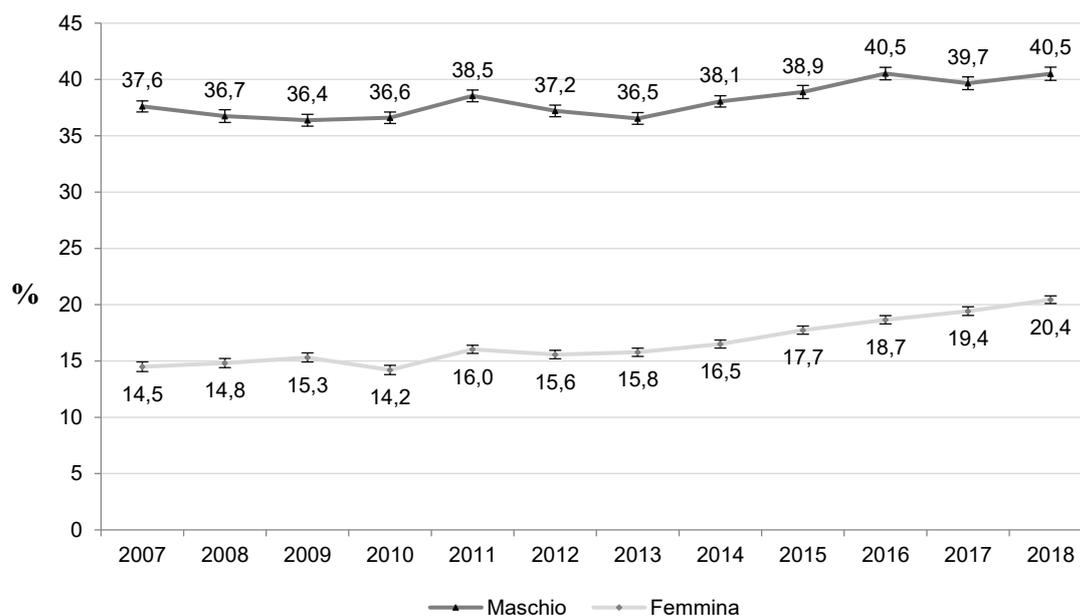
Le persone che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel 2018 sono state il 40,5% degli uomini e il 20,4% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni. (Figura 11).



**Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2018)**  
 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 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 degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti e tra le donne nella classe di età 18-24 anni (41,3%); 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=3,4%; F=2,3%) (Figura 11).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori rispetto all'anno 2008 (M=+10,2%; F=+38,0%) e per il genere femminile si conferma anche nel 2018 un incremento lineare costante rispetto al precedente anno (da 19,4% a 20,4%) (Figura 12).



**Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2018)**

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

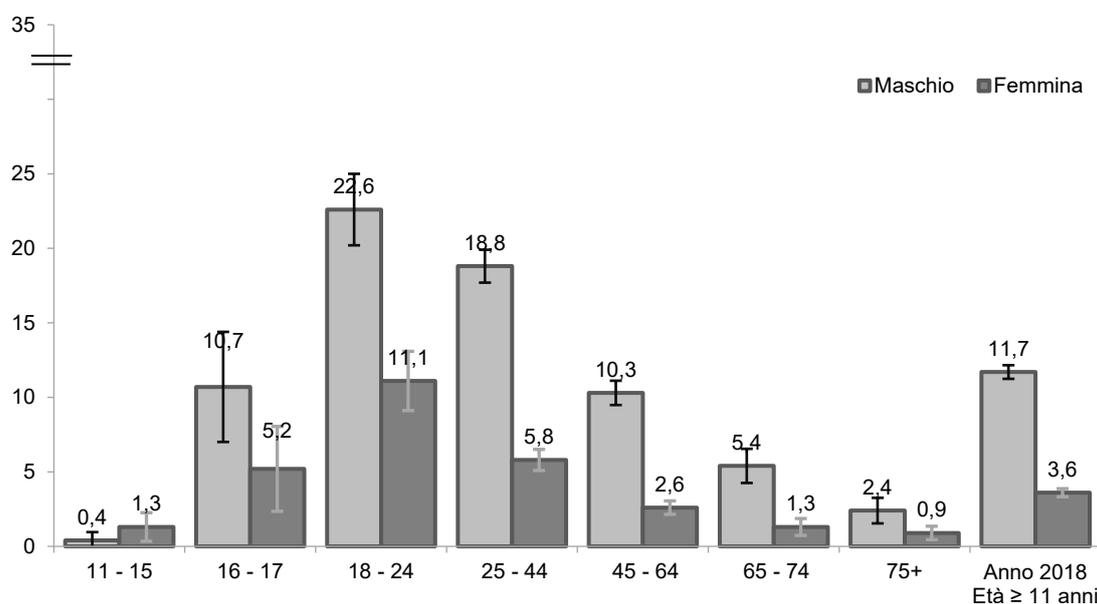
## Consumatori *binge drinking*

Un fenomeno che ormai da molti anni desta preoccupazione, soprattutto per i più giovani, è il cosiddetto *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose UA in un breve arco di tempo, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Questa modalità di consumo, si è sviluppata inizialmente nei Paesi del Nord Europa e ad oggi è ormai molto diffusa anche in Italia, specialmente nelle fasce di popolazione giovanile. Con il termine *binge drinking* in Italia indichiamo una modalità di "consumo eccessivo episodico" in un breve arco di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo, 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 (28-31).

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) (32-34) sviluppata dal CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*). Il piano d'azione ha l'obiettivo di integrare la strategia dell'UE a sostegno degli Stati Membri nella riduzione del danno alcol-correlato e di fornire un mezzo per rafforzare l'azione delle politiche sull'alcol negli Stati membri, affrontando al contempo le sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo episodico eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani: 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. Come concordato dal CNAPA il 22 marzo 2017, il piano d'azione è stato prorogato fino al 2020 e nel 2019 è stato pubblicato un rapporto della WHO (34) in cui sono documentati i progressi compiuti durante il primo periodo.

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 2018 è stata pari a 11,7% tra gli uomini e 3,6% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni e cento di *binge drinker*, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 13).



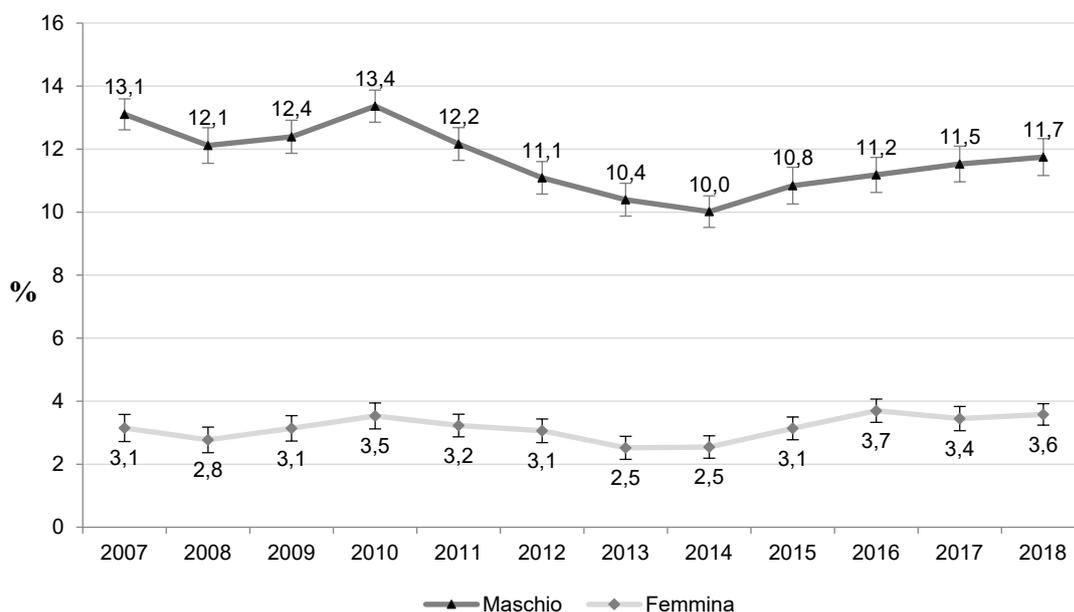
**Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2018)**

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=22,6%; F=11,1%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. Per tutte le classi di età considerate, la proporzione di *binge drinker* di sesso maschile è superiore a quella di sesso femminile ad eccezione dei giovani di età inferiore ai 15 per i quali non si rilevano differenze statisticamente significative di genere.

L'analisi dell'andamento temporale dei *binge drinker* condotta separatamente per uomini e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che tra il 2008 ed il 2018, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* ha subito delle oscillazioni tra gli uomini mentre per il genere

femminile si registra un incremento del 29,2% delle consumatrici che sono passate da 2,8% al 3,6%. (Figura 14).



**Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2007-2018)**

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

## Consumatori a rischio (criterio ISS)

In un'ottica di salute pubblica, non esistono soglie o livelli raccomandabili o "sicuri" di consumo di bevande alcoliche, in quanto sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, non esistono soglie di consumo 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 (7-8).

Numerosi studi forniscono informazioni circa i rischi legati alle quantità di alcol ingerito dalle persone, alla frequenza di consumo, al consumo di bevande a stomaco pieno, alla capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, alle condizioni di salute degli individui e all'assunzione di farmaci in associazione alle bevande alcoliche. Al fine di tener conto dei molti fattori di rischio per la salute correlati al consumo di alcolici, l'ONA-ISS 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*.

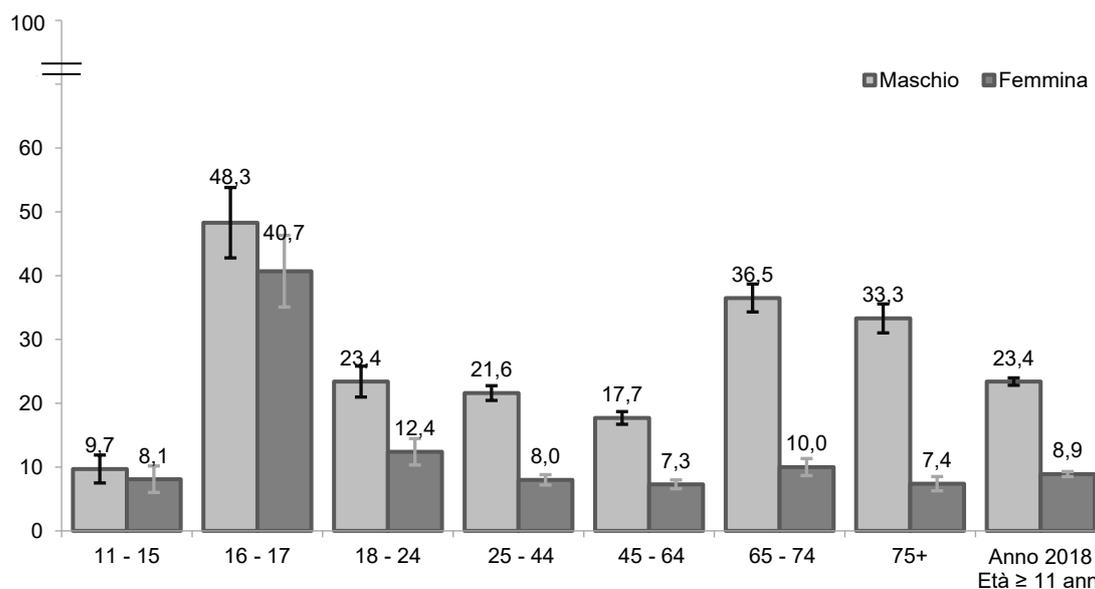
Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale (29, 31, 35) e nella relazione al Parlamento (28).

Le evidenze scientifiche, ormai da molti anni, sconsigliano un qualsiasi consumo di bevande alcoliche nei giovani al di sotto dell'età legale di consumo (18 anni) e di conseguenza, l'indicatore proposto considera a rischio i minorenni che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; tra gli adulti, l'indicatore di sintesi identifica come consumatori a 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, o che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno. Nella popolazione anziana infine, la maggiore vulnerabilità dell'individuo determina una soglia di consumo da non superare per non essere considerati a rischio, pari ad una unità alcolica giornaliera, indipendentemente dal sesso.

L'indicatore di sintesi così costruito, mostra che nel 2018, il 23,4% degli uomini e l'8,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8 milioni e 700 mila individui (M=6 milioni e 200 mila, F=2 milioni e 500 mila) non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica relativamente alle modalità di consumo di bevande alcoliche (Figura 15).

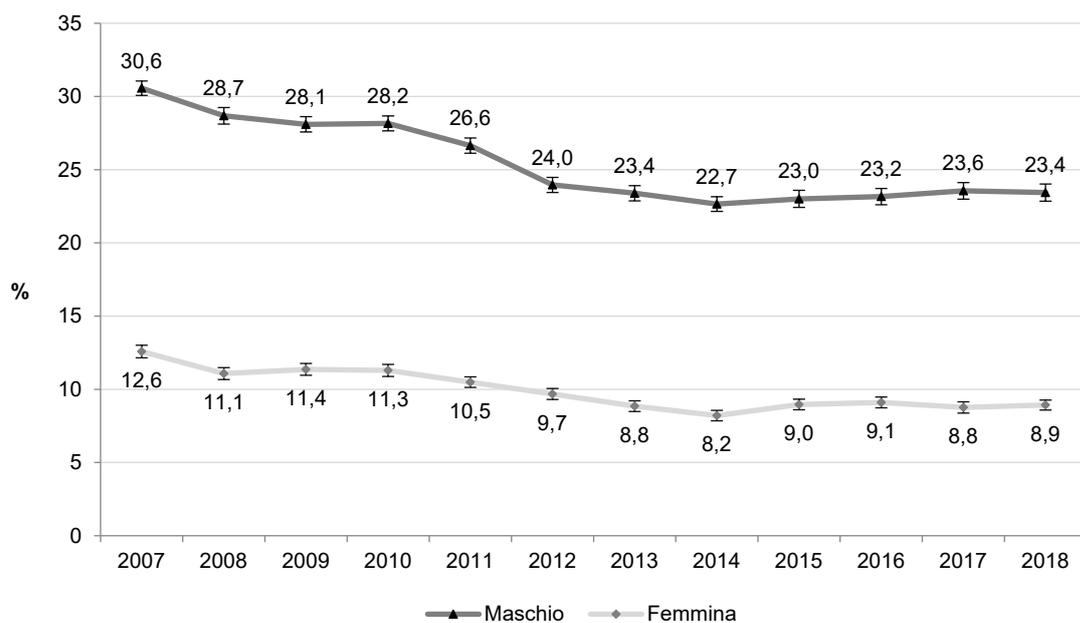
L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=48,3%, F=40,7%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, esattamente quei target di popolazione sensibile per i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei ragazzi (Figura 15).



**Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2018)**

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

L'analisi dell'andamento temporale mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto al 2008 pari al 18,3% per gli uomini e al 19,4% per le donne, l'indicatore di sintesi si è stabilizzato a partire dal 2013 e anche nel 2018 si è mantenuto costante per entrambi i generi (Figura 16). Appare quindi fondamentale promuovere delle azioni di promozione della salute per motivare le persone a scegliere uno stile di vita sano in maniera consapevole e autonoma.



**Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2018)**  
 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 (9), dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) (36), dal Piano Nazionale della Prevenzione (37) e del Piano Statistico Nazionale è previsto il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol-correlati”. Ogni regione ha inoltre 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 (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) denominato SISTIMAL (“SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell’impatto ALcol-correlato”), finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. Il database SISMA è consultabile online all’indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/SismaOnline>, dove è possibile valutare l’andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportate per macro area.

### Italia nord-occidentale

Nell’anno 2018 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,9% tra gli uomini e al 58,0% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello medio nazionale. Nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini sia per le donne ma non si registrano variazioni significative rispetto al 2017. Tra il 2017 e il 2018 l’analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per entrambi i generi ad eccezione delle donne che hanno consumatori di birra e aperitivi alcolici che sono aumentate rispettivamente del 8,9% e del 8,7%. L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest’area geografica una prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, di consumatori fuori pasto e di consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e dei *binge drinker* per il solo genere maschile. Non si rilevano tuttavia variazioni significative rispetto al 2017 (Tabelle 1 e 2).

### Piemonte

Nel 2018 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 79,6% degli uomini e il 58,6% delle donne e per queste ultime il dato rilevato è superiore alla media nazionale; per entrambe i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2017. L’analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che non si rilevano variazioni significative rispetto al 2017 e che l’unica bevanda con valori superiori alla media nazionale per entrambi i generi è il vino oltre ai super alcolici per le sole donne. La prevalenza dei consumatori uomini di amari è invece inferiore al dato medio italiano.

L’analisi dei comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori pressoché stabili per tutti gli indicatori considerati sebbene l’indicatore relativo al consumo a rischio ISS è superiore al dato medio italiano (Tabelle 1 e 2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2018)

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>	<b>67,2</b>	<b>45,6</b>	<b>63,9</b>	<b>35,4 ↗</b>	<b>48,3</b>	<b>31,2 ↗</b>	<b>41,3</b>	<b>18,3</b>	<b>41,1</b>	<b>18,3</b>
Piemonte	68,9	45,6	64,3	35,8	47,6	30,2	40,4	19,5	38,3	18,2
Valle d'Aosta	70,9	51,6	66,6	42,4	56,7	37,1	36,6	12,0 ↘	42,7	18,7
Lombardia	65,9	44,8	63,4	34,7 ↗	48,7	31,8	<b>41,9</b>	18,1	42,8 ↗	18,8
Liguria	70,4	49,5	65,7	38,9	46,8	29,8	40,2	16,6	38,1	15,8
<b>Italia nord-orientale</b>	<b>70,6</b>	<b>50,2</b>	<b>65,7</b>	<b>39,0</b>	<b>51,2 ↗</b>	<b>34,5 ↗</b>	<b>39,3</b>	<b>17,2</b>	<b>40,7 ↗</b>	<b>17,8</b>
PA Bolzano	65,0	54,4	67,8	43,6	50,1	<b>47,9</b>	38,5	<b>26,0</b>	41,0	<b>24,8</b>
PA Trento	64,7	41,5	70,6 ↗	36,7	50,8	34,3	<b>38,3 ↗</b>	14,1	43,6	17,9
Veneto	71,2	47,5	66,1	37,5	54,9 ↗	33,9	40,8 ↗	17,5	39,0	16,7
Friuli-Venezia Giulia	68,3	50,5	67,2	45,7 ↗	51,9	33,1	<b>41,1</b>	18,8	39,8	18,6
Emilia Romagna	72,0	53,7	64,0	38,4	47,2	34,2 ↗	37,2	15,7	42,4 ↗	18,1
<b>Italia centrale</b>	<b>69,1 ↗</b>	<b>46,7 ↗</b>	<b>65,7 ↗</b>	<b>40,2 ↗</b>	<b>46,6</b>	<b>29,9 ↗</b>	<b>42,7</b>	<b>16,4</b>	<b>38,6</b>	<b>15,9</b>
Toscana	70,3	48,4	64,3	41,5 ↗	45,9	31,8	38,0	14,1	38,0	17,3
Umbria	69,6	43,0	60,6	36,8	48,8	31,3	42,1	14,6	39,9	14,4
Marche	71,1	50,0	64,3	38,9	46,4	27,0	42,1	15,5	38,7	15,2
Lazio	67,7 ↗	<b>45,2 ↗</b>	67,8 ↗	40,1 ↗	46,7	29,2 ↗	45,9	18,4	38,9	15,5
<b>Italia meridionale</b>	<b>63,5</b>	<b>35,0 ↗</b>	<b>65,0</b>	<b>34,9 ↗</b>	<b>43,9</b>	<b>21,6 ↗</b>	<b>49,2</b>	<b>19,3 ↗</b>	<b>35,7</b>	<b>11,9</b>
Abruzzo	65,3	39,2	66,4	39,5 ↗	47,1	26,2	45,9	18,5 ↗	35,4	12,4
Molise	66,5	34,1	67,2	33,1	47,1	23,8	48,3	16,3	33,9	10,7
Campania	60,7	30,5	62,6	30,4	41,7	18,9	46,7	16,0	33,9	10,3
Puglia	65,3	39,6	65,7	38,0	41,9	22,7	53,4	23,2 ↗	37,4	13,8
Basilicata	68,5	37,6 ↗	64,3	33,6	45,1	24,8 ↗	48,6	19,8 ↗	38,5	14,1 ↗
Calabria	64,8	35,4	69,4	39,7 ↗	51,2 ↗	22,7 ↗	50,8	21,5 ↗	37,4	12,2
<b>Italia insulare</b>	<b>58,8</b>	<b>30,8</b>	<b>64,4</b>	<b>34,6</b>	<b>41,6</b>	<b>21,9</b>	<b>43,0</b>	<b>17,6</b>	<b>31,7</b>	<b>10,2</b>
Sicilia	<b>57,1</b>	30,1	63,4	34,3	41,8	22,4	44,3	18,6	31,6	10,0
Sardegna	63,6	33,1	67,4	35,3 ↗	41,1	20,5	39,2	14,7	32,0	10,9
<b>Italia</b>	<b>66,4</b>	<b>42,6 ↗</b>	<b>64,9 ↗</b>	<b>36,9 ↗</b>	<b>46,7 ↗</b>	<b>28,3 ↗</b>	<b>43,2 ↗</b>	<b>17,8 ↗</b>	<b>38,2 ↗</b>	<b>15,4</b>

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2017

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2017

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 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2018)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	<b>78,9</b>	<b>58,0</b>	<b>15,9</b>	<b>7,3</b>	<b>43,3</b>	<b>22,5</b>	<b>13,0</b>	<b>4,1</b>	<b>25,5</b>	<b>10,5</b>
Piemonte	79,6	58,6	15,8	7,1	42,1	21,8	12,8	4,6	25,9	11,0
Valle d'Aosta	83,6	65,9	19,4	9,0	56,2	26,9	19,8	8,7 ↗	33,0	16,7
Lombardia	78,2	57,2	15,5	7,5	44,2	22,9	13,3	3,7	25,3	10,1
Liguria	81,0	60,7	17,9	6,2 ↘	39,9	22,1	10,9	4,8	25,1	10,5
<b>Italia nord-orientale</b>	<b>81,0</b>	<b>62,1</b>	<b>16,3</b>	<b>8,6 ↗</b>	<b>51,5 ↗</b>	<b>30,3 ↗</b>	<b>14,5</b>	<b>4,6</b>	<b>28,1</b>	<b>11,9</b>
PA Bolzano	79,0	69,0	13,1	6,1	63,1	<b>46,1</b>	25,8	11,4	34,3	14,8 ↗
PA Trento	79,4	56,4	14,1	5,1	59,4	30,7	21,6	4,7	32,3	9,0
Veneto	81,8	59,6	16,3	8,1	53,1	28,0	15,2	4,0	29,2	11,1
Friuli-Venezia Giulia	79,9	64,1	17,4	8,0	59,0	34,6	15,0	5,1	27,5	11,7
Emilia Romagna	80,8	64,1	16,6	10,1	45,5 ↗	29,7 ↗	11,5	4,2	25,8	12,8
<b>Italia centrale</b>	<b>80,8 ↗</b>	<b>58,0 ↗</b>	<b>14,5</b>	<b>6,0</b>	<b>37,3</b>	<b>21,3</b>	<b>10,5</b>	<b>4,0</b>	<b>23,0</b>	<b>9,4</b>
Toscana	80,3	60,1	18,7	7,8	38,3	22,9	10,0	4,2	26,5	11,5
Umbria	79,7	55,5	15,0	8,3	39,0	23,4	12,8	3,9	24,2	11,6
Marche	79,8	59,1	15,5	6,3	40,2	21,9	12,1	4,1	25,2	9,7
Lazio	81,6 ↗	56,6 ↗	11,4	4,5	35,6	19,9	10,0	3,9	20,0	7,6
<b>Italia meridionale</b>	<b>77,1</b>	<b>48,7</b>	<b>12,8</b>	<b>4,3</b>	<b>33,2</b>	<b>12,4</b>	<b>10,0</b>	<b>2,4</b>	<b>20,5</b>	<b>6,3</b>
Abruzzo	77,1	52,8	12,7	6,2	41,3	17,3	13,2	2,9	22,5	8,5
Molise	78,8	48,7	20,0	5,9	47,4	18,5 ↗	13,5 ↘	2,3	29,3	7,7
Campania	74,8	<b>43,7</b>	11,1	3,9	<b>28,1</b>	9,8 ↘	8,3	1,8	17,4	5,3
Puglia	79,4	53,6	13,0	4,2 ↘	<b>32,6</b>	13,2	10,4	2,9	21,6	6,7 ↘
Basilicata	78,5	50,5 ↗	16,4	6,1	40,5	17,5 ↗	12,9	3,3	25,0	8,4
Calabria	78,6	50,4 ↗	15,6	3,9	39,5	12,5	10,9	2,5 ↗	23,3	6,1 ↗
<b>Italia insulare</b>	<b>75,9</b>	<b>47,2</b>	<b>9,4</b>	<b>2,8</b>	<b>35,7</b>	<b>13,7</b>	<b>9,9</b>	<b>2,3</b>	<b>17,4</b>	<b>4,8</b>
Sicilia	74,9	46,7	7,4 ↘	2,5	31,8	12,2	7,9	2,1	13,8	4,3
Sardegna	78,7	48,7	15,3	3,6	47,5	18,5	15,9	2,9	27,8	6,2
<b>Italia</b>	<b>78,9 ↗</b>	<b>55,4 ↗</b>	<b>14,2</b>	<b>6,1</b>	<b>40,5</b>	<b>20,4 ↗</b>	<b>11,7</b>	<b>3,6</b>	<b>23,4</b>	<b>8,9</b>

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2017

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2017

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 2018 è stata dell'83,6% tra gli uomini e del 65,9% tra le donne, e i valori risultano superiori alla media nazionale. I consumi delle diverse bevande alcoliche non hanno subito variazioni di rilievo rispetto al 2017, tranne per le donne che bevono amari che sono diminuite del 35,1%. Per quanto riguarda il vino e gli aperitivi alcolici il consumo nel 2018 è stato superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, così come la birra per le donne e i super alcolici per gli uomini. Invece il consumo di amari risulta inferiore alla media nazionale per entrambi i sessi (vedi Tabelle 1 e 2). L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale ma stabili rispetto al 2017, a eccezione delle donne che praticano *binge drinking* che sono aumentate del 116,8% (vedi Tabelle 1 e 2).

## Lombardia

Nel 2018 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 57,2% tra le donne e il 78,2% tra gli uomini, in linea con la media nazionale e stabili rispetto al 2017. I consumatori delle diverse tipologie di bevande sono tutti in linea con la media nazionale tranne le donne che bevono vino e aperitivi alcolici e i consumatori di super alcolici di entrambi i sessi che sono superiori alla media. Inoltre, le donne che hanno bevuto birra e i maschi che hanno bevuto super alcolici sono aumentati del 12,8% e del 9,1% rispettivamente nel 2018 rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda ai comportamenti a rischio, questi risultano stabili rispetto al 2017 e in linea con la media nazionale, tranne i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi e gli abituali eccedentari femmine che sono sopra la media (vedi Tabelle 1 e 2).

## Liguria

L'81% degli uomini e il 60,7% delle donne hanno consumato bevande alcoliche nel 2018, le donne superano la media nazionale. Per entrambi i sessi i consumatori di vino sono superiori alla media nazionale, mentre per le altre bevande le analisi rilevano consumi stabili e in linea con la media. Anche l'analisi dei comportamenti mostra per entrambi i sessi dei valori in linea con il resto d'Italia e stabili rispetto al 2017, tranne i consumatori abituali eccedentari: i maschi sono stabili ma superiori alla media, mentre le donne sono diminuite del 42,5% e sono in linea con la media nazionale (vedi Tabelle 1 e 2).

## Italia nord-orientale

Nel 2018, le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale si mantengono, quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute, in particolare per le donne.

Nel 2018 la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 81,0% tra gli uomini e al 62,1% tra le donne e per queste ultime, come già riscontrato lo scorso anno, il valore risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate.

Le prevalenze dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici di entrambi i generi risultano essere più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale ed in particolare la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e delle consumatrici di vino di sesso femminile sono le più elevate di tutte ripartizioni considerate; per le donne, anche la prevalenza dei

consumatori di birra è comunque superiore alla media nazionale mentre tra gli uomini la prevalenza di consumatori di amari è per il terzo anno consecutivo inferiore al dato medio nazionale. Rispetto all'anno 2017 si registra un aumento dei consumatori di aperitivi alcolici del 7,5% tra le donne e del 6,9% tra gli uomini e per questi ultimi l'incremento è significativo anche per i super alcolici (+8,0%).

I dati registrati nel 2018 relativi ai comportamenti a rischio sono superiori al dato medio nazionale per entrambe i generi e le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio ISS sono le più elevate di tutte le ripartizioni considerate, a cui si aggiungono quelle relative ai *binge drinker* di sesso maschile e alle consumatrici abituali eccedentarie di sesso femminile. Rispetto alla precedente rilevazione si rileva un incremento dei consumatori fuori pasto pari al 5,1% tra gli uomini e al 9,4% tra le donne; per queste ultime si registra un incremento significativo anche delle consumatrici abituali eccedentarie che sono passate dal 6,5% all'8,6%. (vedi Tabelle 1 e 2).

## Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata pari al 79% tra gli uomini e 69% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello rilevato a livello nazionale. Per le donne, la prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici è superiore alla media nazionale e, per gli aperitivi alcolici (47,9%), è la più alta di tutte le regioni italiane considerate. Per gli uomini invece i valori sono in linea con la media nazionale per tutte le bevande, tranne per gli amari che sono al di sotto della media.

Le abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano valori superiori alla media nazionale della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (per le donne il dato è il più alto d'Italia, il 46,1%), dei consumatori in modalità *binge drinking* e dei consumatori a rischio (criterio ISS) per entrambi i sessi. Le consumatrici a rischio sono aumentate rispetto al 2017 del 73,5% (vedi Tabelle 1 e 2).

## Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è del 79,4% tra gli uomini e 56,4% tra le donne e per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto al 2017. Le prevalenze dei consumatori di birra maschi sono superiori alla media nazionale e in aumento del 8,5% rispetto al 2017. I consumatori di aperitivi alcolici sono superiori alla media per entrambi i sessi e quelli di super alcolici per le donne, invece i consumatori di amari sono sotto la media nazionale ma in aumento per quanto riguarda gli uomini.

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. (vedi Tabelle 1 e 2).

## Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 81,8% tra gli uomini e del 59,6% tra le donne e per entrambi il valore è superiore a quello della media nazionale. La prevalenza di consumatori di vino e di aperitivi alcolici è superiore alla media italiana per entrambi i consumatori. Inoltre i consumatori di aperitivi alcolici di sesso maschile sono aumentati rispetto al 2017 del 10,8%. Si registra infine rispetto alla precedente rilevazione un aumento del 19,3% della prevalenza di consumatori di sesso maschile di amari.

Per entrambi i generi, nel 2018, i valori degli indicatori riguardanti i consumatori abituali eccedentari, fuori pasto e a rischio sono superiori alla media nazionale, oltre ai consumatori *binge drinker* per il solo sesso maschile (vedi Tabelle 1 e 2).

## Friuli-Venezia Giulia

Nel 2018 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,9% tra gli uomini e del 64,1% tra le donne, e in quest'ultimo caso il valore è superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio italiano della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, mentre vino, birra e super alcolici sono superiori alla media solo per le donne, in particolare le consumatrici di birra sono aumentate del 16,3% rispetto al 2017.

Nel 2018, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari, fuori pasto, a rischio (criterio ISS) e per i soli uomini anche le prevalenze dei consumatori *binge drinker*, sono superiori alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione nei valori di prevalenza dei comportamenti a rischio considerati. (vedi Tabelle 1 e 2).

## Emilia Romagna

I consumatori di tutte le bevande alcoliche nel 2018 sono stati l'80,8% degli uomini e il 64,1% delle donne, queste ultime superiori alla media italiana. La prevalenza dei consumatori di vino e di super alcolici per entrambi i generi è superiore al dato medio nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici, che sono aumentate del 17,7% rispetto al 2017. Anche i consumatori di super alcolici di sesso maschile sono aumentati, rispetto alla precedente rilevazione, del 15,7%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari e fuori pasto e, per il solo genere femminile, delle consumatrici a rischio. Si registra, rispetto al 2017, un aumento del valore di prevalenza dei consumatori fuori pasto per entrambi i generi, del 4,3% per i maschi e del 16,9% per le femmine. (vedi Tabelle 1 e 2).

## Italia centrale

Nel 2018 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 80,8% tra gli uomini e al 58,0% tra le donne e per entrambi i generi i valori sono aumentati rispetto alla precedente (M=+3,9%; F=+6,0%) risultando quindi superiori al valore medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino sono per entrambi i generi superiori al dato medio italiano e rispetto al 2017 sono aumentati del 5,2% tra gli uomini e del 9,6% tra le donne; un incremento rispetto alla precedente rilevazione si registra anche per la prevalenza dei consumatori di birra (M=+4,8%; F=+17,9%) e per le sole donne anche delle consumatrici di aperitivi alcolici che sono passate da 26,8% a 29,9%. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra tuttavia, come lo scorso anno, per gli uomini valori inferiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* mentre per le donne i valori sono approssimabili a quelli medi nazionali (vedi Tabelle 1 e 2).

## Toscana

Nel 2018 hanno consumato almeno una bevanda alcolica l'80,3% degli uomini e il 60,1% delle donne e per queste ultime, anche quest'anno, il valore risulta superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di vino è superiore al dato medio italiano mentre la prevalenza dei consumatori di amari è inferiore; per le sole donne, sono superiori alla media italiana anche le prevalenze di consumatrici di aperitivi alcolici e birra e per quest'ultima bevanda il valore è aumentato rispetto al 2017 del 27,5%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media italiana per entrambi i generi oltre alla prevalenza delle consumatrici fuori pasto per il solo genere femminile (vedi Tabelle 1 e 2).

## Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari a 79,7% tra gli uomini e a 55,5% tra le donne e non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli soli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è superiore al valore medio nazionale mentre risulta inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di birra; tra le donne invece si osserva un valore inferiore al dato nazionale delle consumatrici di amari.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale per gli uomini mentre, per le donne, i valori risultano superiori alla media italiana relativamente al consumo abituale eccedentario, al consumo fuori pasto e al consumo a rischio ISS (vedi Tabelle 1 e 2).

## Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari al 79,8% tra gli uomini e al 59,1% tra le donne e, per queste ultime, il valore è superiore 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 vino che risultano invece superiori alla media italiana per entrambi i generi. Per tutte le bevande non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabelle 1 e 2).

## Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2018 pari al 56,6% tra le donne e all'81,6% tra gli uomini e per questi ultimi si osserva un valore superiore a quello medio nazionale; per entrambi i generi si registra un incremento significativo della prevalenza rispetto al 2017 del 7,7% tra gli uomini e del 9,6% tra le donne. La prevalenza dei consumatori di birra è superiore alla media nazionale per entrambi i generi e rispetto alla precedente rilevazione si osserva un incremento dei consumatori di vino (M=+8,6%; F=+18,4%), di birra (M=+10,4%; F=+15,8%) e, per le sole donne, di aperitivi alcolici (+16,0%).

La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari per entrambi i generi e, dei consumatori fuori pasto e a rischio ISS per gli uomini rimangono tuttavia inferiori alla media nazionale (vedi Tabelle 1 e 2).

## Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2018 inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi e pari al 77,1% tra gli uomini al 48,7% le donne. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra; risultano invece inferiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari e per gli uomini il valore risulta essere il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (49,2%). Si registra tuttavia un aumento significativo della prevalenza delle consumatrici donne di tutte le bevande alcoliche considerate ad eccezione dei super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale e rispetto alla rilevazione del 2017 non si registrano incrementi statisticamente significativi (vedi Tabelle 1 e 2).

## Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 77,1% per gli uomini e 52,8% per le donne. Per gli uomini, risultano inferiore al dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di vino mentre per le donne si osserva un incremento delle consumatrici di birra (+17,7%) e amari (+40,1%). Le consumatrici di super alcolici risultano invece inferiori alla media nazionale.

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, ad eccezione delle consumatrici fuori pasto per le quali il dato è inferiore alla media italiana. (vedi Tabelle 1 e 2).

## Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 78,8% per gli uomini e 48,7% per le donne e come lo scorso anno per queste ultime il valore è inferiore alla media italiana. Analizzando le singole bevande si evince che le prevalenze dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene come nel 2017 superiore alla media nazionale mentre per le donne le prevalenze delle consumatrici di vino, birra e aperitivi alcolici risultano più basse. Per entrambi i sessi i consumatori di super alcolici sono inferiori alla media nazionale. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2017.

Per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale ad eccezione del consumo in modalità *binge drinking* che risulta diminuito rispetto al 2017 da 20,7% a 13,5% nel 2018; tra le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale ma si registra un incremento delle consumatrici fuori pasto del 44,8% (vedi Tabelle 1 e 2).

## Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è inferiore alla media nazionale per gli uomini (74,8%) e per le donne (43,7%) corrisponde al valore più basso di tutte le realtà territoriali osservate. Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori alla media nazionale; per gli uomini l'unica bevanda per la quale già da qualche anno si registra una prevalenza al di sopra della media nazionale è l'amaro (46,7%). 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. La prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile è la più bassa registrata in Italia e tra le donne si registra una diminuzione del valore del 25,7% che va quindi ad annullare l'incremento registrato lo scorso anno riportando l'indicatore ai valori del 2016 (vedi Tabelle 1 e 2).

## Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 79,4% tra gli uomini e 53,6% tra le donne e i valori sono rimasti stabili rispetto al 2017. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale e per le donne si registra anche un incremento delle consumatrici di questa bevanda pari al 23,3%; si osservano infine valori inferiori alla media italiana delle consumatrici di vino e dei consumatori di aperitivi alcolici sia maschi che femmine.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale. Rispetto all'anno 2017 si registra per le sole donne una diminuzione delle consumatrici a rischio (-28,5%) e abituali eccedentarie (-35,7%), queste ultime risultano inoltre sotto la media nazionale (vedi Tabelle 1 e 2).

## Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari a 78,5% tra gli uomini e 50,5% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è aumentato rispetto al 2017 del 26,2%, annullando quindi la riduzione registrata tra il 2016 e il 2017. La prevalenza delle donne consumatrici di vino, di birra, e di aperitivi 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. Rispetto alla rilevazione del 2017 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici di vino (+35,5%), di aperitivi alcolici (+60,5%), di amari (+50,4%) e di super alcolici (+74,3%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori pressoché simili a quelli medi nazionali per entrambi i generi ad eccezione delle consumatrici fuori pasto per le quali, sebbene si osserva un valore al di sotto della media nazionale, si registra un incremento del 35,1% (vedi Tabelle 1 e 2).

## Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari a 78,6% tra gli uomini e 50,4% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è aumentato rispetto al 2017 del 13,9%, pur rimanendo inferiore al valore medio italiano. Tra gli uomini, è superiore alla media

nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, amari e aperitivi alcolici e per questi ultimi si registra un incremento del 14,4%. Tra le donne sono inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di super alcolici e aperitivi alcolici sebbene per quest'ultima bevanda si sia registrato come per gli uomini un incremento del 25,2% rispetto al 2017 si osserva inoltre un aumento delle consumatrici di birra del 19,5% e delle consumatrici di amari il cui valore è passato da 17,2% nel 2017 a 21,5% nel 2018, superando quindi il valore medio nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie, fuori pasto e a rischio ISS ma rispetto al 2017 si osserva un incremento della prevalenza delle consumatrici *binge drinking* il cui valore è passato da 1,0% del 2017 a 2,5% del 2018 e della prevalenza delle consumatrici a rischio ISS (+75,9%). (vedi Tabelle 1 e 2).

## Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2018 pari al 75,9% tra gli uomini e al 47,2% tra le donne e per entrambi i generi il valore risulta essere inferiore a quello medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino (M=58,8%; F=30,8%) e quelle dei consumatori di super alcolici (M=31,7%; F=10,2%) sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate, si mantengono inoltre inferiori alla media italiana la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e delle sole consumatrici di birra.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari (M=9,4%; F=2,8%) e dei consumatori a rischio (M=17,4%; F=4,8%) sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate; sono inoltre inferiori alla media nazionale i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto e *binge drinking*.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2017 e il 2018 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (vedi Tabelle 1 e 2).

## Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata pari al 74,9% tra gli uomini, 46,7% tra le donne e per entrambi i generi i valori sono sotto la media nazionale e non si registrano variazioni rispetto al 2017. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, oltre a quelli delle sole consumatrici di birra. La prevalenza degli uomini consumatori di vino è pari al 57,1%, ed è la più bassa di tutte le regioni italiane considerate.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale; per gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio ISS sono le più basse rispetto ai valori rilevati nelle altre realtà territoriali e per i primi si osserva una riduzione del 30,4% (vedi Tabelle 1 e 2).

## Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 78,7% degli uomini e al 48,7% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la

prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, amari e di super alcolici è inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi oltre a quella delle consumatrici di vino per le sole donne; per queste ultime si registra tuttavia un incremento rispetto alla precedente rilevazione del 31,1% della prevalenza delle consumatrici di birra.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2018 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e dei consumatori a rischio ISS per il solo genere maschile mentre sono inferiori alla media i valori di prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie e a rischio ISS di sesso femminile (*vedi* Tabelle 1 e 2).

## MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono decessi “totalmente alcol-attribuibili” (29) tutte le morti che, in accordo con la ICD10 (17), sono causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile vengono quindi presi in considerazione 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 anche da includere: “Miopatia alcolica (ICD10: G72.1)” e “Eccessivo livello ematico di alcol (ICD10: R78)” sebbene tali patologie sia cause di morbilità ma non di mortalità, e pertanto non vengono incluse nelle analisi che seguono.

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un’indagine totale condotta dall’ISTAT che rileva informazioni di carattere sanitario e demossociale per tutti i decessi verificatisi in Italia (popolazione presente). I dati dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS (38). Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2016; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (39). 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(39).

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

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

Nell’anno 2016 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.290, di cui 1.032 (80,0%) uomini e 258 donne (20,0%) (Tabella 3); queste proporzioni corrispondono a circa 41 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 9 decessi per milione tra le donne.

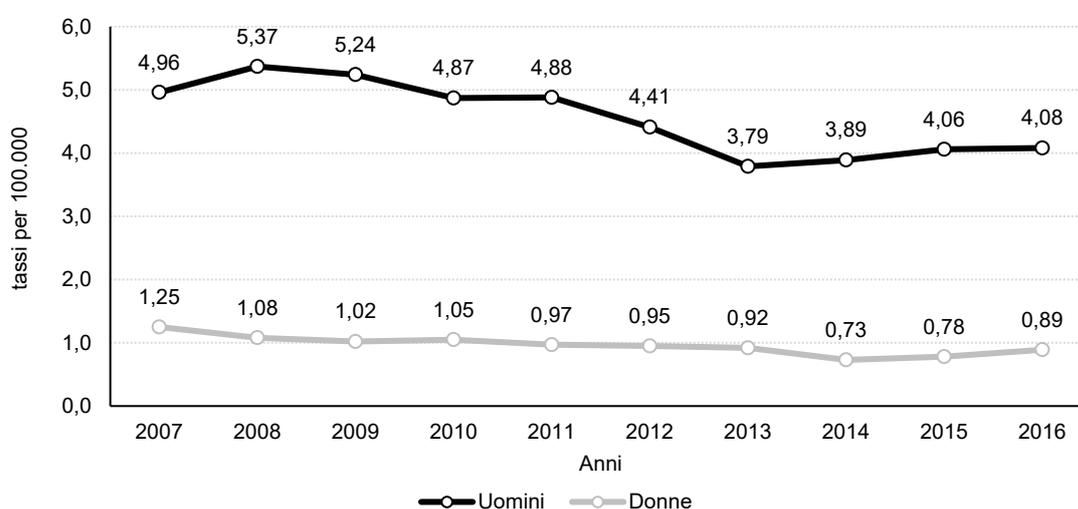
Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=759; F=203) e le sindromi psicotiche indotte da alcol (M=201; F=42) che, nel complesso, causano il 93,0% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 95,0% tra le donne.

Nel 2016, 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 4,08 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,89 per le donne; con un lieve incremento rispetto all’anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile (Figura 17).

**Tabella 3. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2016**

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	201	19,5	42	16,3	243	18,8
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	27	2,6	5	1,9	32	2,5
G62.1	Polineuropatia alcolica	6	0,6	2	0,8	8	0,6
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	18	1,7	3	1,2	21	1,6
K29.2	Gastrite alcolica	5	0,5	0	0,0	5	0,4
K70	Epatopatie alcoliche	759	73,5	203	78,7	962	74,6
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	12	1,2	3	1,2	15	1,2
<b>Totale decessi</b>		<b>1.032</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>1.290</b>	<b>100,0</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”.

**Figura 17. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2016**

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-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,92 per 100.000 abitanti e di 1,50 per 100.000 rispettivamente per i due generi (Tabella 4).

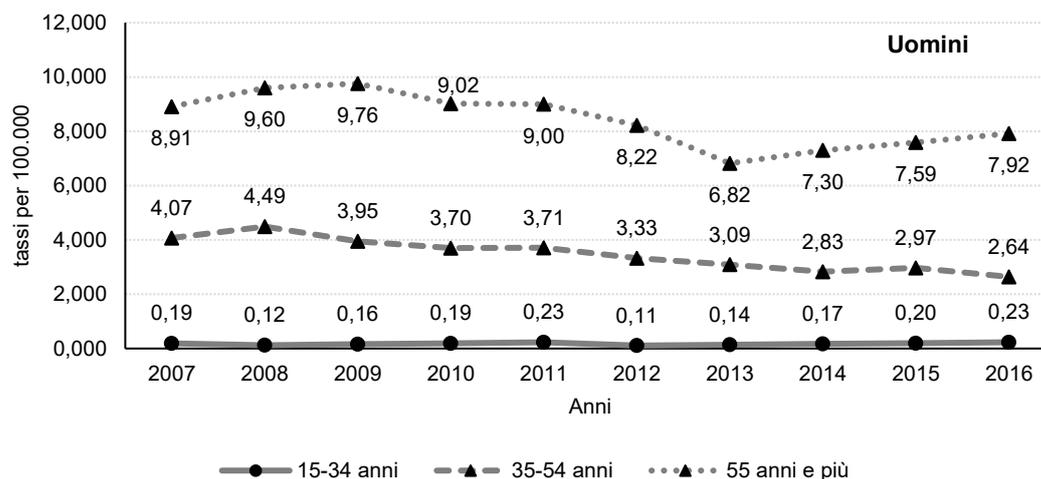
L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2016, la mortalità per patologie alcol-attribuibili per gli uomini è diminuita fino al 2013 quando il tasso raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi il tasso aumenta di nuovo negli anni seguenti fino a raggiungere un valore di 4,08 (comunque più basso di quello registrato nel 2007: 4,96 per 100.000). Per le donne si osserva una diminuzione del tasso fino al 2014: da 1,25 nel 2007 a 0,73 nel 2014; negli ultimi due anni di disponibilità del dato si osserva un incremento del tasso di mortalità anche per le donne che raggiunge il valore di 0,89 per 100.000 abitanti nel 2016 (vedi Figura 17).

**Tabella 4. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2016**

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34	14	0,23	2	0,03	16	0,13
35-54	255	2,64	84	0,85	339	1,74
55+	765	7,92	172	1,50	934	4,41
<b>15+</b>	<b>1.032</b>	<b>4,08</b>	<b>258</b>	<b>0,89</b>	<b>1.290</b>	<b>2,37</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".

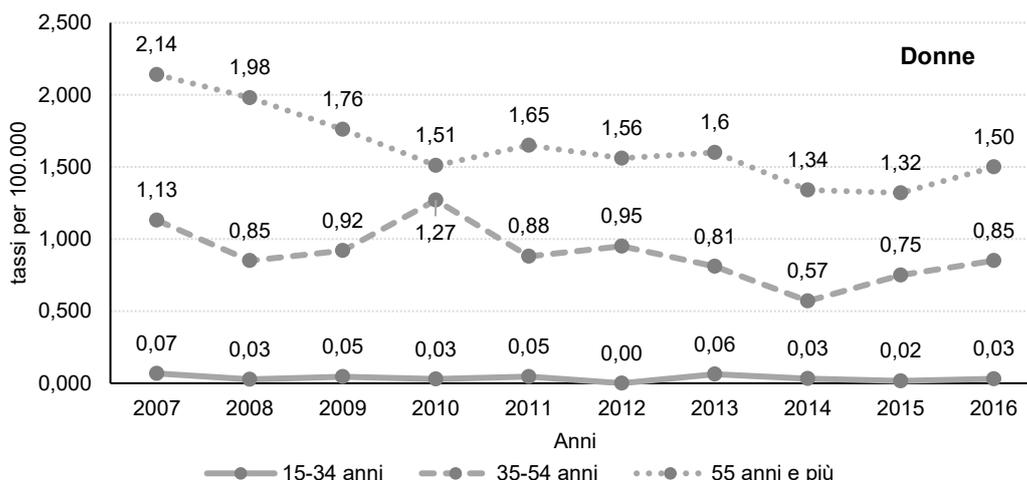
Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato tra il 2013 e il 2016 tra gli uomini riguarda in particolare gli individui di età superiore a 55 anni per i quali il tasso passa da 6,82 per 100.000 nel 2013 a 7,92 nel 2016; un lieve incremento si registra nello stesso periodo anche tra i giovani (15-34 anni), mentre tra i 35-54enni seppur con qualche oscillazione il tasso mostra una tendenza alla diminuzione su tutto il periodo (Figura 18).



**Figura 18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Maschi. Italia, anni 2007-2016**

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".

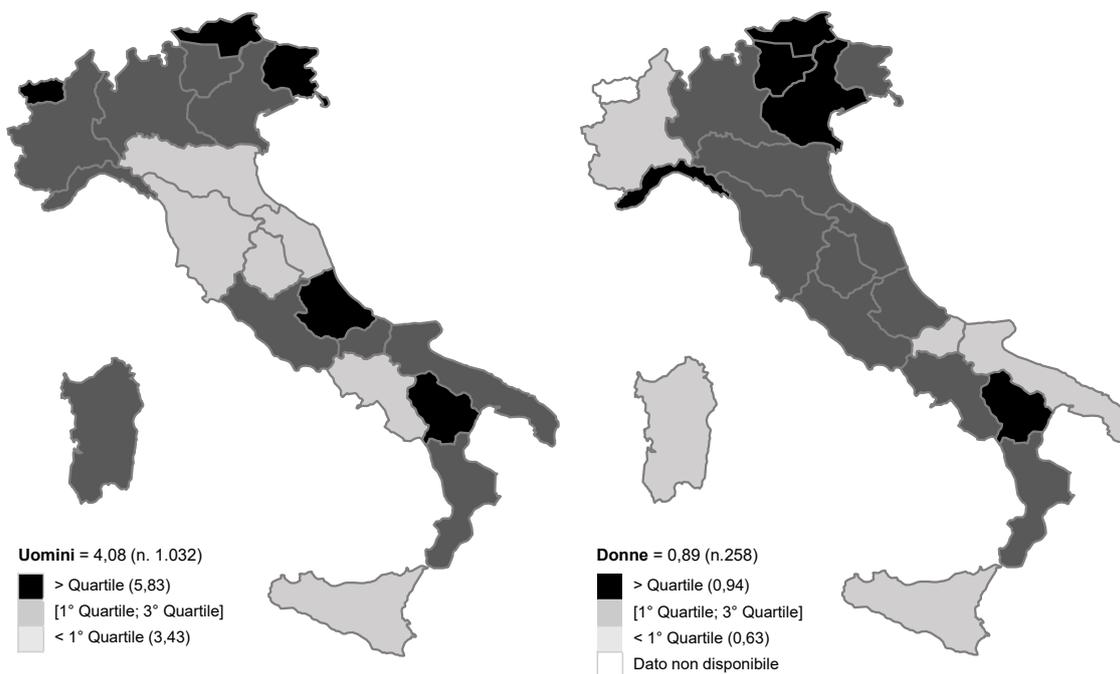
Tra le donne la mortalità alcol attribuibile è estremamente bassa tra le giovani (15-34 anni) su tutto il periodo esaminato; per le altre fasce di età si osserva un andamento discordante del tasso nel periodo 2007-2010: per le donne di 35-54 anni il tasso aumenta mentre per le donne di 55 anni e più diminuisce. Dopo il 2010 il tasso di mortalità alcol-attribuibile per le donne diminuisce, raggiungendo un minimo di 0,57 per 100.000 nel 2014 tra le 35-54enni e di 1,32 nel 2015 tra le donne di 55 anni e più; negli anni più recenti, anche tra le donne, si osserva un nuovo aumento del tasso che raggiunge un valore di 0,85 per 100.000 tra le 35-54enni e di 1,50 per 100.000 tra le ultra55enni (Figura 19).



**Figura 19. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Femmine. Italia, anni 2007-2016**  
 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 (Figura 20, Tabella 5).



**Figura 20. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione > a 15 anni. Italia, anno 2016**  
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

**Tabella 5. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95% (IC95%). Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2016**

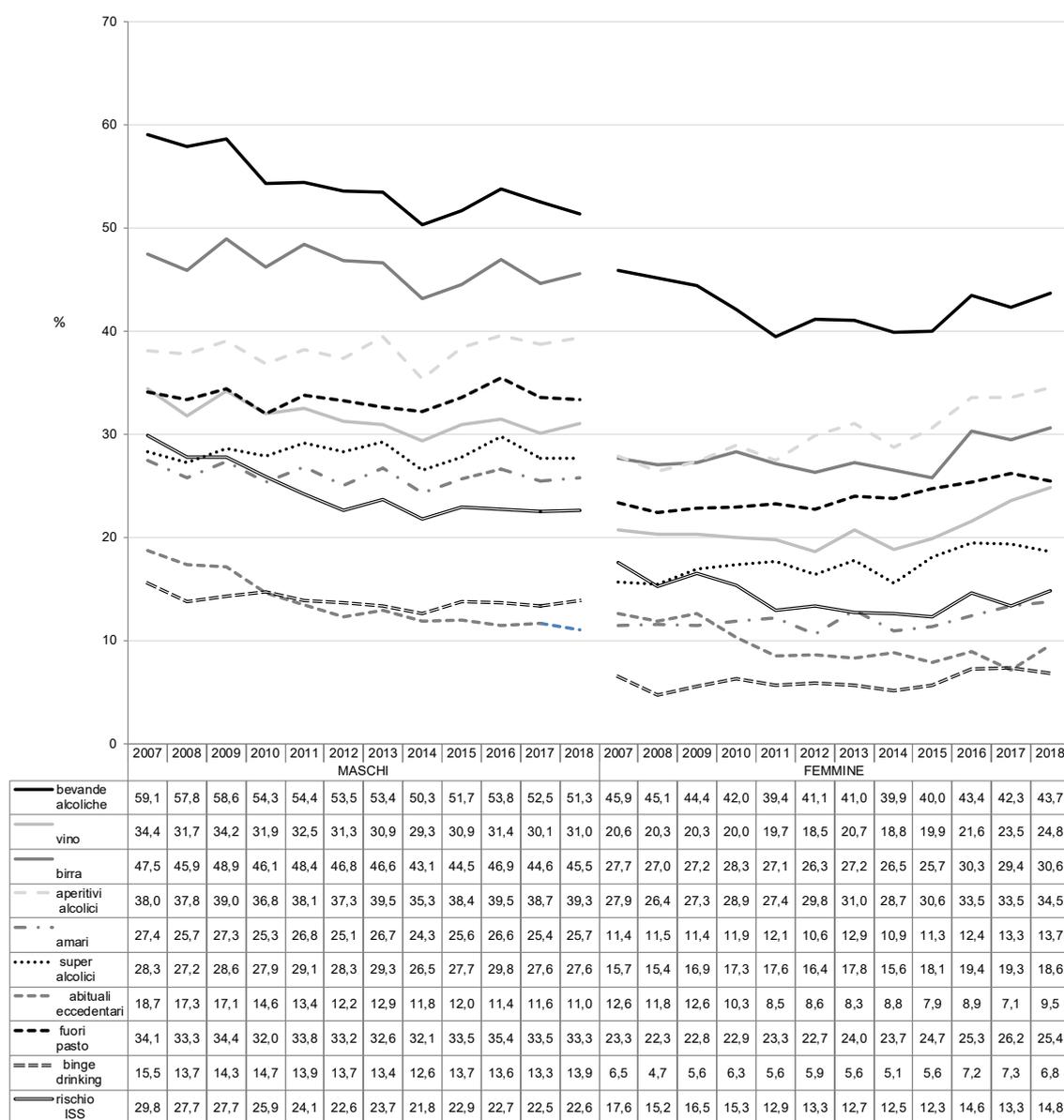
Regione	Uomini			Donne			Totale		
	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%
Abruzzo	27	4,75	3,13-7,20	2	0,31	<i>n.c.</i>	29	2,35	1,68-3,24
Basilicata	14	5,85	3,19-10,61	1	0,35	<i>n.c.</i>	15	2,92	1,79-4,61
Bolzano	18	8,84	5,21-15,97	6	2,79	1,02-6,21	24	5,75	3,96-8,18
Calabria	36	4,38	3,06-6,30	11	1,25	0,62-2,29	47	2,73	2,11-3,50
Campania	95	4,3	3,47-5,43	18	0,71	0,42-1,13	113	2,37	2,01-2,79
Emilia-Romagna	57	2,96	2,24-3,90	20	0,93	0,57-1,47	77	1,86	1,53-2,26
Friuli-Venezia Giulia	39	7,28	5,13-10,34	9	1,36	0,62-2,77	48	3,92	3,03-5,04
Lazio	117	4,87	4,02-5,92	30	1,08	0,73-1,56	147	2,82	2,44-3,24
Liguria	27	3,64	2,39-5,49	14	1,68	0,91-2,97	41	2,57	1,94-3,40
Lombardia	163	3,93	3,35-4,66	31	0,65	0,44-0,93	194	2,17	1,92-2,45
Marche	31	4,64	3,15-6,80	6	0,78	0,28-1,81	37	2,57	1,91-3,41
Molise	8	5,48	2,36-11,70	2	1,36	<i>n.c.</i>	10	3,35	1,81-5,88
Piemonte	85	4,38	3,50-5,55	28	1,28	0,85-1,88	113	2,73	2,32-3,20
Puglia	75	4,56	3,58-5,85	11	0,59	0,29-1,07	86	2,45	2,03-2,94
Sardegna	36	4,96	3,46-7,17	4	0,48	0,13-1,33	40	2,56	1,93-3,36
Sicilia	51	2,52	1,87-3,43	14	0,61	0,33-1,05	65	1,51	1,22-1,87
Toscana	46	2,71	1,98-3,70	16	0,86	0,49-1,43	62	1,74	1,39-2,16
Trento	7	2,97	1,19-7,45	6	2,18	0,77-5,14	13	2,64	1,55-4,30
Umbria	13	3,34	1,77-6,11	3	0,56	0,11-1,94	16	1,81	1,13-2,82
Valle d'Aosta	8	14,25	6,10-35,18	1	1,88	<i>n.c.</i>	9	7,66	3,99-13,87
Veneto	79	3,9	3,08-5,00	25	1,06	0,69-1,60	104	2,34	1,97-2,76
<b>Italia</b>	<b>1.032</b>	<b>4,08</b>	<b>3,83-4,35</b>	<b>258</b>	<b>0,89</b>	<b>0,79-1,01</b>	<b>1.290</b>	<b>2,37</b>	<b>2,26-2,48</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 regioni che nel 2016 hanno fatto registrare complessivamente i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono state la Valle d'Aosta (7,66 per 100.000 abitanti), la Provincia Autonoma di Bolzano (5,75), il Friuli Venezia Giulia (3,92), il Molise (3,35). In queste regioni si registrano tassi di mortalità alcol correlata superiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne. Tra le donne tassi superiori alla media nazionale si registrano anche nella Provincia Autonoma di Trento (2,18 per 100.000) e in Liguria (1,68). Le regioni con i livelli più bassi di mortalità alcol-correlata sono la Sicilia (1,51 per 100.000), la Toscana (1,74), l'Umbria (1,81), l'Emilia Romagna (1,86). Tra gli uomini anche la Provincia Autonoma di Trento si colloca nel gruppo di regioni con i valori del tasso di mortalità alcol correlata tra i più bassi di Italia (2,97). Tra le donne le regioni con la mortalità alcol correlata più bassa sono l'Abruzzo (0,31 per 100.000), la Basilicata (0,35) e la Sardegna (0,48) (vedi Figura 20, Tabella 5).

## CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2018, il 51,3% dei ragazzi e il 43,7% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e, rispetto al 2017 non si rilevano variazioni significative dei consumatori di bevande alcoliche né tra i ragazzi né tra le ragazze (Figura 21).



**Figura 21. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2007-2018)**

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

Le prevalenze più elevate si confermano tra gli uomini per i consumatori di birra (45,5%) seguiti dai consumatori di aperitivi alcolici (39,3%) e vino (31,0%); per le donne invece, le prevalenze di consumatrici più elevate si rilevano per gli aperitivi alcolici (34,5%) seguiti da birra (30,6%) e vino (24,8%); le bevande meno consumate per entrambi i generi sono invece gli amari. Rispetto alla rilevazione dello scorso anno non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche considerate, né tra i ragazzi né tra le ragazze; per queste ultime si conferma tuttavia l'incremento della prevalenza delle consumatrici di birra osservato nel 2014 (Tabella 6 e *vedi* Figura 21).

**Tabella 6. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età, tipologia di consumo e genere (2018)**

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	21,3*	17,8*	71,9*	65,6*	80,2	68,5	51,3	43,7
Consumatori di vino	9,6	6,3	42,1*	35,8*	53,4	45,5	31,0	24,8
Consumatori di birra	17,5	12,1	62,1	45,6	73,7	48,9	45,5	30,6
Consumatori di aperitivi alcolici	11,8*	12,0*	57,8*	51,7*	65,7	57,3	39,3	34,5
Consumatori di amari	5,6	2,6	33,8	19,3	48,1	26,8	25,7	13,7
Consumatori di super alcolici	6,6*	5,6*	39,7	27,8	48,9	32,1	27,6	18,6
Consumatori abituali eccedentari	21,3*	17,8*	0,9 <sup>#</sup>	1,1 <sup>#</sup>	2,7*	2,5*	11,0*	9,5*
Consumatori di alcolici fuori pasto	9,3*	7,5*	47,3	37,0	57,7	44,9	33,3	25,4
Consumatori <i>binge drinking</i>	3,5*	2,4*	19,9	10,6	24,5	10,9	13,9	6,8
Consumatori a rischio-criterio ISS	21,3*	17,8*	20,3	11,1	25,5	12,7	22,6	14,8

<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 (IC95%).

# Dato non attendibile

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

L'analisi dei comportamenti a rischio tra i giovani di 11-25 anni evidenzia che il valore di prevalenza più elevato sia tra i ragazzi che tra le ragazze di questa classe di età si registra per il consumo bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 33,3%; F: 25,4%) e i valori sono rimasti pressoché stabili nel corso dell'ultimo anno per entrambi i generi. I consumatori abituali eccedentari sono stati l'11,0% dei giovani e il 9,5% delle coetanee e per queste ultime si registra un incremento pari al 33,5%. Il *binge drinking* è stato praticato nel 2018 dal 13,9% dei giovani di sesso maschile e il 6,8% delle coetanee senza variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (*vedi* Figura 21 e Tabella 6).

I consumatori a rischio identificati nel 2018 sono stati il 22,6% dei giovani 11-25enni e il 14,8% delle loro coetanee per un totale di circa 1.700.000 ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (*vedi* Figura 21 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. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA (27) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (28), considerano "consumatori a rischio per la loro salute" tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno. Nella fascia di età 11-17 anni

quindi, l'indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono e, nel 2018 sono stati pari a 21,3% tra i ragazzi e di 17,8% tra le ragazze (vedi Tabella 6).

La percentuale più elevata di consumatori si registra per gli uomini tra chi beve birra (M: 17,5%) seguiti da aperitivi alcolici (11,8%) e vino (9,6%); Per le coetanee invece non si registrano differenze significative tra le consumatrici di birra e aperitivi alcolici (12,1% e 12,0% rispettivamente). I valori più bassi si registrano tra chi beve amari e superalcolici. Le prevalenze di consumatori di vino, birra e amari sono statisticamente superiori tra gli uomini rispetto alle donne (vedi Tabella 6).

Il 9,3% dei ragazzi e il 7,5% 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: 3,5%; F: 2,4%) 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; per queste ultime tuttavia un aumento (significatività statistica IC90%) è stato registrato rispetto al 2017 pari al 22,1%.

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 2018 circa 800.000, con una marcata differenza di genere (M: 21,3%; F: 17,8%).

## Consumatori di 18-20 anni

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alle concentrazioni di alcol nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età 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 2018 il 71,9% dei ragazzi e il 65,6% delle ragazze di età compresa tra 18 e 20 anni hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica; tra gli uomini non si registrano variazioni significative nel corso degli ultimi anni mentre per le donne si registra un incremento delle consumatrici (significatività statistica IC90%) pari 13,4% rispetto alla precedente rilevazione.

Per entrambi i generi la prevalenza più elevata si registra tra chi beve birra (M: 62,1%; F: 45,5%) e aperitivi alcolici (M: 57,8%; F: 51,5%) e per quest'ultima bevanda la differenza non risulta significativamente diversa tra uomini e donne, come già evidenziato lo scorso anno (vedi Tabella 6).

Nel 2018, il 47,3% dei ragazzi e il 37,0% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta sono stati il 19,9% e il 10,6% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni

significative rispetto agli anni precedenti e la prevalenza è superiore tra gli uomini rispetto alle donne (vedi Tabella 6).

In totale si stima che nel 2018 sono stati circa 300.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS pari al 20,3% e 11,1% rispettivamente dei 18-20enni (vedi 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: 2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne (27, 28).

In questa fascia di età l'80,2% dei ragazzi e il 68,5% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2018 e i valori sono pressoché sovrapponibili a quelli rilevati all'anno precedente sia tra gli uomini che tra le donne.

In questa fascia d'età, la bevanda che i ragazzi dichiarano di consumare è la birra (73,7%) seguita dagli aperitivi alcolici (65,7%); tra le ragazze la prevalenza è invece più elevata tra le consumatrici di aperitivi alcolici (57,3%) seguita dalle consumatrici di birra e vino (48,9% e 45,5% rispettivamente). Gli amari sono la bevanda meno consumata in questa fascia di età sia dagli uomini che dalle donne. Per tutte le bevande considerate non si sono registrate variazioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate. A decorrere dal 2014 si rileva una tendenza all'aumento della prevalenza delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e amari per il solo genere femminile.

Il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è un'abitudine rimasta pressoché stabile nel 2018 e praticata dal 2,7% dei ragazzi e dal 2,5% delle ragazze. Il comportamento a rischio più praticato dai giovani di entrambi i generi è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, pari a 57,7% tra i ragazzi e a 44,9% tra le ragazze. La prevalenza dei *binge drinker* è invece stata di 24,5% tra i ragazzi e di 10,9% tra le loro coetanee. 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 ad eccezione del consumo abituale eccedentario.

In totale si stima che nel 2018 sono stati quasi 600.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 25,5% dei giovani e a 12,7% delle coetanee (vedi Tabella 6).

## Alcol, giovani e sport: le attività dell'ISS nell'ambito del progetto europeo FYFA

Il progetto Europeo FYFA (*Focus on Youth Football and Alcohol*) (Commissione Europea, 3<sup>rd</sup> Health Program) coinvolge istituti di ricerca di sei Paesi europei (Belgio, Finlandia, Italia, Polonia, Slovenia e Regno Unito) ed ha, tra gli scopi, quello di utilizzare i contesti di aggregazione sportiva per veicolare iniziative e sollecitare l'adozione di politiche atte a prevenire i danni alcol-correlati nei giovani, soprattutto nei contesti in cui questi ultimi possono essere sottoposti a pressioni in merito alla cultura del bere ([www.fyfaproject.eu](http://www.fyfaproject.eu)).

L'ISS ha coordinato le attività del Work Package 5 "Revisione delle politiche e delle pratiche nazionali in sei Stati Membri relative all'alcol, ai giovani, allo sport, al marketing e al calcio" (40)

il cui scopo è stato quello di individuare lo stato delle politiche e delle pratiche per ridurre il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) di alcol nei minori in ambito sportivo e a livello nazionale.

Il rapporto *Overview of national policies and practice in six Member States related to alcohol, young people, marketing and sport*, a cura dell'ISS include i principali risultati sulle conoscenze, gli atteggiamenti e le percezioni degli esperti in ambito sportivo e del settore della prevenzione in merito al consumo di alcol e ai danni alcol-correlati nei giovani. Il rapporto fornisce inoltre informazioni sui principali ostacoli percepiti dagli esperti intervistati rispetto all'implementazione di strategie rivolte a ridurre i danni correlati all'alcol, con particolare attenzione al consumo nei giovani. Infine, il rapporto riassume e descrive le principali leggi e regolamenti concernenti l'alcol, i giovani ed il contesto sportivo e contribuisce nell'identificare le aree che richiedono ulteriore sviluppo e ricerca. Laddove presenti, il rapporto inoltre presenta esempi di buone pratiche a livello nazionale sulla prevenzione dei danni alcol-correlati all'interno dei contesti sportivi.

I principali risultati sono i seguenti:

- La prevenzione dei danni alcol-correlati nei giovani all'interno delle strutture sportive è una tematica importante
- La prevenzione dei danni alcol-correlati nei giovani dovrebbe essere considerata una priorità per gli organismi sportivi nazionali
- I contesti sportivi possono considerarsi luoghi appropriati per promuovere stili di vita sani (inclusa la prevenzione del consumo di alcol nei giovani) in tutti i Paesi FYFA
- I destinatari più influenti nei contesti sportivi a cui indirizzare le iniziative da attivare per prevenire i danni alcol-correlati nei giovani sono: atleti, allenatori / personale di formazione, spettatori / sostenitori ed il personale addetto alla somministrazione di bevande alcoliche
- I contesti sportivi sono un valore aggiunto nella promozione di stili di vita salutari comprese le attività volte a prevenire danni alcol-correlati nella popolazione più vulnerabile: i giovani
- Nonostante la presenza di leggi e regolamenti per proteggere i giovani dai danni causati dall'alcol, il livello complessivo di conoscenza e applicazione è basso, sia a livello nazionale che in ambito sportivo
- È necessario cooperare tra le organizzazioni per mettere in atto politiche sull'alcol per i giovani

Con riferimento ai contesti sportivi, sono necessari maggiori sforzi e risorse per superare i principali ostacoli per un'efficace attuazione della politica sull'alcol, che sono la mancanza di:

- Regolamenti in materia di pubblicità e sponsorizzazione di alcolici legati ai giovani e allo sport negli enti sportivi
- Formazione del personale addetto alla somministrazione di bevande alcoliche
- Politiche sul consumo di alcol per i giovani sportivi
- Conoscenza dei danni causati dall'alcol, delle leggi e dei regolamenti nei giovani da parte dei professionisti dello sport
- Monitoraggio degli organismi sportivi da parte del governo rispetto all'applicazione delle leggi/normative.

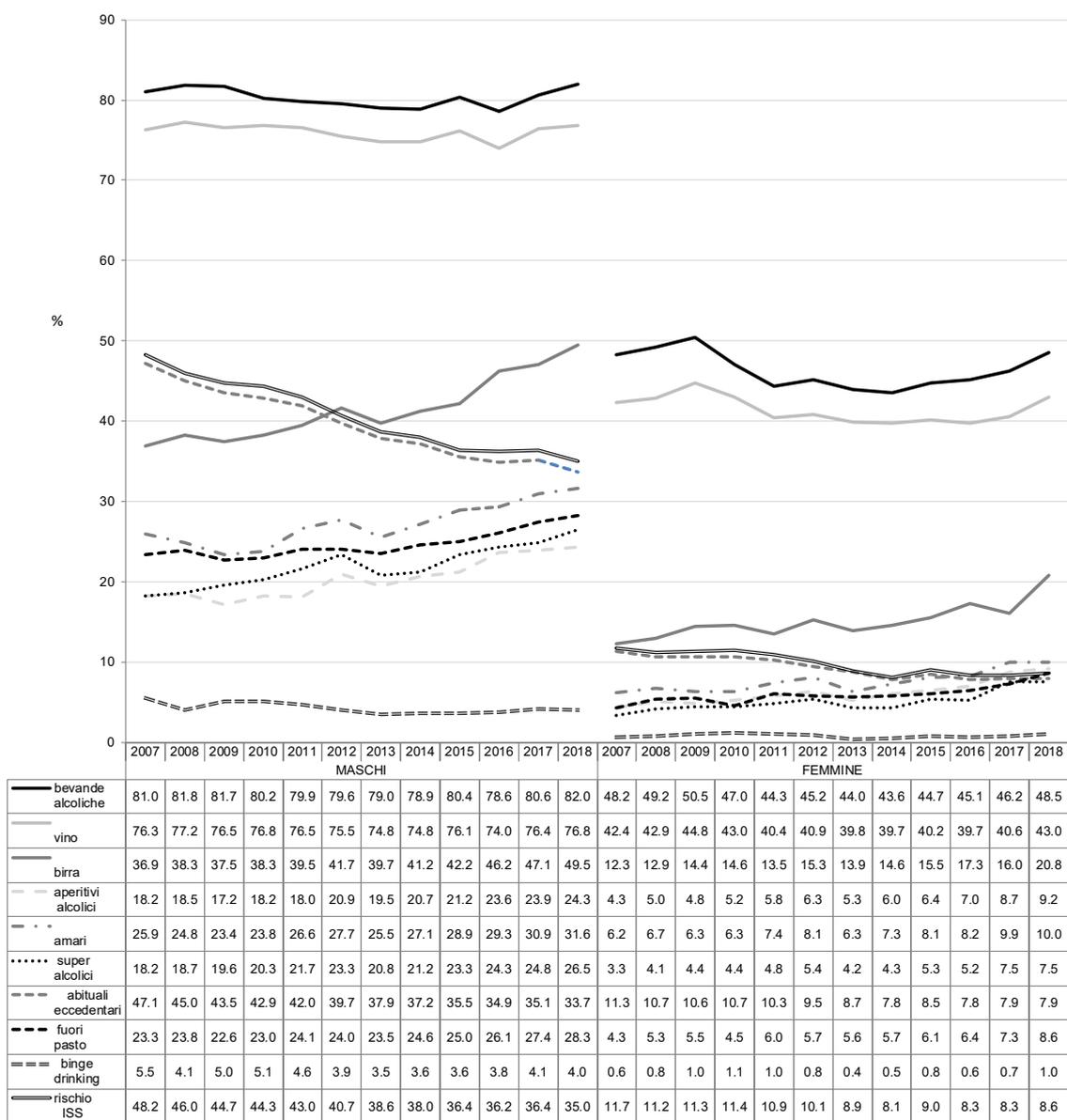
Le esigenze di ricerca emerse sono state le seguenti:

- Attuare / supportare / applicare le strategie di comunicazione e informazione sull'impatto sanitario e sociale dell'alcol negli ambienti sportivi
- Attuare / supportare / applicare iniziative di prevenzione sull'alcol e programmi di formazione sui danni correlati all'alcol per diversi destinatari in contesti sportivi
- Incoraggiare e sostenere un dialogo tra i contesti sportivi e di prevenzione

- Supportare l'adattamento e la disponibilità di materiali di formazione sull'alcol e sui danni correlati all'alcol per le strutture sportive e per i diversi destinatari all'interno dello sport, per prevenire i danni legati all'alcol e incoraggiare la collaborazione tra club sportivi
- Estendere l'indagine conoscitiva FYFA ad altri Paesi europei.

## CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

La WHO indica come target più sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol gli anziani, insieme alle donne e ai bambini. Nell'anziano infatti a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche è fondamentale ridurre la quantità di alcol giornaliera (Figura 22).



**Figura 22. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2007-2018)**

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

Le nuove linee guida del CREA (27, 28) consigliano di non consumare bevande alcoliche o ridurne almeno il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno in età avanzata per non incorrere in problemi per la, che equivale a 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 2018 l'82,0% degli uomini ultra-65enni e il 48,5% delle loro coetanee hanno consumato almeno una bevanda alcolica e complessivamente si registra un incremento statisticamente significativo rispetto alle precedenti rilevazioni del 3,1% (Tabella 7 e vedi Figura 22).

**Tabella 7. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2018)**

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	85,1	53,7	79,5	45,2	76,1	40,5	82,0	48,5
Consumatori di vino	78,5	45,9	75,5	41,7	73,5	37,2	76,8	43,0
Consumatori di birra	58,9	28,9	43,6	15,7	26,4	8,9	49,5	20,8
Consumatori di aperitivi alcolici	29,7	13,2	21,3	6,6	9,7	3,5	24,3	9,2
Consumatori di amari	35,7	13,5	29,7	7,5	19,3	5,0	31,6	10,0
Consumatori di super alcolici	32,3	10,1	22,3	5,4	14,0	4,3	26,5	7,5
Consumatori abituali eccedentari	35,0	9,0	33,5	7,1	28,9	6,4	33,7	7,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	31,8	10,7	26,3	7,4	18,6	5,2	28,3	8,6
Consumatori <i>binge drinking</i>	5,4	1,3	2,9	0,7	0,8 <sup>#</sup>	1,2	4,0	1,0
Consumatori a rischio-criterio ISS	36,5	10,0	34,7	7,5	29,2	7,2	35,0	8,6

# 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: 76,8%; F: 43,0%) seguita dalla birra (M: 49,5%; F: 20,8%). Complessivamente si osserva una tendenza all'aumento della prevalenza dei consumatori di vino nel corso degli ultimi due anni, in particolare tra le donne, con un aumento statisticamente significativo del 5,9% rispetto all'anno precedente. Si conferma la tendenza ad aumentare della prevalenza dei consumatori di birra a decorrere dal 2013 ed in particolare tra le donne per le si registra un incremento del 30,5% rispetto all'anno precedente. L'analisi dell'andamento dei consumatori di amari aperitivi alcolici e super alcolici mostra un trend in costante crescita per entrambi i generi sebbene le differenze rispetto alla precedente rilevazioni non risultino statisticamente significative (vedi Tabella 7).

Nel 2018, tra gli uomini, il comportamento a rischio più frequente è il consumo abituale eccedentario (praticato dal 33,7% degli ultra 65enni) probabilmente in virtù dell'ancora scarsa conoscenza dei limiti giornalieri da non superare in questo *target* sensibile di popolazione, seguito dal consumo fuori pasto (28,3%); Il consumo in modalità *binge drinking* invece è praticato in minor misura rispetto agli altri comportamenti a rischio (4,0%). Tra le donne il consumo abituale eccedentario è praticato dal 7,9% della popolazione e l'8,6% delle donne ultra65enni ha consumato bevande lontano dai pasti. Come già rilevato per i loro coetanei, il consumo in modalità *binge drinking* è stato praticato solo dall'1% di questa fascia di popolazione. L'analisi del trend del consumo abituale eccedentario mostra una continua diminuzione della prevalenza di questa tipologia di consumatori sebbene la differenza rispetto al 2017 non risulti significativa; tra le donne invece a fronte di una diminuzione registrata tra il 2008 e il 2013, la prevalenza nel corso degli ultimi 5 anni è rimasta pressoché stabile. Il trend dei consumatori fuori pasto evidenzia per

entrambi i generi una tendenza ad aumentare nel corso degli ultimi anni, sebbene la differenza rispetto alla precedente rilevazione non risulti statisticamente significativa.

In totale si stima che nell'anno 2018 sono rimasti circa 2.700.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, in prevalenza di sesso maschile, pari al 35,0% degli uomini e 8,6% delle loro coetanee (vedi Tabella 7).

Per tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-75) che rappresentano l'11% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (76-84) che ne rappresentano l'8,1% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,5% (41).

## Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione anziana di 65-74 anni nel 2018 era pari al 10,7% della popolazione maschile italiana e al 11,3% di quella femminile (41). I giovani anziani che nel 2018 hanno bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno sono stati l'85,1% degli uomini e il 53,7% delle donne e per queste ultime si registra un incremento del 9% rispetto al 2017.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che hanno bevuto vino (M: 78,5%; F: 45,9%), seguita da chi ha bevuto birra (M: 58,9%; F: 28,9) per entrambi i sessi; per gli uomini la terza bevanda più consumata sono gli amari (36,0%) seguiti da aperitivi alcolici e super alcolici mentre per le donne il 13,3% consuma aperitivi alcolici e il 14,0% amari. Le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate (Tabella 7).

L'andamento dei consumatori di vino in questa fascia di popolazione è rimasto pressoché costante nel corso degli ultimi anni sia per gli uomini che per le donne ma, per queste ultime, si registra un incremento del 9,5% rispetto alla precedente rilevazione. Nel corso degli ultimi dieci anni si conferma un trend in crescita dei valori delle prevalenze dei consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici per entrambi i generi e per le sole donne si osserva un incremento statisticamente rispetto al 2017 del 35,7% delle consumatrici di birra.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è diminuito nel corso degli ultimi 10 anni mentre un andamento opposto si osserva per i consumatori fuori pasto; per entrambe le modalità di assunzione di bevande a rischio non si osservano tuttavia variazioni statisticamente significative rispetto al 2017. La prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* infine, è rimasta costante nel corso degli anni.

Nell'anno 2018, si stima quindi che sono circa 1.500.000 i "anziani giovani" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 36,5% degli uomini e al 10,0% 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 2017 non risulti significativa (vedi Tabella 7).

## Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2018 era pari al 7,1% della popolazione maschile italiana e al 9,0% di quella femminile (41). Nel 2018 hanno dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno il 79,5% dei 75-84enni di sesso maschile e il

45,2% delle loro coetanee e rispetto all'anno 2017 il dato è rimasto pressoché stabile. La bevanda più consumata per entrambi i generi è stata il vino e le persone che hanno dichiarato di averne consumato sono state il 75,5% degli uomini e il 41,7% delle donne; segue la birra, consumata dal 43,6% e il 15,7% rispettivamente; per quest'ultima bevanda si conferma il trend in crescita dei consumatori sebbene il dato rispetto al 2017 sia aumentato in maniera statisticamente non significativa; la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è stata nel 2018 del 21,3% tra gli uomini e del 6,6% ed anche per questa bevanda si conferma un andamento in crescita dei consumatori, non significativo rispetto al 2017. Gli amari sono stati consumati dal 29,7% degli uomini di questa classe di età e dal 7,5% delle donne ed i super alcolici dal 22,3% e 5,4% rispettivamente. Per tutte le bevande considerate il dato degli uomini è sempre superiore a quello delle donne (vedi Tabella 7).

L'analisi delle abitudini di consumo in mostra che il comportamento a rischio più praticato tra gli uomini di questa fascia di popolazione è il consumo abituale eccedentario (M: 33,5%), la cui prevalenza risulta sovrapponibile a quella dei consumatori a rischio; per entrambe gli indicatori l'andamento è diminuito nel corso degli anni sebbene rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni statisticamente significative. Il 6,3% degli anziani di 65-74 anni ha consumato nel 2018 bevande alcoliche fuori dal pasto e solo il 2,9% ha praticato il *binge drinking*. La prevalenza delle donne che hanno consumato in maniera abituale eccedentaria bevande alcoliche (7,1%) o lontano dai pasti (7,4%) è rimasta pressoché stabile nel 2018 ma nel caso dei consumi fuori pasto si osserva nel corso degli ultimi anni un trend in crescita del valore dell'indicatore.

In totale si stima che nell'anno 2018 sono stati oltre 900.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 34,7% degli uomini e il 7,5% delle donne 75-84enni (vedi Tabella 7).

## Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

In Italia la popolazione di età superiore a 84 anni nel 2018 era pari al 2,3% della popolazione maschile italiana e al 4,6% di quella femminile (41). La prevalenza dei "grandi anziani" che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2018 è stata del 76,1% per gli uomini e del 40,5% per le donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni.

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 (76,1%) che per le donne (40,5%), seguito dalla birra (M: 26,4%; F: 8,9%), e da aperitivi alcolici (M: 9,7%; F: 3,5%), amari (M: 19,3%; F: 5,0%) e superalcolici (M: 14,0%; F: 4,3%). Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 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: 28,9%; F: 6,4%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 18,6%; F: 5,2%). Per tutti i comportamenti considerati non si osservano variazioni significative rispetto al precedente anno ma per i consumi lontano dai pasti si conferma tuttavia un andamento in crescita negli ultimi 5 anni tra i soli anziani di sesso maschile.

In totale si stima che nell'anno 2018 sono stati quasi 300.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) pari al 35,0% degli uomini e l'8,6% delle donne e non si osservano variazioni significative rispetto ai precedenti anni (vedi Tabella 7).

## CONCLUSIONI

I dati dimostrano ancora una volta che l'alcol è ancora uno tra i più temibili fattori di rischio e di malattia in Italia. I fenomeni collegabili all'uso rischioso e dannoso di alcol non presentano quei tratti che ci si attenderebbe se ci fossero in atto strategie e piani di prevenzione adeguati a contrastare una cultura generale, sia da parte della popolazione che da parte dei *policy maker* e delle autorità competenti, più aderente alle esigenze di promuovere la salute garantendo scelte informate ed equo bilanciamento tra diritto alla salute e logica di convenienza sempre più dilagante e prevalente. Fondamentale, ma non espresso, è il ruolo che la salute pubblica deve poter giocare per sottrarre le persone, i consumatori alle ambiguità delle *fake news*: quest'ultime sollecitano comportamenti agiti sulla base di una disinformazione sostenuta dal marketing delle bevande alcoliche, non contrastato da misure, regolamentazioni, applicazione rigorosa delle norme, che invece vengono disattese e quindi viene meno un importante elemento formale di controllo che dovrebbe contribuire a facilitare il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, dalle strategie comunitarie e da quelle globali della WHO in cui l'Italia è impegnata ma con scarso o migliorabile impatto, come rilevato dalla stessa WHO e dell'ISS attraverso la valutazione periodica delle politiche nazionali sull'alcol.

Nei mesi che hanno preceduto la stesura di questo rapporto riferito ad un periodo antecedente al *lockdown* per via dell'epidemia da nuovo coronavirus, l'Italia, l'Europa, il mondo mai avrebbero immaginato di doversi confrontare con un'improvvisa, quanto inimmaginabile, minaccia alla salute rappresentata dallo scoppio di una pandemia da SARS-CoV-2: un virus che in pochi mesi ha cambiato e continuerà a condizionare il modo di vivere di tutti, costringendo a drastiche modifiche delle realtà e dei contesti di vita e di lavoro, e obbligando ad azioni di contenimento del contagio attraverso politiche drastiche precedentemente inconcepibili, tese a confinare in ambiente domestico la popolazione con blocchi dapprima locali e poi nazionali, di gran parte delle attività antropiche e produttive. Ciò ha disegnato realtà sociali caratterizzate da distanziamento sociale e isolamento precauzionali, ma anche da un incremento dell'esposizione al rischio alto tanto per la popolazione generale, quanto e soprattutto per gli alcolodipendenti, che non hanno potuto giovare del sostegno dei servizi chiusi lì dove non considerati essenziali. Misure estreme sono state adottate per garantire il contrasto alla diffusione di una nuova malattia, COVID-19, che ha falciato soprattutto le persone oltre i 60 anni, con picchi inauditi nella fascia di popolazione anziana. L'epidemia ha determinato una vera e propria crisi sanitaria caratterizzata dalla saturazione della rete di ricovero e cura, ed in particolare di quella delle terapie intensive. Quest'ultime, sottodimensionate da anni di tagli alla sanità, si sono rivelate insufficienti a rispondere nelle aree a massima espressione dell'epidemia, alle esigenze di ricovero tempestivo, di tutte le situazioni richiedenti ricorso a procedure ospedaliere adeguate per la gravità delle condizioni da trattare.

Il cosiddetto *lockdown*, la chiusura di buona parte delle attività commerciali e produttive, il ricorso allo *smart working* domestico ha compromesso la normale vita di relazioni pubbliche quotidiane fino a livelli mai visti prima d'ora (in occasione di precedenti crisi sanitarie globali), obbligando le persone a convivere con una situazione di confinamento domiciliare e distanziamento sociale in cui, tempi e ritmi abituali hanno ricevuto una brusca, quanto imprevedibile, modifica delle abitudini, delle consuetudini, in definitiva dei comportamenti di tutti.

Affrontare la problematica alcol alla luce non solo di dati che sono riferiti al 2018, ma soprattutto in funzione dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'epidemia da coronavirus è stato il filo conduttore degli interventi e delle valutazioni che la comunità scientifica internazionale ha posto in essere e che, in qualità di ricercatori di settore, ha fornito e continua a

porre all'attenzione dei decisori politici elementi di giudizio ampiamente condivisi in tutte le realtà europee e mondiali sulle misure indispensabili al rinnovamento dell'approccio dei modelli di prevenzione da assoggettare a attenta "customizzazione" che ogni Nazione necessiterà per rivedere tutte le modalità operative che hanno mostrato criticità, ampia e manifesta impreparazione della risposta pubblica, e scarse e non formalizzate soluzioni percorribili per avviare alla chiusura di strutture sanitarie e servizi ai quali usualmente si ricorre per i problemi di dipendenza, non solo alcolica.

È un dato di fatto che, verificato che tutte le decisioni politiche durante la crisi pandemica sono state asseverate alle valutazioni proprie di comitati tecnico-scientifici e di esperti di settore, appare indispensabile proseguire in questo approccio anche per le condizioni "altre" rispetto a quelle proprie del controllo di una malattia altamente diffusiva. Inoltre appare importante valorizzare le competenze e il ruolo delle società scientifiche come la Società Italiana di Alcolologia per l'Italia che, insieme agli organismi scientifici e di ricerca come l'ISS e strutture, come l'ONA dell'ISS e il WHO-CC, hanno il mandato, la *mission*, le competenze e le prerogative di natura formale di consulenza del SSN, per la realizzazione linee guida di tutela della salute, di prevenzione, di cura e riabilitazione per i disturbi o disordini da uso di alcol che è già buona pratica ricomprendere tra le attività poste in essere attraverso la collaborazione attiva con il Ministero della salute per tutte le indicazioni che vengono condivise nella Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001. Quest'ultima richiede espressamente di garantire un'organizzazione dei servizi a livello regionale che devono essere riadeguati a nuovi scenari operativi sino a cessate esigenze pandemiche. Ciò è reso ancora più urgente dalla promozione della Conferenza Nazionale Alcol, slittata al 2021, in cui gran parte delle tematiche oggetto di studio e di proposte (anche in un tavolo di coordinamento tecnico permanente) potranno giovare a disegnare strutture ispirate all'accoglienza e all'adeguatezza anche in periodi di forzato *lockdown* e tenendo conto dell'incremento dell'utenza che ai servizi ricorrerà il giorno dopo la pandemia.

Alle già note motivazioni dell'impatto dell'alcol che ha generato in Italia nel 2018 almeno 8 milioni e mezzo di consumatori a rischio, tra questi sono oltre 2 milioni e settecentomila gli anziani che quindi si presentano ancora più vulnerabili in un contesto epidemico in cui il virus aggredisce in particolare coloro i quali hanno basse difese immunitarie, rese tali dal livello elevato di consumo, oltre 4 milioni di *binge drinker* e poco meno di 800 mila i consumatori "dannosi" con diagnosi suggestiva di alcoldipendenza "*in need for treatment*" possiamo aggiungere quella del 2020, l'infezione da coronavirus rispetto alla quale settori dell'industria hanno contribuito ad aggravare diffondendo *fake news* su effetti di protezione dell'alcol.

Negli ultimi due mesi, le misure obbligate d'inibizione del contatto fisico, di controllo della libertà personale, di libera circolazione, di libertà d'azione hanno avuto un impatto di contenimento sulla velocità di trasmissione del virus stesso, ma anche implicazioni individuali per comportamenti negativi per la salute, come l'incremento dell'abitudine al fumo di sigaretta, le modifiche delle abitudini alimentari orientate verso un surplus calorico, la scarsa attività fisica, il ricorso ad attività legate all'esposizione eccessiva all'uso di smartphone, tablet e computer che hanno fatto registrare incrementi esponenziali del numero di ore passate sui social, sui *games multiplayer*, in una "iperconnessione" a supporto di strategie di re-orientamento verso forme online di gioco d'azzardo, di scommesse sulla rete (le uniche consentite e disponibili), il ricorso all'uso di sostanze tanto farmacologiche (tese a ridurre gli stati d'ansia) quanto illegali (come la cannabis), oltre che di quelle di più difficile reperimento, come quelle da spaccio comunque mantenute attive sul territorio. In tutto ciò un'abitudine che ha fatto registrare un aumento significativo è stato sicuramente il consumo di bevande alcoliche che, pur nella drastica riduzione legata alla chiusura di bar, ristoranti e riti della movida alcolica e dello sballo, ha fatto registrare nei canali di vendita online e di *home delivery* incrementi percentuali a tre cifre in tutto il mondo

(+180-250%), assicurando sin dall'inizio della pandemia un accaparramento di quantità ovviamente inusuali di alcolici acquistati nella grande distribuzione, ma anche e soprattutto di grandi quantità consegnate direttamente nelle case degli italiani, incrementando verosimilmente l'esposizione a consumi dannosi e rischiosi di alcol, abitudini che hanno potuto avere tempo e ragioni per consolidarsi in oltre 60 giorni di isolamento senza poter ricorrere direttamente o indirettamente all'uso dei servizi sanitari quasi interamente impegnati con le attività inerenti il contrasto al COVID-19.

In tutta Europa, l'informazione sull'alcol è stata disseminata attraverso vari mezzi e canali di comunicazione, tra questi, quelli dei produttori di bevande alcoliche, dei medici, dei giornali o delle televisioni, delle istituzioni di tutela della salute. La constatazione di una comunicazione *misleading* ai tempi del coronavirus ha imposto un'attivazione, pur tardiva, del contrasto alle *fake-news* (in particolare di alcuni settori della produzione di bevande alcoliche, come quella relativo al settore enologico ma anche alcuni produttori di grappe). La disinformazione ha infatti spinto, tanto l'Istituto Superiore di Sanità quanto il Ministero della Salute, ad implementare attività di contrasto alle «bufale» che millantavano un'azione disinfettante o igienizzante o addirittura protettiva relativamente al Sars-CoV-2 di vino, grappa, resveratrolo, per spingere le persone a bere.

Verificate le dinamiche europee e internazionali di strategie comunicative disinformative in atto, anche la WHO ha prodotto una serie di rapporti e di infografiche per far aumentare la consapevolezza dei rischi che l'alcol comporta sempre sul sistema immunitario, ma anche sulle problematiche relative alla necessità di fornire supporto a tutte le persone che, in virtù del *lockdown*, sono state impossibilitate a ricevere supporto sanitario e sociale o interventi adeguati per risolvere nuovi e vecchi problemi legati al bere.

Non esistono esperienze di modalità o linee guida per far fronte a una gestione mirata della verosimile recrudescenza di disturbi da uso di alcol che sicuramente impatteranno sui servizi dedicati a intercettazione, screening, diagnosi, terapia e riabilitazione spesso in «compresenza» di altre problematiche comportamentali esacerbate da distanziamento sociale/isolamento come fumo, gioco d'azzardo, scommesse, videogames, giochi online, disturbi alimentari e da sostanze illegali (come la cannabis o altre droghe illegali).

C'è l'urgenza di riprogrammare e rinnovare i servizi sanitari, ridefinire i programmi, riorganizzare l'intero sistema di cura che ha dimostrato di non essere preparato a gestire un'emergenza importante come la pandemia che continuerà a gravare sulla società ancora per molto tempo. Conoscere è la base per poter garantire adeguatezza della risposta pubblica: è per questo che l'ONA e il WHO-CC dell'ISS, insieme a numerosi istituti di ricerca e organizzazioni di tutela della salute pubblica, collaborando con l'Università Tecnica di Dresda (*Technische Universität Dresden* - TUD, Germania) e l'Ospedale di Barcellona (*Fundacio privada Clinic per a la Recerca Biomedica* - FCRB, Spagna), hanno contribuito a lanciare un'iniziativa, un sondaggio d'opinione e di consultazione volto a studiare le esperienze personali e il comportamento di consumo (e di astensione) durante la pandemia di SARS-CoV-2, a dare quindi voce alle persone attraverso le loro percezioni e le loro esperienze per raccogliere e produrre indicazioni su base oggettiva da proporre ai decisori politici al fine di garantire attivazione specifica e quanto più possibile aderente alle esigenze di prevenzione di breve, medio e lungo termine.

Ciò consentirà di verificare come e se l'alcol possa aver rappresentato la sostanza psicoattiva di riferimento di facile e legale disponibilità rispetto all'esigenza di allentare tensioni da ansia, insonnia, noia, repressione. E non è possibile escludere che il periodo di crisi da disoccupazione forzata per milioni di persone (tra le quali molti giovani, mortificati nelle prospettive e vessati dall'inefficienza amministrativa e dagli stessi datori di lavoro) e altre situazioni dettate da dinamiche lavorative e affettive (legate alla separazione tra persone bloccate in regioni differenti,

oltre a ulteriori situazioni percepite come ingiustizie o comunque anelanti il sollievo da una sofferenza) possano aver trovato canalizzazione nell'uso, dapprima euforizzante e poi antidepressivo ed estraniante, della droga più diffusa ed usata al mondo, l'alcol, consumato in eccesso nel tentativo di alleviare lo stress, le tensioni dello stato di isolamento sociale secondo uno stile di consumo che ha molti effetti collaterali che non sono uguali per tutti. Tali effetti sono sicuramente più gravi per le persone che hanno già un disturbo da uso di alcol, ma anche per i nuclei in cui esiste un problema di maltrattamenti o di violenza domestica. Elevato è, nonostante le restrizioni alla circolazione, il numero di persone fermate dalla polizia e sanzionate a causa di azioni condotte sotto l'effetto dell'alcol (molte sono le persone ubriache che vanno in giro durante la quarantena). L'alcol sottrae le capacità di controllo e induce a infrangere regole e restrizioni esistenti, al punto da portare le persone a uscire senza avere esigenze essenziali e ragioni comprovate. Così, dove le restrizioni più rigorose si applicano alle persone infette, non meno rilevante è il rischio cui è esposta la collettività con troppe persone ubriache in circolazione (considerazione che gli amministratori locali non sembrano prendere in considerazione nelle ordinanze che non hanno vietato l'alcol).

Anche rispettando l'isolamento, l'alcol causa danni all'organismo, indebolendo il sistema immunitario. Bevendo molto, corriamo il rischio di facilitare l'infezione da coronavirus. Numerosi studi dimostrano che l'alcol rende difficile la giusta risposta a un patogeno dell'organismo. In un momento in cui dovremmo essere nella migliore forma possibile, quando abbiamo davvero bisogno di salute e vitalità, bere quantità eccessive di alcol è contrario al buon senso e aumenta il rischio d'insorgenza di evitabili disordini da uso di alcol e alcolodipendenza, che diventeranno problemi ancora più gravi in Europa (dove il consumo medio di alcol è due volte più elevato che altrove). Ecco perché l'Italia (come tutti gli europei) corrono un pericolo maggiore che altrove.

In particolare, nel momento in cui l'alcol compromette il sistema immunitario, la probabilità di essere infettato dal virus aumenta, così come di esiti negativi dell'infezione. Il genere e l'età sono fattori rilevanti, considerando che gli anziani sono più vulnerabili e che l'impatto di COVID-19 sulle donne sembra essere meno frequente e con un tasso di mortalità inferiore. Poiché le donne bevono meno dell'uomo, non si può escludere che un livello più moderato di consumo di alcol possa svolgere un ruolo importante nel determinare conseguenze meno gravi.

Molte sono le azioni da intraprendere per arginare l'ondata certa di disordini da alcol. In linea di massima, le persone che bevono dovrebbero ridurre al minimo il loro consumo di alcol durante la pandemia di COVID-19; molte dovrebbero sospenderlo del tutto, in particolare quelle la cui condizione di salute generale è compromessa.

Come segnala la WHO, è importante che le famiglie si sostengano l'una con l'altra durante questo periodo, e agiscano per limitare e far limitare l'assunzione di alcol, supportate da politiche adeguate di limitazione degli alcolici, specie nei luoghi di aggregazione sociale. Per tutti vale il principio di precauzione: laddove l'evidenza scientifica non è esaustiva o definitiva, l'approccio di prudenza e di sobrietà può salvare tante persone.

In pubblicazioni recenti è stato sottolineato da gruppi di ricercatori internazionali (costituiti *ad hoc* al fine di colmare il *gap* di conoscenza delle relazioni intercorrenti tra epidemia da coronavirus, consumi alcolici e rischi correlati) che fino a oggi, poco è noto sull'impatto di salute pubblica del consumo di alcol, con solo pochi studi condotti durante l'epidemia di SARS all'inizio degli anni 2000; in tale occasione le indagini relative alla pandemia di SARS fecero registrare un aumento del consumo di alcol dopo un anno dalla sua conclusione, e un aumento verificato del rischio di disturbi da uso di alcol in determinati gruppi, quali i dipendenti degli ospedali nei tre anni successivi al focolaio di SARS del 2003. Altre evidenze hanno riportato aumenti tangibili del disagio psicologico dovuto all'incertezza, all'isolamento sociale e al disagio psicosociale, come potenziali meccanismi che hanno portato a cambiamenti nel consumo di alcol segnalati

anche dopo il verificarsi di catastrofi naturali e degli attacchi terroristici dell'11 settembre negli Stati Uniti. Tuttavia, quando si arriva a considerare anche le crisi economiche (che hanno effetti tangibili e misurabili sulla salute pubblica) è stato osservato, da un lato, che la disoccupazione e le riduzioni del reddito possono comportare una riduzione dell'accessibilità economica dell'alcol e quindi una riduzione del consumo di alcol, dall'altro, che una riduzione di pochi euro d'investimento nel *welfare* ha importanti influenze sull'incremento della mortalità e morbilità alcol-correlata.

Dati preliminari sugli effetti della pandemia di coronavirus in Europa lasciano prevedere una sicura e devastante crisi economico-finanziaria, che già oggi sta colpendo ampie fasce di popolazione, in particolare quelle giovanili, già penalizzate da decenni di politiche miopi, che non hanno mai privilegiato l'occupazione giovanile come risorsa e motore di un futuro sostenibile della Nazione. Anche quelli con un lavoro, sono stati posti in cassa integrazione, dalla quale non si sa come potranno riemergere al termine della pandemia, se ancora occupati, o se nuove vittime della crisi internazionale che comincia a far vedere i suoi effetti. La crescita economica in Europa basata sul prodotto interno lordo è diminuita in media del 6,7% nel 2020 rispetto all'anno precedente.

Il problema sanitario legato al mondo delle dipendenze e del consumo dannoso di alcol, anche caratterizzato da una più accentuata comorbilità per altre condizioni (tabagismo, *gambling*, *gaming*, *betting*, *internet addiction*, disturbi dell'alimentazione, uso inadeguato di psicofarmaci, cannabis, droghe illegali ecc.) è evidente e sottovalutato in termini di esigenza di riorganizzazione del sistema d'identificazione precoce, diagnosi, intervento, riabilitazione e reinserimento sociale e familiare, a prevenzione e recupero del disagio sociale che, oltre alle abitudini già note come dannose e a maggior rischio per la salute, ha trovato canalizzazione nell'uso dell'alcol, della sostanza psicoattiva più diffusa e disponibile, di facile reperimento, economicamente sostenibile anche per i meno abbienti.

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 tendenze di 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, andando oltre la mera registrazione del consumo medio *pro-capite* di alcol della WHO, producendo flussi informativi nazionali e regionali. 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 potrà 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.

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, 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 del 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 delle *advice* di non consumare alcolici fino ai 25 anni (promosso dall’*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 delle *Non Communicable Diseases* -NCDs non comprometta i guadagni di sviluppo degli anni passati, è un percorso difficile ma non impossibile.

Sviluppare strumenti tecnici, 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 sociali della salute, monitorare 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) a contrasto delle *fake news* che minano i livelli di adeguata conoscenza e consapevolezza necessari per garantire percorsi di salute sostenibili, inclusivi, premianti.

L’interpretazione del dato statistico non esaurisce 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.

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.

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. Esso 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, di 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, per l'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 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.

L'alcoldipendenza non è 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 mila risultano in carico ai servizi di alcologia del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con un enorme *gap* da colmare tra attesi e osservati, rappresentato dal 90% degli alcoldipendenti stimati in Italia che 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.

Linee guida, prassi, procedure, riorganizzazione delle strutture dell'SSN rese omogenee sull'intero territorio nazionale sono urgenti e inderogabili al fine di assicurare un'assistenza incentrata sulla persona, dando voce all'esigenza di *empowerment* che è segno di attenzione e sensibilità per la malattia mentale meno trattata al mondo, l'alcoldipendenza, le cui conseguenze negative costano decine di miliardi l'anno alla società, e si estendono oltre la persona a ricomprendere un ampio spettro di condizioni legati al danno sociale causato dall'alcol: queste riguardano l'incidentalità stradale, la violenza verso cose e persone, i maltrattamenti ai minori e al coniuge, gli atti di criminalità agiti sotto l'influenza dell'alcol, fattore di rischio e principale cause di morbidità, mortalità evitabile, malattia cronica di lunga durata, disabilità completamente evitabili a fronte di un rinnovamento culturale dell'approccio non solo sanitario di intervento, quello in cui ogni società civile ripone legittime attese di immediata applicazione.

I servizi di alcologia, quelli territoriali per le dipendenze e i gruppi di lavoro delle strutture di prevenzione dell'SSN già non avevano la capacità di intercettare più del 9% dell'intera e ampia platea di consumatori dannosi *in need for treatment* (pari a poco meno di 800 mila pazienti mai giunti a osservazione clinica prima del coronavirus); oggi, che è stimabile che sia aumentata considerevolmente la numerosità di quanti richiederanno il ricorso ai servizi sanitari specialistici

e di settore, assolutamente insufficienti a far fronte alla marea di richieste d'intervento in funzione della sproporzionata incidenza di nuovi casi che si sommano alla gestione di quelli posti in *stand-by* nel periodo di *lockdown* (si pensi agli affidi nei SERD e/o al mancato monitoraggio periodico degli alcolodipendenti in trattamento) è facilmente immaginabile che una vera e propria rivoluzione delle modalità di prevenzione, diagnosi e cura, deve trovare immediata accoglienza in tutte le strutture alcologiche dell'SSN in Italia.

Sono da prevedere nuove e mai attivate modalità di consulenza / consultazione/ *counselling* online, privilegiando la telemedicina e le soluzioni digitali che hanno già dimostrato di riuscire a conseguire risultati positivi per la riduzione dell'uso di alcol e dei sintomi depressivi, una maggiore qualità della vita, la soddisfazione del paziente e la diminuzione dei costi. Interventi basati sull'uso di smartphone emergono come strumenti per aiutare professionisti e pazienti a prendere decisioni condivise mantenendo e rafforzando il legame medico-paziente e l'efficacia della cura pur attraverso un intervento professionale sanitario, reso attivo anche attraverso applicazioni *web-assisted* nella piena disponibilità a casa del paziente, un'alternativa al trattamento ospedaliero che ha già dimostrato una riduzione dei ricoveri, un miglioramento della soddisfazione del paziente, una riduzione del ricorso e della durata della degenza in ospedale e con riduzione nella mortalità per molte condizioni mediche che è noto siano causa di incrementato rischio di decesso per l'alcolodipendente.

Il *case management* deve essere fortemente organizzato e implementato al fine di garantire la gestione ottimale di un numero elevato di pazienti con disturbi da uso di alcol e comorbidità multiple richiedenti il trattamento multidisciplinare nel pieno rispetto di ruoli e competenze e nel riconoscimento dell'alcolologia come area d'intervento dotata di dignità autonoma rispetto alle dipendenze da sostanze e dalla salute mentale, sicuramente de-psichiatrizzante, destigmatizzante, richiedente uno spettro d'intervento che per le droghe illegali è improponibile, facilitando il trattamento delle condizioni sottostanti in molte aree, come i reparti di emergenza, le unità epatologiche o nell'ottica di un approccio di trattamento integrale.

Se l'astinenza è l'obiettivo più desiderabile dal punto di vista della salute, è noto che in molte circostanze non appare realistica principalmente in funzione, ad esempio, della gravità della malattia o di scelte personali difficilmente gestibili o modificabili stabilmente verso la completa sobrietà; ovviamente, in regimi di *lockdown* è tutto reso più difficile e la riduzione del danno, che può essere utile per ridurre sia la mortalità, sia la morbilità attraverso cambiamenti nei comportamenti rischiosi o la riduzione del consumo di alcol (ma anche di altre droghe) è, nel periodo di pandemia da agganciare a buone pratiche, non solo per i pazienti in carico, ma anche per le popolazioni più vulnerabili, come ad esempio, le persone senza fissa dimora, anche alla presenza di disturbi mentali comorbili rispetto all'alcolodipendenza che si concentrano sulla fornitura di una casa stabile senza richiedere l'astinenza preventiva. Tale approccio riduce il rischio di nomadismo dei senzatetto, percepiti come "mine vaganti" per la collettività e vero problema in termini di sicurezza e contrasto al contagio di ambienti pubblici e di trasporto ad elevata frequentazione (si pensi alle zone limitrofe alle stazioni ferroviarie delle grandi città), valorizzando l'utilizzo del servizio sanitario attraverso approcci dimostratisi già efficienti nelle realtà in cui sono stati utilizzati durante la crisi COVID per garantire il confinamento di questo sensibilissimo e vulnerabilissimo target di popolazione. Non l'unico. 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 controbalanciati da 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.

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.

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 la 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.

Tematiche che non possono essere trattate unilateralmente, ma che richiedono il contributo di tutti i possibili stakeholder che avranno l'opportunità di esprimersi nel tavolo tecnico permanente approvato dal Ministro della Salute per colmare l'esigenza di un gruppo di discussione che mancava dai tempi della abolizione della Consulta Nazionale Alcol e nella Conferenza Nazionale Alcol slittata a ottobre 2021 e che affronterà i *burning issue* della prevenzione in ambito scolastico, della prevenzione tra i giovani, della riorganizzazione del sistema delle reti curanti, dell'annoso problema alcol e guida ancora prima causa di morte tra i giovani in Italia, in Europa e nel mondo.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland*. Copenhagen: WHO/Europe; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf) , ultima consultazione 23/06/2020.
2. World Health Organization. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf) , ultima consultazione 23/06/2020.
3. 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 23/06/2020.
4. World Health Organization. *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*: Copenhagen: WHO/Europe; 2018. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
5. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2018 del Programma statistico nazionale 2017-2019. Aggiornamento 2018-2019*. Roma: ISTAT; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.sistan.it/fileadmin/Repository/Home/PSN/Piano\\_di\\_attuazione/Pda\\_2018.pdf](https://www.sistan.it/fileadmin/Repository/Home/PSN/Piano_di_attuazione/Pda_2018.pdf) , ultima consultazione 23/06/2020.
6. 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*.
7. World Health Organization. *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: 23/06/2020.
8. 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 23/06/2020.
9. 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 23/06/2020.
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 23/06/2020.

11. Scafato E, Gandin C, Ghirini S (Ed.). *Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol*. Traduzione e adattamento del volume del WHO Regional Office for Europe 2017 dal titolo "Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation". Roma: WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNDD; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2019/policy%20in%20action%20ita%20grigioblu.pdf>, ultima consultazione 23/06/2020.
12. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2018. Tavole di dati*. Roma: ISTAT; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/230479>, ultima consultazione 23/06/2020.
13. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125 del 30 marzo 2001.
14. 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 23/06/2020.
15. 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 23/06/2020.
16. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Switzerland: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>, ultima consultazione 23/06/2020.
17. 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.
18. Baan R, *et al.* Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
19. World Health Organization; International Agency for Research on Cancer. *Alcohol drinking*. Lyon: IARC; 1988. (IARC Monograph on the evaluation of the carcinogenic risk to humans, Volume 44). Disponibile all'indirizzo: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Drinking-1988>, ultima consultazione 23/06/2020.
20. Stewart BW, Wild CP (Ed.). *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
21. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
22. 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;386:2287-323.
23. 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:

- [https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5\\_Good\\_practice\\_principles\\_low\\_risk\\_drinking\\_guidelines.pdf](https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
24. 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/Guidelines/Documents/Overview%20WP5\\_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines\\_FINAL.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
  25. 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 23/06/2020.
  26. CREA. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780>; ultima consultazione 23/06/2020.
  27. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Pepparaio M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Bevande alcoliche. In: CREA. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Centro di ricerca alimenti e nutrizione (CREA); 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780>; ultima consultazione 23/06/2020.
  28. 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; 2019. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2844](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2844), ultima consultazione 23/06/2020.
  29. 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).
  30. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Scipione R, Bacosi A, Di Carlo S. Convegno Alcohol Prevention Day (APD) 2019. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2019; 32(9):13-15
  31. Istituto Nazionale di Statistica. *Tavole di dati. Il consumo di alcol in Italia*. Roma: ISTAT. 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/230479>, ultima consultazione 23/06/2020.
  32. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge drinking) (2014-2016)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/alcohol\\_key-doc\\_cnapa\\_ap\\_2014.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
  33. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul*

- consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (Binge drinking) (2014-2016). Traduzione e adattamento di Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge drinking) (2014-2016). Istituto Superiore di Sanità Roma: 2015. Disponibile all'indirizzo:*  
[http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
34. World Health Organization/Regional Office for Europe. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014–2016) Endorsed by CNAPA Progress evaluation report*. Copenhagen: WHO/Europe; 2019. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/405371/Report-on-the-evaluation-of-CNAPA-Action-Plan-Final-May-2019-rev.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/405371/Report-on-the-evaluation-of-CNAPA-Action-Plan-Final-May-2019-rev.pdf?ua=1), ultima consultazione 23/06/2020.
35. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2019. p. 30-36. Disponibile all'indirizzo: <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/05/ro-2018.pdf>; ultima consultazione 23/06/2020.
36. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
37. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. Roma: Ministro della Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf), ultima consultazione 23/06/2020.
38. Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. *La mortalità in Italia nell'anno 2006*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B
39. Istituto Nazionale di Statistica. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>, ultima consultazione 23/06/2020.
40. Gandin C, Scafato E on behalf of the FYFA Work Package WP5 working team. *Overview of national policies and practice in six Member States related to alcohol, young people, marketing and sport. Deliverable D5.1 - Report summarizing findings from a review of laws and regulations and an ad hoc survey Working Package 5*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fyfaproject.eu/media/K4N5G6H6C3/docs/deliverablewp5fyfafinal2852020.pdf>, ultima consultazione 23/06/2020.
41. Istituto Nazionale di Statistica- ISTAT. Demografia in cifre. GeoDemo Roma: ISTAT; Disponibile al sito internet: <http://demo.istat.it/index.html>, ultima consultazione 23/06/2020.

*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di giugno 2020, 1° Suppl.*

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

*Roma, giugno 2020*